

Maureen O'Hara

Moments of Eternity: What Carl Rogers Has to Offer Brief-Therapists

Abstract: *The article gives a short overview over the phases of development of Person-centered Psychotherapy. Emphasis is given on Carl Rogers' approaches on time-limited treatment. It is argued that Person-centered psychotherapy both, in its theory and in its practice, can legitimately be considered as a brief-therapy. Characteristics of successful therapeutic moments are discussed. As a case example, a brief therapy including specific therapeutic moments is presented. It is argued that „relational empathy“ is a key agent of therapeutic movement, especially in group settings.*

Keywords: *Brief therapy, post-modern philosophy, psychotherapy research, faith, relational empathy*

As far back as I can remember, I have been a scientist. In nursery school I collected bugs and slugs, put them in jars and lost my self for hours watching them go about their “bugging” and “slug-ging”. This rapt fascination with the world, which I still experience each time I encounter an unknown creature, or listen to my son describe his adventures in molecular genetics, has been a reliable source of pleasure, inspiration and revelation. But all along my love of science has been combined with something not usually associated with scientists. Although I hesitate to say it out loud, I have also been something of a mystic. Not an upper case Mystic, who talks to God, has grand visions, writes inspirational texts, or even professes any particular religious faith. Rather I have been sort of a street mystic, always taken a little by surprise by glimpses of the divine in the ordinary dailyness of life. I started my career as a biological researcher, but even from the start there was a difference. The Professor (Chair) of my department, Dr. Irene Manton, one of the few women Fellows of the Royal Society, was a world famous microscopist. She took me under her wing and resolved to teach me the basics of being scientist. I didn't realize until much later that she was no ordinary scientist. She too was a mystic.

One day we were gazing into a very high powered microscope, as she tried to show me the fine structure of a particular sub-cellular organelle that she had identified. For a very long time, I looked desperately at the field of random squiggles, but despite all my efforts, I could make out absolutely nothing. I wanted to give up, cursing the “bloody thing”. Finally Professor Manton said gently, “Dear girl, if you don't love it, you won't see it. You cannot force the

universe to do your bidding. You have to wait until you are ready for it, and it is ready for you.” I took a deep breath, relaxed and began to look at the specimen with a much softer gaze. A few minutes later, in a blink of an eye, the amorphous puzzle on the screen took shape, and with something approaching bliss, I began to see the structures which no one before her had ever seen, and which a few moments before I had doubted even existed.

As an apprentice in her lab, I came naturally by the notion that the scientific attitude is indistinguishable from the mystical. Both require discipline, self preparation and openness to experience and a willingness to dwell in mystery. And at the center of both the mystic's life and the scientist's is a faith that the universe has implicate order, a desire to encounter this reality in greater depth and complexity and to be transformed in the encounter. Not all scientists, but certainly a far greater number than will admit in public, are, like mystics, fired by a spiritual longing to indwell in the mysteries of existence in an attempt to get closer to the divine.

With this kind of early training, it was inevitable that when I shifted careers from biological researcher to educator and psychotherapist, I would be drawn to the work of another scientist-mystic – Carl Ransom Rogers (O'Hara 1995; Van Belle 1990; Van Kalmthout 1995). From the first exposure to his written work, through seventeen years of personal relationship as graduate student and later as colleague, I saw his approach to therapy and growth in clients, groups and communities, as another path to deepening my exploration of the enigma of Being – my own, and my clients, and of the contexts in which we found ourselves.

The evolving Rogerian tradition in psychotherapy and counseling

Carl Rogers, the inventor of person-centered therapy (first called "non-directive therapy," later "client-centered therapy" and finally "the person-centered approach" (although the Rogerian community is not all in agreement on this, in this chapter I will use them synonymously) is arguably the most influential American psychologist and perhaps the least understood. His work spanned sixty years, from the later 1920s to the late 1980s, and participated in three radical philosophical shifts that occurred in twentieth century psychology – leading one of them. As a college student, he had first thought he would study agriculture. After that he entered seminary to become a Protestant minister. He attended an ecumenical religious gathering in China in the 1920s and on the six-week sea-voyage immersed himself in Chinese religion and philosophy. He began his studies of psychology at Teachers College, at Columbia University in New York, and at first considered himself, and was acknowledged by his peers, as a positivist empiricist scientist (O'Hara 1995). His driving passion was to discover the "necessary and sufficient conditions" that if applied would lead to psychological healing and growth. During this first phase he succeeded in establishing the basic tenets of client-centered therapy, which eventually formed the basic ground rules for almost all species of effective "helping" relationships (see below).

In his middle years – partly as a consequence of his disappointment with the dominant mechanistic paradigm for psychological research, but mostly because of what he was learning about human experience from his clients – his ideal of empirical objectivity in psychological research faded into the background (although he never lost it completely). Instead, he turned to the more subjectivist phenomenological approaches to research that he felt could better grasp the highly nuanced complexity of human experience as it was lived. He was attracted to the American transcendentalist and romantic traditions of Thoreau and Emerson, the pragmatism of James and Dewey, and to European existentialists such as Søren Kierkegaard, all of whom sought psychological truth in the deep interior world of individual subjective experience. He was also greatly influenced by the ideas of Otto Rank (Kramer 1995) and the "upper-case" Jewish Mystic, existential philosopher Martin Buber (Kirschenbaum/Henderson 1989). He became increasingly interested in the interpersonal dimensions of life, enthusiastically embracing the encounter group movement. At this time he expanded his goals beyond psychotherapy and aimed at discovering the basic rules governing all healthy human relationships.

During these middle years he remained, however, strongly attached to the what Gergen (1994) has called the romantic-modernist idea of a sovereign inner "real self" to which, in the interest of mental well-being and self-realization, one must "be true." His early research on encounter groups focused on the ways in

which groups aid the individual growth of participants. As the work developed, however, pulled once more by his desire to step out into unknown regions of experience, he was drawn out of the therapeutic context altogether, and into the messy waters of large group community processes, cross-cultural communications, and diplomacy and peace-making on a global scale. It was during this shift towards larger systems, that I joined up with him and his colleagues in La Jolla.

The large group work took him and his colleagues to Asia, South Africa, Latin America, pre-Perestroika Soviet Union, Northern Ireland, and Eastern Europe and increasingly focused on situations of serious inter-group conflict. In Northern Ireland he worked with groups of Protestants and Catholics, in South Africa he lead a workshop that was half blacks and half white and in Rust, Austria he and the members of the Carl Rogers Institute For Peace facilitated a group of diplomats and politicians from Central America and the US who came together to discuss the conflict raging in Nicaragua at the time.

Listening to the world through the experience of people from many cultures and trying to understand the strange, non-linear emergent processes that occur in these large group contexts, demanded another paradigmatic shift. Confronted, in these poly-cultural experiences, by the realization that the "essential self" at the center of western psychology is an almost exclusively nineteenth and early twentieth century male European construct, that it is the exception rather than the rule amongst most of the world's cultures (Geertz 1979; O'Hara 1996), he was forced into a constructivist world of multiple contextual psychological realities.

In 1974, while meditating on a beach in Northern California he wrote an article, "Do we need 'a' reality?" (Rogers 1980a), in which he concluded, " [T]he way of the future must be to base our lives and our education on the assumption that there are as many realities as there are persons" (105). He proposed that the work of therapists and educators must be nurture the birth of a culture and a psyche where human caring would not be conditional upon sameness, but on a celebration of difference. He had also loosened (but not quite abandoned) his moorings in the romantic-modernist view of the self, and was describing what he referred to as "persons of tomorrow" who have sufficiently developed levels of consciousness as to be "at home in a world that consists only of vibrating energy, a world with no solid base, a world of process and change, a world in which the mind, in its larger sense, is both aware of, and creates, the new reality" (Rogers 1980a, 352). He spent his last years attempting to put to use his learnings about the conditions which foster psychological growth and healing, trying to facilitate the birth of such a consciousness.

Rogers was among those humanistic psychologists who repudiated the instrumentalist, medical model of psychotherapy. In this model the person seeking help is seen as suffering from some pathology, or as otherwise defective in some way. The effective therapeutic agent is thought to be the therapist-delivered treatment,

applied in prescribed doses and according to pre-determined protocols to specific diseases or disorders exhibited by a "patient" (Bohart/Tallman in press). In place of this "allopathic" view of "treatment from without" Rogers, along with many others – Milton Erickson among them – saw the client as an active agent in his or her own change, and sought to align himself with the self-healing powers of individuals and groups. More radically, Rogers believed that this capacity for self-healing and creative agency is the human organism's local expression of an intrinsic evolutionary tendency in the universe impelling all of nature – from molecules to galaxies – towards greater complexity and expanded levels of consciousness. To align constructively with the formative tendency (Rogers 1978b) of the universe and with the self-actualizing potential of a particular person or a group, is a far more ambitious project than the alleviation of psychological symptoms! In Rogers' view, and the view of those of us who worked closely with him on the development of what in 1975 we renamed the "person-centered approach," to establish the kind of relationship in which people make an experiential shift towards greater awareness and higher orders of consciousness, is to participate in some minuscule way to the process of matter becoming conscious of itself.

Necessary and sufficient?

Encountering another human being means being kept alive by an enigma. (Emmanuel Levinas)

When asked about the place of Carl Rogers' methods in his work, solution-focused brief therapist William O'Hanlon replied, "That's the first five minutes. If you don't do that stuff, I don't think you are going to get anywhere" (O'Hanlon 1993).

What "stuff" is O'Hanlon talking about?

During the 1940s and early 1950s Rogers and a large team of co-investigators systematically evaluated the therapeutic conditions under which clients progressed towards wholeness in psychotherapy and counseling. These studies, published in 1954 (Rogers/Dymond 1954a) established what he thought were the six essential conditions for therapeutic growth. He summarized the findings in the now classic paper, *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change* (Rogers 1957a), in which he states:

For constructive personality change to occur, it is necessary that these conditions exist and continue over a period of time:

1. Two persons are in psychological contact.
2. The first, whom we shall call the client, is in a state of incongruence, being vulnerable or anxious.
3. The second person, whom we shall term the therapist, is congruent or integrated in the relationship.
4. The therapist experiences unconditional positive regard for the client.

5. The therapist experiences an empathic understanding of the client's internal frame of reference and endeavors to communicate this experience to the client.
6. The communication to the client of the therapist's empathic understanding and unconditional positive regard is to a minimal degree achieved.

Going into the project, which lasted several years, the researchers had expected to identify key techniques and interventions that seemed to correlate with therapeutic shifts, and they hoped that this would provide a standardized approach to therapy and counseling. This was not to be. The further into their project the team got, the more audio-tapes and session transcripts they analyzed, the more objective pre- and post-therapy tests they ran, the more they were forced to admit that what seemed to bring about significant shifts in therapy was not the technical expertise of the therapists, but a certain set of attitudes, values, and personal qualities, which Rogers (1980a) later came to call "ways of being" which they bring into their relationships. Central to these attitudes are two major positions: firstly a faith that "each person has within himself or herself vast resources for self-understanding and for constructive changes in ways of being and behaving," (Rogers/Sanford 1989, 1493), and secondly, that these resources can be released and realized when the therapist and client are in psychological contact within a relationship with certain definable qualities. These qualities are "realness, caring and a deeply sensitive non-judgmental understanding," and the willingness and ability to enter into an experiential empathic connection with clients so as to sense the internal experience, the frames of reference and flow of feelings and meanings as if from the point of view of the client.

Although these conditions were identified by Rogers as early as 1942 (Rogers 1942a), over the decades since then a wealth of outcome and process studies have been conducted by others on a wide spectrum of therapeutic approaches, including some that are conscientiously at odds with person-centered approaches – such as cognitive-behaviorist and psychoanalytic approaches – which have largely confirmed Rogers' discoveries (Luborsky/Singer/Luborsky 1975; Seligman 1995). The vast preponderance of the "common factors" research points to the remarkable stability over the decades of Rogers' basic constructs. Even in non-client-centered therapies, client resourcefulness, agency and capacity for self-directed growth, in the context of a relationship characterized by warmth, respectful, and empathic understanding, overpowers any other variables such as technique, theoretical orientation, diagnosis or experience level of the therapist (Bohart/Tallman in press).

It is ironic then, that just as there seems to be a convergence of evidence that would support the person-centered approach as the basic therapeutic stance, the approach has been all but banished

from the universities in the United States, and is rarely the therapy of choice with HMOs, which appear to prefer any therapy with the words "brief," "short term," "strategic," or "medication" in its name!

A brief field study of brief person-centered therapy

If we can recognize this [time] limit, and refrain from playing a self-satisfying Jehovah role, we can offer a very definite kind of clarifying help, even in a short space of time. (Rogers 1942a, 247-248.)

In order to find out if this neglect of person-centered therapy is justified on grounds that such non-directive approaches, though effective, are too time consuming and expensive in these cost conscious days, I conducted my own informal survey of person-centered practitioners around the world, about therapy length. I belong to several global electronic listserves of humanistic and person-centered therapists, so I asked participants the typical length of therapy needed to arrive at a successful therapeutic outcome as identified by both client and therapist. I also asked them to share any research they had conducted or knew about on the topic, or any anecdotal evidence that could shed some light on the question of whether Person-centered therapies could legitimately be considered "short term" or "brief therapy."

The responses, which came from Latin America, Australia, Europe and North America, from younger practitioners and old hands, revealed that most of the respondents had worked at least some of the time in settings where the number of sessions was tightly restricted. These settings included employee assistance programs, college and university counseling centers, on-call emergency psychiatric clinics, residential treatment centers, and HMOs.

Most respondents said that although they did not favor the artificially imposed limits imposed by extra-therapeutic factors, they nevertheless felt that under the right circumstances, even with externally imposed time limits, it was reasonable to expect positive results in several sessions (eight to twelve was the typical number); some reported significant effects in as little as three sessions (Mearns 1994); and one reported positive changes after an allotted single assessment interview (Cury, personal communication). Interestingly, others who were under no externally imposed time-constraints, also reported that their typical number of sessions with clients was in the same range. Some of these therapists, however, did report that sometimes clients remained in therapy up to fifty sessions and beyond.

Respondents were mixed in their overall assessment of the efficacy of short term therapy. Several respondents had been much influenced by the radical ideas of Rankian social worker Jessie Taft (Taft 1933), and saw the presence of an externally imposed time

limit as a facilitative factor if it were made to stand for unavoidable existential limits within which we all must live. In a radical challenge to the endless psychoanalytic therapies of her era, social worker Taft argued that even one hour of therapy can provide the occasion for transformation.

"When he can take it [the therapy hour] and also leave it without denying its value, without trying to escape it completely or keep it forever because of this very value, in so far he has learned to live, to accept this fragment of time in and for itself, and [...] if he can live this hour he has in his grasp the secret of all hours, he has conquered life and time for the moment and in principle." (Taft 1933, 17)

From the earliest days Rogers and colleagues were interested in time limited treatment. These were the days of interminable psychoanalysis and years of in-patient sanitarium care and there was as now, more readily accessible short term care. Rogers believed that if the contact was to be short term, non-directive therapy was especially worthwhile, but he did not expect any major personality restructuring. Short term "clarifying help" can "enable the client to express his problems and feelings freely, and leave with a clearer recognition of the issues with which he is faced" (Rogers 1942a, 247f).

Early research suggested that the longer the therapy, the greater the gains, with 20 sessions being predictive of significant therapeutic gains when measured as a function of several outcome dimensions related to psychological progress, such as degree of personal integration of the client, life adjustment of the client, degree of satisfaction of client with therapy outcome, and therapist rating of outcome (Seeman 1954). In another related study, Standal and van der Veen (1957) suggested that increases in the degree of personality integration seemed to be correlated with longer therapy (14 or more meetings) but other personality change variables seemed to be achievable in therapies lasting less than fourteen sessions.

Shlien (1957) undertook a major study of time limited client-centered therapy, and concluded that brief time-limited client-centered therapy facilitated positive outcomes on several measurement scales but appeared to have some negative effects as well. He speculated, on the basis of deterioration in TAT scores in follow up, that if clients perceived the termination as arbitrary and unwelcome and therefore experienced it as a blow to their desire for autonomy and self-direction, then actual harm might be done by premature termination. On the basis of his own study which in some ways had set out to hoping to validate Rank's and Taft's assertions about the positive effects of time-limits, Shlien advised caution before endorsing time limitations more generally.

Since the 'fifties' until quite recently person-centered therapists seem to have been less interested in further evaluating the

effects of time limits. Recently the issue has been raised once again, provoked, as it has been in other therapies, by externally imposed time limits to service. Brian Thorne, a leading Person-centered therapist in the United Kingdom, described his own unexpected conversion to short term therapy, after completing a small pilot study. As Director of a university counseling service, he was under pressure to economize. After a census of client records revealed that many clients had arrived at satisfactory conclusions to counseling in as few as three sessions he decided to experiment with voluntary three-session service. Clients who wished to continue were to be referred to an ongoing group. Thorne concluded that very short term Person-centered counseling can bring significant results with some self-selected and highly motivated clients (Mearns 1994). My own experience is similar to Thorne's. With some clients remarkable progress can be made in one or two meetings (see case material below).

From therapists working with people in all degrees of distress from chronically psychotic to situational crises, the consensus among person-centered therapists seems to be that the crucial variable is not length of time in therapy, but rather who it is that makes the determination about the duration of service and the agenda to be addresses in therapy. If these decisions are made externally to the therapeutic relationship this violates one of the fundamental tenets of the approach – client self determination. When they are made mutually by the client and therapist, and are in terms of the clients understanding of their growth needs, then the length of therapy may be short – 1-6 sessions, middling – 16-25 sessions, or long-term – 30-70 sessions.

Another set of responses came from therapists who pointed out that in the intensive small and large-group encounter settings significant life changing effects could be experienced in short term encounters. During the large community group phase of Rogers' career he described several such examples including some with serious psychological difficulties (Rogers 1977a), and he has described the long-term impact of single sessions done as therapy demonstrations. (Rogers 1980a, 207-234; Rogers/Sanford 1989). In a study co-authored with Rogers and others, we had reliable, independently corroborated reports of radical life changes that occurred for some of the participants of a two-day encounter with several hundred people (Bowen/O'Hara/Rogers/Wood 1979). Follow-up reports indicated that the changes persisted over time (Rogers 1980a, 316).

It seems quite clear that person-centered therapy in its theory and as it is practiced can legitimately be considered as a brief-therapy. So why, in the light of this evidence – some of it anecdotal and some of it gained through exhaustive controlled research – do contemporary person-centered therapists, including myself, not identify with the brief therapy movement? And why are we not

busy touting the Person-centered approach to the managed care industry and financially strapped social service agencies as a cost-effective method of delivering short term "quality care" that research studies show (Seligman 1995) have the added value of receiving high "customer satisfaction" ratings?

It's the paradigm!

The single element that most sets client-centered psychotherapy apart from the other therapies is its insistence that the medical model – involving diagnosis of pathology, specificity of treatment, and desirability of cure – is a totally inadequate model for dealing with psychologically distressed or deviant persons. (Rogers/Sanford 1989, 1483)

Put simply, the reason person-centered therapists are not lobbying to be recognized as practitioners of one of the brief-therapies is because most do not think of their practice in the terms of the contemporary medical discourse and especially not in the aggressively manipulative expert-focused stance of brief-strategic approaches (Caddie/O'Hanlon 1993). In the Kuhnian sense, they inhabit a different paradigm (Kuhn 1970). The medical model focuses on what's wrong – the client's problems, symptoms, illness, dysfunctions, chemical imbalances – and invests all efforts in preparing therapist "experts" to provide ever better solutions to these afflictions by refining techniques, strategies and treatment protocols, and where the relationship between therapist and client is only important insofar as it facilitates the client's compliance with therapist interventions (Bohart/O'Hara/Leitner 1998; Bohart/Tallman in press). Practitioners of person-centered therapy believe they are doing something rather different.

Although described in different language over the years, person-centered therapists are attempting to make a soul-connection with their clients. Their goal is to, as far as possible, open themselves to be present to the mysterious enigma of Being, and to join with people called clients in ways that facilitate their achievement of the same kind of openness. They seek to stay close to the edge between the known and the unknown, of the moment between the already been and not yet become that is so pregnant with possibilities both for constructive and destructive action, and to stay alert to opportunities to be a force for constructive movement.

Rogerian therapy is based in faith. At the core of the tradition, as it has evolved over sixty years from non-directive counseling, to client-centered therapy and student-centered teaching, to include experiential therapy, and its most recent iteration as the Person-centered approach, is an invariant radical faith in a self-organizing emergent vector at work in nature. Rogers described "an evolutionary tendency towards greater order, greater complexity, greater inter-relatedness" (Rogers 1980a, 133). This faith leads to trust in the inborn desire and capacity of all human beings to choose relational

mutuality over either isolation or relationships of exploitation and domination, to choose growth and wholeness over fear and disintegration, and to participate co-creatively rather than compliantly in the formation of larger conscious groups such as families and communities. Whether one believes such a faith is warranted or not – and clearly this moves into the realm of metaphysics – without recognizing the difference in their metaphysics, it is impossible to understand how radical the difference is between the person-centered tradition and mainstream medical-model psychotherapy. A fuller discussion of these differences can be found in O'Hara (1997a).

Moments of eternity

I feel continuous waves taking up every cell of me, transforming me "forever". They come as feelings, very pure, without words, as I seem to have forgotten what was said either by you or me or the others at the most significant moments. What is here, and is incredibly vivid, a thing of now, is what resulted in those moments. (Participant in a person-centered workshop)

While mainstream psychotherapy trusts a mechanistic world of cause and effect, the person-centered therapist's focus is on developing ways of being in relational encounter with the Other and by doing so, open sacred space and time – moments of eternity – within which the self-organizing formative tendency in nature can become manifest and effective in the world. Whether with a single individual, a family or group and whatever the level of disturbance, healing becomes not a matter of what one does but of what and how one is in relationship to world, including the world of the Other.

Once this is admitted then the nature of the encounter shifts. No longer I-It, as Buber (1923) would say, but I-Thou, in which a true encounter between Beings of infinite complexity and infinite possibilities can occur. If it does occur, the next moment and all future moments are open. The work the therapist must do shifts from techniques to apply to the client to the development for greater capacities to be spiritually open.

In an interview late in his life, Rogers said he endeavored to be as much as possible in a state of "openness" or as he described it, "a continuing way of meeting life. This includes openness to the beauty of my fuschias, as well to what is going on in me or what is going on in a relationship" (quoted in Harman 1990). Openness means adopting a learners stance, what in Zen is called "beginners mind", in meeting with clients. In this state of openness all stereotype and pre-judgment – including diagnosis and prescription – are suspended, and in their place an empty mind waiting to be filled with the possibilities presented in the present moment. For Rogers and other person-centered practitioners this accepting, non-judgmental and non-directive attitude is the bed-rock of their work, out of which comes the courage to listen deeply, to enter into an

empathic attunement with the Other, to surrender separate individual consciousness, and enter the phenomenal world of the other. In doing so, they attempt to become one with the emergent edge between the known and the unknown. Wood (1997) describes the "mediumistic" quality of Rogers' sessions, from an early stage. Rogers and others came eventually to call the states (after Buber) "presence" (Thorne 1997, presentation given to the IV International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy, July 7). Rogers exquisitely captures this experience as follows:

"I find that when I am closest to my inner intuitive self, when I am somehow in touch with the unknown in me, when perhaps I am in a slightly altered state of consciousness, then whatever I do seems to be full of healing. Then simply my presence is releasing and helpful to the other. There is nothing I can do to force this experience, but when I can relax and be close to the transcendental core of me, then I may behave in strange and impulsive ways in the relationship, ways which I cannot justify rationally, which have nothing to do with my thought processes. But these strange behaviors turn out to be right, in some odd way: it seems that my inner spirit has reached out and touched the inner spirit of the other. Our relationship transcends itself and becomes a part of something larger." (Rogers 1980a, 129)

When clients or groups sense that they are being received with this kind of openness they too are more willing to open up to the greater resources within them, within the relationship and in the greater contexts of their lives. They discover, almost miraculously sometimes, new creative responses to what challenges them.

Moments like these seem to regularly involve altered states of consciousness – altered that is from the customary ego-bounded state that is valued in contemporary "professional" western scientific discourse, but entirely recognizable to shamans, hypno-therapists, ministers, poets, mothers, lovers and other kinds of healers. Attention is more diffuse, however, rather than sharp, edges are fuzzy, thoughts are quieted, muscles relaxed, things come to consciousness as images, patterns, sounds, bodily sensations and symbols more often than they come as words or ideas. The ordinary sense of time disappears and in its place a sense of timelessness. There is a sense of alert patience – waiting. (The origin of the word "therapy" is to wait.) It is common at such moments to lose the sense of separation between self and Other and instead experience oneself and all other existence, as the same thing, part of one indivisible and endlessly generative whole. In wisdom traditions these moments are sought as intimations of enlightenment, in religious traditions as glimpses of God, and in shamanic traditions as moments of healing.

Such states of consciousness are by no means passive, but the practitioner is wide awake, aroused, fully there, not thinking, judg-

ing, evaluating, diagnosing, but simply available. We wait until the spirit moves us, and move us it will. We move towards or away, we hear a new note, we sense new symbols, we see an opening, we encounter a boundary, we are filled with pain, we are teased, we are swallowed up, we are seduced, repulsed, encouraged, and plunged into despair.

This kind of openness, especially in relationship with a person or situation which is chaotic or dangerous is no job for the faint-hearted. To meet another available to be moved by their story, means opening oneself to all the pain and nastiness that life can hurl at us (Neimeyer/Stewart in press). Murder, rage, greed, rape, trickery, madness, terror, despair, loss, confusion, incoherence, numbness and death all move through us as if they were our own – because they are. Rogers himself describes one experience during his University of Chicago years that was so intolerably painful that he felt forced to abandon the client he was working with and take a couple of months away from practicing psychotherapy to get back his perspective and regain his sanity (Kirschenbaum 1979; Shlien 1997).

Therapeutic moments are like love – they catch us by surprise. They cannot be willed or “performed” and cannot be domesticated and controlled. Love swells up from some hidden source and flows through us. We cannot hold onto it, it is beyond will, beyond volition. If we are available to it, it will move us to action that is natural and harmonious with the situation much in the same way the winds play music on a quiet harp. We become the instrument.

We are not needed to “fix” anything, to perform, or to intervene. The research data are clear (Bohart/O’Hara/Leitner 1998). Whatever “fixing” that will happen as a consequence of the meeting will be done by the client. Our clients need us not for what we do, but for who and how we are and for how we can be with them. They need us to bring to the encounter our hope, courage and energy and love to accompany them in their journey which for the moment is too hard for them to bear alone. Therapist creativity, knowledge of psychological processes, techniques for focusing and reframing experience, relaxation, trance induction, guided imagery, narrative restructuring and so on, may be of assistance to a client. So may aid in learning to think more critically or expansively. Honest feedback about behavior, even giving advice – all handy tricks of the therapist’s trade, may under the right circumstances, provide useful assistance to clients. But they may also not. In any case such resources can be accessed by the motivated client from many other sources, such as friends, self-help books, self-help groups, TV shows, workshops, spiritual retreats etc. To what degree the therapist’s experience and skills are useful remains up to the client. As Bergen and Garfield concluded in their recent volume on psychotherapy research, “it is the client more than the therapist who implements the change process. If the client does not absorb, utilize, and follow through on the facilitative efforts of the therapist, then nothing happens” (Bergen/Garfield 1994).

Our significance to our clients, particularly those who are very troubled or very perplexed, is as constant and loving witness to their existence. They need us to stand alongside them as they struggle with the happenings of their lives, to love them, to be at least one significant Other who regards them in return – with all their difficulties and flaws – as a significant – Other. In the mutual recognition of one human being for another comes the possibility to go beyond I-IT, and even beyond I-Thou to become a “we” (Schmid 1997). By being willing to risk even temporarily becoming a “we” a new never-before-existent universe is created between therapist and client. Friedman (1985) describes this process as the “concrete unfolding of the ‘ontology of the between’”(152). Never-before encountered or even imagined choices become available, creative understandings and solutions to predicaments become possible. For those who feel separated and alone, cut off from themselves and from fellowship with the rest of human race the bridge back from exile, into a world of relationship and of infinite possibility, is what Gilligan calls “sponsorship” or non-possessive love (Gilligan 1997).

Transformational androgogy

Practitioners of consciousness traditions have invested centuries studying transformational moments, both the details of how they are experienced and on how they can be facilitated. The Hindu yogi disciplines, Zen Buddhism, Tibetan Buddhism, Taoism, Sufism, Judaism and Christianity possess centuries of accumulated wisdom on how best to help another enter transformational states and on the phenomenology of what happens when one does. Illness, in many of these traditions is regarded as signs that people or systems are out of balance with the universal flow of Being. Consciousness disciplines such as awareness work, prayers, martial arts, calligraphy, poetry, philosophy and meditation are regarded as educational practices developed to help people regain their balance and to realign with the life-force.

Partly due to the West’s obsession with objectivism, and partly due to American psychology’s abandonment, early in the century, of William James’ studies in consciousness in favor of experimental behavioral science, detailed exploration of inner psychological processes has been neglected until recently. The recent convergence of neuro-psychology, mind-body interaction, phenomenology, existential psychology, cognitive-psychology, developmental psychology, psycho-physiology, epistemology, systems science and complexity science, has revitalized interest in consciousness. It has also provided new non-religious languages with which to speak about the process of consciousness change and its facilitation.

Whether gradually over a period of time, or apparently in an instant, deep irreversible, transformational change occur all through life in the way human beings experience their world, make

meaning of it, and act in it (see Alexander/Langer 1990 for a review of recent studies).

Case example¹

When Jenny first came to see me, she was 40 years old, with a high school education. She was suffering from acute debilitating panic attacks of recent onset and complained that "instead of getting more self-confident with age," she was "losing ground". She blamed other people for her difficulties –her father, who had abandoned her and a sister when he divorced their mother, her step-father for being a "drunk", her husband for being a "workaholic", even psychologists for not having diagnosed her dyslexia as a child. Her thinking was one-dimensional and she jumped around from topic to topic, never able to reflect on her story, only to recount it.

She was the mother of two teenagers – an older boy and a younger girl, the wife of a distant overworked physician husband, and she had a small, not too successful jewelry design business. She admitted that she was often close to despair and told me that she had flirted with a neighbor but backed off at the final moment. She was "disgusted with herself", was feeling "old, unattractive and ripped off by life" and was contemplating divorce.

During the first two sessions she spoke of her pent-up frustration; of her many attempts to solve her problems herself – self-help books, assertiveness training classes, journaling, Oprah, a women's support group and so on; and of her self-diagnosis as a "chronic under-achiever who had married out of her intellectual class". She disclosed that as an adolescent she had been molested by her step-father, and that her dyslexia had made high school a "nightmare". All this, she said, had left her alternately depressed and school phobic throughout high school. She had married Mark as an escape. She was currently not sleeping well, had gained weight and at times felt hopeless. As her sad story tumbled out, it seemed that we might be at the start of a fairly extensive process of psychotherapy, and at her initiative we even discussed her husband's suggestion that she take medication for depression. Disapproving of "chemicals", she decided to hold off to see if therapy might "work".

The third session Jenny arrived in a highly agitated state. She had obviously been crying in the waiting room. She began to cry again as she started to speak. Her tears were angry. She was "livid", "incensed", and she would like to "tear the face off" her son's high school principal, she exclaimed. Apparently he had just announced a new policy that only students with grades B or better could play

baseball. Her son Todd (also dyslexic), whose grade point average was a B-, had been kicked off the team and he was, in his mother's words, "devastated". This affected the whole family since she, her husband, and daughter were heavily involved with the Todd's team. Jenny had wanted to storm off to speak with the principal on her son's behalf but he begged her not to. This left her even more furious and impotent. At first she ranted, alternately blaming herself, then the principal, then her son, then her husband. She felt completely stuck, overwhelmed by emotions, not knowing what to do. "I'm damned if I do, and screwed if I don't."

I simply listened – there was no need (or room) for me to say anything for quite some time. Occasionally I asked for clarification, expressed surprise, sympathy, or curiosity like any engaged listener would. Once, in frustration, she demanded angrily that I "earn my fee" and give her some advice, "Should I go see the principal even though Todd said not to?" she asked. "Shouldn't a mother intervene for her son when injustice has been done?" "Won't he be scarred by being rejected like this?" I responded quite honestly to Jenny's legitimate request for "expert" advice by saying that I had more faith in her ability to work this through than I had in any counsel I might offer. Once or twice I expressed my confidence in her and my admiration for her fierce support for her son. But mostly I just listened attentively and appreciatively as she explored the multiple dimensions and meanings of her predicament. Gradually she developed deeper and more nuanced understanding of the complex basis for her rage, the way it related to her own childhood experiences, separating these transferred feelings from the problem for her son, his need to not be seen as a mama's boy, her own feelings that baseball had been the reason her son was willing to try to succeed in school and her fear that he would now withdraw his efforts the way she had, her anger at her husband because "as usual he won't do anything", her anger at male authority, and so on.

Eventually the flow of her words slowed down. She began to listen to herself, and to correct herself as she did so:

J: The principal's a fucking asshole. He's on a big power trip. (Pause) No, that's not really true, it isn't all the principal's fault, he has a job to do and he's probably under pressure to improve kids' grades so they can go to college. I seem to be looking for a villain. I am noticing now that I do that when I don't know what to do. That's what Mark always says I do. It really pisses me off when he says it, but he may be right. (She smiles, I smile back) (Pause) Hmmm.

Sometimes there isn't one, right? No easy answers? Somehow that doesn't seem so scary at this moment. (Pause) This seems like a big deal, to be getting this after all these years of knocking my head against a wall.

T: You are beginning to see just how complicated the situation is, not so easy to see what to do, but now you have noticed this

¹ The biographical details are significantly altered, although the essential elements of the story are intact, and the quotes are her words.

pattern, you seem to be willing to go beyond your usual search for someone to blame. That seems like something important!

J: Yeah, it does. Finding a villain only makes me feel like a victim. It's even worse when I decide the villain is me, then I just want to go away and shoot myself. Its like right now I can see it in bigger perspective, somehow. You know, when Mark would say "you're losing perspective", I didn't really know what he meant, like there was right and there was wrong and you had do what was right. But its not so clear, is it?

As Jenny's exploration of the issues continued, what began as a one-dimensional victim story gradually became elaborated into an entirely new and much more complex grasp of the situation. This understanding extended beyond herself to include empathy for all the participants, including the high school principal. As we approached the end of the session she seemed different. She was more relaxed, she sat quietly, her face calm and her eyes wide. She sat silently for several moments (the first long silence of the session), and then said:

J: Something incredible has just happened. I don't feel angry anymore, I don't feel afraid, I don't feel inadequate. It's as if I am seeing all of this in a new way – like instead of it all happening to me, I am part of a whole lot of other people's lives and they're part of mine, and what I do affects them and what they do affects me. I suddenly feel a sense of confidence in my own position on this baseball and grades thing, I feel like I am a part of it all somehow, not just a bystander. I feel like an adult – like I understand why the principal thought it was a good idea. I just don't agree. And maybe Todd needs his friends' respect more than he needs baseball, and maybe he needs baseball so much because he thought it meant so much to his dad and me. I don't know, but I am going to talk all this over with him.

Between that session and the next, I was to learn, Jenny had conversations with her family and with Todd alone. With Todd's blessing she paid a (calm) visit to the principal at which she expressed her disagreement with his educational strategy while affirming his responsibility to "call 'em as he sees 'em". She shared with me that her entire family seemed to be taking her more seriously and that her customary sense of dread had evaporated. She was laughing a lot more.

J: In that last session, it was as if all these years of struggling to come to terms with my shitty life had come to a head over this one issue. I just couldn't hide behind the moles thing anymore, making excuses for not standing up for myself. Even as I talked, part of me knew more was at stake than Todd's baseball. I think that's why I came. I could either walk away from

it and say it's too hard, like I have a thousand and one times, or I could face it and do something else. But now, I am seeing a whole lot of interconnecting lines going everywhere – to Todd, to Megan, to Mr. Boyd, to my dad – its all one big bundle of people and everyone has their point of view. It could be easy to get lost, but somehow I seem to have my own opinions as well. I am still here, but somehow I'm in it as me.

Because you were so there for me ... in a funny way you were more help because you didn't try to help, you never gave an opinion about what I should do, but you did seem genuinely interested in me and my situation. Usually, with Mark, he either takes over or won't get involved – so he tries to talk me out of my feelings. What you did and what you didn't do was just right. It gave me the space to see the bigger picture, I guess.

The next week Jenny arrived with a basket of vegetables from her garden and a decision to end therapy.

J: I can do it myself, I think. You said you had confidence in me, and I thought when I got home, "Heck, if she sees me like that, why don't I just do it". So I tried it, and it is working out. If I can't do it sometime, I'll come back. OK?

She didn't. She did, however, keep in touch by Christmas card and the occasional letter. Over the decade since I last saw her she went to college, finished a fine arts degree, began to design for a major jewelry house, and rebuilt her relationship with her husband. Now at fifty one, she has a business making a good income and is close to her family in a way she had never been. She has not needed any further psychotherapy, she experiences occasional stage fright before making a major sales presentation, but otherwise is anxiety free. More importantly, she still feels "like an adult". She says she is "a deeper person, somehow" and is beginning to think she is going to make a "pretty awesome old lady one of these days".

Jenny had a transformative experience – apparently in just four sessions – a brief therapy success. But it wouldn't matter whether it had taken ten sessions or even thirty, it was the quality of the change that marks it as significant. It would miss her achievement altogether to evaluate what occurred in reductionist terms as "number of sessions", "symptom reduction", "problem-solving", and certainly in terms the managed care industry's favorite standard "returning her to pre-morbid functioning" and it would miss the importance of the presence of a significant Other, to think of my role in this as provider of "psychological treatment".

In a very real sense Jenny underwent an enlightenment experience. Who she was after the experience was qualitatively altered from who she had been just the week before and this change per-

meated her whole existence. She had not only changed what she thought about the situation she was facing, she had change how she was thinking.

Jenny had been operating from within mental processing frameworks inadequate to the complexity of the situation she was facing. It was as if she was attempting to navigate the complex psychological terrain of adult life with the very primitive maps she had drawn as a teenager. Epistemologically, she was "over her head" (Kegan 1994). She herself realized that she needed capacities she did not (yet) possess and had worked furiously to find her own remedy. All those books, classes, talk shows and her women's group had certainly expanded her repertoire of conceptual options in important ways, but had up until then added more to the "quantity" of her knowledge-base rather to the quality of how she processed it.

When faced with contradictory life-challenges, such as her unsatisfactory marriage and her simultaneous commitment to being a good mother, in which several of her well-established but adolescent cognitive-emotive patterns were in conflict, it seemed to Jenny that any solution from within one pattern would violate the requirements of another. The crisis over Todd's baseball playing had kicked the whole dilemma into high gear. She had been running around in mental circles looking for ways out of the impasse and this had precipitated her anxiety attacks. Her level of physiological arousal had been raised significantly, and this had activated many if not all the mental possibilities she had accumulated over a lifetime of experience. At home, without a supportive context in which to permit this process to take its own course, she was flooded with unbearable anxiety, but within the special conditions of the therapeutic setting, where she experienced herself as being met in the appreciative context of an unconditionally accepting "we", she was able to resist her impulse to retreat, and instead of another failure, she was able to find her way out of the impasse. It is crucial to recognize that all this learning would have been lost had she been either "therapized or medicated out of her crisis".

As artists, scientists and mystics have long known, states of high mental arousal, when not accompanied by too much fear or sense of threat, permit us to bring into focus all at the same time, ordinarily disparate and disconnected fragments of knowing, state- and context-specific schemas, tid-bits, unrelated ideas, narrative repertoires, odd-ball possibilities, unconscious connections, strange and creative association and to make new connections. Neural pathways and cognitive sub-routines, which develop separately at different stages of development and in response to specific experiential challenges and which usually operate somewhat independently, become available to each other in such altered states. Emotional, cognitive and even neurological re-organization can take place, and higher orders of mental functioning can be achieved. According to Pascual-Leone (1989) growth that creates advances in level of men-

tal functioning only occurs as "a result of overcoming (i. e. reversing or accepting failure)" because (deep cognitive-affective) structures do not change unless change is required, (275). By "accepting errors" in her characterization of the situation, "taking them as a challenge" (Pascual-Leone 1989, 276), getting perspective on a broader more comprehensive level, and by becoming aware of her own existential involvement in the flow of her life, Jenny's breakthrough is archetypal of all higher orders of psychological growth.

Jenny is navigating a transformation from a way of being in which she is a passive recipient of life to one in which she is an active agent, from "subjective knower" – where the only truth is her own personal feelings, to something approaching "constructive knower" where reality is seen as a co-construction among multiple players (Belenky/Clinchy/Goldberger/Tarule 1986). In this one series of statements we can hear her begin to see her connectedness to larger systems, her existential limits and the dialectical relationships between the systems she is involved in. She can see the tension between Todd's membership in the family, his relationships with peers, and their relationship to the high school culture. Jenny begins to "dis-identify" with her own emotional responses – "getting perspective" – which she can now see are contaminated by out-of-awareness associations from her own (very different) childhood. She also begins to see that she had choices in the way she construes the world – "no right answers" and begins to accept personal responsibility for the way she sees things, while accepting others will make different choices. Whether such transformations occur through psychotherapy, education, the ordinary challenges of life, successfully faced, through participation in enlightenment traditions, rapidly during a crisis or over the long haul is incidental, Jenny is on her way to becoming what Rogers calls one of "the persons of tomorrow" (Rogers 1977a, 263).

Rogers believed that unless prevented by overwhelming and aversive circumstances, leaps of consciousness such as these could be expected to occur in therapy, in encounter groups, in community workshops, at home, at work, in church, temple or mosque, because it is the nature of Being to become. Like the South African prime minister, Jan Christian Smuts, who in 1926, on the heels of a political defeat, originated the concept of holism, and physical chemist Ilya Prigogine who pioneered research on self-organizing systems, and physicist David Bohm – all of whom he felt kinship with, Rogers believed that complex systems – especially living systems – do not obey the laws of entropy, but rather move towards higher levels of organizational complexity. In this view, the "formative tendency" of the cosmos is eternally waiting for opportunities whereby the unseen, "implicate order" (Bohm) of the not yet Being, can become.

Relational empathy, reading the group's mind

I want to close, then, by pushing the implications of such a metaphysics even further out, to go beyond rationalist cognitivist explanations of breakthrough moments – which focus largely on what happens within the consciousness of individual persons, and consider some ways to understand the importance of relationships in this process.

I have discussed elsewhere that the source of a great deal of the suffering we hear about from our clients has to do with either their disconnection from mutual relationships with others, or the violation and exploitation of such connections by others (O'Hara 1989; 1997a; 1997b; 1983). Suffering happens because human beings are fundamentally social beings so that to be disconnected is to be cut off from one's own humanity. We are composed of cells carrying DNA from both parents, we develop the first nine-months within the body of another person, we are nourished by the flesh of her body for months afterwards, every breath, thought and movement, and every movement towards increasing wholeness takes place within the context of life with other human beings. Our place in social groups, our impact on others and theirs on us, and our making personal and collective sense out of it all, is the non-stop life and death curriculum of conscious life.

Western culture's denial of this fundamental connectedness and relatedness to the eternal Whole, and our divorce from the Divinity, as some fifteenth century opponents of the Copernican revolution saw it, perhaps lies at the heart of a great deal of modern psychological pain. A relationship with another who offers unconditional acceptance permits the small "I" of the individual self to experience itself as connected once more, to tune into and become a participant in orders of consciousness greater than itself. This "relational empathy" (O'Hara 1997b), makes it possible to know the Other as an individual, as we do through "ego-centric empathy", but also holistically, through their participation in larger "wholes".

To distinguish between "ego-centric empathy" and "relational empathy" I give an example.

I was working with a person-centered training group in Brazil. It was a particularly difficult group; they were very competitive with each other, aggressive and uncooperative. Although everyone seemed willing to speak up and "deal with their stuff", nothing seemed to be happening. I had been a little detached for several minutes while group members tried unsuccessfully to work through a misunderstanding between a Paulo and Maria do Carmen that was very painful for them, since they had been very close prior to this. I was having difficulty making an empathic connection with either Carmen or Paulo, so I tuned out from their conversation and tuned in to the group as a larger-order entity. I entered a sort of reverie in which

the individuals in the group faded into the background and the patterns of interactions flowed on. I began to hallucinate images and hear sounds that were apparently unconnected to what was happening in the room. Suddenly, and with crystal clarity I saw Carmen as a small barefoot country girl. In my imagination (although not in fact) the robust-looking and well-heeled Carmen appeared undernourished and terrified. In the image she was rocking back and forth holding herself and weeping. Then there appeared a somewhat older boy about to bring a hefty stick down on her head and a much younger boy appeared trying to prevent it. The image faded and I came back into sharp focus.

I interrupted the free-for-all discussion underway to ask the couple, in a tone one would use to speak to small children, if either of them needed any help. Carmen moved quickly towards me, straight into my arms, and began sobbing as if her heart would break, while Paulo turned to the lap of my co-leader and began to weep almost as deeply. On cue other group members began to move closer to each other holding hands or embracing. Tears flowed freely for several minutes. Later, when the members began to talk over what they had experienced, people shared fragments of images that were not very different from mine. One woman said she had felt the need to protect both Carmen and Paulo, but had no idea from what. Paulo said his frustration had been so intense because he felt a contradictory need to challenge Carmen and to protect her, and he couldn't do both. Finally Carmen told a story of her early childhood that no-one in the group knew about. She had been born to a poor sugar-plantation worker and had been adopted at age five by a wealthy family. She had been separated from her little brother Paulo, and her step-brother had been a bully. After this moment in the group, the conflict between Paulo and Carmen simply evaporated, and the dynamics of the group changed. In the place of the heaviness that had characterized the group since the beginning, a lightness erupted. Laughter, playfulness and creativity took the place of the tense competition of before. The important "gender issues" that had required so much attention for the first days of the group suddenly, and without further work, were no longer important. The group was more cohesive, learning was accelerated and like a team that had suddenly "clicked", the whole group was functioning on a far more creative level.

Over years of working in person-centered groups, as well as with individuals, families and in organizational settings, we have gradually come to trust relational empathy as a real, but under-developed skill. We have begun to have confidence that these apparently unrelated hallucinations are ways of representing the implicate order that is always present, but rarely discerned by individual-centered consciousness. Even when such relational patterns are recognized we hesitate to give epistemic status to such knowledge. We call it "psychic", "paranormal", "miraculous" and by so doing put it out of the reach of ordinary people. Worse still, at least in

graduate training programs for therapists, we warn students of "psychic contagion", "loss of self", "boundary diffusion" and other such dangers that are said to await young therapists if they allow themselves to explore such realms. At the same time we fail to offer them training in how to enter such states safely and creatively.

We have observed (O'Hara 1983; Wood 1984) that there are times in relationships and in groups as large as several hundred members, when a resonance exists between the individual level of consciousness and the group level of consciousness, where individuals can "read the group's mind". This rarely happens early in a group and it seems to require that individuals present have allowed themselves to go beyond their previous ego-boundaries and to make deep and authentic empathic connections with each other. But when it does happen everyone present recognizes that something very special is occurring. People report "knowing more than they could possibly know", "knowing what was to happen before it actually did", "feeling smarter and more aware than ever before", "feeling no separation between unconscious images and real events", "able to make connections they had never seen before", "speaking for the group" and so on. Descriptions of experiences in these groups have the sound and texture of the descriptions of "unity consciousness" about which poets mystics and philosophers have written about over the ages. What differentiates these experiences from those of the mystics and spiritual practitioners who achieve such states only after long periods of mental preparation, is that these moments occur in events that last as little as a day of two.

We believe that the very special context of person-centered therapy – which Rogers described almost sixty years ago, is one way in which people are able to tap into realms of knowledge that lie beyond the consciousness of any single individual, and which can be accessed through the open sacred space created within relationships. Professor Manton and Carl Rogers believed, and thanks to their mentorship, so do I, that such moments of eternity are reachable through relationships of unconditional love. Although not the only path – there are many more – some of them thousands of years old – but a good one, person-centered therapy provides both clients and therapists with a simple but demanding way to glimpse the divine at work in the world, and more importantly to participate.

References:

- Alexander, C. N. / Langer, E. J. (1990) (Eds.), *Higher stages of human development: Perspectives on adult growth*, New York (Oxford University Press) 1990
- Belenky, M. F. / Clinchy, B. M. / Goldberger, N. R. / Tarule, J. M. (1986), *Women's ways of knowing: Development of self, voice, and mind*, New York (Basic Books) 1986
- Bergen, A. E. / Garfield, S. L. (1994), Overview, trends, and future issues, in: Bergin, A. E. / Garfield, S. L. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York (Wiley) 1994, 821-830
- Bohart, A. / O'Hara, M. / Leitner, L. (1998), Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies, in: *Psychotherapy Research* 8 (1998) 141-157
- Bohart, A. / Tallman, K. (in press), *The client as active self-healer*, Washington DC (American Psychological Association)
- Bowen, M. / O'Hara, M. M. / Rogers, C. R. / Wood, J. K. (1979), Learning in large groups: Implications for the future, in: *Education* 100 (1979) 108-117
- Buber, M. (1923), *I and Thou*, New York (Scribner's Sons) 1970
- Caddie, B. / O'Hanlon, W. H. (1993), *A brief guide to brief therapy*, New York (W. W. Norton & Company) 1993
- Friedman, M. D. (1985), *The healing dialogue in psychotherapy*, New York (Jason Aronson) 1985
- Geertz, C. (1979), From the native's point of view: On the nature of anthropological understanding, in: Rabinow, P. / Sullivan, W. M. (Eds.), *Interpretive social psychology*, Berkeley (University of California Press) 1979, 225-241
- Gergen, K. J. (1994), Exploring the postmodern: Perils or potentials? in: *The American Psychologist*, 49,5 (1994) 412-414
- Gilligan, S. (1997), *The courage to love: Principles and practices of self-relations psychotherapy*, New York (W. W. Norton & Company) 1997
- Harman, J. I. (1990), Unconditional confidence as a facilitative pre-condition, in: Lietaer, G. / Rombauts, G. / Van Balen, R. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*, Leuven (University of Leuven Press) 1990
- Kegan, R. (1994), *In over our heads: The mental demands of modern life*, Cambridge (Harvard University Press) 1994
- Kramer, R. (1995), Carl Rogers meets Otto Rank – and beyond, in: *Journal of Humanistic Psychology* 35,4 (1995) 54-110
- Kirschenbaum, H. (1979), *On becoming Carl Rogers*, New York (Dell) 1979
- Kirschenbaum, H. / Henderson, V. L. (1989) (Eds.), *Carl Rogers: Dialogues*, Boston (Houghton Mifflin) 1989
- Kuhn, T. S. (1970), *The structure of scientific revolutions*, Chicago (University of Chicago Press) 1970
- Luborsky, L. / Singer, B. / Luborsky, L. (1975), Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? in: *Archives of General Psychiatry* 32 (1975) 995-1008
- Mearns, D. (1994), *Developing person-centred counseling*, London (Sage) 1994
- Neimeyer, R. A. / Stewart, A. E. (in press), *Constructivist and narrative therapies*
- O'Hanlon, W. H. (1993), Possibility therapy: From iatrogenic injury to iatrogenic healing, in: Gilligan, S. / Pines, R. H. (Eds.), *Therapeutic conversations*, New York (W. W. Norton & Company) 1993
- O'Hara, M. (1983), Patterns of awareness: Consciousness and the group mind, in: *The Gestalt Journal* 6, 2 (1983) 103-116
- O'Hara, M. (1989), Person-centered approach as conscientizacao: The works of Carl Rogers and Paulo Freire, in: *Journal of Humanistic Psychology* 29, 1 (1989) 11-35

- O'Hara, M. (1995), Carl Rogers: Scientist or mystic? in: *Journal of Humanistic Psychology* 35, 4 (1995) 40-53
- O'Hara, M. (1996), Rogers and Sylvia: A feminist analysis, in: Farber, B. A. / Brink, D. C. / Raskin, P. M. (Eds.), *The psychotherapy of Carl Rogers: Cases and commentary*, New York (Guilford Press) 1996, 284-300
- O'Hara, M. (1997a), Emancipatory therapeutic practice in a turbulent trans-modern era: A work of retrieval, in: *Journal of Humanistic Psychology* 37, 3 (1997) 7-33
- O'Hara, M. (1997b), Relational empathy: From egocentric modernism to socio-centric postmodernism, in: Bohart, A. C. / Greenberg, L. S. (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*, Washington D. C. (American Psychological Association) 1997, 295-320
- O'Hara, M. M. (1984), Person-centered Gestalt: Towards a holistic synthesis, in: Levant, R. F. / Shlien, J. M. (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach: new directions in theory, research and practice*, New York (Praeger) 1994, 203-221
- Pascual-Leone, J. (1989), Reflections on life-span intelligence, consciousness, and ego-development, in: Alexander, C. N. / Langer, E. J. (Eds.), *Higher stages of human development*, New York (Oxford University Press) 1989, 258-286
- Rogers, C. R. (1942a), *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice*, New York (Houghton Mifflin) 1942
- Rogers, C. R. (1957a), The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change, in: *Journal of Consulting Psychology* 21 (1957) 95-103
- Rogers, C. R. (1977a), *Carl Rogers on personal power*. New York (Delacorte) 1977
- Rogers, C. R. (1978b), The formative tendency, in: *Journal of Humanistic Psychology* 18, 1 (1978) 23-26
- Rogers, C. R. (1980a), *A way of being*, Boston (Houghton Mifflin) 1980
- Rogers, C. R. / Dymond, R. F. (Eds.), (1954a), *Psychotherapy and personality change: Co-ordinated research studies in the client-centered approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 1954
- Rogers, C. R., / Sanford, R. C. (1989), Client-centered psychotherapy, in: Kaplan, H. I. / Sadock, B. J. (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, Baltimore (Williams & Wilkins) 1989, 1482-1501
- Schmid, P. F. (1997), "Encountering a human being means being kept alive by an enigma" (E. Lévinas). Prospects on further developments in the Person-Centered Approach, in: Andrade, N. (Ed.), *IV International Conference on Client-Centered Therapy and Experiential Psychotherapy*, University Católica Portuguesa, Lisbon, Portugal 1997, 30
- Seeman, J. (1954), Counselor judgements of therapeutic progress and outcome, in Rogers, C. R. / Dymond, R. F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change*, Chicago (University of Chicago Press) 1954, 166-196
- Seligman, M. E. P. (1995), The Effectiveness of Psychotherapy: The Consumer Reports Study, in: *The American Psychologist* 50, 12 (1995) 965-974
- Shlien, J. (1997), Empathy in psychotherapy: A vital mechanism? Yes. Therapist's conceit? All too often. By itself enough? No, in: Bohart, A. / Greenberg, L. S. (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*, Washington D. C. (American Psychological Association) 1997, 63-80
- Shlien, J. M. (1957), *An experimental investigation of time-limited, brief, client-centered therapy*, Doctoral dissertation (University of Chicago) 1957
- Standal, S. W. / van der Veen, F. (1957), Length of therapy in relation to counselor estimates of personal integration and other case variables, in: *Journal of Consulting Psychology* 21, 1 (1957) 1-9
- Taft, J. (1933), *Dynamics of therapy in a controlled relationship*, Gloucester, MA (Peter Smith) 1973
- Van Belle, H. A. (1990), Rogers' later move towards mysticism: Implications for client-centered therapy, in: Lietaer, G. / Rombauts, R. / Van Balen, R. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*, Leuven (Leuven University Press) 1990, 47-58
- Van Kalmthout, M. (1995), The religious dimensions of Rogers' work, in: *Journal of Humanistic Psychology* 35, 4 (1995) 23-39
- Wood, J. K. (1984), Communities for learning: A person-centered approach, in: Shlien, J. M. / Levant, R. F. (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory and practice*, New York (Praeger) 1984, 297-316.
- Wood, J. K. (1997), *Carl Rogers and transpersonal psychology*. Invited presentation at the VI International Holistic and Transpersonal Congress, Aquas de Lindoia, Brazil 1997

Author:

Maureen O'Hara, Ph.D. is one of the leaders in the field of Humanistic Psychology. For over 15 years she was part of the Carl Rogers team which conducted large group learning communities. She is author of numerous publications in the field of Humanistic Psychology. The common theme in her work is the relationship between inner psychological life, social context and the conditions necessary for people to achieve lives of dignity, love and satisfaction. Dr. O'Hara has served on the faculty of several colleges and universities in the United States, the UK and South America. Currently she is the Dean of Faculty of the Saybrook Graduate School and Research Center in San Francisco.

Correspondence address:

*Maureen O'Hara, Ph. D.
Saybrook Graduate School
450 Pacific Ave., Third floor
San Francisco, CA 94133*

Martin Van Kalmthout

Towards an Integrated Person-Oriented Psychotherapy

Paper presented at the IV International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy, July 7-11 1997, Lisbon, Portugal

Abstract: *In this article a distinction is made between person-centered and person-oriented psychotherapy. Person-centered therapy is considered a separate school of therapy, while person-oriented therapy is considered as a metatheory for all psychotherapy. It is argued that the latter is more in keeping with the spirit of Carl Rogers than the first.*

Keywords : *Metatheory of psychotherapy, basic assumptions, person-oriented psychotherapy*

Introduction

We are living in a period in which all-encompassing systems of belief, which claim to be the possessors of truth, no longer exist. People seem to be imbued with the notion that all our knowledge is historically and culturally determined and therefore relative. This has promoted the decline of religious, political, and philosophical systems and ideologies. As psychotherapy has always been a product of a certain culture or *Zeitgeist*, it is no great wonder that interest in so-called universal therapies has also started to decline. This is not a time for believers in universal solutions to universal problems.

Empirical research has also contributed considerably to the demonstration of the relativity of psychotherapeutic theories and methods. In addition, a clinical practice has evolved in which psychotherapists of all schools have felt more and more free to use whatever they consider useful for their clients or interesting. A general atmosphere of eclecticism has emerged with little concern for orthodoxy or theories. This has also sometimes led to the conviction that "it does not matter what you do, as long as it works". Some psychotherapists view this new way of thinking as a threat to cherished values and as a selling-off of respected theories. More specifically, it is felt that psychotherapy is in a real danger of being reduced to a technology.

In the present contribution, I will argue that psychotherapies have so many similarities that the time has come to leave the old divisions behind and search for more meaningful divisions. One such distinction which I consider useful is the one between symptom-

oriented and person-oriented psychotherapies. I will argue that integration within each of these two models of psychotherapy may be fruitful and will elaborate on this idea for the person-oriented model in particular.

It should be understood from the beginning that person-oriented psychotherapy is different from person-centered psychotherapy in that the former is a particular interpretation or model and the latter a particular school. The name person-oriented implies that the person is the central concept on all levels of theory: in the conceptualization of psychopathology, psychotherapy and the process of change. I think, moreover, that such a broad conceptualization offers more of a future for our valuable tradition than a strict school of client-centered or person-centered therapy, which must struggle to survive in this era of managed care and biological psychiatry (see Bohart/O'Hara/Leitner 1997). Such a broad conceptualization also seems more in keeping with the spirit of Carl Rogers, who presented his approach more as a meta-theory for all psychotherapy than as a separate school of therapy.

Symptom-oriented versus person-oriented psychotherapy

Hypnotism arose in the 18th century and was a product of partly magical thinking and partly the adoption of a medical approach. The neurologists and psychiatrists of the 19th century (especially in France) made a medical technique out of hypnotism and applied it in the same manner as other "treatments" for medical and psychological problems. As doctors, they were used to a directive and technical approach aimed at the alleviation or removal of symptoms.

Freud became acquainted with this approach during his visit to Charcot in Paris and used hypnosis in his psychotherapeutic work but gradually became more and more critical of it. Freud then developed his own paradigm as the antithesis of the hypnotic paradigm: the patient had to work hard himself, no advice was given, and the aim was not symptom-relief but personality change. This model of psychotherapy was also more in tune with the old philosophical traditions of "knowing yourself" and the Socratic manner of inquiry and achieving wisdom than with the technical treatment approach of the natural sciences.

I think that 19th century hypnotism and the old psychoanalytic model can be considered two prototypes of psychotherapy and that most of the later schools of psychotherapy can be traced back to these prototypes. For example, classical behavior therapy and the so-called directive therapies resemble the hypnotic model in that they are all symptom-oriented, directive, and therefore short-term. The therapeutic relationship is only important in so far as the patient must be persuaded to change his maladaptive behavior patterns.

Psychoanalysis, Jungian analytic therapy, client-centered therapy, and other insight-oriented and experiential psychotherapies, only take the symptom as an entrance to the "real problem" or, as Jung said, as a graduator of the inner psychological world. The goal of these approaches (which is some form of personality change) is much more ambitious and they generally consider the psychotherapeutic relationship to stand central to the change process instead of secondary to it. These approaches are more or less non-directive instead of directive and intervention-oriented and as the change process is a profound one, the therapy can often take several years.

Granted that these two models of psychotherapy are prototypes, which implies considerable variation within each model and considerable overlap between the models, I still think that they represent two different paradigms of psychotherapy and therefore merit elaboration in their own right. The symptom-oriented and the person-oriented paradigms of psychotherapy differ fundamentally in their view of what psychotherapy is, what its goal is, and what is important in achieving this goal. Integration within each of the two models may therefore be useful, while complete integration across the two models would mean the neglect of important distinctions.

Methodological considerations

For real integration to take place, it is necessary to leave the narrow boundaries of one particular psychotherapeutic school behind. The best way to do this is to ask the real questions and press

for an answer that is not one-sided (coming from one particular school of thought). The different schools can best be considered different theories competing with each other to explain a certain psychotherapeutic phenomenon. For example, if we ask which qualities of the psychotherapist are most effective for the promotion of personality change, we need not (on the basis of our devotion to a particular school) choose between empathy versus interpretation or authenticity versus working through transference. Rather, we must try to find a balanced answer to this question, with the relevant aspects of the different approaches in the right place.

I think the following questions should stand central in our endeavor to outline the essential characteristics of person-oriented psychotherapy: (1) What is the general view on the origin of human problems and psychopathology? (2) What are considered the central agents of change? and (3) What constitutes the goal of the therapy or the process of personality change. A general theory is needed to create a coherent frame of reference for these questions, which means that the same theory must explain the origins of psychopathology, the effective change agents, and the process of personality change. A further requirement is that the theory be neutral with regard to traditional psychotherapeutic theories; in other words, the theory is actually a meta-theory.

Person-oriented psychotherapy

As stated earlier, "person-oriented psychotherapy" can and should be distinguished from "person-centered psychotherapy", which is the name of one particular school of psychotherapy. What I mean by person-oriented psychotherapy is essentially the following: contrary to symptom-oriented psychotherapy, person-oriented psychotherapy is directed at the development of the person. It is assumed that psychopathology is the result of developmental arrest during a critical phase in the development of the self in interaction with key figures. In this view, the nature of psychological problems is relational or interpersonal and the essence of psychotherapy is to provide a new opportunity to learn to become a self in relation to others, which is why the quality of the therapeutic relationship stands central.

It should be noted that several psychotherapeutic approaches emphasize the relational nature of psychological problems and thus position the therapeutic relationship as the crucial curative factor. Freud was the first to construe the therapeutic relationship as a central curative factor with his conceptualization of the transference and countertransference phenomena. Jung and the humanistic psychotherapies went a step further with their emphasis on the dialogical nature of the psychotherapeutic endeavour (Friedman 1985). More recently, object-relations theory and interpersonal psychotherapy (Teyber 1992) have emphasized the relational nature

of psychotherapy even more. The incorporation of the quality of the therapeutic relationship as a curative factor within cognitive therapy (Mahoney 1993) and even behavior therapy (Schaap/Bennun/Schindler/Hoogdui 1993) is particularly conspicuous as these approaches were originally intervention-oriented and largely technical in nature. This shows the role of the therapeutic relationship to be one of the most powerful integrative factors in the field and it implies that the person-oriented paradigm can make use of a wide variety of sources for developing an integrated approach to psychotherapy. In the following some of the characteristics that appear to be essential to person-oriented psychotherapy and the associated meta-theory, will be delineated.

Common conceptualization of psychopathology

As already mentioned, the first requirement for an integrated approach to the development of a person-oriented psychotherapy is a common view of psychopathology. In this section I will try to outline some of the characteristics of such a conceptualization. The first feature of such a view is that the symptom be taken as an expression of psychological conflict and not as the problem itself. This implies a psychological rather than a behavioral or symptomatic level of conceptualization. A second feature is to acknowledge the universality of these psychological conflicts in the sense that all clients and people struggle in one way or another with these fundamental human conflicts, which are part of our human condition (Van Kalmthout 1995; 1998a; Van Kalmthout/Pelgrim 1990). In addition to the philosophical literature, these psychological conflicts have been described more concretely in the psychotherapeutic literature and especially in the psychodynamic and existential-humanistic traditions (Yalom 1980).

One such conflict of particular relevance to a person-oriented conceptualization of psychopathology is the separateness-relatedness conflict (Teyber 1992). This conflict is assumed to be present from birth until death, and its beginnings have been described by Otto Rank as "Das Trauma der Geburt" (birth trauma) (Rank 1924). It is the conflict between becoming a self or person and being related to others. The fear of becoming an autonomous self can mean escaping the burden of one's own responsibilities or, as Fromm (1941) calls it, "Escape from freedom". Such a fear can lead to fusion-like relationships or symbiotic relationships that eventually become pathological. Conversely, a fear of intimate relationships can lead to a form of isolation that can also become pathological. To find a harmonious balance between these two extremes thus appears to be the ultimate goal of psychotherapy and necessary for good mental health.

Several developmental theories describe the formation of the self in social relationships. Prominent among these are Bowlby's attachment theory (Bowlby 1969) and Mahler's object relations the-

ory which is concerned with "The psychological birth of the human infant" (Mahler/Pine/Bergman 1975). From a different vantage point, Rogers (1959a) has outlined a general theory of interpersonal relationships that encompasses developmental theory, psychopathology, psychotherapy, group behavior, and a number of different social applications including education and international politics. Angyal (1965) has developed a "holistic theory" of psychopathology based on the idea that a universal human conflict is at the basis of all neuroses: the conflict between a tendency towards autonomy and a tendency towards homonomy and therefore named his theory "the theory of universal ambiguity". Other interesting theorists in this respect are, to name just a few, Karen Horney (1945; 1950) who formulates the basic conflict as the conflict between "the proud system" and "the true self", and Hellmuth Kaiser (Fierman 1965) who refers to "the universal conflict of our fundamental aloneness" versus "the universal fantasy of fusion".

It should be noted that most of the therapists and theorists mentioned above are not strict adherents to a particular school of thought but rather dissidents following their own paths. Suffice it to say that not one particular school but several different theories can help us elucidate the normal as well as the abnormal development of the self in social relationships. My main point here is that the normal and abnormal development of the person, or self, in interpersonal relationships must be taken as the central vantage point on psychopathology from a person-oriented perspective.

It is the relationship that heals

In the person-oriented paradigm, it is assumed that the origins of symptoms and problems can be traced back to early interpersonal conflicts that have not as yet been resolved. It is logical to assume that these unresolved conflicts can only be resolved in a context similar to the context in which they arose; that is an interpersonal setting in which a "corrective emotional experience" takes place. This is the basic reason why, within the person-oriented paradigm, the psychotherapeutic relationship is considered the central effective agent or, as stated by Teyber (1992, 14), the foundation of the therapeutic enterprise.

This view is fundamentally different from the view of the psychotherapeutic relationship held within the symptom-oriented paradigm. In the latter, the therapeutic relationship is meant to enhance the power of the therapist and is therefore basically manipulative. The function of the relationship is to let the therapist control the client in order to implement the behavioral program (Keijsers 1994). In the person-oriented paradigm, in contrast, a climate is offered in which the client, often for the first time in his life, can feel free to listen to himself, experience his own thoughts and feelings and search for his own solutions to problems, without being manipulated not to do so. As the source of his problems is often considered to be an ear-

lier lack of an interpersonal context with a "non-punishing audience" (Skinner 1953), it is essential that such a climate of non-punishment and support be offered. Otherwise, the same old processes will continue; only a new experience can bring about real change.

This is not to say that the therapist working within the person-oriented paradigm exerts no influence on the client. To the contrary! The influence comes from the real presence of the therapist, who has no hidden agendas or preprogrammed routes and is thus not manipulative. The real healing power of a relationship stems not only from an empathic attitude but also an active presence. As said earlier, we should feel free to study and practice the psychotherapeutic relationship in its full complexity and thus by not limiting ourselves to one of the old schools of psychotherapy. Within a paradigm that takes the psychotherapeutic relationship as central, moreover, it is outdated to contrast non-directivity with directivity, empathy with confrontation, or authenticity with transference-countertransference.

Referring to Rogers's famous statement about the necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change (Rogers 1957a), it can be concluded that within the person-oriented paradigm the psychotherapeutic relationship is necessary and sufficient for change, provided it is not conceptualized in a limited, one-sided form or manner.

Personality change

In the traditional psychotherapeutic literature, personality change has always been considered a distinctive feature of psychotherapy and became opposed to symptom reduction after the rise of behavior therapy (Van Kalmthout 1998b). Personality change as a psychotherapeutic goal is also the most essential and predominating characteristic of the person-oriented paradigm, when compared to the symptom-oriented paradigm. This is not to say that the concept is very clear or that the process to which it refers has been elucidated in a very clear-cut manner. I consider the development of a theory of personality change within the person-oriented paradigm to, therefore, be one of the most important tasks to be accomplished yet. Here again, it is absolutely necessary to study the phenomenon as open-mindedly as possible and not limit ourselves to a particular point of view.

Within the framework of person-oriented psychotherapy, personality change implies the development of a person or self that was not developed in the past. Such development was hampered, stagnated, or arrested and thus has yet to take place. The degree to which this is possible is, of course, a different question. Sometimes the personality change will reach the heights of what Rogers calls "the fully functioning person", but – more often than not – we are happy that the old neurotic patterns have more or less been defeated by the healthy core of the person, or are more or less dominated by

the healthy core. It is far beyond the scope of this presentation to go into all the complexities of the process of personality change. So I will limit myself to some core issues in the following.

First of all, self-psychology is central to the field of personality change because personality change is about "The restoration of the self" (Kohut 1977). It should be noted, however, that the psychology of the self is a vast field and not a single school or theorist. Essential contributions to the theory of personality change have been made, for example, by Rogers (1959a) and experiential theorists such as Gendlin (1964), Mahrer (1978), and Bohart (1993). The same is true for cognitive theorists (Mahoney 1991).

The current interest in personality disorders might well be interpreted as a general tendency in all schools of therapy towards greater exploration of the development and stagnation of the self. Some even speak of "disorders of the self" (Masterson/Klein 1989), and the aim of restoring the self has been formulated by a variety of concepts like "reaching the real self" (Angyal 1965), "congruence between self-concept and organismic self" (Rogers 1959a) or resolving the conflict between "the false self" and "the true self" (Winnicott 1965). These all seem to be variations on Freud's old statement that "Es soll Ich werden" ("The id should become one with the ego"). In all cases, moreover, the self is assumed to be split or divided (see the title of Laings book: "The divided self"; Laing 1960).

It should be noted that personality change does not mean "changing personality A into personality B" but, rather, "becoming that self which one truly is". This implies the development of "... a sense of self that is grounded in [...] organismic, biologically rooted experience" (Safran 1993), and not a "socially-conditioned self", which is constantly at war with the real self whether consciously or unconsciously. For this reason, a general goal within the person-oriented paradigm is to promote the process of experiencing the self, others, and the world. This process of seeing the reality of what one is, and from there the reality of others and the world, is another distinctive feature of person-oriented psychotherapy. It should be noted, however, that there is no exclusive way to do this and that any of a number of routes may facilitate this process. It is also noteworthy that this goal is very different from the goals set in the symptom-oriented paradigm. The processes used to achieve the goals also differ, which suggest that the person-oriented and symptom-oriented psychotherapies should be studied and practiced as two quite different enterprises.

Concluding remarks

In this paper I have argued that the time has come to leave traditional school boundaries to look for alternative but nevertheless meaningful classifications. My proposal has been to differentiate between the symptom-oriented and person-oriented paradigms and that integration should take place within each of these paradigms but not across them.

I argued that the distinctive features of the person-oriented paradigm are its emphasis on personality change and the centrality of the psychotherapeutic relationship. Both follow from its view of the origin of psychopathology, namely an arrest in the development of the self as a result of conflict with the social environment.

In current mainstream psychotherapy, there is an understandable emphasis on short-term, symptom-oriented approaches, rather than on person-oriented ones. This is a fruitful development, which should best be developed in its own right. If however the field would be limited to the symptom-oriented paradigm, as some seem to propose, then the field of psychotherapy is severely amputated, and loses some of its most essential characteristics (Bohart/O'Hara/Leitner, 1998).

The future and position of person-oriented psychotherapy is not at all clear, however, which makes the different schools of person-oriented psychotherapy utterly outdated. Instead, a really integrated and broadly conceptualized person-oriented psychotherapy should be developed in which different theories compete to explain the central phenomena: the development of the normal and disordered self in interpersonal relationships, the workings of the psychotherapeutic relationship and, the process of personality change. As stated before, I am convinced that such a broad conceptualization has a bright future, in contrast to strict schools of client-centered, person-centered, experiential or existential psychotherapy.

References:

Angyal, A. (1965), *Neurosis and treatment: A holistic theory*, New York (Wiley) 1965

Bohart, A. (1993), *Experiencing: The basis of psychotherapy*, in: *Journal of Psychotherapy Integration*, 3 (1993) 51-67

Bohart, A. / O'Hara, M. / Leitner, L. (1998), *Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies*, in: *Psychotherapy Research* 8, 2 (1998), 141-157

Bowlby, J. (1969), *Attachment and loss (Vol. I, Attachment)*, New York (Basic Books) 1969

Fierman, L. (1965), *Effective psychotherapy. The contribution of Hellmuth Kaiser*, New York (The Free Press) 1965

Friedman, M. (1985), *The healing dialogue in psychotherapy*, New York (Jason Aronson) 1985

Fromm, E. (1941), *Escape from freedom*, New York (Holt, Rinehart & Winston), 1941

Gendlin, E. (1964), *A theory of personality change*, in: Worchel, P. / Byrne, D. (Eds.), *Personality change*, New York (Wiley) 1964, 100-148

Horney, K. (1945), *Our inner conflicts*, New York (Norton) 1945

Horney, K. (1950), *Neurosis and human growth*, New York (Norton) 1950

Keijsers, G. (1994), *Prognostic factors in the treatment of anxiety disorders: Studies on treatment success and failure in behaviour therapy*, Doctoral Dissertation (University of Nijmegen) 1994

Kohut, H. (1977), *The restoration of the self*, New York (International Universities Press) 1977

Laing, R. (1960), *The divided self*, London (Tavistock) 1960

Mahler, M. / Pine, F. / Bergman, A. (1975), *The psychological birth of the human infant*. New York (Basic Books) 1975

Mahoney, M. (1991), *Human change processes*, New York (Basic Books) 1991

Mahoney, M. (1993), *Introduction to special section: Theoretical developments in the cognitive psychotherapies*, in: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (1993) 187-193

Mahrer, A. (1978), *Experiencing: A humanistic theory of psychology and psychiatry*, New York (Brunner / Mazel) 1978

Masterson, J. / Klein, R. (1989), *Psychotherapy of the disorders of the self. The Masterson approach*, New York (Brunner / Mazel) 1989

Rank, O. (1924), *Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse*, Wien (Internationaler Psychoanalytischer Verlag) 1924

Rogers, C. (1957a), *The necessary and sufficient conditions for psychotherapeutic personality change*, in: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 21 (1957) 95-103

Rogers, C. (1959a), *A theory of therapy, personality and interpersonal relationships*, in: Koch, S. (Ed.), *Psychology: A study of a science*, New York (McGraw-Hill) 1959, 184-256

Safran, J. (1993), *Breaches in the therapeutic alliance: an arena for negotiating authentic relatedness*, in: *Psychotherapy* 30 (1993) 11-24

Schaap, C. / Bennun, I. / Schindler, L. / Hoogduin, K. (1993), *The therapeutic relationship in behavioural psychotherapy*, Chichester (Wiley) 1993

Skinner, B. F. (1953), *Science and human behavior*, New York (MacMillan) 1953

Teyber, E. (1992), *Interpersonal process in psychotherapy*, Pacific Grove, CA (Brooks / Coole)² 1992

Van Kalmthout, M. (1995), *The religious dimension of Rogers's work*, in: *Journal of Humanistic Psychology* 35, 4 (1995) 23-39

Van Kalmthout, M. (1998a), *Person-centred theory as a system of meaning*, in: Thorne, B. / Lambers, E. (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective*, London (Sage) 1998

Van Kalmthout, M. (1998b), *Personality change and the concept of the self*, in: Thorne, B. / Lambers, E. (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective*, London (Sage) 1998

Van Kalmthout, M. / Pelgrim, F. (1990), *In search of universal concepts in psychopathology and psychotherapy*, in: Lietaer, G. / Rombauts, J. / Van Balen, R. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*, Leuven (Leuven University Press) 1990, 381-396

Winnicott, D. (1965), *The maturational process and the facilitating environment*, London (Hogarth) 1965

Yalom, I. (1980), *Existential Psychotherapy*, New York (Basic Books) 1980

Author:

Dr. Martin van Kalmthout is an Associate Professor of clinical psychology at Nijmegen University (The Netherlands). His main research interests are the foundations and history of psychotherapy. He has also a private practice for psychotherapy. Martin van Kalmthout is member of the International Staff of the Institute for Person-Centered Studies (IPS), Vienna.

Correspondence address:

*Martin A. van Kalmthout
Nijmegen University
PO Box 9104
Montessorilaan 3
NL-6500 Nijmegen*

Brian Thorne

Spirituelle Verantwortung in einem säkularen Beruf

Zusammenfassung: Der Autor plädiert leidenschaftlich für das Ernstnehmen der „spirituellen Dimension“ der Tätigkeit von Psychotherapeutinnen und Therapeuten. Der Begriff der Spiritualität bezieht sich dabei auf das entscheidende Fundament menschlichen Seins. In ihr liegt demzufolge die Quelle der Identität der Person. Es wird die Behauptung aufgestellt, dass Therapeuten diese Dimension ihrer Arbeit, „die spirituelle Berufung“, nicht mehr ignorieren können und dass diejenigen, die sie akzeptieren, bei allen Unterschieden indirekt jene Rolle einnehmen, die früher die Priester innehatten: die Mitmenschen auf deren Suche nach Sinn und Wahrheit zu begleiten. Therapie ist daher nicht als Psychotechnik, sondern als neue Art der Seelsorge auf der Basis der Gegenwärtigkeit in der Beziehung zu begreifen.

Stichwörter: Spiritualität, Gegenwärtigkeit, therapeutische Beziehung, Liebe, Glaubens- und Sinnfragen, Religion

Die Therapie-Explosion

Die Anzahl derer, die bei Therapeuten Hilfe (oder manchmal Inspiration) suchen, ist im Laufe der letzten zwanzig Jahre in Großbritannien und in anderen Ländern in erstaunlicher Weise gestiegen. Es mag eine Reaktion auf die eindeutige Nachfrage oder ein weiterer Beweis für den Bedarf sein, dass die Zahl der Therapeuten entsprechend gestiegen ist. Auch ist zur Zeit kaum eine Zeitung oder Illustrierte ohne lange Artikel über Therapie zu finden. Das Auffallende an dem journalistischen Interesse ist eine bemerkenswerte Polarisierung: Therapeuten werden sowohl als dämonische als auch als mitleidende Heiler von den Gefühlsverwundeten unserer Gesellschaft dargestellt. Jede größere Katastrophe beweist, dass Therapie jetzt fester Bestandteil unseres nationalen Lebens ist. Es wird einfach vorausgesetzt, dass irgendein Therapeut zur Hand ist, um denen, die in einem traumatischen Ereignis verwickelt sind, beizustehen. Man hält es sogar für notwendig, diese Hilfeleistung denen anzubieten, die von Beruf Helfer bei Unfällen sind – der Polizei, den Krankenwagenfahrern, den Feuerwehrleuten. Beratung braucht offensichtlich jeder, egal wie macho oder widerstandsfähig er auch sein mag.

Die Klientel und der Begriff Beziehung

Die wachsende Anzahl der Hilfesuchenden ist an sich schon bemerkenswert, aber die Vielfalt der Klientel noch mehr. Meine eigene klinische Erfahrung umfasst meine Arbeit an der Universität, in meiner Privatpraxis und die Beratung am Arbeitsplatz. Die Vielfalt der Klienten und deren Anliegen in den drei Arbeitsbereichen

ist erstaunlich. An der Universität, zum Beispiel, behandle ich innerhalb einer Woche Menschen im Alter von 18 bis 70 aus aller Herren Länder mit so unterschiedlichen Problemen wie Prüfungsangst, sexuellem Missbrauch und Trauer. In meinem Sprechzimmer in einer größeren Versicherungsfirma berate ich sowohl Seniorchefs als auch junge Büroangestellte. In meiner Privatpraxis habe ich sowohl den Klagen der „Guten und Großen“ der Provinzhauptstadt, in der ich wohne, als auch den Arbeitslosen oder den Leidenden, denen die Psychiatrie nicht weiterhelfen konnte, zugehört. Eine vielseitigere Klientel kann man sich schwer vorstellen.

Faszinierend – und doch leicht zu übersehen – ist eine bestimmte Gemeinsamkeit in der Verhaltensweise dieser so unterschiedlichen Klienten. Sie haben sich alle entschlossen, ihre Sorgen und Probleme in den Bereich einer Beziehung zu bringen. Es mag sein, dass sie es zunächst nicht so aufgefasst hatten; es mag sein, dass sie einfach beschlossen hatten, einen „Experten“ zu befragen oder therapeutisch ausgebildete Hilfe aufzusuchen. Jedoch alle, die über den ersten Termin hinaus durchhalten, bezweifeln selten, dass sie die Schwelle zu einer ganz besonderen Art von Beziehung überschritten haben und dass sie in diesem Raum ihre Probleme erforschen und Linderung ihres Leides und ihrer Verwirrungen finden können.

An dieser Beobachtung ist an sich nichts Bemerkenswertes, bis auf die Tatsache, dass wir vielleicht darin ein Charakteristikum der sogenannten postmodernen Gesellschaft erkennen. Nicht selten fragen sich ältere Menschen, oft mit Ironie, was man früher, „bevor es all diese Therapeuten gab“, gemacht hat. Der Begleittext zu solchem Kommentar ist immer, dass frühere Generationen mehr Ausdauer und

Entschlossenheit zeigten und ihr Leben lebten, ohne zu jammern und sich in Selbstanalyse zu ergehen. Diese Behauptung mag wahr sein, aber meiner Meinung nach übersieht sie einige wichtige Tatsachen. Zum Beispiel ist der Wandel in der sozialen Struktur unseres Gemeinlebens im Laufe der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts nicht zu verleugnen. Die „bewegliche Gesellschaft“ hat in vielen Gegenden die geografische Realität der Großfamilie zerstört und die Änderungen der gesellschaftlichen Sitten und Gebräuche drohen in letzter Zeit das Fundament der sogenannten Kernfamilie zum Wanken zu bringen. Diese ist ohnehin nur ein schwacher Schutz gegen die Launen des politischen und wirtschaftlichen Lebens. Aber nicht nur die Gesellschaft, sondern auch viele der allgemein verbreiteten Einstellungen, der Stützpfiler der alten Ordnung, haben sich grundlegend geändert. Am dramatischsten macht sich dieser Wechsel in der Einstellung zur Religion und in letzter Zeit zum Beruf des Mediziners bemerkbar. Dieser Haltungswechsel hat komplexe Gründe. Sie umfassen persönliche Glaubensanschauungen, veränderte Reaktion auf jede Art Autorität und wachsende Skepsis an der Wirksamkeit, ja sogar der Integrität der konventionellen Maßstäbe.

Das Ergebnis ist, dass für den größeren Teil unserer Gesellschaft weder der Seelsorger noch der Arzt Vertrauen erweckende Quellen der Weisheit und des Rückhaltes sind. Es hat schon seine Bedeutung, dass die Geistlichen, die ihre Anhänger noch an sich binden können – und das meistens auf eine extreme Weise –, einer hoch dogmatischen Glaubensrichtung angehören, die keinen Meinungsunterschied duldet und den „Gläubigen“, der vom Weg der „Wahrheit“ abschweift oder Zweifel ausdrückt, mit Ausschluss aus der Glaubensgemeinschaft bestraft. Anscheinend findet nur absolute Autorität Anklang (bei einigen) in einer Welt von fast unendlicher Relativität.

Wie man früher auf emotionelles und psychologisches Leiden reagierte

Es mag wohl sein, dass frühere Generationen emotionell und psychologisch widerstandsfähiger waren, als wir es heute sind. Wir werden die Wahrheit nie erfahren, obwohl es genug Beweise gibt, dass seelisches und körperliches Leiden viele Leben in der Vergangenheit ruiniert hat. Die Erzählungen von vielen älteren Klienten zerstören den Mythos, dass emotionelle Widerstandsfähigkeit allgemein verbreitet war und dass wir jetzt die Geburt einer degenerierten Gattung ohne Rückgrat miterleben. Meiner Meinung nach sind die Verschiebungen in der sozialen Struktur und die veränderten Anschauungen von größerer Bedeutung. Ich kann mir vorstellen, dass früher ein vertrauliches Gespräch über Leid und Verwirrung (wie die therapeutische Berufsausübung auch beschrieben werden kann) eher als heute im Kreis der Familie oder in der Pfarre oder in der Praxis des Hausarztes stattgefunden hat. Ich glaube auch an die Hypothese, dass das Gefühl eines inneren Zusammenhanges und gemeinsamer Bezugspunkte zum Rahmen der Realität der meisten Men-

schen bis weit ins 20. Jahrhundert gehörten, und all das trotz des wissenschaftlichen und technologischen Fortschrittes und der Verwüstung durch die Kriege. All dies stärkte und unterstützte die individuelle Identität und bewahrte vor den brennenderen, existentiellen Fragen, die das Leiden so vieler Menschen auszeichnet, die jetzt die Hilfe des Therapeuten brauchen. Viele von uns sind heute von einem Gefühl der Unzulänglichkeit erfüllt und verstehen die grundlegenden Voraussetzungen und Axiome, auf die unsere Gesellschaft aufgebaut ist, nicht mehr. In seinem letzten Buch „Die Gutenberg Elegien“ schreibt der amerikanische Kritiker Sven Birkerts kurz und klar: „Die Landkarten beschreiben unseren Lebensraum nicht mehr. Wir müssen annehmen, dass die Menschen blindlings weiter stolpern, ohne zu wissen wohin. Wir fühlen uns von einem Schwung, den wir nicht selber erzeugt haben, mitgerisse.“ (Birkerts 1994, 20)

Der Therapeut als Familie, Arzt und Seelsorger(ersatz)

Die psychotherapeutische Tätigkeit ist als ein unmöglicher Beruf beschrieben worden. Diese Beschreibung passt, wenn der Therapeut meint, das Bedürfnis und Verlangen aller seiner Klienten befriedigen zu müssen. Seine Arbeit ist noch entmutigender, wenn man sie im Zusammenhang mit den sich ständig ändernden Landkarten unseres Lebensraumes betrachtet, wie Birkerts es grafisch darstellt. Schließlich ist der Therapeut selber nicht mehr als ein sich bemühender Repräsentant der Gattung, die „blindlings weiterstolpert“ ohne bestimmte Richtung und mit wachsendem Unheilsgefühl. Die Versuchung ist groß, diese so unmögliche Aufgabe ganz aufzugeben oder die therapeutische Tätigkeit neu, mit begrenzteren, aber realistischen Arbeitszielen zu definieren. Die kognitiven Verhaltenstherapeuten haben diese Lektion gründlich durchgenommen.

Sie geben sich z. B. zufrieden, sobald sie es einem Klienten ermöglicht haben, mit einer Phobie besser fertig zu werden oder sich gegenüber einem repressiven Elternteil oder Vorgesetzten behaupten zu können. Es ist alltäglicher Gebrauch geworden, bestimmte und kurzfristige Ziele vor Beginn vieler therapeutischer „Verträge“ festzulegen, und es besteht kein Zweifel, dass diese „bescheidene“ Einstellung oft irgendein Resultat bringt, das den Therapeuten vor der Folie de Grandeur bewahrt und die geschlossene Phalanx verbitterter Klienten schwächt. Es ist eine vernünftige Strategie, sich mit beschränktem Ziel abzufinden, und dem Therapeuten, der seinen gesunden Schlaf schätzt, sei geraten, diesem Weg zu folgen. Es passt auch gut zur aktuellen Manie, die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen beweisen zu müssen, indem man konkrete und unwiderlegbare Resultate vorweist. Finanzierende Gremien und die dazu gehörenden Forscher glauben am liebsten an eine Welt, in der man genau voraussagen kann, dass diese oder jene Therapie Panikattacken in vier oder chronische Depression in sechs Behandlungen

„heilt“. In Wirklichkeit jedoch sind solche sauberen Lösungen selten, und selbst wenn sie zutreffen, gibt es keine Garantie, dass der Klient mehr als eine vorübergehende Linderung seines Leides spürt oder einen provisorischen Schritt von – wie Freud schon vor langer Zeit beschrieb – „neurotischer Misere“ in Richtung „allgemeiner Unzufriedenheit“ gegangen ist.

Ich bin nicht bereit, diese einschränkende Rolle zu spielen, so vernünftig und attraktiv sie auch sein mag. Ich muss gestehen, dass ich meinen Klienten lieber auf einer tieferen und einflussreicheren Ebene begegne, obwohl ich mir im Klaren bin, dass dieser Wunsch als das Resultat einer übersteigerten Bewertung meiner eigenen Gewichtigkeit und Fähigkeit angesehen werden mag oder als ein Zeichen eines unbewussten Masochismus, der zu Erschöpfung und völliger Verausgabung führen könnte. Diese eventuellen Folgen einer solchen Torheit aber gehen noch weiter. Ich muss zunächst bereit sein, die verschiedenen Herausforderungen, mit denen mich meine Klienten seit fast dreißig Jahren konfrontieren, klar zu erkennen. Natürlich gibt es diejenigen, die wenig mehr als einen freundschaftlichen Begleiter um sich herum haben möchten, damit Entschlüsse gefasst und komplizierte Situationen entwirrt werden können. Es ist ein Privileg, in das Leben solcher Menschen geladen zu werden und an ihren Denkungsweisen und ihrem Dilemma Anteil nehmen zu dürfen. Es ist, als ob sie mir sagen wollen: „Sei ein aufmerksamer und engagierter Zuhörer, so dass ich entdecken kann, was ich wirklich fühle und denke und tun muss.“ Wenn mein Berufsleben sich nur mit dieser Art Menschen beschäftigte, fühlte ich mich sicher ausgefüllt, ja sogar zufrieden, selbst wenn die Gefahr der Selbstgefälligkeit oder gelegentlichen Langweile bestünde.

Das Vermächtnis der letzten dreißig Jahre ist jedoch viel komplizierter. Viele Klienten, die in mein Berufsleben getreten sind, sind lange geblieben (und zum Teil noch da), und durch sie habe ich mich geändert. Manchmal haben sie mich an die Grenze des Erträglichen getrieben oder sie haben mich gezwungen – fast gegen meinen Willen – mein therapeutisches Glaubensbekenntnis, an das ich mich halte, ehrlich zu überprüfen. Ihre Stimmen hallen in meinem Kopf, und selbst wenn sie die Worte, die ich ihnen in den Mund lege, nie geäußert haben, bin ich sicher, dass ich sie mit meiner Interpretation ihrer Anliegen nicht missverstehe. Einige sagen: „Hab mich lieb.“ Andere rufen: „Heil mich.“ Wieder andere bitten: „Gib meinem Leben einen Sinn.“ Manche kommen mit allen drei Anliegen zu verschiedenen Zeiten.

Der Therapeut als Liebhaber, Heiler und Sinnstifter – das bedeutet, dass er den unmöglichsten aller Berufe auszuüben versucht. Und doch weiß ich aus Erfahrung, dass mich viele Menschen über viele Jahre hin genau in diesen Rollen zu sehen hoffen. Noch bemerkenswerter ist, dass ihre Anzahl ständig steigt. Es ist Ironie, dass dieser Anstieg in die Zeit fällt, in der die wirtschaftlichen Maßnahmen des

Gesundheitswesens verlangen, dass sich für Kassenpatienten eine Therapie, wenn überhaupt erhältlich, auf kurzfristige Behandlung mit begrenzten Zielen beschränken muss. Es ist kaum anzunehmen, dass solch eine Gesinnung einen Klienten zu einem Vertrag animiert, der Liebe, Heilung und Lebenssinn innerhalb von sechs Behandlungen anbietet. Der Therapeut, der solch einen Vertrag unterschreiben würde, machte sich der unverantwortlichsten Vereinbarung mit wahnsinnigen Erwartungen schuldig.

Meine Ansicht ist vielleicht übertrieben simpel, und doch glaube ich, dass seit dem Verfall der Familienordnung, der religiösen Institution und der Glaubwürdigkeit und Autorität des Arztes diejenigen, die Liebe, Heilung und Sinn suchen, nicht mehr wissen, wohin. Der Psychotherapeut macht ihnen Hoffnung: Bei ihm gibt es möglicherweise einen Ersatz für Familie, Arzt und Seelsorger in einem Zeitalter – ich zitiere nochmals Birkerts –, „in dem unsere postmoderne Kultur ein riesiges Gewebe von wetteifernden ‚Ismen‘ ist: Wir sind ohne Führer und abhängig von der Gewaltherrschaft eines kategorischen Relativismus – verkleidet als Freiheit.“ (Birkerts 1994, 218)

Wenn wir Therapeuten diese Ansicht wirklich akzeptieren und uns damit eine neue und offensichtlich unmögliche Rolle aufdrängen lassen, dann stehen wir vor einem qualvollen Dilemma. Sollen wir vor solch einer entmutigenden Prognose weglaufen? Sollen wir solch eine Rolle ablehnen und die annehmen, die unsere wirtschaftlichen Gebieter uns zuteilt, oder sollen wir uns weigern, uns der Panikstimmung zu unterwerfen und der bitteren Wahrheit ins Gesicht sehen? Es ist interessant, dass Birkerts uns in einem anderen bedeutenden Artikel, der unsere Zwangslage prophezeiend analysiert, anregt, unserer eventuellen, neuen Berufung mutig entgegenzusehen. „Wo einst die Mutter Gottes die Stätte des Geistes und der Fürsorge und die Beschützerin des Innenlebens war, da hat die neue Machtstellung, jetzt säkularisiert, die Praxis des ausgebildeten therapeutischen Spezialisten übernommen.“

Der Therapeut als „Glaubender“ in einer disintegrierenden Gesellschaft

Die Metapher des Therapeuten als Beschützer des Innenlebens und als Stätte des Geistes und der Fürsorge gefällt mir. Mit diesen Begriffen kann ich mich identifizieren. So eine Person macht keine komische Figur angesichts eines Menschen, der sich nach Liebe, Heilung und Sinn sehnt. So jemand ist höchst wichtig in einer Welt, die zunehmend von Schönheit, Echtheit, Leidenschaft und dem Geistigen abgeschnitten ist. Diese Vorstellung stärkt mich, den bitteren Tatsachen ins Gesicht zu sehen und zu erkennen, dass sie, wie Carl Rogers einst andeutete, vielleicht doch wohlwollend sind.

Zur Sache also. Was bedeutet es, zu akzeptieren, dass ich als Therapeut von denen aufgesucht werde, die Liebe, Heilung und Sinn

ersehen? Wie kann ich mich auf solch eine Begegnung vorbereiten? Dieser Aufsatz beschäftigt sich von jetzt an mit Aspekten dieser Fragen. Zunächst also einige grundlegende Reflexionen.

Zuerst muss ich die grandiose Vorstellung loswerden, dass ich je Liebe, Heilung und Sinn geben könnte oder sogar beruflich dazu verpflichtet wäre. Jedwedes Geschenk, so kostbar es auch sein mag, ist letzten Endes unbrauchbar, wenn es der Empfänger nicht annimmt und sich nicht darüber freut. Ich bin also auf die Annahme meines Geschenkes angewiesen, und die hängt wiederum von der Qualität meiner Beziehung zum Empfänger ab. Zweitens darf ich mir nicht anmaßen, der Hauptstifter oder die einzige Quelle von Liebe, Heilung und Sinn für jemanden zu sein. So heißt dessen Sehnen auch sein mag, ich als der perfekte Helfer liefe Gefahr, mich zum Grund für Enttäuschung oder, noch schlimmer, für Missbrauch zu machen. Was kann ich also machen? Ich würde vorschlagen, dass ich mich ernstlich mit meinem eigenen Geliebtsein, meiner eigenen Heilung und dem Sinn meines eigenen Lebens befasse. Nur dann flößt mir das Sehnen und Verlangen eines Mitmenschen keine Angst ein; auch werde ich dann nicht in die Versuchung geraten, meine eigene innere Leere mit den Bedürfnissen des anderen zu füllen. Wenn ich mir meines eigenen Geliebtheits bewusst bin, dann kann ich mich anderen öffnen und ihnen erlauben, mich zu bereichern. Außerdem muss ich bereit sein, mich durch die natürlichen und spirituellen Kräfte meiner Umgebung stärken zu lassen. Wenn ich meine eigene Heilung beachte, dann bestehe ich auf der Ganzheit meines Selbst und erkenne die Einheit meines Geistes, meines Körpers und meiner Seele an und toleriere keine Fragmentierung.

Wenn ich mich mit dem Sinn meines eigenen Lebens befasse, dann bin ich bereit, der alltäglichen Belastungen meines eigenen Lebens bewusst zu sein und sie mit meinem Glauben an die Menschheit und an die Natur der Realität zu verbinden. Es wird auch von mir verlangt, dass ich meine Ansichten über die Therapie, die ich praktiziere, ständig überprüfe und mich verpflichte, sie in meiner Arbeit anzuwenden und nicht nur als leere Phrasen bei Konferenzen und Seminaren auszuposaunen. Wenn all dies wie eine strenge Disziplin klingt, darf das nicht überraschen. Wie sonst könnte eine Beziehung zu denen gepflegt werden, die sich nach Liebe, Heilung und Sinn sehnen, ohne fürchten zu müssen, lebend verschlungen zu werden oder vernichtender Verzweiflung zu unterliegen. Da unsere materialistische und wachsende elektronische Kultur eine Art von Kommunikationsnetz umfasst, in dem das Innenleben auf dem Altar der Leistungsfähigkeit und der Oberflächlichkeit geopfert wird, muss sich der Psychotherapeut zu einer tieferen Ebene von Erleben verpflichten. Ohne diese Verpflichtung fühlte ich mich gezwungen, mein Diplom an den Nagel zu hängen und eine andere Arbeit zu suchen.

Die Sinnsuche

Spiritualität, Religion und Psychologie

Eine faszinierende Entwicklung unter Therapeuten brachte in letzter Zeit die veränderte Einstellung zu Spiritualität und zur spirituellen Dimension der Persönlichkeit. Therapeuten, die vor zehn Jahren solche Betrachtungen verspottet haben, erkennen jetzt ihre Relevanz an und sind in vielen Fällen gezwungen worden, ihre eigene Vorstellung von der Natur und dem menschlichen Schicksal neu zu formulieren. Wie schon erwähnt, besteht kaum ein Zweifel, dass das offensichtlich existentielle Bedürfnis der Klienten diesen Wandel verursacht hat. Mit ihrer Bereitschaft, diese Sinnsuche auszusprechen, ziehen sie den Therapeuten auf ihrer Forschungsreise mit sich. Es gibt zwar noch immer Therapeuten, die das Interesse am Spirituellen – besonders was das Leben nach dem Tod oder irgendwelche spirituellen Kräfte angeht – als Zeichen von Neurose oder sogar als Anfang einer Psychose ansehen. Solche Therapeuten scheinen seltener zu werden oder lassen seltener von sich hören. Es wäre aber falsch, diesen Haltungswechsel ganz der Klienten-Initiative zuzuschreiben. Meiner Ansicht nach befindet sich sowohl die Psychologie als auch die Theologie im Umschwung – mit dem Resultat, dass jetzt der Dialog möglich ist, der bis vor kurzem unvorstellbar war. Es ist zum Beispiel interessant, dass eine Dozentur an der Theologischen Fakultät der Universität Cambridge für das Studium von Wissenschaft und Religion gestiftet worden ist (von einem erfolgreichen Schriftsteller mit spirituellen Themen als Spezialgebiet) und dass der erste Amtsinhaber ein Klinischer Psychologe ist, der zufälligerweise auch anglikanischer Geistlicher ist. Außerdem brachte die renommierte Zeitschrift „American Psychologist“ im Jahr 1994 einen wichtigen Artikel über Psychologie und Religion heraus. Der Autor, Dr. Stanton Jones, hat folgendes zu sagen:

„Es sieht wirklich so aus, als ob die Psychologie in der amerikanischen Gesellschaft das Vakuum ausfüllt, das der nachlassende Einfluss der Religion, grundlegende Fragen zu beantworten und moralisches Vorbild zu sein, hinterlässt.“ (Jones 1994, 192) In demselben Artikel zitiert er einen älteren Schriftsteller, Browning, der erkannt hat, dass „traditionelle Religion und moderne (therapeutische) Psychologie eine besondere Beziehung zueinander haben, weil sie beide passende Begriffe und Technologien für eine innere Ordnung bieten“ (Browning 1987).

Das Bedürfnis der Klienten, die ersten Anzeichen eines eventuellen Dialogs zwischen Religion und Psychologie und die Verwüstungen, die ein konkurrenzfähiger Materialismus hinterlässt, haben einen Klimawechsel erzeugt, und ein Therapeut kann es nicht mehr vermeiden, Stellung zum spirituellen Erleben zu nehmen. Man könnte mindestens drei mögliche Ansichten vertreten: Man könnte die Realität der Spiritualität ignorieren und sogenannte spirituelle Phänomene auf psychologische Weise erklären und somit ein alter-

natives Bezugssystem für die Begriffsanalyse vermeiden. Eine zweite Einstellung wäre, die Stichhaltigkeit spiritueller Erfahrung anzuerkennen, sie aber aus der therapeutischen Arena auszuschließen mit der Begründung, dass Psychotherapeuten nicht mit dem nötigen geistigen Rüstzeug ausgestattet sind und sich eher an pragmatische, kognitive, affektive Verhaltensziele halten. Die dritte Einstellung akzeptiert das spirituelle Erleben als eine Gegebenheit der menschlichen Existenz und schenkt ihm seine volle Beachtung. Es ist auf jeden Fall nicht länger möglich, dass sich ein rechtschaffener Therapeut vor der Frage drückt.

Hier muss der Unterschied zwischen Spiritualität und Religion erwähnt werden. Letztere betrifft eine Reihe von allgemein gültigen Glaubensansichten oder -überzeugungen, welche die menschliche Erfahrung in ihrer Gesamtheit, einschließlich der Aspekte, die der empirischen Untersuchung nicht zugänglich sind, wenigstens teilweise zu erklären versucht. Eine Religion hat auch meistens eine organisierte und institutionalisierte Struktur, die ihre Anhänger in ihrem Glauben und Verhalten unterstützt. Natürlich kann eine Religion die spirituellen Bestrebungen und Entwicklungen seiner Gläubigen fördern; das trifft auch manchmal – aber auf keinen Fall unbedingt – zu. Zu oft verzetteln die Religionen sich in den Nebensächlichkeiten ihrer Glaubenslehre oder in ihren komplexen, organisatorischen Strukturen, so dass sterile Dogmen oder wetteifernder Machthunger über die spirituelle Forderung gestellt werden. Das ist mit ein Grund, warum die Religion als Institution in unserem Land so tief im Kurs steht und warum so viele Gläubige abtrünnig geworden sind oder sich von den Hauptkirchen abgewandt haben und ihre geistige Nahrung auf neuen, oft unerforschten Märkten suchen. Für manche ist dieser Weg zu gefährlich, und sie versinken lieber in einem apathischen oder zynischen Morast oder flüchten sich in die dogmatische Sicherheit irgendeiner Art von Fundamentalismus.

Wie lässt sich diese Spiritualität, zu der alle Therapeuten Stellung nehmen sollten, am besten beschreiben? Ich habe mich mit dieser Frage in anderen Abhandlungen herumgeschlagen (z. B. Thorne 1993) und habe bedauert, dass man mit der Unzulänglichkeit der Sprache dem Begriff nicht gerecht werden kann. Der Ausgangspunkt ist die menschliche Natur selber. An das Konzept der Spiritualität muss man mit Mut herantreten: Um ihm überhaupt Bedeutung zu geben, muss man von der Annahme ausgehen, dass das entscheidende Fundament unseres Seins spirituell ist und dass sich in unserer Spiritualität die Quelle unserer Identität befindet. Dieser Glaube – und es ist ein Glaube, keine nachweisliche Tatsache, trotz des überwältigenden Beweismaterials – lässt schließen, dass der menschliche Geist an der schöpferischen Energiequelle, welche die treibende Kraft innerhalb des Kosmos ist, Anteil hat. Ich zitiere aus meinem Buch: „Ich bin, da ich hauptsächlich von spirituellem Sein bin, unbestreitbar verbunden mit allem, was war oder was sein wird, egal, ob ich mir dessen bewusst bin oder nicht, egal, ob es mir lieb

ist oder nicht. Ich bin kein isoliertes Einzelwesen, eher ein einmaliges Glied der ganzen Schöpfung. Noch wichtiger ist, dass diese spirituelle Essenz mich auf eine Weise prägt, die weit über mein genetisches Erbe, meine Beeinflussung und all die Verzweigungen meiner unbewussten Prozesse hinausgeht. Der Geist allein – im Gegensatz zur Materie – ist unzerstörbar; das bedeutet, dass mein endgültiges Selbst die Grenzen von Raum und Zeit transzendiert.“ (Ebd. 74)

Wenn ich so von mir denke – und das tue ich –, ist es selbstverständlich, dass ich meine Klienten in gleichem Licht sehe, ob sie an sich selbst glauben oder nicht. Das bedeutet nicht, dass ich meinen Klienten gegenüber meine persönlichen Bedeutungen klar ausspreche (obwohl das der Fall sein konnte), sondern dass sich, soweit ich meinen Glauben verkörpere, meine Spiritualität in meinen therapeutischen Begegnungen spürbar mitteilt. Ich behaupte also, dass es angesichts der überwältigenden, existentiellen Sehnsucht so vieler Klienten höchst erstrebenswert ist, dass ich und all die Therapeuten, die wie ich an eine grundsätzliche Realität des Geistes glauben, eine Verantwortung mit tiefen Auswirkungen auf sich nehmen müssen.

Therapie als spirituelle Berufung

Das Wort "Berufung" klingt komisch altmodisch. Es erzeugt ein unbequemes Gefühl in einer Welt, in der die jüngere Generation ständig angespornt wird, „ihre Fachkenntnisse zu verbessern“ oder „beweglich und anpassungsfähig“ zu werden und in der sie vor der Vorstellung von einem „Beruf für das Leben“ gewarnt wird. Im Gegenteil, es wird ihr geraten, sich auf eine Marktwirtschaft vorzubereiten, die einen ständigen Stellen- und Rollenwechsel erwartet und ihr nichts weiter als den üblichen kurzfristigen Vertrag verspricht. In solch einem Zusammenhang klingt der Begriff, zu einer besonderen Art von Arbeit und Lebensweise „berufen“ zu sein, bestenfalls anachronistisch und schlimmstenfalls töricht. Deshalb finde ich meine eigenen Erfahrungen umso interessanter: Die Mehrzahl derer, die sich an der Universität, an der ich unterrichte und praktiziere, für einen Studienplatz für Therapie bewerben, fühlen sich geradeso berufen. Noch bemerkenswerter ist, dass sowohl die 25- bis 30-Jährigen und die Jüngeren so denken wie auch diejenigen, die nach vielen Jahren harter Arbeit in anderen Beschäftigungen überzeugt sind, endlich ihre wahre "Berufung" entdeckt zu haben. Ich erhalte sogar Briefe von Studenten und Maturanten, die oft auf leidenschaftliche und rührende Weise beteuern, dass sie ihr Leben der therapeutischen Arbeit widmen möchten. Ihre Erfahrungen, die sie angesichts der Verwundbarkeit und Rätselhaftigkeit des Menschen und angesichts der Macht der Beziehung mit ihren guten und bösen Auswirkungen gesammelt haben, überzeugen sie in ihrem Entschluss. Ich sehe es nicht als unrealistisch an, hier auf der völlig weltlichen Bühne des menschlichen Kummers und Leides, ein Zusammentreffen mit dem Spirituellen zu spüren. Dieses überzeugende Gefühl der Berufung in angehenden Therapeuten steht im markanten Gegensatz

zur abnehmenden Anzahl derer, die sich zur Priesterweihe oder Seelsorge melden, und zu der Enttäuschung, die viele Hausärzte zur vorzeitigen Pensionierung und Krankenhelfer in andere Beschäftigungen treibt. Es ist auch kein Geheimnis, dass viele ehemalige Geistliche und Ärzte unter den Therapeuten wiederzufinden sind und dass wieder andere neue Kräfte für ihren Zweitberuf schöpfen, da sie sich durch ihre therapeutische Beschäftigung gestärkt fühlen.

Spirituelle Disziplin und die Rolle des Glaubens

Der Therapeut, der sich „gerufen“ fühlt, seine Berufung auszuüben, und es wagt, sich mit der spirituellen Dimension des Erlebens auseinander zu setzen, nimmt eine ehrfurchtgebietende Verantwortung auf sich. Wir wissen, dass die Gefahr, aus Verzweiflung zu kapitulieren oder guruähnliche Großherrlichkeit anzunehmen, immens ist. Zumindest ist es in England Tradition, dass der Therapeut es für nötig hält, eine persönliche Therapie mitzumachen oder ähnliche Erfahrungen in Selbsterfahrung zu suchen, und dass regelmäßige Supervision zur Berufsausübung gehört. So lebenswichtig diese Elemente auch sein mögen, ich bezweifle, ob sie den Therapeuten genügend aufrecht erhalten, der sich sowohl seinem eigenen spirituellen Sehnen als auch dem seiner Klienten verpflichtet fühlt. Ich habe in einer meiner Abhandlungen über die Bedeutung einer notwendigen Disziplin gesprochen, die der spirituellen Dimension in der therapeutischen Tätigkeit gebührend Beachtung schenkt (Thorne 1994). Für alle, die von den Sitten und Gebräuchen einer Glaubensgemeinschaft gehegt werden, ist diese Disziplin eine Erweiterung ihrer ohnehin schon stark ausgeprägten Lebensregel, aber für diejenigen, denen solch ein Halt fehlt, ist die Herausforderung umso härter.

Der jüngsten Forschungsarbeit nach gibt es keine bedeutendere Herausforderung, und das Wohlbefinden vieler Klienten hängt von dessen erfolgreicher Vollendung ab. Herbert Benson, Associate Professor der Medizin an der Harvard Universität und Vorsitzender des Mind/Body Medical Institutes, hat vor kurzem ein Buch veröffentlicht, das von dem hochangesehenen Experten M. Scott Peck als „eine Goldgrube voller Information über die Integration von Geist, Körper und Seele“ beschrieben wurde (Benson 1996). Benson beruft sich auf zahlreiche empirische Forschungsarbeiten und schließt daraus, dass der Mensch wahrhaftig mit einem Bedürfnis nach Glauben programmiert ist. Er beweist sogar, dass all die positiven persönlichen Glaubensanschauungen, besonders der Glaube an eine höhere Macht, mit denen wir uns sowohl als Therapeuten als auch als Klienten beschäftigen, maßgeblich zu unserem körperlichen Wohlbefinden beitragen.

Wenn wir Bensons Entdeckungen in die therapeutische Arena übertragen, wird uns klar, dass die persönliche Glaubensstruktur des Therapeuten und seine Fähigkeit, an die Auswirkungen der

hauptsächlich positiven Mächte im Kosmos zu glauben, bedeutend zur Heilung des Klienten beitragen. Im Gegensatz zu der Ansicht, dass Therapie im Grunde eine Beschäftigung ohne Wertordnung sei und dass es nur auf die Kompetenz und nicht den Glaubenskodex des Therapeuten ankomme, weisen Bensons Erkenntnisse darauf hin, wie wichtig es ist, dass der Therapeut an die Hilfsquellen glaubt, die dem Klienten in seinem Überlebenskampf zur Verfügung stehen. Es braucht nicht erwähnt zu werden, dass der Therapeut, der sich täglich von Kraft- und Liebe spendenden Quellen gestärkt fühlt, den Weg der Hoffnung und Energie für einen deprimierten und funktionsgestörten Klienten effektiver erleuchtet. Deshalb ist es von entscheidender Bedeutung für den Therapeuten, eine geistige Disziplin zu entwickeln und zu pflegen, die versichert, dass seine Glaubensquelle nicht versiegt. Solch ein stärkender Glaube ist nicht nur ein lebenswichtiger Schutz vor völliger Verausgabung des Therapeuten, sondern auch, Benson zufolge, von zentraler Wichtigkeit für seine Beziehung zu jedem einzelnen Klienten.

Das Vertrauen in die Beziehung

Das Jetzt ohne Ende und die Qualität der Gegenwärtigkeit

Bensons beachtlicher Bericht über die Bedeutung der Glaubensstruktur und der persönlichen Bedeutungen des Helfers dient als gewichtige und empirisch begründete Bestätigung der Studien der sechziger und siebziger Jahre von Arthur Combs, dem Personenzentrierten Therapeuten und Forscher, und seinen Kollegen. Das Resultat einer ersten Studie aus dem Jahr 1962 und dreizehn weiterer Studien lässt Combs schließen, dass das, was einen guten Helfer auszeichnet, auf dessen Hauptbezugsrahmen und persönliche Werteordnung zurückzuführen ist (Combs 1986).

Noch bemerkenswerter ist, dass Combs und seine Kollegen einige wichtige Merkmale der Werteordnung identifiziert haben, die eine Entwicklung des Klienten ermöglichen. Darunter war die wichtigste Eigenschaft, welche Vorstellung der Therapeut von sich selbst und von seinen Klienten hat. Combs entdeckte, dass der effektive Helfer sich selbst in einem positiven Licht sieht, sich auf seine eigenen Fähigkeiten verlassen kann und bekennt, sich mit anderen eins zu fühlen. Es ist also nicht verwunderlich, dass er die Menschen, die bei ihm Hilfe suchen, als vertrauenswürdig, fähig, zuverlässig und wertvoll ansieht. Die von Combs inspirierten Forschungen kamen zu einer weiteren Erkenntnis: Man muss ein klares Bild von den Vorstellungen des Therapeuten über die letzten Ziele der Gesellschaft, über Hilfeleistung und über menschliche Beziehungen haben. Kurz gesagt, Begriffserklärungen sind wichtig, denn sie bestimmen Zweck und Prioritäten.

Wenn ich als Therapeut mich selbst und meinen Klienten hoch bewerte, dann ist es selbstverständlich, dass mir auch unsere Beziehung wichtig ist, denn durch sie erkunden wir unseren Selbstwert und bestätigen uns gegenseitig. Und noch wichtiger: In dieser Be-

ziehung fühle ich meine Einheit mit dem anderen Menschen und transzendiere unsere üblichen Begrenzungen. Ich bin immer mehr der Überzeugung, dass sich Menschen auf ihrer Liebes-, Heilungs- und Sinnsuche, sei es bewusst oder unbewusst, zunehmend den Therapeuten zuwenden, weil die therapeutische Beziehung, gegründet auf gegenseitige Selbstachtung, allein die Möglichkeit für diese Transzendenz bietet. Die Beziehung selbst ist bedeutend, denn sie bewirkt die Transzendenz und Transformation und gewährt Zugang zu einem spirituellen Verständnis der Realität, das dem Leiden Sinn gibt und die Hoffnung keimen lässt.

Wenn ich also glaube – und das tue ich –, dass in der Qualität der Beziehung der Schlüssel zu unserer Herrlichkeit liegt, dann schreite ich jeder therapeutischen Beziehung voller ehrfürchtiger Erwartung, was sich wohl entfalten mag, entgegen. Ich weiß, dass ich einen Menschen nicht ins Leben lieben kann und dass mein Wille allein nicht heilen kann. Auch kann ich keinen Sinn in das Leben eines Menschen, der von Sinnlosigkeit und Ziellosigkeit gefoltert wird, einflößen. Ich kann jedoch völlig für den anderen mit all dem, was mich an mich selbst und an ihn glauben macht, gegenwärtig sein, mit der Überzeugung, dass wir im Grunde miteinander verbunden sind und dass wir von unversiegbaren Hilfsquellen umgeben sind. Ich kann mit all meinen Ansichten über die willkürlichen Einschränkungen von Raum und Zeit und über die Ewigkeit im Jetzt für ihn da sein. Dies alles braucht nicht ausgesprochen zu werden, denn das Wichtige ist, dass ich es glaube, nicht dass ich es artikuliere. Mein Glaube strahlt aus meiner Gegenwärtigkeit und bestimmt mein Dabeisein, meine Aussagen und mein Verhalten gegenüber demjenigen, der nicht mehr oder nicht weniger wert ist als ich. Carl Rogers sprach gegen Ende seines Lebens von den „transzendentalen“ Augenblicken, „wenn meine Gegenwärtigkeit allein erlösend und hilfreich ist und wenn mein innerer Geist sich ausweitet und den inneren Geist (die Seele) des anderen berührt“ (Rogers 1986h). Ich bin sicher, dass Rogers hier genau das Erlebnis beschreibt, das zahllose Menschen, die über die Schwelle des Therapeuten treten, ersehen. Das ist der Augenblick der Heilung, der Erkenntnis des eigenen Geliebtheits und des Sinngelichtes, der dem Sein und Werden von Natur aus innewohnt.

Die verschiedenen Therapierichtungen und der Vertrauensvorrat

Die Formulierung im letzten Abschnitt ist schamlos mystisch, aber doch von dem Empirismus eines Benson, Combs oder Rogers inspiriert und aufrecht gehalten. Ich sehe mich nicht in einen Nebel von Weihrauch gehüllt, wenn ich von unserer „Herrlichkeit“ rede und unser eigenes „Geliebtheits“ erkenne. Im Gegenteil, ich sehe mich auf dem festen Boden der Erfahrung und der klaren Tatsachen stehend. Ich gehe sogar soweit zu behaupten, dass eben weil die Daten so klar da stehen, sie dem modernen Bewusstsein nicht mehr zugänglich sind, denn das ist in dem verhänglichen Netz des elektro-

nischen Zeitalters und in dem Verbreiten von undifferenzierter Information verwickelt: Unser verfielertes Gehirn ist überlastet, und wir werden verrückt gemacht.

Das Bewusstsein, dass ich und alle die, die wie ich an Therapie und ihre Aufgaben glauben, ein alte und edle Ahnentafel vorweisen können, stärkt mich und erleichtert meine Sorgen über die Tatsache, dass noch nicht alle Therapeuten meine Meinungen teilen. Ich weiß, dass in den vergangenen Jahrhunderten die großen Religionen der Welt und vor allem ihre hervorragendsten und meist missverstandenen Koriphäen ununterbrochen über den hohen Stellenwert der Menschheit, die Vorrangstellung menschlicher Beziehung und über die grundsätzlichen Anrechte des Transzendenten gepredigt haben. Darin sehe ich die Vorratskammer des Glaubens, die ich sorgfältig bewache, indem ich meiner Berufung folge und meine Tätigkeit als Therapeut ausübe. Da ich in erster Linie in der Beziehung meinen Glauben beweisen muss, ist eine laue Einstellung oder eine mangelhafte Verpflichtung schwerer zu verbergen. Therapeutische Beziehungen verlangen härtere Glaubens-, Treue-, und Echtheitsprüfungen als die meisten öffentlichen oder liturgischen Schauplätze religiöser Praxis je stellen konnten.

Die Arbeit des psychologischen Technikers

Ich kann natürlich nicht annehmen, dass alle Therapeuten die gleiche Auffassung von sich haben können oder wollen wie ich. Es gibt bestimmt viele, die mit dem, was sie als Größenphantasie oder schiere Selbsttäuschung ansehen, nichts zu tun haben wollen. Ich habe schon meinen Respekt vor den und ein wenig meinen Neid auf die Therapeuten zum Ausdruck gebracht, die sich begrenzte Ziele setzen und sich mit zwar oberflächlichen, aber doch bedeutenden Veränderungen in der Verhaltens- oder Denkungsart ihrer Klienten zufrieden geben. So arbeitet meiner Ansicht nach ein geschickter psychologischer Techniker, und ich respektiere seine Arbeit dementsprechend. Ich bin auch sicher, dass viele Klienten diese Art Hilfestellung wollen und dass sich damit ihr Leben verbessert. Und ich nehme auch bisweilen an, dass jeder, der seinen Beruf auf diese Art und Weise ausübt, in erster Linie von der Liebe zu und der Sorge um seine Mitmenschen getrieben wird, es aber nicht wagt, dies öffentlich zu bekennen – aus Angst, sich vor seinen Kollegen lächerlich zu machen.

Als einmal mein Kollege David Howe zur Universität East Anglia kam, um die Erfahrungen von Klienten in Therapie zu erforschen, kam er zu der Erkenntnis, dass das, was für sie wichtig war, wenig mit der Ausbildung, dem Können oder sogar mit dem therapeutischen Geschick ihrer Therapeuten zu tun hatte. Von Bedeutung war für sie viel mehr die Qualität der Beziehung und die Qualität der Person, zu der sie in einer Beziehung standen. Es schien ihnen ganz egal zu sein, ob der Therapeut ein Analytiker, ein Verhaltens-, ein

Personenzentrierter oder ein Gestalttherapeut war. Es geht dem Klienten viel eher darum, dass die, die wir uns Therapeuten nennen, in hoher Qualität menschliche Wesen sind mit der Fähigkeit, solche Beziehungen zu gestalten, die den Klienten stark genug machen, sich mit seinem Leid zu konfrontieren, es auszudrücken und seinen Sinngehalt zu erkennen (Howe 1993). Das sind meiner Meinung nach die Kennzeichen eines Menschen, der weiß – mag er es öffentlich bekennen oder nicht – dass durch die Beziehung und die gegenseitige Bestätigung heilende Kräfte frei gelassen werden. Darin ist der persönliche und verborgene Glaube derjenigen zu erkennen, die in der Öffentlichkeit eine anscheinend „mystische“ Eigenschaft abstreiten wurden.

Der Berater bzw. Therapeut – eine neue Art der Seelsorge in einem neuen Zeitalter?

Ich habe behauptet, dass ein Therapeut die spirituelle Dimension nicht mehr ignorieren kann und dass diejenigen, die sich voll und ganz für sie einsetzen, indirekt die Rolle annehmen, die früher der Priester oder Pastor gespielt hat. Es gibt jedoch einen bedeutenden Unterschied. Der Geistliche ist und bleibt der Vertreter einer bestimmten Glaubensgemeinschaft mit all ihren Anschauungen und Gebräuchen. Der Therapeut schwört keinen solchen Treueeid. Statt dessen verpflichtet er sich, die Vorrangstellung des Spirituellen in allem menschlichen Erleben anzuerkennen und seine Mitmenschen auf deren Suche nach geistiger Wahrheit und Erleuchtung zu begleiten. Diese Suche führt einen nicht nur eine bestimmte Spur entlang; nein, man erforscht und begleitet die so einzigartigen und doch untereinander verbundenen Menschen auf den zahlreichen, vielfältigen und doch gemeinsamen Wegen des Leides und der Freude, der Verwirrungen und der Ekstase, des Verrats und der Treue. Das bedeutet nicht, dass man in einer Art von spiritueller Anarchie herumstolpert, wie es manchmal kritisch karikiert wird; es ist eher eine allumfassende, berauschte Freiheit, die ihren Halt in dem Paradox der individuellen Einzigartigkeit und der gemeinsamen Identität der menschlichen Großfamilie hat. Der Therapeut vertieft sich in die Intimität einer unberechenbaren Beziehung, und sein Vertrauen auf ihre Wirksamkeit lässt ihn schließen, dass „ich bin, weil wir sind und wir sind, weil ich bin“. Dies ist keine spirituelle Anarchie; nein, es bedeutet, dass ich akzeptiere, durch und durch menschlich zu sein, und dass ich keine Verantwortung scheue und mich nicht einfach an eine dogmatische Formulierung für spirituelle Realität klammere.

Viele Religionen haben darauf bestanden und tun es auch heute noch, „sich dem Spirituellen zu öffnen“. Der Therapeut, der den Mut hat, seinem Klienten spirituelle Begleitung anzubieten, kann nicht umhin, sich genau so zu öffnen, wenn er seine Aufgabe wahrhaftig verrichten will. Ich bin überzeugt, dass mit dem nächsten Jahrtausend die Nachfrage nach solchen Begleitern steigen wird, sobald die furchtbaren Folgen einer disintegrierten und materialistischen

Gesellschaft spürbar werden. Es könnte sein, dass die alten Religionen wieder neue Kräfte schöpfen und erneut Inspiration bieten, aber für viele werden die Therapeuten die Vision einer Lebensart aufrechterhalten, welche die echte Größe der Menschheit würdigt. Voraussetzung ist, dass die Therapeuten fähig sind, solch eine ehrfurchtgebietende Aufgabe zu übernehmen.

Folie de grandeur und die Verhinderung eines aufgeblähten Selbstbewusstseins

Demut bedeutet nicht, Fähigkeit oder Verantwortung verleugnen zu müssen. Sie ist eher das Ergebnis einer Selbstannahme und der Erkenntnis, dass wechselseitige Abhängigkeit notwendig ist. Wenn ich in die Versuchung geraten sollte, mich als Prophet oder Weisager zu betrachten und Therapeuten als potentielle Retter der menschlichen Gattung, dann rede ich mir gleichzeitig zu, doch nicht verrückt zu sein und mich ernster zu nehmen. Dann erkenne ich, was es bedeutet, einer Berufung zu folgen, nämlich an dem Glauben festzuhalten, dass ich nicht in einer aufgeblähten Selbstüberschätzung die Mittel für diese Aufgabe finde, sondern in der Erkenntnis, dass ich selber Empfänger aller der Gaben bin, die von mir erwartet werden. Der Kreis schließt sich: Wenn ich auf meine mysteriöse aber doch durchdachte Weise die Quelle von Liebe, Heilung und Sinn für andere sein soll, dann kann ich nicht umhin, mich als Empfänger von Liebe und Heilung, die andere mir anbieten, bereitzumachen und damit den Sinn ihres und meines Lebens zu vertiefen. So gesehen trägt meine Vorstellung von der Rolle des Therapeuten keine so angstbesetzte Verantwortung mehr, sondern ich ergreife diese einmalige Gelegenheit mutigen Herzens und akzeptiere das Privileg, die Evolution des menschlichen Geistes vorantreiben zu dürfen.

Literatur:

- Benson, H. (1996), *Timeless healing. The power and biology of belief*, London (Simon and Schuster) 1996
- Birkerts, S. (1994), *The Gutenberg Elegies*, Boston (Faber and Faber) 1994
- Browning, D. (1987), *Religious thought and the modern psychologies*, Philadelphia (Fortress) 1987
- Combs, A. (1986), *What makes a good helper?*, in: *Person-Centered Review* 1,1 (1986) 51-61
- Howe, D. (1993), *On being a client*, London (Sage) 1993
- Jones, S. L. (1994), *A constructive relationship for religion with the science and profession of psychology*, in: *American Psychologist* 49,3 (1994) 184-199
- Rogers, C. R. (1986h), *A client-centered/person-centered approach to therapy*, in: Kutash, I. L. / Wolf, A. (Eds.), *Psychotherapist's casebook. Theory and technique in the practice of modern times*, San Francisco (Jossey-Bass) 1986, 197-208; dt.: *Ein klientenzentrierter bzw. personenzentrierter Ansatz in der Psychotherapie*, in: Rogers, C. R. / Schmid, P. F., *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*, Mainz (Grünwald), 1998, 238-256
- Thorne, B. (1993), *Spirituality and the counsellor*, in: Dryden, Windy (Eds.), *Question and answers on counselling in action*, London (Sage) 1993, 71-76

Thorne, B. (1994), Developing a spiritual discipline, in: Mearns, D. / Thorne, B. (Eds.), Developing person-centred counselling, London (Sage) 44-47

Biografie:

Brian Thorne, Professor und Direktor des Beratungszentrums der Universität East Anglia, Norwich, Großbritannien, an der er seit 1974 tätig ist; Mitbegründer des Norwich Center for Person-Centered Counselling; tätig in freier Praxis; führender britischer Personenzentrierter Therapeut und Ausbilder; zahlreiche Bücher und Publikationen zum Personenzentrierten Ansatz; verbindet personzentriertes Verständnis mit der westlichen spirituellen Tradition.

Korrespondenzadresse:

*Brian Thorne
14 Salter Avenue
Norwich NR4 7LX
England, UK*

Der Artikel wurde von Amrei Harrison ins Deutsche übertragen.

Orig.: Spiritual responsibility in a secular profession, in: Ian Horton / Ved Varma (Eds.), The needs of counsellors and psychotherapists, London (Sage) 1997, 199-213. Reprinted with permission of the publishers. – Schriftliche Fassung eines Vortrags von Brian Thorne am Psychologischen Institut der Universität Wien am 23. 1. 1998 auf Einladung des Instituts für Personenzentrierte Studien der APG.

Madeleine Garbsch

Geschichte der Psychotherapieforschung: Der Beitrag des Personzentrierten Ansatzes

Zusammenfassung: Der Artikel befasst sich mit der Geschichte der Psychotherapieforschung unter besonderer Berücksichtigung der Personzentrierten Psychotherapie. Richtlinien, Ergebnisse und state of the art von Psychotherapieforschung werden dargestellt. Insbesondere wird Carl Rogers' Beitrag zur Forschungsentwicklung gewürdigt. Aktuelle Forschungsanliegen werden aufgezeigt und hinsichtlich ihrer Vereinbarkeit mit personzentrierten Annahmen diskutiert.

Stichwörter: Geschichte der Psychotherapieforschung, Personzentrierte Psychotherapieforschung, aktuelle Forschungsanliegen

Geschichtlicher Abriss der Psychotherapieforschung

Anfänge der Psychotherapieforschung

Forschung zur Psychotherapie ist so alt wie diese selbst und beginnt mit Freuds berühmten Fallstudien. 1895 veröffentlichten Freud und Breuer die „Studien zur Hysterie“. Diese beruhen methodisch auf dem intraindividuellen Prä-Post-Vergleich: Anna O. kommt mit Hydrophobie, Sprachstörungen sowie weiteren Beschwerden in Behandlung. Sie wird behandelt und die Symptome schwinden. Die Patienten können so als „geheilt“, „gebessert“, „unverändert“ und „verschlechtert“ eingestuft werden. Teilweise wurden solche Ergebnisse auch zu Sammelstatistiken weitergeführt. Diese Studien sind der erste Versuch, Psychotherapie als wissenschaftliche Disziplin zu etablieren, was für Freud ein wichtiges Anliegen war. Vorläufer von Psychotherapie, etwa in Magie oder Seelsorge, beruhten auf völlig anderen Überzeugungen und Werten und hatten somit nicht das Bedürfnis, sich innerhalb der Wissenschaft einen Platz zu erobern.

Freuds Fallstudien haben die Weiterentwicklung der Psychoanalyse gefördert, indem sie Aufschluss über psychische Mechanismen geben und psychische Phänomene aufzeigen. Sie entsprechen aber in keiner Weise dem wissenschaftlichen Standard von empirischer Forschung: Wirksamkeitsannahmen können hierdurch nicht verifiziert werden. Dazu muss einerseits über den Einzelfall hinausgegangen werden (Versuchsgruppe), die Kriterien für Besserung müssen

genauer und vorab definiert werden, und es ist eine zweite Gruppe notwendig, die ohne Behandlung untersucht wird (Kontrollgruppe) um sicherzugehen, dass Veränderungen in der Versuchsgruppe aufgrund der Behandlung und nicht zufällig zustande gekommen sind (kontrollierte Studien).

Wirksamkeitsforschung

Wirkte Therapie?

Am Anfang stand die Negation oder:

Zur Wirksamkeit der Eysenck'schen Behauptung

1952 veröffentlicht der britische Psychologe Hans Eysenck eine Zusammenstellung von 24 psychotherapeutischen Forschungsberichten. Auf der Basis dieser Studien kommt er zu dem Schluss, dass es keine Beweise für die Wirksamkeit von Psychotherapie gibt. Mangels kontrollierter Untersuchungen stützt er diese Behauptung auf einen Vergleich der Besserungsraten von 24 unkontrollierten Erfolgsberichten mit den spontanen Remissionsraten aus zwei Studien, die den natürlichen Verlauf psychischer Störungen untersuchen. Er stellt dabei den Therapieergebnissen die Raten der Spontanremissionen gegenüber und kommt zu dem Schluss, dass Therapie keine besseren Resultate bringt als natürliche Remission: Zwei Drittel aller Fälle mit neurotischen Störungen erzielen innerhalb von zwei Jahren Verbesserungen, egal ob mit oder ohne Therapie (Eysenck 1952).

Eysenck löst damit eine Lawine von Forschungstätigkeit aus und setzt den intensiven Beginn der Forschungen mit Kontrollgruppen.

Es gibt jedoch mindestens zwei weitere Gründe, die diesen Forschungsboom erklären: zum einen das Aufkommen von Therapie-richtungen, die stärker forschungsorientiert sind und zum anderen das verstärkte Interesse der Gesellschaft an der Thematik.

Die Psychoanalyse dominiert das Feld der Psychotherapie bis in die 60er Jahre. Nach dem Zweiten Weltkrieg entstehen Behaviorismus und der Personzentrierte Ansatz von Carl Rogers, die forschungsorientiert sind. Sowohl die Verhaltenstherapie als auch der Personzentrierte Ansatz bauen auf wissenschaftlich-empirischen Erkenntnissen auf.

Die Lerntheorie, auf der die klassische Verhaltenstherapie beruht, wurde in Experimenten entwickelt. Der Personzentrierte Ansatz beruht zum größten Teil auf Hypothesen aus der Erfahrung der Therapeuten, die aber im wissenschaftlichen Versuchsplan überprüft wurden. Insbesondere wurde die Annahme der heilenden Wirkung der „core conditions“ Empathie, Kongruenz und Wertschätzung durch kontrollierte Studien untersucht.

Ein weiterer Grund für den Anstieg der Forschungstätigkeit ist die vermehrte Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit für den Bereich der Therapie. Der „Psychoboom“ beinhaltet einerseits die Tatsache, dass immer mehr neue Therapierichtungen auftauchen, jedoch auch die Tatsache, dass immer mehr Personen psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen. Beides weckt den Argwohn und das Interesse bezüglich deren Legitimation in der Öffentlichkeit. Zudem möchte die öffentliche Hand, die zunehmend zur Kasse gebeten wird, wissen, wofür sie ihr Geld ausgibt, also Beweise über die Wirksamkeit von Maßnahmen. Letzteres Phänomen sieht man auch deutlich in Österreich, wo Psychotherapiegesetz und Kassenverträge das Interesse an einer Intensivierung der Forschungstätigkeit laut werden liessen.

Therapie wirkt!

Es dauerte lange, bis die Eysenck'sche Behauptung zweifelsfrei widerlegt werden konnte. Natürlich werden auch heute immer wieder Personen und Interessengruppen behaupten, Psychotherapie sei nicht wirksam und damit wertlos, doch hat sich die Anerkennung ihrer Wirksamkeit in der wissenschaftlichen Forschung weitgehend durchgesetzt und die Akzeptanz von Psychotherapie ist in vielen Bevölkerungsgruppen gestiegen. Die verschiedenen Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie zeigen zwar durchaus widersprüchliche Resultate, zumeist sind sie aber positiv in Richtung auf eine Wirksamkeit von Therapie ausgefallen.

1986 schreiben Lambert, Shapiro und Bergin in ihrer Übersichtsarbeit zur Effektivität von Psychotherapie, in der sie sich auf Forschungsmaterial von den 30er Jahren bis zur Mitte der 70er Jahre beziehen: „Psychotherapie zeigt generell positive Effekte.“ (Lambert/

Shapiro/Bergin 1986, 157) „Es gibt nunmehr wenig Zweifel, dass psychologische Behandlungen im Gesamten und Allgemeinen von Nutzen sind“ (ebd. 158).

Die Autoren meinen:

- Den Klienten wird substantiell, d. h. klinisch relevant geholfen.
- Im Allgemeinen werden die Verbesserungen auch beibehalten.
- In Therapien wird mehr bewirkt als in nicht behandelten Kontrollgruppen und durch Spontanremissionen.

Die Studie zeigt einerseits auf, dass die Effektivität von Psychotherapie generell gegeben ist. Interessant ist auch, dass aus ihr hervorgeht, dass keine Methode, sondern vielmehr die „Persönlichkeit“ (also Teile des Erlebens und Verhaltens) des Therapeuten für das Gelingen ausschlaggebend ist.

Klaus Grawe erstellte 1983 im Auftrag des deutschen Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit für das deutsche Psychotherapeutengesetz ein Gutachten zur Wirksamkeit der verschiedenen Psychotherapieformen. Zu diesem Zeitpunkt lagen etwa 3500 kontrollierte Studien über die Wirkungen verschiedener Psychotherapieformen vor. Diese wurden zunächst bezüglich ihrer Qualität und klinischen Relevanz geprüft. An die 900 Studien erfüllten die Kriterien und wurden einer weiteren Evaluation unterzogen.

Auch Grawe kommt zu dem Schluss, dass Psychotherapie eine wirksame Behandlungsmethode ist. Zudem sind die Raten der Spontanremissionen geringer als angenommen. Drei Verfahren konnten in der Studie von Grawe ihre Wirksamkeit zweifelsfrei beweisen, weil sie genügend qualitativ gute Studien vorlegen konnten: Die kognitiv-behavioristische Therapie, die Gesprächspsychotherapie und die Psychoanalyse (Grawe/Bernauer/Donati 1990).

Vergleichsforschung

Welche Therapie wirkt besser?

Mit dem Aufkommen immer neuer Therapieformen rückte für die Legitimation anstelle des Wirkungsnachweises die Frage in den Vordergrund, welche Therapieform die beste sei.

Keine Therapieform konnte jedoch durchgehend ihre Überlegenheit aufzeigen. Viele Verfahren zeigen positive Effekte, aber diese sind quantitativ meist nicht unterschiedlich (Lambert/Shapiro/Bergin 1986). Garfield und Bergin (1986) nennen diese scheinbare Effektivitätsgleichheit das häufigste und auffallendste Thema ihres Handbuchs über Psychotherapieforschung.

Verschiedene Autoren haben diese Ergebnisse unterschiedlich interpretiert, doch ein Erklärungsansatz wird besonders deutlich: Garfield und Bergin (1986) meinen beispielsweise, dass diese Ergebnisse die Annahme allgemeiner Faktoren („common factors“) als

wichtigste Ingredienzien der psychotherapeutischen Verfahren unterstützen. Allgemeine Faktoren spielen eine wesentliche Rolle für die Wirksamkeit von Therapien, spezifische Techniken haben keinen oder nur wenig Einfluss auf das Therapieergebnis. Allgemeine Faktoren sind Therapeuten-, Klienten- und Beziehungsvariablen.

Lambert, Shapiro und Bergin (1986) meinen ebenfalls: „Die therapeutische Beziehung ist entscheidend für das Therapieergebnis. Techniken sind zwar nicht irrelevant, aber deren Veränderungspotential ist limitiert verglichen mit dem Einfluß der Person.“ (Lambert/Shapiro/Bergin 1986, 202) Zu diesem Schluss kommen auch Orlinsky und Howard (1986), die die verschiedenen Determinanten der Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren untersuchten. Demnach sind Interventionen nur dann durchgängig wirksam, wenn bestimmte Therapeuten- und Klientenvariablen gegeben sind.

Mehrere wichtige Übersichtsarbeiten zur Psychotherapieforschung kommen damit zu Schlüssen, die wie personenzentrierte Theorie klingen, obwohl es sich um eine Zusammenschau verschiedenster Therapiemethoden handelt. Das Primat der Beziehung und der Person vor dem der Techniken und des (psychologischen) Wissens wird hier ganz im Sinne von Carl Rogers formuliert.

Prozessforschung

Was wirkt in der Therapie?

Etwa seit dem Beginn der 80er Jahre steht die Erforschung des psychotherapeutischen Prozesses im Mittelpunkt des Interesses der Psychotherapieforschung. Nachdem der Effektivitätsnachweis von Psychotherapie heute weitgehend erbracht ist, wendet die Forschung sich dem Geschehen in der Therapie zu und versucht, dieses zu beschreiben und zu erklären.

Die Forschung kommt zu einer neuen-alten Fragestellung: „Was ist wirklich therapeutisch an der Psychotherapie?“ (Orlinsky/Howard 1986)

Die ältere Prozessforschung geht dabei davon aus, dass Therapieprozesse über den Therapieverlauf hinweg weitgehend gleichbleibend sind. Es werden relativ stabile Merkmale definiert und zu bestimmten Zeitpunkten im Therapieverlauf gemessen. Die Messdaten werden zu dem Therapieergebnis in Beziehung gesetzt.

Orlinsky und Howard (1986) erfassen in ihrer berühmten und viel zitierten Übersichtsarbeit 1100 Studien, die sich mit den Beziehungen zwischen Prozess und Ergebnis von Therapien beschäftigen. Sie definieren in ihrem „Generic model of psychotherapy“ fünf Elemente, die den therapeutischen Prozess konstituieren:

- Der therapeutische Kontrakt
- Die therapeutischen Interventionen
- Die therapeutische Beziehung
- Die Aufnahmebereitschaft des Patienten

- Die therapeutischen Realisierungen (das sind unmittelbare Effekte innerhalb der Sitzung)

Orlinsky und Howard versuchen anhand der Beziehung zwischen Prozess und Ergebnis in Therapien die Frage der Effektivität verschiedener therapeutischer Elemente zu beantworten. Sie kommen zu dem Schluss: Am besten abgesichert ist die Aussage, dass die Qualität der Therapiebeziehung das Therapieergebnis beeinflusst. Alle anderen Elemente des therapeutischen Prozesses, insbesondere Interventionen, sind nur unter bestimmten Bedingungen wirksam. Bis heute ist nur die therapeutische Beziehung als Wirkfaktor therapeutischer Veränderung von der Mehrzahl der Forscher anerkannt. Auch hier zeigt sich, wie zentrale Annahmen aus der personenzentrierten Theorie innerhalb der Forschung schulenübergreifende Bedeutung erlangen.

Inzwischen hat sich gezeigt, dass die ältere Prozessforschung auf ungünstigen Forschungsstrategien und teilweise falschen Annahmen beruht:

- Es ist höchst unwahrscheinlich, dass ein oder einige wenige Prozesselemente zu einem oder einigen wenigen Zeitpunkten gemessen das Endergebnis der Therapie wahrnehmbar beeinflussen können. Es ist hingegen anzunehmen, dass es viele intervenierende Variablen gibt.
- Es hat sich gezeigt, dass die Annahme, Therapie sei ein homogenes Geschehen, nicht haltbar ist. Eine bestimmte Variable hat je nach Messzeitpunkt durchaus unterschiedliche Bedeutungen.

Aufgrund dieser Erkenntnisse ist eine neue Art von Prozessforschung entstanden. Die neue Prozessforschung versucht, die Veränderungen der Klienten sowie die damit möglicherweise zusammenhängenden Bedingungen und Einflüsse im Verlaufsprozess der Therapie direkt zu untersuchen. Dies erscheint durch neue Methoden und Forschungsmittel innerhalb der Psychotherapieforschung möglich:

- Durch die verbesserten und leichter zugänglichen Aufzeichnungen (Audio/Video) wurde es möglich, Veränderungsprozesse direkt zu beobachten und nicht mehr nur durch Theorie oder allgemeine Einschätzungen zu erschließen.
- Kleinere, zeitlich unmittelbarer aufeinanderfolgende Prozess-Ergebnis-Einheiten werden innerhalb der Therapiesitzung gemessen. Dadurch werden intervenierende Variablen vermindert und Einflüsse von Prozessvariablen werden direkt sichtbar und erklärbar.

Die neue Definition der Prozessforschung lautet: „Prozessforschung ist die Untersuchung der Interaktion zwischen den Systemen des Patienten und des Therapeuten. Ziel der Prozessforschung ist es,

die Veränderungsprozesse in der Interaktion zwischen diesen Systemen zu identifizieren. Prozessforschung umfasst alle Verhaltensweisen und Erfahrungen dieser Systeme innerhalb und ausserhalb der Therapiesitzungen, die zu dem Veränderungsprozess gehören.“ (Greenberg/Pinsof 1986, 18) Eine rein kausal-lineare Forschung erscheint nicht ausreichend, um Phänomene zu erklären (Greenberg/Pinsof, 1986). Vielmehr müssen neue Forschungsansätze gefunden werden, die das neue Verständnis des psychotherapeutischen Geschehens stärker berücksichtigen. Dies ist sicherlich der wesentlichste Paradigmenwechsel innerhalb der Psychotherapieforschung seit Beginn der empirischen Forschung.

Die neue Prozessforschung wendet sich schulen-übergreifend einer systemischen Betrachtungsweise zu, in der ein Therapeutesystem und ein Klientensystem rekursiv miteinander verbunden sind, so dass das Ergebnis einer Interaktion als neue Prozessvariable in das Therapiegeschehen eingeht.

Ausblick

Zur Zeit steht die Prozessforschung im Mittelpunkt der Forschungsbemühungen. Hier liegt vor allem das Interesse der Praktiker, die – theoriegeleitet – mehr über das Geschehen in der Therapie erfahren wollen. Die meisten Forscher stimmen darin überein, dass die aktuelle Forschungsaufgabe in der Prozessforschung darin besteht, geeignete Methoden und Konzepte zur Beschreibung und Erklärung von Psychotherapie zu finden.

Ein Forschungsziel dabei ist eine möglichst genaue und vollständige Kenntnis und ein vorläufiges Ordnen psychotherapeutisch relevanter Fakten, oft auch in kleinen Einheiten („Botanisierungsphase“, Grawe 1988).

Durch den zunehmenden Druck öffentlicher Geldgeber wird auch der Wirksamkeitsnachweis von Psychotherapie wieder wichtiger. Hier muss von völlig unterschiedlichen Interessen und Standpunkten innerhalb und ausserhalb der Disziplin ausgegangen werden. Für die im Feld der Psychotherapie Tätigen ist die Frage nach der Wirksamkeit eigentlich kein Thema mehr, für die Öffentlichkeit aber sehr wohl. Weitere Wirksamkeitsforschung kann aber sinnvollerweise nur betrieben werden, wenn vorher Einigkeit zwischen den Interessengruppen über die Forschung selbst erzielt worden ist. Wenn Wirksamkeitsnachweise erbracht werden, müssen sie von den Interessengruppen auch als solche anerkannt werden. Dazu muss eine Forschungssprache entwickelt werden, durch die Forschungsergebnisse nachvollziehbar sind und Forschungsvorhaben trotzdem sinnvoll und ethisch vertretbar bleiben.

Rogers schreibt dazu: „Selbstverständlich können wissenschaftliche Ergebnisse nur solchen vermittelt werden, die sich über die Grundregeln der Untersuchung geeinigt haben.“ (Rogers 1961, 218)

Für die Forscher geht es auch in der Wirksamkeitsforschung in erster Linie darum, zunächst geeignete Forschungsmethoden zu entwickeln. Insbesondere die empirische Forschung wird zunehmend als unangemessen und inkompatibel kritisiert (Rudolf 1996; Stengers 1996).

Psychotherapieforschung im Personzentrierten Ansatz

Carl Rogers

Rogers' Forschung zur Psychotherapie begann etwa 1940, als er an die Ohio State University berufen wurde. Teil seiner Tätigkeit war die Ausbildung von Psychotherapeuten oder „counselors“. Viele seiner Schüler trugen die Forschungstätigkeit mit. Rogers formulierte seine Konzepte und überprüfte seine Annahmen an der Realität. In dieser ersten Phase, die etwa bis 1948 dauerte, war die Forschung in erster Linie explorierend und beschreibend, sie entsprach Rogers' phänomenologischen Prinzipien.

Rogers definierte das psychotherapeutische Geschehen mit klar umrissenen Begriffen und konkreten Beispielen. Jedes therapeutische Gespräch konnte mit diesen Begriffen beschrieben und bewertet werden. Der psychotherapeutische Prozess wurde expliziert. So konnten Interaktionen von Therapeut und Klient nach klaren Richtlinien klassifiziert werden und Annahmen über Zusammenhänge konnten überprüft werden.

Danach erhob Rogers' Forschung den Anspruch, auch empirischen Kriterien zu genügen, was Anfang der 50er Jahre noch sehr neu war. Einerseits arbeitete Rogers mit Kontrollgruppen, andererseits überprüfte er den Therapieerfolg der Klienten mittels Vorgabe von allgemein anerkannten Tests vor und nach der Psychotherapie.

In dieser Zeit (1945-1957) war Rogers damit beauftragt, an der Universität von Chicago ein Counseling Center einzurichten und war an diesem als Therapeut, Lehrer und Forscher tätig. Hier führte er ein mehrjähriges Forschungsprojekt durch, das durchaus experimentalen Charakter hatte (Rogers/Dymond 1954a).

Ab 1957 war Rogers in Wisconsin tätig. Auch hier war die empirische Forschung ein wichtiger Teil seines Schizophrenie-Projekts.

Das Ende seiner Forschungstätigkeit im psychotherapeutischen Bereich kann man mit seiner Übersiedlung nach Kalifornien 1964 und dem Beginn der Aktivitäten des Western Behavioral Sciences Institutes datieren. Rogers wandte sich in dieser Zeit vermehrt anderen Anwendungsgebieten des Ansatzes zu, im Besonderen der Arbeit mit Gruppen. Er beschrieb auch weiterhin seine Arbeit und die theoretischen Überlegungen dazu, doch stellte er keine empirische Forschung mehr an. Er schien „eine unsichtbare, aber wichtige Linie zwischen einer Art von Humanforschung zu einer anderen überschritten zu haben.“ (O'Hara 1995, 49)

Das primäre Interesse von Rogers und seinen Mitarbeitern war die Bestätigung der Wirksamkeit der „notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Psychotherapie“. Er suchte Beweise für die Richtigkeit seiner Annahme: „Wenn bestimmte Bedingungen existieren (unabhängige Variablen), dann kommt ein Prozess (abhängige Variable) in Gang, der bestimmte charakteristische Elemente aufweist. Wenn der Prozess (nun die unabhängige Variable) in Gang kommt, dann treten bestimmte Persönlichkeits- und Verhaltensveränderungen (abhängige Variablen) auf“ (Rogers 1959a, 40).

Rogers formulierte sechs Bedingungen, die notwendig und hinreichend sind, damit sich ein therapeutischer Prozess entwickelt. Bis heute steht ausser Zweifel, dass von diesen Bedingungen, insbesondere von dem Ausmaß, in dem Empathie, Kongruenz und uneingeschränkte Wertschätzung seitens des Therapeuten gelebt werden, sowie von der Bedingung des Klienten, diese besondere Beziehung wenigstens teilweise wahrzunehmen, der Erfolg einer Psychotherapie abhängt (Sauer 1992).

Rogers untersuchte vornehmlich die Bedingungen auf Seiten des Therapeuten. Rogers beschäftigte sich damit im Gegensatz zur herkömmlichen Forschung mit dem konkreten Verhalten des Psychotherapeuten und nicht nur global mit Wirkungen von Psychotherapie auf den Klienten. Das Verhalten des Psychotherapeuten wurde überprüft und nicht – wie bis dato üblich – als gegeben angenommen. Davor ging man allgemein davon aus, dass Therapeuten so sind, wie die jeweilige Schule es fordert, ohne aber das Verhalten wirklich anzusehen. Rogers schreibt: „We must move towards looking at the facts, and to look at the facts means moving towards research.“ (Rogers 1963e, 13)

Die Klientenzentrierte Psychotherapie arbeitete als erste systematisch mit Tonbandaufzeichnungen von Therapiestunden. 1940 stattete das Team um Rogers an der Universität von Ohio mehrere Beratungsräume mit Tonbandanlagen aus und zeichnete Gespräche im großen Rahmen auf. Psychotherapie wurde dadurch entmystifiziert und objektiviert.

Durch die Überprüfung des Psychotherapeutenverhaltens konnten Rogers' Annahmen zu den notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Psychotherapie gut belegt werden. Auch wurde deutlich, dass erfolgreiche Psychotherapeuten schulenübergreifend Verhalten im Sinne klientenzentrierter Einstellungen realisieren.

Rogers' Forschung zu detherapeutischen Haltungen

Rogers' Forschungskonzept sah aus wie folgt: Das von Psychotherapeuten realisierte Verhalten wird in Form quantitativer Daten möglichst objektiv beurteilt und mit dem Kriterium der Veränderung im Erleben und Verhalten des Klienten in statistische Beziehung gebracht, unter Berücksichtigung etwaiger Änderungen bei einer analogen Personengruppe ohne Psychotherapie. Die Variablen des Psychotherapeutenverhaltens wurden mittels Beobachtungsskalen

durch Beurteiler eingeschätzt. Die Beurteiler waren Experten (d. h. Psychotherapeuten), Aussenstehende oder die Klienten selbst. Beobachtungsmaterial waren Stichproben der Tonbandaufzeichnungen aus den Therapiestunden, die nach bestimmten formalen Kriterien ausgewählt wurden.

Exemplarische Darstellung von Messinstrumenten zu den therapeutischen Grundhaltungen: Tausch, Zehelin, Fittkau und Minsel (1967) entwickelten eine Schätzskaala zum Verhaltensmerkmal „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte des Klienten durch den Psychotherapeuten“. Es handelt sich dabei um eine revidierte Fassung der Skala von Truax (1961). Der Beurteiler erhält erst eine Beschreibung des Merkmals, dann ist er aufgefordert, Psychotherapeutenverhalten aus Tonbandaufzeichnungen auf einer zwölfstufigen Skala zuzuordnen.

Barrett-Lennard (1962) entwickelte ein Verhaltensinventar zur Einschätzung des Psychotherapeutenverhaltens durch Klienten. Das Merkmal „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“ (kurz VEE) wird hier auf einer sechsstufigen Skala eingeschätzt. 16 Items, zur Hälfte positiv, zur Hälfte negativ formuliert, werden zur Einschätzung vorgegeben.

Ergebnisse der Forschung von Rogers und seinen Mitarbeitern:

Alle drei Psychotherapeutenbedingungen, Empathie, Kongruenz und unbedingte Wertschätzung sind wirksam im Sinne konstruktiver Änderungen beim Klienten. Hohe Ausmaße der Variablen im Verhalten des Therapeuten führen zu konstruktiven Änderungen, niedrige Ausmaße zu destruktiven Veränderungen.

Barrett-Lennard (1962) befragte 42 Klienten und 21 Klientenzentrierte Psychotherapeuten nach dem 5. Kontakt und nach Beendigung der Therapie mittels des von ihm konstruierten Fragebogens zum wahrgenommenen Ausmaß der Variable Empathie. Er fand einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem wahrgenommenen Ausmaß der Variable Empathie und dem Ausmaß konstruktiver Persönlichkeitsänderungen, gemessen mit Persönlichkeitstests.

Rogers, Dymond und Mitarbeiter (1954a) untersuchten am Counseling Center der Universität von Chicago 29 Klienten mit mindestens 6 Kontakten und einer durchschnittlichen Therapiedauer von 33 Wochen. Sämtliche Klienten wurden zu Beginn, am Ende der Psychotherapie sowie 6 und 12 Monate nach Beendigung der Psychotherapie mit Tests untersucht. Es wurde eine Wartegruppe und eine Fremd-Kontrollgruppe gebildet und ebenfalls untersucht.

Diese Studie war die umfangreichste der damaligen Zeit. Rogers, Dymond und Mitarbeiter fanden Änderungen im Selbstkonzept der Klienten im Sinne einer größeren Übereinstimmung von Selbst und Ideal-Selbst, höherer Anpassung und Abnahme von Symptomen seelischer Störungen.

Orlinsky und Howard (1986) fanden in ihrer Übersichtsarbeit zu bis dato veröffentlichten Untersuchungen, dass 50–80 % der Studien

zu den notwendigen und hinreichenden Bedingungen signifikant positiv sind, die Dimensionen sind konsistent mit dem Therapieerfolg verbunden.

Rogers' Forschung zu den therapeutischen Prozessen

Das zweite wichtige Anliegen von Carl Rogers war es, zu verstehen, welche Prozesse im Klienten durch Klientenzentrierte Psychotherapie ausgelöst werden und wie sie wirken. Insbesondere wurde das Merkmal der Selbstexploration untersucht.

Truax und Carkhuff (1965a; 1965b) benutzten die von Truax entwickelte Skala zur Selbstexploration und fanden, dass Selbstexploration des Klienten mit den Variablen Empathie und Kongruenz des Psychotherapeuten im Zusammenhang steht. Das Ausmaß der Selbstexploration ist bedeutsam für den Therapieerfolg (Truax/Carkhuff 1965a).

Raskin (1952) untersuchte Veränderungen in der Bewusstseinsinstanz des Klienten im Verlauf der Therapie. Er stellte die Frage, ob es durch die Therapie zu einer Verringerung des Ausmaßes, in dem die Werte und Normen des Klienten von den Urteilen und Erwartungen anderer abhängen und zu einer Zunahme des Sich-verlassen-Könnens auf die eigene Erfahrung kommt.

Raskin entwickelte eine Skala, die den „locus-of-evaluation“ anzeigt und ließ Beurteiler Therapiegespräche mit dieser Skala einschätzen. Er fand eine hochsignifikante Veränderung der Dimension zwischen dem ersten und letzten Therapiegespräch.

Rogers selbst beobachtete über einen langen Zeitraum Aufzeichnungen von Therapiegesprächen und entwickelte so seine Konzeption des Prozesskontinuums des Klienten. Sein neuer Forschungsansatz bestand hier darin, die Veränderung des Klienten nicht in einem Vergleich von Daten vor und nach der Therapie zu messen, sondern direkt im Therapieprozess. Er vertrat die Ansicht, dass die reine Vorher-Nachher-Messung zwar Fakten über die Veränderungen beim Klienten bringt, aber nur wenig Aufschlüsse über den Prozess gibt (Rogers 1961a).

Rogers entwickelte daraus auch eine Prozessskala, in der die von ihm beschriebenen Veränderungen des Klienten durch Personzentrierte Psychotherapie gemessen werden können (Rogers 1959a). Das eine Ende der siebenstufigen Skala beschreibt die inkongruente, rigide und von ihren Gefühlen distanzierte Person, das andere Ende beschreibt die kongruente Person, die im Fluss mit ihrem Erleben ist: das Idealbild der „fully functioning person“. Die Person, die sich in Psychotherapie begibt, bewegt sich, wenn die Therapie Erfolg zeigt, auf dieser Skala ein Stück in Richtung dieses Ideals.

Rogers' Beitrag zur Forschung: Ergebnisse und Unbehagen

Rogers' Beitrag zur Psychotherapieforschung ist weitreichend. Als Empiriker hat er wesentlich dazu beigetragen, Eysencks Behauptung der Wirkungslosigkeit von Psychotherapie zu widerlegen. Einerseits, indem er inhaltlich zu anderen Ergebnissen kam, andererseits weil seine Forschung aufgrund der Methodik (Empirie und Kontrollgruppen) wenig anfechtbar war. Er hat somit die Akzeptanz und Etablierung von Psychotherapie in der Gesellschaft ganz entscheidend mitgetragen.

Seine Forschungsstandards waren sehr ausgereift und am damals letzten Stand der Erkenntnisse. Er war damit richtungsweisend für andere Forschungsvorhaben.

Auch gehören einige seiner Ergebnisse zu den bestabgesicherten und universellsten der Psychotherapieforschung. Dass die therapeutische Beziehung wesentlich für einen Therapieerfolg ist, scheint uns heute ganz evident, war aber damals neu und revolutionär (Kirschenbaum 1979). Rogers war von Beginn seiner Tätigkeit als Therapeut und Forscher mehr am Prozess der Therapie als an reinen Wirksamkeitsbeweisen interessiert. Er untersuchte auf minutiöse Weise, was in der Therapie eigentlich geschieht und was Veränderung bringt. Er hat damit viele Aspekte der aktuellen Prozessforschung vorweggenommen. Greenberg, Elliot und Lietaer (1994) schreiben dazu: „Viel vom jüngsten Interesse an der Forschung von Veränderungsprozessen ist aus dieser Tradition entstanden.“ (Greenberg/Elliot/Lietaer 1994, 510)

Und nicht zuletzt waren auch Rogers' Bedenken in seiner Auseinandersetzung mit der Forschung ein wichtiger Beitrag zur deren Weiterentwicklung: Rogers war – so wird er oft beschrieben – als Therapeut Phänomenologe, als Therapieforscher Empiriker (Sauer 1992). Er vermochte zwar immer wieder diesen Widerspruch zu überwinden: „Wissenschaftliche Methodologie ist so betrachtet genau das, was sie wirklich ist: Eine Art und Weise, um mich davon abzuhalten, mich hinsichtlich meiner kreativ geformten, subjektiven Mutmaßungen zu betrügen, die sich aus der Beziehung zwischen mir und meinem Material ergeben haben. In diesem Zusammenhang, und vielleicht nur in diesem Zusammenhang, hat das riesige Gebäude aus Operationalismus, logischem Positivismus, Wissenschaftstheorie, quantitativen Tests usw. seinen Platz. Sie existieren nicht für sich, sondern sind Hilfen bei dem Versuch, die subjektive Empfindung, Ahnung oder Hypothese eines Menschen an der objektiven Gegebenheit zu prüfen.“ (Rogers 1961a, 216) Rogers verspürte allerdings auch zunehmend, dass seine Forschung dem Gegenstand nicht gerecht werden konnte und dass Wissenschaft die stattfindenden Ereignisse zwar erforschen könne, aber immer in einer Art und Weise, die für das Geschehen irrelevant bleibt. Wissenschaft wird so zur Autopsie der toten Ereignisse der Therapie, ohne in ihre lebendige Beschaffenheit eindringen zu können. (Rogers 1961a). Rogers

zweifelt bereits 1959 daran, dass der naturwissenschaftlich-experimentelle Ansatz die optimale Methode der Wahrheitsfindung ist (Rogers 1959a), ohne eine Alternative bieten zu können.

Mit diesem Unbehagen nahm er viel von der heutigen Kritik vorweg; die Denkmodelle, die uns heute als Alternativen zur Verfügung stehen, waren damals erst im Entstehen. Maureen O'Hara schreibt: „Was Carl gebraucht hätte waren die narrative und andere qualitative Methoden, die vor kurzem in Psychologie, Anthropologie und Soziologie entwickelt wurden.“ (O'Hara 1995, 51)

Beyond

Nicht zuletzt durch die Forschung konnte sich der Personenzentrierte Ansatz als wichtigste humanistische Psychotherapierichtung etablieren. Keine andere humanistische Richtung ist so gut und erfolgreich beforscht worden. Allerdings trug die Forschung auch maßgeblich dazu bei, den Ansatz misszuverstehen. Durch den Versuch, personenzentrierte Haltungen messbar zu machen, war es leicht(er), den Ansatz fälschlich und verkürzt als Summe von Techniken zu betrachten.

Um Rogers' Annahmen zu den förderlichen Bedingungen für Psychotherapie zu überprüfen, wurden Messinstrumente konstruiert, die das Ausmaß der Haltungen des Therapeuten messen sollten. Diese Messinstrumente konnten Haltungen aber nur an bestimmtem Verhalten festmachen. Es kam vielfach zur Gleichsetzung einer bestimmten Intervention mit einer Basishaltung (z. B: Gleichsetzung von VEE mit Empathie). Dadurch wurden die personenzentrierten Haltungen zu Techniken degradiert, es kam zu einer Pervertierung des Ansatzes.

Rogers selbst blieb klar in Bezug auf die Bedeutung seiner konkretisierenden Beschreibungen. Er schrieb dazu: „The technique of reflecting feelings is by no means an essential condition of client centered therapy.“ (Rogers 1957a, 102). Dennoch wurden hier die Grundlagen zu Fehlentwicklungen gelegt.

Nachdem Rogers sich aus der psychotherapeutischen Forschungstätigkeit zurückgezogen hatte und sich mehr der Encountergruppenbewegung zuwandte, verlor die Forschung im Personenzentrierten Ansatz an Bedeutung. In den USA war die Forschung in den 70er und 80er Jahren rückläufig. In Europa kommt es in dieser Zeit mit der verspäteten Rezeption des Ansatzes zu reger Forschungstätigkeit, die allerdings auf bestimmte Länder beschränkt blieb. In Deutschland wurde um Tausch und Helm viel Forschung betrieben, ebenso in Belgien um Germain Lietaer.

In den USA scheint der Personenzentrierte Ansatz in dieser Zeit als Einzeltherapieform an Überzeugungskraft zu verlieren und verschwindet auch weitgehend aus der Forschung. Letzteres ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass der Personenzentrierte Ansatz im Gegensatz zu Verhaltenstherapie und Psychoanalyse nach der Beendigung der Lehrtätigkeit von Carl Rogers nur geringen Einfluss an den Uni-

versitäten hat. Forschung wird aber in erster Linie an den Universitäten betrieben.

Insgesamt herrscht in diesem Zeitraum der Tenor, die Haltungen als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen zu betrachten. Die personenzentrierten Einstellungen, als Techniken missverstanden, werden von anderen psychotherapeutischen Schulen vereinnahmt und innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes wird der Ruf nach zusätzlichen Techniken laut. Auch die Forschungsergebnisse stützen vielfach die Annahme, dass die personenzentrierten Haltungen notwendig, aber nicht hinreichend sind. Weitere Studien zur Wirksamkeit der personenzentrierten Basishaltungen zeigen widersprüchliche Resultate. Die Studien scheinen vermehrt darauf hinzuweisen, dass personenzentrierte Bedingungen allein nicht ausreichen, um therapeutisch erfolgreich zu sein. Es werden Zusatzbedingungen oder Zusatzverhalten des Therapeuten gefordert.

Beispielsweise kommen Mitchell, Bozarth und Krauft (1977) in ihrer Studie zu dem Schluss, dass nur unter bestimmten Umständen (in diesem Fall eine psychotherapeutische Umgebung) Personenzentrierte Psychotherapie wirksam ist.

Mögliche Ursachen der Forschungsergebnisse dieser Periode

Verhalten ist nicht gleich Haltung

Ein möglicher Grund für die veränderte Befundlage der Forschung zu den personenzentrierten Bedingungen kann sein, dass nicht wirklich Personenzentrierte bzw. Klientenzentrierte Therapeuten untersucht wurden.

Jerold Bozarth schreibt zur Forschung in den USA der 70er und 80er Jahre, dass der Grossteil der Forschung mit Therapeuten durchgeführt wurde, die nicht in ausreichender Form über die klientenzentrierten bzw. personenzentrierten Einstellungen verfügen. Er stellt die berechtigte Frage, ob dann noch Personenzentrierte Therapie untersucht wird. Denn es mache, so Bozarth, einen Unterschied, ob Therapeuten Fertigkeiten praktizieren oder personenzentrierte Grundhaltungen entwickelt haben (Bozarth 1983).

„Vielleicht liegt der Unterschied zwischen Klientenzentrierten Psychotherapeuten und Therapeuten anderer Psychotherapieschulen im Glauben an die fundamentalen Annahmen des theoretischen Konzepts. Andere Therapeuten können zwar die Einstellungen in unterschiedlicher Ausprägung realisieren, handeln aber des öfteren nach anderen theoretischen Grundannahmen.“ (Bozarth 1983, 46)

Die gleiche Ansicht vertreten Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (1995), wenn sie schreiben, dass sich der Zusammenhang zwischen Merkmalen des gesprächstherapeutischen Beziehungsangebotes und Therapieerfolg oft nur bei Klientenzentrierten Psychotherapeuten findet, auch wenn die anderen im Mittel als genauso kongruent, wertschätzend und empathisch eingeschätzt werden. Das

Menschenbild und die Überzeugung tragen demnach wesentlich zur Wirksamkeit der Personzentrierten Psychotherapie bei.

Die Durchführung der Verhaltensweisen gemäß der operationalen Definition der Konzepte ist nicht das Gleiche, wie eine personzentrierte Grundhaltung nach Rogers' Vorstellungen zu realisieren.

Corcoran schreibt in diesem Zusammenhang über Empathie: „The necessary condition of sensing the feeling of the client has been replaced with perception and reflection of affect, the meaning and content of the client's message. Thus accurate empathy by definition is a communication process, which may not reflect the empathic experience.“ (Corcoran 1981, 31)

Empathie ist ein Prozess zwischen Therapeut und Klient. Der Therapeut muss nicht immer die Gefühle und Bedeutungen des Klienten explizit wiedergeben, um empathisch zu handeln.

Zeitgeist

Die weniger positiven Forschungsergebnisse dieser Zeit sind vielleicht auch ein Hinweis darauf, dass empirische Forschung bei aller Objektivität auch dem Zeitgeist unterliegt.

Stubbs und Bozarth veröffentlichten eine qualitative Ergebnisstudie über Wirksamkeitsforschung. Sie unterscheiden verschiedene Phasen in der Psychotherapieforschung, in denen ihrer Meinung nach jeweils eine Lehrmeinung vorherrschend ist. Die Resultate empirischer Forschung entsprechen oft dieser Lehrmeinung. Und sie meinen, dass die gängige Sichtweise einige Zeit eben die war, dass die personzentrierten Bedingungen zwar wichtig, aber nicht ausreichend für psychotherapeutisches Handeln sind (Stubbs/Bozarth 1991). Möglicherweise kann andere, nicht dem main stream entsprechende Forschung weniger Öffentlichkeit gewinnen, bzw. werden Einschränkungen der Ergebnisse je nach Erwünschtheit mehr oder weniger bewertet.

Differentielle Psychotherapieforschung

Ein weiterer möglicher Grund des Zweifels daran, ob die personzentrierten Bedingungen hinreichend sind, ist das Aufkommen der differentiellen Psychotherapieforschung in diesem Zeitraum, die untersucht, welches therapeutische Handeln welche Effekte bei welchen Klienten zeigt.

Auch im Personzentrierten Ansatz wurden Wirkungen differentiellen Handelns untersucht, obwohl diese Form der Forschung häufig den fundamentalen personzentrierten Prinzipien widerspricht. Im Personzentrierten Ansatz wird eine bestimmte Beziehung angeboten. Wenn der Klient dieses Angebot nicht sofort annehmen kann, bedeutet das noch nicht, dass es sofort auf seine Angemessenheit geprüft wird. Ein Nicht-annehmen-Können kann ein wichtiger Teil des Therapieprozesses sein (Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz 1995). Hier ein Beispiel zur differentiellen Psychotherapieforschung: Frank, Schweizer und Strote (1983) unter-

suchten die differentielle Effektivität verbaler Konfrontation in der Klientenzentrierten Beratung. Die Autoren teilten die Versuchspersonen (= Klienten) in zwei Kategorien (represser und sensitizer) und untersuchten, wie das Merkmal Konfrontation (eine Erweiterung der Basisvariablen: Es werden bestimmte Aspekte des Problems durch den Therapeuten verdeutlicht) auf diese Klienten wirkt. Dabei mussten pro Sitzung 3 Konfrontationen vorgegeben werden.

Selbst die Autoren meinen, dass dies natürlich keine ideale Situation ist, da emotionale Berührtheit im therapeutischen Prozess wesentlich wäre. Es ist, wie ich glaube, deutlich, dass solches Vorgehen der personzentrierten Theorie widerspricht. Auch in der Personzentrierten Therapie verändert sich das Verhalten des Therapeuten durch die Person des Klienten, allerdings in der empathischen Gemeinsamkeit mit diesem. Zudem ist die Einteilung der Klienten in Kategorien und natürlich das Intervenieren nach einem vorbestimmten Schema nicht personzentriert (letzteres ist auch unethisch).

Begrüßenswert an der differentiellen Forschung ist der Wunsch nach Weiterentwicklung und wissenschaftlicher Überprüfung von Personzentrierter Psychotherapie.

Neuere Forschung

In den 80er und 90er Jahren erfährt der Personzentrierte Ansatz innerhalb der Psychotherapieforschung wieder eine Aufwertung. Es wird deutlich, dass der Personzentrierte Ansatz nicht nur eine der bestbeforschten Therapierichtungen ist, auch seine Wirksamkeit steht ausser Zweifel (Orlinsky/Howard 1986; Grawe/Bernauer/Donati 1990).

Trotzdem ist es möglich, dass die Wirksamkeit des Ansatzes noch unterschätzt wird. Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (1995) meinen, dass durch die Art der Untersuchungen die Veränderungen durch Personzentrierte Therapie oft zu niedrig eingeschätzt wurden. Sie meinen beispielsweise zur Überblicksarbeit von Grawe, Bernauer und Donati (1990), die ja der Personzentrierten Therapie durchaus Wirksamkeit bescheinigt, dass die von den Autoren verwendeten Studien meistens eine zu kurze Therapiedauer (durchschnittlich 10,8 Sitzungen) aufweisen, d. h., dass es sich nicht um reguläre Therapieabschlüsse handelt und Veränderungen erst im Gang sind oder in Gang kommen.

Zudem haben die meisten Studien keine Katamnese, also keine Untersuchung der Veränderungen bei Klienten einige Zeit (6 oder 12 Monate) nach Abschluss der Therapie. Es hat sich aber gezeigt, dass die Wirksamkeit des Personzentrierten Ansatzes in der Katamnese besonders deutlich wird.

Greenberg, Elliot und Lietaer (1994) berücksichtigen in ihrer Überblicksarbeit auch neuere Klientenzentrierte Psychotherapieentwicklungen sowie Studien, die nach 1983 erstellt wurden, und sie

kommen zu einer hohen Wirksamkeit des Personenzentrierten Ansatzes, auch im Vergleich mit behavioristischen Verfahren.

Die Klientenzentrierte und Personenzentrierte Psychotherapie erscheint heute wieder selbstbewusster und eigenständiger, was auch in der Forschung deutlich wird. Statt Methoden anderer therapeutischer Richtungen zu integrieren, geht es vermehrt um das Beforschen eigenständiger personenzentrierter Entwicklungen. Hier ist besonders die Forschungsgruppe um Greenberg zu erwähnen.

Greenberg, Watson und Goldman (1996) untersuchten an der York Universität Kanada die Effektivität Klientenzentrierter Psychotherapie und Erfahrungsorientierter Therapie bei depressiven Patienten. Dabei wird die Erfahrungsorientierte Therapie als das Verfahren mit aktiveren Interventionen beschrieben, es folgt aber den personenzentrierten Grundannahmen. Es wird u. a. untersucht, ob diese den klassischen Personenzentrierten Ansatz effektiver machen. Die Autoren fanden, dass Klienten beider Gruppen bezüglich der Depression gleich gebessert waren. Die Besserungsraten entsprachen denen anderer Psychotherapierichtungen. Es gab aber in mancher Hinsicht qualitative Unterschiede bei den Ergebnissen. Erfahrungsorientierte Psychotherapie erzeugt mehr Selbstwertgefühl, erhöht das Funktionieren im interpersonalen Bereich und senkt das allgemeine Leidensniveau deutlicher.

Greenberg, Watson und Goldman fanden auch, im Unterschied zu Carl Rogers, dass Klienten nicht in allen Aspekten ihres Seins immer offener werden, sondern dass sie lernen, mit den problematischen Aspekten ihres Lebens besser umzugehen. Jedoch wie in den Untersuchungen der 50er und 60er Jahre war es auch bei dieser Studie so, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung stark gebesserte und wenig gebesserte Fälle unterscheidet. Und die Studie zeigt weiters, dass die Tiefe des Erfahrungsprozesses die Besserungsrate beeinflusst. Zusätzlich beschreiben die Autoren, dass hohe Erregung und emotionaler Ausdruck gemeinsam mit, wie sie es nennen, „Exploration an den äussersten Enden der Erfahrung des Klienten“ Veränderung bewirken können.

Bei beiden Techniken wird auch von negativer Kritik seitens der Klienten berichtet. Die Kritik am Personenzentrierten Ansatz betrifft die vermeintliche Passivität des Therapeuten, jene an der Erfahrungsorientierten Psychotherapie die empfundene Künstlichkeit der Interventionen.

Ausblick

Der Personenzentrierte Ansatz, wie die Psychotherapieforschung ganz allgemein, wendet sich der Suche nach neuen Methoden zu, die psychotherapeutische Prozesse angemessen beschreiben und erklären können. Auch in der Personenzentrierten Psychotherapie erscheint die Systemtheorie als wichtigster Ansatzpunkt.

Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (1995) kritisieren die Zerlegung des Beziehungsangebotes des Personenzentrierten Ansatzes in einzelne Variablen.

In unzähligen empirischen Untersuchungen wurde davon ausgegangen, dass die personenzentrierten Einstellungen des Psychotherapeuten voneinander unabhängige Variablen sind, die direkt und linear kausal auf den Klienten bzw. die Klientin einwirken (unabhängige Variablen). Tatsächlich korrelieren die Variablen aber sehr hoch miteinander ($r = 0.7$; Tausch 1970).

Die Variablen wirken also in Verbindung zueinander, aber auch auf verschiedenen Ebenen. Psychologisch bedeutsame Veränderungen beim Klienten werden durch die Empathie eines kongruenten Therapeuten vor dem Hintergrund der Wertschätzung bewirkt.

Die beiden Variablen Wertschätzung und Kongruenz haben instrumentellen Charakter, sie müssen vorliegen, um Empathie zu ermöglichen. Auch die Empathie wirkt nicht unmittelbar, vermittelnde Variable ist die Selbstempathie des Klienten.

Für Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (1995) gibt es drei Arten von Zusammenhängen zwischen den Merkmalen im Prozess: Kausale, interdependente und moderierende. „Für ein als Beziehungsangebot verstandenes gesprächspsychotherapeutisches Vorgehen ist ein anderes Forschungsmodell als der herkömmliche Variablensatz erforderlich.“ (Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz 1995, 58)

Es wird zwar seitens des Therapeuten ein bestimmtes Beziehungsangebot angestrebt, aber das Therapeutenverhalten ist nicht die unabhängige und das Klientenverhalten nicht die abhängige Variable. Therapeuten- und Klientenverhalten sind vielmehr als wechselseitig abhängig zu betrachten. Wenn aber sowohl Therapeutenverhalten als auch Klientenverhalten zugleich unabhängige und wechselseitig abhängige Variablen sind, sind die Interaktionsmuster, d. h. das Verhalten und Erleben der Beteiligten im therapeutischen Prozess und ihre gegenseitige Beeinflussung, als abhängige Variablen zu betrachten.

Für die Psychotherapieforschung, und insbesondere für die Personenzentrierte Psychotherapie, ist die systemtheoretische Betrachtungsweise die angemessene wissenschaftstheoretische Sichtweise. Diese greift die Tatsache auf, dass linear-kausale Prinzipien nur ein Teil von Erklärungen in den Naturwissenschaften sind. In der Neurobiologie beispielsweise finden komplexe ganzheitliche Prozesse statt, in denen Veränderung ganz anders vor sich geht. Sie kann von außen angeregt werden, ist aber nicht von außen klar steuerbar. Die Form der Veränderung ist durch die systemimmanente Struktur gegeben, äußere Gegebenheiten können eine Entwicklung zwar beeinflussen, aber nicht kontrollieren.

Überträgt man dies auf Therapieprozesse, so können Therapeut und Klient als System betrachtet werden, das sich wechselseitig beeinflusst. Es gibt keine kausal-lineare „wenn-dann Beziehung“ zwi-

schen Therapeutenverhalten und Klientenverhalten. Das Verhalten des einen ist „lediglich auslösende Bedingungen für intern determinierte Zustandsänderungen“ des anderen (Maturana 1985, 151).

Rogers' Ideen sind mit einer systemischen Betrachtungsweise gut vereinbar.

Rogers beschreibt die sechs Bedingungen für eine hilfreiche psychotherapeutische Beziehung im Sinne eines Gefüges, das Entwicklungsprozesse anstoßen kann. Der Ausgang der Prozesse ist aber nicht von vornherein klar.

Auch die wichtigste personzentrierte Annahme, das Konzept der Aktualisierungstendenz, scheint mit dem Prinzip der Autopoiese aus der Systemtheorie verwandt zu sein. Ein autopoietisches System ist ein lebender Organismus, der von außen beeinflussbar ist und die Umwelt zum Überleben braucht. Er ist aber nicht direkt steuerbar, sondern stellt sich selbst immer wieder nach seinen inneren Strukturen her, wenngleich der Einfluss von außen Effekte zeigen kann (Maturana 1985).

Ein jedem Organismus eigenes Potential zur konstruktiven Veränderung in einer gegebenen Umwelt ist auch die zentrale Idee der Aktualisierungstendenz.

Psychotherapieforschung hilft, Phänomene der Psychotherapie immer erklärbarer und verstehbarer zu machen. Durch verbesserte und dem Forschungsgegenstand mehr entsprechende Methodik werden die Grenzen des Verstehens kontinuierlich erweitert. Dennoch gibt es heute viele Bereiche, die durch Forschung nicht erfassbar sind und zum jetzigen Zeitpunkt nur intuitiv-erfahrend erlebt werden können.

Dies ist unbestreitbar, doch muss das nicht zwangsläufig zu einer Ablehnung von Forschung führen, sondern kann auch als Herausforderung zu neuen Forschungsbemühungen verstanden werden.

Literatur:

- Barrett-Lennard, Godfrey T. (1962), Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change, in: *Psychological Monographs* 76 (1962) 562
- Biermann-Ratjen, Eva-Maria / Eckert, Jochen / Schwartz, Hans-Joachim (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart (Kohlhammer) 1979, 1995 (überarb. u. erweiterte Aufl.)
- Bozarth, Jerold D. (1983), Gegenwärtige Forschung zur klientenzentrierten Psychotherapie in den USA, in: *GwG-info* 51 (1983) 38–51
- Corcoran, K. J. (1981), Experiential empathy. A theory of felt-level experience, in: *Journal of Humanistic Psychology* 21,1 (1981) 9–38
- Eysenck Hans J. (1952), The effects of psychotherapy: An evaluation, in: *Journal of Consulting Psychology*, 16 (1952), 319–324
- Frank, Renate / Schweizer, Jochen / Strote, Juliane (1983), Ein neuer Ansatz klientenzentrierter Beratung. Differentielle Effektivität der verbalen Konfrontation, in: *GwG-info* 51 (1983) 96–103
- Garfield Sol L. / Bergin Allen E.: Introduction and historical overview, in: Garfield, S. L. / Bergin, A. E. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York (Wiley) 1986
- Grawe Klaus (1988), Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung, in: *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 17 (1988), 1–7
- Grawe, Klaus / Bernauer, F. / Donati, R. (1990), Psychotherapien im Vergleich. Haben wirklich alle einen Preis verdient?, in: *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 40 (1990) 102–114
- Greenberg Leslie S. / Pinsof William M. (1986): Process research: Current trends and future perspectives, in: Greenberg, Leslie S. / Pinsof, William M. (Eds.), *The psychotherapeutic process. A research handbook*, New York (Guilford) 1986
- Greenberg, Leslie S. / Elliot, R. / Lietaer, Germain (1994), Research on experiential psychotherapies, in: Bergin, A. E. / Garfield, S. L. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York (Wiley) 1994, 509–539
- Greenberg, Leslie S. / Watson, Jeanne C. / Goldman, Rhonda (1996), Change processes in Experiential Therapy, in: Hutterer, Robert / Pawlowsky, Gerhard / Schmid, Peter F. / Stipsits, Reinhold (Eds.), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy. A paradigm in motion*, Frankfurt/M. (Peter Lang) 1996, 35–45
- Höger, Diether (1989), Klientenzentrierte Psychotherapie — ein Breitbandkonzept mit Zukunft, in: Sachse, Rainer / Howe, Jürgen (Hg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie*, Heidelberg (Asanger) 1989, 197–222
- Kirschenbaum, Howard (1979), *On becoming Carl Rogers*, New York (Dela-corte) 1979
- Lambert, Michael J. / Shapiro, D. A./Bergin, A. E. (1986), The effectiveness of psychotherapy, in: Garfield, S. L. / Bergin, A. E. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York (Wiley) 1986, 157–212
- Maturana, Humberto R., Erkennen. Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit: Ausgewählte Arbeiten zur biologischen Epistemologie, Braunschweig (Vieweg), 1985
- Mitchell, K. M. / Bozarth, Jerold D. / Krauft, C. C. (1977), A reappraisal of the therapeutic conditions of the therapeutic effect of accurate empathy, non possessive warmth, and genuineness, in: Gurman, A. S / Razin, A. M. (Hg.), *Effective Psychotherapy*, New York (Pergamon Press) 1977, 482–502
- O'Hara, Maureen (1995), Carl Rogers: Scientist or mystic?, in: *Journal of Humanistic Psychology* 35,4 (1995) 40–53; orig.: paper presented at UCLA Extension in memorial honor of Carl Rogers, Los Angeles, CA 1987

- Orlinsky, David E. / Howard, Kenneth I. (1986), Process and outcome in psychotherapy, in: Garfield, S. L. / Bergin, A. E. (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change, New York (Wiley) 1986
- Raskin, Nathaniel J. (1952), An objective study on the locus of evaluation factor in psychotherapy, in: Wolff, W. / Poecker, J. A. (Eds.), Success in psychotherapy, New York (Grune & Stratton) 1952
- Rogers, Carl R. (1957a), The necessary and sufficient conditions of the therapeutic personality change, Journal of Consulting Psychology 21 (1957), 95-103, in: Rogers, Carl R. / Schmid, Peter F. (Hg.), Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl Rogers, Mainz (Grünwald) 1991
- Rogers, Carl R. (1959b), A tentative scale for the measurement of process in psychotherapy, in: Rubinstein, E. / Parloff, M. B. (eds.), Research in psychotherapy. Proceedings of a conference, Washington D. C., April 9-12, 1958, Washington D. C. (American Psychological Association) 1959 96-107
- Rogers, Carl R. (1959a), Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987
- Rogers, Carl R. (1961a), On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy, Boston (Houghton Mifflin) 1961; dt.: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart: (Klett-Cotta) 1973
- Rogers, Carl R. (1963e), Psychotherapy today. Or, where do we go from here?, in: American Journal of Psychotherapy 17,1 (1963) 9-16
- Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (1954a), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the client-centered approach, Chicago (University of Chicago Press) 1954
- Rudolf, Gerd (1996), Psychotherapieforschung bezogen auf die psychotherapeutische Praxis, in: Psychotherapieforum 4 ,3 (1996) 124
- Sachse, Rainer / Maus, Claudia (1991), Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart (Kohlhammer) 1991
- Sauer, Joachim (1992), Zur Wirksamkeit klientenzentrierter Psychotherapie, in: Personzentriert 2 (1992) 63-95
- Stengers, Isabelle (1996), Verwendung wissenschaftlicher Modelle durch den Psychotherapeuten, in: Psychotherapieforum 4,3 (1996) Supplement, 130
- Stubbs, Jeanne P. / Bozarth, Jerold D. (1994), The dodo bird revisited. A qualitative study of psychotherapy efficacy research, in: Journal of Applied and Preventive Psychology (special issue) 3 (1994) 109-120
- Tausch, Reinhard (1970), Gesprächspsychotherapie, Göttingen (Hogrefe) 1970
- Tausch, Reinhard / Zehelin, H. / Fittkau, Bernd / Minsel, Wolf-Rüdiger (1970), Variablen und Zusammenhänge in psychotherapeutischen Gesprächen, 1967, in: Tausch, Reinhard, Gesprächspsychotherapie. Göttingen (Hogrefe) 1970
- Truax, Charles B. (1961), A scale for the measurement of accurate empathy, in: Psychiatric Institute Bulletin I,12 (University of Wisconsin) (1961)
- Truax, Charles B. / Carkhuff, Robert R. (1965), Client and therapist transparency in the psychotherapeutic encounter, in: Journal of Counseling Psychology 12 (1965) 3-9
- Truax, Charles B. / Carkhuff, Robert R. (1965), Experimental manipulation of therapeutic conditions, in: Journal of Consulting Psychology 29 (1965) 119-124

Biografie:

Mag. Madeleine Garbsch, Psychologin und Personzentrierte Psychotherapeutin, Fortbildung in systemischer Familientherapie, zur Zeit Tätigkeit an der psychologischen Studentenberatung Wien, Beschäftigung mit Psychotherapieforschung, empirische Arbeit zu Veränderungsprozessen.

Korrespondenzadresse:

*Mag. Madeleine Gartsch
1120 Wien
Tivoligasse 69/19*

Brigitte Pelinka

Klientenzentrierte Kindertherapie - Neue Aspekte vor dem Hintergrund der Persönlichkeitstheorie von Carl Rogers

Zusammenfassung: *In Gesprächen mit Kolleginnen fällt mir immer wieder das Erstaunen darüber auf, dass die konsequente Einhaltung der Rogersvariablen in der Kindertherapie schnelle und anhaltende Veränderungen bei den Kindern bemerken lässt. Selbst unter ungünstigen Bedingungen scheint das bloße „mit den Kindern spielen“ Erstaunliches zu bewirken. Mein Interesse gilt zuerst einer Frage, die sich durch meine Erfahrung in der Arbeit mit Kindern aufgetan hat. Wie kann ich mir erklären, dass die Grundvariablen, die ich seit Jahren in der Erwachsenentherapie anwende, bei Kindern eine noch deutlichere Wirkung auf deren Entwicklungsprozess ausüben? Es schien lohnenswert, die Gründe dafür bei Rogers selbst zu suchen. Das Kernstück dieses Beitrags ist der Versuch, anhand der Rogers'schen Persönlichkeitstheorie Hypothesen zu deren Relevanz in der Kindertherapie zu entwickeln.*

Die Klientenzentrierte Psychotherapie für Kinder und Jugendliche hat eine ungefähr siebzig Jahre lange Geschichte. In dieser Zeit hat sich das Verständnis von Beziehung in der Klientenzentrierten Psychotherapie weiterentwickelt und die Kindertherapie hat auch von dieser Entwicklung profitiert. Die praktische Bedeutung dieser Entwicklung wird hier anhand des Konstruktes der „Interaktionsresonanz“ von Behr dargestellt.

Stichwörter: *Klientenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Persönlichkeitstheorie, Beziehung in der Klientenzentrierten Kindertherapie, Geschichte der Klientenzentrierten Kindertherapie, Interaktion in der Klientenzentrierten Kindertherapie*

Rogers Persönlichkeitstheorie und Hypothesen zu deren Relevanz in der Kindertherapie

Die Grundausstattung des Menschen

Rogers (1959a, 48) setzt in seiner Persönlichkeitstheorie voraus, dass das Individuum in der frühen Kindheit die folgenden Eigenschaften besitzt:

- 1) Das Kind nimmt seine Erfahrung als Realität wahr; seine Erfahrung ist Realität. Das Kind lebt somit in einer Umgebung, die theoretisch betrachtet nur in ihm selbst existiert, die es selbst erschaffen hat.
- 2) Es besitzt somit ein potentiell größeres Gewahrsein seiner Realität als irgend jemand sonst, weil niemand seinen inneren Bezugsrahmen einnehmen kann.
- 3) Das Kind besitzt ein inhärentes Motivationssystem: die Tendenz zur Aktualisierung seines Organismus. Dies ist eine, dem Organismus als Ganzem innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten – dies jedoch nur in einer Richtung, nämlich so, dass der Organismus erhalten und weiterentwickelt wird. „Der innerste Kern der menschlichen Natur, die am tiefsten liegenden Schichten seiner Persönlichkeit, die Grundlage seiner animalischen Natur ist von Natur positiv, von Grund auf sozial, vorwärtsgerichtet, rational und realistisch.“ (Ebd. 99)
- 4) Es interagiert mit seiner Umgebung im Sinne dieser grundsätzlichen Aktualisierungstendenz.
- 5) Sein Verhalten ist der zielgerichtete Versuch des Organismus, seine erlebten Bedürfnisse nach Aktualisierung in der so wahrgenommenen Realität zu befriedigen.
- 6) In dieser Interaktion verhält sich das Kind als organisiertes Ganzes, als eine Gestalt.

- 7) Es ist in einen organismischen Bewertungsprozess eingebunden, der die Erfahrungen an der Aktualisierungstendenz misst (Aktualisierungstendenz als Regulationssystem). Erfahrungen, die als den Organismus erhaltend oder fördernd (befriedigend) wahrgenommen werden, werden positiv bewertet, solche, die die Erhaltung oder Förderung stören, (unbefriedigend) negativ.
- 8) Das Kind strebt nach den von ihm positiv bewerteten Erfahrungen und wendet sich von den negativ bewerteten ab.

Dieses Bild der Persönlichkeit ist die Grundlage für die anschließenden Hypothesen.

Vorrang der Subjektivität

Rogers beschreibt, dass das Kind, wie alle Lebewesen, ein inhärentes Motivationssystem und ein Regulationssystem besitzt (den organismischen Bewertungsprozess), welches durch seine "Rückmeldungen" den Organismus auf die Befriedigung seiner Bedürfnisse ausrichtet. Das Kind lebt somit in einer Umgebung, die theoretisch betrachtet nur in ihm selbst existiert, die es sozusagen selbst erschaffen hat. Realität ist also immer nur subjektiv und nie objektiv gegeben.

Das heißt, dass die Wahrnehmung der Umgebung diese selbst konstituiert, gleichgültig, in welchem Verhältnis diese zur "wirklichen" (objektiven) Wirklichkeit steht. Ein Kind kann z. B. von einer freundlichen, liebevollen Person aufgenommen werden. Wenn es jedoch diese Situation als fremd und furchterregend erlebt, dann ist es eben diese Wahrnehmung, die sein Verhalten bestimmt, und nicht die "Realität: freundliche, liebevolle Person".

Die Beziehung zur Umwelt ist sicherlich eine transaktionale; wenn die fortwährende Erfahrung der anfänglichen widerspricht, wird sich mit der Zeit die Wahrnehmung verändern, ähnlich wie die Beschreibung der RIGs¹ von Stern (1985). Rogers (1959a, 49) beschreibt jedoch weiter, "daß die wahrgenommene Realität, die für das Individuum eigentliche ist die sein Verhalten beeinflusst. Wir können von dieser Position aus theoretisch operieren, ohne die äußerst schwierige Frage nach der wirklichen Realität zu beantworten."

Hier wurde von Rogers eine erste wesentliche Relevanz für die Arbeit mit Kindern beschrieben. Für Kinder ist es selbstverständlich, dass ihre erlebte Realität ihr Verhalten bestimmt. Mogel (1996, 179) schreibt: „Das kindliche Spiel ist Wirklichkeit – und zwar in mehrfacher Hinsicht: Einmal ist das kindliche Spiel Gestaltung der Wirklichkeit, und zum anderen ist es Darstellung der Wirklichkeit gerade so, wie das Kind sie gegenwärtig erlebt, erfährt fühlt und interpretiert.“ Die Frage nach Objektivität stellt sich in der Kindertherapie,

zumindest bei jungen Kindern, nicht. Der Zugang zu ihrer unmittelbaren Wahrnehmungsebene ist somit mit weniger Hindernissen ausgestattet, als wir das in der Erwachsenentherapie gewöhnt sind.

Die Entstehung des Selbst

Die Aktualisierungstendenz beim Menschen beinhaltet, dass ein Teil der Erfahrungen des Individuums in einem Gewahrsein des Seins und des Handelns symbolisiert wird. Diese Art von Gewahrsein wird als Selbsterfahrung bezeichnet. Nur durch zwischenmenschliche Interaktion (Mutter-Kind-Beziehung) kommt es dazu, dass die Selbsterfahrung sich zu einem gestalthaft zusammenhängenden Komplex, dem Selbstkonzept, entwickelt. Bewusstsein wird von Rogers als Symbolisierung eines Ausschnittes unserer Erfahrung bezeichnet. Er denkt hier normalerweise an die Symbolisierung durch menschliche Sprache. Es können aber auch die vorsprachlichen Formen des Selbstempfindens als Selbsterfahrung im Rogers'schen Sinn verstanden werden.

Besonders die Tatsache, dass die Symbolisierung durch die Sprache bei Kindern in einem wesentlich geringeren Ausmaß stattgefunden hat, als wir das bei Erwachsenen vorfinden, hat eine große Bedeutung in der Kindertherapie: Erstens haben wir hier zum Teil noch unbeschriebene Blätter, die wir mit verbalen Symbolisierungen füllen können. Das bedeutet, dass das Selbstkonzept der Kinder, je jünger sie sind, desto flexibler ist. Und zweitens ist der Zugang zu den präverbalen und nonverbalen organismischen (Selbst)Erfahrungen durch das Spiel (Hauptkommunikationsmittel in der Kindertherapie) kein kleines Türchen, sondern ein riesiges Tor, das uns offen steht.

Die Entwicklung von Bewertungsbedingungen

Das Bedürfnis nach positiver Beachtung

„Mit dem Gewahrsein des Selbst entwickelt das Individuum das Bedürfnis nach positiver Beachtung. Dieses Bedürfnis ist ein Wesenszug des Menschen. Es ist allgegenwärtig.“ (Rogers 1959a, 49) Neuere klientenzentrierte Theoretiker weisen darauf hin, dass dieses Bedürfnis nach positiver Beachtung neben der Aktualisierungstendenz als zweites Axiom zu betrachten ist (Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz 1997, 90ff).

Das Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung

Die Befriedigungen oder Versagungen des Bedürfnisses nach positiver Beachtung werden verknüpft mit einer bestimmten Selbsterfahrung. Sie werden schließlich vom Individuum unabhängig von konkreten Interaktionen mit einem anderen erlebt. Derartig erlebte positive Beachtung beschreibt Rogers als positive Selbstbeachtung. Aus solchem Erleben entwickelt sich das Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung.

1 Representations of interactions generalized.

Die Entwicklung von Bewertungsbedingungen

Die (Selbst)Erfahrungen des Kindes werden von den Bezugspersonen praktisch immer selektiv bewertet, in ähnlicher Weise entwickelt sich auch die Selbstbewertung selektiv. Wenn somit Selbsterfahrungen allein deshalb von der Person gemieden oder anerkannt werden, weil sie mehr oder weniger für die Selbstbeachtung relevant sind, dann hat sich in dieser Person eine Bewertungsbedingung entwickelt. Etwas weniger theoretisch ausgedrückt: Das Kind benötigt positive Beachtung. Durch die Art und Weise, wie das Kind behandelt wird, d. h. wie die Mutter auf sein Verhalten reagiert, erfährt das Kind Folgendes: „Mein Verhalten wird abgelehnt, also werde ich insgesamt abgelehnt.“ Das Bedürfnis nach positiver Beachtung ist jedoch so stark, dass schließlich sein Verhalten nicht nur mehr von organismischen Bedürfnissen gesteuert wird, sondern von der Wahrscheinlichkeit, durch sein Verhalten mütterliche Liebe zu erhalten. Das Kind lernt sich in gleicher Weise zu sehen, wie seine Bezugsperson: Es mag sich oder es lehnt sich ab. Das bedeutet, dass eigene Verhaltensweisen als positiv erachtet werden, die nicht wirklich als organismisch befriedigend erlebt werden. Es lebt nach „introjizierten Bewertungen“.

Für die therapeutische Arbeit mit Kindern bedeutet das: Therapie muss unter anderem im Leben des Kindes eine Balance zwischen den organismischen Bedürfnissen und deren Bewertungen und den „introjizierten Bewertungen“ herstellen. Im Gegensatz zur Erwachsenentherapie gibt es in der therapeutischen Arbeit mit Kindern in der Regel die Möglichkeit, nicht nur mit dem Individuum, das diese Balance in sich herstellen muss zu arbeiten, sondern auch die Personen zur Hand zu haben, die nicht in der Lage sind, das Kind positiv bedingungslos zu beachten. Es gibt einen doppelten Zugang. Wenn wir auch hier häufig die Erfahrung machen müssen, dass die Bezugspersonen nicht in dem Ausmaß zugänglich sind, wie wir uns das wünschen, so ist jedoch nicht zu unterschätzen, dass bedingungslose Wertschätzung der Eltern (diese werden schon durch die Tatsache, dass ihr Kind diese Form der Behandlung erfährt, wertgeschätzt) durch den Therapeuten etwas bewegen kann.

Das Entstehen von Inkongruenz und Kongruenz

Wegen des Bedürfnisses nach Selbstbeachtung nimmt das Individuum seine Erfahrungen selektiv, d. h. den Bewertungsbedingungen entsprechend, wahr. Erfahrungen, die in Übereinstimmung mit den Bewertungsbedingungen sind, werden korrekt im Gewahrsein symbolisiert; Erfahrungen die den Bewertungsbedingungen widersprechen, werden selektiv wahrgenommen und verzerrt symbolisiert oder teilweise oder ganz dem Gewahrsein verweigert. Die Erfahrungen des Individuums beinhalten nunmehr Elemente, die nicht im Bild des Selbst enthalten sind; es kann nicht mehr eine einheitlich ganze Person sein. Es besteht eine „Inkongruenz zwischen dem Selbst und der Erfahrung“. Die Inkongruenz wird auch in den einzel-

nen Verhaltensweisen spürbar, wenn diese zum einen Teil durch das Selbst und zum anderen durch Aspekte von organismischen Erfahrungen, die nicht im Selbst enthalten sind, gesteuert werden. Die Inkongruenz kann vom Betroffenen selbst nicht wahrgenommen werden. Ein Kommunikationspartner spürt viel eher die Inkongruenz als der Betroffene selbst.

Durch bedingungslos positive Beachtung müssen keine Bewertungsbedingungen kreiert werden, sondern es wird der Einklang zwischen organismischer Bewertung und dem Bedürfnis nach positiver Beachtung und Selbstbeachtung erlebt – ein kongruenter Zustand ist die Folge.

Wir sind in der Arbeit mit Kindern in einem weitaus stärkeren Ausmaß in den Prozess der Entstehung von Bewertungsbedingungen involviert als das in der Arbeit mit Erwachsenen je sein kann. Hier besteht zwar die Gefahr einer oberflächlichen Verunsicherung, aber auch die Chance, die organismische Bewertung in bestimmten Selbsterfahrungen zu erhalten. Die Verunsicherung besteht in der Tatsache, dass durch den direkten Zugang zum organismischen Erleben (direkter Aufbau einer kongruenten Erfahrung) eine Spannung zur Inkongruenz des Kindes entsteht. Diese Spannung ist heilsam und förderlich, weil:

- 1) der kongruente Zustand nun verankert ist. Das wirkt sich auf die Inkongruenz aus, die Inkongruenz wird relativiert.
- 2) Die bedingungslose Wertschätzung der Eltern lässt das Bestehen auf deren Bedingungen nachlassen. Auch so kann eine Entspannung stattfinden, obwohl nie über Inkongruenz gesprochen wurde.

Wenn bei der therapeutischen Arbeit der Schwerpunkt das Verbalisieren und Intellektualisieren der Inkongruenz bleibt, das also das Instrument des Zugangs werden soll, wird das große Tor zum Organismischen zum Türchen. Wir arbeiten deshalb in der Kindertherapie mit einem völlig anderen Schwerpunkt, dem Herstellen oder Wiederherstellen eines adäquaten Erlebnisprozesses (das Herstellen nimmt in der Kindertherapie bei weitem mehr Raum ein als das Wiederherstellen). Das Spiel oder die körperliche Berührung bieten, wie auch die Traumarbeit oder das Focusing, die Möglichkeit des direkten Aufbaus einer neuen kongruenten Erfahrung.

Ein Beispiel: Thomas, ein sechsjähriger Bub, kommt seit einem halben Jahr in die Therapie. Seine Mutter schickt ihn diesmal vom Haustor alleine in die Praxis, weil die kleine Schwester im Kinderwagen eingeschlafen ist. Thomas begrüßt mich und plötzlich fällt ihm ein, dass er sein Spielzeug (er bringt jede Stunde etwas von zu Hause mit) im Kinderwagen seiner Schwester vergessen hat. Folgende Szene spielt sich ab: Tränen steigen in seine Augen und er wendet sich von mir ab und geht zwei Schritte von mir weg. Ich versuche Zugang zu finden: „Jetzt bist du traurig, weil dir das passiert ist und du möch-

test ohne dein Spielzeug nicht ins Spielzimmer kommen.“ Thomas weint und geht noch einen Schritt weiter weg (das Verbalisieren bewirkt hier sogar eine Distanzierung und nicht den gewünschten Kontakt). Ich gehe einen Schritt näher und fasse von hinten seine Schulter an und halte einige Sekunden fest. Thomas dreht sich um und geht ins Spielzimmer. Thomas' Mutter kann auf seine Trauer nicht einmal mit Verbalisierung, sondern nur mit Ärger und Wut reagieren. Er hat nie Halt erfahren, wenn er traurig war. In dieser Situation war es möglich, mit einer Berührung einen adäquaten Erlebnisprozess herzustellen.

Standortbestimmung der Kindertherapie in der klientenzentrierten Therapielandschaft

Die beschriebene Schwerpunktsetzung in der Kindertherapie ist in der Klientenzentrierten Psychotherapie an sich nicht ungewöhnlich. Sie hängt nur in diesem Fall nicht von der Therapeutenpersönlichkeit ab, sondern ist die logische Konsequenz der Applikation der Rogers'schen Persönlichkeitstheorie auf die Kindertherapie.

In der Klientenzentrierten Psychotherapie haben sich in den letzten Jahren unterschiedliche Schwerpunkte und Richtungen entwickelt. Zunächst einmal ist es sinnvoll, hier eine Standortbestimmung vorzunehmen und die Klientenzentrierte Kindertherapie zu positionieren. Wolfgang Keil (1998) hat drei Richtungen der Klientenzentrierten Therapie unterschieden:

Klientenzentrierte Therapie als individuelles, aber immer von den Grundhaltungen charakterisiertes Beziehungsangebot bzw. als personale Begegnung.

Klientenzentrierte Therapie als (Arbeit am) Gewährwerden der (störungsspezifisch verstehbaren) Inkongruenz.

Klientenzentrierte Therapie als (Wieder-) Herstellung eines adäquaten Erlebnisprozesses.

Es handelt sich in der klientenzentrierten Arbeit mit den Kindern, wie oben beschrieben, um die Herstellung oder Wiederherstellung eines adäquaten Erlebnisprozesses. Das ist die vorrangige Arbeit der Kindertherapeutin. Die Arbeit mit den Eltern der Kinder wird wohl eine Mischung aus personaler Begegnung im Sinne des Person-Centered Counseling und der Arbeit am Gewährwerden der Inkongruenz bestehen. Der klientenzentrierten Kindertherapeutin wird also höhere Flexibilität des Therapeutinnenverhaltens abverlangt. In der Erwachsenentherapie hängt es im wesentlichen von der Person der Therapeutin, bzw. ihrem jeweiligen Konzept ab, welcher Schwerpunkt die Arbeit mit den Klienten bestimmt.

Das Verständnis von Beziehung in der Klientenzentrierten Kindertherapie

Zur Geschichte der Klientenzentrierten Kindertherapie

Historisch können wir in der Klientenzentrierten Kindertherapie zwei Richtungen in den Beziehungskonzepten verfolgen. Zum einen das klassische Kindertherapiekonzept von Axline (1997) und das stark an Axline orientierte Konzept des Ehepaars Tausch (1976) einerseits und die Richtung von Schmidtchen (1991) andererseits. Beide Richtungen, so unterschiedlich sie auch sind, sehen die Therapeutin nur als sehr zurückhaltend mitspielend. Dies gilt sowohl für Schmidtchen, da er aufgrund seines behavioristischen Zuganges das Hier-und-Jetzt nur beschränkt mit einbezieht, als auch für Axline.

Axlines Beziehungsverständnis, dass Selbstentfaltung durch unbedingte Akzeptanz, nicht aber auch notwendigerweise die Thematisierung der Hier-und-Jetzt-Beziehung beinhaltet, gründet auf ihrem klientenzentrierten Verständnis vom Selbst. Meine Erfahrungen mit Kindern in meiner Praxis lassen aber das Selbstbild der zurückhaltenden, wenig mitspielenden Kindertherapeutin nicht zu. Ein Konflikt tut sich auf. Ist ein stark interaktiver Ansatz in der Klientenzentrierten Kindertherapie erlaubt?

Interaktion in der Klientenzentrierten Kindertherapie

In dem folgenden etwas ausholenden Exkurs werde ich diesen Konflikt, der übrigens sich nicht nur auf das Beziehungsverständnis in der Klientenzentrierten Kindertherapie beschränkt, in einen größeren Zusammenhang stellen. Van Balen (1992) beschreibt diesen Konflikt als historisches Dilemma des frühen Rogers'schen Beziehungsverständnisses. Ursprünglich war für Rogers das wichtigste Anliegen, das in den Mittelpunkt zu stellen, was den Kern des therapeutischen Handelns ausmacht. Dieses Eigentliche liegt für ihn in der Qualität der Beziehung. Die Beziehung muss wachstumsfördernd sein, in dem Sinn, dass sie das Potenzial des Klienten soweit wie möglich zur Entfaltung kommen lässt. Seine daraus folgende fast ausschließliche Betonung der Grundbedingungen, lässt die Klientenzentrierte Therapie so erscheinen, als ob es sich um eine Art stereotypen Angebots von Umgebungsfaktoren handle. Van Balen unterscheidet zwischen zwei Perioden im Verständnis der klientenzentrierten Therapiebeziehungstheorie, die eine logische Entwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie skizzieren; dies gilt analog auch für die Klientenzentrierte Kindertherapie.

Der Therapeut als Alter Ego

In dieser ersten Phase beschränkt sich der Therapeut praktisch darauf, dass er sein empathisches Verstehen zum Ausdruck bringt. Es handelt sich hier um eine einseitige Beziehung. Das „Heilende“ in dieser Beziehung besteht darin, dass der Therapeut durch sein em-

pathisches Teilnehmen spüren lässt, dass es keinen Grund zu Selbstverurteilung gibt. Daraus ergibt sich das Selbstverständnis von Virginia Axline und ihrer Methode, der "Nicht-direktiven-Kindertherapie". Es geht hier ausschließlich um die Schaffung eines wachstumsfördernden Klimas. Wechselseitige Interaktion steht ganz im Hintergrund. Die Therapeutin bewegt sich ausschließlich im "inneren Bezugsrahmen des Kindes".

Kongruenz im Dienste der Empathie

1957 fügt Rogers den Grundhaltungen Akzeptanz und Empathie die Kongruenz hinzu. Für Rogers war immer klar, dass Akzeptanz und Empathie authentisch sein müssen, um wirksam sein zu können. Was aber, wenn die tatsächlichen Gefühle des Therapeuten mit einer bedingungslos empathischen Haltung in Konflikt geraten? Rogers ist hier eindeutig: Die therapeutische Beziehungsqualität verlangt, dass auch jetzt Kongruenz Vorrang hat, das heißt, dass der Therapeut diese Gefühle zulassen und sie bearbeiten (Supervision) muss. Wenn diese Gefühle weiterbestehen, dann kann es nötig sein, den Klienten damit zu konfrontieren. In dieser Periode versteht sich der Therapeut nicht mehr als bloßes "Alter Ego", vor allem in jenen Momenten nicht, wo diese Haltung nicht wahrhaft wäre. Rogers versteht aber die Echtheit nicht als notwendiges Übel, sondern als wichtigen Zugangsweg zur Vertiefung der Beziehung.

Für die Kindertherapie, und nicht nur für diese, bedeutet das, dass die Kommunikation der Empathie weiterhin die eigentliche Arbeit der Therapeutin ist. Wesentlich ist weiterhin, dass das Kind nicht als zu analysierendes Objekt gesehen wird. Die Therapeutin muss sich nun nicht mehr ausschließlich im inneren Bezugsrahmen des Kindes bewegen, wohl aber muss sie ständig darauf ausgerichtet sein. Die Therapeutin folgt nun nicht mehr vorsichtig dem Kind und beschränkt sich nicht mehr auf das Reflektieren seiner Erlebnisinhalte, sondern bleibt dabei mit sich selbst in "Führung". Die parallele Aufmerksamkeit auf ihr eigenes Gefühl für die Situation bringt mit sich, dass sie auch mit eigenen Augen das Wahrnehmungsfeld des Kindes abtastet. Die Treue zum "Eigentlichen", nämlich der inneren Welt des Kindes, äußert sich nun im Prüfen der Wahrnehmung der Therapeutin an der des Kindes – das Kind bleibt so weiterhin der Experte für die Inhalte. Dies gilt sowohl für die Klientenzentrierte Therapie mit Erwachsenen als auch mit Kindern. Die therapeutische Beziehung wird vom Erleben beider getragen.

Die besondere Qualifikation der Klientenzentrierten Kindertherapeutin

Virginia Axline (1997) stellt in ihrem Standardwerk hohe Anforderungen an die Klientenzentrierte Kindertherapeutin. Hier ist die Rede von der „reifen Persönlichkeit“ bis hin zu „Selbstdisziplinierung“. All diese Eigenschaften sind für jede Therapeutin Grundvoraussetzungen. Deshalb ist es notwendig, die besondere Qualifikation der Klientenzentrierten Kindertherapeutin herauszuarbeiten.

Die abstrakte Erwachsenenwelt stößt auf die phänomenologische Kinderwelt

„Um das von Rogers geforderte genaue und sensible Verstehen der inneren Welt des Kindes zu realisieren, braucht der Therapeut ein kognitives Modell, das es ihm erlaubt, den ganzheitlichen, komplexen psychischen Prozess des Kindes zu strukturieren. Diese Strukturierung dient dem Therapeuten zur Ausrichtung seiner Wahrnehmung der Prozesse des Kindes und ist Verstehensgrundlage in ihm selbst. Ein solches umfassendes Modell, quasi eine Landkarte der inneren Welt des Kindes, könnte nach meiner Einschätzung zu einer wesentlich differenzierteren therapeutischen Arbeit mit Kindern beitragen. Ein solches Konzept hätte sich sowohl an allgemein psychologischen Kategorien (Emotion, Kognition, Motivation, ...), wie auch an der Rogers'schen Therapietheorie und ihrer Begrifflichkeit (Erfahrung, Selbstkonzept, Aktualisierungstendenz, ...) zu orientieren.“ (Hensel 1996, 218). Dieses von Hensel beschriebene kognitive Konzept setzt jedoch voraus, dass die Therapeutin die innere Welt des Kindes empathisch verstehen und adäquat mitteilen kann.

Der übliche Umgang mit Kindern ist gekennzeichnet von der Tendenz, Kinder in die Erwachsenenwelt zu ziehen (erziehen). Dazu ist es nicht unbedingt nötig, in die innere Welt des Kindes zu gehen. Kinder lernen und entwickeln sich aus sich heraus am besten, sie benötigen förderliche Bedingungen, insbesondere nicht-dirigierende Beziehungsangebote von Erwachsenen. Rogers' Grundprämisse, seine Theorie von der Selbstaktualisierungstendenz, bestätigt hier alle Grundhypothesen von pädagogischen Reformprojekten. In der Therapie haben wir aber unter anderem die Aufgabe, einen psychisch relevanten Kontakt herzustellen und die Welt des Kindes zu erschließen. Die abstrakte Erwachsenenwelt, die in einem hohen Ausmaß symbolisiert ist, steht einer weitgehend phänomenologischen Kinderwelt gegenüber.

Wie es der Kindertherapeutin gelingt, sich in dieser phänomenologischen Welt zu bewegen und dem Kind zu begegnen, hängt im wesentlichen mit deren individueller Konstitution zusammen. Axline hat es so beschrieben: "Der Therapeut ist der Kern jeder erfolgreichen Therapie. Mit Konsequenz muß er seine Technik verfolgen. Er muß Mut zu seinen Überzeugungen haben. Jede neue Beziehung muß er mit Vertrauen und Gelassenheit aufnehmen. Ein unsicherer Therapeut, voll von inneren Spannungen, schafft eine unsichere Beziehung zwischen sich und dem Kinde." (Axline 1997, 65)

Wie sicher ich mich als Therapeutin bewege, hängt davon ab, welche organismischen Erfahrungen von meinen Bezugspersonen erkannt und akzeptiert wurden, d. h. welche ich symbolisieren und in mein Selbstkonzept integrieren konnte. Deutlicher: „Das Selbstkonzept organisiert sich als gestalthafter Prozess, der das Verhalten des Individuums steuert, in dem er Erfahrungen bewusstwerden lässt

oder von der Gewährwerdung ausschließt“ (Keil 1994, 7). Wenn ich als Therapeutin mit meiner eigenen Charakterstruktur vertraut bin, werde ich typische Reaktionsmuster bei mir eher wahrnehmen. Dies ist Voraussetzung dafür, sie nicht automatisch geschehen zu lassen, sondern mich für oder gegen ein bestimmtes Verhalten entscheiden zu können. So kann ich meine eigenen Gefühle in der Therapie nützen und mich als Resonanzboden für die Klientinnen zur Verfügung stellen. Das gilt natürlich für Klientenzentrierte Therapie insgesamt, sowohl für Kinder als auch für Erwachsene. Ein maßgeblicher Unterschied ist jedoch, dass durch die besondere Situation die emotionale Resonanz der Therapeutin häufig intensiver provoziert wird.

Eine andere Qualität der Kommunikation der Empathie

Mit Erwachsenen kommunizieren wir die Empathie meist verbal oder zumindest auch verbal. Diese Kommunikationsmöglichkeit verstellt uns jedoch häufig den Blick auf andere Mitteilungsformen. Die Kindertherapeutinnen müssen mühsam wieder lernen, der Sprache ihre Priorität zu nehmen, denn Kinder wehren häufig verbale Rückmeldungen über Erlebnisinhalte ab. Beckmann-Herfurth (1996, 198) findet folgende Ebenen, den Kindern das empathische Verständnis, zu vermitteln:

Auf der Symbolebene: Die Therapeutin ist einfach da, innerlich beim Kind – Kinder spüren, ob man wirklich präsent ist.

Auf der Spielebene: Kinder weisen z. B. ihren Therapeutinnen gern Rollen zu, die sie selbst in ihrem Alltag als problematisch erleben, durch die Rollenannahme können Therapeutinnen stellvertretend das kindliche Erleben ausdrücken.

Hinzu füge ich noch die Ebene der körperlichen Berührung – durch Berührungen, wie Halten, Kämpfen usw. kann die Therapeutin ihr empathisches Verständnis dem Kind vermitteln.

Beispiel: Julia (8 Jahre) liebt es, in der Therapiestunde vorgelesen zu bekommen. Es ist eine Möglichkeit für sie, Nähe herzustellen. Ich rücke so nahe an sie heran, dass wir uns berühren und drücke mit dieser Bewegung aus, dass ich verstehe, dass sie Nähe möchte. In der nächsten Sitzung unterlasse ich diese Geste und beginne zu lesen. Julia rückt so nahe an mich heran, dass wir uns berühren. Sie ist nun selbst imstande, diesen Wunsch nach Nähe bewusst wahrzunehmen und zu befriedigen.

Interaktion und Beziehung in der Klientenzentrierten Kindertherapie – Interaktionsresonanz

Anhand des von Behr (1996) entwickelten Konstrukts der Interaktionsresonanz soll in diesem Exkurs die oben diskutierte Beziehungstheorie praktisch untermauert werden. „In den Spielstunden inszeniert das Kind Beziehungsmuster. Es bedient sich dazu ver-

schiedener Medien, die über die Sprache hinaus gehen, in der Regel des Spielens. Die Therapeutin interagiert mit dem Kind in den von ihm gewählten Medien. Sie gibt Resonanz in der Interaktion. Resonanz durch ihr Handeln im Medium. Dabei ist sie auf verbaler Ebene emphatisch, ist feinfühlig, stimmt sich auf Affekte ein, spiegelt zuweilen, allerdings nicht ‚wörtlich‘, das kindliche Handeln – die Therapeutin tut mehr als all dies, sie gibt durch ihre Interaktion Resonanz auf das Handeln des Kindes.“ (Behr 1996, 53) Behr schlägt für dieses Resonanz-Geben den Terminus „Interaktionsresonanz“ vor.

Das interaktive Selbst des Kindes aktualisiert sich während der Spielstunde über Medien. Behr hat sechs mediale Bereiche unterschieden. Er beschreibt, wie das Kind in diesen medialen Bereichen handelt und wie sich die Therapeutin interaktiv verhält. Diese spieltherapeutischen Interventionen sind unbedingt differentiell zu verstehen. Schwer gestörte Kinder (vor allem „frühgestörte“ Kinder) sind besonders in der Anfangsphase in der Therapie mit einer als Person voll präsenten, sich ganz einbringenden Therapeutin überfordert. Sie benötigen eine nachgehende, gewährende, konsequent nicht-direktive Therapeutenperson, ganz im Sinne der von Axline beschriebenen therapeutischen Grundprinzipien. (Deshalb erscheint mir die deutliche Unterscheidung zwischen den sogenannten Frühstörungen und anderen wichtig.) Interaktionelle Elemente im später beschriebenen Sinn kann es vereinzelt geben, aber nie im konfrontativen Sinn. Das muss sich im Laufe der Therapie entwickeln, und das Tempo dieser Entwicklung ist sehr individuell.

Behr unterscheidet bei den Spielformen sechs mediale Bereiche:

1. Das Regelspiel
2. Das Konstruktionsspiel
3. Das Rollenspiel
4. Direkte Auseinandersetzung und Kampf
5. Bildendes Gestalten
6. Sprachliches Interagieren

Hier soll nicht beschrieben werden, welchen phänomenologischen Wert diese medialen Bereiche grundsätzlich für das Kind haben. Beispielhaft wird an den beiden Bereichen „Regelspiel“ und „Konstruktionsspiel“ die „Interaktionsresonanz“ beschrieben. Diese beiden Bereiche habe ich deshalb gewählt, weil die freie Interaktion weniger Beachtung findet als z. B. beim „Rollenspiel“. Dies ist ein Grund dafür, dass diesen medialen Bereichen allgemein weniger „therapeutischer Wert“ zugetraut wird. (Das sind beispielsweise jene Spiele, wo Eltern sagen: „Schnapsen kann ich mit meinem Kind auch, dafür soll ich noch zahlen.“ Es fällt vielen Therapeutinnen schwer, dazu zu stehen, dass sie mit den Kindern spielen.) Bei der Beschreibung der Interaktionsresonanz handelt es sich um eine ganzheitlichere Umschreibung als bei den sonst verwendeten Kon-

strukturen, wie Affektabstimmung, Feinfühligkeit usw. Dieses Konstrukt ist eine Erweiterung der klientenzentrierten Grundkategorie Empathie. Es geht nicht nur um die Vermittlung der Empathie, sondern es hat viel mit dem "Authentisch-Sein" zu tun. Die Therapeutin reagiert handelnd und beziehungsorientiert auf das Handeln des Kindes, indem sie sich als präzente Person zu Verfügung stellt.

Beispiel 1: Das Regelspiel

Wenn ein Kind in der Therapiestunde ein Regelspiel wählt, kommt es zu einer ganzen Reihe von Interaktionsmöglichkeiten: Ausschauen des Spieles, Aufbauen, regelkonforme Spielzüge, Regelübertretungen, Gefühle bei Sieg oder Niederlage, usw. Die meisten Kinder übertreten einmal die Regeln. Das geschieht entweder möglichst unbemerkt oder lautstark formuliert. Der pädagogische Umgang besteht meist darin, auf die Einhaltung der Regeln zu pochen. Nicht-direktive Therapeuten im strengen Sinn nach Axline würden gewähren lassen und mögliche emotionale und gedankliche Prozesse des Kindes verbalisieren. Die größeren therapeutischen Möglichkeiten liegen jedoch auf der Handlungsebene.

Beispiel: Lukas wird beim Memory ungeduldig. Er hebt nicht nur eine Karte auf, sondern drei hintereinander. Ich reagiere, indem ich es ihm gleich mache. Es entsteht eine Diskussion und wir müssen in Verhandlungen treten. Lukas' Mogeln erzeugt bei mir eine Resonanz auf der Handlungsebene. Das Kind handelt interaktiv auf meine Person hin gerichtet und spürt mich in meinem ganzen handelnden Person-Sein. Meine Resonanz bezieht sich auf die Beziehung, und es kommt zu einem fairen Aushandeln. Somit kann das Regelspiel zu einer hoch interaktiven Beziehungsentfaltung und -klärung werden.

Die Interaktionsresonanz erfolgt hier entweder auf Basis der Akzeptanz oder auf der der Authentizität. Entweder ich akzeptiere die Spielhandlung des Kindes. In dem Fall begrüße ich die Regelveränderung eher mit Freude über die Kreativität und nicht mit Untertönen wie gönnerhaft, tadelnd usw., oder ich bin als Mitspieler mit gleichen Rechten präsent.

„Das Selbst des Kindes entfaltet sich in der Spielhandlung. Mehr als verbale Anerkennung und Akzeptanz hilft es der Selbstentfaltung, wenn das Kind durch Interaktionsresonanz spürt, dass die Spielhandlungen Resonanz erfahren: Die Therapeutenperson anerkennt und erlaubt durch ihr Handeln, indem sie alles aufnimmt, was das Kind tut, ihm aber nichts vorgibt, also nicht vor das Kind gerät. In frühen Phasen der Therapie kann es sinnvoll sein, dass die Therapeutenperson das Kind gewinnen und mogeln lässt. Das Kind muss sich so nähren, es kann dies noch nicht auf reifere Weise. Später benötigt es eine andere Therapeutenperson, eine voll präzente Person, die sich nicht übervorteilen lässt, das Kind nicht mehr einfach gewinnen lässt, sondern die greifbar und konkret als ganze Person da ist.“ (Behr 1996, 57)

Beispiel 2: Das Konstruktionspiel

Wenn Kinder in der Therapiesituation zu Konstruktionsmaterial greifen, stellt sich immer die Frage, ob und in welcher Form die Therapeutin mittun soll. Nicht-direktives Verhalten würde bedeuten, dass sie selbstverständlich ohne explizite Einladung nicht mitmachen soll. Behr schlägt vor, in einer Anfangsphase unspezifisch mit den Bausteinen zu hantieren. Blicke, Art des Bauens, Äusserungen des Kindes machen deutlich, ob und in welcher Form das Kind beim Bauen Kontakt haben möchte. Zu Beginn einer Therapie und bei schweren Störungen geht es immer darum, dem Kind Raum zu bieten, um dem Inneren eine äußere Form geben zu können. Auf der Handlungsebene bin ich nur "Zuträgerin".

Beispiel: Rosa (7), baut seit einigen Sitzungen mit KAPLA einen Turm, der so hoch ist, dass sie auf einen Sessel steigen muss, um das obere Ende zu erreichen. Sie bittet um meine Hilfe, die so aussieht, dass ich ihr die Bausteine reiche – was bedeutet, dass ich mich bücken muss um die Bausteine aufzuheben und ihr zu reichen. In dieser Sitzung beginne ich selbst einen Turm zu bauen. Es entwickelt sich ein lustvolles und turbulentes Um-die-Wette-Bauen.

Zuerst ging es darum, Rosa bei ihrem Spiel zu begleiten, ihr Raum und Hilfe zu geben. Bald konnte ich wahrnehmen, dass das "Hilfe-Geben" und in Folge "Hilfsarbeiten machen" in den Mittelpunkt des Geschehens rückten. Der Beziehungsaspekt bzw. die Beziehungserfahrung gewann an Bedeutung. Meine Interaktionsresonanz darauf, nämlich dasselbe wie sie zu tun, hat offenbar das Beziehungsthema getroffen. Es ging um Konkurrenz, die wir sehr lustvoll, in späterer Folge auch verbal (wer baut den größeren Turm?) austragen konnten.

Das Problem des Verbalisierens in der Klientenzentrierten Kindertherapie

Der Bereich des „sprachlichen Interagierens“ ist in der Klientenzentrierten Kindertherapie von besonderer Bedeutung. Handlungsleitend für das Prinzip der Interaktionsresonanz ist das Ziel, Erfahrungen zu symbolisieren, die nur unzureichend im Selbstbild des Kindes integriert sind. Behr weist in seinem Konzept der Interaktionsresonanz der Sprache sehr spezifische Funktionen zu. Bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen habe die Symbolisierung sowohl über die Interaktionsresonanz als immer auch über sprachliche Resonanz zu erfolgen.

Ich stimme in diesem Punkt mit Behr nicht völlig überein. Aus meiner Sicht hat die sprachliche Resonanz nicht diese Bedeutung. Bei Kindern hat sprachliche Symbolisierung nicht in dem Maße wie bei Erwachsenen stattgefunden, der Zugang zur organismischen Erfahrung ist dadurch ein weitaus direkterer. Diese Tatsache ist zu nützen und nicht durch Überbewerten des sprachlichen Interagierens zu beschneiden. Die Vermittlung der Empathie durch Verbalisieren ist

zwar gängig, doch gerade in der Kindertherapie oder z. B. auch in der Klientenzentrierten Psychotherapie mit Behinderten können wir auf viele andere Möglichkeiten zurückgreifen (beispielsweise Körperkontakt, verschiedene Formen des Spiels usw.).

Das Problem des Verbalisierens in der Klientenzentrierten Kindertherapie ist immer wieder diskutiert worden, und wie beim Therapeutenelbstverständnis hat es auch hier die unterschiedlichsten Strömungen gegeben. Während bei Axline das Ziel der Gefühlsreflexion darin bestand, Einsicht zu vermitteln, und dies geschah im wesentlichen durch Verbalisieren, hat das Ehepaar Tausch (Tausch/Tausch 1976) dem Verbalisieren weniger Bedeutung beigemessen. Sie beschreiben das erlebnismäßige Mitschwingen als wichtigen Faktor empathischen Verstehens. In der weiteren Entwicklung der Klientenzentrierten Kindertherapie erfährt die Diskussion um das Verbalisieren einen erheblichen Differenzierungsprozeß.

Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Kindertherapie

Für die Klientenzentrierte Psychotherapie ist es charakteristisch, dass sie die personale Haltung und Einstellung der Therapeutin als entscheidend für den therapeutischen Prozess und seine Wirksamkeit betrachtet. Sie grenzt sich damit erheblich von jenen therapeutischen Richtungen ab, welche die Effektivität der Therapie von Raffinesse und Umfang der eingesetzten Methoden abhängig sein lässt. Tatsache ist aber, dass Therapie ein zielorientiertes Unterfangen darstellt und somit ein strukturiertes, zielorientiertes Vorgehen verlangt. Rogers selbst ist Techniken ziemlich neutral begegnet. Er sah in Techniken wie Traumarbeit, Hypnose, Suggestion und ähnlichem keinen wesentlichen therapeutischen Wert, aber eine Möglichkeit, die Grundvariablen zu kommunizieren. Insofern scheint es völlig egal zu sein, welcher Techniken wir uns bedienen, wenn wir sie als Werkzeug betrachten, um die hinreichenden und notwendigen Bedingungen zu schaffen und zu kommunizieren.

„Spieltherapie“ – Das Spiel als adäquate Kommunikationsform, nicht als Technik

Wenn wir uns damit beschäftigen, in welcher Weise wir unsere Wahrnehmung, unser emphatisch „Erspürtes“ mitteilen, so hat dies in einer angemessenen Sprache (Mittel der Kommunikation) zu geschehen. Nur so kann sich der Klient oder die Klientin verstanden fühlen. Es versteht sich von selbst, dass die Sprache der Kindertherapeutin somit eine andere ist als jene, die wir in der Erwachsenentherapie verwenden. Das Hauptkommunikationsmittel der Kinder ist das Spiel, wobei die Sprache je nach Alter und Entwicklungsstand des Kindes natürlich auch eine Rolle spielt. Somit verstehe ich das Spiel nicht als Methode oder Technik, sondern als praktische Umsetzung der Rogers'schen Therapietheorie. Der Ausdruck „Spieltherapie“ drückt also nicht aus, dass wir mit einer besonderen Technik Klientenzentrierte Psychotherapie betreiben. Wohl wissen wir

aus der Praxis, dass wir besonders in der Arbeit mit Kindern ein großes Repertoire an Material und Fertigkeiten gut brauchen können, um eine Therapiestunde befriedigend zu gestalten. Vielleicht gleichen wir damit auch das eine oder andere Mal die oben beschriebene Schwierigkeit der Kommunikation der Grundvariablen in der Kindertherapie aus. Wenn wir jedoch nicht die Technik oder das Material zum Inhalt machen, sondern sie als Werkzeug verstehen, ist das legitim. Es ist auch eine Wertschätzung des Kindes, uns mit adäquaten Hilfsmitteln in seine Welt zu begeben. Ein entsprechender Raum, entsprechendes Spielmaterial oder Grundregeln des Spiels usw. helfen uns, ein Klima zu schaffen, in dem das Kind wachsen kann – wir würden auch Erwachsenen nicht zumuten, eine Stunde lang zu stehen, sondern versuchen in unseren Räumen eine angenehme, ruhige Atmosphäre mit bequemen Sitzgelegenheiten zu schaffen. Hiermit soll deutlich gemacht werden, dass Spiel das adäquate Mittel der Beziehungsgestaltung mit dem Kind ist und nicht als Technik in der Kindertherapie zu verstehen ist. Ich schlage daher vor, nicht von „Spieltherapie“ sondern von Klientenzentrierter Kindertherapie zu sprechen.

Resümee

Die Klientenzentrierte Kindertherapie ist lange Zeit in der Fachdiskussion sehr vernachlässigt worden. Bis auf Klassiker wie Axline, Tausch, Goetze & Jaede hat es kaum theoretische Auseinandersetzungen mit dem Thema gegeben. In den Siebzigerjahren hat Schmidtchen einen sehr behavioralen Ansatz akribisch genau dokumentiert. Erst im letzten Jahrzehnt gibt es eine umfassendere Auseinandersetzung im deutschen Sprachraum. Das ist erstaunlich, denn der Ansatz eignet sich ganz besonders gut für die Arbeit mit Kindern und Eltern, wie ich in meinen Hypothesen darstelle.

Wie beschrieben, ist in der Kindertherapie eine besondere Qualifikation notwendig, um mit dieser sehr speziellen und äußerst komplexen Situation zurecht zu kommen. Dazu gehört eine klares Bild von Persönlichkeit und deren Entwicklung, genauso wie Klarheit darüber, wie Beziehung entsteht und welche Rolle sie in der Therapie hat. Nur diese Sicherheit und Klarheit schützt uns davor unsicher zu werden, wenn wir mit den Kindern „nur spielen“ und dabei auch noch Spaß haben. Diese Stabilität bekommen wir in erster Linie durch die methodenspezifische Aus- und Fortbildung. Natürlich ist die Auseinandersetzung mit anderen Ansätzen und Methoden, mit anderen Entwicklungstheorien und Therapie- und Beziehungstheorien dann besonders wertvoll, wenn es zu einer Überprüfung oder auch Bestätigung des Eigenen kommt. Hier gibt es dann auch eine Menge voneinander zu lernen. Die Grundvoraussetzung dafür ist aber die Stabilität in der eigenen therapeutischen Identität. In diesem Sinne wäre eine weitere Diskussion und Auseinandersetzung innerhalb des Klientenzentrierten Ansatzes über die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen wünschenswert.

Literatur:

Axline, Virginia (1997), Play therapy. The inner dynamics of childhood, Boston (Houghton Mifflin) 1947; dt.: Kinderspieltherapie im nicht-direktiven Verfahren, München (Reinhardt) 1997

Axline, Virginia (1980), Dibs. In search of self, (Pelican) 177; dt.: Dibs. Die wunderbare Entfaltung eines menschlichen Wesens, Bern (Scherz) 1980

Beckmann-Herfurth, Erika (1996), Die Person des Therapeuten. Ihre Bedeutung in der personenzentrierten Kindertherapie, in: Boeck-Singelmann Claudia / Ehlers, Beate / Hensel, Thomas / Kemper, Franz / Monden-Engelhardt, Christiane (Hg.), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen und Konzepte, Göttingen (Hogrefe) 1996, 195-217

Behr, Michael (1989), Wesensgrundlagen einer an der Person des Kindes und der Person des Pädagogen orientierten Erziehung, in: Behr, Michael / Petermann, Franz u. a. (Hg.), Jahrbuch für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, 1, 1989, 152- 158

Behr, Michael (1996), Therapie als Erleben der Beziehung, in: Boeck-Singelmann Claudia / Ehlers, Beate / Hensel, Thomas / Kemper, Franz / Monden-Engelhardt, Christiane (Hg.), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen und Konzepte, Göttingen (Hogrefe) 1996, 41-69

Biermann-Ratjen, Eva-Maria / Eckert, Jochen / Schwartz, Hans-Joachim (1997), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch verstehen, Stuttgart (Kohlhammer) 1979, 1997 (überarb. Aufl.)

Boeck-Singelmann Claudia / Ehlers, Beate / Hensel, Thomas / Kemper, Franz / Monden-Engelhardt, Christiane (1996) (Hg.), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen und Konzepte, Göttingen (Hogrefe) 1996

Goetze, Herbert / Jaede, Wolfgang (1984), Die nicht-direktive Spieltherapie. Eine wirksame Methode zur Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen, München (Kindler) 1974, Frankfurt / M. (Fischer) 1984

Hensel, Thomas (1996), Verbalisieren als empathisches Verstehen in der personenzentrierten Kinderpsychotherapie, in: Boeck-Singelmann, Claudia / Ehlers, Beate / Hensel, Thomas / Kemper, Franz / Monden-Engelhardt, Christiane (Hg.), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd 1: Grundlagen und Konzepte, Göttingen (Hogrefe) 1996, 217-243

Keil, Wolfgang W. (1994), Rogers' Persönlichkeitstheorie. Skriptum zum Theorieseminar im Rahmen der ÖGwG-Ausbildung 1994

Keil, Wolfgang W. (1998), Der Stellenwert von Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Psychotherapie, in: Person 1 (1998) 32-35

Keil, Wolfgang W. (o. J.), Klientenzentrierte Therapie-Theorie. Skriptum zum Kompaktseminar 2 der ÖGwG

Mogel, Hans (1996), Spiel – ein fundamentales Lebenssystem des Kindes, in: Boeck-Singelmann, Claudia / Ehlers, Beate / Hensel, Thomas / Kemper, Franz / Monden-Engelhardt, Christiane (Hg.), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd 1: Grundlagen und Konzepte, Göttingen (Hogrefe) 1996, 179-191

Rogers, Carl R. (1942a), Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice, Boston (Houghton Mifflin) 1942; dt.: Die nicht-direktive Beratung. München (Kindler) 1972

Rogers, Carl R. (1959a), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (Ed.), Psychology. A study of science, Vol. III, New York (McGraw Hill) 1959, 184-256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987

Rogers, Carl R. (1961a), On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy, Boston (Houghton Mifflin) 1961; dt.: Entwicklung der Persönlichkeit, Stuttgart (Klett) 1973

Sauer, Joachim (1997), Zur Bedeutung der Diagnostik in der klientenzentrierten Psychotherapie, in: Psychotherapeut 3 (1996), 362-368

Schmidtchen, Stefan (1991), Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie, Weinheim (Psychologie Verlags Union) 1991

Stern, Daniel N. (1993), Die Lebenserfahrung des Säuglings, Stuttgart (Klett-Cotta) 1993

Tausch, Reinhard / Tausch, Anne-Marie (1976), Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Göttingen (Hogrefe) 1976

Van Balen, Richard (1992), Die therapeutische Beziehung bei C. Rogers, in: Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie 1992, Bd. 3, Salzburg (Otto Müller) 1992, 162-165

Biografie:

*Brigitte Pelinka, geb. 1957, seit 1990 Klientenzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis.
Arbeitsschwerpunkte: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Erziehungsberatung, supervisorische Tätigkeit im Bereich der Kindergartenpädagogik und Schule.*

Korrespondenzadresse:

*Brigitte Pelinka
A-1080 Wien
Josefstädter Strasse 21/9
E-Mail: brigitte.pelinka@eunet.at*

Christine Wakolbinger

Der Therapieprozess in der Personzentrierten Kindertherapie

Zusammenfassung: *In diesem Aufsatz hält die Autorin den Therapieverlauf einer Personzentrierten Kindertherapie in ihren wesentlichen Schritten fest. Der Schwerpunkt wird dabei auf die sich laufend verändernde Beziehung zwischen Kind und Therapeutin gelegt. Weiters werden charakteristische Merkmale der einzelnen Therapiephasen anhand konkreter Beispiele herausgearbeitet.*

Stichwörter: *Personzentrierte Kindertherapie, Spieltherapie, therapeutische Beziehung, Therapiephasen*

Einleitung

In der Theorieentwicklung zur Klientenzentrierten Psychotherapie wurden von Rogers schon recht bald die Therapieprinzipien auch auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ausgedehnt (vgl. Rogers 1942a; 1951a).

Virginia Axline, eine Vorreiterin auf diesem Gebiet, schrieb in ihrem Standardwerk zur Kinder-Spieltherapie 1947: „Die Spieltherapie geht davon aus, dass das Spiel ein natürliches Mittel zur Selbstdarstellung der Kinder ist. Sie gibt dem Kind die Gelegenheit, seine Gefühle und Konflikte ‚auszuspielen‘ – genauso wie der Erwachsene sich in bestimmten Arten von Therapie über seine Schwierigkeiten ausspricht“ (Axline 1990, 14).

Unter den therapeutisch günstigen Bedingungen kommt es dabei beim Kind zu Wachstums- und Reifungsprozessen. „Da das Spiel das natürliche Medium für seine Selbstdarstellung ist, wird dem Kind die Möglichkeit geboten, angesammelte Gefühle von Spannungen, Frustration, Unsicherheit, Angst, Aggression und Verwirrung ‚auszuspielen‘. Dadurch gelangen Emotionen an die Oberfläche: das Kind stellt sich ihnen, lernt sie beherrschen oder aufgeben. Ist eine psychische Druckentlastung erreicht, beginnt es, seine Fähigkeit zu entdecken, eine eigenständige Persönlichkeit zu sein, selber zu denken, zu entscheiden und zu reifen und dadurch sich selbst zu verwirklichen.“ (Axline 1990, 20)

Wie nun diese Reifungsprozesse vor sich gehen bzw. was eigentlich Heilsames in einer Personzentrierten Kindertherapie geschieht, soll im Folgenden genauer betrachtet werden.

1. Grundsätzliches zum Therapieprozess

Axline nannte bereits 1947 die therapeutische Beziehung als heilsames Agens in der Therapie. Neben einem tiefen Vertrauen der Therapeutin in die Fähigkeit zur Selbstentwicklung eines jeden Kindes nennt sie die Beziehung als entscheidenden Faktor. „Während der Spieltherapie bildet sich zwischen dem Therapeuten und dem Kind eine Beziehung, die es dem Kind möglich macht, dem Therapeuten sein eigentliches Selbst zu zeigen. Ist dieses Selbst vom Therapeuten angenommen, und hat das Kind auf diese Weise etwas an Selbstvertrauen gewonnen, kann es die Grenzen für die Darstellung seiner Persönlichkeit weiter stecken.“ (Axline 1990, 28)

Untersucht man die aktuelle Literatur zur Personzentrierten Kindertherapie, so findet man immer wieder deutliche Hinweise darauf, dass die entscheidende Wirkvariable des therapeutischen Prozesses die Beziehung zwischen Therapeutin und Kind ist (vgl. auch Dauner/Fröhlich-Gildhoff 1995).

Götze (1981) meinte in seinem Aufsatz zur Personenzentrierten Spieltherapie: „Jede personale Beziehung wird mit unterschiedlicher Geschwindigkeit die Stadien ‚nichtdirektiv‘, ‚klientenzentriert‘, ‚personbezogen‘ durchlaufen. Das Ziel der Spieltherapie ist also in jedem Falle, möglichst schnell eine personenbezogene Beziehung zwischen den Beteiligten aufzubauen, eine Beziehung, die durch Partnerschaftlichkeit, gegenseitige Achtung, soziale Reversibilität im Sprechen und Handeln, wechselseitige Hilfe und Anteilnahme, Offenheit und Aufrichtigkeit gekennzeichnet ist.“ (Götze 1981, 42)

Dabei steht das Selbst des Klienten im Mittelpunkt, „das sich über die sich entwickelnde Beziehung zwischen Therapeut und Klient

und die sich entwickelnde Beziehung des Klienten zu sich selbst neu organisiert“ (Stumm 1992, 241).

Rogers sah den Therapieprozess als fließenden Prozess, auch wenn er versuchte, ihn in Stufen oder Phasen einzuteilen und Gesetzmäßigkeiten im Prozess darzustellen.

Gerade in der Kindertherapie ist solch ein Prozessgeschehen auch deutlich erlebbar, wobei im Kind ein Wachstums- und Reifungsprozess in Gang kommt, der es ihm schlussendlich ermöglicht, mit sich selbst in personenzentrierter Art und Weise umzugehen.

In der Theorie der Personzentrierten Kindertherapie wird nun davon ausgegangen, dass die Symptome und Verhaltensweisen eines Kindes, so unmöglich und unangemessen sie uns auch erscheinen mögen, den individuellen Versuch des Kindes darstellen, sein Problem zu lösen. Als Therapeutin verstehe ich diese Auffälligkeiten als die im Moment bestmögliche Antwort des Kindes auf eine bestimmte Lebenssituation vor dem Hintergrund dessen, was das Kind bisher erlebt hat. Ich spüre und merke daran, wie das Kind in Interaktion mit mir tritt, welche Fähigkeiten zu denken, zu handeln, zu fühlen es bisher entwickeln konnte.

In der therapeutischen Situation zeigen die Kinder deutlich, in welcher Entwicklungsphase sie in ihrem psychischen Wachstumsprozess unterbrochen wurden und sich eine starre Selbststruktur gebildet hat. Sie nehmen eine Beziehung zur Therapeutin auf, die genau jener entspricht, die sie zu ihren Bezugspersonen bzw. zu sich selbst haben und die zu den immer wieder gleichen Schwierigkeiten führt. So paradox es klingen mag, aber diese Art der Beziehungsaufnahme stellt den (oft verzweifelten) Versuch des Kindes dar, sein Problem, sein Defizit zu lösen, weiter zu reifen, indem es mit seinem Problemverhalten immer wieder darauf hinweist, dass es hier Schwierigkeiten hat.

Es lohnt sich, genauer hinzuspüren, was die Botschaft mir sagen will. Lange anhaltende Symptome sind immer eine Folge von Einschränkungen in der Entwicklung des Selbst, sind Zeichen der Inkongruenz, wenn wichtige Gefühle, Bedeutungen nicht gelebt werden können.

Das Kind wählt die bestmögliche Ausdrucksform für sich selbst, z. B. indem es auf unerträgliche Lebensumstände oder Missbrauchserfahrungen mit psychotischen Zuständen reagiert und sich so dadurch auch schützt. Es entwickelt eine charakteristische Form der Abwehr, und die ursprüngliche Verletzung wird nicht mehr gespürt. Diese Abwehr ermöglicht es dem Kind auch, in die nächste Entwicklungsphase einzutreten. Es versucht so auf seine Weise, mit den Problemen und Schwierigkeiten in seinem Leben zurechtzukommen.

Im Therapieprozess nehmen personenzentrierte Therapeutinnen das Kind so an, wie es sich im Augenblick präsentiert, wobei meistens eine der drei Basisvariablen von Rogers besonders gefordert ist. Das Kind zeigt eine für sich selbst charakteristische Form seiner Bedürftigkeit, die Therapeutin antwortet darauf besonders empathisch, wertschätzend oder kongruent.

Biermann-Ratjen (1993) hat in ihrem Modell der personenzentrierten Entwicklungspsychologie postuliert, dass in bestimmten Entwicklungsphasen des Kindes ganz bestimmte Anforderungen an die Bezugspersonen gestellt werden. So ist in den ersten sechs Lebensmonaten das Angenommenwerden, die uneingeschränkte Wertschätzung von besonderer Bedeutung, bis zum dritten Lebensjahr das Richtig-verstanden-Werden und danach ist die Kongruenz bzw. Inkongruenz der wichtigen Bezugspersonen der wichtigste Faktor für die kindliche Selbstentwicklung. „Wir gehen also davon aus, dass bei der Selbstentwicklung zu zunehmender Differenziertheit zunächst ‚positive regard‘ ganz allgemein und elementar eine Voraussetzung für die Entwicklung und Aufrechterhaltung des psychischen Lebens darstellt; dass bei der Integration von selbstreflexiver Erfahrung in das Selbstkonzept die Identifizierungen des kindlichen Erlebens durch wichtige Andere eine große Bedeutung haben und dass bei der Entwicklung der individuellen Identität des Kindes – in der Unterscheidung von anderen z. B. – an Bedingungen geknüpfte Wertschätzung vor allem unbewußter Art durch die bedeutungsvollen Anderen Art und Ausmaß der Selbstentwicklung sehr stark beeinflussen.“ (Biermann-Ratjen 1993, 86)

Wenn das Kind nun zur Therapie kommt, gibt es Bereiche in seinem psychischen Erleben, die voll sind von Inkongruenzen, wo eine Weiterentwicklung nicht stattgefunden hat. Dazu kommen andere Bereiche, in denen das Kind kongruente Erfahrungen gemacht hat und in seiner psychischen Entwicklung fortgeschritten ist. Mit seinem auffälligen Verhalten nimmt es zur Therapeutin genau jene Art der Beziehung auf, die immer wieder zum Scheitern, zum Nicht-angenommen-Werden, zum Steckenbleiben im Prozess der Selbstentwicklung geführt hat und führt. Es zeigt seine charakteristische Form der Abwehr.

Indem nun die Therapeutin nicht wie die anderen Bezugspersonen oder das Kind selbst reagiert, sondern versucht, das Kind so anzunehmen, wie es ist, es zu verstehen und eine transparente Auseinandersetzung mit ihm zu fördern, ermöglicht sie dem Kind, ganz neue Beziehungserfahrungen zu machen. Damit werden steckengebliebene Entwicklungsprozesse wieder in Gang gebracht und es kommt zu einer „Bearbeitung von Beziehungsstörungen in und mittels einer aktuellen Beziehung“ (Pfeiffer 1993, 29).

Ein gutes Beispiel dafür ist der 8-jährige Stefan, dem ich in den Therapiestunden stundenlang Bilderbücher vorlas. Stefan nuckelte dabei am Schnuller und ließ sich von mir im Arm wiegen. Im Elterngespräch erfuhr ich später, dass Stefan in der Schule nach einigen Wochen sein mutistisches Verhalten aufgeben konnte und seine Außenseiterposition in der Klassengemeinschaft eine Verbesserung erfahren hatte, obwohl wir in unseren Stunden nie über die Schule gesprochen hatten.

Kinder provozieren oft Gefühle und Reaktionen der Therapeutin, die ihnen vertraut sind. So ist bei misshandelten Kindern immer wieder zu beobachten, dass sie die Therapeutin mit aggressivem Ver-

halten wie Schlagen, Beißen, Treten, etc. provozieren, damit sie sie ebenfalls schlägt. Oberflächlich gesehen scheint es so, als ob sie damit die ihnen vertraute Bestrafung hervorrufen wollten. Hier ist zuallererst die Empathie der Therapeutin gefragt, sie muss verstehen, dass hinter diesem Verhalten der tieferliegende dringende Wunsch steht, sich in der therapeutischen Situation sicherer zu fühlen, da gerade misshandelte Kinder das freundliche Therapeutenverhalten auch als bedrohlich und ängstigend empfinden, weil sie oftmals Vertraulichkeit in der Beziehung mit Bedrohung gleichsetzen. Weiters muss dem Kind trotz seines Verhaltens Wertschätzung entgegengebracht werden, und zu allerletzt darf die Therapeutin sich nicht zu (versteckt) aggressiven Handlungen herausfordern lassen. Hier wird die Therapeutin als ganze Person gefordert, sie kann sich nicht hinter einer therapeutischen Rolle verstecken.

Wenn man dem Entwicklungsmodell von Biermann-Ratjen folgt, so kann das Kind in jeder Phase der Selbstentwicklung spezifische Inkongruenzen entwickeln. Es bleibt im Wachstumsprozess stecken, Abwehrprozesse finden statt, es wird auffällig, verhält sich „nicht altersentsprechend“. Es bleibt in seinem ungelösten Lebensthema und seinem dazugehörigen Kompensationsmuster haften.

In der personenzentrierten Kindertherapie ist es daher wichtig, das Kind genauso anzunehmen, wie es sich im Augenblick präsentiert und sich als ganze Person auf diese ganz spezielle Beziehung zum Kind einzulassen. Die Therapeutin hat dabei großes Vertrauen in die Selbstbestimmtheit und das Potential des Kindes.

Therapieverlauf an Hand eines Beispiels

Im Folgenden soll nun versucht werden, an Hand eines konkreten Therapieverlaufes mit einem achtjährigen Buben die einzelnen Phasen und Stadien einer Personenzentrierten Kindertherapie zu beschreiben, um so die theoretischen Inhalte auch anschaulich zu gestalten. Dabei wurden einige Daten soweit verändert, dass die Anonymität der Betroffenen gewahrt bleibt.

In der Einteilung des Therapieprozesses in drei Phasen folge ich dem Modell von Mearns und Thorne (1988). Sie unterscheiden Beginn, Mittel- und Endphase im therapeutischen Prozess.

Alfred ist 7,4 Jahre alt, als seine Mutter mit ihm in die Praxis kommt. Er kotet seit 6 Monaten fast täglich ein, allerdings nur zuhause. In einem einwöchigen Krankenhausaufenthalt konnten keine organischen Ursachen für die Enkopresis gefunden werden. Vom behandelnden Arzt wird der Mutter daraufhin empfohlen, mit Alfred eine Psychologin aufzusuchen.

Die Eltern von Alfred hatten sich vor 8 Monaten scheiden lassen, 2 Monate später begann Alfred einzukoten. Die Zeit vor der Trennung sei für alle Beteiligten sehr schwierig gewesen, es habe viel Streit unter den Ehepartnern gegeben. Alfreds Mutter hatte die Scheidung nach einigen außerehelichen Affären und Alkoholproblemen ihres Gatten eingereicht, als es ihr „endgültig reichte“. Sie drängte auch sehr

darauf, dass Alfreds Vater nach der Scheidung aus dem gemeinsamen Haushalt auszog. Kurz nachdem der Vater endgültig ausgezogen war, kotete Alfred zum ersten Mal ein.

Alfred hat noch einen 20-jährigen Bruder, der mit ihm bei seiner Mutter lebt. Mutter und Bruder empfinden die Trennung als große Erleichterung und sind sehr zufrieden mit ihrer jetzigen Situation.

Sorge bereiten der Mutter neben dem Einkoten auch die in letzter Zeit gehäuften Vorwürfe Alfreds, niemand hätte ihn lieb, er hätte große Angst, verlassen zu werden und wenig Selbstvertrauen.

Seit der Scheidung gibt es auch in der Schule gehäuft Probleme. Alfred besucht die 2. Klasse. Seine Lehrerin beschwert sich über Alfreds Unkonzentriertheit, er sei zu langsam, störe den Unterricht, raufe viel und folge ihr nicht.

Beginn der Therapie: Das Entstehen eines Vertrauensverhältnisses

Die erste Therapiephase beginnt mit dem Kennenlernen des Kindes, wobei die Therapeutin Kontakt mit dem Kind aufnimmt und möglichst bald einen „Draht“ zum Kind bekommen sollte. Eine ganz wichtige Grundlage für die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung ist dabei die Akzeptanz und Sympathie der Therapeutin dem Kind gegenüber.

Götze meint dazu: „Ziel ist es, das Kind so akzeptieren zu lernen, wie es sich momentan darstellt, obwohl es u. U. massive Verhaltensstörungen zeigt.“ (Götze 1981, 43)

Dabei hält sich die Therapeutin selbst eher zurück, bringt wenig von sich selbst ein, das Kind soll zuallererst seinen therapeutischen Freiraum erfahren. Götze nennt dieses Therapeutenverhalten nicht-direktiv. Dies bedeutet, dass die Therapeutin aus einer personenzentrierten Haltung heraus sich voll und ganz auf das Kind konzentriert, und sehr nahe am Erleben des Kindes bleibt. Das Kind muss ansatzweise spüren, dass es hier bei mir einen Entwicklungsraum hat, der gut und heilsam für es sein könnte.

Die Ausgangssituation einer Kindertherapie ist dabei grundlegend anders als in der Erwachsenentherapie. Das Kind fragt sich nicht, ob es in Therapie kommen möchte, sondern es wird von den Eltern geschickt. Das Kind kommt auch nicht von sich aus zur Therapie, es hat keinen Wunsch zur Veränderung, seine Probleme werden von ihm auch nicht als solche erkannt.

In der Erwachsenentherapie übernimmt der Klient die Verantwortung für sein Kommen, auch die Verantwortung für seine Problemlösung liegt bei ihm. In der Kindertherapie ist einerseits manchmal intensive Elternarbeit erforderlich, andererseits ist es unbedingt notwendig, dass das Kind auch eigenmotiviert wird, es gerne zur Therapie kommt. Es muss also in relativ kurzer Zeit eine Übereinkunft, ein Arbeitsbündnis mit dem Kind entstehen.

Alfred ist für sein Alter sehr groß und kräftig gebaut. Er wirkt neugierig und etwas verlegen, als ich ihn begrüße. Bald nach Beginn des Gesprächs klettert er auf den Schoß seiner Mutter und beginnt, mit ihr zu schmuse, und später, ihr die Bluse aufzuknöpfen und sich anzukuscheln. Wenn ich ihn direkt anspreche, überlegt Alfred lange, seine Antworten sind durcheinander und schwer verständlich. Er wirkt in dieser Situation auf mich wie ein kleines Kind, das die unbedingte Zuwendung seiner Mutter sucht und dabei nicht gestört werden möchte.

Als wir zum Thema Schule kommen, ändert sich das Verhalten Alfreds. Er geht nicht gerne in die Schule, fühlt sich von der Lehrerin ungerecht behandelt und ist sehr enttäuscht über seine schlechten Noten im Jahreszeugnis. Mir fällt auf, dass Alfred sich neben seine Mutter setzt, als er von der Schule erzählt. Er spricht nun auch völlig klar und deutlich, und ich habe seit unserer Begrüßung zum ersten Mal das Gefühl, zu ihm einen direkten Kontakt zu haben.

Später, als ich Alfred nach seinem Vater frage, setzt er sich auf einen eigenen Sessel. Stolz erzählt er, dass sein Vater Feuerwehrmann ist. Alfred besucht seinen Vater sehr gerne, er ruft ihn oft an, aber der Vater hat nur wenig Zeit für ihn, worüber Alfred sehr traurig ist. Seit der Scheidung sieht er ihn nur unregelmäßig, da das Besuchsrecht nicht eindeutig geregelt wurde.

Ich habe den Eindruck, dass Alfred sehr unter der Trennung von seinem Vater leidet, aber in seiner Familie wenig Platz für seine Trauer darüber ist. Mutter und Bruder sind zufrieden mit der jetzigen Situation; der Vater ist froh, dass er ausgezogen ist und lebt nun sein eigenes Leben, wo wenig Zeit für Alfred bleibt. Alfred vermisst den Vater sehr und wünscht ihn sich zurück.

Ich glaube, dass Alfred eigentlich sehr wütend über die Trennung seiner Eltern sein müsste und eventuell auch seine Mutter dafür verantwortlich machen könnte, da sie ja die Scheidung eingereicht hatte und Alfred miterlebt hat, wie sie darauf drängte, dass der Vater auszieht. Als Alfred von der Trennung von seinem Vater erzählt, sind jedoch Gefühle von Wut oder Zorn nicht spürbar, nur große Traurigkeit. Es scheint Alfred unmöglich zu sein, diese Gefühle zu spüren bzw. zu zeigen.

Die Beziehung zwischen Alfred und seiner Mutter ist sehr eng, und die Mutter schätzt am meisten seine Anhänglichkeit und Liebesbedürftigkeit. Wenn er ihr offen seine Wut und seinen Zorn zeigen würde, müsste er befürchten, seine Mutter zu verletzen und eventuell auch noch zu verlieren, so wie seinen Vater. Dies löst sicherlich große Ängste aus. Ich glaube, dass Alfred sich selbst wütende oder zornige Gefühle über die Trennung bzw. auf beide Elternteile nicht eingestehen kann. Ich vermute es deshalb, weil einerseits die Angst zu groß ist, auch von der Mutter verlassen zu werden, aber auch, weil Alfred zumindest zu seiner Mutter eine so enge Beziehung hat, dass aggressive Gefühle keinen Platz haben. So bekämpft er seine aufkeimende Wut mit noch anhänglicherem Verhalten und noch größerer Liebesbedürftigkeit, vielleicht auch aus der Angst heraus, seine Mutter würde dahinterkommen, dass er so zornig auf sie ist bzw. auch aus daraus resultierenden Schuldgefühlen.

Alfred ist Mamas Schmusekind, anhänglich, lieb und eher klein-kindhaft. Da passen aggressive Gefühle gar nicht dazu. Nur Traurigkeit und das Gefühl, dass niemand ihn wirklich lieb hat, kann Alfred empfinden. Da aber seine Gefühle von Wut und Enttäuschung so stark sind, dass sie einen Ausdruck brauchen, kotet Alfred ein, um zu zeigen, wie „beschissen“ es ihm geht. Da er nur zuhause und nie in der Schule einkotet, vermute ich, dass dieser Ausdruck seiner Gefühlswelt speziell gegen die Mutter bzw. die häusliche Situation gerichtet ist.

Alfred dürfte unbewusst sehr mit diesen Gefühlen beschäftigt sein, so lässt sich auch die Langsamkeit und Auffälligkeit in der Schule erklären.

Ich vereinbare eine wöchentlich stattfindende Spieltherapie mit Alfred, die insgesamt 24 Stunden dauert, und begleitende Gespräche mit der Mutter in größeren Abständen. Insgesamt fanden drei Gespräche statt.

Von Vorteil ist, dass kleinere Kinder es durchaus gewohnt sind, dass die Eltern bestimmen, was es tut oder wohin es gehen soll, z. B. in die Schule, zum Turnunterricht, etc. Aus Sicht der Therapeutin ist es wichtig, dem Kind klar zu sagen, wozu man da ist. Einer meiner Standardsätze zur Erklärung meiner Aufgabe ist: „Ich rede mit Kindern über ihre Gefühle und Probleme oder ich spiele mit ihnen, wenn sie Lust dazu haben.“ Gerade mit älteren Kindern klar zu besprechen, warum sie hier sind, ist wichtig. Eine Aufklärung über Rahmenbedingungen, Zeitstruktur und die Schweigepflicht sind erste Gesprächspunkte, die dem Kind etwas an Sicherheit in der Beziehung zur Therapeutin geben.

Barrett-Lennard (1990) meint, dass die Anerkennung der eigenen Verantwortung für den Therapieverlauf entscheidend ist. Bei Kindern sagt die personzentrierte Therapeutin zu Beginn oft Folgendes in vielleicht abgeänderter Weise: „Du bestimmst, was wir hier in dieser Stunde gemeinsam tun, es gibt nur einige wenige Regeln. Es ist deine Stunde.“ Dies ist eine oft völlig neue Situation für das Kind, und manchmal haben die Kinder ein Problem mit dieser Freiheit, dann ist mehr Struktur seitens der Therapeutin notwendig. Meistens jedoch wird nach anfänglichem Zögern ausprobiert und getestet, ob es auch wirklich stimmt, was die Therapeutin versprochen hat.

Manchmal haben Kinder einen starken Leidensdruck, zum Beispiel wenn sie einnässen oder einkoten und deshalb von anderen Kindern ausgespottet werden. Hier gelingt es meist leicht, in die Therapie einzusteigen. Oft aber ist es so, dass die Kinder misstrauisch sind, unwillig, verschlossen und böse, weil sie wieder einmal zu einem „Doktor“ geschleppt wurden. Sie stellen zwar ein ständiges Ärgernis für Eltern und Lehrer dar, haben selbst jedoch keinen Leidensdruck wegen ihres sogenannten „auffälligen Verhaltens“.

Auf jeden Fall muss es in den allerersten Stunden gelingen, ein Arbeitsbündnis herzustellen, oder die Kinder verweigern die Therapie. Hier sind sie oftmals viel ehrlicher und direkter als erwachsene Klienten.

Wie gelingt es nun, eine Beziehung zum Kind herzustellen, was geschieht genau, damit ein Kind im Therapiezimmer beginnen kann, Vertrauen zu fassen, etwas von seinen Gefühlen zu zeigen, um später Zugang zu seinen Verletzungen zu finden, zu seinen falschen Symbolisierungen und Inkongruenzen?

Im Unterschied zur Erwachsenentherapie ist die Therapie mit Kindern viel mehr durch Handlungen als durch Worte definiert. Das Interesse und die Zuneigung der Therapeutin wird ebenfalls eher durch ihre Handlungen deutlich. Die Therapeutin akzeptiert alle Äußerungen und Handlungen des Kindes, es gibt nur sehr wenige Regeln, wodurch das Kind lernt, dass im Therapiezimmer gestattet und akzeptiert wird, was normalerweise "draußen" untersagt ist. Die Therapeutin wird alles ernst nehmen und darauf reagieren, was auch immer vom Kind kommt, z. B. wenn es nicht mit ins Therapiezimmer will, die Mutter dabei haben will, das Spielen verweigert.

Mearns und Thorne (1988) erwähnen in diesem Zusammenhang für den Therapiebeginn die Gegenwärtigkeit des Therapeuten: er ist zuverlässig da und wehrt so wenig wie möglich vom Klienten ab. So kann vom Kind langsam mehr und mehr Vertrauen in der Beziehung entwickelt werden.

Alfred nimmt von der ersten Therapiestunde an eine sehr intensive Beziehung zu mir auf. Anfänglich ist es ihm sehr wichtig, alles ganz genau nach Vorlage zu spielen, er korrigiert mich oft im Spiel und ist sehr unzufrieden, wenn ich nicht genau das tue, was er sich von mir wünscht. Er hat wenig Freude am Spiel, es geht ihm eher um Ordnung und Genauigkeit. Er räumt alles sofort wieder ordentlich weg. Manchmal bittet er mich sehr verschämt um Hilfe, wenn ihm etwas nicht gelingt.

Ich habe den Eindruck, dass es Alfred sehr wichtig ist, alles richtig zu machen und im Spiel gut zu sein. Er möchte zwar unbedingt, dass ich auch gut spiele und droht mir Strafen an, wenn ich nicht gut genug bin, gleichzeitig hält er es aber nicht aus, wenn ich auch einmal ein Spiel gewinne. Ich werde dann sofort bestraft oder Alfred sucht sich ein anderes Spiel aus. Später erfahre ich von Alfred, dass er viele ältere Freunde hat, die sich oft über ihn lustig machen, wenn er nicht mithalten kann, und von seinem großen Bruder, der vom Vater bevorzugt wird, weil er schon älter und vertrauenswürdig ist.

Am Ende der ersten Stunden läuft Alfred hinaus und begrüßt seine Mutter überschwenglich. Er geht des Öfteren während der Stunde hinaus, um nachzusehen, ob es der Mutter gut geht und ihr nicht langweilig ist.

Die Therapeutin muss das Kind annehmen können, so wie es sich im Moment präsentiert. Für das Kind ist es eine oftmals ganz neue Erfahrung, nicht sofort gemäßregelt und verurteilt zu werden. Die Therapeutin ist zu Beginn nur auf das Kind gerichtet, sie wartet ab,

was kommt, und versucht, sich auf das Kind einzustellen. Sie geht auf alles ein, was kommt und nimmt alles ernst.

Die Therapeutin zeigt auch Respekt vor dem Kind, dadurch spürt es, dass es hier sein wahres Selbst zeigen kann. Dies geschieht oft durch subtile Verhaltensweisen der Therapeutin, wie z. B. in der Therapiestunde nicht zum Telefon zu gehen, die Stunden einhalten, aufräumen, fünf Minuten vor Schluss das Ende der Stunde ankündigen.

Es wird auf das Kind kein Druck ausgeübt, was und wie es in den Stunden spielen soll. Dadurch kommt es zu einer schrittweisen Entspannung des Kindes, es kann die Echtheit des therapeutischen Klimas erleben und sich langsam freier und offener ausdrücken.

Das Kind steht im Mittelpunkt, es kann über sich selbst und die Situation verfügen. Es entdeckt, dass es sich selbst entfalten darf und tun kann, was es will, es wird trotzdem angenommen. Zuerst ist das Kind misstrauisch, oft auch neugierig, es ist eine ungewohnte Situation. Dann werden erste tastende Versuche unternommen. Wenn hier die Therapeutin adäquat reagieren kann, indem sie erstens die Signale und Versuche bemerkt, sie zweitens annehmen kann und drittens dem Kind zeigt, dass sie es verstanden hat, ist ein erster wesentlicher Schritt getan.

In der zweiten Therapiestunde hat Alfred einen Streckverband am rechten Zeigefinger. Auf meine Frage, was passiert sei, erzählt er mir, dass er sich mit der Brotschneidemaschine geschnitten hat. Ich merke, dass da noch etwas ist und frage noch genauer nach. Da bricht es aus Alfred heraus, dass er doch genau wisse, wie man Brot schneidet und dass er doch nur nicht gewußt hätte, dass man beim Brotscherzschneiden den Schieber verwenden muss. So sei es ihm passiert, dass er sich geschnitten hat. Er ist ganz verzweifelt und weint beinahe, weil ihm die Mutter nun streng verboten hat, die Maschine jemals wieder anzugreifen und sie ihm nicht glaubt, dass die Verletzung nur durch Unwissenheit passiert ist.

Nachdem Alfred Verständnis und Annahme seiner Kränkung und Traurigkeit über den Vorfall gefunden hat, beruhigt er sich schnell und sucht sich ein Spiel aus.

Dieses Eingehen und Annehmen geschieht durch feine Affektabstimmungen der Therapeutin auf das kindliche Spiel und die kindlichen Gefühle. Diese Gefühle, die bisher nicht gehört wurden oder keine Resonanz gefunden haben, wurden vom Kind aufgrund seines starken Bedürfnisses nach emotionaler Zuwendung seitens der Bezugspersonen verleugnet und abgewehrt und führten so zu den Inkongruenzen.

Die Affektabstimmung ist heilsam, sie schafft Gemeinsamkeit mit dem Kind, und es kommt zu einem ersten Ausdruck seiner bislang nicht ausgedrückten Gefühle.

In diesem Zusammenhang sind Untersuchungen von Säuglingsforschern interessant, die feststellten, dass in der Interaktion zwischen Mutter und Kind feine Gefühlsabstimmungen passieren, die rhythmisch ablaufen. Da Inkongruenzen in Beziehungen entstanden

sind, also Beziehungsverletzungen darstellen, ist eine Heilung auch nur durch Beziehung möglich. In der Kindertherapie sind diese Feinabstimmungen der Therapeutin auf das Kind oftmals schön erlebbar, indem beide im Spiel aufgehen und sehr intensiv oft auch nur ganz banale Dinge gemeinsam tun. So etwa mit dem 6-jährigen Christoph, der mit mir in einer der ersten Therapiestunden immer wieder mit Begeisterung farbige Kugeln aufs Papier malte. Er entdeckte die Welt der Farben und Farbmischungen für sich und war fasziniert, welche Farben bei ihm und mir beim Auftragen herauskommen konnten. In dieser gemeinsamen Begeisterung darüber entstand zwischen uns so etwas wie eine erste Gemeinsamkeit oder Berührung.

Behr (1996) zieht in diesem Zusammenhang starke Parallelen zwischen dem Konzept der Affektabstimmung von Stern bzw. dem der Feinfühligkeit von Ainsworth und dem klientenzentrierten Konzept der Empathie. Er meint, dass diese beiden Konstrukte den Empathiebegriff „weiter auf eine nicht-sprachliche Ebene von Handlungen, Blickkontakt, Mimik, Körperberührungen, Lautmalereien, Spielverhalten, usw.“ transportieren (Behr 1996, 49).

In der vierten Stunde bringt Alfred einen Katalog mit und zeigt mir, welche Spielsachen er zuhause hat. Dann entdeckt er die Fingerfarben und wir machen Fingerabdrücke, wobei es Alfred nach anfänglichem Zögern großen Spaß macht, sich selbst und mir die Finger anzuschmieren. Er behält sich meinen Abdruck und bringt ihn stolz seiner Mutter hinaus. Später sagt Alfred zu mir: „In den ersten Stunden war ich ängstlich, aber jetzt gefällt es mir bei dir“, nimmt sich ein Spiel, bei dem Krokodile nach Kugeln schnappen, schnappt im Kampf mit mir „wie ein Verrückter“ nach den Kugeln und schreit dabei. Danach ist er körperlich erschöpft, wischt sich den Schweiß von der Stirne, wirkt aber ruhig und zufrieden.

Beim Abholen begrüßt Alfred freudig seine Mutter, sie geht aber nicht darauf ein, sondern schimpft mit ihm, weil er seinen Katalog im Therapiezimmer vergessen hat. Da wirft Alfred seiner Mutter ihre Tasche an den Kopf und läuft hinaus.

Beim Kind tauchen in der Therapiestunde langsam vage, ungelebte, nicht integrierte und unangenehme Gefühle auf, auf die die Therapeutin im Spiel und in der Interaktion adäquat reagiert. Dadurch kommt es zur Symbolisierung einer ungelebten Möglichkeit, wobei sich das Kind als Urheber seiner Handlungen empfindet. Das Beispiel von Alfred in der vierten Stunde zeigt, dass plötzlich aggressive Gefühle auftauchen, einen Raum bekommen, wobei sie später auch der Mutter gegenüber, aber noch sehr unkontrolliert und unreflektiert, zum Durchbruch kommen.

Pawlowsky (1992) bezeichnet den Therapeuten als die Wachs-tums-umgebung des Kindes. Es geschehen sehr differenzierte, feinfühlig Affektabstimmungen zwischen Klient und Therapeut, die oftmals auch auf einer nonverbalen Ebene ablaufen.

In manchen Kindertherapien wird viel gesprochen, in manchen

gar nichts und trotzdem findet im Kind ein Heilungsprozess statt. Davon ausgehend liegt der Schluss nahe, dass Veränderung auch durch nonverbale Symbolisierungsprozesse möglich ist.

Das Kind macht in der Therapie Interaktionserfahrungen, die zunächst noch nicht verbal symbolisiert werden können. Erst ist ein auf die kindlichen Inszenierungen „... abgestimmtes, in jedem Fall zugleich authentisches Verhalten der Therapeutenperson ...“ gefordert. „Gelingen solche Prozesse, so kommt es zu Symbolisierungen grundsätzlicherer Bedeutung, die in den Therapien meist einen bedeutsamen Schritt markieren. Es konnte in der Therapie Beziehung erlebt werden.“ (Behr 1996, 52)

Vor der nächsten Stunde sagt mir Alfreds Mutter, dass Alfred heute nicht gerne gekommen ist. In der Therapiestunde holt sich Alfred den Scenokasten und plagt sich sehr, mit den Bausteinen Eisenbahnschienen aufzulegen. Er ist sehr böse mit sich selbst, dass es nicht so recht klappen will und sagt mehrmals: „Aber jetzt bringe ich mich wirklich um, wenn es nicht klappt“, so verzweifelt ist er. Als er es dann doch endlich geschafft hat, soll ich der Lokführer sein, aber der Zug und das Haus gehören Alfred. Ich darf nur am Haus vorbeifahren und auf-tanken. Dann kommt ein Sturm und alles wird weggefegt. Alfred wirkt jetzt sehr zufrieden und räumt mit mir auf.

Von dieser Stunde an verhält sich Alfred seiner Mutter gegenüber anders. Er sitzt vor Therapiebeginn nicht mehr auf ihrem Schoß, geht auch während der Stunden nicht mehr hinaus und beginnt, sich bei der Eingangstüre zu verstecken und seine Mutter beim Weggehen zu erschrecken (ein beliebtes Spiel, das ich auch immer wieder bei anderen Kindern beobachte).

Barrett-Lennard (1990) erwähnt für die Eingangsphase der Therapie, dass die aufkommende Bewusstheit beim Klienten, dass seine Gefühle am wichtigsten sind, zum zentralen Therapiefortschritt zählt. Bei Kindern sieht es so aus, dass die Erfahrung: „Ich werde angenommen, so wie ich gerade bin, auch mit meinen ganzen Eigenheiten und Schwierigkeiten“ Vertrauen schafft und zum Weitergehen im Therapieprozess führt.

Das Kind erzählt oder zeigt teilweise etwas von seinem Problem, und wenn die Therapeutin darauf eingehen kann, verbal oder nonverbal, wächst das Vertrauen in die therapeutische Beziehung. Ein Klima des Akzeptiertwerdens sorgt dafür, dass das Kind sich als anerkannt erfährt, und es kommt zu einer Auflockerung seines als Reaktion auf Bedrohungen erstarrten und verfestigten Selbst.

Mearns und Thorne (1988) weisen darauf hin, dass ein direkter Zusammenhang zwischen der Länge des Therapiebeginns und der Bereitschaft zur Therapie beim Klienten besteht. Der Therapiebeginn dauert manchmal lange, erst wenn sich ausreichend Vertrauen in der therapeutischen Beziehung etabliert hat, sind weitere Schritte möglich und die Klienten wagen sich auf unbekannte Gebiete vor.

Mittelteil der Therapie: Gegenseitigkeit entsteht

In ihrem Standardwerk beschreibt Axline, wie wichtig eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeutin und Kind ist. „Haben sie erst einmal Vertrauen zu einem Therapeuten gefaßt und diesen ebenso angenommen wie er sie, dann gewähren sie ihm Einblick in ihre Gefühlswelt, wodurch der Horizont von beiden, vom Kind und vom Therapeuten, eine Ausweitung erfährt.“ (Axline 1990, 29)

Dieser Satz von Axline steht für den gesamten Mittelteil der Therapie. Darin steckt nicht nur die Betonung der Wichtigkeit einer vertrauensvollen Beziehung. Es klingt so leicht und bedeutet oft monatelange intensive Arbeit miteinander, bis das Kind die Therapeutin auch ebenso annehmen kann wie sie das Kind. Gerade wenn erstes Vertrauen geweckt wurde, wird die Therapeutin getestet, ihre Grenzen werden ausgelotet, sie wird im Spiel ermordet und geschlachtet, Befehle werden ausgeteilt und es wird keinerlei Rücksicht auf Wünsche oder Bedürfnisse der Therapeutin genommen. Immer wieder kommt es zur Konfrontation der Therapeutin mit dem Symptomverhalten des Kindes, bis die Inkongruenz aufgelöst werden kann und bislang abgewehrte Erfahrungen im Selbstkonzept integriert werden können.

Erst am Ende dieser intensiven Phase des Arbeitens miteinander wird beim Kind der Blick frei für die Therapeutin als eigenständigen Menschen mit eigenen Bedürfnissen und Wünschen.

Die Auseinandersetzung mit dem Symptom, der Inkongruenz

Dass eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Kind und TherapeutIn entstanden ist, äußert sich im Spielverhalten. So ist in dieser Phase oft ein Übergang von Regelspielen zu mehr Rollenspielen oder Phantasiespielen zu beobachten. Dies ist ein entscheidender Punkt, das Kind kann die Sicherheit des Regelspiels zugunsten von Phantasiespielen verlassen und sich auf neues Terrain vorwagen.

In der Beziehung zur Therapeutin werden dabei jene Interaktionsmuster wiederholt, die das Beziehungsverhalten zur Umwelt und zu sich selbst prägen. Sie sind oft festgefahren und beim Kind aus Gefühlen der Unzulänglichkeit, der Wut, des Sich-nicht-Verstanden-fühlens entstanden. Der Klient löst im Therapeuten oft Gefühle aus, die dessen privater Logik entsprechen. Die Kind-Therapeutinnen-Beziehung hat dabei immer eine Doppelfunktion. Die der realen Beziehung, die z. B. im Regelspiel herauskommt oder bei der Begrüßung, und die Übertragungsbeziehung, die oft in Rollenspielen deutlich wird. Alte Beziehungsmuster werden dabei in der therapeutischen Situation immer wieder durchgespielt.

In einer gelungenen Spieltherapie ist es dem Kind möglich, neue Beziehungserfahrungen zu machen und damit ein Stück mehr an Selbstakzeptanz zu erreichen, sich weiterzuentwickeln. Die Therapeutin spürt beim Spiel, was das Kind in ihr auslöst, und sie arbeitet mit diesen Gefühlen, indem sie sie dazu nützt, sich besser in die

kindliche Gefühlswelt hineinzusetzen und zu verstehen, worum es dem Kind im Spiel geht. Sie ist somit eine Art Resonanzkörper zum kindlichen Gefühlserleben.

Mit ihren Handlungen und verbalen Rückmeldungen zeigt sie, dass sie verstanden hat, worum es dem Kind geht.

Behr (1996) schlägt den Begriff Interaktionsresonanz für die spieltherapeutischen Interventionen der Therapeutin vor. Er versteht darunter eine Erweiterung und Modifikation des Empathiebegriffes. Die Therapeutin reagiert „handelnd und beziehungsorientiert auf das Handeln des Kindes, indem sie sich als präzente Person zeigt und sich innerhalb der Beziehung in die Waagschale gibt“ (Behr 1996, 53).

Ab der neunten Stunde spielen wir oft Fußball oder Handball, wobei ich bestraft werde, wenn ich nicht ordentlich spiele, gleichzeitig aber kaum eine Chance habe, weil Alfred mich ständig beim Punkte zählen oder beim Toreschießen austrickt. Ich fühle mich in meiner Rolle chancenlos, auch einmal zu gewinnen, und dem goodwill von Alfred ausgeliefert. Kaum könnte ich gewinnen, ändert Alfred wieder die Spielregeln. Langsam begreife ich, dass Alfred hier seinem eigenen als minderwertig erlebten Selbst Ausdruck verleiht. Ich zeige im Spiel meinen Ärger und meine Frustration über meine Versagerrolle und Alfred beobachtet mich dabei sehr aufmerksam. Er genießt es, dass ich mich ärgere und dass er der Stärkere ist. In der 11. Stunde kommt er mit kleinen Plastikfiguren, wie einem Sportlehrer und Schülern, und Alfred spielt den Superman-Sportlehrer, der alles kann und von allen bewundert wird. Er genießt es, so stark zu sein und meint, dass er, wenn er groß ist, gerne ein so tüchtiger Sportlehrer werden möchte.

Kinder schneiden von sich aus im Spiel eine Vielzahl von Themen an, die sie beschäftigen, und sie lassen sich dabei so weit ein, wie sie können. Wenn die Therapeutin verstehen kann, was hier gespielt wird, worum es geht, sind weitere Schritte und ein weiteres Einlassen möglich. Das Kind zeigt dann mehr von den sonst nicht geäußerten Gefühlen. Sie werden dann oft zur Seite gelegt und eventuell Stunden später wieder aufgegriffen. Kinder bestimmen ihr Tempo selbst, wie weit sie gehen wollen und können. Dies entspricht auch einer Grundidee in der Personzentrierten Kindertherapie: „Kinder werden ihre Probleme dann lösen, wenn die Bedingungen es zulassen und sie dazu bereit sind, und sie tun es dann auf ihre Weise.“ (Dاونert/Fröhlich-Gildhoff 1995, 38)

In der personzentrierten Theorie wird davon ausgegangen, dass eine frühe Beziehungsstörung zwischen Kind und Eltern zum Entstehen von Inkongruenz geführt hat. Durch die neuen Beziehungserfahrungen, die das Kind in der therapeutischen Beziehung macht, „kann es zu einer schrittweisen Selbstveränderung und auf diesem Wege zu einem Abbau von Inkongruenz ..., d. h. einer Zunahme von Kongruenz und der Fähigkeit angemessener Symbolisierung, kommen“ (Dاونert/Fröhlich-Gildhoff 1995, 43).

Oft ist es so, dass die Kinder der Therapeutin Anweisungen geben, wie sie sich in einer Rolle zu verhalten hat. Manchmal spielen die Kinder dabei ihre Macht und ihre starke Position aus, indem sie die Therapeutin herumkommandieren. Hier wird die Therapeutin auf die Omnipotenz- und Machtgefühle des Kindes eingehen.

Manchmal ist es jedoch auch so, dass das Kind der Therapeutin im Rollenspiel zeigen will, wie es ihm in seinem Leben geht, indem es ihr all das antut, was es selbst aushalten muss. Hier wird die Therapeutin ihre eigenen Gefühle zeigen, wie es ihr in dieser Rolle geht, um stellvertretend für das Kind seine Gefühle auszudrücken. Beim Kind entsteht hier oft zum ersten Mal der Eindruck, dass es einen Menschen gibt, der es versteht, und gleichzeitig hat es die Sicherheit, dass alles nur ein Spiel ist und es nicht erzählen muss, wie hilflos, minderwertig, elend es sich fühlt. Trotzdem ist gerade eine solche Vorgangsweise hilfreich, auch wenn das Zugeben-Können erst später kommt.

In Kindertherapien ist es ähnlich wie in den Erwachsenentherapien, ein Problem muss immer wieder bis auf den schlimmsten, tiefsten Punkt durchgearbeitet und erfahren werden. So wird dasselbe Spiel immer wieder wiederholt, darin finden sich kleine Veränderungen, bis das Thema erledigt ist. Bei passender Resonanz der Therapeutin geht das Kind dann einen Schritt weiter im therapeutischen Prozess.

Manchmal wird ein Spiel auch deshalb immer wieder gespielt, damit die Therapeutin endlich versteht, worum es geht. Pawlowsky (1992, 131) meint dazu, dass das Nicht-Verstehen des Therapeuten den Klienten ermutige, weiter zu suchen und neues Material zu liefern, solange, bis der Therapeut versteht. Gleichzeitig wird beim Klienten etwas gelöst und in dem Suchprozess wird Selbststruktur gebildet. Dabei ist die Qualität der Beziehung zwischen Therapeut und Klient entscheidend, d. h. eine gute Beziehung zum Kind wird das Kind immer wieder ermutigen weiterzusuchen, es wird durch das Nicht-Verstehen des Therapeuten nicht entmutigt.

Oft genug versteht die Therapeutin die komplexe symbolische Ausdrucksweise des Kindes nicht sofort, aber sie lässt das Kind gewähren in dem Vertrauen, dass das Spiel seine Berechtigung hat. Das Kind spürt dieses Vertrauen und fühlt sich trotz des Unverständnisses der Therapeutin damit angenommen und zeigt es ihr immer wieder, bis die Therapeutin endlich versteht, wobei dieses Verstehen auf verbaler oder nonverbaler Ebene stattfinden kann.

In dieser Therapiephase stellen Kinder oftmals Grausiges dar, Morde passieren, es wird aufgeschlitzt, zerstoßen, erwürgt, etc. Danach wirken sie oft erleichtert, und es scheint so, als ob sie durch diese konkreten Handlungen und Darstellungen ihre Ängste neutralisieren konnten.

Götze (1981) bezeichnet das Verhalten der Therapeutin in dieser Phase als klientenzentriert. Sie folgt dem Kind und geht auf die

im Spiel zum Thema werdenden Probleme des Kindes ein. Die Haltung und Einstellung der Therapeutin ist personzentriert, das heißt, sie stellt sich als Person zur Verfügung, sie nützt ihre in der Beziehung entstehenden Gefühle zum Verständnis der Beziehung zum Kind und der im Kind ablaufenden Prozesse. Sie lässt sich als Person ganz auf die Beziehung zum Kind ein und spürt genau nach, was sie z. B. beim „immer wieder erschossen werden“ empfindet, um ihre Empfindungen zu nutzen, besser zu verstehen, welchen Anteilen seiner Person das Kind hier Ausdruck verleihen will. Sie versucht, so einfühlsam wie möglich die kindliche Gefühlswelt zu erfassen und zu verstehen.

Neben dem Verstehen des Kindes und dem empathischen Rückmelden, das zu immer größer werdendem Vertrauen und Angenommensein beim Kind führt, wird in der Literatur immer wieder beschrieben, dass Grenzsetzungen zu einer entscheidenden Veränderung in der therapeutischen Beziehung führen (vgl. Dorfmann 1951; Daunert 1995). Rogers betont schon 1942 in Bezug auf Kindertherapien, dass eine klar definierte und gut strukturierte Situation hilfreich für das Kind sei, wozu auch klare Grenzen, die vom Therapeuten gesetzt werden, gehören (Rogers 1942a, 99ff). In einzelnen Fallbeispielen zur Kindertherapie weist er darauf hin, dass das Kind zwar die Erlaubnis hat, so wütend auf den Therapeuten zu sein, wie es nur möchte, aber klar ist, dass es den Therapeuten nicht schlagen darf. Er meint, dass diese Grenzen, wenn sie klar und deutlich formuliert werden, vom Kind durchaus akzeptiert werden und nur dann, wenn die therapeutische Beziehung mangelhaft gehandhabt wird, nicht akzeptiert werden können. Implizit weist Rogers schon in diesem sehr frühen Werk, ohne es jedoch deutlicher herauszustreichen, darauf hin, dass die Authentizität und die Transparenz des Therapeuten wesentlich für eine gelungene therapeutische Beziehung sind. Grenzen, die vom Therapeuten in Bezug auf Zeiten, Raum, Aggressionen, Geschenke, etc. gesetzt werden, tragen dazu bei, dass der Therapeut in eine personale Beziehung zum Kind tritt, wobei das Kind lernen soll, „dass Zuneigung wie Ablehnung Teile einer Beziehung sein können und dass die Beziehung selbst mit ihren Begrenzungen eine befriedigende Beziehung sein kann“ (Rogers 1942a, 101).

Rogers betont weiter, dass es wichtig ist, die negativen Gefühle des Kindes auf Begrenzungen des Therapeuten voll zu akzeptieren als Reaktion auf klare Grenzsetzungen. Mit dem heutigen Verständnis als personzentrierte Therapeutin gelesen heißt es nichts weiter, als dass Rogers implizit schon 1942 auf die Authentizität und die Transparenz des Therapeuten hingewiesen hat und eine personale Begegnung und Auseinandersetzung von Kind und TherapeutIn innerhalb der therapeutischen Beziehung als wirksamstes Agens des therapeutischen Prozesses formuliert hat. Gerade in der Kindertherapie ist die Therapeutin als Person gefordert, indem sie dem Kind ein echtes Gegenüber bietet.

Sie muss die Aggressionen gegen sich aushalten, sie akzeptieren und gleichzeitig klar und fest die Einhaltung der Grenzen vom Kind

fordern. Wenn es die Therapeutin schafft, hier einerseits die Beziehung zum Kind nicht abbrechen zu lassen und andererseits klar und fest zu bleiben, so ist ein großer Schritt getan. Das Kind erfährt, dass es trotz seiner Wut auf die Therapeutin nicht abgelehnt oder bestraft wird, seinen Zorn zeigen darf. Gleichzeitig erlebt es, dass die Therapeutin seine Wut auch aushält und sich selbst als Person nicht aufgibt. Damit bietet sie dem Kind jenen Halt, den es braucht, um sich nicht in seiner Wut zu verlieren und um sich in der Beziehung zur Therapeutin sicher zu fühlen. Nach solchen konstruktiven Auseinandersetzungen nehmen die Kinder oft von sich aus Rücksicht auf die Therapeutin und sind um ihr Wohlergehen besorgt (sehr schön nachzulesen in einem Fallbeispiel bei Dorfmann 1951). Eine personbezogene Beziehung nimmt hier ihren Anfang, und die Therapeutin wird immer mehr als Partnerin erlebt.

In der 12. Stunde will Alfred am Ende nicht gehen, er will unbedingt weiterspielen und so lange bleiben, bis er das Spiel gewonnen hat. Als ich ihm sage, dass es die letzten fünf Minuten der Stunde sind und wir leider nicht fertigspielen können, greift er zu den Schwertern und beginnt, mir zu drohen und auf mich einzustechen. Ich sage ihm, dass ich verstehe, wie wütend es ihn macht, jetzt aufhören zu müssen, aber wir auch ausgemacht haben, dass wir uns hier nicht absichtlich wehtun. Auf meine Frage: „Heute ist es sehr schwierig für dich, aufzuhören?“ antwortet Alfred: „Ja, weil ich jetzt zwei Wochen nicht komme“ (dies wusste ich zu diesem Zeitpunkt noch nicht). Daraufhin mache ich den Vorschlag, dass Alfred die Schwerter in den (Polster)felsen schlagen soll und wir uns beide auf die nächste Stunde in drei Wochen freuen. Damit ist Alfred zufrieden, donnert die Schwerter in den Polster und läuft hinaus.

Durch diese konstruktiven Auseinandersetzungen, in der die Therapeutin als Person für das Kind spürbarer wird, aber auch durch das Verstehen- und Annehmen-Können von allem, was vom Kind kommt, entsteht immer mehr an Nähe und Intimität zwischen Kind und Therapeutin. Immer mehr inkongruente Erfahrungen werden aufgelöst und können korrekt symbolisiert in das Selbst integriert werden.

Mearns und Thorne meinen, dass in dieser Phase das Vertrauen in die Beziehung der wichtigste Punkt sei. Durch wachsendes Vertrauen entsteht mehr an Nähe und Intimität zwischen Klient und Therapeut und führt zum Weitergehen im therapeutischen Prozess.

Das wahre Selbst zeigt sich

Auch von Seiten der Therapeutin geschieht eine Beziehungsveränderung. Sie wird offener und verständnisvoller und sie zeigt mehr von ihrer Person, wodurch die Therapie immer mehr zu einem gemeinsamen Unternehmen wird. Furcht und Abwehr werden geringer, und die Kinder stellen oft Fragen, die sie schon lange beschäftigten,

in der Gewissheit, eine ehrliche Antwort zu bekommen. Diese Fragen und die ehrlichen Antworten der Therapeutin sind ein weiterer wichtiger Punkt im therapeutischen Prozess.

Kinder stellen oft Fragen, die ihnen sehr wichtig sind und die sie in dieser Form vielleicht noch niemals stellen konnten, da der Zugang dazu fehlte. So das 10-jährige Adoptivkind Florian, das zu Ende einer Therapiestunde, in der es hauptsächlich gespuckt, gefurzt und gerülpt hatte und es genossen hatte, dass ich in meiner Rolle als seine Sklavin alles für es tun musste (kochen, waschen, schlafen legen, etc.) mich sehr zaghaft fragte, ob ich ihn nun noch mögen könnte. Meine ehrliche Antwort, dass ich ihn gerne hätte, aber der Gestank von seiner Furzerei ziemlich unerträglich für mich sei, führte dazu, dass Florian mir anvertraute, wie wenig liebenswert er sich fühlte, und eine erste Auseinandersetzung mit der Frage, warum seine leibliche Mutter ihn nicht gewollt hatte, begann. Er furzte übrigens seitdem nie mehr in den Therapiestunden.

Solche für das Kind elementaren Fragen, die meistens darum kreisen, ob man auch liebenswert sei, berühren immer auch die Selbstakzeptanz.

In der 14. Stunde erzählt mir Alfred gleich zu Beginn, dass er seinen Vater zufällig aus dem Auto auf der Straße gesehen hat und sehr traurig darüber ist, dass seine Mutter nicht stehen blieb. Er klagt auch, dass er seinen Vater viel zuwenig sieht. Etwas später spielen wir ein Spiel, wobei Alfred sich an mich kuschelt und zum ersten Mal nicht unbedingt gewinnen muß. Ich beginne zu verstehen, dass dieser Drang, immer der Bessere sein zu müssen, bei Alfred auch damit zu tun hat, dass er sich oft abgelehnt fühlt und so diese Enttäuschungen zu überwinden sucht.

In der darauffolgenden Therapiestunde ist Alfred sehr unruhig, er nimmt sich ein Spiel, legt es bald wieder weg und weiß nicht so recht, was er tun soll. Auf meine Frage, ob ihn etwas bedrücke, zeichnet Alfred ein Bild, das einen Apfelbaum zeigt, der Vater die Äpfel abnimmt und Mutter, Alfred und der Bruder helfen, sie in Körbe zu geben. Er erzählt, wie sehr er sich wünschen würde, dass sie wieder eine Familie seien. Später erfahre ich, dass Alfred zu diesem Zeitpunkt einige Tage bei seinem Vater wohnte und dessen neue Freundin dort kennenlernte.

In dem sicheren therapeutischen Klima lernen die Kinder, auf sich selbst zu hören, und sich selbst mehr wahrzunehmen. Sie können auch erschreckende und bedrohliche Anteile bloßlegen, die Therapeutin akzeptiert auch diese, und das Kind lernt dadurch, sie selbst mehr wahrzunehmen und sich selbst auch mit diesen schrecklichen Anteilen mehr zu akzeptieren. Dadurch steigt die Kongruenz und die Selbstakzeptanz um so mehr.

Das Kind fühlt sich in der Therapiesituation verstanden, es holt verborgeneres Material hervor, es fühlt sich sicher, mit allem was es tut, respektiert und angenommen zu werden.

Neue Arten von Gefühlen und Verhaltensweisen können nun erforscht werden, die Therapeutin folgt dabei dem Kind, sie akzeptiert und respektiert das Kind, wodurch bislang zurückgewiesene Aspekte der Persönlichkeit nach außen gebracht und gemeinsam mit den akzeptierten Anteilen ins Selbst integriert werden können.

Der personzentrierten Theorie folgend wird damit die Eigenpersönlichkeit des Kindes gefördert, was über die Symptombeseitigung hinausgeht.

Es folgen nun einige Stunden, in denen sich Alfred viel mit seinen älteren Freunden auseinandersetzt. Er will mit ihnen unbedingt mithalten und von ihnen akzeptiert werden. Dabei kränkt es ihn sehr, dass sie immer wieder „Kleiner“ oder „Dicker“ zu ihm sagen. Gemeinsam entwickeln wir Strategien, wie er besser mit ihnen zurechtkommen könnte, und Alfred übt regelmäßig Händedrücker mit mir, da er dabei wirklich sehr stark ist und nicht nur mich, sondern auch seine großen Freunde immer wieder besiegt.

In dieser nun recht gefestigten Beziehung hat sich Gegenseitigkeit etabliert. Die Distanz des Kindes zu sich selbst hat abgenommen, und die Beziehung zur Therapeutin wird wichtiger. Eigene Problementeile werden anerkannt. Beim Kind sieht es so aus, dass es sich nicht mehr durch seine Verhaltensauffälligkeiten vor seinen Gefühlen, Ängsten und Nöten schützen muss, es kann sich der Therapeutin zeigen, wird offener für sich selbst und für die eigenen, verborgenen Nöte. So ist es plötzlich nicht mehr nötig, immer gewinnen zu müssen, und die Therapeutin kann es dem Kind auch zumuten, es verlieren zu lassen.

Zusammenfassend lässt sich über die mittlere Therapiephase sagen, dass durch ehrliche Auseinandersetzungen von Person zu Person, die über Grenzen, Fragen, Verstehen und Wertschätzen läuft, der Kern zur Selbstakzeptanz beim Kind gelegt wird. Das Symptomverhalten ist nicht mehr notwendig, übermäßig aggressives, dominierendes oder ängstliches Verhalten verschwindet, das bislang Abwehr- und Schutzfunktion hatte, und eine Auseinandersetzung mit dem, wer es wirklich ist, schreitet voran.

Endphase der Therapie: Neue Interessen entstehen

Die Therapeutin ist nun ein voller Partner des Kindes geworden, sie kann sich selbst ins Spielgeschehen einbringen, da eine belastungsfähige Beziehung aufgebaut ist. Intensives Erleben geschieht nicht nur beim Reflektieren der Gefühle, sondern auch beim Kochen, Spielen, Basteln, etc. Kind und Therapeutin sind nun gleichberechtigt mit eigenen Wünschen, Gefühlen, Vorschlägen, etc. (vgl. Götze 1981, 43). Es ist eine personzentrierte Beziehung entstanden.

Die Therapeutin ist oft am Ende aktiver, da mehr Gegenseitigkeit da ist und das Kind inzwischen die Freiheit hat, für sich Unpassendes abzulehnen. Es findet mehr und mehr Dialog statt.

In den letzten Therapiestunden hat sich die Beziehung zwischen Alfred und mir verändert. Sie ist viel partnerschaftlicher geworden. So bekomme ich beim Fußballspielen eine Torvorgabe, damit ich gegen ihn auch eine Chance habe. Es ist Alfred auch nicht mehr so wichtig, unbedingt bei Spielen zu gewinnen. Er lässt sich in den letzten Stunden öfters von mir Spiele erklären, die er noch nicht kennt und erzählt mir viel von seinen Freunden, die ihn nun auch mehr akzeptieren als früher.

In den Gesprächen mit der Mutter habe ich erfahren, dass Alfred nach der zweiten Therapiestunde aufgehört hat einzukoten. Von sich aus hat er sich in letzter Zeit darum bemüht, den Pfadfindern und einem Judoclub beizutreten. In der Schule ist Alfred viel besser geworden, er stört nicht mehr, und seine Lehrerin sagt, dass er gut im Unterricht mitkommt. Der Vater kümmert sich noch immer sehr wenig um Alfred, aber es gibt jetzt fixe Tage, an denen er ihn besucht, und Alfred hat einen Kalender, wo er die Besuchstage einträgt und so auf die Einhaltung bestehen kann.

Eine personzentrierte Beziehung ist entstanden, wobei wesentliche Inkongruenzen bearbeitet wurden und das Kind sich nun anderem zuwenden kann. Mearns und Thorne (1988) erwähnen drei Punkte, die am Ende einer Therapie spürbar sind: Es wurde eine erhöhte Selbstakzeptanz erreicht, Gefühle, die ein aktives Leben verhinderten, sind verschwunden und der Klient hat die Freiheit zu wählen, seinen eigenen Weg zu gehen.

Die Kinder mögen sich nun mehr, sie fühlen sich freier und befreiter, da sie viel von ihrer Wut, Ohnmacht, Hass und Zorn im Therapiezimmer lassen konnten und dadurch freier und offener für neue Anforderungen in ihrem Leben wurden.

Sie entdecken nun auch andere Dinge, die ihnen wichtig sind. Dies ist stimmig für die Therapeutin, sie ist nicht böse deshalb. Die Direktheit in der therapeutischen Beziehung ist dabei charakteristisch für das Ende, Gefühle werden unmittelbar erlebt und ausgedrückt. Das Kind hat Freude an seiner eigenen Kraft und Vertrauen in den eigenen Organismus, es ist spontan und frei geworden.

Literatur:

- Axline, Virginia (1990), Play therapy. The inner dynamics of childhood, Boston (Houghton Mifflin) 1947; dt.: Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren, München (Reinhardt Verlag) 1990
- Barrett-Lennard, Godfrey (1990), The therapy pathway reformulated, in: Lietaer, G. / Rombauts, J. / van Balen, R. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties. Leuven (Leuven University Press) 1990, 123-153
- Behr, Michael (1996), Therapie als Erleben der Beziehung, in: Boeck-Singelmann, Claudia / Ehlers, Beate / Hensel, Thomas / Kemper, Franz / Monden-Engelhardt, Christane (Hg.), Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 1: Grundlagen und Konzepte, 1, Göttingen (Hogrefe) 1996, 41-68
- Biermann-Ratjen, Eva-Maria (1993), Das Modell der psychischen Entwicklung im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts, in: Eckert, Jochen / Höger, Dieter / Linster, Hans (Hg.), Die Entwicklung der Per-

- son und ihre Störung. Bd. 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts, Köln (GwG) 1993, 99-107
- Daunert, Christiane / Fröhlich-Gildhoff, Klaus (1995), „Max“ – Beschreibung einer personenzentrierten Kinderpsychotherapie, in: GwG-Zeitschrift 97 (1995), 34-43
- Dorfman, Elaine (1951), Play therapy, in: Rogers, Carl R. 1951a, 219-254; dt.: Spieltherapie, in: Rogers, Carl R., Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt / M. (Fischer) 1983, 219-254
- Goetze, Herbert (Hg.) (1981), Personenzentrierte Spieltherapie. Grundlagen, Erfahrungen und Perspektiven einer Kindertherapie nach Carl Rogers, Göttingen (Hogrefe) 1981
- Mearns, Dave / Thorne, Brian (1988), Person-centred counselling in action, London (Sage) 1988
- Pawlowsky, Gerhard (1992), Die Heilung: Wie werde ich wieder gesund. Wie heilt der Personenzierte Ansatz?, in: Frenzel, Peter / Schmid, Peter F. / Winkler, Marietta (Hg.), Handbuch der Personenzentrierten Psychotherapie, Köln (Edition Humanistische Psychologie) 1992, 127-136
- Pfeiffer, Wolfgang M. (1993), Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und der Therapie psychischer Störungen, in: Teusch, Ludwig / Finke, Jobst (Hg.), Die Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung, Heidelberg (Asanger) 1993, 19-40
- Rogers, Carl R. (1942a): Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice, Boston (Houghton Mifflin) 1942; dt.: Die nicht-direktive Beratung, Frankfurt/M. (Fischer) 1985
- Rogers, Carl R. (1951a), Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory, Boston (Houghton Mifflin) 1951; dt.: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Frankfurt/M. (Fischer) 1983

Biografie:

Mag. Christine Wakolbinger, geb. 1960, klinische Psychologin und Psychotherapeutin in freier Praxis. Mitarbeiterin in der psychologischen Beratungsstelle für auszubildendes Krankenpflegepersonal und med. techn. Personal. Lehrtherapeutin für die Beraterausbildung der VRP.

Korrespondenzadresse:

*Mag. Christine Wakolbinger
A-1060 Wien
Fillgradergasse 9/9*

Berichte

Mary Bourne Kilborn

The Second PCA Colloquium, Kranichberg, Austria, 10–12 July 1999 – A Personal Impression

Mary Bourne Kilborn worked in the Counselling Unit at the University of Strathclyde in Glasgow, Scotland. At several person-centred conferences she dealt with certain aspects of the nature of the therapeutic relationship.

Mary Kilborn was a participant of the Second Person-Centred Colloquium at Kranichberg, Austria, in July 1999, convened by the Austrian PCA. At this occasion I learned to know her and to value her contributions to the colloquium. I will rememorate her as a wise and gentle person. She describes in this article her personal impressions of this meeting.

Mary Kilborn died unexpectedly during the Chicago Conference on June 28, 2000. She also had planned to be at the conference, but got severely ill two weeks before.

(Peter F. Schmid)

This was the second occasion when an international group of people concerned with the Person-Centered Approach and Client-Centered Psychotherapy have gathered together for an informal meeting to exchange ideas and consider questions of personal and scientific interest. The first occasion was after the First World Congress for Psychotherapy in Vienna in 1996¹. At this Conference itself, client-centred therapy had had hardly any profile. There were few person-centred presentations, and the person-centred meetings tended to find themselves away from the main event. The Person-Centred Colloquium which followed immediately after agreed to work on redressing this balance. At the Second World Conference, Vienna 1999, efforts were made for there to be an obvious person-centred presence. Maureen O'Hara and Peter F. Schmid were invited to give keynote lectures, Elisabeth Zinschitz and Peter Frenzel played an active part in the organising. Barbara Brodley, Lore Korbei, Elisabeth Zinschitz, Christiane Geiser and Ed Kahn among others presented papers. Brodley, Schmid, Korbei and Kahn were involved in panel discussion on the subject 'Non-directivity in the PCA – Myth or Reality?'

1 For a report of the Colloquium in Bad Hall cf. Frenzel, Peter / Schmid, Peter F., Von der Herausforderung, die eigene Power zu gebrauchen. Bericht über ein Treffen personzentrierter Wissenschaftler, Bad Hall, Juli 1996, in: *apg-kontakte 2* (1996) 37–54; also in: *Personzentriert 1* (1997) 87–107.

The aim at both the Person-Centred Colloquia, convened by the "Person-Centred Association in Austria (PCA)", was to have a candid exchange of views. Participants were encouraged to explore preliminary ideas and subjects not yet ready for final publication or not destined to be presented to a larger audience. For this reason, numbers have been limited. All those who attended in 1996 were invited again. They were also asked to suggest names of others, people who have written and published on person-centred theory and who might be interested to attend.

I did not attend at Bad Hall, in 1996. However, Professor Dave Mearns in whose Counselling Unit I work at the University of Strathclyde in Glasgow asked me if I would be interested in attending this year as he was unable to. I was particularly excited when I saw the list of participants with names like Barbara Temaner Brodley, Peter Schmid, Brian Thorne and Margaret Warner².

Arrival – a personal touch

I travelled from Edinburgh with Elke Lambers and we met up with Brian Thorne at Amsterdam airport. Once in Vienna, the three of us took the bus to the Südbahnhof. There it took the combined efforts of our intelligence, wits and German to find the train which would take us to the town of Gloggnitz, near Kranichberg, in the Austrian Alps. As the train continued on its way, we realized we would have no idea when Gloggnitz was approaching, although our ticket proudly told us we would be travelling 72 km. To while away the time, we looked at brochures of the hotel where we would be staying — the former summer residence of the cardinals of Vienna.

2 Participants in the Kranichberg Colloquium 1999 were: Stan van Asbroeck (B), Eva Maria Biermann-Ratjen (D), Johannes Binder (D), Ute Binder (D), Barbara Temaner Brodley (USA), Rainer Bürki (CH), Christian Fehringer (A), Christiane Geiser (CH), Sheila Haugh (GB), Vladimir Hlavenka (SK), Beate Hofmeister (D), Ed Kahn (USA), Mary Kilborn (GB), Lore Korbei (A), Elke Lambers (GB), Lawrie Moloney (AUS), Hans Peters (NL), Marlis Pörtner (CH), Peter F. Schmid (A), Hermann Spielhofer (A), Brian Thorne (GB), Margaret Warner (USA), Paul Wilkins (GB), Marietta Winkler (A), Anne Wunderle (CH), Elisabeth Zinschitz (A).

It stood high above the valley, with stunning views over the Alps, with old-fashioned rooms and furniture, and a large indoor swimming pool with huge glass panels. I had mixed feelings. It looked like the perfect spot for a relaxing, restorative time, while musing on person-centred theory. But I had not brought my swimming costume, I who so love swimming! On arrival in Gloggnitz, I asked the taxi driver to make a detour to a sports shop. While he and Brian chatted German outside, Elke and I went in to purchase a swimming costume for me. I was therefore able to swim every day before breakfast and the evening meal. The setting certainly played its part in allowing a group of person-centred practitioners to relax together, enjoy beautiful views and stand back from our practice and consider the hypotheses and theoretical concepts which underpin our work.

Large group

The majority of the time was spent in the large group of all the participants. This created an environment in which people could share ideas in an informal setting. After the usual time spent sharing aims and expectations, various topics for discussion were suggested: Empathy; Unconditional Positive Regard; What We Really Mean by Congruence; Power, Authority and Gender; The Spiritual Dimension in the Person-Centred Approach; Controversy and Conflict; Non-Directivity; Self-concept; Empathy with Clients with Severe Disorders; Links between PCA and Eating Disorders, Drug Addiction etc.; Beyond Carl Rogers; The Person-Centred Approach in the World. It was decided to have a large group discussion as the basis of our work together and at times to break into smaller groups for specific topics.

The actualizing tendency and the encounter

There was a huge breadth of ideas expressed in the larger group. The view was put forward that what Rogers offered was huge, it constituted a paradigm shift, it dealt with how to encounter life. For political reasons, it is good for us to stay as one big person-centred family, for theoretical reasons it is good to have sharp differences. The purpose of this meeting is for us to clarify out ideas, establish common beliefs and also be aware of our differences.

The discussion opened with a consideration of two essential paradigms presented by Rogers: the actualizing tendency and the encounter. It was pointed out that there is a lot of disagreement on this in the person-centred world, although Rogers himself did not make the distinction. Gendlin wanted to create the encounter, to direct the process, now it would appear that he has returned to stressing the importance of the relationship. It was stressed by the group that much depends on the strength of the person of the therapist in order for the encounter to take place. There is a need for us to link experience and meaning, we aim to meet the client, we need also to

conceptualize this. We need a clear formulation of our approach, we need to be able to explain it. Yet, there is no clear 'it' at the beginning of a therapeutic relationship, it is more a creative process during which 'it' becomes clear. Some participants saw it in terms of negotiating a meaning with their clients. If we are wanting to define experience, we move into the phenomenological field of self-concept. This raises the question: Can the self be conceptualized without being in relation? If I feel threatened of being exterminated, I shift from my self to, for example, my intellect. At times I can say more to another than I could ever have said to myself. Faced with the fear of a lack of connection with others, of being "thrown out of the human race", the unconditional acceptance of another plays a vital role. Possibly, there is no self as such, just a cluster of selves in relation.

Expanding person-centred theory

It was pointed out that Rogers was more than a therapist. Indeed, in the last years he was not particularly interested in individual therapy. Person-centred practitioners suffer from philosophical hesitancy, as we do not want to move to problem solving. Some present felt there is not enough material published on the links between the person-centred approach and specific issues such as eating disorders, drug addiction etc. We need to find a way without losing our person-centredness.

Margaret Warner stated, as she has in the past, that we are many tribes with one tradition and that there are "respectable clusters". Peter Schmid argued that we need to stop trying to find one common ground and name and respect the differences. Brian Thorne asked whether we are trying to join a culture which we critique? He feels that we should be trying to be counter-cultural, yet many person-centred counsellors are not confident enough for this. The discussion turned to what we mean by experiencing. In terms of person-centred theory, a fully functioning person is open to experience (unless it is too dangerous).

The person-centred approach and evil

The view was put forward that the concept of a forward-moving human being is hard to believe in the face of so much evil in the world. Some participants felt that the contexts in which they work brings them in touch with some of the darker sides of human behaviour. Person-centred theory must try to encompass this. Barbara Brodley referred to her paper offered at the Second World Congress 'Did Carl Rogers' Positive View of Human Nature Bias His Psychotherapy?' She refers to research which suggests that Rogers shows a tendency to bias his responses towards his clients' negative feelings, especially when the client was expressing the angry kind of feelings and attitudes. She feels the study rebuts the positive bias accusation against client-centred therapy promulgated by Rollo May

and others. Margaret Warner said that faced with someone who has had dreadful experiencing, she knows of no better way of helping that person than being present. The general feeling of those in the group was that they as person-centred practitioners do respond to the issue of evil, to the dark side of their clients.

The impact of the person-centred approach

One participant wondered why clients who have had person-centred therapy do not go out to change the world? Could it be that Rogers' work has in fact had little impact? Barbara Brodley said that from her experience there are signs that clients do have energy and are released to be more politically aware. Other participants felt their initial hopes are not being realized. We cannot all agree. Peter Schmid concluded on an optimistic note, stating that if one looks back over the history of psychoanalysis, it is clear that PC although often rejected will have an impact. The Person-Centred Approach can offer a lot in today's world with its facilitation of emancipation and democracy. He said he spoke as one who works in the Catholic Church, one of the most successful hierarchical organisations ever. As an example he mentioned the impact PC had on theology and pastoral care.

The issue of gender

There was some disagreement as to how central this issue is. For some participants, the differences between men and women forms the core of their work, for others, the humanity rather than the gender of each client is the main concern. The vigour with which some participants defended their views highlighted the debate as to the degree to which the social and the cultural impacts upon the actualising tendency, the self-concept, the human, the spiritual.

Power and the PCA

The discussion on gender moved to other areas where power can be exercised. One that received particular attention was that of language. There is much research and writing on PCA going on in the world, yet it seems that this has little chance of being widely known unless it is translated into English. It was argued that those who have a good command of English are seen as having power, even by those whose mother tongue is English.

Small groups

As often happens in the person-centred world, much discussion went into the forming of small groups. Sheets were placed on the floor with suggested titles and people signed up for those they were

interested in. Although the process took time, a shape developed organically, small groups were formed, answering many of the participants' wishes.

The Spiritual Dimension: a small group of participants discussed the definition of spirituality and its relevance to client-centred therapy. Some felt it was at the core, others felt it was no relevant to the therapeutic relationship. Rogers' interest in matters spiritual at the end of his life was seen either as an important development in his thinking or an irrelevant deviation of a man in his later years.

Video

Early one morning, a small group gathered to watch a video of a participant with a schizophrenic client. It was moving to see how the therapist worked and how the client responded. This contrasted sharply with the hospital staff's approach. To me, the work showed proof of psychological contact.

Reflection group

Responding to the wishes of a number of participants, it was agreed to clear an hour after lunch on each of the three days for an optional group to encounter and reflect. I chose to attend this group, so that I could experience a sharing and a meeting with others on a more personal level. Between a half and a third of participants attended. For me, this highlighted the desire of some to form a bridge between the professional and the personal, theory and emotional experiencing.

Conclusion

I went expecting there to be a high level of intellectual, theoretical input. I found that this did, at times, happen and it went so fast I could barely capture it. As often in person-centred gatherings, there was an attempt to capture the theoretical and the personal in the one meeting. Although there was no planned structure, one grew organically out of our discussions. A lot of the topics which were raised were covered. Moreover, I experienced the level of academic debate to be very high. Some of those present are clear thinkers who spend time reflecting on person-centred theory. The range of interests was broad. A book emerged as a result of the first informal colloquium in 1996: *Person-Centred Therapy. A European perspective*, Ed. Brian Thorne and Elke Lambers. And the idea for what is now the World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counselling was born in Bad Hall. I do not yet know what will emerge from this meeting. However, this small article is a first attempt to capture my experience of the event.

Helmut Schwanzar

Jubiläumssymposium 2000 in Salzburg 30 Jahre GwG – 25 Jahre ÖGwG / 20 Jahre SGGT – 20 Jahre APG

Das Motto dieser Tagung lautete: Identität – Begegnung – Kooperation – und diesem Motto wurde die Tagung inhaltlich und atmosphärisch gerecht.

Identität

In einer Reihe von beachtenswerten Referaten, Workshops und Diskussionen wurde die eigenständige Identität des Person- bzw. Klientenzentrierten Ansatzes wieder einmal öffentlich dargestellt.

Vortragende, die schon Gründungsmitglieder der einzelnen Vereinigungen waren, zeigten durch ihre Person und durch ihre inhaltlichen Beiträge eine Entwicklungslinie auf, die, basierend auf den Ideen von C. R. Rogers, ein eigenständiges, wissenschaftlich fundiertes Verständnis von Personen und deren Entwicklung vertreten. Weiterentwickelt, differenziert und verfeinert durch aktuelle Forschungsergebnisse, dargestellt durch die nächste Generation von Person- bzw. Klientenzentrierten Psychotherapeuten, Beratern und Forschern.

Jobst Finke zeichnete in seinem Festvortrag: „Entwicklungstendenzen der personzentrierten Psychotherapie – ein Ausblick im Jahr 2000“ diese Entwicklungslinie nach und gab der Hoffnung Ausdruck, dass das derzeit moderne, reduktionistisch, naturwissenschaftliche Verständnis vom Menschen in spätestens 20 Jahren überwunden sein wird und wieder von einem ganzheitlichen, humanistischen Verstehen abgelöst werden wird. Ebenso machte er deutlich, dass die Weiterentwicklung von Psychotherapie entschieden von der gesellschaftspolitischen Lage abhängig ist. Dies war auch ein Hauptthema beim Panel der Verbände. Hier sprachen über inhaltliche und politische Herausforderungen Anna Auckenthaler und Helga Kühn-Mengel von der GwG, von der ÖGwG Hiltrud Gruber und Wolfgang Keil, von der SGGT Rainer Bürki und Anne Wunderle und von der APG Nora Nemeskeri und Peter Frenzel. Es wurde deutlich, dass die inhaltlichen und politischen Herausforderungen sehr eng mit einander verbunden sind.

So muss:

1. die Theoriebildung weiterhin gestärkt werden,
2. die Forschung ihren Fokus auf praxisbezogene Prozess- und Wirkstoffforschung legen und

3. damit politische Überzeugungs- und Aufklärungsarbeit geleistet werden.

Die Repräsentanz des Person- bzw. Klientenzentrierten Ansatzes in den Gesundheitssystemen der drei Länder ist sehr unterschiedlich, aber für alle gilt die Notwendigkeit, unseren Ansatz selbstbewusst und offensiv nach außen zu vertreten. Zum Thema Identität ersuchte uns Alfred Pritz, Präsident des Weltverbandes für Psychotherapie, in seinem Vortrag: „Zur berufspolitischen Situation der Psychotherapie in Europa“ doch Liebgewonnenes zu überwinden und eine einheitliche Bezeichnung für die „Person- bzw. Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und Beratung“ zu finden, um eine bessere Identifizierung für Konsumenten und Politiker zu ermöglichen.

Begegnung

In der stilvollen Atmosphäre dieses Salzburger Symposiums war der Versuch, Begegnung auf einer sehr persönlichen Ebene zu ermöglichen, groß geschrieben. Nicht nur das aus allen Verbänden besetzte Organisationsteam pflegte intensiven Kontakt, auch die Vorstände fanden zu intensiven persönlichen Gesprächen. Eingeleitet durch die Vernissage von Werner Wascher „Process Art, innere und äußere Bilder eines personzentrierten Prozesses“, kam es zu einem regen Austausch zwischen den Tagungsteilnehmerinnen und Teilnehmern, der seine Fortsetzung beim Empfang durch den Bürgermeister im Festsaal der prachtvollen Residenz fand, wobei sich der Bürgermeister erstaunlich kundig über die Anliegen und Inhalte des Person- bzw. Klientenzentrierten Ansatzes zeigte. Höhepunkt war sicher das Mozartdinner, begleitet durch Musiker des Salzburger Mozarteums, an dem fast alle Tagungsteilnehmer und Vortragende teilnahmen, das zu einem rauschenden Fest wurde und mit deutlich spürbarer Aufbruchsstimmung ausklang.

Kooperation

Zu diesem Punkt wurden wichtige Weichenstellungen für die Zukunft des Person- bzw. Klientenzentrierten Ansatzes im deutschsprachigen Raum und darüber hinaus erzielt, oder zumindest angedacht.

Es fanden sich einzelne Personen oder Interessengruppen, die Kooperationsabsichten miteinander besprachen, wie z. B. eine Gruppe aus der Schweiz und aus Österreich über person- bzw. klientenzentrierte Supervisionsaus-, -fort- und -weiterbildung. Aber auch auf Verbandsebene wurden gemeinsame Projekte in Angriff genommen.

Herausragend ist der Versuch, eine gemeinsame Zeitschrift aus Deutschland, der Schweiz, Österreich und Luxemburg zu produzieren. Hier gibt es bereits konkrete Gespräche, ein Koordinationsgremium hat schon getagt. Weit über Europa hinaus wurde auch der Gedanke einer internationalen, englischsprachigen Fachzeitschrift getragen. Diese Idee wurde zu einem der zentralen Themen am mittlerweile in Chicago stattgefundenen Weltkongress.

Ebenso ist eine von allen Verbänden getragene Publikation der Beiträge dieses Salzburger Symposiums geplant.

Auf Grund des Erfolges unseres Symposiums ist spontan der Wunsch nach weiteren derartigen Veranstaltungen – vielleicht in größeren Abständen – entstanden. Mein Wunsch für ein solches Symposium wäre, neueren Tendenzen der person- bzw. klientenzentrierten Theorieentwicklung noch mehr Raum zugeben, um durch das Sichtbar -Werden von differenzierenden Strömungen den Blick auf das große Ganze zu schärfen.

Rezensionen

Björn Sufke

Wolfgang Neumann: **Spurensuche als psychologische Erinnerungsarbeit**

Tübingen, DGVT-Verlag, 1999. 352 S., DM 44,-
ISBN 3-87159-026-6

Wolfgang Neumann hat sich erneut an ein Tabu-Thema herangewagt! Nachdem er den Psychotherapeuten in seinem letzten Buch „Als der Zahnarzt Zähne zeigte. Humor, Kreativität und therapeutisches Theater in Therapie, Beratung und Supervision“¹ nahegelegt hat, bei aller Ernsthaftigkeit im therapeutischen Prozess auch dem Heiteren und Humorvollen Raum zu verschaffen, fordert er sie nun dazu auf, die Augen für das Schreckliche und Ungeheuerliche zu öffnen – nämlich die deutsche NS-Vergangenheit und ihre psychischen Nachwirkungen in den Nachkriegsgenerationen.

Ausgehend von einer intensiven Auseinandersetzung mit den Nazi-Verbrechen im Zuge einer Israel-Reise hat der Autor im Rahmen seiner psychotherapeutischen Praxis die familiäre NS-Geschichte seiner Klienten und Klientinnen verstärkt in den Fokus gerückt. Dabei hat er die vielfältigen und schwerwiegenden Spuren, welche die Zeit des Nationalsozialismus bei den 20–60jährigen Klienten hinterlassen hat, sowie deren therapeutische Bearbeitung einer systematischen Untersuchung unterzogen. Die Ergebnisse dieser Arbeit, die Neumann jetzt in seinem Buch „Spurensuche als psychologische Erinnerungsarbeit“ präsentiert, sind erschreckend und ermutigend zugleich.

Erschreckend ist das Ausmaß des psychischen Nazi-Erbes, unter dem viele Klienten der Nachkriegs- und auch der sogenannten „dritten Generation“ heute noch leiden: die Taten (und Untaten) der Eltern und Großeltern, deren Wegsehen angesichts des Grauens, die faschistischen Ideologien, dazu Tod, Hunger, Vertreibung und vieles mehr – und über all diesem in bemerkenswerter Übereinstimmung ein Nebel des (Ver-)Schweigens. Ermutigend ist die Arbeit aber insofern, dass der Psychotherapeut Neumann Wege aufzeigt, wie dieser Nebel („der ‚mist‘ [englisch = Nebel, Schleier] über dem ganzen Mist“) Schritt für Schritt gelichtet werden kann, nämlich durch die Initiierung einer psychologischen „Spurensuche“, welche sowohl die ganz konkrete Suche nach Informationen über die familiäre NS-Ge-

schichte beinhaltet als auch die therapeutische Suche nach verborgenen Verbindungen zwischen diesen NS-Familienbiografien und den aktuellen persönlichen Problemen der Klienten.

Ein wesentliches Verdienst von Neumanns Untersuchung besteht darin, den nun bereits 55 Jahre alten Mantel des Schweigens, den die Psychotherapie bisher weitestgehend unberührt über dem Thema der psychischen Folgen des Holocaust bei den Täter-Nachkommen belassen hatte, an den Haken zu hängen: Die familiäre NS-Geschichte wird eingehend thematisiert, Tradierungen und Delegationen von einer Generation zur nächsten werden im Zuge der „Spurensuche“ ebenso aufgedeckt wie Zusammenhänge zwischen der (meist mangelhaften) familialen Verarbeitung der NS-Zeit und den individuellen Symptomen, Selbstumschreibungen, Lebensentwürfen und Gefühlsbewertungen der Klienten.

Dabei wird Neumann seinen Klienten auch nach Beendigung der therapeutischen Zusammenarbeit weiterhin gerecht, indem er sie nicht zu reinen Untersuchungs-„Gegenständen“ degradiert, sondern als Individuen sichtbar erhält: So ist ein ganzes Drittel des Buches den eindrucksvoll geschriebenen Fallberichten der 51 Klienten gewidmet, durch welche die Untersuchungsergebnisse anschaulich illustriert werden. Darüberhinaus tragen auch die übersichtliche Gliederung des umfangreichen Ergebnisteils als auch der lebendige Stil des Autors zu der sehr guten Lesbarkeit des Buches bei.

Doch Neumanns Arbeit ist noch mehr als eine mutige empirische Untersuchung über ein bisher weitgehend tabuisiertes Thema, sie ist zudem in ihren beiden theoretischen Kapiteln eine fundierte Darstellung der Parallelen zwischen dem innerpsychischen und -familialen Umgang mit der Nazi-Vergangenheit einerseits und der gesamtgesellschaftlichen Vergangenheits-„Bewältigung“ in der Bundesrepublik Deutschland nach 1945 andererseits. So zeigt der Autor im ersten Kapitel auf, dass die Nachkriegszeit bis weit in die 60er Jahre hinein im wesentlichen von einem „kollektiven Schweigen“ bzw. Verharmlosen geprägt gewesen ist – und dass auch heute noch entsprechende Tendenzen lebendig sind. Im zweiten Kapitel dann wird deutlich, dass eine persönliche und emotionale Ausein-

1 Neumann, W./Peters, B. (1996). Als der Zahnarzt Zähne zeigte. Humor, Kreativität und therapeutisches Theater in Therapie, Beratung und Supervision, Dortmund (Modernes Leben) 1996

andersetzung mit den in der Nazi-Zeit begangenen Verbrechen in den wenigsten Täter-Familien stattgefunden hat (wie auch in vielen jüdischen Opfer-Familien keine gemeinsame Auseinandersetzung mit dem erlittenen Leid stattgefunden hat) und in welchem Ausmaß die nachfolgenden Generationen dieses Versäumnis als psychisches Erbe in sich tragen.

Insofern legt Neumann nicht nur ein innovatives und bereicherndes Psychotherapie-Buch vor, welches von Therapeuten – schu-

lenübergreifend – für die eigene Arbeit nutzbar gemacht werden kann, sondern er liefert gleichzeitig ein interessantes Psychogramm der Bundesrepublik Deutschland und ihrer Nachkriegsgenerationen. Letzteres macht dieses auch persönlich bewegende Buch für einen größeren Personenkreis äußerst lesenswert – im Grunde für alle, deren Eltern oder Großeltern die Nazizeit (in welcher Form auch immer) miterlebt und -geprägt haben.

Lore Korbei

Eugene T. Gendlin, Johannes Wiltschko: **Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag**

Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta, 1999. Reihe *Leben Lernen*. 131. 253 S., DM 39,-
ISBN 3-608-89679-1

Im Vorjahr erschien das Handbuch von Eugene T. Gendlin „Focusing-orientierte Psychotherapie“ in einer Übersetzung aus dem Amerikanischen von Teresa Junek. 1999 erschien im gleichen Verlag „Focusing in der Praxis“ mit Johannes Wiltschko als Co-Autor.

Es ist ein „gesprochenes Buch“, das hier vorliegt – gesprochen von Gendlin in seiner zweiten/ersten Sprache, dem „altmodischen Wienerisch“. Wiltschko beschreibt im Vorwort, wie aus den von Gendlin gesprochenen Worten ein druckreifer Text wurde. Es ist so gelungen, die Frische des Erlebens für den Empfänger zu erhalten, die dem Vorgang des Focusing entspricht. Und das macht den Charme dieses Buches aus, dem Meister bei der Arbeit „auf's Maul zu schauen“ – die, die ihn kennen, sehen ihn direkt vor sich.

Die Grundlage für dieses Werk bilden Tonband- und Videoaufnahmen der 90er Jahre von in Deutschland und in Österreich gehaltenen Seminaren, die auch – in gewohnter Weise – Live-Sitzungen mit Teilnehmern und Teilnehmerinnen beinhalten. Gendlin sprach durchwegs ohne Manuskript auf deutsch, so dass ein Teil der Lebendigkeit des Vortrages manchmal auf Kosten der Ausgewogenheit des darzustellenden Gegenstandes geht. Die reichhaltige weiter-

führende Literatur ermöglicht – falls erwünscht – eine intensivere Auseinandersetzung. Ich möchte an dieser Stelle die ÖGWG (Österreichische Gesellschaft für klientenzentrierte Psychotherapie und personzentrierte Gesprächsführung) und die Österreichische Gesellschaft für Phänomenologie in Wien (Prof. Dr. Helmut Vetter) dankbar erwähnen, die im Sommer 1996 einen Teil dieser Vorträge und Workshops ermöglicht haben.

Wiltschkos Kapiteleinteilung wird den zwei Seiten Gendlins gerecht, dem Philosophen und dem Psychotherapeuten. Kapitel, die mit „Philosophische Anstöße“ überschrieben sind, wechseln mit Kapiteln, die mehr psychotherapeutischer Natur sind. Der vorletzte Abschnitt, „Partnerschaftliches Focusing“, ist insofern ein Fremdkörper, als er aus dem Amerikanischen übersetzt wurde.

Gendlins Haltung ist in beiden Fällen im besten Sinne personzentriert, die Synthese von Denken und Sprechen aus dem Felt Sense wird auf unkonventionelle Weise spürbar. Das Verhältnis zwischen Konzept und Technik einerseits und Beziehung andererseits wird gut sichtbar. Es ist das Ergebnis jahrzehntelanger intensiver philosophischer und psychotherapeutischer Arbeit – auch mit schwer verstörten Menschen.

Ein paar mir besonders wichtig erscheinende Stellen möchte ich herausgreifen:

„Man muss dem Klienten erlauben, uns zu unterrichten, wie man mit ihm und seiner speziellen Situation umgehen kann“ (S. 144). Oder über die Kontinuität der Person: „Wir müssen dem Prozess selbst erlauben, uns zu lehren, wie das geht und wie das gehen soll.“ (S. 151)

Dieser Satz verweist auf die Bedeutung des Stockens eines therapeutischen Prozesses, dort wo Neues geduldig erwartet werden kann – aus dem „körperlichen Wissen“ heraus – aus dem von innen gefühlten Körper, der konkret als Interaktion mit der Welt lebt. In dieser Situation ist nichts als Zuhören gefragt. Das Weiterentwickeln des Impliziten, das Explizieren hat seine eigene Ordnung, auf die wir vertrauen können, dass sie etwas Neues bringt, nämlich den Veränderungsschritt:

„Der Unterschied zwischen einer bloßen hohlen Behauptung und einem Veränderungsschritt im Körper und in der Körperenergie ist nicht zu übersehen. Wie viel Klient und Therapeut auch wissen, ein Schritt ist immer subtiler als das, was man vorher gedacht hat.“ (S. 191)

Gendlin macht auch Mut zu Fehlern, er wirkt nirgends apodiktisch, er bewegt sich leichtfüßig und liebevoll. So betont er auch immer wieder: Focusing allein ist keine Therapie. Focusing ist ein Zentrum, das jede therapeutische Methode echter macht (S. 95).

Zum Abschluss möchte ich noch sein bekanntes Credo setzen. Es ist immer jemand drinnen (S. 147).

Dieses praxisorientierte Buch ist für Anfänger und fortgeschrittene Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen gleich empfehlenswert.

Christian Korunka, Joachim Sauer, Kornelia Steinhardt und Brigitte Lueger-Schuster

Der Stellenwert des Personzentrierten Ansatzes in der Supervision

Eine empirische Bestandsaufnahme

Zusammenfassung: Die Supervision befindet sich in Österreich auf dem Weg einer zunehmenden Professionalisierung. Erkennbar wird dies z. B. durch die Gründung und die Bestrebungen der Österreichischen Vereinigung für Supervision (ÖVS) zur Entwicklung eines Berufsbildes von Supervision, aber auch durch die Definition von Kriterien für Supervision im Rahmen der Psychotherapie durch den Berufsverband der Psychotherapeuten (ÖBVP). Eine analoge Entwicklung einer Professionalisierung ist ebenfalls für die Supervision im Bereich des Personzentrierten Ansatzes erkennbar.

Im vorliegenden Beitrag wird der Stellenwert des Personzentrierten Ansatzes auf der Basis einer Analyse von Daten aus der Studie „Supervision in Österreich“¹ beurteilt. Insgesamt liegen in dieser Repräsentativerhebung die Einschätzungen von 636 Supervisoren/innen vor, von denen 99 eine abgeschlossene Person-/bzw. Klientenzentrierte Ausbildung (Psychotherapie bzw. Beratungsausbildung) besitzen.

Es bestätigt sich, dass der Person-/Klientenzentrierte Ansatz gut in der österreichischen Supervisionsszene vertreten ist. Es kann gezeigt werden, dass die berufliche Sozialisation das Selbstverständnis und die Ausübung der Supervision bestimmt. Die Supervisoren/-innen mit Person-/Klientenzentrierter Ausbildung weisen aufgrund ihrer Sozialisation ein eher „therapeutisches“ Selbstverständnis auf, was u. a. in ihren sonstigen Tätigkeitsschwerpunkten, den Supervisionssettings, den Inhalten und den Orten der Supervision zum Ausdruck kommt.

Stichwörter: Person-/klientenzentrierte Supervision, Studie „Supervision in Österreich“, berufliche Sozialisation, Entwicklung der Person-/Klientenzentrierten Supervision

Zur Geschichte der Supervision in Österreich

In Österreich entwickelten sich die Vorläufer und die ersten Anfänge von Supervision vorwiegend im Kontext der Wiener Sozialgesetzgebung und der Psychoanalyse: Die ersten Anfänge von Supervision in der Zwischenkriegszeit sind, wie Sauer (1997) in Anlehnung an Fiala (1986) aufzeigt, eng mit der Psychoanalyse und der Sozialpolitik des „Roten Wien“ verknüpft. In unterschiedlichen Initiativen waren psychoanalytische Pädagogen/innen (wie etwa August Aichhorn, Anna Freud u. a.) bemüht, mit Mitarbeitern/-innen in sozialen Berufen, wie Kindergärtnerinnen, Fürsorgern/-innen, Lehrern/-innen etc. Empathiefähigkeit, Frustrationstoleranz und Verständnis für Übertragungsprozesse in ihren pädagogischen Arbeitsfeldern zu entwickeln.

An diese Tradition wurde nach dem Zweiten Weltkrieg angeknüpft, um in Wien die Fürsorge neu aufzubauen. In der Tradition von Casework und psychoanalytischer Fallbesprechung gab es zahlreiche Initiativen in der sozialen Arbeit, die in den 60er-Jahren zu einem psychoanalytisch orientierten Verständnis von Supervision im Bereich der Bewährungshilfe, der Sozialarbeit und der Sozialverwaltung in Wien führte.

Die Entwicklung von Supervision in Österreich nach dem Zweiten Weltkrieg war stark von Psychotherapeuten/-innen getragen: Als sich vorwiegend in den 70er-Jahren Supervision sowohl in anderen Arbeitsfeldern, vor allem im pastoralen und kirchlich dominierten Sozial- und Bildungsbereich, als auch außerhalb Wiens in den übrigen Bundesländern zu verbreiten begann, war der Einfluss verschiedener psychotherapeutischer Schulen sehr groß (Sauer 1997). Gotthardt-Lorenz (1986) weist ebenfalls darauf hin, dass Psychotherapeuten/-innen in der Phase der österreichweiten Verbreitung von Supervision auffallend stark vertreten waren und somit die Supervisionslandschaft geprägt hatten.

Es existieren derzeit zwei Organisationen in Österreich, die für die Supervision und deren Entwicklung von unterschiedlicher Bedeutung

1 Diese Studie wurde in Zusammenarbeit des Instituts für Psychologie der Universität Wien (Christian Korunka, Brigitte Lueger-Schuster), des Instituts für Pädagogik der Universität Wien (Kornelia Steinhardt) und des Instituts für Psychologie der Universität Salzburg (Jochen Sauer) durchgeführt. Studentische Mitarbeiterinnen waren Natascha Klinser und Kathrin Gstach-Wolkersdorfer.

sind: die „Österreichischen Vereinigung für Supervision“ (ÖVS) und der „Österreichische Bundesverband für Psychotherapie“ (ÖBVP).

Im Jahr 1994 wurde die ÖVS als Berufs- und Fachverband für Supervision in Österreich gegründet, um die Qualität und Weiterentwicklung von Supervision in Praxis und Ausbildung zu sichern (Gotthardt-Lorenz 1996; Sauer 1997, 38f). Besondere Ziele der ÖVS sind neben der Qualitätssicherung von Supervision durch Präzisierung des Berufsbildes die Festlegung und Prüfung von Ausbildungsstandards auch die Verbreitung und Entwicklung von Supervision im internationalen Austausch (ÖVS 1999). Die ÖVS unterstützt die Entwicklung einer eigenständigen beruflichen Identität als Supervisor/-in unabhängig von den jeweiligen Quellenberufen der Mitglieder. Die ÖVS versteht sich als Berufsverband für Supervisoren/-innen, die eine von der ÖVS anerkannte Supervisionsausbildung (bzw. in einer bis 1997 abgelaufenen Übergangsfrist entsprechende Äquivalente) absolviert haben und umfasst derzeit ca. 850 Mitglieder.

Der ÖBVP ist der Berufsverband für in Österreich anerkannte Psychotherapeuten/-innen. In Österreich gilt seit 1990 das Psychotherapiegesetz, welches Zulassungsvoraussetzungen, Ausbildung, Aufgabenfeld und Titelschutz für Psychotherapeuten/-innen festlegt (Kierein/Pritz/Sonneck 1991). Der ÖBVP, der mit der Verabschiedung des Gesetzes gegründet wurde, sieht im Unterschied zum Supervisionsverständnis der ÖVS Supervision als integralen Teil der Berufstätigkeit von Psychotherapeuten/-innen an (Pritz 1996, 65). Innerhalb dieses Berufsverbandes hat sich eine „Arbeitsgruppe Supervision“ gebildet, die eine Liste all jener Psychotherapeuten/-innen erstellt hat, die auch supervisorisch arbeiten. Voraussetzung dafür ist die Erfüllung der folgenden Anforderungen: mindestens fünf Jahre lang praktische Erfahrung als Psychotherapeut/-in, in den letzten fünf Jahren mindestens 250 Stunden Praxis als Supervisor/-in und hierfür im Ausmaß von mindestens 50 Stunden selbst supervidiert worden zu sein (Fehlinger 1997, 8). Derzeit umfasst diese Liste der Supervisoren/-innen des ÖBVP ca. 830 Personen.

Über diese beiden Verbände etablierten sich zwei „Öffentlichkeiten“ mit einem zumindest teilweise unterschiedlichen Verständnis von Supervision, welche die österreichische Supervisionslandschaft prägen. Während bei der ÖVS all jene Supervisoren/-innen organisiert sind, die eine ÖVS-erkannte Ausbildung haben (oder während der Übergangsregelungen äquivalente Qualifikationen nachweisen konnten), sind beim ÖBVP zwangsläufig jene Supervisoren/-innen organisiert, die in erster Linie Psychotherapeuten/-innen und zusätzlich als Supervisoren/-innen tätig sind. 160 Supervisoren/-innen sind Mitglied in beiden Organisationen.

In Österreich gibt es überproportional viele Ausbildungsträger für Supervision: Bei einer Gesamtpopulation von knapp 8 Millionen Einwohnern gibt es derzeit 18 Supervisionsausbildungen, die von der ÖVS anerkannt sind, und drei, die sich augenblicklich im Beobachtungsstadium befinden. Zum Vergleich: In Deutschland existieren bei einer Gesamtbevölkerung von knapp 80 Millionen Menschen 33 Ausbildungen, die von der DGSV anerkannt sind. Über die Zahl von

18 Ausbildungen hinausgehend gibt es noch weitere Lehrgänge, die nicht von der ÖVS anerkannt sind, da sie den Standards der ÖVS nicht entsprechen. Es ist zu erwähnen, dass einige der ÖVS-erkannten Ausbildungsträger (aufgrund des Überangebots von Ausbildungen) im Augenblick keine Lehrgänge durchführen.

Supervision und der Personzentrierte Ansatz

Supervision kann als die Anleitung zur Reflexion beruflichen Handelns im Hinblick auf die jeweiligen Arbeitsaufgaben betrachtet werden (vgl. Gotthardt-Lorenz 1999) und schafft dadurch Entlastung bei der Gestaltung beruflicher Rollen in und außerhalb von Organisationen. „Die Methode Supervision impliziert, dass Supervisoren/-innen bezogen auf das Handlungsfeld Supervision und für deren Anwendungsfälle Wissen aus diesen Bereichen so weit zur Verfügung haben, dass ihnen das Zusammenspiel von persönlichkeits-, gruppen-, organisations- und gesellschaftsbedingten Faktoren unterschiedliche Perspektiven in der konkreten Arbeit eröffnen können und ihnen weiterführende Frage- und Forschungsimpulse ermöglichen.“ (Gotthardt-Lorenz 1999, 61)

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach dem Beitrag des Personzentrierten Ansatzes für die Entwicklung der Supervision. Dabei wird an dieser Stelle kurz die Bedeutung des Personzentrierten Ansatzes im Rahmen der Supervision psychotherapeutischer Praxis (inkl. Ausbildungssupervision) und im Kontext von Organisationen diskutiert.

Der Personzentrierte Ansatz und die Supervision psychotherapeutischer Arbeit

Rogers betont an verschiedenen Stellen (z. B. 1951a; 1957a) auch für die Supervision immer wieder die *Wichtigkeit des zwischenmenschlichen Klimas* zwischen Supervisor/-in und Supervisand/-in in Übereinstimmung mit seiner therapeutischen Sichtweise (analog den therapeutischen Kernbedingungen). Die ersten supervisorischen Ansätze wurden dabei vor allem im therapeutischen und im Ausbildungsbereich entwickelt und später auch auf das Feld der Pädagogik übertragen (Rogers 1969a; Grodeck 1987).

Der/die Supervisor/-in ist die förderliche Quelle der Anregung und Klärung, die es dem/der Supervisanden/-in erlaubt, in einem größtmöglichen Ausmaß durch die Reflexion psychotherapeutischen Handelns zu selbstkritischen Einsichten zu gelangen, um die (therapeutische) Arbeit angemessener zu gestalten bzw. zu verbessern.

Diese Funktion wurde von Rogers auch in seinen späten Jahren betont (vgl. dazu das Interview in Hackney/Goodyear 1984, 283f). *Personzentrierte Supervision* kann dabei *phasenweise* zu einer *modifizierten Form unterstützender „therapeutischer“ Gespräche* werden, die Grenzen sind jedoch dadurch gesetzt, dass in der Supervision psychotherapeutischer Praxis (und im erweiterten Sinne bei jeglicher

sozialer Arbeit) auch das Wohl der Klienten/-innen – neben dem Wohl der Therapeuten/-innen bzw. Supervisanden/-innen – berücksichtigt werden muss.

Personenzentrierte Supervision im psychotherapeutischen Feld und in der Ausbildung ist nicht (heimliche) Psychotherapie, bei der es vorwiegend um die persönliche Entwicklung der Supervisanden/-innen geht, sondern es geht um deren therapeutische Qualifizierung. Somit enthält auch personenzentrierte Supervision (nicht nur in Ausbildungen; vgl. Linster/Panagiotopoulos 1994) einen *bewertenden Aspekt, der über das rogerianische Konzept der „facilitative supervision“ hinausgeht*.

Auckenthaler (1992; 1995, 150f) hat versucht, die personenzentrierte Supervision mit der argumentativen Kommunikation von Habermas in Verbindung zu bringen. Zur Sensibilisierung diskursiver Momente in der Supervision unterstreicht Auckenthaler, *dass förderliche Kommunikationsbedingungen bzw. Grundhaltungen eine notwendige Voraussetzung für die Argumentation einer kritischen Haltung sind*.

„Die Verbindung zwischen einer kritischen und einer wohlwollenden Haltung, wie sie in dieser Rekonstruktion von klientenzentrierter Supervision zum Ausdruck kommt, rechtfertigt es meiner Meinung nach, klientenzentrierte Supervision (im ‚Idealfall‘) als ein besonders überzeugendes Beispiel für eine ‚fehlerfreundliche Situation‘ zu betrachten“ (Auckenthaler 1995, 156).

„Fehlerfreundlich“ ist jedoch nicht als „Übergehen von Fehlern“ zu verstehen, sondern im Sinne des „Lernens aus Fehlern“, was jedoch eine Bereitschaft zu Selbstkritik und förderliche Interaktionsbedingungen zwischen den handelnden Personen in der Supervision voraussetzt. Ein/-e Supervisand/-in wird in der Supervision so lange auf die „Fehlertoleranz“ der übrigen Supervisionsteilnehmer/-innen bauen können, so lange er/sie selbst glaubwürdig (kongruent und transparent) zeigen kann, dass er/sie die Prämisse der „Fehleranfälligkeit“ therapeutischen Handelns auch auf sein/ihr eigenes Handeln bezieht und die Supervision als Lernsituation nutzen möchte. Dies gilt letztlich auch für den/die Supervisor/-in, sonst erscheint die kritische Funktion von Supervision gefährdet und schlägt in Resignation oder Verärgerung um.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Grundhaltungen des Personenzentrierten Ansatzes besonders gute und notwendige Voraussetzungen für eine „fehlerfreundliche“ Atmosphäre in Supervisionsprozessen und damit für die Kernkompetenz zur Anleitung von aufgaben- und berufsbezogener Selbstreflexion und Selbstexploration darstellen. Es bleibt jedoch die Frage offen, inwieweit dies auch hinreichend für Supervisionen in Organisationen ist.

Der Personenzentrierte Ansatz im Kontext von Organisationssupervision

Supervision in Organisationen wird in der Regel so betrachtet, dass sie nicht ausschließlich von den sie beeinflussenden methodischen

Richtungen zu bestimmen sei – z. B. von systemischem, analytischem, gruppendynamischem und personenzentriertem Denken –, sondern von der speziellen Konzipierung des Gegenstandes Supervision in Organisationen.

Gegenstand von Supervision sind die relevanten Arbeitsbeziehungen und Arbeitsprozesse, wobei der Grundansatz von Organisationssupervision darin besteht, „Angehörige bestimmter Organisationen in der professionellen Gestaltung ihrer auf Menschen ausgerichteten Dienstleistungen zu unterstützen“ (Gotthardt-Lorenz 1997, 207). Die dabei in Organisationen auftretenden belastenden Komplexitäten sind oft Anlässe und Inhalte von Supervisionen. Dies inkludiert die Interaktionen der Supervisanden/-innen mit den Adressaten/-innen ihrer Arbeit (Patienten/-innen, Klienten/-innen, Kunden/-innen, Schüler/-innen etc.), die Interaktionen mit den Kollegen/-innen und Vorgesetzten sowie die Auseinandersetzungen mit den Anforderungen der Organisationen (auch ihren versteckten und heimlichen Aufträgen hinter den Kulissen) und deren gesellschaftlichen und historischen Hintergründen.

Wie bereits erwähnt, liegt die Methode der Supervision in der Anleitung zur aufgabenbezogenen Selbstreflexion der in der Organisation professionell tätigen Personen und basiert nach Gotthardt-Lorenz (1999, 57f) auf unterschiedlichem theoretischen Wissen über das Zusammenspiel von persönlichkeits-, gruppen-, organisations- und gesellschaftsbedingten Faktoren. Ziel der Supervision ist letztlich die Qualifizierung der zu leistenden Arbeit. Supervision in Organisationen unterstützt Supervisanden/-innen bei der (emotionalen) Bewältigung der Arbeitsaufgaben, beim Aufbau befriedigender Arbeitsverhältnisse und bei der Perspektivenfindung in den jeweiligen komplexen Arbeitsprozessen. Das Verstehen der Komplexität von Organisationen führt zu Entlastung und zu neuen Handlungsperspektiven.

Dazu bedarf es seitens der Supervisoren/-innen entsprechender Erfahrungen und *Kenntnisse für Struktur und Dynamik beruflicher Arbeitsfelder und Organisationen*.

Die unterschiedlichen Rollen, in denen sich ein/-e Supervisor/-in in Organisationen bewegt, sind integraler Bestandteil des Konzeptes von Organisationssupervision (Gotthardt-Lorenz 1997). In der *Rolle des/der institutionell Handelnden* entwickelt der/die Supervisor/-in ein in der Organisation und dem Auftrag adäquat angepasstes Supervisionssystem; in der *Rolle des/der Experten/-in für Struktur und Dynamik beruflichen Handelns* unterstützt der/die Supervisor/-in die Reflexions- und Analysearbeit, um die Supervisionsthemen und Supervisionsprozesse in den Kontext der Komplexität der Organisation und der Arbeitsfelder zu stellen; in der *Rolle des/der „institutionell Betroffenen und Distanzierten“* ist der/die Supervisor/-in wie alle Beteiligten in die dynamischen Prozesse der Organisation involviert. Durch die externe Position ist es teilweise möglich und notwendig, zu diesen Verwicklungen in Distanz zu treten (z. B. Reflexion geheimer Aufträge, impliziter Übernahme vakanter Funktionen etc.).

Daraus leitet sich ab, dass Supervisoren/-innen, die in Organisationen arbeiten, sich nicht auf die emotionalen Befindlichkeiten ihrer Supervisanden/-innen beschränken dürfen (deren inneres Bezugssystem), sondern die institutionellen Aspekte (Organisationsstruktur, Organisationskultur, Leitbilder, Organisationsabläufe etc.) als quasi äußeres Bezugssystem in ihrer Widerspiegelung auf das berufliche Handeln der Personen begreifen müssen (s. dazu aus personenzentrierter Sicht Schmid 1997).

Kinzinger (1994) verweist auf die Gefahr und das Missverständnis von Supervision, wenn zu „therapeutisch“ orientierte Supervisoren/-innen – besonders in Organisationen mit helfenden Berufen – Supervisionen zu Gruppentherapien bzw. gruppendynamischen Selbsterfahrungen umfunktionieren und damit die Bedeutung der beruflichen Rollen, den institutionellen Faktor und die Erfüllung der Arbeitsaufgaben zu sehr außer Acht lassen.

Abschließend scheint der Gedanke von Buchinger (1999) wichtig, dass die Zukunft der Supervision vermutlich weniger in der Reflektion immer spezialisierter werdender Professionen liegt, sondern verstärkt in der Reflektion interdisziplinärer Zusammenarbeit zur Erfüllung beruflicher Aufgaben – also der Organisation.

Der Personzentrierte Ansatz könnte hier einen besonderen Beitrag in der Supervision zu einem partizipativen Modell der Mitarbeiter/-innen an der Organisationsentwicklung liefern. Zur Theoriebildung des Personzentrierten Ansatzes in Organisations supervisionen hat eine Auseinandersetzung in den letzten Jahren begonnen und spiegelt sich in einer gemeinsamen Ausbildung „Person-/Klientenzentrierte Supervision und Organisationsentwicklung“ des Instituts für Personzentrierte Studien (IPS) der „Arbeitsgemeinschaft Personzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision“ (APG) und der „Österreichischen Gesellschaft für wissenschaftliche, klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung“ (ÖGwG) wider, die gegenwärtig im beobachteten Status der ÖVS ist (IPS der APG/ÖGwG 1999).

Zur Bedeutung und zum Stellenwert des Personzentrierten Ansatzes in der österreichischen Supervisionsszene können die Detailergebnisse aus einer gemeinsamen Studie von Steinhardt/Korunka/Sauer/Lueger-Schuster (2000), die im Folgenden dargestellt werden, einen Beitrag leisten.

Die Studie „Supervision in Österreich“

Ziele der Studie

Bisher liegen in Österreich keine fundierten empirischen Daten über die Lage des Berufsfeldes der Supervision vor. Die Studie „Supervision in Österreich“ sollte erstmals solche Informationen liefern.²

- Es sollten soziodemographische Angaben über die Berufssituation als Supervisor/-in, über das Ausmaß und die Gestaltung der supervisorischen Tätigkeit, über die berufliche Qualifikationen und Feldkompetenzen wie auch über die Supervisionsausbildungen erfasst werden.
- Ein besonderes Anliegen der Studie bestand darin, Informationen über das berufliche Selbstverständnis als Supervisor/-in zu erhalten. Dazu zählen neben der Frage nach den Motiven für diese Berufswahl auch das Wissen über die Herangehensweise der Supervisoren/-innen an Supervisionsprozesse und deren Gestaltung, über die Persönlichkeitskonzepte der Supervisoren/-innen und über die Anwendungen von spezifischen Methoden und Interventionsformen durch sie.
- Weiters wurde untersucht, ob Supervisoren/-innen mit dem Beruf zufrieden sind und welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung sie setzen.
- Abschließend wurde erhoben, wie sich die Supervisoren/-innen zu berufspolitischen Themen stellen und welche Vorstellungen sie sich über die zukünftige Stellenwert von Supervision machen.

Stichprobe und Durchführung

Im Rahmen von zahlreichen Arbeitssitzungen des Forscherteams wurde ein Fragebogen entwickelt, der mit 45 Fragenbereichen die oben genannten Themen umspannte. Interviews mit Experten/-innen dienten als weitere Informationsquelle und zur Feinabstimmung des Fragebogens. Vor der endgültigen Erhebung wurde ein Pilottest durchgeführt.

Um ein möglichst vollständiges und repräsentatives Bild der Lage der Supervision in Österreich zu gewinnen, wandten wir uns an die beiden Vereinigungen, in denen Supervisoren/-innen organisiert bzw. erfasst sind: Es wurden all jene Supervisoren/-innen kontaktiert, die entweder Mitglied der ÖVS (Österreichische Vereinigung für Supervision) oder in der Supervisorenliste des ÖBVP (Österreichischer Berufsverband für Psychotherapie) eingetragen sind.³ Der Fragebogen wurde österreichweit an insgesamt 1478 Supervisoren/-innen geschickt.

Mit der Festlegung, nur jene Supervisoren/-innen anzuschreiben, die Mitglied in einem der beiden Verbände sind, wurden all jene Supervisoren/-innen von der Untersuchung ausgeschlossen, die in keinem der beiden Vereine organisiert sind. Über die Größe dieser Gruppe liegen keine Zahlen vor. Es ist zu vermuten, dass jene Supervisoren/-innen, die vorwiegend in der Wirtschaft bzw. in Profitunternehmen tätig sind, häufig nicht in den beiden genannten Verbänden organisiert und daher in der Gesamtstichprobe unterrepräsentiert sind.

2 Zu einem ersten Überblick und wichtigen Ergebnissen der Studie siehe Steinhardt/Korunka/Sauer/Lueger-Schuster (2000).

3 Wir möchten uns an dieser Stelle bei der ÖVS und dem ÖBVP für ihre Kooperationsbereitschaft und für ihre finanzielle Unterstützung bedanken.

636 Fragebögen konnten ausgewertet werden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 42 %. Die Repräsentativität der Stichprobe kann angenommen werden, da die Geschlechts- und Altersverteilung den vorhandenen Statistiken in den Mitgliederverzeichnissen entspricht.

Da es bisher auch keine genaueren soziodemographischen Angaben zu den Supervisoren/-innen gibt, baten wir die Befragten um Auskünfte zum Alter, über die Größe ihres Arbeitsortes, ihre Ausbildungen und Zusatzqualifikationen. Zusammenfassend ergibt sich folgendes Bild:

- Mit 63,5 Prozent ist der Anteil von weiblichen Supervisoren deutlich höher als jener der männlichen Supervisoren⁴. Hier ist – ähnlich wie in anderen Bereichen der psychosozialen Versorgung – der Trend wahrzunehmen, dass dieses Arbeitsfeld überwiegend für Frauen attraktiv erscheint.
- Beinahe drei Viertel aller Supervisoren/-innen arbeiten vorwiegend in Großstädten (Städte über 100.000 Einwohner). Dazu zählen in Österreich Wien, Graz, Linz, Salzburg und Innsbruck. Überwiegend in ländlichen Regionen arbeiten hingegen nur 7,5 Prozent der Befragten.

Insgesamt arbeiten fast die Hälfte aller Supervisoren/-innen in Wien. Dies hat zur Folge, dass sich im Großraum Wien eine enorme Dichte an Supervisoren/-innen ergibt. Zwei Gründe dürften dafür ausschlaggebend sein: Zum einen ist Supervision in Wien schon länger etabliert als in anderen Regionen, zum anderen konzentrieren sich auf Wien, den einzigen großen Ballungsraum Österreichs, zahlreiche psychosoziale Einrichtungen, ein Großteil der öffentlichen Verwaltung, überproportional viele Bildungsorganisationen und eine Vielzahl von Wirtschaftsbetrieben, also jene Einrichtungen, in denen Supervision am ehesten in Anspruch genommen wird.

Der Altersdurchschnitt der Befragten ist mit 45,5 Jahren relativ hoch. Dies resultiert vor allem daraus, dass Supervision eine Zusatzqualifikation zu einem ausgeübten Grundberuf darstellt, die erst nach langjähriger Berufstätigkeit erworben werden kann.

Wenn Supervisoren/-innen ein Universitäts- bzw. ein Akademiestudium abgeschlossen haben (58 % der Erhebungsstichprobe), so geschah das in den überwiegenden Fällen in den folgenden Studienrichtungen: Psychologie (24 %), Sozialarbeit (21 %), Lehrerbildung (20 %), Pädagogik (12 %), Theologie (10 %), Philosophie (4 %), Soziologie (4 %) und Medizin (3 %).

Die Haupttätigkeiten der Supervisoren/-innen sind im überwiegenden Maße die Psychotherapie, gefolgt von der Erwachsenenbildung, vom Schulbereich, von der Sozialarbeit und von anderen Beratungstätigkeiten. Von nur wenigen Supervisoren/-innen werden Organisationsentwicklung, Psychologie und Seelsorge als Hauptbetätigungsfeld genannt.

Ergebnisse

Supervision: Ein „Nebenjob“ für Idealisten?

Ein erstes wichtiges Ergebnis der Gesamtstudie betrifft das Zeitausmaß der beruflichen Ausübung von Supervision: Mehr als ein Drittel der Supervisoren/-innen geben an, Supervision maximal 1 bis 2 Stunden pro Woche auszuüben. Weitere 23 % geben hier 3 bis 4 Stunden pro Woche und 17 % geben 5 bis 6 Stunden pro Woche an. Andererseits arbeiten nur 20 der befragten Personen (3 %) mehr als 20 Stunden pro Woche als Supervisoren/-innen. Wenn man darüber hinaus berücksichtigt, dass der überwiegende Teil der Befragten angibt, mehr als 40 Stunden pro Woche zu arbeiten, ist klar erkennbar, dass Supervision in der Regel nur eine Zusatzbeschäftigung mit geringem zeitlichen Umfang darstellt. Bestätigt wird dies auch dadurch, dass der überwiegende Teil der Befragten angibt, nur einen sehr geringen Anteil seines Gesamteinkommens aus dem Tätigkeitsfeld der Supervision zu beziehen. In Übereinstimmung damit steht auch die Tatsache, dass fast alle Befragten mehrere berufliche Schwerpunkte angeben, und die Supervision hier meist als ein weniger bedeutsamer Schwerpunkt gereiht wird. Als hauptberufliche Supervisoren/-innen bezeichnen sich nur rund 6 % der Befragten!

Die meisten der Befragten (84 %) sind mit dem Ausmaß ihrer supervisorischen Tätigkeit zufrieden. Nur ein geringer Teil würde sich wünschen, Supervision in vermehrtem Umfang auszuüben⁵.

Supervision besitzt bei den Ausübenden in der Regel den Status einer zusätzlichen beruflichen Möglichkeit, die meist auch nur in sehr geringem Umfang ausgeübt wird. Es ist daher eine „klassische“ Nebentätigkeit, die zusätzlich zu anderen beruflichen Tätigkeiten ausgeübt wird. Der überwiegende Teil der befragten Supervisoren/-innen ist mit dieser Rolle der Supervision in ihrem gesamten beruflichen Selbstverständnis zufrieden.

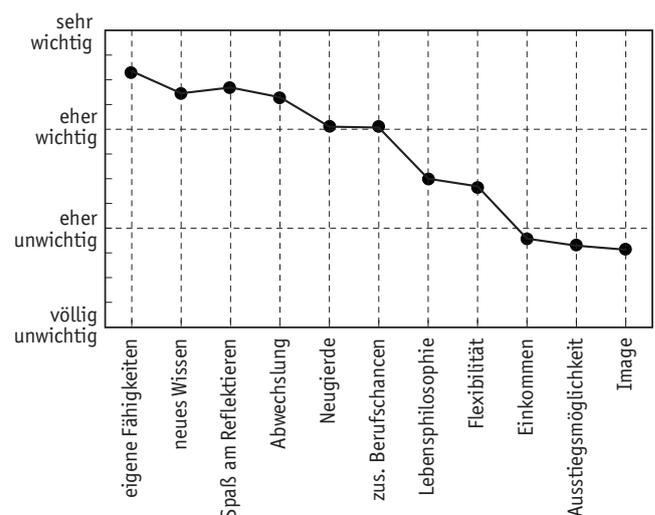


Abbildung 1: Motive zur Berufswahl der Supervision

4 Interessant in diesem Zusammenhang sind die Befunde aus unserer Studie, die auf eindeutige Gender-Effekte in der beruflichen Identität der Supervisoren/-innen hinweisen (Klinser 2000).

5 Die Supervisoren/innen mit person-/klientenzentrierter Ausbildung weisen hier vergleichbare Charakteristika auf.

Die Motive für die Berufswahl der Supervision sind weit gestreut. Abbildung 1 gibt einen Überblick über diese Motive und die Einschätzung der Wichtigkeit aus der Sicht der Befragten.

Es zeigen sich große Unterschiede in der Wichtigkeit einzelner Motive, die für die Berufswahl der Supervision entscheidend waren. Ein deutliches Bild ergibt ein Vergleich der Motive, die im Mittel als besonders wichtig eingeschätzt werden, mit den Motiven, denen insgesamt eine sehr geringe Bedeutung zukommt: Zu den besonders wichtigen Motiven gehören solche, die zum Ausdruck bringen, dass die Ausübung der Supervision die Umsetzung und Weiterentwicklung eigener Fähigkeiten ermöglicht. Am anderen Ende des Spektrums finden sich Motive, die auf eine Wichtigkeit der Supervision im Sinne einer Existenzsicherung (Einkommen, Möglichkeit zum Ausstieg aus dem bisherigen Beruf) hinweisen.

Supervision ist eine Nebentätigkeit mit relativ geringem Zeitumfang, deren besonderes Merkmal darin besteht, dass hier die Möglichkeit der Umsetzung eigener Fähigkeiten und der „Spaß an der Ausübung“ im Vordergrund stehen. Abwechslung (vom sonstigen beruflichen Alltag) ist möglich, das Wissen wird vergrößert, die Neugierde befriedigt. Supervision scheint also – zumindest zum derzeitigen Zeitpunkt – vorwiegend ein „Nebenjob für Idealisten“ zu sein, bei dem die berufliche Sicherheit im Vergleich zur Freude an der Ausübung eine weitaus geringere Bedeutung besitzt.

Supervision und Psychotherapie: Die Position des Personzentrierten Ansatzes

Neben einer abgeschlossenen Berufsausbildung bzw. einem abgeschlossenen Studium haben 63 Prozent der Supervisoren/-innen eine Psychotherapieausbildung absolviert.⁶ Diese Tatsache untermauert die enge Verbindung zwischen Supervision und Psychotherapie in der Phase der Professionalisierung der Supervision in Österreich. Diese Verbindung wird auch dadurch erkennbar, dass ebenfalls rund zwei Drittel der Befragten eine abgeschlossene Supervisionsausbildung besitzen; rund 28 % geben an, sowohl eine Supervisions- als auch eine Psychotherapieausbildung absolviert zu haben.

Der größte Anteil abgeschlossener Therapieausbildungen ist systemischen Richtungen zuzuordnen (20 %), gefolgt von person-/klientenzentrierten Ausbildungen (16%; n=99)⁷, Gestalttherapie (12 %) und tiefenpsychologischen Ausbildungen (11 %). Einen

6 In die Psychotherapeutenliste des Gesundheitsministeriums eingetragen sind 49 Prozent der Befragten. Die Differenz zu den hier genannten 63 Prozent der Supervisoren/-innen mit Psychotherapieausbildung ergibt sich aus der Tatsache, dass nicht alle Personen mit Psychotherapieausbildungen sich in die ministerielle Liste eingetragen ließen, bzw. dass sie Psychotherapieausbildungen gemacht haben, die nicht gesetzlich anerkannt sind (wie etwa Bioenergetik, Körpertherapie). Aufgrund der Rücklaufquote wird erkennbar, dass sich auch unter den Mitgliedern der ÖVS zahlreiche Psychotherapeuten/-innen befinden

7 99 Personen geben an, eine person- bzw. klientenzentrierte Ausbildung abgeschlossen zu haben, wobei hier nicht nach der konkreten Ausbildungseinrichtung (ÖGwG, IPS der APG, APG-Forum, VRP) gefragt wurde.

Abschluss einer verhaltenstherapeutischen Therapieausbildung besitzen hingegen nur knapp 3 % der Befragten.

Abbildung 2 zeigt die Verteilung der therapeutischen „Schulen“ (hier im Sinne von einschlägigen Abschlüssen bzw. Weiterbildungen in entsprechenden Ausbildungen) der befragten Supervisoren/-innen. Als Vergleich wird die Verteilung der Schulen bei den österreichischen Psychotherapeuten insgesamt herangezogen.⁸

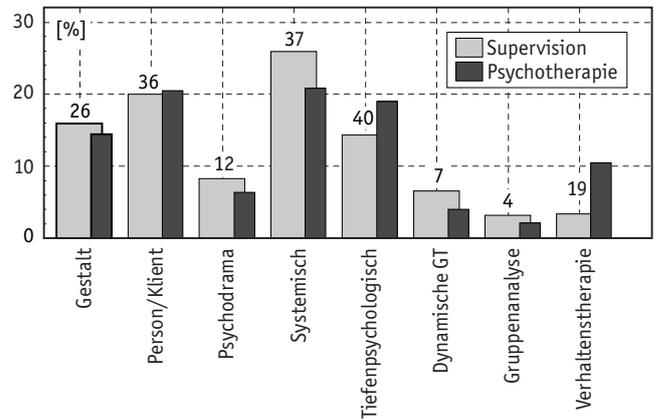


Abbildung 2: Relative Verteilung therapeutischer „Schulen“ in Supervision und Psychotherapie (höhere Prozentwerte aufgrund von Mehrfachangaben; die Summe der beiden grafisch dargestellten Verteilungen ergibt jeweils 100 %).

Der Person- bzw. Klientenzentrierte Ansatz hat sowohl in der Psychotherapie als auch in der Supervision einen relativen Anteil von rund 20%. Systemische Ansätze sind in der Psychotherapie etwa gleich häufig wie der Personzentrierte Ansatz, in der Supervision jedoch häufiger vertreten. Bei den tiefenpsychologischen Schulen zeigt sich ein umgekehrtes Bild. Die Gestalttherapie besitzt in beiden Bereichen einen relativen Anteil von etwas mehr als 15 %, die Verhaltenstherapie hat in der Supervision nur eine geringe Bedeutung.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass der Person-/Klientenzentrierte Ansatz in der Supervision gut vertreten ist. Dieser Ansatz ist einer der beiden relativ am meisten verbreiteten, sowohl in der Psychotherapie, als auch in der Supervision. In der Supervision dominieren humanistische und systemische Ansätze. Diese Ansätze weisen vielleicht wegen der besonderen Betonung selbstreflexiver Komponenten die höchste Kompatibilität mit dem Selbstverständnis der Supervision auf. Lerntheoretische Ansätze haben hier nur eine geringere Bedeutung und erscheinen vielleicht wegen ihres stärker strukturierten Vorgehens weniger kompatibel mit der Supervision zu sein.

8 Quelle: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 1997.

Die Ausbildung und die Tätigkeitsfelder der Personzentrierten Supervisoren/-innen

Ein auffälliger Unterschied zwischen den Supervisoren/-innen mit person-/klientenzentrierter Ausbildung bzw. ohne diese besteht in ihrem Ausbildungsweg: Während rund drei Viertel (73 %) der Supervisoren/-innen ohne person-/klientenzentrierte Ausbildung eine abgeschlossene Supervisionsausbildung besitzen, beträgt dieser Anteil bei den Supervisoren/-innen aus dem person-/klientenzentrierten Bereich nur 28 %.⁹

Die Supervisoren/-innen mit person-/klientenzentrierter Ausbildung geben als ihr wichtigstes Tätigkeitsfeld die Psychotherapie (51 %) an, gefolgt von Erwachsenenbildung (8 %), Universität (7 %) und Psychologie (6 %). Ein weitgehend anderes Bild findet sich hier im relativen Stellenwert der wichtigsten Tätigkeitsfelder der Supervisoren/-innen ohne person-/klientenzentrierte Ausbildung: Psychotherapie (28 %), Erwachsenenbildung (15 %), Schule (11 %), Sozialarbeit (8 %) und Beratung (7 %).

Hier wird erstmals klar erkennbar, dass sich die berufliche Sozialisation von Supervisoren/-innen mit person-/klientenzentrierter Ausbildung von solchen ohne eine derartige Ausbildung stark unterscheidet. Die Supervisoren/-innen mit person-/klientenzentrierter Ausbildung kommen überwiegend aus einer psychotherapeutischen Ausbildung und üben daher auch in vermehrtem Maße die Psychotherapie als ihren wichtigsten Beruf aus. Pädagogik und Sozialarbeit haben als Tätigkeitsfelder eine geringere Bedeutung. Das insgesamt eher „therapeutische“ Selbstverständnis von Supervisoren/-innen mit person-/klientenzentrierter Ausbildung resultiert vermutlich auch aus einem geringeren Anteil an Personen mit abgeschlossener Supervisionsausbildung.

Die Supervisionsfelder der Person-/Klientenzentrierten Supervisoren/-innen

Im überwiegenden Ausmaß geben die befragten Supervisoren/-innen an, im Sozialbereich ihre Supervisionen auszuüben (83 %). Weitere wichtige Felder der Berufsausübung sind der Gesundheitsbereich (57 %), Bildung und Schule (je 37 %), Wirtschaft (25 %) und Kirche (24 %). Einschlägige Feldkompetenz (definiert als eine zumindest fünfjährige berufliche Erfahrung im jeweiligen Feld) besitzen knapp zwei Drittel der Supervisoren/-innen im Sozial- und Gesundheitsbereich und rund 45 % derer im Bildungs- bzw. Schulbereich, allerdings nur ein Drittel der Supervisoren/-innen im Wirtschaftsbereich.

Vergleicht man hier die Supervisoren/-innen mit einer person-/klientenzentrierten Ausbildung mit denen ohne eine derartige

Ausbildung, finden sich einige markante Unterschiede: Während beide Gruppen in einem ähnlich hohen Ausmaß den Sozialbereich als ein Feld der Supervisionsausübung angeben, finden sich die Supervisoren/-innen mit person-/klientenzentrierter Ausbildung vermehrt im Gesundheitsbereich (65 % versus 55 %), und auch etwas häufiger im Bildungsbereich.

Supervision wird weiterhin vorwiegend in den „traditionellen“ Feldern, also im Sozial- und Gesundheitsbereich, ausgeübt. Im Bereich der Wirtschaft ist sie (bisher) nur wenig vertreten; ist diesem Zusammenhang ist allerdings auch zu erwähnen, dass die Feldkompetenz der Supervisoren/-innen im Bereich der Wirtschaft in geringerem Ausmaß vorhanden ist. Dies bestätigt auch die Annahme, dass im Zugang zu den Feldern der Supervision die Feldkompetenz des/der Supervisors/-in eine zentrale Rolle spielt.

Supervisoren/-innen mit einer person-/klientenzentrierten Ausbildung üben die Supervision vermehrt im Gesundheitsbereich und im Bildungsbereich aus. Hier wird deutlich, dass sich die traditionellen Schwerpunkte des Personzentrierten Ansatzes (Gesundheit/Psychotherapie und Pädagogik) auch im Berufsfeld der Supervision wieder finden. Diese Tatsache weist ebenfalls auf die zentrale Rolle der beruflichen Sozialisation, sowohl für die praktische Ausübung als auch für das supervisorische Selbstverständnis, hin.

Settings, Inhalte und Ort der Supervision

Der überwiegende Teil der Supervisoren/-innen arbeitet in freier Praxis. Reine Anstellungen kommen praktisch nicht vor.

Rund ein Drittel der Supervisionen finden im Einzel-Setting statt (32 %). Bei den Gruppen-Settings dominieren Teamsupervision mit (21 %) bzw. ohne (19 %) Vorhandensein der Teamleiter/-innen vor der Gruppensupervision (22 %). Die Supervisoren/-innen mit person-/klientenzentrierter Ausbildung arbeiten im Vergleich etwas häufiger im Einzel-Setting und etwas seltener in Gruppen-Settings.

Die befragten Supervisoren/-innen geben bezüglich der Inhalte ihrer Supervisionen an, jeweils zu rund einem Drittel Fallarbeit, Team-/Gruppenprobleme und Institutions-/Organisationsthemen zu bearbeiten. Auch hier fällt auf, dass bei den Supervisoren/-innen mit person-/klientenzentrierter Ausbildung im Vergleich der Anteil an Fallarbeit etwas höher, der Anteil an Team-/Gruppenproblemen und Institutions-/Organisationsthemen hingegen als etwas geringer angegeben wird.

Mehr als 55 % der Supervisionen finden in den Räumen der jeweiligen Organisation statt, nur 31 % hingegen in der eigenen Praxis der Supervisoren/-innen. Bei den Supervisoren/-innen mit person-/klientenzentrierter Ausbildung zeigt sich ein komplementäres Bild: Sie geben an, dass 55 % ihrer Supervisionen in den eigenen Praxen, und nur 35 % in den Räumen der Organisation stattfinden.

Supervisionen umfassen ein weites Spektrum von Settings und Inhalten. Die „klassische“ Fallarbeit bzw. das Einzel-Setting bestimmen

8 Quelle: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 1997.

9 Zum Befragungszeitpunkt (Frühjahr 1999) hatte noch niemand die gemeinsam von ÖGwG und APG-IPS angebotene Supervisionsausbildung abgeschlossen.

nur rund ein Drittel der Supervisionsprozesse; der überwiegende Teil setzt sich aus verschiedenen Formen von Gruppen-Settings zusammen, wobei hier vorwiegend Team-/Gruppenprobleme sowie institutionelle Themen zur Sprache kommen. Diese Supervisionen finden auch zu einem großen Teil direkt in den Organisationen der Supervisanden/innen statt.

Im Vergleich dazu wird auch hier die starke Sozialisation der Supervisoren/-innen mit person-/klientenzentrierter Ausbildung aus dem Kontext der Psychotherapie erkennbar. Ihre Supervisionen finden häufiger als Fallarbeit im Einzel-Setting statt, wobei der Ort der Supervisionsausübung hier häufiger die eigene (Psychotherapie-)Praxis ist.

Modelle, Techniken und Interventionsformen

In der Supervision kommen – je nach Selbstverständnis des Supervisors – unterschiedliche Modelle, Techniken und Interventionsformen zum Einsatz. Da die befragten Supervisoren/-innen erwartungsgemäß ein sehr unterschiedliches Selbstverständnis von Supervision aufweisen, wurde hier eine umfangreiche Fragenbatterie entwickelt, in der nach der Bedeutung von verschiedenen Modellen, Techniken und Interventionsformen für die eigene Supervisionspraxis gefragt wurde. Auf der Grundlage einer Faktorenanalyse konnten diese Fragen für die Auswertung zu sieben Faktoren bzw. Bereichen zusammengefasst werden: (1) Modelle/Techniken aus der Gestalttherapie und dem Psychodrama, (2) systemische Ansätze und Techniken, (3) Techniken aus der Verhaltenstherapie und klinischen Psychologie, (4) Techniken und Interventionsformen aus den Bereichen Beratung, Organisationsentwicklung und Moderation, (5) Erfahrung (Feldkompetenz und Selbsterfahrung), (6) tiefenpsychologische Modellvorstellungen, und (7) das Modell/Menschenbild des Personzentrierten Ansatzes. Abbildung 3 zeigt die Einschätzungen der Befragten hinsichtlich der Bedeutung dieser Modelle, Techniken und Interventionsformen.

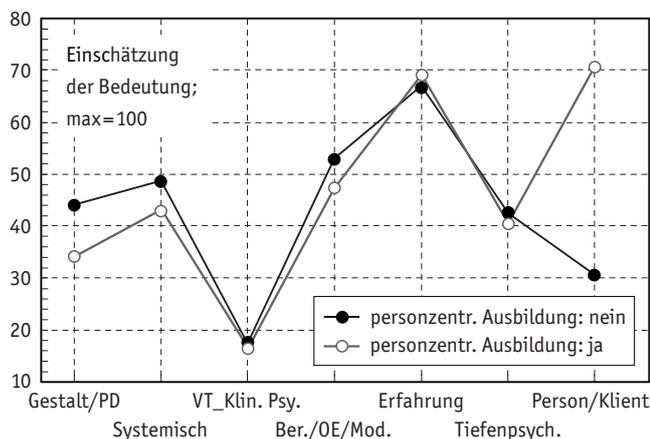


Abbildung 3: Einschätzung der Bedeutung von Modellen, Techniken und Interventionsformen für die eigene Tätigkeit als Supervisor Gestalt/PD (Modelle/Techniken aus der Gestalttherapie und dem Psychodrama) systemisch (systemische Ansätze und Techniken), VT_Klin. Psy. (Techniken aus der Verhaltenstherapie und klinischen Psychologie), Ber./OE/Mod. (Techniken und Interventionsformen aus den Bereichen Beratung, Organisationsentwicklung und Moderation), Erfahrung (Feldkompetenz und Selbsterfahrung), Tiefenpsych. (tiefenpsychologische Modellvorstellungen), Person/Klient (das Modell/Menschenbild des Personzentrierten Ansatzes).

(5) Erfahrung (Feldkompetenz und Selbsterfahrung), (6) tiefenpsychologische Modellvorstellungen, und (7) das Modell/Menschenbild des Personzentrierten Ansatzes. Abbildung 3 zeigt die Einschätzungen der Befragten hinsichtlich der Bedeutung dieser Modelle, Techniken und Interventionsformen.

Abgesehen von der Einschätzung der Bedeutung des Personzentrierten Ansatzes bzw. dessen Menschenbildes insgesamt zeigen beide Einschätzungsprofile einen ähnlichen Verlauf. Einen besonderen Stellenwert für die Supervisionsarbeit besitzt demnach die Erfahrung (hier wurden Feldkompetenz und Selbsterfahrung zu einer Dimension zusammengefasst). Der Bereich „Beratung/Organisationsentwicklung/Moderation“ wird ebenfalls als relativ bedeutsam eingeschätzt, gefolgt von humanistischen, tiefenpsychologischen und systemischen Modellen. Analog zum geringen Anteil an Personen mit lerntheoretischer Ausbildung kommt diesem Bereich nur wenig Bedeutung zu. Das Profil der Einschätzungen der Supervisoren mit person-/klientenzentrierter Ausbildung zeigt einen analogen Verlauf, hier kommt allerdings dem personzentrierten Menschenbild zwangsläufig die zentralste Rolle zu, während andere Therapiemodelle als weniger bedeutsam für die eigene Arbeit eingestuft werden.

Die Einschätzungen der Supervisoren/-innen bezüglich der Bedeutung verschiedener Modelle und Interventionsformen bestätigen einerseits den hohen Stellenwert der Erfahrungsdimension und andererseits den Einfluss der beruflichen Sozialisation, im Besonderen auch über ihre psychotherapeutischen Ausbildungen. Insgesamt scheint sich, zumindest in Ansätzen, ein einheitliches Verständnis der Bedeutung von Modellen und Interventionsformen für die Supervision zu entwickeln. Auffällig ist erneut die geringe Kompatibilität lerntheoretischer bzw. verhaltenstherapeutischer Modellvorstellungen.

Die Supervisoren/-innen mit person-/klientenzentrierter Ausbildung zeigen ein weitgehend analoges „Bedeutungsprofil“, allerdings unter starker Bezugnahme auf den Personzentrierten Ansatz. Man könnte pointiert formulieren: Die Arbeit der Supervisoren/-innen mit einer person-/klientenzentrierten Ausbildung ist weniger durch Unterschiede in bestimmten Interventionsformen, sondern mehr durch die Fundierung in einer personzentrierten Haltung zu beschreiben.

Resümee: Zur Lage des Personzentrierten Ansatzes in der Supervision

Die hier dargestellte Positionierung des Personzentrierten Ansatzes im Berufsfeld Supervision ist eine Momentaufnahme in einem Prozess der Professionalisierung von Supervision und der rasanten Veränderung der Arbeitswelt, auf die im fachlichen Diskurs des Verständnisses und der Praxis von Supervision reagiert werden muss (Heilinger/Peukert/Wustinger 2000). Die Rolle von Supervision in der heutigen Arbeitswelt bewegt sich zwischen Anpassung und Gegensteuerung durch Reflexion (vgl. Heintel 1999; Buer 1999; Sauer 2000),

zentriert in der Grundsatzfrage, wem denn die Supervision diene: der Profession oder der Organisation? In dieser Diskussion um die Problematik, wieviel Selbstreflexivität die Eigenlogik der Organisation eigentlich zulässt, ortet Weigand (2000) möglicherweise einen Perspektivenwechsel in der Konzeptentwicklung von Supervision.

Kennzeichnend für den Personenzentrierten Ansatz ist einerseits die gute Repräsentation in der österreichischen Supervisionsszene und andererseits die langsame Entfaltung aus dem Feld therapeutischer Arbeit in und außerhalb von Ausbildungen in andere Berufsfelder. Hier ist der Personenzentrierte Ansatz in der Supervision noch stark seiner eigenen Tradition verhaftet – charakteristisch auch für die Entwicklung von Supervision in Österreich im Allgemeinen – und ist vor allem im Sozial-, Gesundheits- und Erziehungsbereich signifikant vertreten, auffallend wenig noch in der Wirtschaft. Dem entspricht auch die Tendenz, dass Supervisoren/-innen, die sich einer personenzentrierten Haltung verpflichtet fühlen, mehr als andere Kollegen/-innen im Einzel-Setting in der eigenen Praxis arbeiten und sich weniger mobil in anderen Feldern präsentieren.

Die Grundhaltungen des Personenzentrierten Ansatzes erweisen sich als eine sehr wichtige, notwendige Basis für die Kernkompetenzen supervisorischen Handelns in der Unterstützung und Anleitung zur Selbstreflexion beruflicher Arbeit. Hierin scheint auch die gute Kompatibilität zwischen den personorientierten Grundeinstellungen von Rogers mit der Konzeption von Supervision als „fehlerfreundliche“, aufgabenbezogene Reflektion zur Qualifizierung beruflicher Arbeit zu liegen. In der vertieften Auseinandersetzung zwischen personenzentrierten Grundhaltungen und Kenntnissen für die Struktur und Dynamik beruflicher Arbeitsfelder und vor allem von Organisationen – auch im Profitbereich – entwickelt sich ein differenzierteres Rollenverständnis, mit dem sich Supervisoren/-innen in Organisationen bewegen. Hier liegt einerseits die große Chance der Weiterentwicklung des Verständnisses von Supervision im Personenzentrierten Ansatz und andererseits einer stärkeren Verankerung des humanistischen Gedankengutes von Carl R. Rogers in der Berufsethik von Supervision.

Auf dem Weg zur Professionalisierung von Supervision und der Weiterentwicklung ihrer Methode wird derzeit von personenzentrierten Autoren ein spezifisch personenzentrierter Ansatz von Supervision diskutiert (z. B. Schmid 1997). Aus der Perspektive der Supervision, wie sie z. B. von Gotthardt-Lorenz (1999) vertreten wird, erscheint ein solcher Zugang allerdings anachronistisch – ebenso wie eine ausschließlich systemisch, tiefenpsychologisch etc. begründete Supervision –, auch wenn damit theoretisch im rogerianischen Sinne (Schmid 1997) ein umfassendes Verständnis von Person als einem Menschen in all seinen sozialen Bezügen gemeint ist.¹⁰ Es bedarf jedenfalls zusätzlich eines fundierten Wissens der jeweiligen

strukturellen Bedingungen beruflicher Arbeit in und außerhalb von Organisationen, um der Subjektivierung gesellschaftlicher Widersprüche auch in supervisorischen Prozessen entgegenzuwirken (Sauer 1984).

In der wissenschaftlichen und berufspolitischen Diskussion, ob Supervisor/-in ein eigenständiger Beruf oder eine bloße Funktionserweiterung anderer Quellenberufe ist, wie Psychotherapeut/-in, Sozialarbeiter/-in, Arzt/Ärztin, Betriebswirt/-in etc., zeigt sich auch eine Widerspiegelung veränderter Arbeitswelten und sich ändernder Berufe nicht nur seitens der Supervisanden/-innen, sondern auch im Bereich der Supervision als einer spezifischen Beratungsform in Konkurrenz zu anderen Beratungsangeboten. Zu hoffen bleibt, dass diese Konkurrenz zu einem weiterführenden konstruktiven Diskurs über die Profession des Supervisors/der Supervisorin führt und nicht nur zu marktstrategischen Überlegungen.

Literatur

- Auckenthaler, A. (1992), Der Praktiker und das Rationale. Wenn Supervision ungemütlich wird, in: Auckenthaler, A. / Kleiber, D. (Hg.), Supervision in Handlungsfeldern der psychosozialen Versorgung, Tübingen (dgv) 1992, 101–111
- (1995), Supervision psychotherapeutischer Praxis, Stuttgart (Kohlhammer) 1995
- Buchinger, K. (1999), Die Zukunft der Supervision. Aspekte eines neuen „Berufs“, Heidelberg (Carl-Auer-Systeme) 1999
- Buer, F. (1999), Profession oder Organisation, in: Pühl 1999, 70–103
- Fehlinger, F. (1997), Liste der Supervisorinnen und Supervisoren des ÖBVP, in: Psychotherapie Forum 5 (1997) Supplement 8–9
- Fiala, E. (1986), Supervision als systematische Reflexion beruflichen Handelns in psychosozialen Arbeitsfeldern, Salzburg (Diss. Univ. Salzburg) 1986
- Gotthardt-Lorenz, A. (1986), Ein Versuch, Supervision in Österreich, ihre Entstehung und heutige Situation zu entschlüsseln, in: Supervision 10 (1986) 43–56
- (1996), Die Gründung der Österreichischen Vereinigung für Supervision – eine junge Geschichte, in: Fatzer, G. (Hg.), Organisationsentwicklung und Supervision. Erfolgsfaktoren bei Veränderungsprozessen. Köln (EHP) 1996, 423–430
- Gotthardt-Lorenz, A. (1997), Methodische Vorgehensweise in der Organisations-supervision, in: Luif, I. (Hg.), Supervision. Tradition, Ansätze und Perspektiven in Österreich, Wien (Orac) 1997, 207–229
- (1999), Supervision als Methode – eine Skizze, in: Pühl 1999, 55–69
- Groddeck, N. (1987), Personenzentrierte Konzepte im Bereich Schule und Lehrerbildung, in: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) (Hg.), Rogers und die Pädagogik. Theorieanspruch und Anwendungsmöglichkeiten des personenzentrierten Ansatzes in der Pädagogik, Weinheim (Juventa) 1987, 79–140
- Hackney, H. / Goodyear, R. K. (1984), Carl Rogers's client-centered approach to supervision in: Levant, R. F. / Shlien, J. M. (Hg.), Client-centered therapy and the person-centered approach. New directions in theory, research and practice, New York (Praeger) 1984, 278–297

10 Einige Beiträge dieses Heftes sind ebenfalls diesem aktuellen Grundsatzdiskurs gewidmet.

- Heilinger, A. / Peukert, M. / Wustinger, R. (2000) (Hg.), *Der Arbeit nach! Supervision im Zugzwang?*, Schriftenreihe der ÖVS, Bd. 3, Innsbruck (StudienVerlag) 2000
- Heintel, P. (1999), Supervision als Sinn- und Grenzreflexion, in: Pühl 1999, 20–31
- IPS der APG / ÖGwG (1999), „Person-/Klientenzentrierte Supervision und Organisationsentwicklung“. Statut und Ausbildungsordnung von IPS der APG und ÖGwG, in: PERSON 2 (1997) 160–167
- Kierein, M. / Pritz, A. / Sonneck, G. (1991), *Das Psychotherapiegesetz*. Wien (Orac) 1991
- Kinzinger, W. (1994), Möglichkeiten und Grenzen der Teamsupervision – Methoden und Ansätze. Teamsupervision als ein Arbeitsfeld für zukünftigen Supervisorinnen und Supervisoren (GwG)?, in: GwG Zeitschrift 94 (1994) 10–15
- Klinser, N. (2000), Supervision in Österreich: Eine kritische Bestandsaufnahme aus der Gender-Perspektive, Wien (Diplomarb. Institut f. Psychologie d. Univ. Wien) 2000
- Linster, H. W. / Panagiotopoulos, P. (1994), Supervision in der klientenzentrierten Psychotherapieausbildung, in: Pühl, H. (Hg.), *Handbuch der Supervision 2*, Berlin (Edition Marhold) 1994, 432–446
- Pritz, A. (1996), Zur Entwicklungsgeschichte der Supervisionsrichtlinie, in: *Psychotherapie Forum 4* (1996) Supplement 65–69
- Pühl, H. (1999) (Hg.), *Supervision und Organisationsentwicklung: Handbuch*, Opladen (Leske und Budrich) 1999
- Rogers, C. R. (1951a), *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory*. Boston (Houghton Mifflin), 1951, dt.: *Die Klientenbezogene Gesprächstherapie. Client-centered therapy*, München (Kindler) 1973
- Rogers, C. R. (1957), Training individuals to engage in the therapeutic process, in: Strother, C. E. (ed.), *Psychology and mental health*, American Psychological Association (Washington, D. C.) 1957, 76–92
- Rogers, C. R. (1969a), *Freedom to learn. A view of what education might become*. Columbus (Charles Merrill) 1969, dt.: *Lernen in Freiheit. Zur Bildungsreform in Schule und Universität*, München (Kösel) 1974
- Sauer, J. (1984), Zum Problem des „Subjektiven Faktors“ im personenzentrierten Ansatz von Rogers, in: *Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Gesprächsführung* (Hg.), *Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung. Das personenzentrierte Konzept in Psychotherapie, Erziehung und Wissenschaft*, Wien (Deuticke) 1984, 140-161; auch in: *Personenzentriert 1* (1993) 46–80
- Sauer, J. (1997), Zur Geschichte und Tradition der Supervision in Österreich, in: Luif, I. (Hg.), *Supervision. Tradition, Ansätze und Perspektiven in Österreich*, Wien (Orac) 1997, 27–42
- Sauer, J. (2000), Zwischen Anpassung und Berufsethos. Zur Rolle von Supervision in der heutigen Arbeitswelt, in: Heilinger et. al. 2000, 42–51
- Schmid, P. F. (1997), Förderung von Kompetenz durch Förderung von Kongruenz. Inhaltliche und berufspolitische Aspekte Personenzentrierter Supervision, in: PERSON 2 (1997) 144–154
- Steinhardt, K. / Korunka, Ch. / Sauer, J. / Lueger-Schuster, B. (2000), Supervision in Österreich – erste Bestandsaufnahme und weiterführende Überlegungen, in: *Supervision 2* (2000) 41–49
- Weigand, W. (2000), Perspektivenwechsel in der Konzeptentwicklung von Supervision – ausgelöst bei einem Gang durch die Literatur, in: *Supervision 3* (2000) 52–54

Autoren

Christian Korunka

Universitätsprofessor am Institut für Psychologie der Universität Wien (Arbeitsschwerpunkte: Arbeits- Organisations- und Gesundheitspsychologie; angewandte Sozialpsychologie) Personenzentrierter Psychotherapeut, Supervisor, Leiter von Universitätslehrgängen an der Universität Wien, Ausbilder im IPS.

Joachim Sauer

Universitätsprofessor am Institut für Psychologie der Universität Salzburg (Arbeitsschwerpunkte: Sozialpsychologie, Pädagogische Psychologie, Klinische Psychologie), Klientenzentrierter Psychotherapeut, Supervisor, Leiter des Universitätslehrgangs für Supervision an der Universität Salzburg, Ausbilder in der ÖGwG.

Kornelia Steinhardt

Universitätsassistentin am Institut für Erziehungswissenschaft (Arbeitsschwerpunkte: Supervisionsforschung, psychoanalytische Pädagogik, Bindungsforschung) Supervisorin, Psychotherapeutin (Gruppenpsychoanalyse), Leiterin des Universitätslehrgangs für Supervision und Coaching an der Universität Wien.

Brigitte Lueger-Schuster

Assistenzprofessorin am Institut für Psychologie der Universität Wien (Arbeitsbereich Klinische und Gesundheitspsychologie), Supervisorin, Weiterbildungen in Gestalttherapie und Psychodrama; Arbeitsschwerpunkt: Psychotraumatologie.

Adressen

*A. Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka
Institut für Psychologie, Universität Wien,
Liebiggasse 5, A-1010 Wien*

*A. Univ.-Prof. Dr. Joachim Sauer
Institut für Psychologie, Universität Salzburg,
Hellbrunnerstr. 34, A-5020 Salzburg*

*Univ.-Ass. Mag. Kornelia Steinhardt,
Institut für Erziehungswissenschaft, Universität Wien,
Universitätsstr. 7/6. St., A-1010 Wien*

*Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster,
Institut für Psychologie, Universität Wien,
Liebiggasse 5, A-1010 Wien*

Peter F. Schmid

Begegnung *und* Reflexion

Personzentrierte Supervision als Förderung der Person im Spannungsfeld zwischen Persönlichkeitsentwicklung und Organisation

Zusammenfassung: *Drei grundlegende Positionen zur Supervision werden in diesem Beitrag¹ behauptet und begründet:*

1. *Eine Diskussion über Supervision ohne Diskussion über das zugrunde liegende Menschenbild ist intellektuell unredlich. Die anthropologische Frage ist explizit zu stellen, will man verantwortungsbewusst an das Thema Supervision und die Arbeit als Supervisor bzw. Supervisorin herangehen. Aus personenzentrierter Sicht kommt dabei die Frage nach der Person in den Blick.*
2. *Ein Supervisionsverständnis, das vorwiegend von Effizienz und Methodenfrage im herkömmlichen Sinn geprägt ist, ist menschlich unredlich. Supervisoren müssen sich der Frage stellen, wie sie ihre Rolle grundsätzlich definieren. Aus personenzentrierter Sicht ist das die Frage, wie von den Supervisoren die Aufgabe eines Facilitators kunstgerecht wahrgenommen werden kann.*
3. *Theorie und Praxis von Supervision, die sich dem Diskurs über das politische Selbstverständnis des supervisorischen Handelns nicht stellen, sind ethisch unredlich. Aus personenzentrierter Sicht ist Supervision keine Technologie, sondern die Kunst von Begegnung und Reflexion in einem gesellschaftspolitischen Zusammenhang. Sie ist, was immer sie sonst noch ist, eine sozioethische Disziplin.*

Dem weit verbreiteten Ansatz, Supervision als Methode zu sehen, wird hier die personenzentrierte Position gegenübergestellt, Supervision als jene kunstvolle Beziehungsgestaltung zwischen Supervisor(en) und Supervisand(en) zu verstehen, die durch Begegnung und Reflexion zur authentischen, menschengerechten und emanzipatorischen Gestaltung der Arbeitswelt der betroffenen Personen, Teams und Organisationen in ihrer Wechselbeziehung beizutragen imstande ist.

Schlüsselwörter: *Personzentrierte Supervision, Menschenbild, Personbegriff, Begegnung, Reflexion, Facilitator, Methodenfrage in der Supervision, Verhältnis von Persönlichkeits- und Organisationstheorien, Ethik der Supervision.*

„Wie geschieht Veränderung in der Supervision?“

Im Einladungstext zur Tagung „Veränderungskonzepte in der Supervision“ heißt es, deren Anliegen sei, Veränderungskonzepte zu diskutieren, die den Methoden der Supervision zugrunde liegen. [...] Das Ziel der Tagung ist, die verschiedenen Konzepte und Methoden explizit zu machen und auf ihre Unterschiede, Gemeinsamkeiten und ihre Vereinbarkeit zu überprüfen.² Dies soll im Folgenden anhand der in der aktuellen Diskussion umstrittenen Frage nach dem Selbstverständnis von Supervision geschehen.³

Damit stößt man unumgänglich auf die Frage nach dem Verhältnis zwischen Individuum und Organisation. Dieser umfassende Problemkreis kann in der gebotenen Kürze in der ganzen Breite seiner Spannung natürlich nicht auch nur einigermaßen befriedigend diskutiert werden. Deshalb werden hier weder das Individuum als solches noch die Organisation als solche thematisiert, weder Theorien

der Entwicklung des Einzelnen noch Theorien der Organisationsentwicklung. Stattdessen soll die Aufmerksamkeit auf Aspekte von Fragen vor- oder besser: übergeordneter Natur gerichtet werden: Zunächst: *Worum oder um wen genau geht es in der Supervision?* Dann: *Wie geschieht Veränderung in der Supervision?* Und schließlich: *Was ist Supervision eigentlich?*

Da hier Positionen benannt werden, die in einem ziemlichen Widerspruch zu anderen Theorien stehen, etwa den „gesprächstherapeutischen“, den einseitig systemischen und den methodenorientierten Theorien⁴, sei vorweg benannt, was meines Erachtens außer Streit steht:

1 Stark überarbeitete Fassung eines Vortrags bei der Tagung „Veränderungskonzepte in der Supervision“, Wien, Am Spiegeln, 13. 11. 1999.

2 Einladungstext zur Tagung.

3 Zum Supervisionsverständnis vgl. Schmid 1997b; 1997c; 1998e.

- Supervision ist ein eigenständiger Beratungsansatz; er ist keine „Filiale“⁵ der Psychotherapie.⁶
- Supervision ist interdisziplinäre Arbeit.
- In Supervisionstheorien gingen und gehen Theorien aus verschiedensten Disziplinen ein.
- Supervision ist Arbeit im Spannungsfeld zwischen Mensch(en) und Mensch(en) sowie zwischen Mensch(en) und Organisation(en) bzw. deren Subsystemen.
- Supervision ist ein Prozess.
- Zu einer Theorie der Supervision bedarf es ebenso einer Persönlichkeitstheorie wie einer Organisationstheorie.

Besonders aus dem letzten Satz folgt, dass es in der Supervision um etwas Komplexes geht, das von beiden Größen beeinflusst wird. An der Spannung zwischen Person und Organisation zu arbeiten, ist ein immanenter Bestandteil des Wesens von Supervision. Hier als Supervisor bzw. Supervisorin⁷ von einem eigenen Standpunkt aus zu handeln, ist eine erste Herausforderung dazu, das eigene Weltbild – das Menschenbild eingeschlossen – zu reflektieren

Das personenzentrierte Weltbild hat diesbezüglich eine klare Prämisse: Bei allem Handeln, also auch in der Supervision, geht es um die Person. Das mag für manche Supervisoren, die bei „Person“ an „Individuum“ denken, überraschend und einseitig erscheinen, ist es aber nicht, wenn man unter Person versteht, was der Person-zentrierte Ansatz darunter versteht (s. u.). Anderen mag es banal erscheinen, dass es in der Personzentrierten Supervision um die Person geht, aber auch hier wird zu zeigen sein, dass dabei anderes in den Blick kommt, als wenn man sich dem Thema unter einem psychotherapeutischen, pädagogischen oder pastoralen Gesichtspunkt nähert.

Versteht man unter Supervision, was die häufig verwendete Kurzformel aussagt, nämlich dass sie die Reflexion der Berufspraxis sei, so stellen sich ja sofort die Fragen: Wer reflektiert? Und: Die Praxis wessen wird reflektiert? Immer geht es also um Menschen (in ihrem beruflichen Kontext oder dem ihrer ehrenamtlichen Tätig-

keit). Will man verstehen, worum es in der Supervision geht und was dort passiert, muss man sich also mit dem Menschenbild auseinandersetzen. Denn auch Organisationen (auch wenn sie natürlich nicht additiv darauf reduzierbar sind) bestehen aus Menschen.

1. Der Supervisand als Person Die Person als Ort der Veränderung in der Supervision

Die Bedeutung des Menschenbildes für die Supervision

Bei seinem Handeln geht jeder Mensch, bewusst oder nicht, von Annahmen darüber aus, was und wie Menschen sind, warum sie so und nicht anders handeln, wie sie sich entwickeln und verändern, wie und warum es zu psychischen Störungen kommt und wie man ihnen helfen oder, allgemeiner gesagt, sie beeinflussen kann. Dasselbe gilt für Organisationen und Institutionen. Jeder hat eine, mehr oder weniger explizite, Theorie von der Entstehung und Entwicklung sowie vom Zweck von Organisationen. Auch dann also, wenn er solche Überlegung noch nie explizit angestellt hat. Das gilt für privates Handeln ebenso wie für berufliches.

Jeder hat also ein Menschenbild und eine Organisationstheorie. Dabei handelt es sich um Modellannahmen, um „basic beliefs“, d.h. Glaubensannahmen, die selbst nicht weiter beweisbar oder widerlegbar sind: etwa ob man glaubt, dass der Mensch einen freien Willen hat oder nicht; ob man davon ausgeht, dass der Mensch im Grunde seines Herzens gut, böse oder beides ist; ob er sich im Wesentlichen verändern kann oder einem prinzipiellen Wiederholungszwang unterliegt usw. Ebenso, ob Organisationen notwendig und förderlich, unabwendbar und vom Bösen oder ein notwendiges Übel sind usw.

Das Menschenbild – es wird in diesem Kontext oft zitiert oder beschworen, selten aber genauer untersucht, worum es sich dabei eigentlich handelt – ist aus der Erfahrung gewachsen und bildet die

4 Vgl. u. a. mehrere Beiträge beim genannten Symposium.

5 Auch nicht im wörtlichen Sinne, als eine filia [Tochter] der Psychotherapie. Supervision hat vielfältige Wurzeln; sie ist nicht, auch nicht historisch, einfach angewandte Psychotherapie. Den genannten Defiziten, die im Beitrag von Korunka et al. (2000; in diesem Heft) aufgezählt werden, ist zuzustimmen.

6 Dem Aufsatz liegt das Supervisionsverständnis zugrunde, wie es in der Ausbildungsordnung Person-/Klientenzentrierte Supervision des IPS der APG und der ÖGwG festgehalten ist:

„Supervision ist ein eigenständiger Beratungsansatz, der Menschen in ihrem Beruf, bei ihrer Berufsvorbereitung oder in ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit in Bezug auf ihre Arbeit und ihre Aufgaben unterstützt. Er hilft, einen Selbstreflexionsprozess der beteiligten Personen, Gruppen (Teams) und Organisationen über das berufliche Handeln in Gang zu setzen und zu unterstützen. Sein Ziel ist es, die Berufspraxis qualifizierter, zufrieden stellender und effizienter zu gestalten. Produktive und befriedigende Arbeitsverhältnisse und Arbeitsbeziehungen erfordern unabdingbar das Zusammenspiel der Reflexion der Situation des Individuums in seiner Rolle, der Reflexion seiner beruflichen Beziehungen, und der Analyse der Organisationsstruktur und ihres gesellschaftlichen Kontexts.“

Diese und deren Wechselspiel sind daher Gegenstand der Supervision.

Die Supervision bedient sich zur Verfolgung ihres Ziels Methoden, die für sie spezifisch sind, auf einem reflektierten Menschenbild sowie einer Persönlichkeits- und Organisationstheorie beruhen und entsprechende, lehr- und lernbare Handlungsumsetzungen und Interventionstechniken erfordern.

Der Personzentrierte Ansatz versteht den Menschen als Person, womit sowohl seine Individualität und Autonomie wie seine Beziehungsgebundenheit und Einbettung in jeweilige Strukturen akzentuiert ist. Die Reflexion beruflicher Tätigkeiten und Beziehungen erfordert deshalb den dialektischen Zugang vom Einzelnen wie von der Organisation her.

Zur Erreichung der für die Supervision genannten Zielsetzungen liegt der Fokus daher auf der kongruenten Gestaltung der Arbeitswelt der betroffenen Personen, Teams und Organisationen in ihrer Wechselbeziehung.“

(Präambel, IPS der APG/ ÖGwG 1999)

7 Aus Gründen der Lesbarkeit werden nicht immer beide Geschlechter angeführt; es wird jeweils der Gattungsbegriff verwendet, der Frauen und Männer umfasst.

Basis, auf der aufbauend erst wissenschaftlich und methodisch geforscht und gehandelt werden kann. Und alle Theorie und Praxis lässt sich letztlich auch am Menschenbild kritisch messen.

Im Gegensatz zu vielen anderen sozialpsychologischen Ansätzen macht der Personzentrierte Ansatz sein Menschenbild explizit; es muss also nicht erst aus den Theorien oder dem praktischen Handeln erschlossen werden. Die Anthropologie steht dabei zutiefst in der Tradition abendländischen Denkens, näherhin des über die Theologie in die Philosophie eingegangenen Personbegriffs. Personzentrierte Arbeit versteht sich als wissenschaftliche und praktische Frage nach der Person.

Vorweg ist festzuhalten: Der Ansatz heißt person-, nicht individuumszentriert. Personzentrierte Psychotherapie beispielsweise ist kein Einzeltherapieansatz (vgl. Schweers 2000) und schon gar keiner mit individualistischer Schlagseite.⁸ Wer den Ansatz als am Einzelnen orientiert ansieht, verkennt die anthropologischen Grundlagen und Rogers' (1957a) „notwendige und hinreichende Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie“ gründlich, von denen fünf von sechs von der Beziehung zwischen Therapeut und Klient und damit, wenn man es der Deutlichkeit halber so ausdrücken will, von einem System handeln.

Die Person in der Arbeitswelt – der Mensch in individueller und organisationaler Perspektive

Das andernorts⁹ ausführlich dargestellte Personverständnis, das dem Ansatz zugrunde liegt, sei hier in Bezug auf seine Relevanz für die Supervision kurz rekapituliert.

Das griechische Wort „prósopon“, von dem das lateinische „persona“ stammt, bedeutet ursprünglich „Gesicht“ (an dem man normalerweise erkennt, wer jemand ist) und später davon abgeleitet die „Maske“ des Schauspielers, der „ein Gesicht macht“ – wobei zu beachten ist, dass im antiken Theater die Maske nicht dem Verbergen des Gesichtes diente, wie wir heute assoziieren, wenn wir im Fasching eine Maske aufsetzen, sondern dem Erkennen, dem Herzeigen, der Offenbarung (des dargestellten Gottes). Der Schauspieler trug eine Maske damit man sah, wen er darstellte. Die Maske diente als Kennzeichen. Die „persona“ machte also deutlich, um wen es hier geht. So kam „Person“ zur Bedeutung des Trägers einer Rolle im Theater. In römischer Zeit wurde „persona“ dann auch für die (soziale) „Rolle im Leben“ gebräuchlich. Damit kennzeichnen

den Begriff von Anfang an zwei Aspekte, der substanziale oder individuelle („wer ist jemand an sich?“) und der relationale („wer ist jemand nach außen, in der Beziehung zu einem Anderen¹⁰ und daher durch und für diesen Anderen?“ und ebenso „wer ist jemand in der Gesellschaft?“).

Von allem Anfang an also ist der Personbegriff mit dem Rollenbegriff untrennbar verbunden – eine nicht unwesentliche Feststellung für den Personbegriff als Grundlage einer Supervisionstheorie. So wurde er in römischer Zeit, ausgehend vom Theater für jedes Ensemble mit spezifischen Rollen verwendet, beispielsweise im Gerichtswesen mit den Rollen (personae) des Angeklagten, des Anklägers, des Verteidigers, Richters usw. „Persona“ war somit endgültig ein Rollenbegriff geworden. Es finden sich die Bedeutungen von „persona“ als „Stellung“, „Stand“, als „Person in einer bestimmten Stellung“, wobei immer der Träger der Rolle, nicht das Individuum gemeint ist (vgl. „Die Personen und ihre Darsteller“ auf dem Theaterzettel) bis hin zum „Image“, also der gesellschaftlichen Rolle in der Öffentlichkeit.¹¹

Die Doppelbedeutung im Begriffsursprung geht parallel mit der Frage: Was davon ist nun das eigentlich Entscheidende am Person- und damit am Mensch-Sein: das Selbstständige („ich für mich“) oder die Beziehung („ich unter den Anderen“)? Was macht die Person aus: was sie aus sich heraus ist (das Substanziale) oder was sie in und durch Beziehungen ist (das Relationale)? Genau diese Frage durchzieht nahezu zweitausend Jahre Philosophiegeschichte bis zum heutigen Tag: Nachdem der Begriff „Person“ aus der Alltagssprache über die Theologie in die Philosophie eingegangen war, bildeten sich zwei Traditionsstränge heraus, ein substanzialistischer und ein relationalistischer, die auch für die Diskussion in der Psychologie und Psychotherapie nach wie vor bestimmend sind.

Person als Selbstständigsein

Den individualistischen (oder substanzialistischen) Personbegriff hat erstmals Boëthius (480–525) definiert: „Person ist die unteilbare Substanz eines vernünftigen Wesens.“ „Substanz“ kommt vom lateinischen „sub-stare“, das wörtlich „von unten her zum Stehen kommen“ bedeutet, heißt also Von-selbst-zu-Stande-Kommen, Selbstständigkeit, In-sich-selbst-gegründet-Sein und damit Unabhängigkeit. In dieser Tradition stehen etwa Thomas von Aquin, der betont, dass die Person aus sich selbst ist, die Aufklärung mit ihrer

8 Es lässt sich zeigen, dass der Personzentrierte Ansatz historisch, philosophisch-anthropologisch, erkenntnistheoretisch und psychologisch ein zutiefst sozialer und sozialpsychologischer Ansatz ist, nicht ein individueller (vgl. Schmid 1996a, 57–76; 1996b).

9 Ausführlich zum Personbegriff und zum personzentrierten Personverständnis u.a.: Schmid 1991; 1994; 1997a; 1999; 2001a. Dort auch die Belege und Literatur zu Kierkegaard, Buber, Levinas usw.

10 Als terminus technicus der Begegnungsphilosophie mit großen Anfangsbuchstaben geschrieben.

11 Ähnliches lässt sich in der Trinitätstheologie zeigen, die den umgangssprachlichen Begriff in die Theologie und Philosophie (und als Spätfolge schließlich in die Psychologie und Beratung) gebracht hat. Die so genannten „göttlichen Personen“ bezeichnen ihre Beziehung zueinander: der Vater ist Vater nur durch den Sohn und umgekehrt.

Betonung des Selbstbewusstseins und Kant, der in praktischer Hinsicht Rang und Würde der Person unterstreicht, die „nicht bloß als Mittel gebraucht werden darf“, sondern „Zweck an sich selbst“ ist, der Freiheit zukommt und deren Handlungen daher „der Zurechnung fähig sind“. Besonders deutlich wird dieses Verständnis in der Existenzphilosophie: Heidegger, Jaspers und Kierkegaard betonen die Verantwortung des Menschen, der sich in der Existenz seines Daseins, in seiner individuellen Einzigartigkeit und Un austauschbarkeit, in seiner Wahlmöglichkeit und Freiheit selbst erfährt und für den es darum geht, „das Selbst zu sein, das man in Wahrheit ist“ (Kierkegaard) – ein Satz, den Rogers (z. B. 1961a, 167) gern und immer wieder zitiert.

Wer also mit Person vorrangig ihre Selbstständigkeit und Einzigartigkeit, ihre Freiheit und Würde, ihre Einheit, ihre Souveränität und Selbstbestimmung, ihre Verantwortlichkeit, die von den Vereinten Nationen deklarierten Menschenrechte usw. verbindet, der steht in der Tradition eines solchen individualistischen Personbegriffs. Das ist auch gemeint, wenn der Mensch von Anfang an und unabhängig von seiner physischen oder psychischen Gesundheit und Entwicklung als Person bezeichnet wird. Personsein heißt, so verstanden, Aus-sich-Sein und Für-sich-Sein.

Für die Supervision bedeutet die substanziale Sicht unter anderem, den Selbstbestimmungsaspekt und die Bedeutung der Freiheit des Menschen in seinem jeweiligen Arbeitskontext in den Vordergrund zu stellen. Er ist die Grundlage für die Wertsetzung, der zufolge nie Menschen für die Organisationen, sondern immer Organisationen für die Menschen da sind.

Person als In-Beziehung-Sein

Am Beginn des anderen, des relationalistischen Traditionsstranges stehen die Kirchenväter, die Person als Bezogenheit verstanden haben: Gott ist Beziehung – das ist gemeint, wenn in der Trinitätstheologie von drei Personen in Gott die Rede ist. Richard von St. Viktor definiert dann Person als „unmittelbare Existenz einer geistigen Natur“. Person wird hier bewusst nicht als Sub-sistenz, sondern als Ek-sistenz verstanden, als von außen her [„ex“], durch Andere zu-Stande kommend, als Gegenüber-Stehendes. Person ist nun gerade der, der durch Andere er selbst ist. Konstitutiv für die Person ist ihre Ursprungsbeziehung – wie etwa beim Kind von der Mutter her. Fichte wies darauf hin: „Der Mensch wird nur unter Menschen ein Mensch – sollen überhaupt Menschen sein, so müssen mehrere sein.“ Kants Zeitgenosse Friedrich Heinrich Jacobi schrieb: „Ohne Du ist das Ich unmöglich“, und Hegel versteht Person als Hingabe an ein Gegenüber, um sich gerade dadurch im Anderen selbst zu gewinnen. Besonders der Personalismus (auch Dialogisches Denken genannt) betont, dass vor der Person das Subjekt-Objekt-Denken Halt machen muss: Martin Buber – gleichfalls von Rogers gern zitiert – betont nachhaltig die dialogische Existenz des Menschen:

„Ich werde am Du; Ich werdend spreche ich Du. Alles wirkliche Leben ist Begegnung.“ Die fundamentale Tatsache der Existenz ist „der Mensch mit dem Menschen. [...] Person erscheint, indem sie zu anderen in Beziehung tritt.“

Noch radikaler als Buber fasst Emmanuel Levinas die Beziehungsbedingtheit der Person, weil er vom Anderen her denkt und dessen absolutes Anderssein zum Ausgangspunkt seiner Anthropologie macht: Grundlage des Selbstbewusstseins ist nicht die Reflexion (des Ich am Du), sondern die schon jeweils vorgegebene Beziehungserfahrung, die im Anderen ihren Ursprung hat (also „Du-Ich“ statt „Ich-Du“). Der Andere ist damit nicht ein Alter *Ego*, sondern ein absolut Anderer, ein bleibendes Rätsel und somit ständige Herausforderung. Er „sucht uns heim“, wofür Levinas die Metapher „Antlitz“ verwendet, die an den Ursprung des Personbegriffs erinnert. Dieses Antlitz spricht uns an, und seine Not fordert uns heraus. Während die traditionelle abendländische Philosophie ja nichts als Egologie (bloße Rede vom Ich) gewesen sei, habe nun am Anfang aller Philosophie die Ethik zu stehen. Ver-Antwort-lichkeit ist demnach die Grundkategorie des Personseins: Aus der Begegnung erwächst die Verpflichtung zur Antwort. Levinas bleibt auch nicht wie Buber bei der Zweierheit des Ich-Du stehen; denn es gibt nicht nur *ein* Du, nicht nur *eine* personale Beziehung, es gibt *den* Anderen immer nur in der (wenigstens potenziellen) Gegenwart des „Dritten“, d. h. es gibt viele Andere. Es gibt nicht nur ein Du, es gibt deren Viele und jedes ist anders als die anderen. Es gibt die Anderen der Anderen. Und damit geht die Unmittelbarkeit der Orientierung verloren. Handeln versteht sich nicht mehr von selbst; der Spielraum der Freiheit ist eröffnet. Die Reflexion kommt ins Spiel. Die Präsenz des Dritten stellt das Subjekt vor das Problem der Gerechtigkeit. Wem soll ich mich zuwenden, *dem* Anderen oder *dem* Anderen? Statt des Paares, der Dyade, statt „Ich und Du“, wird nun die Gruppe, das „Wir“, die Dreierheit zum Grundelement von Interpersonalität (vgl. Schmid 1998a).

Wer also Person von der Beziehung her versteht, aus der Partnerschaft, aus dem Dialog, aus der Verbindung zur Welt, von ihrer Angewiesenheit auf Andere her, wer sie im Ganzen der Gemeinschaft und damit in ihrer Verantwortung sieht, der steht in der Tradition des relationalistischen Personbegriffs. Personsein heißt demnach Aus- und In-Beziehung-Sein, Von-Anderen-her- und Für-Andere-Sein, Auf-Andere-angewiesen-Sein.

Neben der Bedeutung des Kontextes und der Beziehung in der Arbeit wie in der Supervisionssituation selbst, kommt im relationalen Personverständnis unter anderem entscheidend die Gruppe bzw. die Organisation ins Spiel. Der Mensch kann nicht länger einseitig als Individuum betrachtet werden, sondern muss immer aus seiner Eingebundenheit in gesellschaftliche Zusammenhänge und damit auch aus der organisationalen Perspektive verstanden werden. Darüber hinaus ist für die Supervision von besonderer Bedeutung, dass der Schritt zum Dritten im Rahmen der Begegnungsphilosophie über die Bedeutung der Unmittelbarkeit der Begegnung mit

dem Anderen hinaus die Notwendigkeit der Reflexion impliziert – ein entscheidender Schritt im personalen Denken, der sich für das Supervisionsverständnis als grundlegend erweist und das entscheidende Moment der reflektierten Distanz innerhalb eines personalen Verständnisses benennt und begrifflich fasst.

Der personenzentrierte Personbegriff

Die beiden skizzierten Zugänge zum Verständnis der Person sind, wie es einem Menschenbild entspricht, nicht weiter beweisbar, wenngleich sie jeweils plausibel und nachvollziehbar erscheinen. In beiden Zugängen zur Person liegen wichtige Ansätze, „hinter“ die ein heutiges Verständnis nicht zurück kann, auch wenn sie sich nicht einfach harmonisieren lassen, sondern in bleibender Spannung gesehen werden müssen. Zur Person gehören Selbstständigkeit wie Selbstbestimmung *und* Beziehungsoffenheit wie Beziehungsangewiesenheit, Erfahrung *und* Begegnung, Souveränität *und* Engagement, Autonomie *und* Solidarität, Ich *und* Wir. Oder, um es mit Heidegger zu sagen: „Dasein und Mitsein sind gleichursprünglich.“ Der Mensch ist von Anfang an Person als eigenständiges, unverwechselbares Individuum (er ist der, der er ist), und er ist von Anfang an auf die personale Gemeinschaft mit Anderen bezogen, ja auf solche Beziehung angewiesen (er ist aus Begegnungserfahrungen der geworden, der er ist, und entwickelt sich durch solche Erfahrungen weiter: Die dialogische Frage „Wer bist du?“ schließt die Frage nach dem „Woher“ und nach dem „Wohin“ ein). Erst durch die Beziehung zu anderen Personen entfaltet und verwirklicht er sein Person-Sein: Er wird Persönlichkeit. Ein solcher Personbegriff steht ebenso im Kontrast zu einem individualistisch-privatistischen wie zu einem kollektivistischen Menschenbild.

Die Spannung zwischen beiden Personbegriffen, die es auszuhalten gilt, ist das Charakteristische am Verständnis der Person im Personenzentrierten Ansatz. Diese Spannung findet sich in der Beratung wieder, wenn es darum geht, dass der Klient durch die Beziehung er selbst wird, dabei begreifend, was er immer schon selbst war und erst noch werden kann. Und wenn es darum geht, dass der Berater authentisch er selbst und doch einführend und wertschätzend ganz auf den Anderen bezogen ist. Die Spannung ist in der Beratungsbeziehung gegeben, wenn das personale Beziehungsangebot des einen in eine tatsächliche solche Beziehung mündet, im Anderen auslöst und zum Vorschein bringt, was schon angelegt war, aber der Beziehung bedurfte, es zu wecken und zu (neuer) Entwicklung anzuregen. In der Austragung dieser Gegensätze, nicht im Ausgleich, im ständigen Gegenüber der Begegnung geschieht die Aktualisierung der Möglichkeiten der Person und wächst die Persönlichkeit. – Nur angemerkt kann hier werden, dass der Mensch Person als Mann und Frau ist, und geschlechtsspezifische Aspekte des Personseins eine zentrale Rolle für das Verständnis spielen (Schmid/Winkler 2001).

Im Personenzentrierten Ansatz schlagen sich beide Personbegriffe in ihrer dialektischen Spannung in der Persönlichkeits- und Beziehungstheorie wie im praktischen Handeln und in der Ausbildung und Forschung nieder. Und beide haben zur Formulierung des personenzentrierten Axioms geführt, in dem die Dialektik von Selbstständigkeit und Beziehungsangewiesenheit festgehalten ist: Dass der Mensch die Fähigkeit und Tendenz zur Entwicklung in sich selbst trägt, er aber der Beziehung bedarf, damit diese Entwicklung tatsächlich stattfinden kann.

Die Person – nicht das Individuum, nicht die Organisation – als Ansatzpunkt der Supervision

Der Ansatzpunkt der Supervision ist nach personenzentriertem Verständnis dem gemäß nicht das Individuum und nicht die Organisation, sondern die Person (gleich ob „der Klient“ bzw. „der Supervisor“ ein Individuum, eine Gruppe oder eine Organisation ist).

Der Personbegriff impliziert die gesellschaftliche (und damit auch die organisationale) Verfasstheit des Menschen. Der Ansatz braucht daher keineswegs über die Person hinaus erweitert zu werden (wie dies etwa Schweers [2000] fordert). Man kann von der Person nicht sprechen, ohne – ebenso wie vom Individuum und seiner Rolle – von den Organisationen und ihrer Bedeutung für den Einzelnen zu sprechen. Also gilt, in aktuell geschätztem Sprachspiel ausgedrückt: Es gibt kein Individuum ohne System; es gibt aber ebenso kein menschliches System ohne Individuen.¹² So verstanden, ist es zutreffend und umfassend, von Person-zentrierter Supervision zu sprechen. Beide, Supervisor wie Supervisand, kommen als Person in den Blick. Eine zu Recht kritisierte, durch Therapeuten tatsächlich oft praktizierte „Subjektivierung“ von Supervision (Korunka et al. 2000) ist damit vom Menschenbild her ausgeschlossen.

Personenzentrierte Arbeit in der Supervision bedeutet demnach, dem übernommenen Auftrag entsprechend, die Aufmerksamkeit auf die beruflich relevanten Aspekte der Person und damit auf ihr berufliches Selbstkonzept zu richten; sie ist eine Form institutionalisierter Reflexion beruflich relevanter Aspekte des Selbstkon-

12 Der Personenzentrierte Ansatz bedarf keiner „systemischen Ergänzung“, weil er stets die Person – also das Individuum im System – im Blick hat. Damit ist er von sich aus bereits auch ein systemisch denkender Ansatz. Er muss seine eigenen anthropologischen Annahmen nur ernst genug nehmen (Schmid 1996a, 77–112). Dieses Verständnis ist ständig zu verbessern, wozu u. a. Modelle aus der Systemtheorie selbstverständlich hilfreich sind. (Und ebenso selbstverständlich bedarf es eines „fundierten Wissens der jeweiligen strukturellen Bedingungen beruflicher Arbeit in und außerhalb von Organisationen“; Korunka et al. 2000). Der Personenzentrierte Ansatz kann in Auseinandersetzung mit dem systemischen Paradigma sehr wohl lernen, seine eigenen Grundkonzepte besser zu verstehen und seine systemischen Implikationen ansatzgerecht auszufalten – eine bislang teils vernachlässigte Herausforderung. Das Konzept der Person selbst ist allerdings weit weniger einseitig als jene Theorien des systemischen Paradigmas, die einseitig am System ansetzen und damit die Person außer Acht lassen.

zepts (Frenzel 2000). Dies entspricht, wie gleichfalls von Frenzel (ebd.) betont, der Auffassung, dass Supervision die „Reflexion von Problemstellungen“ bedeutet, „die in der Organisation begründet liegen, sich aber in persönlichen, sachlichen oder interaktionellen Phänomenen niederschlagen“ (Gotthardt-Lorenz/Schüers 1997, 17).

Mit anderen Worten: Supervision setzt anthropologisch wie organisationstheoretisch sinnvollerweise bei der Person an.

2. Der Supervisor als Facilitator Supervision als Kunst, nicht als Methode

Nach diesen Überlegungen bedarf es wohl keiner weiteren Begründung, dass das Menschenbild, explizit oder implizit, eine Basis aller Supervisionstheorien bilden muss. Sieht man den Menschen als Person, schließt dies eo ipso auch eine organisationstheoretische Grundlage mit ein, weil eine Theorie der Person mehr umfasst als nur ein individuumsbezogenes Menschenbild und von ihrer Natur her auch auf System und Organisation verweist.

Theoriekonzepte und Methoden, Praxisanleitungen und Praktiken, die ihr anthropologisch-philosophisches Fundament nicht reflektieren und ausweisen, greifen zu kurz, bleiben technizistisch und damit schlicht un-menschlich. Leider muss man konstatieren, dass dieser Befund für viele gängige Supervisionstheorien zutreffend ist. Sie greifen zu kurz und erschöpfen sich im unzureichenden Diskurs auf der Ebene der Analyse und der Methodenfrage. Jenseits allen Profilierungsbedürfnisses von Berufsgruppen ist die Frage nach den zugrunde liegenden Glaubensannahmen aber unabdingbar. Von ihr lässt sich nicht dispensieren – es sei denn um des Preises der Oberflächlichkeit und Verwässerung und damit der Unseriosität willen.

Gibt es eine „spezifische Methode Supervision“?

So gibt es in letzter Zeit immer wieder die Behauptung, es gebe eine eigenständige Methode „Supervision“, ein von Schulen und damit Menschenbildern unabhängiges Basiskonzept für den Prozess des Supervidierens.¹³ Es seien nicht nur Werkzeuge aus den Schulen, den Therapieschulen¹⁴ etwa, die zur Anwendung kommen; Supervision habe vielmehr eine eigene Methode.

Dem ist natürlich zuzustimmen, wenn man damit ausdrücken will, dass sich Supervision von anderen Beratungsformen abgrenzt (Gotthardt-Lorenz 1999). Das Spezifische an der Supervision ist der Fokus auf die Person in ihrer Arbeitswelt, auf das Beziehungs- und Spannungsfeld Individuum und Organisation. Insofern gilt selbstverständlich die „Grundannahme“, dass „Arbeitsprozesse [...] aufgrund der in der Supervision hergestellten Distanz und mithilfe der im Supervisionssystem vorhandenen Ressourcen unter neuen Perspektiven erfasst und gestalterisch beeinflusst werden“ (ebd.). Dies allein stellt aber, auch wenn es noch so beschworen wird, noch

kein theoriegeleitetes Basiskonzept dar, solange die damit implizit oder explizit verbundene Anthropologie nicht offen gelegt und nicht reflektiert ist.

Supervision ist eine Form von Beratung und damit – ebenso wie alle anderen Beratungsformen, die Psychotherapie eingeschlossen – eben nicht die Basis, die durch „theorie- und konzeptionell bedingte Schwerpunktsetzungen“ modifiziert, „in spezifischer Weise geprägt“ (ebd.) wird; sie ist vielmehr umgekehrt die praktische Durchführung einer anthropologisch und organisationstheoretisch und – wie noch zu zeigen sein wird – vor allem ethisch begründeten Einstellung.

Auch Frenzel (2000) betont, dass Beratungsansätze, also auch die Supervision, keineswegs nur Methoden benennen, sondern anthropologische und epistemologische Positionen, an denen sie sich als Dienstleistung orientieren. Er spricht in diesem Zusammenhang von der Gefahr der inkonsistenten und verwirrenden Sozialtechnologie auf beliebiger, meist modischer Basis, ohne Grund-legenden Überzeugung.

Insofern greift es also zu kurz, Supervision als eine „Methode“ darzustellen – als „eine Methode, die hilft, das berufliche Handeln zielgerichteter und zufriedener zu gestalten im Hinblick auf die jeweils gestellten Aufgaben“¹⁵, als „ein Instrument zur qualifizierten Bewältigung beruflicher Fragestellungen“¹⁶ – und es greift zu kurz, als ihr Ziel die „Qualifizierung der zu leistenden Arbeit, die in der Supervision besprochen wird“¹⁷, zu benennen. Supervision wird nämlich gerade dann verwässert (vgl. Gotthardt-Lorenz 1999), wenn man sie auf der Methodenebene behandelt. Denn dann kommt ihr Spezifikum gar nicht in den Blick.

Es sei denn, man versteht „Methode“, etymologisch korrekt, als „meta-hodos“, als Nach-Gehen auf einem Weg, als Kunst im Sinne der griechischen „techne“ („Kunstfertigkeit“), d. h. einer Person oder einer Organisation nachzuspüren, nachzugehen, als kunstvolle Beziehungsgestaltung. Dann, und nur dann, ist es korrekt, Supervision als eine Technik zu bezeichnen.

Denn das ist Supervision eigentlich: eine Kunst.

Die Kunst der Begegnung und deren Reflexion

Mit der schwerpunktmäßigen Bezeichnung als Kunst (vgl. Schmid 1996a, 289f; 2001a) wird insbesondere darauf verwiesen, dass eine Tätigkeit wie Supervision adäquat nur auf personal-kreativer Grundlage ausgeübt werden kann, wenn es ihr um Persönlichkeits- und

13 Protokoll der Sitzung der KAT (Konferenz der Ausbildungsträger in der ÖVS), 20. 4. 1999, Teil 2, Pkt 2.

14 Ebd.

15 Gotthardt-Lorenz/Walther 1998, 11; ÖVS 1998, 2.

16 Gotthardt-Lorenz/Walther 1998, 11; Gotthardt-Lorenz/Schüers 1997, 14.

17 Gotthardt-Lorenz/Walther 1998, 11f; Gotthardt-Lorenz/Schüers, ebd.

Organisationsentwicklung geht.¹⁸ Wird sie als Technologie begriffen, wird ihre ureigene Aufgabe verfehlt.

Begegnung ist die angemessene Weise der Beziehung von Person zu Person. Auch für Supervision gilt daher, personenzentriert verstanden, dass es sich um Begegnung handelt. Personenzentrierte Supervision ist die Kunst der Begegnung und deren Reflexion. Supervision zu bekommen ist eine Frage der Haltung und der Einstellung des Supervisanden und des Supervisors, keine der Methode und Technik im herkömmlichen verstandenen Sinn. Methodische und technische Fragen sind allenfalls drittrangig, wenn überhaupt relevant.

Was ist unter Begegnung und deren Reflexion im Sinne eines personalen Weltbildes zu verstehen?

Das „Gegenüber“ als Konstitutivum von Begegnung und Reflexion

Einer Realität, sei es einem Menschen oder einer anderen Wirklichkeit, zu begegnen, heißt „Betroffenwerden vom Wesen des Gegenüberstehenden“ (Guardini). Damit ist, etymologisch fundiert, das Gegenüber als bestimmendes Moment für „Be-geg(e)n-ung“ benannt. Etwas oder jemandem zu begegnen bedeutet, mit einem Gegenüber, einem Wider-Stand konfrontiert zu werden. Begegnung setzt die Anerkennung des Andersseins und damit des Unbekannten und Frag-würdigen voraus, das einen anspricht und damit einen An-Spruch stellt. Begegnung bedeutet, etwas sich gegenüber stehen zu haben, das existenziell betroffen macht, sei dies nun eine Person, ein Geschehen, ein Systemzusammenhang oder was immer.¹⁹

Begegnung bewirkt aber – nach dem ersten Getroffenwerden und dem unmittelbaren Angesprochen-Werden – auch noch ein zweites Gegenüber. Der zweite Schritt, sofern man ihn vollzieht, besteht nämlich darin, sich von dem zu distanzieren, was betroffen gemacht hat, um es reflektieren zu können, es sich also neuerlich gegenüberzustellen. Dieser zweite Schritt ist für die Supervision ebenso konstitutiv.

Die beiden Schritte stellen zwei verschiedene Einstellungen und Haltungen dar, die aber beide in der Supervision entscheidende Bedeutung haben. Auf der einen Seite wird die Person mit dem konfrontiert, was ihr begegnet; auf der anderen Seite versucht sie, sich dem Widerstand in der Weise zu stellen, dass sie ihm, nachdem sie sozusagen einen Schritt zurückgetreten ist, ein zweites Mal gegenübertritt, und damit die Begegnung, die durchaus eine Störung

bedeutet, „aufzugreifen“ und zu „bearbeiten“. Die Konfrontation, die in der *Begegnung* passiert, wird in der *Reflexion* bedacht. Das zweite Gegenüber besteht also darin, die Begegnungserfahrungen zu bedenken und damit zu trachten, sie zu verstehen.

Begegnung als Handeln aus der Gegenwärtigkeit in der Unmittelbarkeit des Kairos

Carl Rogers arbeitete die Natur der Beratungsbeziehung immer deutlicher heraus. Hatte er sie selbst zunächst noch in Abwehr der gängigen direktiven Formen bewusst „nicht-direktiv“ genannt, und später, die Charakteristik der Beziehung genauer treffend und positiv formulierend, „klientenzentriert“, so ging er schließlich dazu über, sie als „Begegnung“ zu beschreiben, als „encounter person to person“. Eine Beziehung, die dem Menschen als Person gerecht wird, kann zweifellos nur eine sein, die einerseits den Anderen ganz so nimmt, wie er ist, und ihn in diesem Sosein respektiert, und bei der man sich andererseits auch selbst als Person ins Spiel bringt (statt sich in neutraler Distanz zu halten). Dafür wurde in der Philosophie des Personalismus der Begriff „Begegnung“ geprägt und von ihr die für eine „personale Begegnung“ konstitutiven Elemente herausgearbeitet, von denen im Folgenden einige genannt werden. Sie lassen sich unschwer in der personenzentrierten Arbeit wieder finden und auch beim Supervisionsgeschehen im Einzelnen durchbuchstabieren.

Be-geg(e)n-ung (ebenso: „En-counter“ von lateinisch „contra“) bedeutet wörtlich, etwas oder jemandem *gegenüberzustehen*. Es ist eine Beziehung, die *den Anderen* als einen prinzipiell Anderen respektiert und sich von diesem Anders- und Unerwartetsein überraschen und berühren lässt. Begegnung ist ohne Absicht, ein stauendes, *betroffen machendes Zusammentreffen* mit der Wirklichkeit des Anderen. Dabei wird der Andere weder vereinnahmt noch von außen beurteilt. Die Bewegung geht dabei, auch entwicklungspsychologisch gesehen, *vom Du zum Ich*, nicht umgekehrt. Begegnung ist also jene Form der Beziehung, die den größtmöglichen Respekt vor dem Anderen ebenso verwirklicht wie eine ganz besondere Nähe. Sie ist die dem Personsein im Sinne dieses Respekts vor der Autonomie angemessene Form der Beziehung: In der Begegnung tritt Person der Person gegenüber. Auch der Supervisor tut gut daran, sich insgesamt als einer zu verstehen, der weiß, dass „einem Menschen begegnen heißt, von einem Rätsel wach gehalten zu werden“ (Levinas).

Begegnung meint freilich weder allein einen einmaligen, außergewöhnlichen Moment noch einen dauernden, unveränderten Zustand, sondern einen *Prozess*. Sein Ziel ist die wechselseitige *An-Erkennung* als Person (und nicht eine Erkenntnis über den Anderen).

Begegnung hat deshalb notwendigerweise mit *Widerstand*, mit *Konfrontation* zu tun. Der Andere stellt das Selbst infrage. Er ist kein a priori Vertrauter oder gar Einordenbarer. Wer jemandes Anderen in personaler Weise innewird, sich von diesem Anderen ansprechen

18 Damit ist auch ausgesagt, dass eine sorgfältige *Ausbildung* wesentlich ist. Künstler bedürfen natürlich eines entsprechenden Lernprozesses im Sinne einer sorgfältigen (Her-)Aus-Bildung ihrer Fähigkeiten. In der Supervisionsausbildung geht es nicht um Technikerwerb oder Training, sondern um die Entwicklung der Person, um die Förderung von Begegnungsfähigkeit und Reflexionsfähigkeit.

19 Ausführlich zum Phänomen der Begegnung und ihrer Bedeutung für personales Handeln und den Personenzentrierten Ansatz: Rogers 1955a; 1962a; 1962c; 1970a; Schmid 1991, 105–121; 1994; 1996a; 1998a; 1998b; 1999; 2001b. (Dort auch Belege.)

und betreffen lässt, erfährt, dass damit jede Form von In-Besitz-Nehmen ausgeschlossen ist. Wer sich des Anderen bemächtigen wollte (und sei es nur in Form von Interpretationen oder Deutungen über den Anderen oder durch Vorgaben für ihn), der zerstört die personale Qualität der Beziehung und führt sie in eine Beziehungsform über, in der Einer den Anderen zum Objekt macht. (Hier wird im Übrigen die Bedeutung der Aggression und des Konflikts für die Supervision und die berufliche Identitätsfindung grundgelegt; vgl. Schmid 1996a, 469–486.)

Begegnung (und damit Supervision) kann dementsprechend kein planungsgebundenes, auf ein Ziel fixiertes Tun sein, sondern ist, so gesehen, *Spiel*, ein Spiel ohne Regeln, authentisch, frei, spielerisch (nicht verspielt) im Sinne absichtslosen Handelns. Supervision ist das Zusammen-Spiel aufeinander bezogener Personen in einem Stück, das im Moment des Spiels jeweils neu geschrieben wird, nicht ein Wiederholen und Wiederabspielen eingefahrener Rollen. Begegnung bedeutet also, sich selbst als Person ins Spiel zu bringen.

Wer begegnet, ist nicht nur Alter Ego einer Selbstreflexion, sondern auch Partner in einem *Dialog*. Begegnung geschieht, wo einer dem Anderen *Gegenwart* wird (Buber) und sich selbst als Person ganz auf ihn einlässt. Die „von Augenblick zu Augenblick stattfindende Begegnung“ (Rogers 1980b, 194) ereignet sich in der unmittelbaren Gegenwart. Ihr entspricht die *Gegenwärtigkeit (Präsenz)* als das unmittelbare Erleben mit dem Andern im jeweiligen Augenblick. Gegenwartigkeit wird dabei – im Unterschied zu einem oberflächlichen oder gar ideologischen Gebrauch des Schlagwortes vom Hier-und-Jetzt²⁰ – in einem existenziellen, begegnungsphilosophischen Sinn verstanden: als authentische Haltung, in der jeweiligen Gegenwart des Anderen zu *sein*, präsent zu sein. Das heißt, für sich und für die Anderen im jeweils gegebenen Moment bedingungslos offen zu sein: Es ist ebenso staunende Offenheit für das eigene Erleben erforderlich, ein absichtsloses *Gegenwärtigsein*, wie die *Vergegenwärtigung* der anderen Person erforderlich ist, d. h. sich einführend der Gegenwart des Anderen auszusetzen.

Das hat auch eine *körperliche und eine spirituelle Dimension*. Begegnung setzt physische Präsenz voraus, ist Berührung, Spüren und gespürtwerden, ein sinnhaftes Geschehen, „leibhaftes Zusammenspiel“ (Buber) und hat eine Ebene, die über das unmittelbar Erfahrbare hinausweist, also transzendente Dimensionen des Menschseins einschließt. Sie ist ein Geschehen der ganzen Person, mit Leib und Seele und Geist.

Solche Gegenwartigkeit, also jeweils ganz in der Gegenwart zu sein, bedeutet die Herausforderung, den fruchtbaren Augenblick zu ergreifen, den „*kairos*“.²¹ Denn Begegnung geschieht immer jetzt und sie ereignet sich direkt zwischen den Personen: in *Un-Mittel-barkeit*,

bar aller Mittel, Methoden und Techniken. Diese stehen trennend zwischen den Personen, wenn sie von außen in die Beziehung eingebracht werden. „Zwischen Ich und Du steht kein Zweck. Alles Mittel ist Hindernis. Nur, wo alles Mittel zerfallen ist, geschieht Begegnung“, formuliert Buber, präzise auch den Prozess beschreibend. Das einzige „Mittel“ oder „Instrument“ ist die Person des Begegnenden selbst. Das setzt zuallererst den Verzicht auf alle planbaren Techniken und Strategien voraus, auf alle Mittel, „Spiele“ oder „Übungen“, die als Schutz dienen um abzuwehren, was einem widerfährt. Gegenwartigkeit bedeutet hingegen ein Sich-Einlassen auf die Unmittelbarkeit der Begegnungserfahrung und die Offenheit für das, was sich im nächsten Augenblick ereignen wird.

Die oft beschriebenen drei personenzentrierten Grundhaltungen, wegen ihrer unbedingten Zusammengehörigkeit auch als Triasvariable bezeichnet, sind, genau genommen, drei Dimensionen *einer* Haltung, die eben mit diesem Begriff von *Gegenwärtigkeit* oder *Präsenz* in ihrer existenziellen Dimension beschrieben werden kann und in der sie gleichsam – in einem hegelianischen Sinn – aufgehoben sind (Rogers 1986h; Schmid 1994, 228–244). Sie stellen drei Facetten oder Ausfaltungen ein und derselben Weise dar, mit einem oder mehreren Anderen, in dessen oder deren Gegenwart zu sein – kongruent und offen, wertschätzend und ohne Bedingungen, einfühlsam und ohne Beurteilungen. Gegenwartigkeit in diesem Sinn ist eine Lebenseinstellung, ein „way of being“, ja ein „way of being with“ (Rogers 1975a, 4), eine Weise des Miteinanderseins.

Diese mit Gegenwartigkeit beschriebene Grundhaltung beruht auf einem *Grundvertrauen in die Person*, die eigene und die des Anderen, was sie scharf von der meist durch Misstrauen geprägten Haltung in der Gesellschaft, im Berufs- und oft auch im Privatleben, unterscheidet. Statt Menschen als unfähig, belehrungsbedürftig, destruktionsgeneigt und daher auf Kontrolle und Führung durch Experten angewiesen zu betrachten, geht die personenzentrierte Sichtweise davon aus, dass die *konstruktive Tendenz zur Aktualisierung* Vertrauen verdient, findet sie nur einigermaßen geeignete (Beziehungs-)Bedingungen vor.

Reflexion als Ab-Lösung

Während mit Begegnung also das existenzielle Berührtwerden in der Unmittelbarkeit der Beziehung gemeint ist, bezeichnet der darauf folgende Schritt der Reflexion das distanzierende und objektivierende Bedenken des Geschehenen. Ihn auszuklammern oder für überflüssig zu erklären, hieße nicht nur, eine zentrale menschliche Fähigkeit auszublenden, es hieße auch, dem Anderen Ent-Scheidendes vorzuenthalten.

20 Gegenwartigkeit schließt das Gewordensein ebenso ein wie den Entwurf von Zukunft, das Werdenkönnen.

21 Benannt nach dem griechischen Gott für die günstige Gelegenheit bzw. den rechten Augenblick, der als Jüngling mit einem Schopf vorne, kahl geschoren hinten, dargestellt wurde, und den es, wenn er vorbeilte, galt, „beim Schopf zu packen“.

In der Reflexion geschieht Analyse und Kritik. Die Reflexionsphase fördert die Selbstreflexion, in der sich der Supervisand selbst und in der er sein berufliches Handeln zum Objekt seines Denkens macht. Dabei wird auch das System, in dem er handelt, zum Gegenstand der Reflexion, damit seine Rolle, seine Beziehungen usw. Erst die Reflexion legt die Grundlage zu Freiheit und Verantwortung, die des für die Reflexion erforderlichen und in der Reflexion erzielten Abstands bedürfen. (Vgl. Schmid 1996a, 121f)

Mit der Beachtung „des Dritten“ – sei es das Thema, das System oder eine oder mehrere weitere Personen – wird die reduzierte Sicht einer „Ich-Du-Begegnung“ überwunden. Wie bereits erwähnt, gibt es den Anderen der Begegnung immer nur in der Gegenwart des Dritten (Levinas). Damit wird über die Unmittelbarkeit hinaus das Problem der Orientierung relevant und, es stellt sich, in Levinas' Sprache formuliert, die Frage der Gerechtigkeit, die sich aus der Rat- und Orientierungslosigkeit ergibt (s. o.): Wem gilt es, wie gerecht werden? Handeln versteht sich nicht mehr von selbst; Konzepte werden fragwürdig und neues Bedenken wird notwendig. Lösungs-Ansätze, die ein Sich-Ab-lösen erfordern, können in den Blick kommen. Sie sind nur aus der Distanzierung möglich, im Lösen aus der Unmittelbarkeit, indem das Erfahrene zum Gegenstand wird. In diesem (zweiten) Gegenüber können Handels- und Denkalternativen kreativ entstehen, kann sich die Person entscheiden, wird sie selbst (d. h. mit ihrem Selbst) zur Entscheidungsinstanz. (Vgl. Schmid 1996a, 149f)

Müßig zu betonen, dass solche (profunde) Reflexion ohne vorgängige Begegnungserfahrung, auf die sie reflektiert, gar nicht möglich ist, und daher Verfahren, die sofort mit der Reflexion ansetzen möchten, Person und Thema verfehlen.

Personzentrierte Supervision als Persönlichkeits- und Organisationsentwicklung durch reflektierte Begegnung

In der Supervision wird jener Teil der Lebenswelt des Supervisanden, der seine Arbeit betrifft, aktualisiert und damit der Reflexion zugänglich.

Supervision auf der Basis solcher phänomenologischer, personaler, existenzieller Anthropologie bedeutet also zweierlei: Zum einen ist sie – *auf der Ebene der Supervisionsbeziehung(en)* – die Begegnung des Supervisors (oder der Supervisoren) mit dem (oder den) Supervisanden und seinen (oder ihren) Erfahrungen, welche die Voraussetzung für die Begegnung vom Supervisanden zum Supervisor und (in der Gruppe) der Supervisanden untereinander bildet. Diese (unmittelbaren) Begegnungserfahrungen eröffnen, zeigen von sich aus auf, was den Supervisanden in Bezug auf seine Arbeitswelt betrifft: Er gibt zu erkennen, was in ihm vorgeht und wie er seine Arbeitswelt erlebt (diese wird selbst natürlich nicht direkt, sondern immer nur über die Vermittlung des Supervisanden „abgebildet“); die adäquate Antwort in der Begegnung ist die An-

Erkennung der Person des Supervisanden durch den Supervisor. Diese Begegnungserfahrungen bilden die Basis für die Reflexion der Supervisionsbeziehung selbst in der Beziehung zwischen Supervisand und Supervisor. (Zu beachten ist, dass dabei die Bewegung vom sich öffnenden Supervisanden ausgeht und einen An-Spruch bildet, dem der Supervisor ent-sprechend zu ant-worten aufgerufen ist.) In der Reflexion kann auf der Basis der vertrauensvollen Beziehung eine innere (Ab-)Lösung von „eingefahrenen“ Denk- und Handlungsschemata erfolgen – also Erkenntnis geschehen, die sogleich (beschränkt in der Zweierbeziehung, lebensnaher in der Gruppe) versuchsweise in veränderter Beziehungsgestaltung erprobt werden kann, womit neue Begegnungserfahrungen möglich werden.

Zum anderen – *auf der Ebene des „Transfers“ des Supervisionslernens in die Realität der Arbeitswelt* – wird Begegnungserfahrung und Reflexion derselben durch den Supervisanden selbst in der jeweiligen Arbeitssituation gefördert, weil durch die Entwicklung der Persönlichkeit, die in der Supervisionsbeziehung durch Begegnung und Reflexion geschehen konnte, das Selbst-Verständnis des Supervisanden gewachsen ist und er verändert „an die Arbeit gehen“ kann.

Der Prozess der Supervision insgesamt bildet so, wo er gelingt, eine spiralenförmige Weiterentwicklung: Durch neuerliche Begegnung und Reflexion aufgrund der dabei gemachten Erfahrungen in der Arbeit in der nächsten Supervisionseinheit erweitert sich die Spirale. Erweist sie sich jedoch stattdessen als Zirkel (und landet man dort, wo man schon war), müssen die Begegnungserfahrungen daraufhin reflektiert werden, was übersehen oder zu wenig beachtet geblieben ist, um eine (Ab-)Lösung (aus derselben Ebene) zu ermöglichen.

Analoges gilt für die Veränderung von Organisationen (mit denen man auch nur über Personen in Kontakt treten kann).

Der Personzentrierte Supervisor hat also die Aufgabe, das Gegenüber der Begegnung in einer reflexiven Gegenüberstellung fassbar zu machen und diesen Komplex der Reflexion explizit zu machen. Das „doppelte Gegenüber“ bildet somit die Grundlage des Verständnisses von Personzentrierter Supervision. Sie ist (erstens) die Kunst der Begegnung, die den Supervisanden hilft, seine Ressourcen zu mobilisieren und erneut darauf zu vertrauen. Sie ist (zweitens) die Kunst der Reflexion, die dem Supervisanden hilft, Begegnungserfahrungen selbstständig zu reflektieren. Der Ansatz liegt dabei auf der Wahrnehmung und Bearbeitung von Inkongruenz, sei es der Person, sei es der Organisation. Personzentrierte Supervision ist damit „*facilitative supervision*“ (Schmid 1997).

Dem Supervisor kommt dabei die Aufgabe eines Facilitators zu, d. h. einer den Prozess fördernden Person (vgl. Schmid 1996a, 219–288; Frenzel 2000), die sich – im Sinne eines „*way of being with*“ – auf die Unmittelbarkeit der Begegnung einlässt und die Reflexion begleitet. Der Supervisor vertraut dazu in das Potential seines Supervisanden bzw. in die Ressourcen des Systems. Für die Begegnung sind die erwähnten personzentrierten Grundhaltungen

ausschlaggebend; die Reflexion erfordert zudem u. a. die Kenntnis von Organisationsstrukturen und antizipative Fähigkeiten, wie beispielsweise die kognitive soziale Perspektivenübernahme (Binder 1996; Schmid 2001c). Sie entspricht dem Erkennen im Sinne des Bedenkens, während die Empathie dem Anerkennen im Sinne des Verstehens dient. Begegnung bedarf der Offenheit des Supervisors, der nicht mit vorgefassten Konzepten seine Fähigkeit zu hören beeinträchtigen darf und ohne Bedingungen die Person des Supervisanden wertschätzt; Reflexion bedarf des kritischen Blicks usw.

Zusammengefasst: Personenzentrierte Supervision findet in der Spannung und Dialektik von Individuum und Gesellschaft statt. Sie versteht sich näherhin als Prozess der Begegnung und Reflexion auf der Ebene der Person in Bezug auf ihre Arbeit. Anders formuliert: Personenzentrierte Supervision ist die wissenschaftliche und praktische Frage nach der Person im Arbeitskontext. d. h. nach jenem Teil ihrer gesellschaftlichen Realität, die mit ihrem Beruf bzw. ihrer berufsähnlichen Tätigkeit zu tun hat. Personenzentrierte Supervision ist die Kunst der Emanzipation fördernden Begegnung und Reflexion, die dem Supervisanden hilft, seine Ressourcen zu mobilisieren und erneut darauf zu vertrauen, selbst ein Künstler in der Gestaltung seiner beruflichen Beziehungen und seiner Arbeitswelt sein zu können.

3. Supervision als sozialetische Disziplin Plädoyer für einen ethischen und grundlagentheoretischen Diskurs

Rogers hat seinen Ansatz aus der Erfahrung in Beziehungen erarbeitet; seine Theorie ist phänomenologisch gewonnen und erfahrungsnah formuliert. Was Rogers in Beratungen und Therapien beobachtet hat und woraus er seine Hypothesen formulierte, sind jedoch keine indifferenten Daten, sondern Erfahrungs-„Tatsachen“, die von allem Anfang an eine deutliche Wertsetzung implizieren.

Eine ethische Position als Grundlage personenzentrierten Handelns

Sieht man sich Rogers' Statement 1957(a), das Kernstück personenzentrierter Theorie, genauer an, so ist damit bereits eine ethische Grundlegung formuliert: Wenn die dort genannten sechs Bedingungen notwendig und hinreichend für eine konstruktive Entwicklung der Person sind, so stellt es eine Verpflichtung für den Therapeuten dar, sie zu beachten (Kontakt, Klienteninkongruenz, Kommunikation der Therapeuteneinstellungen) bzw. „anzubieten“ (Kongruenz, bedingungsfreie Zuwendung, Empathie). Gerade aus der dem Personenzentrierten Ansatz grundlegenden phänomenologischen Position heraus, kam Rogers zur Klientenzentrierung, nämlich darauf, wie bereits oben erwähnt, das Angesprochenwerden durch eine Person als einen An-Spruch zu verstehen, der Ant-Wort verlangt und damit in Ver-Antwort-ung nimmt.

Damit aber wird personenzentriertes Handeln ethisch fundiert. Was dort für die Psychotherapie formuliert wurde, gilt analog für Beratung, die Supervision eingeschlossen.

Die philosophische Basis zu diesem Verständnis findet sich unter anderem bei Levinas. Ethik bedeutet ja Moralphilosophie, nicht Moral oder gar Kasuistik (und hat weder mit „Betroffenheitsduselei“ noch mit „Gutmenschentum“ zu tun, schon gar nicht mit Moralisieren). Der Ethik geht es um die Grundfrage, wie der Mensch mit dem Menschen und sich selbst, in welchen Konstellationen immer, umgeht. Levinas zufolge ist die Grundlage des Selbstbewusstseins nicht die Reflexion (des Ich am Du), sondern die schon jeweils vorgegebene Beziehungserfahrung, die im Anderen ihren Ursprung hat. Begegnung geht der Reflexion voraus. Der Andere ist vorgängig da, bleibendes Rätsel und somit ständige Herausforderung.

Jede Beratung ist demzufolge das Ergreifen der Verantwortlichkeit gegenüber dem Klienten als einem Anderen, ist Handeln aus der Begegnung, engagierter und solidarischer Dienst aus einer solchen ethischen Grundhaltung. Aus ethischer Sicht besteht die Verpflichtung, in zwischenmenschlichen Situationen, die sich als „Helfen“ oder „Beraten“ im weitesten Sinn des Wortes definieren lassen das Beste, das verfügbar ist, anzubieten. Gerade auch die vielbeschworene Qualitätssicherung ist daher eine ethische Frage.

Supervision ist also zu allererst unter einem ethischen Blickwinkel zu sehen. Dabei geht es freilich nicht um individualistische Ethik, sondern um Sozialetik. Supervisorisches Handeln ist ja (wie therapeutisches Handeln im Übrigen) immer auch gesellschaftliches und politisches Handeln – was für Supervision in der Wirtschaft ebenso gilt wie für Supervision im Bildungsbereich, in der Sozialarbeit oder Psychotherapie.

Alfred Pritz (1999) ist in seiner Forderung nach einem „ethischen Code“ für Supervisorinnen und Supervisoren Recht zu geben. Freilich nicht in einer bloß oberflächlichen Weise, einige Regeln gegen Missbrauch und Ausbeutung von Klientinnen und Klienten aufzustellen und allenfalls die Frage eines angemessenen Honorars zu regeln, sondern dergestalt, dass grundlegende Überlegungen dazu angestellt werden, was Aufgabe und Verpflichtung im supervisorischen „Dienst“ bedeutet.

Die Frage nach der Person ist immer eine ethische Frage. Die persönlichkeits-theoretische und organisationstheoretische Fragestellung weist also über sich hinaus und entpuppt sich immer auch als eine ethische. Sie führt, konsequent gestellt und reflektiert, von den egologischen Fragestellungen, mit denen wohl alle Supervisionsvorgänge einmal beginnen, zum „Wir“ der Gesellschaft.

Gerade aus ethischer Sicht ist Supervision, wie beschrieben, nicht einfach eine Methode oder eine Technik. Von Supervisionstheorien ist daher zu fordern, dass sie weder in distanzierendem Philosophieren stecken bleiben noch auf der Ebene der Methodik oder Technologien das beliebte Spiel des „cleverer, schneller, effizienter“ mitspielen, sondern die konkrete Frage nach den beteiligten Personen stellen.²²

State of the art: Förderung von kreativer Emanzipation statt methodikfixierter Egologie

Die gegenwärtige Diskussion scheint all diese Fragestellungen nahezu auszuklammern. (Hier ist ein ähnlicher Befund zu erheben wie für die Psychotherapie.) Das heute weit verbreitete Supervisionsverständnis der Methodenzentrierung²³ stellt die ethische Frage erst gar nicht. Aus personenzentrierter Sicht erscheint es hoch an der Zeit, in der Supervisionsdiskussion von der Breite in die Tiefe zu gehen. Es ist an der Zeit zu erkennen, dass der vorherrschende Diskurs in der Supervision, über Berufsidentität und Organisationsform, über Verbands- und Berufspolitik – so notwendig diese Themen auch sind –, eine ziemlich krasse Form von Egologie darstellt und nicht anders als in der Frustration enden kann, zu der alle Egologie letztlich führen muss: zum Erlebnis von Bedeutungslosigkeit und Wirkungslosigkeit. Die Mode „Supervision“ wird vergehen und von anderen Zeitgeist-Trends abgelöst werden; anderes wird schick und für die eigene P.R. als förderlich gelten; der Prozess ist bereits im Gange. Der Boom ist auch hier, wie zuvor in der Gruppendynamik, in der Selbsterfahrung, in der Psychotherapie vorübergehend.

Was bleibt, sind die Menschen in ihrer Arbeitswelt, die eine profunde und verantwortungsbewusste Begleitung ihrer beruflichen Situation brauchen. Was bleibt, ist die Notwendigkeit qualitativ hochwertiger, personal verantworteter supervisorischer Arbeit. Was bleibt, ist der Anspruch zur kreativen Begleitung emanzipatorischer Prozesse und organisatorischer Veränderungen, die diese ermöglichen, ja begünstigen.

Nach wie vor gilt es also, von der supervisoren-, ja verbandszentrierten Diskussion (die oft um die Sicherung von Pfründen kreist) zu einer grundsätzlichen zu kommen. So begrüßenswert das Thema der Professionalisierung und Qualitätssicherung von Supervision ist, so wichtig ist es, es auf der Basis eines ethischen und grundlagentheoretischen Diskurses zu führen. Die personenzentrierte Theorie und Praxis der Supervision läuft hier zahlreichen zeitgeistigen Tendenzen quer.

In einer Zeit, in der sich ein methodenorientiertes Selbstverständnis nicht zuletzt dank gesellschaftspolitischer Effizienzansprüche einer beträchtlichen Konjunktur erfreut, ist eine personale Grundorientierung vielleicht aktueller denn je. Entgegen dem modischen Trend bleibt festzuhalten, dass der radikale Ansatz, Supervision ausschließlich an der Person zu orientieren, uneingeholt und provokativ bleibt wie eh und je – auch für die personenzentrierten

Praktiker und Theoretiker selbst. Er bedeutet eine gesellschaftspolitische Infragestellung, die gern verdrängt wird.

Sogenannte Qualitätssicherung durch Etablierung bloß methodenorientierter Standards und Diskursmonopolisierung mag weit verbreitet sein. State of the art ist das freilich nicht.

State of the art ist vielmehr, Supervision als dialogische Kreation von Handlungsmöglichkeiten zu verstehen (Frenzel). Der Personenzentrierte Ansatz liegt gerade deshalb vielen heute üblichen Forderungen quer, etwa jener nach der Effektivität beratenden und supervisorischen Handelns, die ausschließlich in Kategorien denkt, wie man möglichst raffiniert, rasch und schmerzlos „Probleme weg-machen“ kann. Er ist der solidarische und emanzipatorische Ansatz par excellence gegen die Versuchung zur Technifizierung und einseitigen Effizienzorientierung der Supervision im Besonderen, der Beratung im Allgemeinen.

Die Unterstützung der Emanzipation der Person in der Gesellschaft und ihrer Befreiung aus der Entfremdung – im Falle der Supervision die Arbeitswelt betreffend – wird weiter bedeutsam bleiben und nicht mit marktorientierten Überlegungen oder Moden verschwinden. Sie bleibt eine permanente solidarische Aufgabe und ethische Herausforderung.

Literatur

- Binder, Ute (1996), Die Bedeutung des motivationalen Aspekts von Empathie und kognitiver sozialer Perspektivenübernahme in der personenzentrierten Psychotherapie, in: Hutterer/Pawlowsky/Schmid/ Stipsits 1996, 347–362
- Frenzel, Peter (2000), Personenzentrierte Supervision: Entwicklung durch dialogische Kreation funktionaler Wirklichkeiten in Umwelten der Organisation, in diesem Heft
- Gotthardt-Lorenz, Angela (1999), Die Methode Supervision – Fachlicher Anlass und Bezugsrahmen für Supervisionsausbildungen, Manuskript, KAT der ÖVS, 19./20. 4. 1999
- Gotthardt-Lorenz, Angela / Schüers, Wolfgang (1997), Das Supervisionsverständnis in der Community der SupervisorInnen, in: Luif 1997, 14
- Gotthardt-Lorenz, Angela / Walther, Ingrid (1998), Berufs- und Arbeitsfeldorientierung – der Blickwinkel, der Supervision zur Supervision macht, in: Hausegger, Trude / Tatschl, Siegfried / Walther, Ingrid (Hg.), Supervision – den beruflichen Alltag professionell reflektieren, Innsbruck (StudienVerlag) 1998, 11–22
- Hutterer, Robert / Pawlowsky, Gerhard / Schmid, Peter F. / Stipsits, Reinhold (1996) (Hg.), Client-Centered and Experiential Psychotherapy. A paradigm in motion, Frankfurt/M. (Peter Lang) 1996
- IPS der APG / ÖGwG (1999), Person-/Klientenzentrierte Supervision und Organisationsentwicklung. Statut und Ausbildungsordnung von ÖGwG und IPS der APG, Fassung 1999
- Iseli, Catherine / Keil, Wolfgang W. / Korbei, Lore / Nemeskeri, Nora / Rasch-Owald, Sylvia / Schmid, Peter F. / Wacker, Paulus (Hg.), Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Therapie an der Jahrhundertwende, Köln (GwG) 2001
- Korunka, Christian / Sauer, Joachim / Steinhardt, Kornelia / Lueger-Schuster, Brigitte (2000), Der Stellenwert des Personenzentrierten Ansatzes in der Supervision. Eine empirische Bestandsaufnahme, in diesem Heft

22 Vgl. zur ethischen Fundierung Pfeiffer 1996; Wittrahm 1995; Schmid 1996a, 521–532; 2001a; 2001b; 2001d.

23 Seltsamerweise wird dieses Spiel zum Teil von Frauen kräftig mitgespielt, ja propagiert – ein Spiel, das üblicherweise Männern zugeordnet ist, nämlich wer am potentesten ist, wer die besten und ausgeklügeltsten Methoden hat oder wer eine Reglementierung ausarbeiten kann, die am besten der Kontrolle und Uniformität dient usw.

- Luif, Ingeborg (Hg.), *Supervision*, Wien (Orac) 1997
- ÖVS (1998): Österreichische Vereinigung für Supervision, *Supervision in Österreich 1998*, 2
- Pfeiffer, Wolfgang M. (1996), Konkurrenz und Solidarität in anthropologischer Perspektive, in: Frielingsdorf-Appelt, Christa / Pabst, Hans / Speierer, Gert-Walter (Hg.), *Gesprächspsychotherapie. Theorie, Krankenbehandlung, Forschung*, Köln, (GwG) 1996, 21–34
- Pritz, Alfred (1999), Wem „gehört“ die Supervision? Einige Gedanken über die Zukunft des Berufsfeldes. Vortrag bei der Tagung „Veränderungskonzepte in der Supervision“, Wien, Am Spiegeln, 12. 11. 1999
- Rogers, Carl R. (1955a), Persons or science? A philosophical question, in: *American Psychologist* 10,7 (1955) 267–278; dt. Menschen oder die Wissenschaft? Eine philosophische Frage, in: Rogers 1961a, dt. 1973, 197–222
- (1957a), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: *Journal of Consulting Psychology* 21,2 (1957) 95–103; dt.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: Rogers/Schmid 1991, 165–184
- (1961a), On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy, Boston (Houghton Mifflin) 1961; dt.: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, Stuttgart (Klett) 1973
- (1962a), The interpersonal relationship. The core of guidance, in: *Harvard Educational Review* 4,32 (1962) 416–429; dt.: Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie, in: ders. (1977b), *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*, München (Kindler) 1977, 180–196
- (1962c), Some learnings from a study of psychotherapy with schizophrenics, in: *Pennsylvania Psychiatric Quarterly*, Summer (1962) 3–15; dt.: Einige Untersuchungsergebnisse aus der Psychotherapie mit Schizophrenen, in: Rogers, Carl R. / Stevens, Barry, *Von Mensch zu Mensch. Möglichkeiten, sich und anderen zu begegnen*, Paderborn (Junfermann) 1984, ²1987, 209–222
- (1970a), On encounter groups, New York (Harper & Row) 1970; dt.: Encounter-Gruppen. Das Erlebnis der menschlichen Begegnung, München (Kindler) 1974
- (1975a), Empathic – an unappreciated way of being, in: *The Counseling Psychologist* 5,2 (1975) 2–10; dt.: Eine neue Definition von Einfühlung, in: Jankowski, Peter / Tschulin, Dieter / Fietkau, Hans-Joachim / Mann Frido (Hg.), *Klientenzentrierte Psychotherapie heute*, Göttingen (Hogrefe) 1976
- (1980b), Client-centered psychotherapy, in: Kaplan, H. I. / Sadock, B. J. / Freedman, A. M. (Hg.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, III, Baltimore, MD (Williams and Wilkins) 1980, 2153–2168; dt.: Klientenzentrierte Psychotherapie, in: Rogers/Schmid 1991, 185–237
- (1986h), A client-centered / person-centered approach to therapy, in: Kutash, I. L. / Wolf, A. (Hg.), *Psychotherapist's casebook. Theory and technique in the practice of modern times*, San Francisco (Jossey-Bass) 1986, 197–208; dt.: Ein klientenzentrierter bzw. personenzentrierter Ansatz in der Psychotherapie, in: Rogers/Schmid 1991, 238–256
- Rogers, Carl R. / Schmid, Peter F. (1991), *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*, Mainz (Grünewald) 1991; ⁴2000
- Schmid, Peter F. (1991), Souveränität und Engagement. Zu einem personenzentrierten Verständnis von „Person“, in: Rogers/Schmid 1991, 15–164; ⁴2000
- (1994), *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch. Bd. I: Solidarität und Autonomie*, Köln (Edition Humanistische Psychologie) 1994
- (1996a), *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Ein Handbuch. Bd. II: Die Kunst der Begegnung*, Paderborn (Junfermann) 1996
- (1996b), „Probably the most potent social invention of the century“. Person-Centered Therapy is fundamentally group therapy, in: Huttenner/Pawlowsky/Schmid/Stipsits 1996, 611–625
- (1997a), Vom Individuum zur Person. Zur Anthropologie in der Psychotherapie und zu den philosophischen Grundlagen des Personzentrierten Ansatzes, in: *Psychotherapie Forum* 4 (1997) 191–202
- (1997b), Förderung von Kompetenz durch Förderung von Kongruenz. Inhaltliche und berufspolitische Aspekte Personzentrierter Supervision, in: *PERSON* 2 (1997) 144–154
- (1997c), Personzentrierte Supervision. Berufliche Entwicklung durch Begegnung, in: Luif 1997, 175–188
- (1998a), *Im Anfang ist Gemeinschaft. Personzentrierte Gruppenarbeit in Seelsorge und Praktischer Theologie. Bd. III: Beitrag zu einer Theologie der Gruppe*, Stuttgart (Kohlhammer) 1998
- (1998b), Begegnung von Person zu Person. Zur Beziehungstheorie und zur Weiterentwicklung der Personzentrierten Psychotherapie, in: *Psychotherapie Forum* 1 (1998) 20–32
- (1998e), Was ist Supervision?, in: Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (Hg.), *Supervision und Psychotherapie*, Wien ²1998, Iff
- (1999), *Personzentrierte Psychotherapie*, in: Sonneck, Gernot/ Slunecko, Thomas (Hg.), *Einführung in die Psychotherapie*, Stuttgart (UTB für Wissenschaft – Facultas) 1999, 168–211
- (2001a), Anspruch und Antwort. Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person, in: Keil, Wolfgang W. / Stumm, Gerhard (Hg.), *Der Personzentrierte Ansatz in der Psychotherapie. Die vielen Gesichter der Klientenzentrierten Psychotherapie*, Wien (Springer) 2001
- (2001b), Was ist personenzentriert? Zur Frage von Identität, Integrität, Integration und Abgrenzung, in: Iseli et al., Köln (GwG) 2001
- (2001c), Comprehension. The art of not-knowing. Dialogical and ethical perspectives on empathy as dialogue facing the unexpected in personal and person-centred relationships, in: Haugh, Sheila / Merry, Tony (Hg.), *Rogers' therapeutic conditions. Evolution, theory and practice. Bd. 2: Empathy. Ross-on-Wye (PCCS) 2001*
- (2001d) Schmid, P. F. (2001d) “The necessary and sufficient conditions of being person-centered“. On identity, integrity, integration and differentiation of the paradigm, in: Watson, Jeanne C. et. al. (Hg.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice*, Ross-on-Wye (PCCS) 2001
- Schmid, Peter F. / Winkler, Marietta (2001), Die Person als Frau und Mann. Zur Geschlechterdifferenz in Personzentrierter Therapie und Beratung, in: Iseli et al., Köln (GwG) 2001
- Schweers, Gerd (2000), *Personzentrierter Ansatz und Supervision*, in diesem Heft
- Wittrahm, Andreas (1995), Ethische Leitlinien für personenzentriertes Handeln in Therapie und Beratung, in: GwG (Hg.), *Konkurrenz und Solidarität. Perspektiven des Personzentrierten Ansatzes im Wandel Europas. Europäischer Kongreß für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung der GwG*, Aachen 29. 4.–3. 5. 1995, Abstracts, 94

Autor

Peter F. Schmid, Univ. Doz. HSProf. Mag. Dr., ist Begründer person-zentrierter Ausbildung in Österreich, Leiter des Referats für Supervision der Erzdiözese Wien, Personenzentrierter Supervisor und Psychotherapeut und Ausbilder der Akademie für Beratung und Psychotherapie des Instituts für Personzentrierte Studien (IPS der APG). Mitbegründer der Aus-, Fort- und Weiterbildung „Person-/Klientenzentrierte Supervision und Organisationsentwicklung“ (IPS und ÖGwG). Zusammenarbeit mit Carl Rogers in den achtziger Jahren; zahlreiche Fachpublikationen.

Anschrift

*A-1120 Wien, Koflergasse 4;
E-Mail: pfs@pfs-online.at; Website: pfs-online.at*

Peter Frenzel

Personzentrierte Supervision: Entwicklung durch dialogische Kreation funktio- naler Wirklichkeiten in Umwelten der Organisation

Zusammenfassung: In diesem Beitrag werden Aspekte aufgezeigt, wie Personzentrierte Supervision die aufgabenkonforme Reflexion beruflicher Situationen als Balance zwischen personaler und organisationaler Ebene realisieren kann. Ausgehend von einer spezifischen Auffassung des Personzentrierten Ansatzes, die konstruktivistische und systemtheoretische Aspekte berücksichtigt, gestaltet sich das Aufgabenverständnis des Personzentrierten Supervisors als das eines hilfreichen „Facilitators“, der mit weitgehendem Vertrauen in die Selbstorganisationsfähigkeiten der Person oder des Teams für manche Aspekte zeitgemäßen Managements lernförderliche Vorbildwirkungen und konstruktive Entwicklungsprozesse entfalten kann. Rund um diese Thesen wird zunächst das Interventionsfeld und der Aufgabenbereich von Supervision in Organisationen in einer Skizze dargestellt und dann einige ansatztypische Kernpunkte in ihrer Bedeutung und ihrem Potenzial für supervisorisches Handeln in Organisationen beleuchtet. Konsequenzen für die Ausbildung personzentrierter Supervisor/inn/en werden angedeutet.

Stichwörter: Personzentrierte Supervision, Konstruktivismus, Systemtheorie, Coaching, Interventionstheorie der Supervision, Organisation, Supervisionsausbildung

Einleitung, Themenstellung und theoretische Positionierung

Der Titel des Beitrags stellt den Versuch dar, meine eigene theoretische Positionierung als Supervisor oder Berater möglichst kompakt zu verdeutlichen. Die Ausführungen betreffen inhaltlich vor allem meine Arbeit als Supervisor in Organisationen und damit Coaching (von Führungskräften) und fallweise auch Teamsupervision. Die Anwendungsbereiche Fallsupervision, Ausbildungssupervision, Gruppensupervision oder Organisationsentwicklung werden in diesem Beitrag nicht behandelt. Was bedeuten nun die im Titel angedeuteten Aspekte meines Beraterverständnisses im Einzelnen?

Personzentrierte Supervision

Damit ist in erster Linie meine anthropologische Position benannt und mein Menschenbild verortet. Durch diese Explizierung soll auch eine Abgrenzung geschehen, sowohl gegenüber anderen Menschenbildern, als auch gegenüber verschiedentlich geäußerten Positionen, die Zusatzbezeichnungen wie „personzentriert“, „systemisch“

oder „psychoanalytisch“ mit dem Argument monieren, Supervision bestimme sich als spezifische Beratungsform ausschließlich vom Gegenstand her, nämlich als professionelle Reflexion der für berufliche Zusammenhänge relevanten Arbeitsbeziehungen und Arbeitsprozesse. „Themenbereiche der Supervision sind die Interaktionen der Professionellen mit den Adressat/inn/en ihrer Arbeit (Klienten, Kunden), die Interaktionen mit den Kolleg/inn/en und Vorgesetzten sowie die Auseinandersetzung mit den Anforderungen der Organisation und deren gesellschaftlichen Hintergründen.“ (Gotthardt-Lorenz/Schüers 1997, 14).

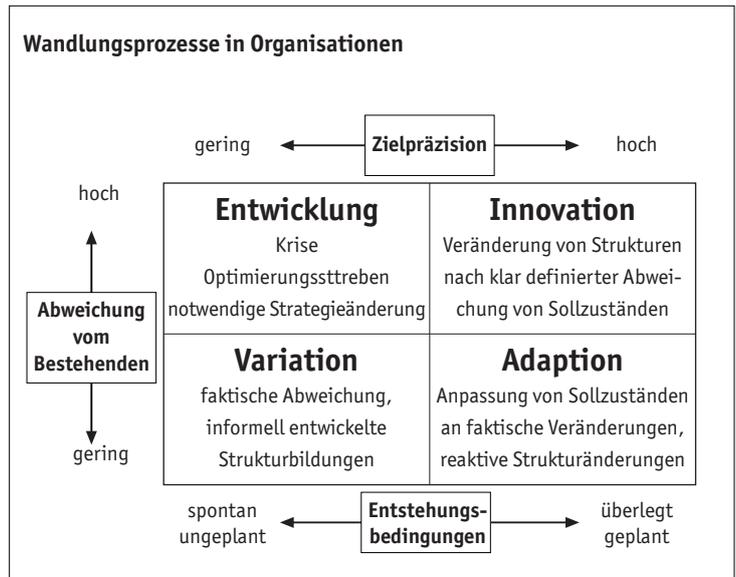
So sehr man dieser Berufsdefinition zustimmen kann, so sehr ist nach meiner Meinung die manchmal geäußerte Schlussfolgerung, dass man deshalb keine Zusatzbezeichnung brauche, abzulehnen. Beratungsansätze benennen doch – zumindest nach unserer personzentrierten Meinung – keineswegs nur Methoden, sondern insbesondere anthropologische Positionen und/oder präferierte Erkenntnistheorien. So gesehen kann Supervision nie ein vollwertiger, für sich stehender Beratungsansatz sein, sondern nur eine spezifische Form beraterischer Arbeit benennen, die sich an bestimmten anthropologischen Positionen orientiert. Geschieht die Ausübung der Supervision ohne ausreichende Reflexion des eigenen Menschenbildes,

dann läuft sie immer Gefahr zur inkonsistenten und damit letztlich verwirrenden Sozialtechnologie zu verkommen, die sich situativer Stimmungsherrschaft oder verschiedenen Intentionen folgend, mal nach dieser, mal nach jener nur implizit bleibenden anthropologischen Überzeugung ausrichtet.

Deshalb hier meine explizite Entscheidung für die „Person“ als eine sprachliche Konstruktion, die nach unserem Verständnis nicht nur die Autonomie und das Potenzial des Einzelnen betont (Stichwort „Personal Power“), sondern auch die relationale Dimension, die auf die fundamentale soziale Verbundenheit der Person verweist (s. dazu z. B. Schmid 1997). Damit ist eine Abgrenzung gegenüber jedweder Form der Trivialisierung des Subjekts möglich (wie sie z.B. durch eine Übertreibung der Milieutheorie in manchen systemischen Ansätzen zu beobachten ist), als auch gegenüber Missverständnissen in Richtung Autarkie und vermeintlicher Omnipotenz, die gerade im Bereich des Managements so häufig anzutreffen sind. Auch wenn wissenschaftliche Aussagen in eine eindeutig andere Richtung zeigen, bevorzugen Praktiker nach wie vor implizit den Heldenmythos als Erklärungsmodell des Phänomens Führung. Aber auch die Renaissance der schon tot geglaubten Eigenschaftstheorien in Management und Beratung, die sich beispielsweise an den anhaltenden Verkaufserfolgen von NLP als Methode für Coaching und Managementberatung ablesen lässt, knüpft an diese kulturspezifische Hybris im Hinblick auf Machbarkeit und Steuerung komplexer soziotechnischer Systeme an.

Entwicklung

In meiner bewussten Entscheidung für „Entwicklung“ anstelle von „Veränderung“ ist auch eine Kritik am Tagungstitel („Veränderungskonzepte in der Supervision“) impliziert. Nach meiner Auffassung von Supervision und der definitorischen Unterscheidung von „Entwicklung“ und „Veränderung“ ergeben sich einige Widersprüche. Supervision intendiert als Instrument der Qualitätssicherung und als Ausdruck permanenten Optimierungsstrebens (Stichwort „Lernende Organisationen“) nur die Reflexion von berufs- und arbeitsplatzspezifischen Bedingtheiten in ihrer Verschränkung mit personalen und sozialen Einflüssen und nicht deren zielgerichtete Veränderung. Weil Reflexion – was sich schon differenztheoretisch zeigen ließe – immer Alternativen zum Status Quo bewusst werden lässt (vgl. dazu Buchinger 1997, 137ff), kann sich eine konkrete Innovation in Arbeitsabläufen und -strukturen zwar als Folge entwicklungsorientierten und -offenen Vorgehens durch Supervision ergeben, bewusst intendiert sollten konkrete Sollzustände aber durch supervisorisches Handeln nicht werden. Supervision –, das kann die nachfolgende Grafik verdeutlichen –, ist nach gängiger Definition und Praxis eindeutig als ein Instrument zur



Ermöglichung von Entwicklung zu sehen und nicht als eine Umstrukturierungsmaßnahme.

Der Bereich der Variation (s. oben) weist auf die Unmenge von „Selbstorganisationseffekten“ hin, die sich, als Ergebnis vielfältiger Interessen, Motive oder Einschränkungen, in jeder Organisation finden lassen. Daraus ergeben sich häufig Anlässe zur Nachfrage nach Supervision mit dem Wunsch nach Reflexion und Klärung, die eine erste Basis für bewusste Entscheidungen in Richtung Adaption oder Innovation bieten können.

Dialogische Kreation funktionaler Wirklichkeiten

Diese Formulierung sollte mich schon durch den Titel innerhalb des personzentrierten Paradigmas verorten. Neben der anthropologischen Position (siehe oben), ist damit nun der erkenntnistheoretische Rahmen meines Beraterverständnisses aufgespannt.

Im Sinne des radikalen Konstruktivismus (z. B. v. Glasersfeld 1981; v. Förster 1999) und narrativer Konzepte (z. B. Grossmann 2000) soll damit ein Verständnis von Beratung angedeutet sein, das sich gegenüber einer aufdeckend-detektivischen „Verdächtigungspsychologie“ abgrenzt, die sich auf die Suche nach einer noch verborgenen, möglichst objektiven „Wirklichkeit“ begibt, um beispielsweise die Ursache von festgestellten Planabweichungen zu finden. Als konstruktivistischer Berater versuche ich nach dem Kriterium der optimalen „Viabilität“ (v. Glasersfeld 1997) im dialogischen Konstruktionsprozess alternative Beschreibungen von Problemlandschaften gemeinsam mit dem Klienten zu generieren und darauf zu vertrauen, dass der Klient beziehungsweise das Klientensystem sich für die Konzepte, Beschreibungen oder Erzählungen entscheidet, die den angestrebten Sollzuständen und damit der Generierung möglicher Lösungen am dienlichsten sind.

Der Begriff der „Funktionalität“ weist durch seine Herkunft auf meinen gewählten Fokus hin: die Organisation, die als rein zweck-

orientiertes System, quasi als „institutionelles A-priori“ immer nur die optimale Erfüllung gesetzter Aufgaben durch die verschiedenen Funktionsträger anstrebt. Damit ist Nutzen und Wert jeder Intervention im Organisationskontext nur danach bemessen, inwieweit ein Beitrag zur Erreichung der vorgegebenen Organisationsziele erbracht wurde.

Der Plural in den „Wirklichkeiten“ soll dabei an Aussagen und Warnungen(!) postmoderner Überlegungen erinnern (s. z. B. Welsch 1987), die uns vor Augen führen, wie schnell wir die Probleme einer allzu festgezurrt Wirklichkeitsbetrachtung nur anders lagern, wenn eine neue allein gültige „Wirklichkeit“ in nun anderer Weise die mögliche Vielfalt von Betrachtung und damit Lösung negiert und einschränkt. Mein zentrales Aufgabenverständnis als Supervisor würde ich demzufolge viel eher im Sinne eines personenzentrierten „Facilitators“ (s. dazu z. B. Schmid 1996, 228ff) verstehen, der günstige kommunikative Bedingungen zur Erfindung vielfältiger Perspektiven unterstützt und weniger als „Protagonist“ einer neuen meist theoriebestimmten „Einsicht“, die die bisherige problemchronifizierende Erzählung des Klienten letztendlich nur durch eine andere ersetzt.

Umwelten der Organisation

Der letzte Teil des Titels sollte schließlich meine Orientierungsversuche an einer bestimmten Spielart der Systemtheorie (insbes. Luhmann 1984) kennzeichnen, der zufolge sich zum Beispiel die Person (also etwa die Führungskraft mit ihrem spezifischen Erleben) oder auch das Team (als zirkulär verschränktes Netz von kommunikativen Handlungen) als jeweils eigenes System sprachlich konstruieren lassen. Diese solcherart differenzierten Systeme werden als autonome und selbstreferentielle Entitäten beschrieben, die auf Basis je eigener Regeln und Strukturgegebenheiten funktionieren. Das zirkulär verschränkte (!) Verhältnis zwischen ihnen lässt sich als „Umwelt zu System“ füreinander denken, wobei, als zentraler Aspekt systemtheoretischen Denkens, sich die jeweilige Beschaffenheit eines Systems durch die Funktionen aus der systemrelativen Umwelt ergibt. Relevant ist dabei noch der Hinweis, dass die Systeme, indem sie jeweils Umwelt füreinander sind, in spezifischen Situationen, die sich durch ihre jeweiligen inneren Strukturen eröffnen, Anpassungserfordernisse aneinander stellen, die sie, wiederum eigenen Strukturlogiken folgend, autonom zu bewältigen versuchen.

Was kann mit einer solchen doch recht kompliziert konstruierten (und hier nur grob skizzierten) Landkarte für eine personenzentrierte Supervisionspraxis nun gewonnen sein? Zuerst einmal entgeht man der für die Interventionspraxis letztlich unproduktiven Frage, welcher Einflussphäre die primäre Bedeutung für die ursächliche Erklärung von Problemzuständen zukommt, indem man ein hierarchisches Verhältnis zwischen den Systemen vermeidet, wenn ein Phänomenbereich als Umwelt für den jeweils anderen

Bereich verstanden wird und diese Umwelten jeweils Anpassungserfordernisse aneinander stellen.

Auch ein weiterer Aspekt derartigen Denkens ergibt praktisch relevante Konsequenzen, die sich mit dem Personenzentrierten Ansatz gut verbinden lassen. Wie schon angedeutet, gelten innerhalb der jeweiligen Phänomenbereiche spezifische Gesetzmäßigkeiten, die eine Systemverfasstheit bedingen, die sich von außen nicht zielgerichtet verändern lässt. In die jeweilige Strukturlogik der als Umwelt gedachten Phänomenbereiche lässt sich eben niemals direkt eingreifen. Wie schon erwähnt, können nur Anpassungsleistungen abverlangt werden, die, determiniert durch eigene („innere“) Strukturgegebenheiten, Entwicklungsmöglichkeiten verhindern oder eröffnen.

Sich als Supervisor selbst als weiteren und neuen „Umweltbestandteil“ der Personen, des Teams und der Organisation zu verstehen, mit denen man bei einem konkreten Auftrag zu tun hat, und diese alle auch als kontextspezifische Umwelten für sich selbst, ergibt gemeinsam mit der Akzeptanz der „Unmöglichkeit instruktiver Interaktion“ (Maturana) ein Aufgaben- und Interventionsverständnis, das in seiner Bescheidenheit an die bekannten Aussagen personenzentrierter Theorie rund um den zentralen Begriff des „Facilitators“ erinnert. Es lässt sich nun, nicht mehr alleine ethisch begründet, von Versuchen zielgerichteter Veränderung Abstand halten, sondern auch aufgrund der hier nur kurz skizzierten kognitiven Landkarte, deren man sich bewusst bedient, um in der immer undurchschaubar bleibenden Komplexität sozialer Prozesse überhaupt Anknüpfungspunkte für konkrete Interventionen finden zu können. Zielgebiet einer derartigen Supervisionspraxis, die sich nach wie vor konsequent an der „Person“ mit ihrem Autonomiepotenzialen und ihrer sozialen Vernetztheit orientiert, bleibt die Mitgestaltung eines möglichst angstfreien und damit entwicklungsförderlichen Kommunikationsklimas. Gerade der Personenzentrierte Ansatz bietet den Praktiker/innen eine fundiert reflektierte und weitreichend erprobte Unterstützung an, um möglichst herrschaftsfreie Diskursmomente in Beratungsprozessen geschehen zu lassen.

Nach diesen Hinweisen, dass sich maximal Anpassungserfordernisse oder „hilfreiche Verstörungen“ – vielleicht noch besser „Inspirationen“ – als Ergebnis von Reflexionsprozessen ergeben, nie aber eindeutig vorhersagbare und linear kausal zu bestimmende Veränderungen durch Supervision bewirken lassen, erhebt sich nun die Frage:

1. Wo und wie kann Supervision der Organisation nützlich sein?

Aus Sicht der Organisation (s. oben) sind in erster Linie Probleme interessant, die sich bei der Realisierung der „Primary Task“ ergeben. Schwierigkeiten einzelner Personen oder spezifische, von Einzelnen leidvoll erlebte Interaktionsstrukturen innerhalb sozialer Subsysteme der Organisation werden für diese nur relevant, wenn sich die

daraus resultierenden Anpassungsnotwendigkeiten (s. oben) störend („dysfunktional“) auf die Leistungsprozesse auswirken. Dieses einfache Faktum sollte man als Supervisionspraktiker/in nie vergessen, um nicht ein ohnehin so häufig vorfindbares Illusionspotenzial von Organisationsmitgliedern zu fördern. Allzu bereitwillig, so zeigt die Praxis gerade in Sozialorganisationen, wird den hoffnungsgebenden Tröstungen gängiger Ideologien Glauben geschenkt, die – mit durchschaubaren Zielsetzungen – vor dem Hintergrund gesellschaftlich bedingter, alltäglicher und vielfältiger Einsamkeitszuminungen den Betrieb als Ersatzfamilie verkaufen wollen. Gerade Supervision, und noch einmal mehr Personzentrierte Supervision, könnte, einem Missverständnis folgend, die Verwechslung von Organisation mit Familie unterstützen (s. dazu Buchinger 1997), was naturgemäß enorme Enttäuschungspotenziale und erhebliche Probleme mit sich bringt.

Ein Fallbeispiel:

Im Rahmen einer Personalentwicklungsmaßnahme ergibt sich in einer unternehmensübergreifenden Supervisionsgruppe folgendes Bild: Durch das spezifische Entlohnungssystem (Erfolgsbeteiligung) und das Wissen um geplante Umstrukturierungen in den Zuständigkeiten, deren Kriterien man zum damaligen Zeitpunkt nur vorausahnen konnte, erlebt eine mit Akquisition und Verkauf beauftragte Schlüsselkraft (Projektleiter) innerhalb eines im IT-Bereich tätigen Unternehmens enorme Kommunikationsprobleme bei der Vorbereitung einer wirtschaftlich sehr bedeutsamen Produktpräsentation, bei der sie naturgemäß auf die Mitwirkung der internen Techniker sehr angewiesen ist. Fantasien über die zukünftige Zuständigkeit für diesen bedeutsamen Kunden bewirken eine interne Konkurrenzsituation, die sich schon während der Vorbereitung der Präsentation vor dem Kunden auszuwirken beginnt. Der potenzielle Kunde verschärft durch seinen Interessenshintergrund die Konflikte innerhalb der Projektgruppe noch, indem er abwechselnd mit verschiedenen Mitgliedern der Gruppe in Kontakt tritt, um die für ihn schon spürbaren Widersprüche innerhalb der Projektgruppe besser einschätzen zu können. Seine Frage lautet dabei: Werden sich die Schwierigkeiten auch in der konkreten Abwicklung unseres Auftrags dysfunktional auswirken?

Die Organisation ist hier weniger an den schlaflosen Nächten des Projektleiters und dessen persönlich Leid bringenden Bewältigungsstrategien interessiert, die im Supervisions-Setting natürlich auch sichtbar werden, als vielmehr an der optimalen Vorgehensweise des gesamten Projektteams während der Verkaufsverhandlungen.

Das Rollenverhalten der einzelnen Funktionsträger ist damit bedeutsam. Welche Beschreibungen beobachtbarer Konfliktsituationen lassen sich (er-)finden, die als Entscheidungshilfe für vielleicht nötige Reorganisationsprozesse oder Adaptionen hilfreich, weil effektiv sind? Nur an solchen Fragen bestehen vitale Interessen der Organisation.

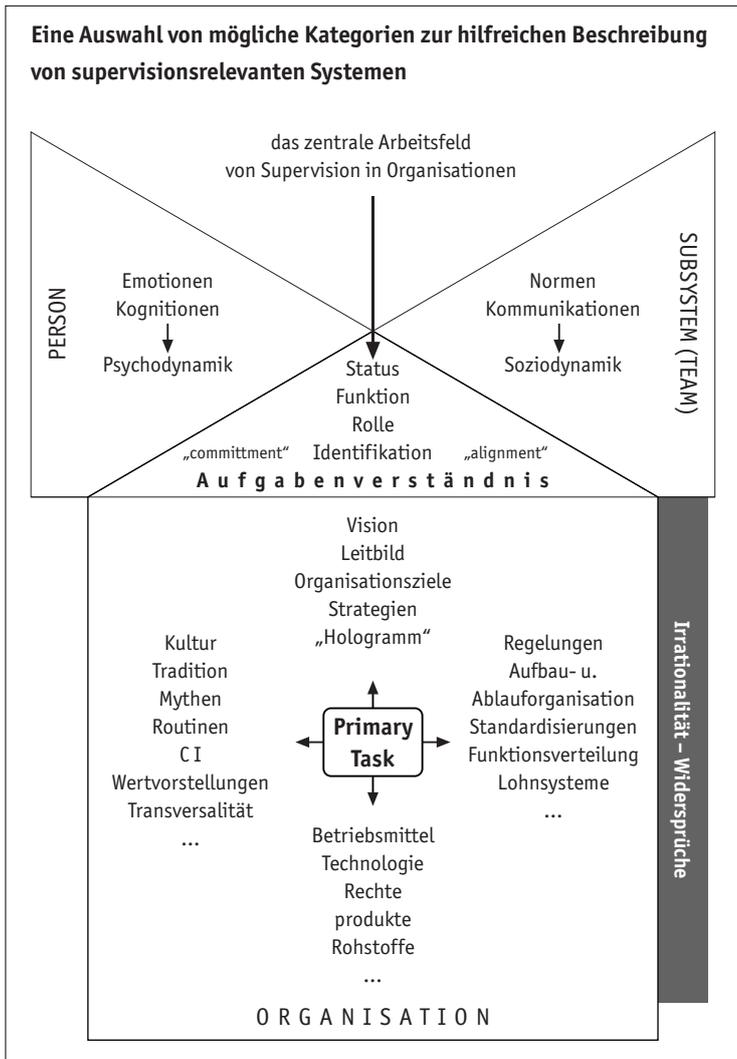
Das Fallbeispiel zeigt außerdem, dass das typische Arbeitsgebiet von Supervision in konflikthafter und widersprüchlicher Zonen liegt. Der Bereich „hinter der Zweckrationalität“ der Auftraggebersysteme wird ihr zugeteilt. Der zwingenden inneren Logik der Organisation als Umwelt des Supervisionssystems (s. oben) folgend, wird der Supervisor oder die Supervisorin mehr oder weniger explizit aufgefordert, manifeste oder latente Störungen bei der Verfolgung der „Primary Task“ einem vertieften Verständnis zuzuführen. Der Erfolg supervisorischer Tätigkeit wird, zumindest seitens relevanter Funktionsträger, besonders daran gemessen, inwieweit sich geeignete Entscheidungsgrundlagen und/oder motivationale Voraussetzungen für optimierende Umstrukturierungen generieren lassen. Es gilt also – gerade aus personenzentrierter Sicht – sich der permanent bedeutsamen Frage zu stellen, welchen (meist nur wenig offensichtlichen) Mandatierungen man im organisationspolitischen Kräftefeld ausgesetzt ist. Daraus ergibt sich ein starkes Argument für die Supervision der Supervisor/innen.

Das Interventionsfeld der Supervision in Organisationen

Eine Grafik (folgende Seite) soll nun noch mehr verdeutlichen, wo sich das wesentlichste Betätigungsfeld von Supervision in Organisationen verorten lässt.

Das jeweilige Aufgabenverständnis der innerhalb der Organisation beschäftigten Personen, kann als besonders sensibles Interaktionsfeld und als Schnittstelle der verschiedenen Einflussphären der am Organisationsprozess beteiligten Umwelten (z. B. Person, Team oder „Filiale“ und Organisation) gesehen werden. Ergeben sich hier Impulse, lassen sich signifikante Anpassungsanforderungen sowohl an die Soziodynamik des jeweiligen Teams, als auch an die vielfältig vernetzten Leistungsprozesse und Subsysteme der Organisation erwarten. Der „Operatorfunktion“, die Luc Ciompi (1999) den Emotionen in ihrer Wirkung auf kognitive Prozesse zuschreibt, entsprechen die (impliziten) Gruppennormen in ihrer Wirkung auf kommunikative Handlungen auf der Teamebene (Soziodynamik). Die Wechselwirkungen zwischen Psycho- und Soziodynamik ergeben das jeweilige Aufgabenverständnis der einzelnen Person und werden ihrerseits von ihm konfiguriert. Einzelsupervision oder Coaching, als eine Beratung von Personen in ihrem Berufskontext, fokussiert definitionsgemäß besonders das Aufgabenverständnis des oder der Einzelnen, Teamsupervision zusätzlich noch die Normen und Beziehungen in ihrer Auswirkung auf Kommunikation. „Hinter“ der Zweckrationalität der Organisation wirkt die Vielfalt an Widersprüchen und Irrationalitäten, die es immer zu beachten gilt.

Mit dieser möglichen Landkarte, lässt sich das oben skizzierte Fallbeispiel aus verschiedenen Perspektiven verstehen. Aus dem Einflussbereich der Organisation wirken sich Regelungen (z. B. Lohnsystem), Strategien, vorhandene Betriebsmittel, usw. auf die Dynamik aus, die Teamstruktur mit spezifischen Kommunikations-



Konflikt- und Leistungsnormen trägt das ihre bei und schließlich gibt auch der Projektleiter als Person mit seinen Sehnsüchten, Plänen, Ängsten und Erfahrungen der behandelten Prozessdynamik seine spezifische Färbung. Je nach Aufgabenverständnis ergeben sich unterschiedliche Möglichkeiten für den Umgang mit konkreten Situationen in all ihrer Widersprüchlichkeit zwischen den Anforderungen und eigenen Ansprüchen an Kollegialität und Kooperation, eigenem Vorteilsstreben, dem im Laufe der Betriebs- und Teamzugehörigkeit entwickelten „Commitment“ gegenüber funktionalen Vereinbarungen beziehungsweise Ansprüchen an „Alignment“ (dazu Senge 1997) innerhalb des Teams usw.

Damit sich die so ermöglichte Perspektivenvielfalt fruchtbar im Supervisions-Setting entfalten kann, braucht es als Vorbedingung eine bestimmte Qualität an Kommunikation, für die wir durch den Personzentrierten Ansatz so hilfreiche Kompetenzen zur Verfügung stellen können.

Meine zentrale These lautet dabei, dass insbesondere die Weiterentwicklung des jeweiligen Aufgabenverständnisses der einzelnen Personen signifikante und dauerhafte (!) Entwicklungen im Interesse von Organisation und Person erbringen können. Darauf sollte nach meiner Meinung der zentrale Fokus des Personzentrierten

Supervisors gerichtet sein. Person-zentrierte Arbeit bedeutet bei Supervisionsaufträgen: Zentrierung auf die beruflich relevanten Aspekte der Person und damit auf sein berufliches Selbstkonzept. Wie lassen sich die zentralen Überzeugungen und emotionalen Erlebensprozesse aus diesem beruflichen Selbstverständnis empathisch verstehen und seine Weiterentwicklung bedingungslos begleiten?

Durch diese Ausführungen sollte auch deutlich werden, dass für gelingende Supervision in Organisationen auch ein spezifisches Wissen und anschlussfähige Begrifflichkeiten nötig sind, was ganz bestimmte Anforderungen an eine Ausbildung von Personzentrierten Supervisor/inn/en bedeuten muss, die über die Psychotherapieausbildung hinausgehen.¹

Zur Bedeutung von institutionalisierter Reflexion

Personzentrierte Supervision lässt sich nach den vorhergehenden Anmerkungen insbesondere als eine Form institutionalisierter Reflexion beruflich relevanter Aspekte des Selbstkonzepts verstehen. Welche Bedeutung und welche relevanten Effekte kann nun Institutionalisierung und Systematisierung derartiger Reflexion innerhalb der Organisation erbringen?

Dass sich die relevanten Entscheidungsträger von diesem Instrument positive Effekte erwarten, lässt sich an der zunehmenden Nachfrage nach Supervision und Coaching deutlich erkennen. Eine mögliche Begründung für den anhaltenden Nachfrage-Boom lässt sich wohl in der so oft erwähnten Turbulenz finden, mit der alle Organisationen zurecht kommen müssen.

Der typische Kunde, egal, ob er an einem Produkt oder an einer Dienstleistung interessiert ist, erwartet sich möglichst kurzfristige Lieferzeiten, ja am besten sofortige Verfügbarkeiten des Produktnutzens und möglichst adäquates Eingehen auf seine ganz spezifischen Wünsche, was enorme Anforderungen an die organisatorisch-technischen Leistungen der Unternehmen bringt. Die so entstehende Turbulenzdynamik, die sich als zunehmende Beschleunigung bei gleichzeitig zunehmender Vielfalt an Leistungsprozessen der Organisation darstellt, bedingt als Notwendigkeit wiederkehrende Phasen von „Entschleunigung“, nicht nur um die nötige Regeneration zu ermöglichen, sondern auch die nötige Besinnung und Distanzierung, um reflektierte und kontrollierte Weiterentwicklung organisationaler Strukturen zu ermöglichen.

¹ Siehe dazu das von IPS und ÖGwG gemeinsam realisierte Curriculum (veröffentlicht in der Zeitschrift PERSON 2 (1997) 161-167).

Als weitere Konsequenz zunehmender Vielfalt ergibt Spezialisierung und damit arbeitsteiliges Vorgehen die steigende Notwendigkeit von Kooperation und Koordinierung zwischen verschiedenen Funktionsträgern. Aufgabenbezogene Kommunikation wird quantitativ und qualitativ anspruchsvoller, und die Bedeutung der Reflexion von Arbeitsbeziehungen steigt, will man Reibungsverluste und dysfunktionale Konflikte möglichst gering halten. Das alles verschärft Entscheidungsprobleme – insbesondere natürlich für Führungskräfte. Auch dieser Umstand bewirkt einen Zeitbedarf für Reflexion und möglichst differenzierte Situationsanalyse.

Problematische psychische Belastungsreaktionen (Stichworte: „Burnout“ oder Sucht usw.) als Konsequenz permanenter und omnipräsenter Turbulenz sind evident, was die Notwendigkeit psychischer Entlastung (Stichworte: „Psychohygiene“, „ausklagen“ usw.) prekär werden lässt. Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass hier natürlich auch ein gefahrvoller Moment von Supervision gefunden ist, indem sich ungewollt Beiträge zur Chronifizierung von Problemen ergeben können. Die Supervision liefert dann als eine Art „psycho-sozialer Wärmestube“ im sonst kalten, aufgabenorientierten und hektischen Betriebsalltag die Voraussetzung, die ungesunden Bedingungen nur besser ertragen zu können, nicht aber verändern zu wollen.

Supervision bietet allen hier erwähnten Bedarfsmomenten einen hervorragenden Ort zur Realisierung. Supervision bedeutet dann „Reflexion von Problemstellungen, die in der Organisation begründet liegen, sich aber in persönlichen, sachlichen oder interaktionellen Phänomenen niederschlagen.“ (Gotthardt-Lorenz/Schüers 1997, 17)

Die Supervision ist dadurch auch ein Ort, an dem sich die sonstige Abstraktheit oder Anonymität der Organisation verlieren kann, indem sich die Möglichkeit ergibt, die sehr konkreten Auswirkungen der Organisation reflektiert zu erleben. Die Organisation, von der Karl Weick einmal so treffend behauptete, dass man sie nie finden könne, weil das Einzige, was sich erkennen ließe, Ereignisse wären, deren Auswirkungen durch Betonwände hindurchsickern würden, kann in der Supervision – zumindest indirekt – zum Gegenstand von Reflexion werden.

Wie schon erwähnt erbringt Reflexion wesensmäßig und immer ein Relativieren des reflektierten Sachverhalts und damit die Möglichkeit der Konstruktion von Alternativen, wodurch an dieser Stelle der potenziell subversive Charakter von Supervision in Organisationen deutlich wird: Supervision reflektiert nicht nur – ergebnislos – die „Störungen“, die die Organisation in den „Umwelten“ Person oder Team bewirkt, sondern ergibt – zumindest potenziell – umgekehrt auch eine „Störung“ für die Organisation, die nun ihrerseits vor nötigen Anpassungsleistungen steht, indem die alternativen Möglichkeiten organisationaler Strukturen in die organisationsrelevanten Kommunikationen einfließen.

Natürlich ist hier, alleine schon durch die erwähnten Feedback-Prozesse zwischen den verschiedenen „Umwelten“ der Organisation

zumindest implizit das Phänomen „Lernen“ angesprochen. Im Idealfall bewirkt kontinuierliche Supervision – und damit Reflexion – aufgabenrelevanter Feedback-Prozesse eine Optimierung der Kommunikation. Lernen verschiedener Qualität² kann so weit gedeihen, dass es auch zu organisationalem Lernen kommt, indem Supervision Entscheidungen beeinflusst, die dann tatsächlich die Strukturbildung, oder gar die grundlegende organisationale Architektur betreffen.

Der Supervisor wird solcherart – zumindest indirekt – zu einer Art Prozesspromotor von Innovationen (s. oben).

2. Wie nützt ein personzentrierter Ansatz der Supervision in Organisationen?

Nach den allgemein gehaltenen Ausführungen darüber, welche Effekte Supervision in Organisationen zeigen kann, soll nun noch kurz angedeutet werden, welche spezifischen Momente Supervision erzielen kann, die sich an dem von Carl Rogers formuliertem Paradigma orientiert.

Aufgabenverständnis als „Facilitator“

Wie oben schon an verschiedenen Stellen angedeutet, besteht ein Spezifikum personzentrierten Vorgehens darin, sich konsequent am Modell der Prozessberatung zu orientieren. Das solcherart entwickelte Aufgabenverständnis, das den Grundsatz der „Hilfe zur Selbsthilfe“ radikal zu verwirklichen trachtet, wurde am deutlichsten durch den originären (und unübersetzbaren) Begriff des „Facilitators“³ formuliert. „To facilitate“ bedeutet „jemandem etwas leichter (oder möglich) machen“, wobei als Zielbereich, in Übereinstimmung mit dem zugrundeliegenden personzentrierten Menschenbild, genau das gemeint ist, was ein Klient oder eine Klientin oder eben ein Klientensystem von sich aus anstrebt. Im hier behandelten Anwendungsfeld der Supervision ist demnach idealerweise die Reflexion beruflicher Kontextbedingungen und das eigene funktionale Verhalten der Auftrag, in dessen Kontext es förderliche Interventionen zu setzen gilt.

Welchen Wert eine personzentrierte Vorgehensweise in der Supervision von Führungskräften erbringen kann, wird deutlich, wenn man sich die zentralen Aspekte dieser spezifischen Auffassung von Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung vor Augen

2 Siehe dazu die Unterscheidung zwischen „Single Loop“ und „Double Loop Learning“ nach Chris Argyris (1996, 111) und die Möglichkeit, via Supervision „Deutero-Lernen“ (Bateson 1983, 229f) kontinuierlich zu etablieren.

3 Eine ausführliche Beschreibung und etymologische Reflexion dieses zentralen Begriffs der personzentrierten Theorie findet sich z. B. bei Schmid (1996, 223ff).

führt. Eine Supervisorin, die sich konsequent am Personzentrierten Ansatz orientiert und so ihr Selbstverständnis als „Facilitator“ permanent weiterentwickelt, sollte unter anderem folgende Aspekte situations- und personengerecht in den konkreten Beziehungsmomenten der Supervision realisieren:

- die Expertise dafür, kein Experte zu sein, wenn es um die Gestaltung von Beziehungen geht;
- das im Beziehungsgeschehen der Supervision verhaltenssignifikant kommunizierte Vertrauen in die Potentiale der Supervisand/inn/en, sich selbst besser zu verstehen und optimale Lösungswege für ihre spezifischen Problemsituationen zu entwickeln;
- das Bemühen um größtmögliche Präsenz im Beziehungsgeschehen als Aspekt eines personzentrierten Verständnisses von Verantwortlichkeit (s. dazu Schmid 1994, 201ff);
- die im Supervisionsprozess abnehmende Bedeutung und Notwendigkeit der eigenen Funktion als Förderer von Selbstreflexion und Lösungsgenerierung;
- die Ermutigung, Entwicklungsmöglichkeiten anderer zu fördern und Abhängigkeitserleben größtmöglich zu unterbinden;
- die möglichst kontinuierliche Förderung von Dialog und Informationsaustausch in Mehrpersonen-Settings (z. B. Team- oder Gruppensupervision);
- das kontinuierliche Bemühen um einführendes Verstehen der Person und Reflexion persönlicher Referenzmodelle (s. dazu unten);
- die bedingungsfreie Akzeptanz jedes motivationalen Aspekts der Klient/inn/en;
- die weitest mögliche Realisierung von Kongruenz, sowohl in ihrem Außenaspekt der authentischen Kommunikation, als auch in ihrem Innenaspekt, und zwar als Übereinstimmung zwischen Erfahrung und Symbolisierung (s. dazu z. B. Lietaer 1992).

Alleine schon die hier unvollständig gebliebene Auflistung verdeutlicht, dass Führungskräfte im Rahmen eines Coachings oder als Mitglied einer Team- oder Gruppensupervision einige Anregungen betreffend zunehmend bedeutsam werdender Aufgabenaspekte am Modell der Personzentrierten Supervisorin für ihr funktionales Handeln innerhalb der eigenen Führungsaufgaben entwickeln können. Die Hinweise auf ein verändertes Aufgabenverständnis von Führungskräften, das vor dem Hintergrund zunehmender Komplexität und Unüberschaubarkeit der Problemstellungen vermehrt Kompetenzen benötigt, die an Prozessberatung erinnern, mehren sich unübersehbar (s. z. B. Bennis 2001; Sprenger 2000; Senge 1996; Königswieser/Lutz 1992). Wird die Bedeutung von Beratung als Managementdimension in Relation zu Administration, Leitung und Führung manchmal auch euphemistisch in bezug auf die Machtaspekte der Funktion überzogen, wenn beispielsweise in manchen Unternehmen die Führungskraft nur mehr als „Coach“ der Abteilung bezeichnet wird, so bleibt doch festzuhalten, dass diese Dimension an Bedeutung gewinnt, was sich auch an den Angebotspaletten der

Managementschulen und der Struktur von Personalentwicklungsmaßnahmen ablesen lässt. Der lange Zeit vorherrschende Mythos von der perfekt funktionierenden Organisation, mit der Maschine als Bezugsmetapher, wird angesichts des täglichen Scheiterns mühevoller Planungsarbeit an der schon erwähnten nichtsteuerbaren – Dynamik der Umwelten wie Marktentwicklungen, politische Veränderungen oder staatlichen Regelungen so augenfällig obsolet, dass auch der zentrale Heldenmythos des Managers, der ihn als potenten Macher und Bewegter riesiger Konzerngiganten skizziert, langsam in Misskredit gerät, auch wenn nach wie vor die Memoiren pensionierter Managerstars mythenbildende Erfolgsstorys zu verkaufen trachten.

Gestützt durch die Aussagen mancher Theoriemodelle und anknüpfend an die tägliche Erfahrung setzt sich langsam ein realistischeres Bild durch, das ausgehend von einer neuen Bescheidenheit in der Einschätzung eigener Möglichkeiten sozio-technische Systeme zielsicher zu beeinflussen, die eigene Funktion mehr im Sinne eines Designers von entwicklungs- und lernförderlichen Strukturen sieht. Dass dabei ein personzentriertes Aufgabenverständnis des Supervisors bedeutsames Erfahrungslernen am Modell ermöglichen kann, wurde mir im Laufe meiner Berufserfahrung als Managementtrainer und Organisationsberater immer deutlicher. Beinahe durchgängig berichten die erfahrenen Praktiker und Praktikerinnen, dass sie die nötigen Kompetenzen für ihre Führungsfunktion am ehesten an positiven und negativen Vorbildern im Laufe der eigenen Karriere-Entwicklung lernten, Managementtrainings lieferten bestenfalls die nötige Führungsrhetorik und bedeutsame Unterscheidungskategorien für diesen anspruchsvollen Aufgabenbereich. Die Erfahrung in der Personzentrierten Supervision, dass eine konsequente Form der Prozessberatung nicht nur personengerechte Problemlösungen, sondern – langfristig viel relevanter – eine zunehmende Optimierung von Lernfähigkeiten erbringen kann, wird so tatsächlich zu einer für Person und Organisation enorm bedeutsamen Quelle der permanenten Weiterentwicklung des eigenen Führungsverständnisses.

Reflexion persönlicher Referenzmodelle

Ein Aspekt, der für das Kompetenzbündel der Beratung als Managementdimension von zentraler Bedeutung ist, findet sich in einem Kernprinzip personzentrierter Beratungskunst: dem einführenden Verstehen. Zumindest implizit ist durch dieses zentrale Beratungsprinzip auf die Brauchbarkeit des Personzentrierten Ansatzes für Supervision verwiesen, wenn man sich die allgemein akzeptierte Definition von Supervision als institutionalisierte Reflexion vor Augen führt. Supervision lässt sich wesensmäßig als „Beobachtung zweiter Ordnung“ verstehen, indem eine Supervisorin, gleichgültig welchen Ansatz sie zu realisieren trachtet, „Beobachtungen“ oder (Problem-)Beschreibungen eines Beobachters (Supervisand)

beobachtet. Nicht nur im Anwendungsbereich der Fallsupervision, die das natürlich besonders augenfällig macht, sondern auch in allen anderen Settings der Supervision, haben wir ja nie mit der Berufsrealität unserer Klient/inn/en zu tun, sondern immer nur mit ihren persönlichen Wahrnehmungen von beruflichen Problem-situationen.⁴ Der sprachlich ausgedrückte „Mix“ aus Beschreibungen, Erklärungen und Bewertungen, den wir meist als einschränkende Richtigkeitsvermutung präsentiert bekommen, lässt keine Lösung entwickeln.

Das zentrale Aufgabenfeld der Supervisorin wird deutlich: Wie kann ich den Klienten bei seinen Versuchen unterstützen, seine Situation neu zu beschreiben, alternativ zu verstehen und vielleicht auch anders zu bewerten? Durch welche persönlichen Referenzmodelle und daraus resultierenden Aufmerksamkeitsfokussierungen wird das interpersonal und organisational verstrickte Problemsystem chronifiziert? Wie können einschränkende Problem-beschreibungen durch Perspektivenvielfalt und Erkennen der Kontextabhängigkeit von „richtig oder falsch“ in ihrer festgefahrenen Aufmerksamkeitsfokussierung flexibilisiert werden? Wie lassen sich, einem personzentriert-konstruktivistischem Aufgabenverständnis (s. oben) folgend, sowohl die Person, als auch die Organisation, sowohl das „Problem“, als auch die Lösung, sowohl Inhalt wie Beziehung, sowohl linear-kausale Erklärungen, als auch zirkulär verfasste Wirklichkeitsmodelle, sowohl die Beobachtungen als auch der Beobachter, sowohl Kognitionen, als auch Emotionen beachten und (!) einführend verstehen?

Der Zusatz der Einfühlung ist als klare Abgrenzung personzentrierter Ansätze gegenüber rein systemischen Konzepten der Supervision bedeutend.⁵ Hier geht es eben explizit nicht vorrangig um die Beobachtungen, sondern als Ausdruck der Orientierung an der Person in erster Linie um den Beobachter oder die Beobachterin. Auch hier gilt die Überzeugung, dass bei der Fokussierung auf die Gesamtheit der Person die Beobachtungen nicht verloren gehen, was sich umgekehrt nicht so sicher behaupten lässt. Nicht die Relativierung problemerhaltender Beschreibungen, etwa durch Reframing als Technik, sollte (entgegen den formulierten Ideen von der Nicht-Instruierbarkeit von Systemen) zielgerichtet und intentional erreicht werden, sondern „nur“ einführendes Nachvollziehen. Als

hinreichende Intervention des Personzentrierten Supervisors, der sich (idealtypisch) tatsächlich ausschließlich der Reflexion verpflichtet fühlt, gilt als die „Primary Task“ personzentrierter Supervisions-Settings. Die „Heilung“ besteht dabei gewissermaßen darin, die Supervisand/inn/en mit deren eigener Virulenz – d. h. mit ihrer eigenen Spezifität von persönlichen Wahrnehmungen – zu „impfen“, sie solcherart also zu konfrontieren mit der eigenen Art und Weise, ihre innere Welt als Ausgangspunkt ihres Handelns zu konstruieren. Der „Impfschutz“ besteht dann nicht nur darin, durch diese Bewusstmachung und – damit einhergehend – Relativierung Alternativen entdecken zu können, sondern auch darin, dass situationsübergreifend die prinzipielle Bedeutung von Selbstreflexion erkannt werden kann, eine Art „Immunsystem“ gegen allzu festgeschriebene, rigide Fokussierung von Aufmerksamkeit zu erreichen, wenn diese selbstreflexive Tätigkeit als eine Art Schlüsselkompetenz im Selbstmanagement internalisiert wird. Dem personzentrierten Supervisionsverständnis geht es dabei um mehr als nur kognitive Perspektivenübernahme, Reflexion und Relativierung kognitiver Konstruktionen, sondern darüber hinaus eben um den ansatztypischen Versuch, empathisch zu verstehen. Auch emotionale Aspekte werden dadurch bedeutsam. Es wird nicht nur die Frage reflektiert, wie die Supervisorin ihre Situation beschreibt und erklärt, sondern auch wie sie affektiv bewertet.

An dieser Stelle wird ein weiteres Potenzial Personzentrierter Supervision in und für Organisationen deutlich. Die dem Ansatz seit Anbeginn an eigene Beachtung emotionaler Aspekte lässt das Vorgehen des Supervisors als Möglichkeit erkennen, die für die Mehrzahl der Organisationen so typische Tabuisierung gefühlsbetonter Kommunikation ein Stück weit aufzugeben. Wie sich beispielsweise an der Konjunktur des Begriffs der „emotionalen Intelligenz“ (Goleman 2000) erkennen lässt, ist dabei nicht nur ein Bedürfnis der Personen angesprochen, sondern auch ein Personalentwicklungsbedarf festgestellt.⁶

Die Bedeutung dieser interpersonalen Kompetenz, die sich aus einführendem Zuhören und kongruenter Selbstwahrnehmung sowie ebensolchem –ausdruck zusammensetzt, ist evident. Es sei hier nur beispielsweise auf die Ausführungen von Peter Senge verwiesen, der im Zusammenhang mit seiner Zielvision der „Lernenden Organisation“ die Bedeutung von gelingendem Dialog im Teamkontext herausstreicht (vgl. Senge 1996, 284ff). Dialog wird dabei als die gelingende Balance definiert zwischen „Erkunden“, also differenzierendem und möglichst weit gehendem Verstehen, und „Plädieren“, also möglichst klarer Darstellung eigener Gedanken und Positionen

4 Das gilt auch für die Teamsupervision, die leicht übersehen lassen könnte, dass wir in diesem Setting natürlich auch nie mit dem „tatsächlichen“ Team zu tun haben, sondern immer nur mit dem Beratungssystem als außergewöhnlichem Kontext „neben“ der beruflichen Alltagspraxis.

5 Wie sehr systemisch-konstruktivistische Beratungskonzepte an die hier angeführten Aspekte erinnern, sei mit einem Zitat belegt: „Die durch Irritation provozierte Distanz von den alten problematisch gewordenen Selbstdeutungen ermöglicht im günstigsten Fall neues Verstehen, alternative Sichtweisen, andere Sinnkonstruktionen und somit Veränderungen. Wirkungsvolle Intervention irritiert das intervenierte System, verstört den bisherigen Prozessablauf, sie stört – ohne die Selbststeuerung des Systems zu zerstören. In der selbstgesteuerten Reaktion des Systems auf diese Störung sind Veränderungen, die das System selbst vornimmt, möglich.“ (Kersting 1991, 113)

6 Nicht übersehen werden darf dabei, dass Supervision keinen Ort für Selbsterfahrung oder Therapie darstellen kann. Das Ausmaß an emotionaler Öffnung einzelner Mitglieder etwa in einer Teamsupervision sollte vorsichtig und nur nach eigenverantwortlicher Entscheidung des Supervisanden begleitet werden. Andernfalls könnten sich im Anschluss an die Supervision, gerade durch die angesprochene Tabuisierung, bedeutende Nachteile für den Betroffenen ergeben.

(vgl. ebd., 288ff). Für gelingende Problem- oder Konfliktlösung, so zeigt eine Fülle unterschiedlicher Konzepte und Erfahrungsberichte im Kontext der Managementwissenschaften, ist das Bemühen um emotionales Nachempfinden und möglichst exaktes Verstehen der persönlichen Referenzmodelle des anderen unverzichtbar. Schon alleine durch diesen Umstand kann das personenzentrierte Vorgehen eines Supervisors enorm wertvolle Lernpotenziale bieten.

Förderung „psychischer Gesundheit“

In einem sich zunehmend beschleunigenden Verdrängungswettbewerb, geprägt von Unsicherheit und Unübersichtlichkeit, ergibt Konkurrenz und bedingungslose Wertschöpfung innerhalb der Organisationen ein Kommunikationsklima, das weit entfernt ist von Kongruenz, bedingungsfreier Wertschätzung, Verständnis oder gar Fehlertoleranz. Bedingungen, die, wie Carl Rogers gezeigt hat, eine *Conditio sine qua non* für psychische Gesundheit darstellen. Führt man sich vor Augen, wie weit sich dysfunktionale Verhaltensweisen gerade in wirtschaftlichen Organisationen aus Ängsten vor Vernichtung, Chaos, Machtverlust und Blamage motivational erklären lassen, wird klar, wie sich das Illusionspotenzial der „voll funktionierenden Organisation“ ergeben und auswirken kann. Auch der schon erwähnte Heldenmythos der Manager mit seiner einhergehenden Kontrollillusion ist hier als Auswirkung und Ursache zu nennen. Ein auf Einredungen basierender Machtausch wird zum Tranquilizer gegen die Furcht vor Unsteuerbarkeit, Unübersichtlichkeit und Kontingenz. Schärfte man den Blick für diese Dimension, wird schnell die Fülle an Strukturen deutlich, die innerhalb unserer Organisationen gebildet werden, um jede Art von Gefühlen abzuwehren, die mit potentiell Scheitern und damit verbundener Scham verbunden sind. Das erklärt natürlich auch den oftmals so heftigen Affektsturm, der sich erhebt, wenn z. B. in Reorganisationsprozessen oder OE-Maßnahmen an diesen Strukturen gerüttelt wird. Organisationale Strukturen erinnern durch diese Funktion tatsächlich an Angst abwehrende Selbstkonzepte von Personen. Der nunmehr völlig globalisierte Turbokapitalismus zeigt ungebrochen Auswirkungen auf soziale und personale Systeme und rechtfertigt sich durch meist neo-liberalistische Rhetorik, die uns weismachen will, dass die „Logik des freien Marktes“ als konsequente Verfolgung von Partikularinteressen letztendlich auch dem gesellschaftlichen Gemeinwohl nützt (vgl. dazu Chomsky 2001). Die Grundwidersprüche, die derartige Strukturen mit sich bringen müssen, zeigen sich auch darin, dass die Organisationen, die eine zunehmend bedeutsame Rolle in der Ätiologie solcher gravierender Gesundheitsstörungen wie Burnout, Alkoholismus oder Gefäßkrankungen spielen, naturgemäß auch wirtschaftliche und damit vitale Interessen an einer möglichst weitgehenden Gesundheitsförderung ihrer Mitglieder entwickeln müssen.

Damit ist nicht nur die Aufrechterhaltung der Arbeitskraft im fundamentalen Sinne angesprochen. Die Organisation ist, besonders

in turbulenten und globalisierten Umwelten, überlebensnotwendig auch auf eine hohe Qualität der Informationsverarbeitung innerhalb und zwischen ihren Teil- und Umweltsystemen angewiesen. Der personenzentrierte Schlüsselbegriff der „Kongruenz“ (s. dazu z. B. Rogers 1959a), der als Synonym für psychische Gesundheit gelten kann, lässt sich, zumindest in einigen seiner Bedeutungsdimensionen und vielleicht etwas ungewohnt, auch als hohe Qualität von personaler Informationsverarbeitung definieren. Möglichst unverzerrte Aufnahme und Symbolisierung von natürlich auch affektbesetzten Umwelteinflüssen, eindeutige und damit möglichst „rauschfreie“ Kommunikation zwischen den organisationsrelevanten Subsystemen oder möglichst weitgehende Ambiguitätstoleranz in unübersichtlichen Situationsbedingungen können als unverzichtbare Voraussetzung für komplexitätsadäquate Modellbildung der organisationsrelevanten „Wirklichkeiten“ angesehen werden, ohne die problemgerechte Interventionen zuständiger Funktionsträger nie gelingen werden. Ein weiterer Aspekt psychischer Gesundheit, nämlich möglichst weitgehende Ambivalenztoleranz, muss in permanenten Innovationsprozessen als weitere Voraussetzung verstanden werden, um Führungskräften ein geeignetes Balancing im Umgang mit widersprüchlichen Kräftefeldern rund um personale Trägheitsmomente und Absorptionskräfte der Organisation versus Innovationsfreude und Veränderungsbereitschaft zu ermöglichen. Auch ausreichende Frustrationstoleranz ist für das nötige Durchhaltevermögen bei der Begleitung erst langfristig wirksamer Veränderungsprozesse unverzichtbar, ein Aspekt, auf den besonders Peter Senge (1996) mit seinem berühmt gewordenen Begriff der „Personal Mastery“ (Senge 1996, 171ff) als zentrale Disziplin der Lernenden Organisation hinweist. Die Kernfrage lautet dabei, wie sich die tagtägliche Spannung zwischen Ist- und Sollzuständen im Interesse der Organisation lösen lässt, ohne die Sollwerte im Interesse der Aufrechterhaltung eines grandiosen oder inferioren Selbstkonzepts zu minimieren.

Wesentlich scheint mir im hier behandelten Zusammenhang insbesondere eine weitere ansatztypische Folge konsequenter personenzentrierter Kommunikation: das gestärkte Vertrauen in eigene Kompetenzen. Eine ausreichend interne Kontrollüberzeugung, als grundlegendes Vertrauen in eigene Möglichkeiten Situationen beeinflussen und gestalten zu können, stellt eine Voraussetzung dar, um die wirtschaftlichen Turbulenzbedingungen als Herausforderung zu verstehen und nicht nur als bedrohliches Chaos zu erleben. Die Erfahrung zeigt, dass Vorgesetzte, die auf wirtschaftliche Unsicherheitszonen vorrangig mit Angst vor Kontrollverlust reagieren, häufig einen Führungsstil entwickeln, der Unsicherheit bei ihren Mitarbeiter/innen noch zu erhöhen trachtet, um die Notwendigkeit ihrer Führungsrolle zu unterstreichen. Ermächtigung als relevantes und zeitgemäßes Paradigma des Umgangs mit struktureller Macht in unüberschaubaren Bedingungen kann nur bei ausreichender Selbstsicherheit der Personen eine verhaltenssignifikante Orientierung im Entscheidungsverhalten von Führungskräften bieten.

Die genannten Beispiele sollten verdeutlichen, welche bedeutsamen Beiträge ein personenzentriertes Vorgehen im Aufgabenkontext der Supervision idealerweise erbringen kann. Die ansatzgemäße Fokussierung der möglichst ungeteilten Aufmerksamkeit auf die „gesamte“ Person und nicht nur auf ein spezifisches Thema oder gar Problem der Supervisand/inn/en, so die klassische⁷ Überzeugung personenzentrierter Praktiker/innen, ermöglicht die „Aufbewahrung“ aller persönlich relevanter Problemaspekte, die bei umfassender Entwicklung der Person einer Lösung zugeführt werden können. Wird bei einem Coaching-Auftrag in erster Linie das Problem, oder, was momentan im Zuge der boomenden „lösungsorientierten Ansätze“ (s. z. B. deShazer 1992) wesentlich zeitgemäßer ist, die „Lösung“ fokussiert, ergibt sich nur allzu leicht eine hypertrophe Aufgabenorientierung, die persönliche Facetten der Problemstellung, ausreichende Würdigung des Bedürfnisses nach Anerkennung problembeladenen Erlebens und damit die Gesamtheit der Person übersehen lässt. Nicht nur Qualität und „Haltbarkeit“ solcherart erarbeiteter Lösungen wird damit nur halb gelingen, auch die Chance signifikanter Entwicklungseffekte im Sinne des Lernens zweiter und dritter Ordnung (s. oben) wie auch zur psychischen Gesundheitsförderung wird vertan.

Ein Vorgesetzter, der in zunehmender Häufigkeit Aspekte der „fully functioning person“, (Rogers 1969a) als Zustand psychischer Gesundheit realisieren kann, stellt auch einen potentiell bedeutsamen Einflussfaktor im Hinblick auf die gesamte Kommunikationskultur seines Unternehmens dar, auf die immer wieder als den vielleicht zentralsten kritischen Erfolgsfaktor für anpassungsfähige Organisationen hingewiesen wird (s. dazu z. B. Argyris 1990).

Förderung dialogischer Kommunikation

Der zuletzt genannte Hinweis, dass Personzentrierte Supervision relevante Beiträge zur Etablierung konstruktiver, weil lernförderlicher Kommunikation erbringen kann, darf im hier gegebenen Kontext kurz gehalten werden. Es ist evident, dass der Personzentrierte Ansatz, der auch als eine „Kommunikationsschule“ bezeichnet werden kann, hier besonders nützliche Anregungen bieten kann. Die „notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie“ (Rogers 1957a) stellen natürlich auch einen brauchbaren Ansatz zur Förderung wirkungsvoller Kommunikation im Unternehmen dar, insbesondere im Bereich der Teamentwicklung. Wie schon ausgeführt, stellen Empathie, Kongruenz und bedingungsfreie Wertschätzung zweifelsfrei notwendige Voraussetzungen für die von Peter Senge (1996) formu-

lierte Kerndisziplin des „Teamlernens“ (Senge 1996, 284ff) dar. Förderliche Kommunikation im Sinne der Lernenden Organisation kann zwischen den Teammitgliedern zu „gemeinsamem Denken“ (s. dazu Isaacs 2001) und erhöhter Gruppenintelligenz führen, wenn durch die Realisierung personenzentrierter Einstellungen kollektive Abwehrmechanismen und dysfunktionale Gruppenphänomene wie „group think“, „Entscheidungsautismus“, „soziales Faulenzen“ oder „Risikoschub“, um hier nur einige zu nennen (Näheres dazu s. z. B. Ardel/Lechner/Schlögl 1998), vermieden werden. Ausreichende Fehlertoleranz als Voraussetzung für Lernen durch Experimentieren, Erhöhung der Feedbackqualität oder Aufbrechen hierarchiebedingter Kommunikationsbarrieren rund um Vorgesetztenangst können durch Einüben personenzentrierter Kommunikationsqualitäten innerhalb des Beratungssystems „Teamsupervision“ nachhaltig etabliert werden.

Nicht unwesentlich ist hier vielleicht auch noch der Hinweis, dass Begegnungsmomente im personenzentrierten Dialogverständnis eine weitere Vorbildwirkung erbringen können: Die Teammitglieder haben die Chance, erfahrungsnahe zu erkennen, dass ein Interventionsverständnis, das persönliches Involviertsein erlaubt,⁸ wesentlich wertvollere Ergebnisse erbringen kann, als der letztlich immer illusionär bleibende Versuch, soziale Systeme oder Personen zielgerichtet und scheinobjektiv, nach dem Modell eines „sozial-technologischen Engineerings“ von außen steuern zu wollen.

Reflexion organisationaler Wirkkräfte

Dieser Punkt sollte deshalb noch kurze Erwähnung finden, weil hier die meisten Missverständnisse zu finden sind, denen man als Personzentrierter Supervisor begegnet. Die Bezeichnung unserer Methode ist im Kontext der organisationsbezogenen Arbeit nicht sehr hilfreich, weil hier sprachlich der Verdacht nahe gelegt wird, man würde den tatsächlich kapitalsten Fehler supervisorischer Arbeit systematisch begehen: die psychologistische Individualisierung problematischer Prozesse im Organisationsgefüge unter Missachtung der enormen Bedeutung sozialer und organisationaler Einflussfelder. Begeht man diesen Kardinalsfehler tatsächlich, dann wird man nicht nur dem Anliegen von Supervision nicht gerecht, sondern auch nicht dem Wesen eines tatsächlich *Person*-zentrierten Ansatzes, dem es ja (s. dazu die Ausführungen von Schmid 1997) nicht um Individuen, sondern um Personen geht, die nur in ihrer sozialer Bezogenheit zu verstehen sind.

Eine wirklich konsequente Orientierung an der so verstandenen „Person“ und ausreichende Kenntnis und Beachtung von Kategorien

⁷ Siehe dazu eine der zentralen Überzeugungen von Carl Rogers, die er in seinem historisch so bedeutsamen Vortrag schon 1940 formulierte. Nicht die Lösung von Problemen, so seine frühe These, sollte die wesentliche Intention des Beraters sein, sondern die Entwicklung der Person des Klienten (vgl. Rogers 1940b).

⁸ Siehe dazu auch die „Kybernetik zweiter Ordnung“, die im systemischen Ansatz als aktueller Stand der Theorieentwicklung verstanden wird (dazu z. B. Brandl-Nebehay 1998, 48ff).

zur Beschreibung der Organisation als Umwelt des Supervisionssystems ermöglichen Wahrnehmung und lösungsförderliches Verstehen organisationaler Resonanzphänomene im Beziehungsnetz der Supervision. Verfügt die Supervisorin über derartige Beschreibungskategorien, die eine Vorbedingung für die Wahrnehmung diesbezüglicher Phänomenbereiche darstellen, dann wird zudem durch Verstehen des inneren Bezugsrahmens von Personen auch ein Erkennen des institutionellen Bezugsrahmens möglich. Nur durch eine derartige Mitbeachtung der Organisationsbedingungen kann der Auftrag von Supervision erfüllt werden, was spezifische Anforderungen an eine Ausbildung für Personenzentrierte Supervision in den Bereichen (allgemeine und personenzentrierte) Beratungskompetenz, Feldkompetenz, Methodenkompetenz und Problemlösungskompetenz ergibt.

Schlussbemerkungen

Durch diesen Beitrag sollten einige Aspekte aufgezeigt werden, inwiefern Personenzentrierte Supervision die aufgabenkonforme Reflexion beruflicher Situationen als Balance zwischen personaler und organisationaler Ebene realisieren kann. Weder sollte dabei einer Strukturverliebtheit das Wort geredet werden, die sich manchmal bei Supervisoren beobachten lässt, die aus nicht-therapeutischen Berufen kommen und die Gefahr laufen, die Person als relevante Umwelt der Organisation zu übersehen, noch einer naiven Verpflanzung therapeutisch wirksamer Aufmerksamkeitsfokussierung und daran anknüpfender Interventionen in institutionelle Arbeitszusammenhänge, die ihrerseits Gefahr laufen, die Bedeutung der Organisation als Bezugsrahmen personalen Verhaltens zu vernachlässigen. Es sollte deutlich geworden sein, dass Personenzentrierte Supervision aus den ansatzspezifischen anthropologischen Setzungen heraus folgelogisch und idealerweise keinen inadäquaten Macht- und Machbarkeitsfantasien erliegt, sondern ein konsequentes Modell von Prozessberatung realisiert, das die Begrenztheit beraterischer Einflusschancen und den Wert der Hilfe zur Selbsthilfe deutlich markiert. Insbesondere in seiner konstruktivistischen Lesart gestaltet sich das Aufgabenverständnis des personenzentrierten Supervisors als die eines hilfreichen „Facilitators“, das mit seinem weitgehenden Vertrauen in die Selbstorganisationsfähigkeiten der Person oder des Teams für manche (!) Aspekte zeitgemäßen Managements lernförderliche Vorbildwirkungen und konstruktive Entwicklungsprozesse entfalten kann.

Literatur:

- Ardelt, Elisabeth / Lechner, Hans / Schlögl, Walter (1998) (Hg.), *Gruppendynamik: Anspruch und Wirklichkeit der Arbeit in Gruppen*, Göttingen (Verlag für Angewandte Psychologie) 1998
- Argyris, Chris (1990), *Overcoming organizational defenses. Facilitating organizational learning*, Boston 1990
- (1996), *Defensive Routinen und eingeübte Inkompetenz*, in: Fatzer, Gerhard (Hg.), *Organisationsentwicklung und Supervision: Erfolgsfaktoren bei Veränderungsprozessen*, Köln (EHP) 1996, 109–126
- Bateson, Gregory (1983), *Ökologie des Geistes. Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven*, Frankfurt (Suhrkamp) 1983
- Bennis, Warren (2001), *Das Ende der Führung*, in: *Profile – Internationale Zeitschrift für Veränderung, Lernen, Dialog 1* (2001), Köln (EHP) 33–41
- Brandl-Nebehay, Andrea (1998), *Geschichte der systemischen Familientherapie*, in: Brandl-Nebehay, Andrea / Rauscher-Gföhler, Billie / Kleibel-Arbeithuber, Juliane (Hg.), *Systemische Familientherapie: Grundlagen, Methoden und aktuelle Trends*, Wien (Facultas) 1998, 17–59
- Buchinger, Kurt (1997), *Supervision in Organisationen. Den Wandel begleiten*, Heidelberg (Auer) 1997
- Chomsky, Noam (2001), *Profit over People: Neoliberalismus und globale Weltordnung*, Hamburg-Wien (Europa) 2001
- Ciampi, Luc (1999), *Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik*, Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht) 1999
- deShazer, Steve (1992), *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*, Heidelberg (Auer) 1992
- Fatzer, Gerhard (Hg.), *Organisationsentwicklung für die Zukunft*, Köln (EHP) 1993
- (1996) (Hg.), *Organisationsentwicklung und Supervision. Erfolgsfaktoren bei Veränderungsprozessen*, Köln (EHP) 1996
- von Foerster, Heinz / von Glasersfeld, Ernst (1999), *Wie wir uns erfinden. Eine Autobiografie des radikalen Konstruktivismus*, Heidelberg (Carl-Auer-Systeme) 1999
- von Glasersfeld, Ernst (1981), *Einführung in den radikalen Konstruktivismus*, in: Watzlawick, Paul (Hg.), *Die erfundene Wirklichkeit*, München (Piper) 1981, 16–38
- (1997), *Wege des Wissens. Konstruktivistische Erkundungen durch unser Denken*, Heidelberg (Carl Auer Systeme) 1997
- Goleman, Daniel (2000), *Emotionale Intelligenz*, München (dtv) 2000
- Gotthardt-Lorenz, Angela / Schüers, Wolfgang (1997), *Das Supervisionsverständnis in der Community der SupervisorInnen*, in: *Luif 1997*, 13–27
- Grossmann, Konrad (2000), *Der Fluss des Erzählens. Narrative Formen der Therapie*, Heidelberg (Carl-Auer-Systeme) 2000
- IPS der APG / ÖGwG (1997), *Person-/Klientenzentrierte Supervision und Organisationsentwicklung. Statut und Ausbildungsordnung von ÖGwG und IPS der APG*, in: *Person 2* (1997) 160–167
- Isaacs, William (2001), *Dialog als Kunst, gemeinsam zu denken*, Köln (EHP) 2001
- Kersting, Heinz (1991), *Irritation als Plan. Konstruktivistische Einredungen*, Aachen (IBS) 1991
- Königswieser, Roswita / Lutz, Christian (1992) (Hg.), *Das systemisch-evolutionäre Management: der neue Horizont für Unternehmer*, Wien (Orac) 1992
- Lietaer, Germain (1992), *Die Authentizität des Therapeuten*, in: *Stipsits/Hutterer 1992*, 92–116
- Luhmann, Niklas (1984), *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*, Frankfurt (Suhrkamp) 1984

- Luif, Ingeborg (1997) (Hg.), Supervision. Tradition, Ansätze und Perspektiven in Österreich, Wien (Orac) 1997
- Rogers, Carl (1940b), Some newer concepts of psychotherapy, (Manuskript) 1940; dt.: Einige neuere Konzepte der Psychotherapie, in: Stipsits/Hutterer 1992, 15–38
- (1957a), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: Journal of Consulting Psychology 21,2 (1957), 95–103
- (1959a), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (Hg.), Psychology. A study of science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 1959, 184–256
- (1969a), Freedom to Learn. A view of what education might become, Columbus (Merill) 1969; dt.: Lernen in Freiheit. Zur Bildungsreform in Schule und Universität, München (Kösel) 1974
- Schmid, Peter F. (1994), Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Bd. I. Solidarität und Autonomie. Ein Handbuch, Köln (EHP) 1994
- (1996), Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Bd. II: Die Kunst der Begegnung, Paderborn (Junfermann) 1996
- (1997), Vom Individuum zur Person: Zur Anthropologie in der Psychotherapie und zu den philosophischen Grundlagen des Personzentrierten Ansatzes, in: Psychotherapie Forum 4 (1997) 191–202
- Senge, Peter (1996), Die fünfte Disziplin, Stuttgart (Klett-Cotta) 1996
- Sprenger, Reinhard K. (2000), Aufstand des Individuums. Warum wir Führung komplett neu denken müssen, Frankfurt (Campus) 2000

- Stipsits, Reinhold/Hutterer, Robert (1992) (Hg.), Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie, Wien (WUV) 1992
- Welsch, Wolfgang (1987), Unsere postmoderne Moderne, Weinheim (VCH) 1987

Autor

Peter Frenzel geb. 1959, Mag.rer.soc.oec.

Wirtschaftspsychologe, Supervisor und Coach (ÖVS- u. ÖBVP-Diplom), Klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut, Ausbilder und Lehrtherapeut des Instituts für Personzentrierte Studien der APG, Mitbegründer und Gesellschafter der Fa. TAO – Team für Angewandte Psychologie und Organisationsberatung und der Fa. KALEIDOS – Arbeitsgemeinschaft für Systemische Supervision, Universitätslektor, Lehrtätigkeiten an den Universitäten Linz, Wien und Graz, Arbeits- und Publikationsschwerpunkte: Personzentrierte und systemische Ansätze in Beratung, Psychotherapie, Coaching, Personal- und Organisationsentwicklung.

Adresse

A-1130 Wien, Steinlechnergasse 20,

E-Mail: peter.frenzel@tao.co.at

Beatrix Mitterhuber

Person als Schaltstelle von Veränderungsprozessen Eine Brille der mehrdimensionalen Betrachtung

Zusammenfassung: *Ist Veränderung und Entwicklung einer Institution denkbar ohne dass die Person sich für Veränderungen und Entwicklung öffnet? Organisationen sind nicht aus sich selbst entstanden, sondern sind von den steuernden Eingriffen von Personen abhängig. Dieser Frage und den Anforderungen an das berufliche und persönliche Selbstkonzept von Personen und dem Selbstverständnis von Organisationen soll in diesem kurzen Artikel nachgegangen werden.*

Das Gelingen von Veränderungsprozessen ist von der Bereitschaft und Fähigkeit von Personen, flexibel auf Herausforderungen zu reagieren, abhängig. Ebenso ist die Bewältigung dieser von der ausreichenden Berücksichtigung und der Bereitstellung von Ressourcen durch die Organisation in großem Maße bedingt. Die Ausgewogenheit zwischen Stabilisierungstendenzen und Änderungstendenzen sollen auf allen strukturellen Ebenen in einem ausgewogenen Verhältnis stehen, um eine entsprechende Selbstkonzepterweiterung zu ermöglichen und einen adäquaten Umgang mit den Anforderungen zu entwickeln.

Stichwörter: *Supervision, Organisationsentwicklung, Person, berufliches Selbstkonzept.*

Bei allen Veränderungsprozessen können wir die Person als Schaltstelle für das Gelingen bzw. Misslingen von Veränderungsprozessen bzw. Entwicklungsprozessen sehen. Strukturen werden von Menschen entwickelt, haben einen Einfluss auf diese Personen und können von Menschen wieder verändert werden. Wenn wir mit sozialen Systemen arbeiten, arbeiten wir mit Menschen. Organisationsentwicklung ist nichts Abstraktes, obwohl es manchmal so dargestellt wird.

Keine Organisation ist aus sich selbst entstanden, sondern war immer abhängig von den steuernden Eingriffen von Personen, sowohl auf der Führungsebene als auch auf der Mitarbeiterebene. Personen lenken und wirken auf diese Organisationen ein; Personen treffen Entscheidungen. Dabei besteht ein instabiles Gleichgewicht zwischen Personen und Organisationen. Genau dieses ermöglicht Entwicklung. Das bedeutet, dass wir den jeweiligen Menschen nicht ohne seine Umgebung, sein Eingebettetsein in Strukturen betrachten können, und dass wir Systeme und Strukturen nicht betrachten können, ohne uns auf die Person zu beziehen.

Im Folgenden möchte ich daher den Begriff Person herausgreifen (Schmid 1991): „Mit dem Begriff Person ist immer der Mensch auch in seinen sozialen Bezügen gemeint, also die Person im jeweiligen System. Die individuelle und die relationale Dimension des Personseins und Personwerdens, Selbstständigkeit und Beziehungsangewiesenheit sind für die personale Sicht gleichermaßen bedeutsam.“ (Ders. 1997, 175)

In der Supervision arbeiten wir daher immer an der Schnittstelle von Person und Organisation. Wie bei einem Pendel bewegen wir

uns einmal mehr auf der einen, einmal mehr auf der anderen Seite, ohne den jeweils anderen Ausschlag aus den Augen zu verlieren und ohne die Bedeutung der einen Seite für die jeweils andere ignorieren zu können.

Stabilisierungs- und Veränderungstendenz

Geforderte Veränderungen, d. h. von außen initiierte Veränderungen, bedeuten Herausforderungen, aus dem Bekannten herauszutreten, sich zu erweitern, zu entwickeln. Das kann eine durch gesellschaftliche Veränderungen bedingte Notwendigkeit der Neustrukturierung des Unternehmens sein, kann vom Ausscheiden leitender Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen angestoßen werden usw. und zur Wachstumschance oder zur beängstigenden existenziellen Bedrohung für die Person werden. Unter bestimmten Bedingungen, z. B. bei unvorbereiteten Veränderungen, bei fehlender Chance zur Mitbestimmung, beim Fehlen der notwendigen Phase der Konsolidierung kann dies zur Entwicklungsverzögerung oder Störung des Veränderungsprozesses führen.

Sowohl die jeweilige Person als auch strukturelle Veränderungen brauchen Zeiten zur Konsolidierung bzw. Integration von neuen Entwicklungen, Ruhephasen, um sich wiederum neuen Herausforderungen und Entwicklungen stellen zu können. Das heißt, es stellt sich die Frage, wie sowohl Stabilisierungstendenzen als auch Änderungstendenzen in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander

stehen (in der jeweiligen Person als auch zwischen Organisation und den jeweiligen Personen bzw. zwischen bestimmten Subsystemen). Der bewahrende Teil steht für Sicherheit und Kontinuität, der bewegende, sich verändernde Teil für Kreativität, Erweiterung, Entwicklung und Herausforderungen.

Hierbei können verschiedene Ausgangslagen und allgemein die Bedeutung des Einzelnen bei der Entwicklung einer Organisation betrachtet werden.

Für die Supervision ergeben sich daraus folgende Fragen:

- Wie gelingt dem jeweiligen Menschen die Balance zwischen Person, Funktion und den damit gekoppelten Rollen?
- Wie wirkt die strukturelle Entwicklung auf die jeweilige Person bzw. auf die jeweiligen Personen in ihren Rollen ein und wie kommt es zu einer gemeinsamen Entwicklung zwischen Organisation und Person (Kongruenz)?
- Wie finden Veränderungs- und Bewahrungstendenzen ausreichende Berücksichtigung im Veränderungsprozess?

Mögliche Hindernisse bei Veränderungsprozessen

Da ich mich im Folgenden auf das Selbstkonzept beziehe, möchte ich die Grundannahmen bezüglich des gesunden und des starren Selbstkonzepts wiederholen: Ein gesundes Selbst ist in der Lage, neue Erfahrungen zuzulassen, ist beweglich, fließend und trotzdem durch Kontinuität gekennzeichnet und bietet damit ausreichende Flexibilität, neuen Anforderungen zu begegnen. Ein starres Selbstkonzept mit ängstlicher Abgrenzung versucht, alles abzuwehren, was das Selbstbild gefährden könnte.

Eine kleine Auswahl von Faktoren, die Veränderungsprozesse behindern:

- Starre, rigide Selbstkonzepte der Personen, die Veränderungen an sich als gefährdend, bedrohend erleben und damit in persönliche Krisen gelangen.
- Starre, rigide berufliche Selbstkonzepte, deren Selbsterhalt (Machtsicherung) vom ursprünglichen Ziel der Einrichtung entfernen und daher auf Bewahren des Alten drängen sowie Entwicklungen sowohl auf der personalen als auch auf der organisatorischen Ebene verhindern,
- Unklare berufliche Selbstkonzepte und damit das Fehlen einer klaren Arbeitsidentität und Selbsteinschätzung,
- Von Machträgern ausgehende Umstrukturierungen, die nicht ausreichend an die Mitarbeiter rückgekoppelt werden.
- Manipulation durch Prämien, die die Motivationslage und das Arbeitsverhalten negativ beeinflusst (versus Gefordertsein durch Mitsprache oder Mitentwicklung).
- Falsche Personalauswahl und deren Folgen (also eine Inkongruenz zwischen Person und Funktion).

Gesellschaftlicher Wandel und die damit notwendige Erweiterung des beruflichen Selbstkonzeptes

Durch gesellschaftlichen Wandel kommt es zu einer erheblichen Dynamik bei Neuorganisationen in großen strukturellen Bereichen, bzw. in weiten Bereichen erfordert es überhaupt eine neue Sinn- und Zieldefinition für die Institution.

In verschiedensten Institutionen werden Veränderungsprozesse bzw. Neuorganisationen in Gang gesetzt und es wird auch erhebliches Geld investiert. Nicht selten wird dabei das Bewaherverhalten einzelner Mitarbeiter oder ganzer Mitarbeitergruppen (Teams) zu wenig beachtet bzw. unterschätzt oder abgewertet. Dies hat zur Folge, dass das Tempo zu hoch ist und zu wenig entsprechende Maßnahmen der Rückkoppelung und zu wenig begleitende Maßnahmen installiert werden, um das instabile Gleichgewicht aufrecht zu erhalten.

Gotthard-Lorenz und Walter (1998, 21) weisen auch auf die Dynamisierung der Arbeitswelt hin und sehen hier die Supervision als spezifisches Begleitinstrument mit hoher Relevanz zur Unterstützung von Entwicklungsarbeit.

Dies kann am Beispiel von Veränderungen in Krankenhäusern betrachtet werden:

Die Grundaufgabe einer Einrichtung, deren Selbstverständnis z. B. die Heilung bzw. Pflege kranker Menschen ist, hat durch den gesellschaftlichen, wissenschaftlichen und technischen Fortschritt einen starken Wandel durchgemacht und dabei eine ungeheure Dynamik in Bezug auf Geschwindigkeit und Komplexität entwickelt. Das gesellschaftliche Umfeld, z. B. Änderung der Verwaltung, Privatisierung, Sparkurs etc., tut das Übrige, um eine dauernde Neuorganisation in großen strukturellen Bereichen und im direkten Kontakt mit den Patienten zu erfordern. Die Patienten haben sich im gesellschaftlichen Umfeld zu Kunden und damit zu direkten Interaktionspartnern gewandelt.

Neben der Bewältigung der täglichen Arbeit ist die jeweilige Person mit verschiedensten Rollen konfrontiert. Die Verarbeitung und die Initiierung der jeweiligen Neuorganisation ist von zunehmend gleichwertiger Bedeutung. Dies kann z. B. anhand einer Krankenschwester beobachtet werden: Waren Pflegekonzepte und hierarchische Strukturen über Jahrzehnte weitgehend gleich, so hat die Schwester auf der einen Seite ihr Wissen in Bezug auf Medizin und Pflege auf dem Laufenden zu halten und auf der anderen Seite neue Organisationsformen auf den Abteilungen mitzuentwickeln und umzusetzen. Weiters muss sie mit den anderen Mitarbeitern, mit Ärzten, Sozialarbeitern und Psychologen, ein Kooperationsmodell entwickeln und kontinuierlich aufrecht erhalten. Darüber hinaus muss sie Mitentscheidung und Mitverantwortung, sowohl medizinisch als auch auf dem Verwaltungssektor, übernehmen, technische Entwicklungen erlernen und anwenden können, sich sozusagen ununterbrochen mit der Bewältigung von

neuen Anforderungen und neuem Wissen und deren Bewältigung beschäftigen. Das erfordert eine erhebliche Herausforderung an die Flexibilität der Person, ihre Arbeitsidentität, ihre Lernbereitschaft und ihr Kommunikationsverhalten.

Im Kontext der Supervision bedeutet es herauszufinden, in welchen der oben genannten Bereichen das Selbstkonzept der Person keine adäquaten Antworten bereitstellen kann. Dies kann dann sowohl zur Betrachtung der Person als auch zur Betrachtung der Organisation oder einzelner Subsysteme bzw. zur Betrachtung der Interaktion zwischen Person und Organisation bzw. einzelner Subsysteme zueinander führen. Im Rahmen einer Teamsupervision könnte es auch darum gehen, inwiefern einem Subsystem, z. B. dem Schwesternteam einer Station, eine laufende Angleichung der Bewältigungs- und Entwicklungsstrategien gelingt.

Im geschützten Raum der Supervision soll *mittels Selbstreflexion* das Einnehmen einer Metaebene möglich werden, um so die verschiedenen Aspekte der Beziehungen in den Mittelpunkt zu rücken (beteiligte Distanzierung). Mithilfe unterstützender Selbstreflexion wird hier wohl auch in der Supervision ein Prozess angestoßen, durch den das Wechselspiel der verschiedensten Rollen erkannt und eine Entwicklung in Richtung Integration bzw. Selbstorganisation in Bezug auf die verschiedensten Rollen in Gang gesetzt werden kann. Um den neuen Arbeitsaufgaben und Anforderungen, wie Teamfähigkeit, Kundenorientiertheit, Übernahme von Verantwortung, also emanzipatorischen Strukturen statt hierarchischem Anordnen bzw. Ausführen gerecht zu werden, bedarf es der Entwicklung bzw. der Förderung von *Dialogfähigkeit* der Personen.

Förderung des Selbstkonzepts und der Integrationsfähigkeit

In klientenzentrierten und anderen ähnlichen Veränderungskonzepten steht schon immer die Unterstützung der eigenen Selbstreflexionsfähigkeit im Mittelpunkt und die damit verbundene, innewohnende Lösungskapazität. Ein weiteres Ziel muss daher sein, die Flexibilität der Selbststruktur zu erhöhen. Im Sinne von Rogers geht es daher um ein gesundes Selbst, das genügend Flexibilität aufweist, mit den Anforderungen der Umgebung adäquat umzugehen.

Auf der institutionellen Ebene gilt es zu betrachten, inwieweit der bewahrende Aspekt überhaupt wahrgenommen wird und Berücksichtigung findet und die Umsetzbarkeit der mit dem Veränderungsprozess verbundenen Anforderungen an einzelne Mitarbeiter oder ganze Teams bzw. Abteilungen überhaupt machbar ist. Sind die geforderten Veränderungen für die Person in ihren Rollen zu gefährdend, werden bewahrende Faktoren aktiviert. Dann wird erhalten statt entwickelt und die Entstehung von Inkongruenzen ist vorprogrammiert.

Dies kann sich in starrer Opposition gegenüber den geforderten Veränderungen äußern (Teams, die über diesen schlechten Bedingungen der Organisation hängen bleiben), in Weigerungen, sich mit den Anforderungen des Neuen an die eigene Person und den zu entwickelnden Fähigkeiten auseinander zu setzen, und kann zur heimlichen Sabotage, zur inneren Emigration etc. führen.

Ein Beispiel: In einer Organisation wurde jemand, der im Rahmen eines betrieblichen Umstrukturierungsprozesses um seine bisherige (hierarchisch abgesicherte) Position fürchtete, für die Projektleitung eines Veränderungsprozesses eingesetzt. Man wollte ihn zwar damit entängstigen, indem man ihm dabei eine besondere Position gab, half jedoch nicht, seine Ängste genauer zu betrachten und auch einen entsprechenden Führungsstil zu entwickeln, den der Veränderungsprozess gebraucht hätte. Dies führte zu einer weitgehenden Blockade seinerseits bei Umsetzungen und Kommunikationsabläufen und in der Folge zur zunehmenden Isolierung seitens der anderen Mitarbeiter.

In Institutionen mit hierarchischer bürokratischer Struktur laufen Veränderungen langsam. Tendenzen solcher Institutionen gehen in Richtung Selbsterhalt. (Das institutionelle „Selbstkonzept“ ist mit Selbsterhalt beschäftigt.) Unkündbarkeit und Pragmatisierung hängen nicht vom Entwicklungsgeist ab, sondern üblicherweise vom Durchhalten. Es besteht keine dringliche Notwendigkeit, sich mit Veränderungsprozessen auseinander zu setzen. Im alten Sinn ist keine Selbstreflexion gefordert, bzw. nur in dem Ausmaß, das erforderlich ist, damit gründlich gearbeitet bzw. dem Gesetz genüge getan wird. Im beruflichen Selbstkonzept kann kaum Erweiterung stattfinden. Die Hauptenergie ist auf die Erhaltung des bisherigen Systems gerichtet.

Ist nun diese Organisation aufgrund gesellschaftlichen Wandels gezwungen, sich neu zu definieren, überwiegen meist die bewahrenden Momente. Die Herausforderung wird als erhebliche Bedrohung erlebt. Soll zum Beispiel aus einem Amt eine Servicestelle werden, dann kommt es zu verschiedensten Anforderungen, die im bisherigen beruflichen Selbstkonzept der Person und in ihrem Selbstverständnis als Mitarbeiter der Institution (dem „Selbstkonzept“ der Institution) nicht enthalten waren. Weil auch die Gesamtorganisation wenig Flexibilität aufweist, droht die Gefahr von Scheinveränderungen. Bisherige, festgelegte Kommunikationsstrukturen, wie Weisung und Drohung, müssten von einem offenen Dialog, also echter Zweiweg-Kommunikation, abgelöst werden. Besonders die Kundenorientiertheit, d.h. das dialogische Prinzip, stellt an „Untergebene“ als auch an „Führende“ erhebliche Anforderungen.

In diesen Bereichen wird meist die Notwendigkeit zur Selbstreflexion wenig wahrgenommen bzw. abgewertet. Hier ist es besonders wichtig, in der Supervision die Lust auf Veränderungstendenzen zu wecken und die eventuellen Krisensituationen für wirkliche Veränderungsprozesse (sowohl strukturell als auch auf persönlicher Ebene) zu nützen.

In diesem Sinne ist die Auseinandersetzung mit dem Selbstverständnis der Tätigkeit und der „Neudefinition“, die Auseinandersetzung mit der Zielorientierung der Einrichtung und dem Entwickeln einer neuen Berufsidentität notwendig.

Das Feld der Supervision ist jetzt:

- Das Wecken der Bereitschaft zur Selbstreflexionsfähigkeit,
- die Unterstützung der Selbstreflexionsfähigkeit,
- die Unterstützung der Dialogfähigkeit und
- somit die Förderung der Aktualisierungstendenz der einzelnen Person.

Daneben muss eine genauere Betrachtung der Organisation erfolgen, in die die einzelnen Personen eingebettet sind und die somit ihre berufliche Identität bzw. deren Entwicklung mitbeeinflusst :

- eine Analyse des Umgangs einer Institution mit Veränderungsprozessen an sich und
- eine Analyse des Regelsystems einer Organisation (es bedarf genügender Metaregeln, die Neukalibrierungen ermöglichen).

Insgesamt heißt es daher, eine erhöhte Flexibilität der Selbstorganisation zu ermöglichen, sowohl auf der Ebene der Person als auch der Organisation unter Berücksichtigung eines Gleichgewichtszustand zwischen sichernden und verändernden Tendenzen.

Literatur

- Gotthard-Lorenz, Angela / Walther (1998), Berufs- und Arbeitsfeldorientierung – der Blickwinkel, der Supervision zur Supervision macht, in: Supervision. Den beruflichen Alltag professionell reflektieren, Innsbruck (Studien Verlag) 1998
- Schmid, Peter F. (1991), Souveränität und Engagement. Zu einem personzentrierten Verständnis von „Person“, in: Rogers, Carl R. / Schmid, Peter F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz (Grünwald) 1991; 2000, 15–164
- (1997), Personzentrierte Supervision. Berufliche Entwicklung durch Begegnung, in: Luif, Ingeborg (Hg.), Supervision, Wien (Orac) 1997, 175–188
- Sprenger, Reinhard K. (1992), Mythos Motivation, Frankfurt/M. (Campus) 1992

Autorin:

Beatrix Mitterhuber, Mag., Jahrgang 1952, Gründungsmitglied der ÖGwG, Klientenzentrierte Psychotherapeutin, Supervisorin, Ausbilderin der ÖGwG. Therapieschwerpunkt: Arbeit mit frühen Störungen, Supervisionsschwerpunkt: Teamarbeit und Teamentwicklung in Profit- und Non-Profitunternehmen.

Adresse:

Julius Hagn-Straße 15, A-5020 Salzburg

Helmut Schwanzar

Empathie als Veränderungskonzept und Erkenntnisinstrument

Zusammenfassung: *Das empathische Verstehen von Personen in ihrer konkreten Arbeitssituation ist ein zentraler Punkt, der Veränderungsprozesse in Supervisionen ermöglicht und in Gang setzt. Dieser Prozess wird anhand von sechs Punkten beschrieben. Die sich ständig wiederholende Abfolge von Erkenntnis und Entwicklung verändert ursprünglich vorhandene Inkongruenzen und führt die Personen und die Organisation als Ganzes zu immer mehr Kongruenz, Flexibilität und Authentizität.*

Stichwörter: *Supervision, Empathie, Verstehen, Entwicklungsprozess.*

In diesem Artikel befasse ich mich mit dem empathischen Verstehen von Personen in ihrer konkreten Arbeitssituation oder in ihrer beruflichen Umwelt, sei es als Einzelperson, als Team oder als gesamte Organisation. Ich bin der Überzeugung, dass dieses empathische Verstehen ein zentraler Punkt ist, der Veränderungsprozesse in Supervisionen ermöglicht und in Gang setzt. Empathie ist sicher nicht die einzige „Methode“, die zu Veränderungen führt, aber gerade aus klientenzentrierter Sicht scheint mir dieser Zugang zur realen Wirklichkeit von Personen und Organisationen ein entscheidender zu sein. Die Empathie ist zudem eine Form des Verstehens, die mir persönlich wahrscheinlich am nächsten ist.

Vorab eine kurze Begriffsbestimmung durch Carl R. Rogers (1959a, 37): Der Zustand der Empathie oder des Empathisch-Seins bedeutet, „den inneren Bezugsrahmen eines anderen möglichst exakt wahrzunehmen mit allen emotionalen Komponenten und Bedeutungen, gerade so, als ob man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die ‚Als-ob-Position‘ aufzugeben.“

Folgende Punkte sollen deutlich werden:

1. Supervision zielt immer auf den ganzen Menschen in seiner Beziehung zur konkreten Arbeitswelt ab und nicht nur auf bestimmte, für den Arbeitsprozess wichtige Anteile des Menschen, so wie ja auch Psychotherapie immer auf den ganzen Menschen in seiner Beziehung zur Umwelt abzielt.
2. Empathisches Verstehen meint in der Supervision immer den Menschen und seinen inneren Bezugsrahmen sowie das Verstehen über die Entstehungsbedingungen dieses inneren Bezugsrahmens und ebenso die Bedingungen seiner aktuellen Aufrechterhaltung unter besonderer Berücksichtigung der momentanen Arbeitswelt und der sich daraus ergebenden Wechselwirkung.

3. Empathisches Verstehen in der Supervision heißt immer auch ein Verstehen der konkreten Arbeitswelt und deren Entstehungsbedingungen, in Abhängigkeit von den Personen, die diese Arbeitswelt gestalten.
4. Um dieses Verstehen zu ermöglichen, empfiehlt sich ein Vorgehen „von außen nach innen“.
5. Empathisches Verstandenwerden leitet einen Veränderungsprozess – im Sinne eines Entwicklungsprozesses – bei der konkreten Person ein.
6. Das System, das Team, die Organisation, die gesamte Arbeitswelt beginnt sich zu verändern, wenn sich die konkreten Personen verändern.

1. Supervision zielt immer auf den ganzen Menschen in seiner Beziehung zur konkreten Arbeitswelt ab und nicht nur auf bestimmte, für den Arbeitsprozess wichtige Anteile des Menschen, so wie ja auch Psychotherapie immer auf den ganzen Menschen in seiner Beziehung zur Umwelt abzielt.

Manchmal wird man als Supervisor mit psychotherapeutischer Grundausbildung mit dem Vorwurf konfrontiert, dass man einen zu „subjektivistischen Blickwinkel“ in der Supervision habe, dass man das Verständnis der Person über das Verständnis der Organisation oder des Systems stelle.

Aus meiner Sicht ist dieser Vorwurf insofern nicht berechtigt, als gerade Psychotherapeuten wissen, dass wirkliches empathisches Verstehen einer Person immer nur dann möglich ist, wenn man diese Person in ihrem phänomenalen Feld begreift. Karl Sommer (1992,

34) beschreibt dies folgendermaßen: „Jedes Individuum lebt in einer sich permanent verändernden Welt der Erfahrung, deren Mittelpunkt es selbst ist. Diese persönliche Welt der Erfahrung wird als phänomenales Feld bezeichnet. Es schließt alle potenziell wahrnehmbaren Ereignisse ein, sei es, dass sie innerhalb des Organismus stattfinden, sei es, dass sie von außen auf ihn einwirken“.

Auch in der Supervision ist die konkrete Person der Mittelpunkt aller Erfahrungen, sowohl derer, die in der Person entstehen, als auch derer, die durch Einwirkung von außen auf diese Person zustande kommen, also z. B. Erfahrungen, die in Zusammenarbeit mit anderen Teammitgliedern gemacht werden, oder Erfahrungen, die durch die strukturellen Vorgaben einer Organisation gemacht werden. Weil aber der Mensch der Mittelpunkt dieser Erfahrungen ist, bilden sich alle gemachten Erfahrungen in dieser Person ab, und zwar in Abhängigkeit zum bisherigen Geworden-Sein dieser Person. Das heißt, dass sich fast alles, was wir empathisch über die aktuelle Arbeitswelt von Supervisanden verstehen können, aus dem subjektiven Erleben der realen Erfahrungen der Personen erschließt, abhängig von ihrem persönlichen Erfahrungshintergrund und in Beziehung zu ihm.

So ist es etwa eine reale aktuelle Erfahrung, „gemobbt zu werden“. Sie wird aus dem Umgang der übrigen Teammitglieder mit einer bestimmten Person gemacht und ist auch von der Organisationsstruktur abhängig, in der sich diese Personen befinden. Sie wird für den Supervisor durch das empathische Erleben dieser Personen erfahrbar, abgebildet auf dem Hintergrund ihrer persönlichen Lebenserfahrungen mit nicht-wertschätzendem Umgang.

Somit verstehen wir nicht nur ein System oder eine Struktur oder eine Organisation, sondern immer auch, was diese Struktur für die Personen bedeutet und wie sie sich in ihnen abbildet. Ich behaupte daher, vielleicht etwas überspitzt formuliert: Wie Personen nie ohne ihre Beziehung zur Umwelt gedacht werden können, so können auch Systeme nie ohne Personen, die diese Systeme bilden, ganzheitlich wahrgenommen werden. Damit soll ausgedrückt werden, dass man sich z. B. die Organisation eines möglichst effizienten Mittelbetriebes nur vorstellen kann, wenn man sich dabei Personen mitfantasiert, die diesen Betrieb betreiben – natürlich keine konkreten Personen, aber idealtypische: eine fleißige Sekretärin, gesunde Mitarbeiter etc. Es macht auch einen Unterschied, ob man sich diesen Betrieb in Amerika vorstellt oder in Russland, nicht nur von den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, sondern auch von den zu erwartenden Mitarbeitern und der sie prägenden Sozialisation.

Das führt aber bereits mitten in den zweiten Punkt.

Wie das Verständnis der soziokulturellen Wirklichkeit – Stichwort „fleißige Sekretärin“ – in die Supervision einfließt, wird in der Beschreibung des Supervisionsprozesses weiter unten veranschaulicht.

2. Empathisches Verstehen meint in der Supervision immer den Menschen und seinen inneren Bezugsrahmen sowie das Verstehen über die Entstehungsbedingungen dieses inneren Bezugsrahmens und ebenso die Bedingungen seiner aktuellen Aufrechterhaltung unter besonderer Berücksichtigung der momentanen Arbeitswelt und der sich daraus ergebenden Wechselwirkung.

Um die konkrete Arbeitswelt eines Teams verstehen zu können, ist also ein Verständnis der Personen notwendig und ein Verständnis darüber, wie sie die konkreten Erfahrungen bewerten, die sie in ihrer Arbeitssituation machen. Auf diesem Hintergrund ergibt sich ein Verständnis der Erfahrungen, mit denen die Personen konfrontiert werden.

Indem wir in der Supervision den inneren Bezugsrahmen der Person verstehen, gelingt es uns deutlicher, Erfahrungen differenzierter zu betrachten, nämlich als die Erfahrung und ihre subjektive Bewertung. Aber nicht nur die Erfahrungen und deren subjektive Färbung werden nachfühlbar, sondern auch die Struktur und die Bedingungen für diese Erfahrungen bilden sich im persönlichen Erleben ab. Die ständige Wechselwirkung zwischen realen Gegebenheiten und der persönlichen Bewertung dieser Gegebenheiten ist eigentlich unser Tätigkeitsfeld als Supervisoren und fordert, neben dem Wissen über die realen Gegebenheiten und deren mögliche Wirkungen, das permanente empathische Verständnis dieser Wechselwirkung.

Damit ist Verstehen immer ein Prozess, und dadurch ist auch Supervision niemals die statische Beschreibung eines Zustands. Als Supervisor bekommt man also ein lebendiges Bild davon, wie z.B. eine Institution aufgebaut und organisiert ist. Dies nicht nur, indem man sich fragt, wie das Organisationskonzept dieser Institution ist, und wie es sich auf die Mitarbeiter auswirkt, also durch Verständnis und Wissen über die psychologischen Wirkungen von Organisationsformen auf die Personen, sondern dadurch, dass das eigene Bild so viel deutlicher wird, dadurch, dass sich das Organisationskonzept in den subjektiven Erfahrungen der Mitarbeiter abbildet, wobei sogar die unausgesprochenen Regeln klar werden.

Das ist es, was ich unter Empathie als Erkenntnisinstrument verstehe.

3. Empathisches Verstehen in der Supervision heißt immer auch ein Verstehen der konkreten Arbeitswelt und deren Entstehungsbedingungen, in Abhängigkeit von den Personen, die diese Arbeitswelt gestalten.

So wie es notwendig ist, durch das subjektive Erleben Verständnis für die reale Arbeitswelt zu bekommen, so ist es in einem ersten Schritt notwendig, Wissen über die reale Arbeitswelt zu haben. Wie wir in der Psychotherapie Wissen über Entwicklungsbedingungen, Entwicklungspsychologie und die Entstehung von Störungen etc.

brauchen, so brauchen wir in der Supervision Wissen über System, Organisationsstrukturen, Gruppenprozesse u. v. m. und Wissen über die Bedeutung und Aufgabe der Arbeitssituation im gesamtgesellschaftlichen Kontext.

In der Regel geht ja der Auftrag an eine Supervisorin bzw. einen Supervisor über die konkrete Unterstützung der Supervisanden weit hinaus, und das Ziel einer Supervision ist oft das gesamte Wohl einer Institution bzw. einer Firma (z. B. die Steigerung der Produktivität). Hier spielt die subjektive Wirklichkeit einer Institution bzw. einer Firma eine genauso große Rolle wie die subjektive Wirklichkeit der Supervisanden. Auch eine Organisation ist in ein phänomenales Feld eingebettet und ist dessen Mittelpunkt. Sie hat genauso eine Geschichte und ihre eigenen Bewertungsbedingungen, auf deren Grundlage sie mit Erfahrungen umgeht – mit Erfahrungen, die sowohl innerhalb der Organisation entstehen, als auch von außen an die Organisation herangetragen werden.

Die Erfahrungen einer Gruppe als Ganzes, die mehr ist als die Summe ihrer Teile, unterscheidet sich von den Erfahrungen der einzelnen Personen dieser Gruppe. Dadurch kann man von den subjektiven Erfahrungen der einzelnen Personen sprechen und auch von den „subjektiven“ – nämlich für jede Gruppe verschiedenen – Erfahrungen des kollektiven Ganzes.

Ein empathisches Verständnis für die subjektive Wirklichkeit einer Organisation zu entwickeln, ist ab dem Zeitpunkt der Kontrakterstellung ein permanentes Anliegen an die Supervisorin bzw. den Supervisor, zeitgleich und in ständiger Wechselwirkung mit dem empathischen Verständnis der einzelnen Personen einer Supervision.

Gerade das empathische Verständnis einer Organisation an sich verhindert ein zu subjektivistisches Herangehen an eine Supervision, ohne dass aber vergessen werden darf, dass eine Organisation immer von Menschen und für Menschen gemacht ist und durch Menschen getragen wird. Dieses Herangehen ist, ganz in klientenzentriertem Sinne, als Haltung und nicht als Methode oder Technik zu verstehen. Um das Herangehen, das empathische Verstehen einer Organisation, eines Systems, einer Institution und der Personen einer Supervision zu erleichtern, schlage ich ein Vorgehen von „außen nach innen“ vor.

4. Um solches empathisches Verstehen zu ermöglichen, empfiehlt sich ein Vorgehen „von außen nach innen“.

Ich greife hier eine Anregung von Otto F. Kernberg (1994) auf, der in seinem Buch „Innere Welt und Äußere Realität“ diese Sichtweise zum Verständnis gerade von Großgruppen empfiehlt. In Supervisionen vollziehen sich meines Erachtens zwei gegenläufige Prozesse, die oft sogar gleichzeitig ablaufen: Das empathische Verstehen (der Erkenntnisprozess) beginnt außen, bei der Organisation, und endet innen, bei der konkreten einzelnen Person. Der Veränderungsprozess beginnt innen, bei der einzelnen konkreten Person, und endet

außen, bei der Organisation – im Rogers'schen Sinn vielleicht auch erst ganz außen bei der Gesellschaft.

Dieser Prozess ist eine fortlaufende Drehbewegung: Man muss das Organisationskonzept verstehen, um die in diesem Konzept agierenden Personen verstehen zu können. Sobald man die konkrete Person in diesem Konzept versteht, ermöglicht das wiederum ein besseres Verständnis der Organisation, und der Prozess beginnt von neuem: Sobald sich die Organisation weiterentwickelt, weil sich die Personen in ihr weiterentwickelt haben, können sich auch diese Personen wiederum neu entwickeln usw.

In der Organisationsentwicklung wird manchmal versucht, diesen Prozess abzukürzen, in dem das Außen verändert wird, z. B. indem ein neues Organisationskonzept entwickelt wird. Bei der Umsetzung dieser Maßnahme stößt man aber unweigerlich auf Probleme mit den Mitarbeitern. Diese Probleme versucht man dann nachträglich zu bereinigen. Der Versuch ist unter dem Begriff „Implementierung von Maßnahmen“ modern geworden. Das ist meines Erachtens aber nichts anderes als der Versuch, den ausgesparten Entwicklungsprozess der Mitarbeiter im Nachhinein stattfinden zu lassen.

Ein Vorgehen von außen nach innen könnte folgendermaßen ablaufen:

Wer an eine Supervision herangeht, tut etwas ganz automatisch, auch wenn es ihm oder ihr manchmal leider nicht deutlich genug bewusst ist: Wir entwickeln zu aller erst ein empathisches Verständnis dafür, in welchem politischen und soziokulturellen Zusammenhang diese Aufgabe steht. Ein Schritt dazu ist, dass wir uns selbstempathisch als Teil dieses soziokulturellen Zusammenhangs reflektieren.

Weiters entwickeln wir ein Verständnis, in welches politische und soziokulturelle Umfeld diese Organisation eingebettet ist. – Es ist ein Unterschied, ob wir z.B. im Non-Profit-Bereich arbeiten, in einem soziokulturellen Klima von Leistung, Gewinn und freiem Markt oder in einem Klima von Solidarität und gegenseitiger Wertschätzung. Und natürlich ist das nicht nur ein Unterschied für uns Supervisorinnen bzw. Supervisoren, sondern noch viel mehr für die Organisationen und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Darüber hinaus versuchen wir empathisch zu verstehen, wie sich diese Rahmenbedingungen für die konkrete subjektive Wirklichkeit einer Organisation auswirken, welches Selbstkonzept diese Organisation von sich entwickeln könnte oder müsste. – Es macht natürlich einen Unterschied, ob ein Spital nach Belegtagen finanziert wird oder ob es nach einem bestimmten Leistungsschlüssel honoriert wird. Es ist etwas ganz anderes, wenn man es früher mit einem Energieversorgungsunternehmen zu tun hatte, das eine Monopolstellung innehatte und dessen Anliegen eine möglichst gleich bleibende und effiziente Versorgung mit Energie war, und wenn es jetzt ein Unternehmen ist, das der freien Konkurrenz ausgesetzt ist und dessen Aufgabe es ist, möglichst hohe Gewinne zu erwirtschaften.

Ein nächster Schritt ist, zu verstehen, welche Inkongruenzen sich für die konkrete Institution oder die Abteilung daraus ergeben und welche Bedürfnisse und Wünsche damit verbunden sind. – Wie geht es einer Internen Abteilung in einem durch Leistung finanzierten Spital, im Gegensatz zu einer Chirurgischen Abteilung? Gibt es z. B. das Bedürfnis, die Patienten trotz allen Zwanges zum Sparen so lange halten zu können, wie sei es eigentlich bräuchten? Welche strukturellen Konflikte sind angelegt, wenn der Energieversorger eine Veränderungsmanagement-Abteilung einführt, um das Unternehmen auf Gewinnorientierung hin umzustrukturieren?

Wie spiegeln sich diese Konflikte in der Aufgabenstellung und in den Erwartungen an die einzelnen Mitarbeiter der Abteilung wider? – Wird erwartet, dass dieselbe Pflege in der halben Zeit geschieht? Soll das Team beim Energieversorger etwas verändern, aber wird es mit zu wenig Macht ausgestattet?

Wie spiegeln sich diese Konflikte in den Beziehungen der einzelnen Mitarbeiter wider, sowohl in der Hierarchie als auch untereinander? – Werden z. B. im Krankenhaus die schnellen Mitarbeiter als bedrohlich empfunden? Lässt sich im Team der Veränderungsmanager kein Teamleiter finden?

Nach unzähligen kleinen und feinen Zwischenschritten gelangen wir endlich zu einer Ebene, in der das Erleben der konkreten einzelnen Person mit ihrem inneren Bezugsrahmen, in Abhängigkeit von der konkreten Arbeitssituation, empathisch verstehbar wird. – „Ich bin nahe am Burn-out, da mich auch meine persönliche Lebensgeschichte gelehrt hat, das Nichterreichen eines Zieles als persönliches Versagen zu erleben.“ „Ich gehe weg, denn: Da kann man nichts verändern.“ „Ich habe gelernt, Konflikte durch Rückzug zu vermeiden.“

Dieser Weg des Verstehens ist ein Prozess, der ständig von oben nach unten läuft und von unten nach oben.

Eingebettet in unsere soziokulturelle Wirklichkeit, werfen wir als Supervisorinnen und Supervisoren einen selbstreflektierten Blick auf eine Organisation und deren soziokulturelle Wirklichkeit und sehen die konkreten einzelnen Personen, eingebettet in diese Matrix. Durch den Blick, durch die Brille des subjektiven Erlebens der beruflichen Wirklichkeit der einzelnen Personen, verstehen wir die Strukturgebundenheit der Personen und der Organisation besser und ihre Position in der soziokulturellen Wirklichkeit. Wobei mit jedem Verstehen und Verstandenwerden ein Veränderungsprozess initiiert wird, der dann wieder neues Verstehen ermöglicht – sodass ein permanenter Verstehens-Veränderungs-Prozess in Gang ist.

Was bewirkt es nun beim Einzelnen, empathisch verstanden zu werden?

5. Empathisches Verstandenwerden leitet einen Veränderungsprozess – im Sinne eines Entwicklungsprozesses – bei der konkreten Person ein.

Die persönliche Begegnung, die auf die Person zentrierte Haltung, ermöglicht ein Verständnis, wie sich die derzeitige Strukturgebundenheit mit den schon früher erfahrenen Bewertungsbedingungen vermengt und so die in der Supervisorin bzw. im Supervisor vorhandenen Inkongruenzen bestätigt und fortführt. Das empathische Verstehen muss dabei natürlich eingebettet sein in eine Haltung der Echtheit der Supervisorin bzw. des Supervisors und in eine Haltung bedingungsloser Wertschätzung.

Gleichzeitig wird durch dieses empathische Verstehen und durch das wertschätzende Annehmen der Person in ihrem So-Sein eine Bewegung und Entwicklung der Person hin zu mehr Kongruenz mit sich in der Arbeitswelt eingeleitet. Dies geschieht, weil „das Erleben des Klienten [Supervisorin] einerseits immer schon durch seine Faktizität im Sinne seines biologischen wie soziokulturellen Gewordenseins“ bedingt ist, wie „es auch durch seine Potenzialität, sein Auf-die-Zukunft-Bezogen-Sein mitbestimmt ist“ (Sommer 1992, 43f). Damit – d. h. durch das Freisetzen der Aktualisierungstendenz – kann sich die Person flexibler mit den zu machenden Erfahrungen auseinandersetzen und sich mit mehr Kreativität den Problemen der Arbeitswelt stellen.

Mit anderen Worten: Das relativ rigide Selbstkonzept der Personen, welches Erfahrungen nur zum Teil integrieren kann, wird durch das empathische Verstandenwerden freier und flexibler, und die Personen können die Erfahrungen, die sie am Arbeitsplatz machen unverfälschter integrieren und ein größeres Repertoire an Reaktionsmöglichkeiten entwickeln.

Sodann können Vorstellungen entstehen, wie z. B.: „Ich brauche vielleicht nicht mehr ins Burn-out zu gehen, wenn mir selbst verstehbar und nachempfindbar wird, dass die Überlastung nicht meinem persönlichen Unvermögen entspringt, sondern aus dem Versuch der Abteilung, etwas zu leisten, für das die Ressourcen nicht mehr ausreichen.“ Oder: „Ich brauche nicht wegzugehen, sondern beginne, darum zu kämpfen, dass ich die nötige Macht erhalte, um beim Energieversorger meinen Auftrag zu erfüllen.“

Weil nun aber, wie bereits anfangs betont, Organisationen nie ohne die Personen, die sie tragen, existieren, führt die Entwicklung der einzelnen Personen, abhängig von den realen Möglichkeiten der Organisation, auch zu einer Entwicklung der gesamten Organisation. Wobei aber schädliche Lebensbedingungen, z. B. destruktive Organisationsformen, dadurch nicht verändert werden, aber die Personen in diesen Organisationsformen eher in der Lage sind, die schädlichen Bedingungen bewusst zu erkennen und Schritte zu deren realer Veränderung einzufordern oder selbst in die Wege zu leiten.

6. Das System, das Team, die Organisation, die gesamte Arbeitswelt beginnt sich zu verändern, wenn sich die konkreten Personen verändern.

Wie das Selbstkonzept einer Person sich hin zu mehr Kongruenz entwickelt, wenn sie sich ausreichend empathisch verstanden fühlt, kann sich auch das Selbstbild eines Teams weg von Rigidität und Abwehr hin zu Offenheit und Flexibilität entwickeln, wenn das Team ausreichend empathisch verstanden wird: als Ganzes, in seinem eigenen inneren Bezugsrahmen, mit seinen Entstehungsbedingungen, den Regeln und Normen und den eigenen Wünschen und Bedürfnissen. So wie einem Organismus eine Aktualisierungstendenz innewohnt, die ihn zur Entfaltung, Ausdifferenzierung und Erhaltung der ihm eigenen Fähigkeiten bringt, so wohnt auch einer Gruppe als lebendiges Gebilde, das mehr ist, als die Summe der einzelnen Personen, eine eigene Entwicklungsdynamik inne. Dasselbe gilt auch für größere Organisationseinheiten.

Über die Individuen einer Organisation und deren empathische Begleitung bei ihrem Erkenntnisprozess, über die organisatorischen und strukturellen Zusammenhänge ihrer Arbeitswelt, durch die verständnisvolle Anteilnahme an deren Weiterentwicklung, aber auch durch die verständnisvolle Anteilnahme an der Abwehr von Entwicklung und Veränderung und die Wertschätzung des Gewordenen und Geschaffenen kann es zu einer Weiterentwicklung einer ganzen Organisation kommen – in Richtung auf mehr Kongruenz und weniger rigide Abwehr.

Damit spiegelt sich ein Erkenntnis-Veränderungs-Prozess, der individuell abläuft, auch institutionell wider.

Zum Abschluss stellt sich noch die Frage: Reicht das aus? Reicht empathisches Verstehen oder braucht es dazu nicht auch Expertenwissen von außen?

Die eigentlichen Experten in der Supervision und in der Organisationsentwicklung sitzen im Team. Wenn sie sich frei entwickeln

können, erfassen sie selbst sehr genau und sehr präzise, wann ihre Fähigkeiten zur Problemlösung nicht mehr ausreichen und sie punktuelle Unterstützung von außenstehenden Experten brauchen. Dann ist es ihnen auch möglich, dieses Know-how gut in ihren eigenen Entwicklungsprozess und in den der Organisation zu integrieren.

Literatur

- Kernberg, Otto F. (1994), *Innere Welt und äußere Realität*, Stuttgart (Internationale Psychoanalyse) 1994
- Rogers, Carl R. (1959a), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (Hg.), *Psychology. A study of a science*. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 1959, 184–256; dt.: *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987; ³1991
- Sommer, Karl (1992), *Theorie der Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung. Ätiologiemodell und Therapietheorie der klientenzentrierten Psychotherapie*, in: *Personzentriert 2* (1992) 34–62

Autor

Dr. Helmut Schwanzar, geb. 1956, Psychologe und Klientenzentrierter Psychotherapeut in Salzburg, Ausbilder und Lehrtherapeut der ÖGwG, in freier Praxis als Psychotherapeut und Supervisor tätig. Mitglied des Leitungsteams der Aus-, Fort- und Weiterbildung in „Person-/Klientenzentrierter Supervision und Organisationsentwicklung“ (ÖGwG und IPS der APG), Mitorganisator der Tagung „Veränderungskonzepte in der Supervision“ 1999 in Wien.

Wolfgang Schrödter

Wer oder was bringt soziale Gebilde in Bewegung? Überlegungen zu Konservatismus, Wandel und Entwicklung in sozialen Gefügen

Zusammenfassung: *Supervision und Beratung führen hinein in soziale Gefüge, die gemäß einer eigenen Logik operieren. Wir betreten damit ein neues, von der therapeutischen Arbeit zu unterscheidendes Terrain. Anhand von Beispielen und theoretischen Überlegungen werden Gedanken zur Methodik und Praxis des Verstehens institutioneller und organisationsbezogener Prozesse vorgestellt.*

Schlüsselwörter: *Supervision, Systemtheorie, Gesellschaft, Veränderungstheorie*

Wir begleiten in der Supervision *Personen in (vor-)strukturierten Arbeitsbeziehungen*, und das bedeutet für den personenzentrierten Kontext mehr Veränderung, als es auf den ersten Blick erscheinen mag,. Der Hintergrund dafür ist ohne Zweifel ein *gesellschaftlicher*. Es dürfte kein Zufall sein, dass Angebote unter der Sammelüberschrift „Supervision und Beratung“ in den letzten Jahren eine Art Hochkonjunktur erleben. Für uns persönlich, unsere Teams und Fachverbände erzwingt das eine Neuorientierung. Wir tun gut daran zu sehen, dass Supervision ein neues, anspruchsvolles, interdisziplinäres Arbeitsfeld darstellt, das nicht einfach eine „Verlängerung“ oder „Ausdehnung“ dessen beinhaltet, was wir in personenzentrierter Psychotherapie tun (vgl. Schmid 1997, 179).

Kontinuität und Wandel in Konzeption und Praxis

Ich habe meinen Einstieg ausdrücklich so gewählt, dass ich von uns spreche. Ich gehe nämlich bei meinen Überlegungen in guter klientenzentrierter Tradition¹ davon aus, dass Entwicklung und Wandel zuerst und zuvorderst *bei uns selbst* gesehen, erlebt und sorgfältig reflektiert werden müssen. *Unsere* Offenheit und Unvoreingenommenheit gegenüber Neuem und Unvertrautem, gegenüber schwierigen und in letzter Konsequenz nie exakt planbaren menschlichen, zwischenmenschlichen und institutionellen Prozessen, dürfte eine

unhintergehbare Basis jeder Veränderung bei Klientinnen und Klienten sein. Das gilt für die therapeutische und beraterische Begegnung mit Einzelnen, Paaren und Familien in gleicher Weise wie mit Teams und Arbeitsgruppen in Organisationen. Wir sind, wenn man das so sagen darf, Experten und Expertinnen für die mutige, sensible, sorgfältige Gestaltung zukunftsöffener menschlicher Beziehungsprozesse. Das charakterisiert unsere professionelle Kompetenz, deren Kern die Kunstform des empathischen Verstehens und Gestaltens in der Begegnung beinhaltet. Verstehen und Verständnis wirken dabei nicht bloß reproduktiv, sondern, um eine schöne Formulierung Franks (1986, 125) aufzugreifen, „auf systematisch unkontrollierbare Weise schöpferisch“.

Natürlich ist uns Supervision gut bekannt, schwerpunktmäßig als klinische Fallsupervision während der Ausbildung und danach im Verlaufe der Berufspraxis. Von daher bringen wir alle leibhaftige Erfahrungen als Supervisanden und Supervisandinnen mit. Wir wissen, dass dieses besondere Reflexionsverfahren erkenntnismethodisch notwendig und ethisch zwingend ist, soweit Begegnung und (Fall-)Verstehen auf jeder Stufe an lebendige Kommunikation und kritischen Dialog gebunden sind. Supervision bedeutet eine konstitutive Ebene im beraterischen und therapeutischen Prozess. Psychotherapie gestaltet sich als eine gemeinschaftliche Praxis der Erfahrungs- und Erkenntnisbildung, und *nicht* als Einzelleistung eines isolierten Individuums. Karl Jaspers (1986, 121) hat an einer wichtigen Stelle die permanente, unvoreingenommene und selbstkritische Diskussion als *das* Verfahren gegen ein Absinken in bloße Konvention und fachlich-persönliche Absonderung empfohlen. Die Klientenzentrierte Therapie hat bereits zu einer Zeit empirisch und konzeptionell über Supervision gearbeitet, als sie noch keine Konjunktur

¹ Ich benutze die Begriffe klientenzentriert und personenzentriert ohne genauere Unterscheidung. Unten spreche ich im Text auch von Gesprächspsychotherapie. Diese Bezeichnungen bedeuten natürlich nicht dasselbe. Es würde aber den Rahmen dieses Aufsatzes sprengen, darauf einzugehen.

hatte wie heute – siehe zum Beispiel das Themenheft „Supervision“ der Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie aus dem Jahre 1986.

Wirklich neu ist – und damit wird es interessant –, dass in den letzten Jahren zunehmend die Form der Teamsupervision mit Übergängen zu Organisationsberatung und Coaching dazukommt. Organisationsberatung repräsentiert ein Feld, das vielleicht am weitesten von Supervision im klassischen Verständnis entfernt liegt. Das Spektrum in der Praxis reicht von der berufsbezogenen Einzelsupervision im Sozialbereich bis zur Teamberatung in Unternehmen. Dabei kann es um belastende Kundenkontakte in einem Hotelbetrieb gehen, um blockierende Kooperationsweisen zwischen Kollegen und Kolleginnen in einer Behörde oder um als problematisch empfundene Umgangs- und Beziehungsweisen in einem Sportverein; sogar politische Gruppierungen haben in Krisen- und Umbruchzeiten um supervisorische Begleitung gebeten, was wirklich ein Novum darstellt. Das Ganze findet seinen Ausdruck auch in der Fachliteratur. Es existieren nicht nur überaus vielfältige Aufgabenfelder, sondern auch sehr unterschiedliche theoretische Konzeptionen über Supervision (vgl. Straumann/Schrödter 1998).

Supervision und die personenzentrierte Tradition

Wir treten in der Supervisionspraxis heraus aus der relativ geschützten Intimität der Beraterischen und therapeutischen Begegnung, deren Modell traditionell die sorgfältig gestaltete und in gewisser Weise auch abgeschirmte Zweierbeziehung abgibt. Im Rahmen dieser besonderen Beziehung verpflichten wir uns auf die Emanzipation des einmaligen und unverwechselbaren Individuums. Ich folge an dieser Stelle Jobst Finke (1998, 10), der die Gesprächspsychotherapie als Emanzipationshermeneutik versteht, welche sich um die Selbstbefreiung der Person sorgt. Finke verweist in diesem Zusammenhang auch darauf, dass in der Tradition von Carl Rogers die real existierenden sozialen Welten mit ihren Regelungen und Normierungen, Zwängen und Machtstrukturen, tendenziell eher als „defizitäre Modi der Existenz“ (ebd. 11) vorkommen.

So gesehen, befinden wir uns scheinbar in einer eher ungünstigen Lage, weil unsere Therapietradition uns eher auf die Person und ihre Selbstbefreiung aus inneren Verstrickungen, Inkongruenz und Entfremdung verpflichtet. Nicht, dass diese Tradition „individualistisch“ verengt oder schlicht sozialitätsblind wäre; das ist gewiss nicht der Punkt. Sich um die Person zu sorgen, ist nicht „egologisch“, wenn man ihr Wesen vom Ursprung her sozial begreift. Und diesen Grundzug teilt Carl Rogers mit Linien des amerikanischen Pragmatismus und symbolischen Interaktionismus. Ich meine auch nicht, dass in der therapeutischen Dyade – oder Triade bei Paaren – die soziale Wirklichkeit unserer Klienten und Klientinnen keine Rolle spielen würde. Wir erfahren und verstehen sie durch ihr inneres Erleben, die Selbstkonzepte und insbesondere Inkongruenzen. Unser

Bezugspunkt bleibt dabei die Person, und nur die Person in ihrer lebensgeschichtlichen Besonderheit, wie sie in der therapeutischen Beziehung mit und durch uns lebendig wird. Diese Form von Begegnung, emphatischem Verstehen und Reflexion verlangt notwendig ein Stück Distanz gegenüber der sozialen Wirklichkeit von uns.

Der soziale Rahmen im durchschnittlichen Fall von Supervision ist ein anderer. Wer Beratung und Supervision für Gruppen und Personen in Organisationen und Institutionen anbietet, begibt sich zwangsläufig aktiv und unmittelbar in ein eigenständiges Terrain objektiver sozialer Strukturen, Regeln, Organisationsweisen, Mythen und Traditionen. Wir bekommen es erlebnisnah mit komplexen sozialen „Gebilden“ zu tun, die gemäß ihrer je eigenen Logik und Dynamik operieren, sozusagen über die Köpfe der beteiligten Personen hinweg. Ein städtisches Jugendamt beispielsweise funktioniert anders als die Unterabteilung einer psychosomatischen Klinik, und ein Kindergarten operiert in seiner Umwelt anders als eine Autowerkstatt im Kontext ihres Marktes. Primäraufgabe, Arbeitsweisen, Ziele, Regeln des Umgangs miteinander, zweckgerichtete Arbeitsteilung, Leitbilder, wirtschaftliche Interessenlagen, rechtliche Rahmenbedingungen, usw. sind grundverschieden. Solche sozialen Einheiten bewegen sich „kognitiv“ autonom in einer jeweils für sie bzw. durch sie spezifischen Umwelt. Ich springe in die Theorie: In zeitgenössischer Terminologie sprechen wir konzeptionell gelegentlich von sozialen Systemen, die in ihren Umwelten via einer systemeigenen Operationsweise arbeiten und neben anderem damit ihre Umweltgrenze und ihren Umweltbezug organisieren. Systeme funktionieren im Sinne der Theorie strikt geschlossen-selbstbezüglich, verwenden eigene Traditionen und Regeln, eigene Erzeugnisse, benutzen eine eigene Sprache und Symbolik, beziehen sich also bei allen ihren Aktionen und Prozessen rekursiv auf sich selbst. Um es vorweg zu sagen: in vielen Team- und Leitungssupervisionen geht es heute zentral um die *innere* Neugestaltung des Umweltbezugs von sozialen Einheiten.

Den verstehenden Zugang zu einer Organisation können wir über verschiedene Medien finden, etwa über Arbeitsplatzbeschreibungen, Teamprotokolle, Stellenausschreibungen, Leitlinien, Organigramme, Produktbeschreibungen, Werbebroschüren, Kleiderordnungen, usw. Auch die Architektur und Ausgestaltung von Räumen und Bauten kann interessant sein, soweit sie für ein Stück Kultur der Organisation stehen; weiterhin ist die Ressourcenausstattung und ihre Verteilung von Bedeutung. *Programm, Personal und Ressourcen* repräsentieren die Kernelemente jeder Organisation. Ein Beispiel: Ich habe neulich einen neu erstellten Leitlinientext zum Selbstverständnis einer sozial-karitativen Einrichtung erhalten. In der „Präambel“ (auf Seite 1) fiel mir auf, dass zuerst die „strategische Ausrichtung des Vereins“, dann die „Führungsentscheidungen“ und schließlich an dritter und letzter Stelle die „pädagogisch-inhaltliche Arbeit“ erwähnt werden. Bei der Lektüre des Textes mache ich mir Gedanken. Steht die Reihenfolge vielleicht für eine stark hierarchische Ausrichtung des Vereins, mit der Folge, dass im Leitlinientext

die praktische Arbeit an letzter Stelle vorkommt? Offenbart sich hierdurch vielleicht ein Ausschnitt des „Geistes“ bzw. der „Kultur“ der Organisation? Wie mögen das die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen empfinden? Ich lese solche Textprodukte nicht nur naiv, sondern mit einem bestimmten hermeneutischen, sequenzanalytischen Blick.² Natürlich verkörpert ein solcher Text nicht das Produkt „einer Person“, sondern das Resultat vielschichtiger kollektiver Aushandlungsprozesse, wie sie für Organisationen charakteristisch sind.

Soziale Gefüge „an sich“ zu verstehen, das heißt als ein gegenüber Personen und ihren Intentionen verselbstständigtes objektives Produkt, als eigenständiges Sinngefüge, dürfte eine neue Herausforderung für uns darstellen, die erst einmal einen Moment von konkreten Personen und ihren Beziehungsmustern wegführen sollte. *Struktur und Kontext* bekommen eine neue Bedeutung für die Praxis. Wobei ich Struktur im Sinne von *Potenzial* denke, nicht als raum-zeitlich starres Arrangement von Anordnungen und Regelungen; Struktur bedeutet ein Set von (generativen) Regeln und (auszuschöpfenden) Ressourcen, ihre Leistungsfähigkeit bewährt sich insbesondere in Phasen des Umbruchs – d. h. ihrer eigenen Transformation. Struktur „wirkt“ weitgehend im Verborgenen und bedarf von daher der Rekonstruktion³. Damit stellt sich eine *eigenständige* hermeneutische Aufgabe der Analyse und des Verstehens, die wir nicht vermischen sollten, mit dem empathischen Verstehen der Person. Es handelt sich um zwei verschiedene Ebenen und zwei verschiedenartige Verstehensformen. Wenn wir uns mit Systemtheorie etwa nach Bauart Niklas Luhmanns befassen, geht es ums Begreifen der Eigenlogik und des internen Funktionierens sozialer Systeme; speziell um das Prozessieren von Kommunikation, aber erst einmal „ohne die Person“ – ihr Status wäre gesondert zu diskutieren. Hier liegt für uns Berater und Therapeutinnen eine anspruchsvolle, irritierende und jederzeit bereichernde Herausforderung. Buchinger (1997, 11) verweist in seinem Buch „Supervision in Organisationen“ zu Recht auf eine gewisse Organisationsblindheit unserer Profession.

Ich sprach gerade von der objektiv vorgegebenen, anonymen Logik und Operationsweise sozialer Systeme in ihren Umwelten und schließe die Frage an: Was bedeutet das für unsere Klienten und Klientinnen in der Supervision und damit für unseren Auftrag? Klientinnen und Klienten im durchschnittlichen Fall einer Supervision sind *objektiv* nicht durch persönliche Wünsche, Motive und Zielsetzungen miteinander verbunden, sondern primär durch

Arbeitsaufgaben und ziel- bzw. zweckgerichtete Arbeitsbeziehungen; im Zentrum steht die Bewältigung der Primäraufgabe. Sie bilden also *objektiv* keine Intimgemeinschaft (wie ein Paar oder eine Familie als ein besonderes, um die bestimmte Person gruppiertes Sozialsystem), sondern eine Arbeitsgemeinschaft auf Zeit und (meist) gegen Geld. Dafür existiert ein vorstrukturierter Rahmen von Regeln, Regelungen, Pflichten und Rechten. Wo in einer Abteilung oder einem Team die Beziehungs- und Kommunikationsweisen stark „familienanalog“ gestaltet sind, wo unterhalb der offiziellen Organisation eine Art „familienförmiger Subkultur“ existiert, sind wir beauftragt, sie auf eine möglichst sachbezogene Arbeitsebene zurück zu bewegen. Was diverse Widerstände erzeugen muss. Supervision ist keineswegs automatisch und immer eine freudig von allen angenommene Angelegenheit. Sie hat, vergrößert gesagt, einen stets begründeten individuellen und institutionellen Konservatismus gegen sich; schließlich leben soziale Interaktionen schlechthin von eingespielten Erwartungen im Sinne eines „So weiter wie bisher“ – zur Reproduktion des Status quo eignen sich chronische Konflikte, Streitigkeiten, Vorurteile, willkürliche Auf- und Abwertungen, Spaltungen, die Bildung von Seilschaften etc. erfahrungsgemäß besser als offene Lernbereitschaft.

Zum sozialen Rahmen von Supervision gehört, dass sie häufig infolge äußerer Initiative zustande kommt. Manchmal sind die Auftraggeber nicht identisch mit denjenigen, denen wir später in der Gruppe oder einzeln begegnen. Die Frage der Freiwilligkeit der Teilnahme kann heikel sein. Wir hatten neulich eine Supervisionsanfrage, bei der ein Trägervertreter meinte, „sein“ (!) Kindergarten brauche dringend Teamsupervision; die Erzieherinnen sahen das ganz anders. In einem anderen „Fall“ war es ein zentrales staatliches Bildungsinstitut, dass an einer Schule ein groß angelegtes Reformprojekt gestartet hatte und dabei unter anderem Supervision für Lehrer und Lehrerinnen vorsah; diese erlebten das Ansinnen (und damit auch mich) anfänglich misstrauisch und ängstlich; vor allen Dingen hatten sie eine tiefe Angst vor subtiler Kontrolle „von oben“; ein Lehrer sagte mir unverhohlen in der ersten Sitzung, für ihn sei das wie eine Zwangsveranstaltung und sprach damit etwas aus, was alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen in unterschiedlicher Intensität empfanden – merkwürdig, weil realiter niemand zur Teilnahme gezwungen war.

Die Frage nach der *Differenz von Anlass, Anliegen und Auftrag* spielt eine gewichtige Rolle für unsere Arbeit. „Was will eigentlich wer von wem?“ markiert eine spannende und komplexe Frageperspektive. Ich gehe, nebenbei gesagt, davon aus, dass es immer einen manifesten und einen eher latenten Auftrag gibt, der sich unserem Verstehen erst allmählich zugänglich macht; das Problem muss nicht dort liegen, wo es erscheint. Komplexe und dynamische soziale Gefüge entziehen sich einem linearen Muster der Zuordnung von Konflikten zu Gründen und Ursachen.

Auftraggeber erkundigen sich zuweilen eingehend, ob unser Angebot „nur“ der persönlichen Selbsterfahrung oder der beruf-

2 Um „Textprodukte“ (im weitesten Sinne) einer Organisation hinsichtlich ihrer vielschichtigen Bedeutungsmöglichkeiten zu verstehen, bieten sich Verfahren aus dem Umfeld der „strukturellen Hermeneutik“ an; hier wurde die Methode der Sequenzanalyse am weitesten entwickelt und erprobt. Die Kooperation mit Linguisten oder Konversationsforschern kann sehr hilfreich sein.

3 An dieser Stelle wäre genauer zu unterscheiden zwischen universellen Strukturen einer jeden menschlichen Sozialität, den langfristigen Strukturen einer gesellschaftlichen Epoche und schließlich den zeitcharakteristischen Strukturformen.

lichen Kompetenz(weiter)entwicklung dient. So sehr *für uns* eine solche Trennung künstlich erscheinen mag, sie signalisiert unzweideutig das offizielle Interesse an Beratung und Supervision. Und dieses Interesse ist zunächst einmal notwendig *funktional* ausgerichtet. Effektivitäts- und Effizienzsteigerung heißen die Ziele. Die aktuelle „Krise“ der Organisation signalisiert, dass deren Erreichung ein heikles Problem darstellt. Es ist nicht übertrieben zu behaupten, dass wir durch Erfahrungen aus Beratung und Supervision darüber heute mehr wissen als noch vor zehn Jahren. Die vergleichsweise abgeschlossene mikrosoziale Welt der Organisationen und Institutionen wird jetzt aus der Binnenperspektive sichtbarer. Von hier aus mein Plädoyer, Supervision auch als Forschungsverfahren zu betrachten und zu nutzen.

Entscheidend bleibt die zunehmende Einsicht aufseiten so gut wie aller Beteiligten: Wandel und Entwicklung, konstruktive Problemlösung und zukunftsoffenes Lernen, kann man Personen und Gruppen nicht verordnen, anordnen oder befehlen; übliche Anreize bzw. Gratifikationen via Geld, Macht, Prestige und Reputation reichen nicht aus. Selbst vordergründig technologisch-strukturelle Veränderungen in der Arbeitsorganisation sind nicht machbar durch sich selbst „ohne Person(en)“. Daran ändert auch der schillernde Begriff der „lernenden Organisation“ nichts. Motivation, Identifikation und Engagement sind geradezu paradigmatisch selbstreferentielle Systeme, auf die niemand beliebig von außen zugreifen kann. Eine der Pointen moderner Systemtheorie liegt in der These, dass selbstreferentielle Systeme strukturell „einen Verzicht auf Möglichkeiten der unilateralen Kontrolle“ erzeugen (Luhmann 1984, 63); sowohl auf der Ebene systeminterner Interaktionen als auch und erst recht auf der Ebene der Relation System–Person. Diese abstrakte Idee gehört heute tendenziell zum durchschnittlichen Alltagswissen. Man muss angesichts anstehenden Wandels mit vielschichtigen, teilweise fantasievollen, manchmal auch anhaltend destruktiven Widerständen rechnen; die berüchtigte „innere Kündigung“ wäre dafür ein Beispiel, „Dienst nach Vorschrift“ ein anderes. Die komplizierte Arbeit am Selbst, an Kooperation und Kommunikation ist gefordert, und sie lässt sich schon gar nicht erzwingen. Damit werden *Selbstorganisation* und *Autonomie* zu neuen Schlüsselbegriffen – die natürlich nur neu erscheinen, bereits bei Kant in seiner Sittenlehre lesen wir über Selbstorganisation, Selbststeuerung, Selbstverpflichtung, und in diesem Rahmen den zentralen Konflikt zwischen Autonomie und Heteronomie; in der europäischen Soziologie findet diese Diskussion bei Durkheim, in der Psychologie insbesondere bei Piaget und Metzger seine Fortsetzung. Supervision erbringt einen Beitrag zur Bewegung der Selbstorganisation sozialer Einheiten.

Die Nachfrage nach Supervision im Licht gesellschaftlicher Entwicklung

Es ist interessant, wenn in Teilbereichen der Arbeitswelt *ein zunehmendes Interesse an der Person, an Kooperation und Kommunikation* besteht, also an dem, was man früher einmal grob als den „subjektiven Faktor“ bezeichnet hat und heute gelegentlich nüchtern als „Humankapital“ titulierte. Da Sprache soziale Verhältnisse macht und gleichzeitig offenbart, sollten wir sensibel hinhören, wie heute über Person und Individuum⁴ im ökonomischen und administrativen Kontext gesprochen wird. Die moderne Arbeitswelt erfordert gerade in ihren hoch technisierten und/oder stark kundensensitiven Bereichen Personen, die sich anders bewegen denn als ein passiver Aktions- und Reaktionsautomat. Eigeninitiative, Selbstverantwortung, Teamfähigkeit, Flexibilität und lebenslange Lernbereitschaft sind gefragt. Militärische Disziplin mag, wie *Max Weber* schrieb, das ideale Modell der Fabrik der Zwanzigerjahre gewesen sein. Die Verhältnisse wandeln sich. Und Wandel funktioniert nicht ohne im mehrfachen Wortsinn *beteiligte* Personen, Kooperation und Kommunikation.

Ein Beispiel dazu. Ein Ratsuchender mittleren Alters erzählte mir vor einiger Zeit bewegt und verängstigt, wie er nach dem Ausscheiden seines langjährigen väterlichen Chefs plötzlich vor der beruflichen Situation steht, Dinge in die Hand nehmen und verantworten zu sollen, die er bisher in entlastender Weise nach oben verschieben konnte. Der gesamte Betrieb befindet sich organisatorisch im Umbruch hin zu einem Netzwerk autonomer Teileinheiten. Den schweren Abschied aus einer zwar kindlichen, aber geschützten und überschaubaren Situation, beantwortete mein Klient mit übermäßigem Alkoholgenuss samt aggressiver Ausfälle gegenüber Kunden, die ihm eine Abmahnung und schließlich die Kündigungsandrohung einbrachten. Zur Supervision seiner beruflichen Konflikte wurde er „verdonnert“, wie er sich am Anfang unserer Begegnung ausdrückte. Was Beratung und Supervision eigentlich bewirken sollen und können, wusste er zunächst nicht. Er wunderte sich über die für ihn merkwürdige Art, wie ich mit ihm sprach; eigentlich hatte er eine Art „Strafaktion“ für sein Fehlverhalten erwartet.

Die Person sieht sich neu und anders gefordert. Aufschlussreich scheint mir, wenn man in vielen Bereichen heute von „Team“ spricht, etwa im modernen Superzug namens ICE oder in der Telekommunikation, und damit ein Wort benutzt, das früher eher in psychosozialen Berufen seinen Ort hatte. Ein solcher Sprachgebrauch signalisiert neben anderem den Versuch, von alten Obrigkeitsvorstellungen und hierarchischen Kontrollsystemen Abschied zu nehmen und damit vom zwischenmenschlichen Muster des Gebens und Befolgens von Befehlen. „Guten Kundenkontakt“ kann man nicht schematisch anordnen, informelle Gruppenkontakte und das, was man früher leicht abwertend „diffuse“ Kommunikation genannt hat, gewinnen an Bedeutung. Entwicklungen dieser Art sind objektiv in der Welt, sie organisieren sich selbst und beschleunigen sich permanent, wir

4 Ich übergehe auch hier sämtliche Unterscheidungen der Begriffe Person, Individuum, Subjekt, Ich und Selbst. Am eingehendsten diskutiert im Rahmen der Gegenwartsphilosophie Frank (1986, 20ff.) die Begriffe und ihren historischen wie systematischen Zusammenhang.

haben die Aufgabe, sie sozusagen im Nachhinein zu reflektieren. Der Abschied vom tayloristischen Modell der Arbeitsorganisation markiert einen Hintergrund des Booms der Nachfrage nach Supervision und Beratung. Richard Sennett (1998, 39ff) hat diesen widersprüchlichen Prozess in seinem Buch „Der flexible Mensch“ sehr aufschlussreich beschrieben.

Das heißt, auf unser Tagungsthema „Veränderungskonzepte“ bezogen: In der Supervision initiieren nicht wir Veränderung, wir sind nicht Akteure des großen Wandels, *wir bereiten Wandel eher nach auf der Ebene des Fühlens, Erlebens und Denkens der beteiligten Personen und Gruppen. Die Richtung und Dynamik des Wandels, die großen Linien der Entwicklung, stehen im Wesentlichen fest. Für sie ein handelndes Subjekt zu identifizieren, dürfte schwierig bis aussichtslos verlaufen.* Max Weber (1969, 77) sprach in seinen Schriften zum Protestantismus von jenem „kapitalistischen Geist“ als einem „ungeheuren Gewirr gegenseitiger Beeinflussungen“, welche der Analyse immer nur vorläufig und unvollständig zugänglich sind. Für unsere Praxis geht es, systemtheoretisch ausgedrückt, darum *Anschluss zu stiften zwischen Person(en), Kommunikation und objektiver sozioökonomischer Entwicklung.* Anschlussfähigkeit markiert die Zentralbedingung folgenreicher Kommunikation. Ein keineswegs triviales Geschehen.

Ich möchte zur Erläuterung dieses abstrakten Gedankengangs noch einmal kurz zurückgreifen auf mein zuvor zitiertes Kindergartenbeispiel. Ein Hintergrund des Konflikts zwischen Team und Träger in diesem „Fall“ war, dass die Öffnungszeiten der Einrichtungen in die frühen Abendstunden hinein verlängert werden sollten. Dies wiederum war bedingt durch Umstrukturierungen der Zeitorganisation der Arbeit in einem benachbarten, für die Region äußerst bedeutsamen Großkonzern, welche ein mehr an Flexibilität von den Beschäftigten verlangen. Der Kindergarten sollte sich dieser Tendenz in Richtung „neue Beweglichkeit“ anpassen, u. a. bis in die Abendstunden geöffnet bleiben, bei gleichem Personalbestand selbstverständlich. Der Träger der Einrichtung machte dabei Druck, nicht zuletzt deshalb, weil er sich als konkurrenzfähig gegenüber anderen Trägern vor Ort zeigen wollte; die sinkende Zahl kleiner Kinder spielt dabei eine Rolle. Seine leitende Perspektive, sein Hauptinteresse, war unzweideutig ein wirtschaftliches; in der Region herrscht mittlerweile ein Konkurrenzkampf unter den Anbietern erzieherischer Leistungen. Auch diese Situation ist neu, offen kommuniziert wurde sie nicht, schließlich spricht in sozialen Kontexten niemand gerne über Konkurrenz, Reputationswünsche, Macht und Geld. Statt Austausch und Dialog herrschte Schweigen. Die Erzieherinnen sorgten sich zudem um die Zukunft ihres eigenen privaten Lebens. Schließlich bedeuten längere Arbeitszeiten einen erheblichen Einschnitt ins eigene Familien- und sonstige Privatleben. Unsere professionelle Aufgabe bestand darin, mit der Gruppe an den Überforderungsgefühlen sowie der verborgenen, gleichwohl massiven Wut auf den Träger zu arbeiten, welche momentan jede Verständigung blockierte.

Man kann auch an diesem „Fall“ etwas allgemeines lernen: Zunächst einmal sehen wir, wie Prozesse in der Systemumwelt – Konkurrenz im globalisierten Konkurrenzkampf – zum Problem in einem ganz anderen System werden – lokaler Kontext der Elementarerbildung in freier Trägerschaft. Weiterhin können wir erfahren: Wandel in der *Zeitorganisation* des Lebens gehört zu den Kernelementen gegenwärtiger Entwicklung. Die vergleichsweise zählbare Eigenzeit partnerschaftlicher, familialer, aber eben auch eingespielter kollegialer und institutioneller Prozesse, gerät in Konflikt mit der sich beschleunigenden Dynamik in Bereichen der relevanten Systemumwelt.

Worum geht es also objektiv in der sozusagen „durchschnittlichen“ Supervision? Und worum geht es für uns als Personenzentrierte Supervisorinnen und Supervisoren? Ich meine, dass es Brüche geben muss zwischen diesen beiden Frageperspektiven, Brüche und Widersprüche, die wir nicht einfach verleugnen sollten.

Das übergeordnete Ziel liegt darin, Freiräume zu entdecken, Möglichkeiten zu erkunden, Kompetenz zu fördern, Potenziale zu entfalten und vielleicht auch Kooperationsweisen oder Handlungsabläufe zu erfinden, welche am Ende das effiziente und effektive, reibungsarme, zweckgerechte Erledigen von Aufgaben ermöglichen. Dabei geht es wesentlich um spezifische Teilfunktionen der Person(en) im Kontext koordinierter Arbeitsbeziehungen; das kann und muss die „ganze Person“ einschließen, aber wiederum in funktionalem Bezug auf zu realisierende Leistungen. Die Person ist eingeschlossen und partiell ausgeschlossen zugleich. Supervision versteht sich als ein berufsbezogenes Angebot, *wir beraten und supervidieren Personen in Arbeitsbeziehungen. Beobachtung, Selbstbeobachtung und Reflexion von Personen und komplexen Arbeitsbeziehungen heißt unsere Primäraufgabe.* Das bedeutet ein Ansetzen an zwei Bezügen: Probleme der beruflichen Interaktion auf der einen, der zielorientierten Förderung personaler Ressourcen und sozialer Potenziale auf der anderen Seite (Straumann 1998, 118).

Spitzen wir unsere Überlegungen zu. Systeme (Organisation, Institution) beanspruchen Teilfunktionen der Person, sie „leben“ weiterhin davon, dass Personen (als „Personal“ oder „Mitglieder“) prinzipiell austauschbar und ersetzbar sind; diese Tatsache bedeutet einen elementaren Unterschied zu Paaren und Familien, mit denen wir Beraterisch und therapeutisch arbeiten. In nicht wenigen Supervisionen geht es sogar darum, die Kommunikation weg von „der bestimmten Person“ (von Vorlieben und Abneigungen, Wünschen, Sonderinteressen, Wertungen, usw.) hin zum Bezug auf die Primäraufgabe zu versachlichen. Sach- und Aufgabenbezug setzt eine Neutralisierung und Distanzierung individueller Sondermotive und Sonderwünsche voraus; in gewisser Weise bedeutet das eine Reduzierung der „Person“, im Sinne von Besonders, zugunsten des allgemein Erwarteten, aus der wiederum gemäß unserer Überzeugung Wachstum und Entwicklung der Person und ihres Lebens mit der Welt resultieren. Sodass am Ende, wenn der Prozess glückt, ein Mehr an Individualität und Persönlichkeit sich verwirklichen kann.

Eine paradoxe Situation für uns als Personzentrierte Supervisoren und Supervisorinnen: Unsere Bemühungen gelten der ganzen Person, ihren Möglichkeits- und Gestaltungsräumen, ihrem Wachstum in Freiheit und Selbstverantwortung, inmitten eines äußeren Kontextes, der Teilfunktionen der Person beansprucht, die Person in der Rolle selektiv nutzt und Zwecke bzw. Ziele verfolgt, die abgelöst von der Person existieren. Dieser Bruch bleibt objektiv gegeben. Unser Verständnis des *Auftrags* bewegt sich zwischen beiden Polen; unsere *Haltung* verpflichtet uns hingegen der Person und ihrem echten, ungebrochenen Kontakt mit sich und der Welt. *Wir sollten diese Paradoxie verstehen und nicht durch theoretische und andere (noch so gut gemeinte) Anstrengungen harmonisieren.*

Was den Gesamtkontext namens moderne Gesellschaft anbelangt könnte ich, in harter Theoriesprache, von *Systemimperativen* sprechen. Niklas Luhmann (1990, 11), der große geistige Ziehvater zeitgenössischer Systemsoziologie, verweist zuspitzend darauf, dass eine differenzierte und dynamische Gesellschaft zu diesem und jenem gleichsam alternativlos *zwingt*; zum Beispiel zu neuen Beschreibungsformen, zum Überprüfen unserer Tradition(en) oder zu einem Verzicht auf Autorität im Sinne einer sich nicht legitimierenden Oberinstanz. Wer Luhmanns Theorie nicht mag, kann Ähnliches etwa beim prominenten Religionssoziologen Peter L. Berger (1992, 27) nachlesen, der von objektiven sozialen Fakten analog zu Gesetzen der Physik spricht, gegenüber denen Individuen keine Wahlfreiheit besitzen. Solche pointierten Denkweisen, die sich auf der philosophischen Linie der Tradition eines objektiven Idealismus bewegen, können uns anregen; so wir uns auf sie eine Weile kritisch einlassen möchten.

Was tun wir mit welchen Handlungsweisen und Haltungen in der Supervision? Zur Struktur und Dynamik des Rahmens

Zunächst wieder ein abstrakter Gedankengang. Zur Selbstreproduktion sozialer Systeme gehören qua Theorie auf elementarer Ebene *Interaktion, Beobachtung und Selbstbeobachtung*. Beobachtung und Selbstbeobachtung zählen zu den internen, selbstreferentiellen Mechanismen der Bewegung sozialer Einheiten, sie setzen eine semantische Innen-Außen-Grenze, eine Sinn-Grenze, voraus und operieren mit ihr. Wenn wir in einer Teamsitzung ein Protokoll anfertigen, dient das der Selbstbeobachtung des Systems. Es liefert die Basis weiterer Beobachtungen, denn in der nächsten Sitzung können wir übers Protokoll streiten. Darüber wird wieder ein Protokoll geschrieben, und so weiter. Am Ende steht (hoffentlich) eine spezifische, hinreichend distanzierte Form der Selbstbeschreibung einer Einheit. Sie dient als Rahmen weiterer Beschreibungen. Das soziale Spiel „Protokolle-Schreiben“ baut in den Fluss der Ereignisse ein „drittes Element“ ein, wirkt triangulatorisch, um eine entwicklungs(psycho)logische Kategorie zu benutzen; es bedeutet

sozusagen eine Form von *Selbstsupervision im Feld*.⁵ Weshalb überall und allerorts Protokolle bzw. analoge Produkte der Beobachtung verfasst werden.

Ich komme auf diesen Gedankengang gleich zurück und rücke die Frage mit ein: Was bieten *wir* als *Personzentrierte* Supervisoren und Supervisorinnen unseren Klientinnen und Klienten in Beziehung an und was könnte veränderungswirksam auf der Ebene ihres Erlebens, Fühlens und gemeinschaftlichen Handelns sein? Ich möchte im Folgenden meine Argumentation ganz auf die *besondere Struktur der Situation* abstellen und meine, dass dies eine begründete personzentrierte Sicht darstellt. Kernpunkt jeder beraterrischen und therapeutischen Praxis sind *Arbeitsbündnis und Setting*. Sie differenzieren und strukturieren den mikrosozialen „Rahmen“ (im Anschluss an Goffman 1993, 31ff) oder „Kontext“ (im Sinne von Bateson 1981, 400ff) der Praxis und damit das, was in ihr möglich und was nicht möglich ist. „Rahmen“ bedeutet die Konzentration auf bestimmte, unter Ausschluss anderer sozialer und kommunikativer Möglichkeiten. Das kann die zulässigen Themen betreffen, die Art und Weise, über sie zu sprechen, Regeln der Balancierung von Nähe und Distanz, Umgang mit Körperkontakt, etc; zum Rahmen gehört konstitutiv die Art des Beginns und des Beendens der Begegnung (vgl. Turner 1976). Klienten und Klientinnen in der Psychotherapie staunen zuweilen, wie wir mit ihnen sprechen, wie wir uns auf Mimik, Gestik, Tonfall der Stimme, Körperstellungen konzentrieren, sensibel auf Szenen achten, auf scheinbare Nebensächlichkeiten Bezug nehmen oder Themen miteinander verknüpfen; sie wundern sich, wie wir alltägliche Bewertungen und Normierungen nicht einbringen, jedenfalls nicht unbedacht. Gelegentlich hören wir „so hat noch niemand mit mir gesprochen“. Die Situation hat, ohne Zweifel, etwas Außeralltägliches an sich, und bleibt damit, selbstverständlich, immer zugleich auf den Alltag bezogen. Über den spezifischen Rahmen der therapeutischen Begegnung, seine vergleichsweise wenigen konstitutiven Regeln und Regelungen, denken wir aus gutem Grund besonders intensiv nach. Folgen wir Erkenntnissen aus der Psychotherapieforschung, so können wir sagen, Arbeitsbündnis und Setting gehören zu den grundlegenden Wirkelementen.

Supervision ist kommunikative Arbeit am und im Rahmen; Beobachtung, Beschreibung und Selbstbeschreibung sind Werkzeuge dazu. Supervision implementiert auf begrenzte Zeit und vor dem Hintergrund möglichst klar getroffener Vereinbarungen eine von beruflichem Handlungsdruck entlastete, besondere kommunikative

5 Selbstsupervision ist eine alltägliche, intuitiv gehandhabte Praxisform. Eltern sprechen abends über die Erziehung ihrer Kinder; in Abteilungsbesprechungen einer Behörde werden interne Umgangsweisen zum Thema; usw. Jedes Mal wird dazu spontan ein rudimentäres „Setting“ gestaltet (Distanz von der unmittelbaren Handlungssituation, eine gewisse Ruhe, etwas Zeit, Bereitschaft zu Offenheit und Selbstkritik, usw.). An solche Routinen schließen wir in der Supervisionspraxis an. Systemtheoretisch würde man von Beobachtung zweiter Ordnung sprechen.

Situation in Bereiche der Berufs- und Arbeitswelt; anstelle hektischen Agierens und Reagierens ist geduldiges Anschauen, Fragen, Rückfragen und Reflektieren angesagt. Diese *Situation an sich* verkörpert das „dritte Element“. Es schafft zeitlich, sachlich und sozial Distanz vom alltäglichen Handlungs- und Entscheidungsdruck, bedeutet ein Stillstellen der Zeit in der Zeit (auf Zeit). Nur so wird es möglich, *Personen in Arbeitsbeziehungen* zu einem *eigenen* Gegenstand von Erfahrung, Beschreibung und Reflexion zu machen.⁶ Eine solche Bemühung schöpferisch umzusetzen, stellt eine anspruchsvolle und jederzeit störanfällige Leistung dar. Krisen *im* Supervisionsprozess, Stagnation und scheinbare Unproduktivität, sind nicht die Ausnahme, sie gehören zur Praxis und fördern den Prozess. Durch unsere Ausbildung und Erfahrung in Klientenzentrierter Beratung und Psychotherapie bringen wir unsere Erfahrung und Selbsterfahrung, unser Gefühl für Sprache und Szenen, unseren Mut und Respekt sowie unser Einfühlungsvermögen und Wissen mit.

Im Anschluss an Winnicott könnte man das erweiternd so formulieren: Wir schaffen und gestalten einen offenen *Möglichkeits- und Freiraum, einen potenziellen Raum*, gleichsam als Zwischenstruktur zwischen Aktualität und Potenzialität, Gegebenem und Möglichem, Realität und Fantasie. Pfeiffer (1992, 186; Hervorh. W. Sch.) schreibt in seiner Einführung zu jenem für die Klientenzentrierte Therapie folgenreichen Gespräch zwischen Rogers und Buber, es komme in der Therapie nicht allein auf die Annahme der Aktualität des anderen an, „sondern ihn in seiner *Potenzialität* zu erkennen und ihn in seinem Werden zu bekräftigen“. Ich denke, diese Formulierung drückt den entscheidenden Punkt aus, auch für unsere supervisorische Haltung.

Literatur

- Bateson, Gregory (1981), *Ökologie des Geistes*, Frankfurt a. M. (Suhrkamp) 1981
- Berger, Peter L. (1992), *Der Zwang zur Häresie. Religion in der pluralistischen Gesellschaft*. Freiburg (Herder) 1992
- Buchinger, Kurt (1997), *Supervision in Organisationen. Den Wandel begreifen*. Heidelberg (Auer) 1997
- Finke, Jobst (1998), *Hermeneutische Aspekte der Psychotherapie am Beispiel der klientenzentrierten Psychotherapie*, in: *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 46 (1998) 1–13
- Frank, Manfred (1986), *Die Unhintergebarkeit von Individualität*. Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1986
- Goffman, Erving (1993), *Rahmen-Analyse*, Frankfurt a. M. (Suhrkamp) 1993
- Grawe, Klaus / Donati, Ruth / Bernauer, Friederike (1994), *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen (Hogrefe) 1994
- Jaspers, Karl (1986), *Der Arzt im technischen Zeitalter*, München (Piper) 1986
- Luhmann, Niklas (1984), *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*, Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1984
- (1990): *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*, Opladen (Westdeutscher Verlag) 1990
- Pfeiffer, Wolfgang M. (1992), *Carl Rogers im Gespräch mit Martin Buber. Einführende Bemerkungen*. In: Behr, Michael/ Esser, Ulrich / Petermann, Franz / Pfeiffer, Wolfgang M. / Tausch, Reinhard (Hg.) (Hg.): *Jahrbuch 1992 für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, Köln (GwG) 1992
- Schmid, Peter F. (1997), *Personenzentrierte Supervision: Berufliche Entwicklung durch Begegnung*, in: Luef, Ingeborg (Hg.), *Supervision – Tradition, Ansätze und Perspektiven in Österreich*, Wien (Orac) 1997, 175–188
- Sennett, Richard (1998), *Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus*, Berlin (Berlin Verlag) 1998
- Straumann, Ursula E. (1998), *Supervision auf der Grundlage fachlich bestimmter Beratung*, in: Straumann, Ursula E. / Schrödter, Wolfgang (Hg.) (1998), *Verstehen und Gestalten. Beratung und Supervision im Gespräch*, Köln (GwG) 1998, 117–199
- Themenheft „Supervision“, *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 5 (1986)
- Turner, Roy (1976), *Einige formale Eigenschaften des therapeutischen Gesprächs*, in: Auwärter, Manfred et al. (Hg.), *Seminar: Kommunikation, Interaktion, Identität*, Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1976
- Weber, Max (1969), *Die protestantische Ethik I*. München (Siebenstern) 1969

Autor

Wolfgang Schrödter, PD Dr. phil., Jahrgang 1950, Leiter der Psychologischen Beratungsstelle Frankfurt/M–Höchst, Träger: Evangelischer Regionalverband Frankfurt, *Ausbildungen in Personenzentrierter Psychotherapie, Psychoanalytischer Fokalberatung, Supervision, Lehrsupervisor in der GwG, Privatdozent für Sozialpsychologie an der J. W. Goethe-Universität Frankfurt, Arbeitsschwerpunkte: Verstehensmethodik, Beratungstheorie, Qualitative Beratungsforschung.*

6 Ich verstehe Reflexion *als eine Form von Erfahrung* und dezidiert nicht als ihr Gegenstück oder Gegenteil. In Begriffen der Handlungstheorie meint das: Reflexion ist nicht das Gegenstück zu Handeln, sondern ein konstitutives Teilmoment im Handlungsprozess.

Gerd Schweers

Personenzentrierter Ansatz und Supervision

Zusammenfassung: Der Artikel untersucht einige Aspekte eines personenzentrierten Verständnisses von Supervision. An einem Beispiel werden die Grenzen, aber auch Veränderungsnotwendigkeiten von personenzentrierten Schlüsselbegriffen erläutert. Thesen zur inhaltlichen und methodischen Veränderung werden vorgestellt. Der Vorstellung einer Rahmenmetapher in der Supervision folgen einige methodische Anregungen.

Stichwörter: Personenzentrierter Ansatz, Supervision, Institution, Echtheit.

Wenn ich mich als Supervisor vorstelle, sollte diese Vorstellung m. E. sowohl an den praktischen Erfahrungen als Supervisor, wie auch an den handlungsleitenden Theorien meiner Supervisionspraxis ansetzen. In diesen Theorien meines supervisorischen Rollenverständnisses bin ich wesentlich durch den Personenzentrierten Ansatz auf der einen und systemische Denkansätze auf der anderen Seite geprägt. Meine konkreten Berufserfahrungen beziehen sich auf andere Faktoren:

- Sozialarbeit in ihrer Widersprüchlichkeit des doppelten Mandats,
- Lehre der sozialen Arbeit als Versuch, Handlungskompetenz zu vermitteln, ohne diese Widersprüchlichkeit des Arbeitsfeldes zu leugnen,
- die Weiterbildung von Professionellen zu Supervisoren, also zu Fachleuten, die unter anderem helfen sollten, die Komplexität verschiedener Berufsfelder zu reflektieren.

Ich bin – daher auch meine Metapher vom Bericht eines Praktikers von der Baustelle – geprägt durch die Erfahrung, wenig erprobte Konzepte anwenden zu müssen, sie also in der Anwendung auf ihre Anwendbarkeit zu prüfen. Am Beispiel sozialer Arbeit gut sichtbar, gibt es dabei häufig nur begrenzte Rückkopplung aus der Praxis an die „Produzenten“ der Theorie. Ohne die alte Diskussion um die Zweiteilung von Theorie und Praxis neu beleben zu wollen, was ich nicht als sinnvoll empfinde, hoffe ich doch, dass meine Ausführungen diese alltägliche Realität des Zwangs zur schnellen Nutzung von Konzepten und ihre oft zögerliche Rückkopplung an Theorie angemessen widerspiegeln. Dies – am Beispiel sozialer Arbeit entwickelt – gilt hier natürlich für das Konzept der Personenzentrierten Supervision.

Fragen in der Supervision

Supervision ist Anleitung, Ermutigung zur Frage. Ich zitiere in diesem Zusammenhang einen anderen „Fragespezialisten“ – Bertolt Brecht (1985):

Fragen eines lesenden Arbeiters

*Wer baute das siebentorige Theben?
In den Büchern stehen die Namen von Königen.
Haben die Könige die Felsbrocken herbeigeschleppt?
Und das vormals zerstörte Babylon –
Wer baute es so viele Male auf? In welchen Häusern
Des goldstrahlenden Lima wohnten die Bauleute?
Wohin gingen an dem Abend, wo die chinesische Mauer fertig war
Die Maurer? Das große Rom
Ist voll von Triumphbögen. Wer errichtete sie? Über wen
Triumphierten die Cäsaren? Hatte das vielbesungene Byzanz
Nur Paläste für seine Bewohner? Selbst in dem sagenhaften
Atlantis
Brüllten in der Nacht, wo das Meer es verschlang,
Die Ersaufenden nach ihren Sklaven [...]*

Ich zitiere das Gedicht, da es auf die zentrale Bedeutung der Fragen verweist. Ich will mich nicht mit lesenden Arbeitern vergleichen; was mir gefällt, ist die Art der Fragestellung:

- gegen den Strich,
- die Bedingungen nicht unreflektiert stellen lassend,
- nur scheinbar naiv, damit aber grundsätzlich perspektivisch verändernd.

Selbstkritisch muss ich sagen, dass mir das in meiner Tätigkeit wie auch in dieser Arbeit sicher nur im Ansatz gelingt. Es handelt sich ja um einen Bericht von der Arbeit auf der Baustelle. Ich würde die Metapher am ehesten dahingehend präzisieren, dass es sich um den Umbau einer bekannten Einrichtung, zum Beispiel einer Eisenbahntrasse, handelt. War Supervision bis jetzt vergleichbar mit einer kleinen Land- oder Vorortbahn – von gewöhnlich den gleichen bekannten Gesichtern bedient und von den gleichen Menschen benutzt –, so hat sie sich mittlerweile zunehmend zur mehrfach genutzten Trasse mit Schnell-, Fern- und Güterverkehr entwickelt. Dieser Umbau erfordert neue Grundausstattung, neue Verkehrsmittel und eine neue Infrastruktur, d. h. konkret u. a.

- neue Signalanlagen,
- neue Kommunikationsmittel,
- neue Sicherheitseinrichtungen,
- eine Fundamentverbreiterung.

Technisch gesehen war die Ausstattung bis jetzt am ehesten vergleichbar mit einer Land- oder Vorortbahn mit durchaus leistungsfähigen Lokomotiven, in geringer Stückzahl tätig, die kleine Gruppen oder Einzelne auf ausgewählten, aber teilweise technisch durchaus anspruchsvollen Strecken beförderten. Gefordert werden heute angesichts veränderter Anforderungen immer mehr Beförderungsmittel, die besser mehr Menschen befördern, Güter bewegen und anderes tun. Wir müssen uns als Supervisoren fragen, ob wir andere Zugsysteme benutzen sollen, andere Energien, ob die Trassen ausreichen, die Wagen komfortabel genug sind, ob wir mit den gleichen technischen Rahmenbedingungen sowohl Güter als auch Menschen befördern können oder ganz neue Angebote der Beförderung brauchen.

Mit diesem Referat verfolge ich einige Ziele. Was ich möchte, ist, die personenzentrierte Haltung auf Supervision zu beziehen, und zwar

- fragend,
- Thesen vorstellend,
- an Beispielen vorstellend.

Möglichkeiten und Grenzen des Personenzentrierten Ansatzes in der Supervision

Ich möchte die Personenzentrierung als erweiterten Begriff verstehen, weil die Begrenzung auf klassisches Verstehen im Sinne Personenzentrierter Beratung bzw. Therapie nicht reicht. Überlegungen zu Interventionstechniken hinsichtlich ihrer Verträglichkeit und Nutzbarkeit folgen.

Ich möchte nicht die Richtigkeit oder gar die Qualität bestimmter Verfahren beurteilen, die für Supervision handlungsleitend sein können oder gar im Sinne eines Ausschlussverfahrens bestimmen, was möglicherweise nicht geeignet ist. Außerdem möchte ich keine Wissenschaftlichkeitsdebatte führen, wie sie u. a. in der DGSV-Zeit-

schrift immer wieder gut zu beobachten ist. Ich erlebe die Frage nach der Wissenschaftlichkeit zu oft als unangenehm vermengt mit anderen Aspekten, wie z. B. Machtfragen im Verband, und würde schon aus diesem Grund gerne darauf verzichten.

Wenn ich mich auf den Ansatz der Personenzentrierten Supervision beziehe, stellt sich zunächst einmal die Frage, wie tauglich ein Ansatz für Gruppen, Teams und Organisationen ist, der primär an Einzelnen in der Psychotherapie entwickelt wurde. Meines Erachtens liegt hier die größte Chance, aber auch das größte Risiko für Supervision, da der Personenzentrierte Ansatz Realität vor allem in der Widerspiegelung des Individuums untersucht. Dies verträgt sich gut mit konstruktivistischen Einordnungsversuchen der Supervision, die Realität jeweils nur als Konstrukt, gewonnen in gesellschaftlichem Kontakt und Gespräch, betrachtet und nicht als „objektive“ Realität. Dies passt auch vorzüglich zu Rogers (1942a, 418): „Jedes Individuum existiert in einer ständig sich ändernden Welt der Erfahrung, deren Mittelpunkt es ist.“

Das Risiko dieser Überlegung liegt darin, Realität, auch institutionelle und gesellschaftliche, nur noch als Widerspiegelung im Erleben der Individuen zu würdigen, ihr keine Eigenständigkeit und keine Eigengesetzlichkeit mehr zuzugestehen. (Zur Diskussion dieser systemtheoretischen Fragestellung s. u. a. Kleve 2000.)

Supervision verlangt jedoch Respekt vor der Dynamik von Institutionen und gesellschaftlichen Bedingungen, die eben nicht nur individuelle, sondern auch kollektive Widerspiegelungen erfahren und damit konsequenterweise nicht nur individuelle, sondern auch anderen Systemebenen angemessene Bearbeitungsformen fordern. Typisch für kollektive Spiegelungen der Realität sind z. B. Mythen der Organisation, was „man“ für das Problem hält, wie offizieller Auftrag und inoffizielle Realität in ihrer Passung empfunden werden und Ähnliches mehr.

Die zweite wesentliche Frage an den Personenzentrierten Ansatz ist für mich, inwieweit sein Menschenbild und seine Haltungsanforderung für Supervision geeignet sind. Bedeutungsvoll in diesem Zusammenhang ist vor allem der Unterschied von Haltung und Verhalten, ein Unterschied, den ich auch in der Ausbildung von Sozialarbeitern in Klientenzentrierter Gesprächsführung immer wieder didaktisch nutze. Die positive Wachstumsannahme und das Vertrauen in den Klienten – im Personenzentrierten Ansatz zentrale Teile der Konstruktion – habe ich für mich stets als sehr guten Hintergrund meines Handelns in Beratungsprozessen erlebt. Trotzdem gibt es die Erfahrung von Grenzen, von Blockaden, von Nichtmöglichkeiten. Ungeachtet dieses Widerspruchs ist klar, dass Beratung auf diese positive Grundannahme nicht verzichten kann. Ob Supervision es sich eigentlich leisten kann, auf positive Wachstumsannahmen von Gruppen und einzelnen und sogar Institutionen zu verzichten? Wäre es nicht ein Verzicht auf eine wichtige Ressource?

Trotzdem reicht es nicht, positive Wachstumsannahmen für einzelne zu postulieren. Gleiches oder Vergleichbares muss für Teams und/ oder Organisationen passieren, damit diese nicht aus dem

Fokus der Aufmerksamkeit verschwinden. Gleichzeitig wächst hier auch das Risiko der Kollision, da das positive Wachstum der Institutionen und Gruppen möglicherweise erhebliche Konflikte mit einzelnen, ja Beschneidung des Wachstums von einzelnen beinhaltet. Als Beispiel für einen derartigen Konflikt kann die Einführung lebensweltorientierter Arbeitsansätze im Sozialdienst einer Behörde gelten.

Konfliktbeispiel: Lebensweltorientierung vs. Beratung von Einzelnen

Leitung :

- Setzt politische Vorgaben um
- Wünscht „stadtteilorientierte“ Arbeit
- Fördert „Lebensweltorientierung“

Teams:

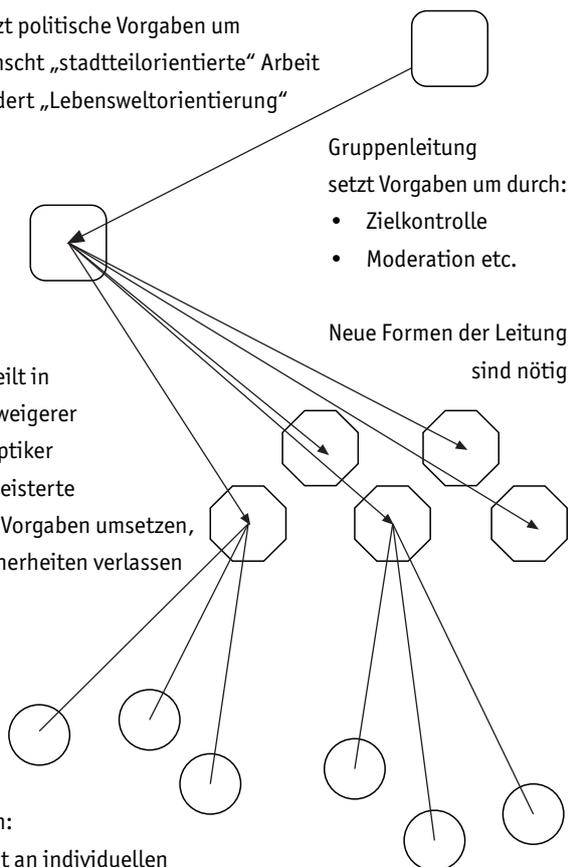
dreigeteilt in

- Verweigerer
- Skeptiker
- Begeisterte

Müssen Vorgaben umsetzen, alte Sicherheiten verlassen

Klienten:

Gewöhnt an individuellen „Bearbeitungsmodus“ müssen mit neuen Arbeitsformen leben



Die Systemebenen dieses häufigen Konflikts zwischen institutioneller/fachlicher Entwicklung und individueller Perspektive werden grafisch dargestellt. Es geht um die Durchsetzung von stadtteilorientierter bzw. lebensweltorientierter sozialer Arbeit. Für die Institution und ihre politische Präsenz und für die Angemessenheit der Konzepte ihrer Arbeit bedeutet dies sicher einen Zugewinn an Effektivität, vielleicht auch an Klientenorientierung, bringt aber möglicherweise heftige Konflikte und Selbstzweifel mit sich und zwar sowohl für Sozialarbeiter, die diesen Veränderungen nicht mehr oder noch nicht gewachsen sind, als auch für Klienten, die an einen Bearbeitungsmodus gewöhnt sind, der individualisierende Beratung bevorzugt.

Die neuen Arbeitsansätze sind vor allem gekennzeichnet durch:

- Arbeit mit Gruppen im Stadtteil,
- Bevorzugung präventiver Arbeitsformen,
- Bevorzugung lebenswelteigener Hilfepotenziale (Nachbarschaftsnetze, Selbsthilfe).

Potenziellen Wachstumschancen der Institution und des Teams steht also der Verzicht auf die Wachstumschancen im Rahmen der vertrauten Arbeitsansätze gegenüber. (Zur weiteren Information über diese Arbeitsansätze s. u. a. Hinte et al. 1999.)

Techniken und Ziele

Eine weitere wichtige Frage in diesem Zusammenhang ist, welche Interventionstechniken brauchbar sind. Es gibt eine Vielzahl von Diskussionen im Beratungs- und Therapiebereich, die immer wieder das Bemühen um Erweiterung der methodischen Vielfalt spiegeln und andererseits einen theorieleeren Eklektizismus vermeiden wollen. Beide Pole finde ich bedeutsam, würde aber vorschlagen, Interventionstechniken so lange als tauglich und verwendbar im Personenzentrierten Ansatz der Supervision gelten zu lassen, wie sie geeignet sind

- Wahrnehmung zu fördern,
- zu einem realistischen Selbstbild von Personen wie Teams, aber auch der Organisation selber beizutragen und
- handlungsbefähigend, d. h. blockadenaufhebend zu sein bei Beachtung von humanistischen Werten.

Dies weist auf die Notwendigkeit hin, die Ziele und Werte unseres professionellen Handelns auch auf der politischen Ebene zu diskutieren und zu definieren und damit erst eine Einschätzung methodischen Handelns zu ermöglichen. Mein im Konfliktbeispiel beschriebener Fall ist letztlich über eine methodische, konzeptionelle oder inhaltliche Diskussion nicht zu lösen, sondern über politische Vorgaben der politischen Lenkungs- und Entscheidungsebene, die in diesem Falle z. B. die Einführung stadtteilorientierter sozialer Arbeit beschließt.

Im Übrigen gilt für die Anwendung unterschiedlicher Interventionstechniken sicher auch eine Erfahrung, die die Diskussion im Therapiebereich in den letzten Jahrzehnten doch deutlich geprägt hat. Klar ist: Verschiedene Verfahren sind für verschiedene Störungen gut, ergo sind störungsabhängige Interventionen gefragt, und es gibt eine deutliche Tendenz zur Integration verschiedener Handlungsansätze.

Wem nützt was?

Als letzte der hier angerissenen Fragen muss sich Supervision schließlich damit auseinandersetzen, wem sie nützt. Auch hier bin ich der Ansicht, dass zur kompetenten Beantwortung dieser Frage

der Ansatz selber nicht taugt, sondern gefragt werden muss, vor welchem ethischen und politischen Hintergrund Supervision welche Ziele angeht. Am Beispiel des Konflikts einzelfallorientierter Beratung versus lebensweltorientierter Arbeit, den ich ja schon vorgestellt habe, wird klar, dass eindeutige Antworten nicht zu haben sind. Ob Einzelfallhilfe persönliche Grenzen erweitert oder neue Abhängigkeiten schafft, ob stadtteilorientierte soziale Arbeit Selbsthilfepotenziale im Stadtteil fördert oder eher reale Not mit publikumswirksamen Aktionen verschleiert – das ist nur bewertbar, wenn klare politisch gesetzte Ziele der Arbeit existieren und ein Konsens über Kontrollverfahren und Erfolgsstandards besteht. Also ist ein derartiger Blick auf Supervision auch, wie schon beschrieben, ein Plädoyer für die politische Seite unseres Handelns, die nach dem Reformschwung der 60er- und 70er-Jahre und dem Psychoboom der 70er- und 80er-Jahre, etwas verloren gegangen zu sein scheint.

Konsequenzen in Thesenform

Kommen wir nun zu den Konsequenzen für eine personenzentrierte Supervision, die ich in Thesen zusammenfassen möchte:

- Personenzentrierte Supervision untersucht und benennt die Auftragslage unter Berücksichtigung aller relevanten Beteiligten und bei Würdigung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.
- Personenzentrierte Supervision ist auch im Supervisionsprozess nicht nur um individuelles Verstehen, sondern ebenso um institutionelles und gesellschaftliches Verstehen bemüht.
- Personenzentrierte Supervision integriert Fragen nach Sinn und Nutzen der supervidierten Arbeit in der Institution und darüber hinaus als wichtige Bestandteile der persönlichen sowie der Team- und Institutionsentwicklung – „Politik gehört dazu“.
- Personenzentrierte Supervision gelingt, wenn Echtheit nicht nur als personale Echtheit, sondern auch als institutionelle Echtheit begriffen wird, wobei Widersprüche und Gegenläufigkeiten reflektiert, nicht ausgeblendet werden.

Personenzentrierte Supervision wird dann erfolgreich sein, wenn die immer noch dominanten Muster von Beratung und Therapie erweitert werden durch andere Ansätze, z. B. durch systemisches Denken. Muster der Beratung ist dann die Beratung von Systemen. Ziel ist weder die Konzentration auf das Individuum noch sein Ausblenden oder gar Verschwinden in der Analyse der Institution, ihrer Kultur, ihrer Ziele und anderer Größen.

Ergänzend zu den vier Thesen ist zu sagen:

- Personenzentriert ist Supervision da, wo sie sich konsequent um Klärung der Auftragslage bemüht und dabei Institutionen bzw. Auftraggeber und Klienten berücksichtigt. Während die Einbeziehung der Institution als Auftraggeber für die Supervision schon Realität ist, ist es noch keineswegs selbstverständlich, in (zirkulären) Fragen auch andere relevante Teile des Systems zu befragen und ihre Antworten einfließen zu lassen. So

könnten andere Teile des Versorgungssystems, aber auch die Nutzer selber bzw. die sozialen Systeme der Nutzer konsequenter in ihrer Bedeutung erforscht werden.

- Personenzentrierte Supervision sollte nicht nur um individuelles Verstehen, sondern auch um institutionelles und politisch-gesellschaftliches Verstehen bemüht sein. Dies setzt den Einsatz von Erfassungs- und Analysetechniken voraus, die die Face-to-Face-Situation der Beratung oder Therapie mit Einzelnen bzw. Gruppen weit überschreitet. Dazu gehört die Analyse von
 - Konzepten
 - Förderrichtlinien
 - juristischen Grundlagen der Arbeit
 - Organigrammen als Bild von Organisationsstrukturen
 - Vorinformationen über Organisationsformen, Trägerkonstrukte und Trägergeschichte.
- Personenzentrierte Supervision sollte auch personenzentriert in der Frage sein, wem die Supervision nützt. Die Frage nach dem Nutzen von Veränderungen – durch die Mitarbeiter gestellt – muss als legitim begriffen werden. Dazu gehört dann allerdings auch die Fragen nach dem Nutzen für Klienten, ihre Unterstützungssysteme und nach anderen Nutzern.
- Personenzentriert ist die Supervision dann, wenn sie zu einer gelingenden Mischung aus institutioneller und personaler Echtheit beiträgt. An dem Beispiel der Supervision in Institutionen sozialer Arbeit wird klar, dass für Sozialarbeiter nicht nur personale Echtheit im Sinne von Carl Rogers, sondern auch institutionelle Echtheit notwendig ist, die ein deutliches Bewusstsein über die institutionellen Rahmenbedingungen, Ziele und Konzepte, aber auch deren Akzeptanz verlangt.
- Über Echtheit als Begriff muss hier nichts mehr gesagt werden. In der Sozialarbeit bzw. Sozialpädagogik hat sich bei mir die Auffassung gefestigt, diesem ursprünglichen Begriff, den ich als „personale Echtheit“ bezeichne, den Begriff der „institutionellen Echtheit“ beizuordnen, d.h. auch Kongruenz hinsichtlich der institutionellen Ziele, Werte und Strategien zum Gegenstand des Interesses zu machen.

Methodenintegration – ein Beispiel

Zum Schluss möchte ich ein konkretes Denkmodell vorstellen und einige Aspekte seiner Nutzung erläutern. Versucht wird dabei eine Integration von personenzentrierten Handlungsmustern mit anderen, eher sozialwissenschaftlich fundierten Handlungsmustern. Gleichzeitig verbinde ich damit das Anliegen, an die handlungsorientierten und „praktischen“ Traditionen meines Berufes anzuknüpfen. Vorgestellt wird dabei ein analoges Denkmodell, das ich in meinen Supervisionen sehr häufig benutze. (Zur Information über digitale und analoge Kommunikationsformen s. Watzlawick et al. 1974, 61–68.)

Die von mir benutzte Rahmenmetapher für die Supervisionsarbeit wird hier als „Theatermodell“ bezeichnet. Der Einsatz weiterer Metaphern ist denkbar. Das Theatermodell wird den Supervisanden vorgegeben als Rahmen für die Analyse der in der Supervision vorgebrachten problematischen Situationen. Im Folgenden beschreibe ich kurz die Elemente des Theatermodells.

DRITTE SYSTEMEBENE

„BÜHNENBILD“

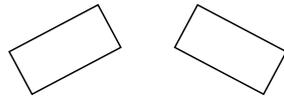
Hintergrund/Gesellschaftliche Rahmenbedingungen



ZWEITE SYSTEMEBENE

„BÜHNENAUSSTATTUNG“

Materielle und nicht-materielle institutionelle Faktoren



ERSTE SYSTEMEBENE

HANDELNDE PERSONEN

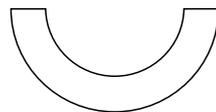
Bewusste Handlungsanteile gesellschaftl./institutionelle Rollenvorschriften



VIERTE SYSTEMEBENE

„SOUFFLEURSMUSCHEL“

Nicht-bewusstes/Vorbewusstes z.B. biografische Prägenen



Das Theatermodell ist vordergründig zunächst durch die handelnden Personen geprägt, die ich als erste Systemebene vorstelle. In der grafischen Darstellung bin ich von zwei handelnden Personen ausgegangen, gegebenenfalls ist die „Bühne“ natürlich zahlenmäßig stärker besetzt. Hier gehen wir zunächst von zwei Personen aus, die ihre Beziehung (z. B. als Supervisand und Klient) in die Supervisionssituation einbringen. Diese Personen sind ausgestattet mit Rollen, mit Rollenvorschriften, mit Wünschen über Rollen, d.h. mit bewussten Anteilen dieser Rollen.

Die Rollen der handelnden Personen finden ihren entsprechenden Raum im Bühnenraum, der zweiten Systemebene des Theatermodells. Als Ausstattung des Bühnenraums soll dabei alles verstanden werden, was im weitesten Sinne materielle und immaterielle institutionelle Realität ist. Das Konzept der Einrichtung als immaterielle Realität, die Frage, ob die Räume mit alten oder neuen Möbeln ausgestattet sind, ob es draußen laut oder leise zugeht, sind Faktoren materieller oder immaterieller Realität von Institutionen.

Damit aufs Engste verknüpft ist der Hintergrund als dritte Systemebene. In meinem Denkmodell ist der Hintergrund das Bühnenbild, die symbolische Repräsentanz gesellschaftlicher Rahmenbedingungen. In der derzeitigen Situation ist dieser gesellschaftliche

Rahmen u.a. gekennzeichnet durch Begriffe wie Professionalisierung, Legitimationskrise, Spazwang.

Als vierte Systemebene und als sehr bedeutendes Element ist schließlich in der grafischen Darstellung die Souffleursmuschel ganz unten zu nennen, die für mich in diesem Modell für alle unbewussten und vorbewussten Einflüsse im weitesten Sinne steht. Praktisch genutzt wird sie in der Arbeit mit den Supervisanden, wenn konkret nach handlungsleitenden Kognitionen gefragt wird, wenn diese handlungsleitenden Kognitionen z. B. in der Form von „Lebensregeln“ deutlich gemacht werden.

Meine damit verbundene grundsätzliche Arbeitshypothese, die ich auch gegenüber den Supervisanden so erläutere, lautet dann: Ein wirklich schlüssiges Schauspiel, ein Drama oder eine Komödie, kann sich nur dann entwickeln, wenn die Elemente der Bühne möglichst gut aufeinander bezogen sind. Eine schlüssige Aufführung entsteht erst dann, wenn im Rollenskript, in der institutionellen Ausstattung, im Hintergrund und im Textheft des Souffleurs möglichst zueinander passende Ausstattungselemente und Texte vorhanden sind. Ein von mir häufig in Supervisionen bearbeitetes Thema bezieht sich auf Konkurrenz. Wenn sich dieses Thema der Konkurrenz durch alle Elemente der Bühne hindurchzieht, entsteht ein institutionell, gesellschaftlich und persönlich schlüssiges Stück.

Methodische Überlegungen

Methodisch ist in diesem Zusammenhang nicht unbedeutend, dass ich dieses Denkmodell, diese Rahmenmetapher im Regelfall vor der Gruppe entwickle, also nicht in Form z. B. einer fertig vorbereiteten Folie, als Denkmodell in die Gruppe hineinbringe. Die langsame Entwicklung des Denkmodells ermöglicht die Berücksichtigung individueller oder gruppenspezifischer Widerstände und Deutungsdifferenzen.

Unter diagnostischen Aspekten ist zunächst einmal festzuhalten, welche Deutungsmuster auf welcher Systemebene bevorzugt von den Supervisanden eingebracht werden. In psychotherapeutisch-beratenden Handlungsfeldern werden im Regelfall Deutungsmuster auf der Ebene direkter persönlicher Beziehungen bzw. der Ebene unbewussten Handelns bevorzugt. Für die Auflösung professioneller Handlungsblockaden kann es jedoch von Vorteil sein, Deutungsmuster ins Spiel zu bringen und anzubieten, die die gewohnten Systemebenen verlassen.

Für die weitere methodische Nutzung dieser Rahmenmetapher bieten sich u. a. Methoden aus dem Bereich des Rollenspiels bzw. des Psychodramas an. Andere methodische Einflüsse aus dem Bereich der Familientherapie, z. B. Skulpturarbeit, können integriert werden. Methodische Elemente, die den direkten bewussten oder nicht bewussten Umgang von Personen miteinander betreffen, können leicht durch Querverweise symbolischer Art auf die institu-

tionelle oder gesellschaftliche Ebene ergänzt werden. So wurde von einer Supervisionsgruppe der gesellschaftliche und institutionelle Spazwang durch ein überdimensionales Sparschwein symbolisiert, das mit bedrohlichem Ausdruck im Hintergrund der Szene aufgehängt wurde (vgl. Schweers 1998, 101f).

Entscheidend für die Wahl der Bearbeitungsebene ist, zu beachten, wo Bereitschaft zur Auseinandersetzung erkennbar wird bzw. auf welcher Bearbeitungsebene Blockaden festzustellen sind. Beratungs- bzw. Therapie-Routiniers tendieren zur Arbeit mit unbewussten Anteilen. Da werden typischerweise auch in der Supervisionssituation „Übertragungsanteile“ und psychodynamische Konfliktpotenziale bereits voranalysiert dargeboten, während institutionelle oder gesetzliche Aspekte des Konflikts häufig ignoriert oder teilweise ausgeblendet werden. Dies ist dann auch häufig verbunden mit Wünschen an die Supervision, die bereits vertrauten Arbeitsformen beizubehalten.

Institutionelle Routiniers, wie sie oft im öffentlichen Dienst anzutreffen sind, zeigen dagegen oft eine Überbetonung in der Wahrnehmung der materiellen und nicht-materiellen Aspekte der Institution. Hier kann der Blick auf die persönlichen Anteile „befreiend“ wirken, wenn er respektvoll und akzeptierend, eben personenzentriert angeboten wird.

Entsprechend konstruktivistischen Grundannahmen geht es in beiden Fällen nicht um „richtige“ Deutungsmuster, sondern um die Lösung starrer Deutungsformen, um ein Reframing von Problemen. Zentrale Begriffe der personenzentrierten Theorie wie Selbstaktualisierung und Kongruenz können meines Erachtens nicht nur auf persönlicher, sondern auch auf institutioneller Ebene benutzt werden, bedürfen aber entsprechend veränderter Techniken.

Mir fällt es ausgesprochen schwer, in der jeweils konkreten Situation der Supervision einen klaren Trennungsstrich vorzunehmen. Deutlich scheint nur zu sein, dass Arbeit auf allen Interventions-ebenen Wirkungen sowohl in der Selbstaktualisierung der Individuen wie auch der Selbstorganisation der Institutionen zeitigen kann, dass aber jede Interventionsebene durchaus unterschiedliches Potenzial in diese beiden Richtungen entfaltet.

Ziel des Supervisionsprozesses müsste es in jedem Fall sein, eine nichtlineare Problemdefinition zu finden, also keine Schuldzuweisungen zu geben und vielfältige Bedingungsfaktoren angemessen

zu berücksichtigen. Ziel sollte es jedenfalls sein, Probleme zu definieren und danach Ziele für die konkrete Arbeit zu benennen.

Im nächsten Arbeitsschritt in der Supervision geht es um den Entwurf, die Planung und die Durchführung geeigneter Maßnahmen zur Realisierung dieser Ziele und danach geht es um angemessene, auch personenzentriert zu definierende Überprüfungsmaßnahmen. Zur Realisierung genau dieses Prozesses aber braucht Supervision Denk- und Handlungsmodelle, die den traditionellen Begriff der Personenzentrierung über die Person hinaus erweitern und andere sozialwissenschaftliche fundierte Denkansätze in angemessener Weise mit berücksichtigen. Systemisch fundierte Modelle sind in ihrer Bedeutsamkeit für die Analyse von komplexen Systemen und der Intervention in diesen Systemen unverzichtbar.

Literatur

- Brecht, Bertold (1985), Die Gedichte von Bertold Brecht in einem Band, Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1985
- Hinte, Wolfgang / Litges, Gerd / Springer, Werner (1999), Soziale Dienste. Vom Fall zum Feld, Berlin (Sigma) 1999
- Kleve, Heiko (2000), Systemtheorie und Konstruktivismus in der sozialen Arbeit. Zirkularität als Standpunkt, in: Sozialwissenschaftliche Literaturrundschau 1 (2000) 33-38
- Rogers, Carl (1942a), Die Klient-bezogene Gesprächspsychotherapie, Hamburg (Kindler) 1982
- Watzlawick, Paul / Beavin, Janet, H. / Jackson, Don, D. (1974), Menschliche Kommunikation, Bern (Huber) 1974
- Schweers, Gerd (1998), Zur Integration sozialwissenschaftlicher Perspektiven in einer sich als personenzentriert verstehenden Supervision, in: Straumann, Ursula E. / Schrödter, Wolfgang (Hg.), Verstehen und Gestalten, Köln (GwG) 1998

Autor

Gerd Schweers, Dipl.-Soz.päd., Jahrgang 1953, Diplom-Sozialpädagoge, Lehrer für Theorien und Methoden der Sozialarbeit, langjährige Tätigkeit in verschiedenen Arbeitsfeldern sozialer Arbeit, Supervisor DGSv, Ausbilder der GwG, Familientherapeut.

Adresse:

Fachbereich 1 – Sozialwesen. Universität GH Essen. D-45117 Essen

Peter F. Schmid

World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling Das Selbstverständnis. Die neuen Statuten.

Zusammenfassung PERSON dokumentiert im Folgenden die Präambel, die Prinzipien und die Ziele der definitiven Statuten des „Weltverbands für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung“, die nach ausführlicher Diskussion von der letzten Generalversammlung in Chicago im Juni 2000 ebenso einstimmig beschlossen wurden wie die Änderung des bisherigen, provisorischen Namens des Weltverbandes. Das Europäische Netzwerk schloss sich an.¹

Stichwörter: Weltverband, Europäisches Netzwerk, Personzentrierte Psychotherapie, Experienzielle Psychotherapie, Humanistische Psychotherapie.

„Personzentriert“ und „experienziell“. Auf die kürzest mögliche Formel gebracht, lässt sich das Ergebnis des intensiven Diskussionsprozesses um Grundlagen, Selbstverständnis und Politik vor und während der ersten regulären Generalversammlung im Rahmen der 5. Internationalen Konferenz (5th ICCCEP) in einem einzigen Wörtchen zusammenfassen: „und“.

In der grundsätzlichen Auseinandersetzung um Menschenbild, Identität und Zielsetzungen unter den mehr als hundert Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus der ganzen Welt wurde auch um eine zutreffende Namensbezeichnung gerungen. In bewusster Abgrenzung verschiedener Konzepte wurde festgehalten, dass „personzentriert“ und „experienziell“ unterschiedliche Ansätze darstellen, wengleich deren Verhältnis von verschiedenen Personen sehr kontrovers gesehen wird. Deshalb wurde es als notwendig empfunden, den provisorischen Namen des Weltverbands, der nur „personzentriert“ enthalten hatte, zu verändern. Es sollte nicht der Eindruck entstehen, dass „personzentriert“ als Dachbegriff für alle Ansätze verstanden wird, die sich irgendwie auf Rogers, Gendlin und experienzielle Konzepte verschiedener Herkunft berufen. Auch die Namensbezeichnung mit einem Schrägstrich – „person-centered/experiential“ – konnte sich nicht durchsetzen. Diejenigen, die den Schrägstrich als Zeichen für eine Austauschbarkeit der Begriffe verstanden, wollten ein solches Missverständnis vermieden sehen. Das Wörtchen „und“ im Titel wurde schließlich von allen akzeptiert.

„Und“ bezeichnet einerseits den Unterschied: Sowohl die personzentrierte als auch die experienzielle Seite haben sich damit gegen die Anwendung der Bezeichnung „personzentriert“ (quasi als Überbegriff) auch für experienzielle Ansätze entschieden. Die Präambel der neuen Statuten hält ausdrücklich fest, dass es sich um unterschiedliche Paradigmata handelt und zwischen personzentrierten Ansätzen einerseits und experienziellen andererseits unterschieden wird. Als Begründung für die Entscheidung wurde unter anderem angeführt, dass die Unterschiede in Anthropologie und Therapietheorie und -praxis eine Begriffsunterscheidung nach innen und außen erforderlich machen. (Dabei wurde im Übrigen – ebenso konsensuell – in den Statuten des Weltverbandes und im Namen der künftig von ihm veranstalteten Konferenzen auch der Begriff „klientenzentriert“ durch den Begriff „personzentriert“ ersetzt. Die Konferenz, bislang „ICCCEP – International Conference for Client-Centered and Experiential Psychotherapy“, wird künftig „PCE Conference“ heißen: „World Conference for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling“.)

„Und“ bringt andererseits die Verbindung und Zusammengehörigkeit zum Ausdruck. In der Präambel wird deutlich gemacht, dass die Beziehung der verschiedenen Ansätze zueinander sich in ständiger Entwicklung und Diskussion befinden und Vertreter aller Ansichten im Weltverband ihren Platz haben: jene, die die beiden von ihren Grundlagen her als unvereinbar ansehen, ebenso wie jene, die der Auffassung sind, es handle sich bloß um verschiedene Suborientierungen. Die Unterschiede sollen also ebenso betont werden, wie über das Verhältnis zueinander fortgesetzter Dialog angesagt ist. Nicht, um einander zu „bekehren“ oder zu überzeugen; die Auseinandersetzung in Theorie und Praxis kann vielmehr gerade

¹ Zur Geschichte und Zielsetzung beider Verbände vgl. die Dokumentationen in PERSON 2 (1997), 1 (1999) und 2 (1999).

dazu beitragen, das jeweils Eigene weiter zu entwickeln. Darüber hinaus ist die Zusammenarbeit auch „nach außen“ hin ein Gebot der Stunde. Zusammen mit anderen humanistischen Ansätzen stellen die Personzentrierte wie die Experienzielle Psychotherapie jedenfalls eine Abgrenzung gegen psychoanalytische, verhaltenstherapeutische und systemische Paradigmata dar. Mit der Zusammenfassung beider Konzepte in einem Dachverband wurde also eindrucksvoll die Notwendigkeit und Bereitschaft zur Kooperation auf verschiedenen Gebieten unterstrichen wie ein unübersehbares Signal und Lebenszeichen der humanistischen Orientierung in Psychotherapie und Beratung gesetzt.

Das Europäische Netzwerk hat bei seiner letzten Generalversammlung im November 2000 in Salgótarján in Ungarn gleichfalls

seinen Namen geändert und Präambel und Prinzipien des Weltverbands gleichlautend übernommen. Es heißt jetzt „Network of the European Associations for Person-Centred and Experiential Psychotherapy and Counselling (NEAPCEPC)“.

Für Österreich und seine Vereinslandschaft – ebenso wie für diejenige im gesamten deutschsprachigen Raum – ist damit ein Standard vorgegeben, der Auseinandersetzung und Zusammenarbeit auch hier nach einfachen und klaren Grundsätzen regeln könnte: Die Unterschiede in der Tradition des je Eigenen und im Selbstverständnis nicht ignorieren, sondern im Gegenteil: festhalten und durch Dialog fruchtbar machen; die Gemeinsamkeiten jedoch zur Kooperation nützen und zur Auseinandersetzung mit anderen Orientierungen und anderen politischen Konzepten.



WORLD ASSOCIATION FOR PERSON-CENTERED AND EXPERIENTIAL PSYCHOTHERAPY AND COUNSELING

Statuten

Die Vereinigung wurde am 8. Juli 1997 anlässlich der Vierten Internationalen Konferenz für Klientenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie (ICCCEP) in Lissabon, Portugal, gegründet. Die Statuten in ihrer gegenwärtigen Form wurden konsensuell bei der Generalversammlung am 29. Juni 2000 in Chicago beschlossen.

Die Begriffe „personzentriert“ und „experienziell“ und die mit ihnen verbundenen Konzepte und Prozesse beruhen auf einer umfassenden und reichhaltigen Geschichte und sind ständig in Entwicklung begriffen. Die Bezeichnung „personzentriert und experienziell“ wurde gewählt, um fortgesetzten Dialog und beständige Entwicklung zu fördern; es ist nicht beabsichtigt, ein bestimmtes Verständnis dieser Ansätze und ihrer Beziehung zueinander zu bevorzugen.

I. Prinzipien

Ziel dieser Vereinigung ist es, ein weltweites Forum für jene Fachleute in Wissenschaft und Praxis bereitzustellen, die

- sich der Beziehung zwischen Klient bzw. Klientin und Therapeut bzw. Therapeutin in Psychotherapie und Beratung verpflichtet wissen und ihr grundlegende Bedeutung beimessen

- für das therapeutische Unterfangen den aktualisierenden Prozess des Klienten bzw. der Klientin und seine bzw. ihre phänomenologische Welt für zentral erachten
- in ihrer Arbeit jene Bedingungen und Haltungen verkörpern, die zuerst von Carl Rogers als förderlich für die therapeutische Entwicklung postuliert wurden
- einer Auffassung verpflichtet sind, derzufolge sie sowohl Klienten bzw. Klientinnen als auch Therapeuten bzw. Therapeutinnen als Personen verstehen, d. h. in ihrer Individualität und gleichzeitig in ihrer Beziehung zu anderen und ihren verschiedenen Umwelten und Kulturen
- für die Entwicklung und Ausarbeitung personzentrierter und experienzieller Theorie im Licht gegenwärtiger und künftiger Praxis und Forschung offen sind.

II. Ziele

Die Vereinigung hat folgende Ziele:

- die Zusammenarbeit zwischen Vereinigungen, Organisationen, Institutionen und Personen auf internationaler Ebene auf dem Gebiet personzentrierter klientenzentrierter und experienzieller Psychotherapie und Beratung zu fördern,

- personenzentrierte und experienzielle Vereinigungen, Organisationen, Institutionen und Personen in ihrer Arbeit zu unterstützen bzw. zu fördern
- personenzentrierte und experienzielle Sichtweisen zu fördern und das wissenschaftliche Studium sowie die Qualitätsentwicklung der praktischen Arbeit, besonders auf dem Gebiet von Psychotherapie und Beratung, zu unterstützen und dazu zu ermutigen
- sich mit sozialpolitischen Prozessen zu beschäftigen, um den kontinuierlichen Beitrag des Paradigmas zur Gesundheit, in der Erziehung, im akademischen Bereich usw. zu gewährleisten
- Ideen mit anderen psychotherapeutischen Schulen auszutauschen und Zusammenarbeit auf dem Gebiet von Psychotherapie und Beratung zu stimulieren
- der Verpflichtung nachzukommen, internationale Konferenzen zu unterstützen und zu fördern, besonders die *Weltkonferenz für*

Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung (kurz *PZE-Konferenz*, früher ICCCEP) samt ihren möglichen künftigen Entwicklungen

- eine qualitativ anspruchsvolle Zeitschrift herzustellen und den Austausch von Forschung, Theorie und Praxis zwischen Sprachgruppen durch bestehende Zeitschriften und andere Mittel zu fördern.

Die vollständigen Statuten sowie die Geschäftsordnung sind in der englischen Originalfassung auf der Homepage des Weltverbandes nachzulesen: www.pce-world.org. (Im Weltverband können sowohl Einzelpersonen wie Institutionen Mitglied werden.) Die Website des Europäischen Netzwerks ist unter www.pce-europe.org zu finden. (Mitglieder des Netzwerks können nur Vereinigungen werden.)

Rezension

Wolfgang W. Keil

Sander, Klaus: **Personzentrierte Beratung. Ein Arbeitsbuch für Ausbildung und Praxis**

Köln (GwG Verlag) & Beltz (Weinheim und Basel), 1999

Das Buch verspricht von seinem Titel her eine umfassende Darlegung der Praxis von Personzentrierter Beratung sowie der dafür notwendigen Ausbildungsinhalte. Fragen der Ausbildung werden allerdings nur marginal (auf den letzten 8 Seiten) erörtert; die Materialien des Buches sind jedoch aus Unterlagen für Ausbildungsgänge im Rahmen einer Fachhochschule hervorgegangen. Die Praxis von Personzentrierter Beratung steht insofern im Mittelpunkt als in neun längeren Gesprächsverläufen unterschiedliche Beratungsbereiche behandelt sowie anhand von kürzeren Ausschnitten produktives und unproduktives Beratervorgehen erläutert werden.

Einleitend wird ein Konzept von Personzentrierter Beratung umrissen. Zu diesem Zweck wird zunächst der (meist praxeologisch orientierte) Begriff der Beratung erörtert und dabei u.a. das Fehlen einer übergreifenden theoretischen Perspektive in der Beratungswissenschaft moniert. Sander versucht diese Lücke zu füllen, indem er ein sehr plausibles integratives Modell vorlegt, in welchem einerseits von den Problembereichen (äußere Lebenswelt, zwischenmenschliche Beziehungen, individuelle Probleme) und andererseits von den in der Beratung angebotenen Lösungsformen her (Information, Klärung, Aufbau von Handlungskompetenz) insgesamt neun unterschiedliche Typen von Beratung abgebildet und unterschieden werden können. Das zweite Kapitel ist dann der Frage gewidmet, was Personzentrierte Beratung sei. Hier werden allerdings nur ein weiteres Mal das Lebenswerk von Rogers, seine Grundannahmen, seine Persönlichkeitstheorie und seine Konzepte von den für eine förderliche Beziehung nötigen Grundhaltungen und vom Prozess der Selbstveränderung zusammengefasst und interpretiert. (Hervorheben möchte ich dabei die Darstellung der Spannweite der Empathie vom Verstehen der Verbalisierung über das der Hintergrundgrundgefühle dazu bis zum Erfassen der übergreifenden Bedeutungen, die dem Klienten noch gar nicht bewusst

waren.) Eine kurze Erörterung der Spezifika einer Personzentrierten Beratung (v. a. im Verständnis von Störung als Handlungs- und Lösungsinkompetenz im Unterschied zur tieferen Inkongruenz des Selbst bei der Psychotherapie) findet sich dann doch ganz kurz in der Einleitung des nächsten Kapitels, das den ausführlichen Fallbeispielen gewidmet ist. Diese Darstellung von unterschiedlichsten Beratungssituationen als Gesprächs-Transkript und Kommentar bildet den Hauptteil des Buches. Im Anschluss daran erläutert Sander anhand von Beispielen drei Wirkfaktoren, die ihm für eine Personzentrierte Beratung besonders wichtig geworden sind. Neben der angemessenen Passung von Berater bzw. Beraterin und Klient bzw. Klientin und der adäquaten Förderung der Selbstexploration legt Sander hier besonderen Wert auf wirklich persönliche Anteilnahme und das Commitment des Beraters. Mit der Verdeutlichung dieses Faktors hat Sander sicherlich einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der Grundhaltungen und damit zum personzentrierten Ansatz insgesamt erbracht. Weiters möchte ich darauf verweisen, dass es für Sanders Verständnis von Personzentrierter Beratung wesentlich ist, ein behavioristisches Training von Einzelmerkmalen abzulehnen zugunsten der Ausbildung von professioneller Intuition und Flexibilität sowie eine personbezogene Beziehung bei allen (d. h. auch bei rein sachlich-äußerlichen) Beratungsinhalten und Beratungsformen zu fordern.

Monieren möchte ich die vielen Fehler im Umgang mit der Literatur in diesem Buch: zitierte Autoren (Rahm, Katschnig, Rogers 1973b) finden sich nicht im Literaturverzeichnis, Autoren werden falsch geschrieben („Schmidt“, „Lieter“ v. a. auf S. 67), die Angabe der Erstausgaben von Rogers ist völlig uneinheitlich, die Seitenzahlen von Rogers 1972 dürften falsch sein; ein Rätsel ist es außerdem, was die wiederholt mitten in Sätze hineingerutschte Zahl 150 (S. 48, 71, 91) bedeuten soll.

Hermann Spielhofer

Organismisches Erleben und Selbst-Erfahrung

Ein Beitrag zur Diskussion der anthropologischen und persönlichkeits-theoretischen Grundlagen im personzentrierten Ansatz

Zusammenfassung: Die vorliegende Arbeit stellt den Versuch dar, die Konzepte Rogers sowie deren anthropologische und philosophische Grundlagen im Lichte aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und Paradigmen neu zu diskutieren. Der zentrale Aspekt im Menschenbild Rogers und die Grundannahme seiner Theorie der Persönlichkeit ist der Begriff des „Organismus“ und der darin wirksamen „Aktualisierungstendenz“. Trotz der Bedeutung für die Theoriebildung bleibt dieses Konzept allerdings vage und zum Teil widersprüchlich. Vor allem wird bei Rogers nicht klar unterschieden zwischen dem Organismus als körperlich biologisches Substrat und dem organismischen Erleben als psychologische Kategorie. Der Begriff des „Organismus“ als Erfahrungskategorie soll hier unterschieden werden von dem des Körpers, analog zur phänomenologischen Differenzierung in Körper und Leib, in an sich und für sich Seiendes und sich ausschließlich auf das (organismische) Erleben beziehen. Die Entwicklung und Ausprägung des organismischen Erlebens bzw. unserer Bedürfnisse und Emotionen, als wesentlicher Aspekt der Konstituierung des Individuums, erfolgt im Rahmen der Vermittlung von menschlicher Natur und Erfahrung, von Kausalität und Intentionalität und damit wird auch die Leib-Seele-Problematik in einen anderen kategorialen Rahmen gestellt. Die Aktualisierungstendenz wird demgegenüber als „übergeordnetes Sinnprinzip“ gesehen, bei der es ganz allgemein „um die Natur des Prozesses geht, den wir Leben nennen“ (Angyal, 1941) sowie als zentraler Aspekt im Menschenbild des personzentrierten Ansatzes.

Außerdem soll hier neben dem „Selbst“ als Objekt unserer (Selbst-)Erfahrung oder dem „phänomenalen Feld“ ein „Ich“ oder Subjekt als eigene Instanz diskutiert werden, im Sinne eines sinnstiftenden Zentrums und als Voraussetzung von Selbstbewusstsein und Selbstbestimmung. Das Selbst wird als eine Konstruktion betrachtet, die das Subjekt aus bruchstückhaften, zum Teil präverbalen und nicht symbolisierten Erfahrungen, Erinnerungsbildern, Bedürfnissen usw. gestaltet. Die Auswahl und Bewertung dieser Elemente des Selbstbildes erfolgt auf der Basis unseres Lebensentwurfs, unserer Intentionalität.

Stichwörter: Aktualisierungstendenz, Anthropologie, Bedürfnis, Erfahrung, Ich, Organismus, Persönlichkeitstheorie, Selbst, Selbsterfahrung, Subjekt

„Ich kann dieses Lebensziel, das ich in meinen Beziehungen zu meinen Klienten zum Vorschein kommen sehe, am besten mit den Worten Sören Kirkegaards darlegen: ‚Das Selbst zu sein, das man in Wahrheit ist‘“

(Rogers, 1961a,167)

Einleitung

Jede Persönlichkeitstheorie und Störungslehre basiert auf einem spezifischen Menschenbild, auf philosophisch anthropologischen Grundannahmen über das Wesen und die Bestimmung des Menschen. Auch wenn diese Grundannahmen nicht explizit ausformuliert sind, so beeinflussen sie trotzdem die Sichtweise und die Konzepte eines Ansatzes sowie dessen Fragestellungen und Forschungsmethoden. Da es in der Psychotherapie um Veränderungen von Erlebnisweisen und Handlungen der Klienten geht, ist es aus fachlichen wie aus ethischen Gründen notwendig, die Vorausset-

zungen und Leitbilder auszuweisen, an denen sich psychotherapeutisches Handeln orientiert und zu legitimieren hat.

Im Rahmen der Anthropologie als wissenschaftlicher Disziplin geht es um eine interdisziplinär begründete Darstellung des Menschen, insbesondere um dessen permanentes Spannungsverhältnis zwischen seinen individuellen Bedürfnissen und den Anforderungen der Umwelt sowie der unhintergehbaren Widersprüchlichkeit von menschlicher Natur und Kultur, wie sie in der *Conditio humana* angelegt ist. Auch im Menschenbild Rogers' sind unterschiedliche psychologische und philosophische Grundannahmen eingeflossen sowie insbesondere seine Erfahrungen mit den Klienten. Allerdings

sind seine Annahmen zur Persönlichkeit sowie zur Natur und zum Wesen des Menschen eher sporadische, bruchstückhafte und persönlich gefärbte Aussagen, und er hat nie versucht, sie zu einer systematischen und konsistenten Theorie zu verarbeiten. Wie Linster & Panagiotopoulos (1991, 160) in ihrer Arbeit über das Menschenbild des Personenzentrierten Ansatzes betonen, war es nicht das Ziel Rogers' „die Reflexion seiner Erfahrung als Theorie vorzustellen, das wäre ein Missverständnis, sondern als Erfahrungsbericht“ und ihnen zufolge versteht Rogers „seine Reflexionen bzw. deren Produkte daher nur als eine Möglichkeit, theoretische Annahmen zu formulieren. Er bleibt dabei im Deskriptiven bzw. im Vortheoretischen“. Rogers selbst betont immer wieder die Bedeutung seiner persönlichen Erfahrungen für seine theoretischen Annahmen sowie deren vorläufigen Charakter und hat sich stets gegen eine Verabsolutierung seiner Aussagen gewehrt: „Wenn Theorie als das verstanden würde, was sie ist“, schreibt er (1959a, 16), nämlich „als fehlerhafter, sich immer im Wandel befindender Versuch [...] könnte sie als Anreiz für weiteres kreatives Denken dienen“. Außerdem hatte Rogers vor allem die Person in ihrer Ganzheit, als unteilbares *Individuum*, im Auge, sowie dessen Einzigartigkeit und lehnte es ab, allgemeingültige Aussagen über die Natur des Menschen zu machen – obwohl er dabei durchaus unterschiedliche Positionen vertritt, wie noch zu zeigen sein wird.

Beim Versuch die zentralen Konzepte der Persönlichkeitstheorie Rogers' aus den Grundannahmen zu explizieren und neu zu diskutieren geht es mir vor allem auch darum, den meines Erachtens noch immer revolutionären Ansatz zu erhalten und weiterzuführen, nämlich die Entwicklung des Menschen und dessen Bedürfnisstruktur in seiner Natur bzw. im organismischen Erleben zu verankern und sie nicht idealistischen Bewusstseinspsychologien oder funktionalistischen Verhaltenstheorien unterzuordnen. Der Organismus stellt die Grundlage für unsere Bedürfnisse und unser Erleben dar sowie auch für unsere Selbsterfahrung und unser Selbstbewusstsein, und die darin enthaltene Tendenz zur Aktualisierung des Organismus ist „das Substrat aller Motivation“ (Rogers, 1980a, 74). Das organismische Erleben ist gleichsam die Basis unserer Selbsterfahrungen oder Selbstausslegung, das „Implizite“ nach Husserl. Allerdings hat Rogers selbst nicht immer die Konsequenzen aus der Radikalität seines Ansatzes gezogen bzw. ziehen können, da er sich damit in einen Gegensatz zum allgemeinen wissenschaftlichen Grundkonsens gestellt hätte, insbesondere dem des positivistischen Wissenschaftsverständnisses, wie es vor allem im angloamerikanischen Raum verbreitet ist.¹ Der Anspruch dem organismischen Erleben zum

Durchbruch zu verhelfen und jene Selbstanteile zurückzudrängen, die unsere Wahrnehmung und unser Erleben verfälschen und blockieren, bedeutet auch die bestehenden normativen und regulierenden Kategorien unserer Kultur bei der Selbsterfahrung und Selbstbestimmung in Frage zu stellen, wie die gesellschaftlich vorgegebene Zweckrationalität und öffentliche Moral, die Definition sozialer Rollen und pädagogischer Grundsätze, den Sprachgebrauch sowie schließlich das vorherrschende positivistische Wissenschaftsverständnis, das keinen Raum lässt für individuelle und subjektive Gestaltung und Bewertung.

Rogers hat in seinem Bestreben nach einer somatisch begründeten Psychologie jedoch einseitig den Organismus und die darin angelegten Potentiale betont und die Bedeutung der Erfahrungen, insbesondere den Austausch mit der sozialen Umgebung bei der Aktualisierung unseres organismischen Erlebens, d. h. bei der Entwicklung unserer Bedürfnisse und Emotionen vernachlässigt. Es erscheint mir daher notwendig, die Auseinandersetzungen und Diskussionen über die Grundannahmen der personenzentrierten Psychotherapie im Lichte neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Paradigmen weiterzuführen, um eine Klärung und Differenzierung ihrer Begriffe zu ermöglichen und damit auch die theoretische Entwicklung zu fördern. Das Fehlen einer systematischen Persönlichkeitstheorie führt, wie Wjngaarden (1991, 264) zurecht darstellt, zu unterschiedlichen Ausprägungen der klientenzentrierten Psychotherapien, die kaum noch unter einen Ansatz subsumiert werden können. Auch Howe (1989, 14) verweist darauf, dass für die Identitätsprobleme dieses Ansatzes „eine mangelnde Reflexion der anthropologischen Grundannahmen als mitverantwortlich angesehen werden [muss]“ und: „Der Ausweg könnte meiner Meinung nach darin bestehen, dass die anthropologische Basis neu diskutiert wird“ (op.cit., 18). Ich schließe hier auch an die Ausführungen von Zurhorst (1988), Finke (1989, 1994a), Swildens (1989) sowie Höger (1990, 1993) und Pfeiffer (1995a, 1995b) an, die ebenfalls auf gewisse Probleme und Widersprüche in den Konzepten Rogers' hinweisen.

Das Menschenbild Rogers' ist geprägt von seiner intensiven Beziehung zur Natur, die er aufgrund seiner Erfahrungen und Experimente am elterlichen Bauernhof und seines Studiums der Agrarwissenschaft entwickelt hat, sowie durch die Einflüsse der holistischen Sichtweise K. Goldsteins und A. Maslows. Kernstück seiner Theorie ist demnach der menschliche Organismus mit seiner Tendenz zur Verwirklichung der in ihm angelegten Potentiale, der „Aktualisierungstendenz“. Er sieht in der Natur des Menschen dessen Bestimmung und dessen „wahres Selbst“ begründet, und es ist das Ziel unsere „eigentliche Natur zu entfalten“ und die darin angelegten

1 „Noch stärker [als von der Psychoanalyse – H.S.] ist die klient-bezogene Therapie von der Psychologie beeinflusst worden, wie sie sich in den Vereinigten Staaten entwickelt hat mit dem Charakteristikum der operationalen Definition, der objektiven Messung, mit dem Betonen der wissenschaftlichen Methode und dem Zwang, alle Hypothesen einem Verfahren zu unterwerfen, das den objektiven Nachweis

der Richtigkeit oder Unrichtigkeit erbringt“ (Rogers, 1972, S. 22). Hier ist vielleicht noch hinzuzufügen, dass Rogers auch vom Behaviorismus beeinflusst wurde, was sich in seinem widersprüchlichen Verhältnis zu Fragen der Erkenntnismethoden äußert.

Möglichkeiten zu aktualisieren (Rogers, 1977b, 117). Außerdem besteht für ihn eine der entscheidenden Einsichten, wie er betont, darin, dass diese Natur nicht nur vorwärtsgerichtet ist in Richtung auf Reife, Entfaltung und Differenzierung, sondern auch sozial, positiv und rational. „Der Organismus bewegt sich in seinem Normalzustand in Richtung auf seine eigene Erfüllung, auf Selbstregulierung und Unabhängigkeit von äußerer Kontrolle“ (Rogers, 1980a, 71), und „letztlich scheint die Selbstaktualisierung des Organismus in Richtung auf Sozialisierung zu gehen“ (1951a, 422). Demgegenüber verhindern die Gesellschaft und vor allem die Familie mit ihren Verhaltensnormen und Wertungen in der Regel die freie Entfaltung des Organismus und sind daher vielfach „Brutstätten für psychische Krankheiten“ (Rogers, 1977b, 121).

In dieser Subjektzentriertheit des Menschenbilds Rogers' kommt der radikale Individualismus und Fortschrittsglaube der amerikanischen Kultur zum Ausdruck sowie der antiautoritäre Protestantismus, die sich gegen jede Art von Vergesellschaftung und Expertentum richten. Indem es Rogers verabsäumt hat, eine explizite Anthropologie zu formulieren und seine Voraussetzungen zu reflektieren, übernahm er unbeabsichtigt bestehende gesellschaftliche Werte und Normen, die er selbst explizit zum Teil in Frage gestellt hat. Er versuchte vielmehr, wie Eisenga (1989, 30) betont, „das durch Freud und den Zweiten Weltkrieg erschütterte Menschenbild des amerikanischen Traums [nach Freiheit, Fortschritt, Demokratie usw. – H.S.] aufrecht zu erhalten, indem er dieses Bild in der menschlichen Natur begründet“. Rogers sieht sein Menschenbild daher nicht als eine Möglichkeit oder einen Entwurf, als Orientierung und Leitbild, „sondern als ein Abbild der eigentlichen menschlichen Natur“ (ebd.).

Rogers betont auch stets die Fähigkeit des Individuums zur Selbstverantwortung und Selbstverwirklichung, ohne jedoch die konkreten Bedingungen und Möglichkeiten dafür anzugeben. Durch die Betonung menschlicher Entwicklung als Aktualisierung vorgegebener Potentiale, deren Realisierung vor allem durch die Umwelt mit ihren Wachstumsbedingungen und Normen, den *Conditions of worth*, bestimmt wird, bleibt allerdings wenig Spielraum für Freiheit und Selbstbestimmung. Rogers sieht die Freiheit der Menschen vor allem darin, „ihre eigentliche Natur zu entfalten“ (1977, 117). Es handelt sich bei ihm gleichsam um einen naturwüchsigen Prozess, in dessen Verlauf die Bewertungsbedingungen der Bezugspersonen sowie deren Rollenzuschreibungen internalisiert werden, und diese bestimmen dann, welcher Anteil des organismischen Erlebens symbolisiert und in das Selbst integriert werden kann. „Dies ist so wichtig für das Kind“, schreibt Rogers zum Einfluss der mütterlichen Reaktionen, „dass es in seinem Verhalten schließlich nicht mehr durch das Ausmaß, in dem seine Erfahrung den Organismus erhält oder fördert, *gesteuert wird*, sondern durch die Wahrscheinlichkeit, mit der es mütterliche Liebe erhält“ (1959a, 50; Hervorhebung von mir).

Der Ort, in dem das Subjekt unmittelbar zum Ausdruck kommen, sich darstellen kann, indem es „ich“ sagt, bleibt bei Rogers weit-

gehend unberücksichtigt. Es fehlt in seiner Darstellung vom Menschen das sich selbst reflektierende und selbstsetzende Subjekt im Sinne Kants. Es dürfte auf den Pragmatismus sowie die Dominanz des naturwissenschaftlichen Denkens in den USA zurückzuführen sein, demzufolge auch der Menschen als *Objekt* der Forschung betrachtet wird, weshalb sich Rogers bei der Konzeption der menschlichen Person neben dem Organismus vor allem auf das „Selbst“, als *Objekt* von bewusster Wahrnehmung und Erfahrung oder das „empirische Ich“ nach Kant beschränkt und das diesem zugrundeliegende „transzendente Ich“ oder *Subjekt* als Voraussetzung von Selbsterkenntnis und Selbstbestimmung vernachlässigt (so verwendet er auch die Begriffe „Ich“ und „Mich“ synonym). Das „Selbst“ als Objekt unserer (Selbst-) Erfahrung kann gar nicht gedacht werden ohne ein Ich oder Subjekt, das wahrnimmt und „sich selbst“ reflexiv erfasst.² Es geht hier allerdings nicht nur um eine rein philosophische Frage, sondern dieses Ich wird – wie später noch auszuführen sein wird – nicht nur als Voraussetzung und Zentrum unserer (Selbst-) Erkenntnis definiert, wie das *Cogito* bei Descartes oder das Ich bei Kant, sondern es wird im Sinne Husserls auch inhaltlich bestimmt als Subjekt, das wahrnimmt, bewertet und Entscheidungen trifft; es geht schließlich um die Instanz, die hinter den verschiedenen Erfahrungen ein einheitliches Identitätsgefühl stiftet sowie zwischen unseren Bedürfnissen und den Anforderungen der Umwelt sowie den Bewertungsbedingungen vermittelt und Kompromisse findet. Die Art der Kompromisse und das Ausmaß der Abwehr von organismischem Erleben entscheidet letztlich über unsere psychische Gesundheit.

Wenn wir nicht von einem Determinismus ausgehen wollen, dürfen wir unser Erleben und Handeln nicht als Funktion einer Aktualisierungstendenz sowie von internalisierten Bewertungsbedingungen sehen, denen wir ausgesetzt sind, sondern müssen ein sich autonom entscheidendes Subjekt annehmen. So betont Pfeiffer (1995a, 65): „Der Mensch ist weder einem inneren Antrieb (der ‚aktualisierenden Tendenz‘) noch den Anforderungen der Situation schlechthin überantwortet. Er kann auf unterschiedliche Weise Erfahrungen aufsuchen oder sich ihnen versagen, er kann Initiative ergreifen oder sich zurückziehen. Es geht hier um das vernünftige und verantwortliche Handeln der Person in der Welt“. Auch das Selbst kann diese Funktion der Wahrnehmung sowie der Bewertung und die Integration von Inhalten der Erfahrung nicht übernehmen, da es nicht zugleich Subjekt dieser Erfahrung und deren Aggregat sein kann, wie bereits der amerikanische Arzt und Psychologe, W. James (1975, 379), festgestellt hat. Die Entwicklung eines

2 Die Aussage, „ich nehme mich wahr“ bedeutet nicht nur, dass ich mich selbst als Objekt vor mich hinstelle und betrachte, sondern auch, dass ich mir dessen bewusst bin, dass ich mich wahrnehme, bzw. dass ein „Ich“ als gleichbleibende, selbstidentische Instanz auf eine ihm spezifische Weise ein „Mich“ wahrnimmt und sich dessen bewusst ist. Auch grammatikalisch unterscheiden wir zwischen Subjekt und Objekt.

kohärenten und stabilen Selbst setzt vielmehr, wie E. Jacobson (1964, 38) betont, bereits ein Ich mit synthetisierenden und organisierenden Funktionen voraus. Es muss vielmehr darum gehen, die Autonomie dieses Ichs zu fördern und zu stärken, das zwischen dem organismischen Erleben und den Anforderungen der Umwelt, wie sie im Selbst repräsentiert sind, zu vermitteln hat.

Das „biologistische Selbstmissverständnis“ Rogers'

Der Begriff des „Selbstmissverständnisses“ wurde von Habermas (1973, 262) geprägt, der vom „szientistischen Selbstmissverständnis“ der Psychoanalyse spricht, da Freud die Psychoanalyse stets als Naturwissenschaft auszuweisen versuchte und dabei eine neue Methode entwickelte, jenseits von Natur- und Geisteswissenschaft, die L. Binswanger als eine „auf Erfahrung gegründete Hermeneutik“ bezeichnete, sowie J. Habermas und A. Lorenzer als „Tiefenhermeneutik“ oder „Hermeneutik des Leibes“. Auch Rogers versuchte bei der Entwicklung eines „humanistischen“ Ansatzes eine Verbindung von logischem Positivismus, dem er sich verpflichtet wusste, auf der einen Seite und der phänomenologisch-existenzialistischen Philosophie andererseits herbeizuführen, indem er sich, wie er schreibt, als Therapeut der phänomenologischen Sichtweise verbunden fühlte und als Forscher den empirisch-naturwissenschaftlichen Verfahren. Allerdings ist der Gegensatz zwischen diesen beiden wissenschaftstheoretischen Richtungen auf diese Weise nicht aufhebbar, denn beide Ansätze, der phänomenologische sowie der positivistische, beruhen auf unterschiedlichen Erkenntnisverfahren und damit auf verschiedenen Gegenstandsbestimmungen und Wirklichkeitskonstruktionen. Vor allem stellt sich das Problem, wie Kwiatkowski (1980, 62) betont, „dass das szientistische Forschungsvorgehen eine implizite Anthropologie enthält, die der Roger'schen humanistischen Auffassung vom Menschen diametral entgegensteht“.

Hier geht es mir jedoch um die Konzeption des Organismus-Begriffs bei Rogers und dem der Aktualisierungstendenz, dem zentralen Aspekt und einzigem Motiv, „welches in diesem theoretischem System als Axiom vorausgesetzt wird“ (1987, 22). Obwohl es sich hier um das Kernstück in den Konzepten Rogers vom Menschen handelt, sind diese Begriffe, wie bereits betont, relativ unklar geblieben. Der Organismus wird als der „innerste Kern der menschlichen Persönlichkeit“ beschrieben und er besitzt ein „inhärentes Motivationssystem und Regulationssystem (den organismischen Bewertungsprozess)“, das die Erfahrungen an der Aktualisierungstendenz misst, d.h. im Sinne des Wachstums, der Differenzierung und der Entwicklung zu Autonomie (1987, 48). Für Rogers ist der „Organismus“ keine Metapher zur Darstellung und Erklärung unseres Erlebens und Handelns, keine „Verbildlichung“ des nicht Wahrnehmbaren und auch kein theoretisches Konstrukt, wie das Selbst,

sondern eine reale Gegebenheit, indem er vielfach „Organismus“ und „Körper“ oder „menschliche Natur“ gleichsetzt.

Rogers wurde dabei von den Ideen K. Goldsteins beeinflusst, einem aus Deutschland stammenden Neurologen und Anhänger der Berliner Schule der Gestaltpsychologie, sowie von A. Angyal und A. Maslow. Außerdem besteht eine starke Übereinstimmung mit dem Vitalismus von H. Bergson (1911), wonach dem Organismus eine Lebenskraft (*vis vitalis*) innewohnt, die auf ein Ziel hin ausgerichtet ist im Sinne einer Entelechie, einem inneren Gestaltungsprinzip, das nicht nach mechanistisch kausalen Gesetzmäßigkeiten funktioniert, wie sie von der naturwissenschaftlichen Biologie oder Medizin postuliert werden. Auch K. Goldstein (1934) ging von der Annahme eines „Motivs der Selbstverwirklichung“ (*self actualization*) aus, das im Organismus angelegt und auf Wachstum und Differenzierung hin ausgerichtet ist. Diese Tendenz zur Selbstverwirklichung muss sich gegenüber den Anforderungen der Umwelt behaupten, was zu Erschütterungen und Krisen führen kann.

„Diese Verwirklichungstendenz ist das Primäre; aber sie kann sich nur durchsetzen im Zusammenstoß und Ausgleich mit entgegenwirkenden Kräften der Umwelt. Dies geschieht nie ohne Erschütterungen und Angst. ... Normal, gesund nennen wir den, bei dem es die Tendenz zur Verwirklichung von innen heraus schafft, und der die Störung, die durch den Zusammenstoß mit der Welt entsteht, überwindet, nicht aus Angst, sondern aus Freude an der Überwindung“ (Goldstein, 1934, 197).

Außerdem weist Goldstein auf die „Tendenz zur guten Gestalt“ hin, die eine bestimmte Form der Auseinandersetzung des Organismus mit der Umwelt darstellt und zwar jene, „in der der Organismus sich am besten seinem Wesen entsprechend verwirklicht“ (op. cit., 321) und ferner ist sie die Tendenz zu optimalem Verhalten, d. h. „mit möglichst geringem Kraftaufwand Höchstleistungen zu ermöglichen“ (op. cit., 326). Auch Rogers betont, „dass in jedem Organismus auf jedweder Entwicklungsebene eine Grundtendenz zur konstruktiven Erfüllung der ihm innewohnenden Möglichkeiten vorhanden ist. Auch der Mensch weist diese natürliche Tendenz zu einer komplexeren und vollständigeren Entfaltung auf“ (1980a, 69). Später versuchte Rogers diese Tendenz des Organismus in einen umfassenderen Kontext zu stellen und postuliert eine im gesamten Universum wirksame „formative Tendenz“, die auf jeder Ebene zu beobachten ist (1980a, 75f). Dieses Konzept basiert auf dem physikalischen Begriff der „Entropie“, demzufolge Organismen oder Systeme, wie Lebewesen, dazu tendieren, sich aufzulösen und zu zerfallen, eine Tendenz, die der Aktualisierungstendenz entgegengesetzt ist. Demgegenüber betont Rogers – „ohne also die Zerfallstendenz zu ignorieren“ – vor allem die als *Syntropie* bezeichnete „ständig wirksame Tendenz zu immer höherer Ordnung und durch Wechselbeziehung gekennzeichnete Komplexität, die sowohl in der anorganischen als auch in der organischen Welt zu beobachten ist“ (1980a, 77).

Diese Annahme einer allgemeinen Tendenz zur Verwirklichung der in der Natur des Menschen angelegten Potentiale steht heute im

Widerspruch zu Erkenntnissen, wonach nicht nur unser Selbstkonzept, sondern auch unsere körperlichen Bedürfnisse und Emotionen von den Einflüssen der Umwelt geprägt werden. Der Organismus mit der darin enthaltenen Aktualisierungstendenz ist keine von den Entwicklungsprozessen abgekoppelte Konstante, gleichsam das „wahre Selbst“³, das sich je nach Lebensbedingungen nur mehr oder weniger aktualisieren kann. „Solche Überlegungen machen deutlich“, schreibt Pfeiffer in einem ähnlichen Zusammenhang (1995a, 53), „dass es abwegig ist, aktualisierende Tendenz und übernommene Wertungen als unvereinbare Positionen einander gegenüberzustellen. Denn beides beruht auf Wechselwirkung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt und ist nur künstlich voneinander zu trennen“. Zwar spricht auch Rogers vom „Erfahrungen machenden Organismus“ (1951a, 422), aber diese Aussage steht im Widerspruch zu seinem Konzept der Aktualisierungstendenz.⁴ Auch für G. Zurhorst stellt sich die Frage, „ob Rogers mit diesem Grundmodell von Selbstwerdung nicht bereits an der Tatsache der Gesellschaftlichkeit des Individuums vorbeigeht und ob nicht von vornherein Selbstwerdung als ein ‚kommunikatives Selbstwerden‘ gesehen werden muss [...] Sein persönlichkeits-theoretischer Naturalismus erscheint nach allen geschichtlichen Erfahrungen als unhaltbar“ (1988, 183).

Wir wissen heute, dass bereits vor der Geburt, im intrauterinen Stadium, Umwelteinflüsse auf das Lebewesen und dessen Entwicklung stattfinden. Der Mensch kommt zudem als „biologische Frühgeburt“ (Portmann, 1973) zur Welt, was bedeutet, dass auch nach der Geburt Reifungsprozesse in engem Austausch mit der Umwelt ablaufen. Die menschliche Natur ist daher von Beginn an in ein Wechselwirkungsverhältnis mit der Umwelt eingebunden und entfaltet sich nicht einfach nach einem genetisch vorgegebenen Programm. So sind für die Ausbildung des Nervensystems sowie für die Entwicklung körperlicher und geistiger Funktionen die Einwirkung von Reizen aus der Umwelt und die entsprechenden Aktivitäten wesentlich, während die Anlagen nur die Möglichkeiten zur Verfügung stellen (Harlow, 1962). In einer früheren Arbeit (1951a) weist Rogers selbst noch darauf hin, dass man am Beispiel des Bedürfnisses nach Zuwendung beobachten kann, „wie dieses Bedürfnis genau

wie alle anderen durch kulturelle Gegebenheiten in Bedürfnisse umgewandelt und abgeleitet wird, die nur entfernt auf der ursprünglichen physiologischen Spannung basieren“ (1951a, 425). Dies zeigt sich nicht nur an den kulturspezifischen Unterschieden bei der Ausbildung bestimmter Bedürfnisse, sondern vor allem auch im Bereich des Suchtverhaltens sowie bei Ess- und Sexualstörungen.

Allerdings muss aufgrund späterer Darstellungen geschlossen werden, dass für Rogers die „physiologischen Spannungen“ oder die *polymorphen* Körperbedürfnisse ebenso wie das darauf basierende organismische Erleben unabhängig von äußeren Einflüssen bestehen, da es in der Therapie darum geht, „eine Rückkehr zur grundlegenden sensorischen und innerorganischen Erfahrung“ zu ermöglichen bzw. diesem Erleben, „die Gabe eines freien und unverzerrten Bewusstseins hinzufügen [zu] können“ (Rogers, 1961a, 110f). Offensichtlich gibt es einen „organismisch“ angelegten Lebensentwurf mit den entsprechenden Verhaltensmustern, ähnlich dem instinktgesteuerten Verhaltenssystem der Tiere (das heute allerdings von den Ethologen ebenfalls relativiert wird) sowie mit vorgegebenen Bedürfnisstrukturen. „Der organisierte Charakter des Verhaltens erwächst aus der Tatsache“, betont Rogers (1951a, 439), „dass der Organismus auf einer physiologischen Ebene komplexes Verhalten initiieren kann, um seine Bedürfnisse zu befriedigen“.

Grund für diese Unklarheiten bildet u. a. auch der Umstand, dass Rogers nicht klar differenziert zwischen Organismus und organismischer Erfahrung als psychologische Kategorien einerseits und dem Organismus als biologische Gegebenheit im Sinne von Körper und körperlichen Prozessen andererseits. So spricht er vom Organismus als dem „innersten Kern der menschlichen Persönlichkeit“ sowie davon, dass der Einzelne „am vollständigsten Mensch ist, wenn er sein ganzer Organismus ist, wenn die Bewusstheit des Erlebens, diese spezifische menschliche Eigenschaft, voll wirksam wird“ (1977b, 117), oder er weist darauf hin, dass „der innerste Kern der menschlichen Natur, die am tiefsten liegenden Schichten seiner Persönlichkeit, die Grundlage seiner tierischen Natur [...] von Natur aus positiv – von Grund auf sozial, vorwärtsgerichtet, rational und realistisch [ist]“ (1961a, 99f). Der mögliche Widerspruch zwischen seinem radikalen Anspruch nach freier Entfaltung des Individuums entsprechend seinen natürlichen Potenzialen sowie seinem Bestreben nach Autonomie und Freiheit von äußerer Kontrolle einerseits und der sozialen Verantwortung andererseits bleibt ungeklärt. Er kann jedenfalls nicht in der menschlichen Natur aufgehoben werden, da die ethischen Normen, auf die sich soziales oder solidarisches Handeln gründet, kulturell verschieden sind – d. h. es müsste in den verschiedenen Kulturen auch unterschiedliche menschliche Naturen geben.

Derartige widersprüchliche und zum Teil fast mythologisch klingende Aussagen führen immer wieder zu Missverständnissen und zu dem Vorwurf des Biologismus.⁵ Diese Unterscheidung von organismischer Erfahrung und körperlichem Geschehen ist jedoch für die Darstellung psychischer Entwicklungsprozesse und Strukturen, für

3 Allerdings ist das „wahre Selbst“ bei Kierkegaard, auf das sich Rogers bezieht, nicht eine statisch vorgegebene Struktur, sondern Kierkegaard betont: „...denn das Selbst, das das Ziel ist, ist nicht ein abstraktes Selbst“, sondern es steht „in lebendiger Wechselwirkung mit dieser bestimmten Umgebung, diesen Lebensverhältnissen, dieser Weltordnung: es ist nicht bloß ein persönliches, sondern ein soziales, ein bürgerliches Selbst“ (1909, 225).

4 Später greift Rogers das Konzept der „morphogenetischen Epistemologie“ von Murayama (1977) auf, wonach nicht alle Informationen im genetischen Code festgelegt sind, sondern demzufolge der Organismus einen Katalog von Regeln aufweist und die Informationen im Rahmen einer wechselseitigen Ursache-Wirkungs-Interaktion zwischen Organismus und Umwelt erst generiert werden, wodurch die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit der Organismen erhöht wird (vgl. Rogers, 1980a, 72f). Allerdings hat er diese Annahmen nicht mehr auf sein eigenes Organismus-Konzept übertragen.

die Konstituierung der „subjektiven Realität“ von wesentlicher Bedeutung. Um die komplizierte Verflechtung von physiologischen Prozessen auf der einen Seite und dem organismischen Erleben und der Bedürfnisstruktur andererseits zu erfassen bzw. überhaupt erst in den Blickpunkt zu rücken, ist es notwendig zwischen diesen beiden Ebenen zumindest auf der konzeptionellen Ebene klar zu differenzieren – auch wenn es sich in beiden Fällen um psychische Repräsentationssysteme, also um „innere Realitäten“ handelt. Beide Bereiche, der körperliche und der psychische, entsprechen unterschiedlichen epistemologischen und ontologischen Konzeptionen und können nicht unmittelbar gleichgesetzt werden. Während wir zu unserem Erleben über die Selbsterfahrung direkt Zugang haben, stellt der „Körper“ eine Konstruktion dar, die bestimmt ist von naturwissenschaftlichen anatomischen und physiologischen Erkenntnissen sowie durch die „Körperkultur“ unserer Gesellschaft und ist somit kulturspezifischen Ausprägungen unterworfen. Der Körper funktioniert nach physiologischen und physikalischen Gesetzmäßigkeiten und bewegt sich in den Kategorien von Raum und Zeit, während es bei der Erfahrung um subjektive Bewertungen sowie um Bedeutungs- und Sinnstrukturen geht. So musste auch Freud, der lange Zeit versucht hatte, eine somatisch begründete Psychologie zu entwickeln, widerstrebend eingestehen, dass ihn die Erfahrung im Umgang mit den psychischen Störungen „in eine andere Welt mit anderen Phänomenen und Gesetzen“ führte (1975b, 337).⁶

In der Phänomenologie wird unterschieden zwischen dem „Körper, den wir haben“ und den wir wahrnehmen können, und dem „Leib, der wir sind“ und durch den wir uns selbst und die Welt erfahren (Merleau-Ponty, 1966). Aber auch die leibliche Selbst-Erfahrung wird konstituiert durch unsere Handlungs- und Sprachsymbole, die wir anhand unserer Empfindungen und der Auseinandersetzung mit der Umwelt ausbilden, wie noch darzustellen sein wird.⁷

An der Grenze von Körper und Organismus erfolgt die „Übersetzung“ der physiologischen Prozesse in psychische Vorgänge, die Transformation der äußeren in eine „innere Realität“; hier wird aus dem Körperbedarf ein „Bedürfnis“, indem, wie Lorenzer (1972) schreibt, die somatischen Erfordernisse des Kindes „eingefädelt“ werden in die vorerst vorsprachlichen, d. h. sensomotorisch ablaufenden Interaktionsprozesse mit den primären Bezugspersonen und so kulturell geformt und *sozialisiert* werden. S. Freud hat dies im Rahmen seiner Triebtheorie darzustellen versucht, wobei sowohl die „physiologischen Spannungen“ oder die somatischen Prozesse einbezogen werden als auch die Erfahrungen des Individuums. Für ihn stellt der Trieb einen „Grenzbegriff“ dar; er ist der „psychische Repräsentant“ der aus dem Körper stammenden und in die Seele gelangenden Reize. Er selbst kann jedoch nie „Objekt des Bewusstseins werden, nur die Vorstellung, die ihn repräsentiert [...] Würde der Trieb sich nicht an eine Vorstellung heften oder nicht als ein Affektzustand zum Vorschein kommen, so könnten wir nichts von ihm wissen“ (Freud, 1975a, 136). Im Begriff des „Triebchicksals“ kommen beide Aspekte zum Ausdruck; die biologischen Grundlagen und deren lebensgeschichtliche Ausformung und Bestimmung. Dies zeigt sich besonders im Bereich der Sexualität, wo neurophysiologische Prozesse und Erfahrungen ineinander greifen, die insbesondere geprägt sind durch die sozialen Normen sowie durch gesellschaftlich vorgegebene geschlechts- und altersspezifische Rollenbilder, die schließlich unsere Bedürfnisse, Einstellungen und Handlungen bestimmen (Spielhofer, 1996b). Obwohl Rogers – zurecht – die Triebtheorie der Psychoanalyse als mechanistisch und funktionalistisch ablehnt, bleibt er jedoch selbst mit seinem Konzept des Organismus und dessen mangelnder Offenheit gegenüber Interaktionsprozessen hinter dem psychoanalytischen Ansatz zurück. „Trotz des scheinbar auf Dynamik und Immaterialität hinweisenden Begriffs versteht Rogers die organismische Erfahrung bzw. das Erleben als eine statische, dinghafte psychische Gegebenheit, eine isolierte

5 Die Versuche biologisch-naturwissenschaftliche Konzepte, wie das der Systemtheorie für die Erklärung „organismischer“ Prozesse und Strukturen heranzuziehen und damit die Persönlichkeitstheorie des klientenzentrierten Ansatzes „wissenschaftlich“ zu begründen, setzen an diesem „biologistischen Selbstmissverständnis“ Rogers' an (Kriz, 1989, 1994; Höger, 1990, 1993). Auch Biermann-Ratjen et al. (1995, 64) schreiben: „das Klientenzentrierte Konzept ist sowohl mit Modellvorstellungen der modernen Naturwissenschaften, insbesondere mit denen der Physik („Synergetik“) und denen der Neurobiologie („Autopoiese“), als auch mit systemtheoretischen Modellvorstellungen kompatibel“ und: „Die Parallelen zu den Auffassungen von Rogers bezüglich des psychotherapeutischen Prozesses sind nicht übersehbar“. Wie diese naturwissenschaftlichen Modellvorstellungen und die darin enthaltenen Gegenstandsbestimmungen und Wirklichkeitskonstruktionen vereinbar sein sollen mit den phänomenologisch-existenzialistischen Annahmen in der klientenzentrierten Psychotherapie bleibt ungeklärt (Kwiatkowski, 1980; Spielhofer, 1995). Offen bleibt auch, wie anhand „struktureller Kopplungen“ empathisches Verstehen oder personale Begegnung begründet oder wie anhand anonym miteinander kommunizierender Systeme die Konstitution des autonomen, selbstbestimmten Subjekts dargestellt und erklärt werden soll. Vielmehr geht damit die Person als ontische Gegebenheit verloren hinter selbstreferenziellen Prozessen; Gesundheit und Krankheit werden zu Modalitäten des zirkulären Fragens. Gegenstand ist nicht mehr die psychische Realität des Klienten, sondern sind die Erzählungen darüber.

6 So betont auch Metzinger (1993, 210): „Das Subjekt psychologischer Eigenschaften scheint niemals in einem Körper oder in einer sonstigen objektiv-wissenschaftlich zu beschreibenden Substanz aufgehen zu können [...] Nirgendwo in einer noch so detaillierten Beschreibung meines Körpers oder meines Gehirns ist Raum für die Tatsache, dass die eng mit seinen Zuständen korrelierten oder sogar durch es erzeugten Zustände seine Zustände sind“ (zit. nach Wallner, 1999, 213).

7 In den neueren Erkenntnistheorien wird unterschieden zwischen der „Realität“ als ontische Gegebenheit, die vor oder abseits unserer Erfahrung existiert, das „Ding an sich“ nach Kant, das wir nicht erkennen können, und der „Wirklichkeit“ oder den Wirklichkeitskonstruktionen als unser kollektives Wissen von der Welt, die wir in Auseinandersetzung und im praktischen Umgang mit den Dingen sowie in Kommunikation mit den Menschen entwickeln. Die „Wirklichkeit“ wird noch unterteilt in die „Lebenswelt“ (nach Husserl) oder unser Alltagsbewusstsein und in die Wissenschaften, wo wir es mit theoretischen Konstruktionen und Modellen zu tun haben. Beide Bereiche stehen aber in enger Beziehung zueinander, da die wissenschaftlichen Erkenntnisse ihre Grundlage und ihren Ausgangspunkt in der „Lebenswelt“ haben und auf diese zurückwirken oder zurückwirken sollten (Wallner, 1992; Sluneco, 1996; Spielhofer, 2000).

Struktur, die keine Wechselbeziehung zur Umwelt aufweist“ (Kreuter-Szabo, 1988, 112).

Da der Mensch über keine instinktgebundenen Reaktionsmuster verfügt, sondern nur über Prädispositionen, müssen wir davon ausgehen, dass die kindliche Psyche vorerst nur einen ungeordneten Komplex von Bedürfnisimpulsen und Reizverarbeitung darstellt, bis die ersten elementaren wiederkehrenden Interaktionserfahrungen mit den primären Bezugspersonen zu frühen Formen von Erlebnismustern führen und sich erste Strukturen und Instanzen herausbilden. Aus diesen bruchstückhaften und vagen Erinnerungsbildern der Interaktionssequenzen entstehen allmählich nicht nur die mehr oder weniger konsistenten und realistischen Bilder unseres Selbst und unserer Beziehungen zur Umgebung, sondern auch unsere Bedürfnismatrix sowie unsere Wünsche und Phantasien. Es gilt daher festzuhalten: Bedürfnisse und organismisches Erleben insgesamt sind Produkte einer dialektischen Auseinandersetzung, nicht ontische Gegebenheiten, sie verweisen zurück auf Natur, auf Körperbedürfnis. Aber auch diese sind nie *bloße* Natur, sondern stehen immer schon unter dem Einfluss der Auseinandersetzung mit der Umwelt insbesondere in der Mutter-Kind-Dyade. Dabei sind die gesellschaftlich vorgegebene Praxis der Erziehung, der Mutter- und Vaterrolle von Bedeutung sowie die sprachlichen Muster, in die diese Praxisanweisungen und Handlungsmuster eingebettet sind.

„Wenn wir Sprache als das zentrale Regelsystem ansehen, in dem die Regeln der Interaktion objektiv aufbewahrt sind, so wird deutlich, dass wir auch für den Fall der vorsprachlichen Einübung des Zusammenspiels in der Mutter-Kind-Dyade die Relevanz von Sprache für mütterliches Handeln implizit mitzudenken haben“ (Lorenzer, 1972, 71).

Diese Interaktionssequenzen zwischen Mutter und Kind werden in der Folge benannt, *symbolisiert*, wobei aus spielerisch eingeführten „Brabellauten“ bestimmte Lautgestalten in die sensomotorischen Prozesse eingeflochten werden, und damit kommt es zur Verschmelzung bestimmter Situationen oder Handlungssequenzen mit Worten. Auf diese Weise wird erst eine gewisse Differenzierung des Wahrnehmungs- und Erlebnisfeldes sowie eine klare Trennung der eigenen Person und der Umgebung möglich. Die sprachlichen Begriffe, die von der Sprachgemeinschaft bereitgestellt werden, sind nicht nur Zeichen, die den Dingen oder Situationen angeheftet werden, um sie benennbar und mittelbar zu machen, sondern sie konstituieren die Dinge unseres Erlebens. Mit der Semantik und Syntax unserer Sprache erwerben wir auch die Weltsicht, d. h. die Art der Wahrnehmung und Interpretation der Dinge sowie den Umgang mit ihnen. Jene Erfahrungen, die nicht in die gemeinsame Sprache aufgenommen werden und dort nicht repräsentiert sind, können nicht symbolisiert werden und sind damit aus dem Bewusstsein ausgeschlossen.

Die *Semiotisierung* der menschlichen Natur erfolgt durch die Vergesellschaftung der *polymorphen* biologischen Körperbedürfnisse, durch die Einbindung des Individuums in das kulturell überlieferte System von Interaktionsmuster, Rollenzuschreibungen und

„Sprachspiele“ (Wittgenstein). Die Psychopathologie zeigt uns allerdings auch, dass diese Austauschprozesse in der Mutter-Kind-Dyade, die „Einfädeltung“ der Körperbedürfnisse in die gemeinsame Interaktion misslingen können, indem der Toleranzbereich der kindlichen Anpassungsfähigkeit überfordert wird. Im Normalfall versucht das Kleinkind bei Versagererlebnissen durch Artikulation seiner Not die entsprechenden Handlungen der Bezugsperson, die zur Befriedigung seiner Bedürfnisse führen, einzufordern. Werden diese Botschaften des Kindes nicht beantwortet oder kommt es zu abrupten Veränderungen, wie etwa beim Abstillen, so wird der Austausch zwischen Mutter und Kind gestört. Es kommt zu Brüchen und schmerzlichen Erfahrungen, die nicht verarbeitet und vielfach noch nicht in die vorerst vage und fragmentarische Selbststruktur integriert werden können. Diese Interaktionserfahrungen müssen daher oft abgewehrt oder können nur verzerrt wahrgenommen werden, wodurch in der Folge auch eine Symbolisierung dieses Erlebens erschwert oder unmöglich wird.

Dieser wichtige und entscheidende Vorgang für die Ausbildung psychischer Strukturen sowie für die Einsozialisierung unserer Bedürfnisse und unseres organismischen Erlebens fällt bei Rogers aus dem Blickfeld, indem er beide Bereiche undifferenziert in eine biologische Entwicklungstendenz subsumiert. Eisenga (1982) kritisiert diese biologistische Sichtweise, indem sie feststellt: „Rogers' Theorie hat keine andere Struktur als die weite Metapher des Wachstums, sodass die Regeln, nach welchen das menschliche Wachstum verläuft, nahezu fehlen“ (zit. n. Wijngaarden, 1989, 12). Es fehlen daher auch Konzepte über die Entwicklung und die Ausformung von Motiven oder Bedürfnisstrukturen im Rahmen der Interaktionsprozesse, insbesondere in den ersten Lebensjahren. Aber gerade die Matrix unserer Bedürfnisse oder die Motivationsstruktur stellen den Angelpunkt zwischen körperlichen Prozessen und den lebensgeschichtlichen Erfahrungen, zwischen Natur und unserem Erleben dar, in die unsere Interpretationen, Bedeutungszuschreibungen und Lebensentwürfe eingehen. Bedürfnisse können daher nicht konzipiert werden als Ausdruck einer biologischen Tendenz im Organismus, sondern als Ergebnis lebensgeschichtlicher Erfahrungen, als Produkt einer dialektischen Vermittlung von Kausalität und Intentionalität. Auf der Grundlage einer undifferenzierten, von Entwicklungsprozessen abgekoppelten Aktualisierungstendenz ist es auch nicht möglich eine differenzierte und genuin personenzentrierte Persönlichkeitstheorie oder Störungslehre zu entwickeln, die die Reflexivität und Selbstbestimmung des Menschen berücksichtigt.

Die Aktualisierungstendenz als Potential des Gesamtorganismus hin zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten, zur Erhaltung, Wachstum und Differenzierung, stellt das zentrale Moment in der Theorie Rogers dar. Gleichzeitig ist sie aber auch, wie Höger (1990, 34) feststellt, „der Punkt, an dem sich die massivsten Zweifel am klientenzentrierten Konzept immer wieder neu kristallisieren“. Sie sollte als das gesehen werden, als was sie bereits von verschiedenen Autoren bezeichnet wird, als „übergeordnetes Sinnprinzip“ (Höger,

1990, 39) oder einfach als „Lebensprinzip“. Mit dieser „Präzisierung“, schreibt Pfeiffer (1995a, 52), „ist es dann wohl gerechtfertigt, von der ‚aktualisierenden Tendenz‘ in vereinfachender Rede wie von einer motivierenden Kraft zu sprechen“, wobei er auf Rogers verweist, der ebenfalls festhält, dass es „um die Natur des Prozesses geht, den wir Leben nennen“ (1980, 117f). Die Aktualisierungstendenz stellt somit vor allem ein zentrales Axiom der klientenzentrierten Psychotherapie dar und ist Ausdruck eines positiven und ganzheitlichen Menschenbilds und zu einem „Markenzeichen“ der klientenzentrierten Psychotherapie geworden.

Selbsterfahrung und Selbstbewusstsein im personenzentrierten Ansatz

Zu unserem organismischen Erleben haben wir nur Zugang über die Selbsterfahrung, wobei jener Teil des Erlebens, der mit dem Selbstkonzept im Einklang steht, symbolisiert wird und damit in unser Bewusstsein gelangt. Das Selbst ist nach Rogers das bewusste oder bewusstseinsfähige Bild von der eigenen Person und ihren Beziehungen zur Umwelt, sowie die damit verbundenen Bewertungen. Es entwickelt sich im Zuge der Auseinandersetzung des Kindes mit der Umwelt, insbesondere „als Resultat wertbestimmter Interaktion mit anderen“ (Rogers, 1951a, 430). Die Konstituierung des Selbst basiert auf der im Organismus angelegten Tendenz zur Differenzierung und der Fähigkeit des Individuums einen Teil seines Erlebens wahrzunehmen und zu symbolisieren, die Bewusstheit des eigenen Seins und Wirkens zu erlangen. Obwohl das Selbst von Rogers als eine in ständigem Veränderungsprozess begriffene Gestalt beschrieben wird, hat es eine „organisierte, fließende, aber durchweg begriffliche Struktur“ (1951a, 430).

Ein wichtiger Faktor bei der Konstitution des Selbst ist das Bedürfnis nach positiver Beachtung (*need for positive regard*). Um die Zuwendung der Mutter oder anderer Bezugspersonen zu erhalten, die für das Kind lebenswichtig ist, verzichtet es auf die eigenen Bedürfnisse und organismischen Erfahrungen. Damit werden die Bewertungen, die das Kind seiner Erfahrung zuschreibt, nicht mehr allein vom Organismus aus begründet, sondern es übernimmt die Werte seiner Umgebung, die es in der Folge ebenso real erlebt, wie die eigenen organismischen Bewertungen. „Aus diesen beiden Quellen – dem direkten Erfahren durch das Individuum und der verzerrten Symbolisierung von Sinnes-Reaktionen, als Folge der Introjektion von Werten und Konzepten [...] erwächst die Struktur des Selbst“ (Rogers 1951a, 432). Bereits in einem frühen Stadium, wenn es die Interaktion mit der Umgebung aufnimmt, bildet das Kleinkind, nach Rogers, nicht-verbale und unbewusste Konzepte über sich und seine Beziehung zur Umwelt aus, gleichsam als Vorläufer oder Bruchstücke eines Selbstkonzepts (1961a, 430). Er hat jedoch nicht weiter untersucht, wie sich diese nonverbalen Konzepte außerhalb des Bewusstseins konstituieren und wie sie

schließlich symbolisiert werden. Keil (1996, 8) schreibt dazu in seinem Skriptum zur Persönlichkeitstheorie Rogers', „dass das Kind nicht einfach Werte ‚übernimmt‘ oder aufgedrängt bekommt, sondern dass [...] das Kind von sich aus (Selbst-) Bewertungsbedingungen kreiert“ und zwar vorwiegend aufgrund des Bedürfnisses nach positiver Beachtung. Auch Rogers (1959a, 24) bemerkt dazu, „dass alle Wahrnehmung (und ich würde hinzufügen, alle Gewahrnehmung) von transaktionaler Natur sind; dass sie insofern eine Konstruktion aus unserer eigenen Vorerfahrung [...] sind“.

Die Entwicklung des Selbstkonzepts mit den übernommenen Wertungen und sozialen Konstrukten erfolgt allerdings nicht analog zur aktualisierenden Tendenz. Insbesondere bestimmte Formen oder Intensitäten von Aggressivität oder Sexualität werden zwar (unbewusst) kommuniziert, dürfen aber nicht symbolisiert und bewusst wahrgenommen werden – sie sind aus der gemeinsamen verbalen Kommunikation ausgeschlossen, *exkommuniziert*. Diese uneingestanden Inhalte fließen indirekt oder „maskiert“ in die Interaktion ein, wie etwa in den „double-bind“ Reaktionen der Eltern gegenüber den Kindern, bei denen Mitteilungen auf der Ebene des Verhaltens oder des körperlichen Ausdrucks im Widerspruch stehen zu verbalen Mitteilungen. Rogers spricht auch von Handlungen, die als ich-dyston, als fremd erlebt werden, weil sie nicht dem Selbstbild entsprechen und daher nicht eingestanden werden können. Dieses indirekt und unbewusst kommunizierte Erleben wird allerdings ebenfalls vom Kind unterschwellig wahrgenommen und als Erfahrung gespeichert. „Wenn das Kleinkind die Interaktion mit seiner Umgebung aufnimmt, fängt es an, Konzepte über sich selbst, über seine Umgebung und über sich selbst in Beziehung zur Umgebung zu bilden. Zwar sind diese Konzepte nicht-verbal und dem Bewusstsein vielleicht nicht gegenwärtig, aber das hindert sie nicht daran als leitende Prinzipien zu funktionieren ...“, schreibt Rogers (1951a, 430). Diese unbewussten Konzepte sind sehr oft widersprüchlich und unvereinbar mit dem bewussten Teil des Selbst und führen damit nicht nur zur Ausbildung von Inkongruenz, sondern behindern auch die Konstituierung eines konsistenten, einheitlichen Selbstkonzepts bzw. ermöglichen ein solches nur um den Preis der Unterdrückung und Verzerrung von (Selbst-) Erfahrung.

Ursprünglich hat Rogers das Selbst nicht als ein Konzept zur Erklärung und Darstellung von psychischen Phänomenen oder als „theoretisches Konstrukt“ eingeführt, sondern er hat erst aufgrund von Aussagen in den Therapien erkannt, „dass das Selbst ein wichtiges Element in der Erfahrung des Klienten war“ (1959a, 27). Schwierigkeiten bei der Bestimmung des Selbst ergeben sich u.a. dadurch, dass Rogers diesen Begriff in unterschiedlicher Weise verwendet bzw. auf unterschiedlichen Ebenen der Abstraktion ansiedelt; so auf der Ebene der Alltagssprache, auf der sich der therapeutischen Dialog vollzieht („ich habe das Gefühl, nicht ich selbst zu sein“); als „theoretisches Konstrukt“ zur Klassifikation von bestimmten beobachtbaren Ereignissen, die unter einen Begriff subsumiert werden, wie „Selbstachtung“ und schließlich als „zentraler

Begriff unserer Theorie“ (Rogers), d. h. als Konzept zur Darstellung und Begründung psychischer Prozesse. Auch hinsichtlich der Definition, Bedeutung und der Funktion des Selbst bleibt Rogers widersprüchlich. So bezeichnet er es einmal als „ein Zusammenschluss von Wahrnehmungsmustern“ (1977b, 121) oder als „mögliche Erscheinungsform dieser organismischen Tendenz“, und es „*tut* selbst nichts“ (1959a, 22), oder: „Wir begannen das Selbst als Bereich zu verstehen, in dem der Organismus Erfahrungen aussortiert, die vom Bewusstsein nicht problemlos zugelassen werden können“ (ebd.). Andererseits spricht Rogers von den „Funktionen des Selbst“ wie „seinen regulierenden Einfluss auf das Verhalten“ oder es verhindert selbst „das Eindringen einer Erfahrung, die im Widerspruch zu ihr steht“ und reagiert dabei „wie ein Stück Protoplasma, wenn ein Fremdkörper eindringen will – sie [die Struktur des Selbst] bemüht sich, das Eindringen zu verhindern“ (1951a, 436).

Wie bereits erwähnt setzt die Konstituierung eines Selbst aus den vorerst vagen und bruchstückhaften Eindrücken als Vorläufer eines Selbstkonzepts bereits eine organisierende und synthetisierende Instanz, ein Subjekt oder „Ich“ voraus, das aus diesen Bruchstücken ein geschlossenes, konsistentes Selbstbild gestaltet. Auf welche Weise werden nun die Selbsterfahrungen des Individuums gebildet, ausgewählt und zu einem Selbstbild zusammengefügt? Die Bedingungen für die Konstituierung unseres Selbstbewusstseins und unserer Selbsterfahrungen sind nicht empirisch fassbar, sie existieren als *transzendente* Bedingungen jenseits unserer Erfahrung und bilden deren Voraussetzung. Es handelt sich dabei um philosophische Konstruktionen, die dem abendländischen Denken der Neuzeit entstammen.

Bei der Konstituierung des Bewusstseins kommen nach E. Husserl, dem Begründer der Phänomenologie, Voraussetzungen ins Spiel, wie die Kategorien der Anschauung und des Verstandes, die bereits von Kant festgesetzt wurden. Hinter diesen *transzendentalen Bedingungen*, die den Bewusstseinsakten zugrunde liegen, steht das Ich als Zentrum, als „Identitätspol“ im Strom des Bewusstseins. Dieses *transzendente Ego* stiftet nicht nur den Zusammenhang und die Struktur der Bewusstseinsakte, sondern konstituiert auch einen inhaltlichen Zusammenhang, eine Sinnstruktur entsprechend der Bedeutung der Dinge für das Individuum. Die Konstitution der Welt im Bewusstsein des Subjekts erfolgt also auf der Ebene der Sinnggebung und der symbolischen Darstellung, d. h. die Gegenstände und Personen unserer Umgebung erscheinen vermittelt durch unsere Bedürfnisse und die subjektive Intentionalität, eingebunden in eine Sinn- und Bedeutungsstruktur und nicht in ihrer reinen Faktizität oder Gegenständlichkeit. Das *Ich* ist daher bei Husserl – im Unterschied zu Descartes und auch zu Kant – kein reines abstraktes *Cogito*, die bloße Voraussetzung und der archimedische Punkt unserer Erkenntnis und Selbstgewissheit, sondern es bestimmt sich auch inhaltlich, durch die Wesenheit der Dinge, die es umfasst und durch die Entscheidungen, die es trifft; es ist nicht nur *Cogito*, sondern beinhaltet auch das *Cogitatum*, das Gedachte (Husserl, 1963, 67)

Wesentlich für die Erfahrung der Welt, wie auch meines Selbst ist für Husserl die „Leiblichkeit“, die sinnliche Wahrnehmung meines Körpers und durch meinen Körper der Umwelt, zu der er in Kontakt steht. Der Leib ist Schnittpunkt von Ich und Umwelt, wir nehmen die Welt mit dem Leib wahr und sind durch unsere Leiblichkeit in der Welt. Im Gegensatz zu allen anderen Dingen der Umwelt ist der eigene Körper nicht nur Körper, sondern „*eben* Leib, das einzige Objekt innerhalb meiner abstraktiven Weltgeschichte, dem ich erfahrungsmäßig Empfindungsfelder zurechne [...] das einzige, in dem ich unmittelbar schalte und walte“ (Husserl, 1963, 83). Der Leib ist nicht wie der Körper durch die Haut begrenzt, sondern geht darüber hinaus; die Erfahrung der „Räumlichkeit“ und die Bedeutung der einzelnen Teile ändern sich, je nach Intention, Situation oder Aktivität dynamisch. Merleau-Ponty (1966, 173) verwendet das Beispiel des Stocks, um diesen Unterschied von Körper und Leib zu illustrieren: Für einen blinden Menschen ist der Stock kein Gegenstand der Umwelt, den er wahrnimmt, sondern vor allem ein Mittel, mit dem er die Umwelt wahrnimmt und sich orientiert; es ist eine Erweiterung seiner Leiblichkeit.

Unser Bewusstsein ist somit kein isoliertes, solipsistisches Bewusstsein, sondern das Ich ist immer *intentional* auf ein Anderes, auf ein Gegenüber angelegt. Lange bevor das Bewusstsein von sich selbst weiß, als Selbst-Bewusstsein in Erscheinung tritt, ist es auf die Außenwelt gerichtet, auf das Gegenüber; *das Wissen von den Anderen geht dem Selbstwissen voraus*. Husserl weist darauf hin, dass sich das Ego nicht als „Ich selbst“ konstituiert, sondern als sich in meinem eigenen Ich spiegelndes *Alter Ego*. „Der Andere verweist seinem konstituierenden Sinn nach auf mich selbst, der Andere ist Spiegelung meiner selbst“ (Husserl, 1963, 98). Den unmittelbaren Bedürfnissen und Intentionen des handelnden Subjekts wird bei Husserl und auch bei Heidegger mehr Bedeutung bei der Konstituierung des Selbstbewusstseins eingeräumt, als der Selbstreflexion. Damit wird der Sinn und die Bedeutung unseres Handelns und Strebens nicht mehr aus der Vernunft oder unserem reflexiven Selbstbewusstsein abgeleitet, sondern aus dem präreflexiven Bewusstsein unserer Bedürfnisse und unserer Erfahrungen. Für Merleau-Ponty (1966) gehören daher nicht nur die konstituierenden Voraussetzungen des Bewusstseins zu den transzendentalen Bedingungen unserer Erfahrung, wie bei Kant, sondern auch die Welt, in die wir *geworfen* sind und die bereits für uns durch unsere Bedürfnisse und unser Gerichtet-sein eine Bedeutung hat, bevor wir ihr eine solche geben können. Dieses Konzept einer präreflexiven Konstitution des Subjekts auf der Basis unserer leiblichen Erfahrung findet sich auch bei Rogers. Auch hier sind das organismische Erleben und die frühen Interaktionserfahrungen sowie die sich daraus entwickelnden nicht-verbalen und unbewussten Konzepte, Grundlage und Voraussetzung der Selbsterfahrung und unseres Selbstbildes.

Husserl bezieht sich dabei unter anderen auf W. James, der sich als einer der ersten mit dem Selbst als psychologischem Phänomen beschäftigt hat („*The Principles of Psychology*“, 1890). Auch für

W. James liegt der zentrale Teil des Selbstseins in den leiblichen Gefühlen: „Das fühlbarste Selbstsein ist das leibliche Selbstsein. Der eigene Leib ist der Kern des Erlebnisstroms. Er ist in besonderer Weise ‚das Meine‘: ich selbst“ (1890, 319).

„Im reflexiven Erleben kommt der Leib zu sich selbst, entdeckt seinen Ursprung, als Urgrundlage, als Ich. Er entdeckt dann gleichfalls, dass seine Ursprünglichkeit und Spontaneität bereits vorgegeben sind und nicht erst durch die Reflexion entstehen. Der Leib hatte schon ‚Bewusstsein‘, ein vor-reflexives Bewusstsein, eine (im Hinblick auf die Reflexion) implizite Intentionalität. ... Der Leib entdeckt sich als ein Ich, das schon da war, das seinen Ursprung in einer Vorzeit hat, die es sich nicht mehr aneignen kann, zu der die Reflexion nicht mehr zurückreicht. Er entdeckt sich auf eine Zukunft hin, die er sich als sein eigenes Ende ebenso wenig aneignen kann“ (James, 1893; zit. n. Ludwig-Körner, 1992, 26).

Auch James unterscheidet zwischen einem empirischen Ich, als das ich mich erfahre, und dem transzendentalen Ich, als Voraussetzung dafür, dass ich mich selbst erfahren kann. Er stellt sich auch die Frage, wie das „Ich“ sich das „Selbst“ oder „Mich“ aneignen, wie es sich selbst erfahren kann. Hier taucht bereits die „Spiegel-Metapher“ (*mirroring*) auf, wie sie dann vor allem bei den Philosophen E. Husserl, M. Heidegger und J. P. Sartre sowie bei Analytikern wie D. Winnicott, H. Kohut und J. Lacan dargestellt worden ist. Vor allem durch unsere Bedürfnisse und unsere Bedürftigkeit sind wir von Beginn an auf den Anderen, z. B. die Mutter, bezogen. Das Kleinkind reagiert sensibel auf ihr Verhalten sowie vor allem auf ihren Gesichtsausdruck und ihre Stimme. So sind für Winnicott (1985) die ersten Selbstwahrnehmungen des Kindes die Spiegelungen dessen, was es in den Augen der Mutter sieht. Die einfühlsame Mutter ist in der Lage den Blick des Kindes zu bestätigen, ihm Wärme und Geborgenheit zu vermitteln und kommt den Bedürfnissen des Kindes empathisch entgegen. Im negativen Fall sieht das Kind Abwehr und Ablehnung; das Gesicht der Mutter ist ohne Antwort, der Spiegel bleibt leer.

Erst durch die Reaktionen der Mitmenschen komme ich zu einem Bild von mir selbst, erfahre ich mich als Person. So betont J. P. Sartre, dass wir nur in dem Maße uns selbst bewusst werden, in dem wir vom Anderen wahrgenommen werden; erst durch den Blick des Anderen vermag sich ein Subjekt soweit auf sich zu beziehen, dass es zu einem Bewusstsein von sich selbst gelangen kann. Dadurch sind wir gleichzeitig der Entfremdung ausgesetzt, da sich unser Selbstbewusstsein im Horizont der Wahrnehmung und Bewertung des Anderen konstituiert: „Die Person ist dem Bewusstsein gegenwärtig, insofern sie Objekt für andere ist. Das bedeutet, dass ich mit einem Male Bewusstsein meiner selbst habe, soweit ich mir entgehe ...“ (Sartre, 1980, 148). In diesem Sinne schreibt auch Rogers, dass die Bewertungen der Mitmenschen, die *Conditions of worth* das Selbsterleben konstituieren.

Unsere Selbst-Erfahrung wird nicht nur durch unsere bewussten, symbolisierten Wahrnehmungen bestimmt, sondern auch durch affektive präverbale und präkonzeptuelle sowie abgewehrte Inhalte, die nicht der Gewährleistung zugänglich sind, sondern

sich oft nur durch Rigidität, Ängstlichkeit oder Spannungserlebnisse manifestieren. Es handelt sich dabei um Erfahrungen, die im Rahmen der sozialen Interaktion ausgebildet worden sind und die entweder nicht in die gemeinsame sprachliche Kommunikation aufgenommen wurden oder die abgewehrt werden müssen, weil sie mit den internalisierten Normen und unseren Selbstbildern nicht übereinstimmen. Rogers selbst weist darauf hin, dass nicht alles Erleben „immer ins Bewusstsein vor[dringt], aber es manifestiert sich auf der leiblichen Ebene und beeinflusst unser Verhalten“ (1977b, 121). Auch diese Anteile „funktionieren als leitende Prinzipien“, wie Rogers schreibt, d. h. sie stellen die affektive, organismische Basis, das *Implizite, Mitgemeinte* (Husserl) für unser Selbsterleben dar. Rogers hat dies anhand des Bildes vom Springbrunnen illustriert, wo „nur die oberste Spitze des Wasserstrahls [...] zeitweilig vom flackernden Licht des Bewusstseins erhellt wird, aber der Strom des Lebens fließt auch in der Dunkelheit weiter“ (1977a, 273).

Zur Darstellung und Begründung unserer oft unterschiedlichen und zum Teil widersprüchlichen Selbsterfahrungen und um die sowohl in der klinischen wie auch in der theoretischen Diskussion zunehmend an Bedeutung gewinnenden „Selbstopathologien“ angemessen beschreiben und erklären zu können, erscheint es mir notwendig neben den bewussten oder bewusstseinsfähigen Erlebnisgehalten auch die nicht oder desymbolisierten Erlebnisse bei der Konzeption des Selbst zu berücksichtigen, da diese Anteile ebenfalls unser Selbsterleben beeinflussen und bestimmen.⁸ Rogers hat sich diese Frage ebenfalls gestellt und es als eine „legitime Art der Abstraktion“ bezeichnet, diese unbewussten Anteile einzubeziehen. Er hat es jedoch für sich als nicht sinnvoll angesehen, „weil hierzu bisher keine operationalen Definitionen formuliert werden können“ (1959a, 28). Hier gewann offensichtlich der empirisch naturwissenschaftliche Forscher die Oberhand vor dem Phänomenologen und humanistischen Psychologen.

Das Subjekt von Selbsterfahrung und Selbstbestimmung

Soweit sich Rogers dazu äußert, wird das erkennende und sich selbstbestimmende Subjekt oder das transzendente Ich dem Organismus subsumiert: „Der Organismus ist selbstbestimmt. In seinem normalen Zustand strebt er nach seiner eigenen Entfaltung und nach Unabhängigkeit von äußerer Kontrolle“, betont Rogers (1977a, 267). So werden bei ihm auch (Selbst-)Aktualisierung der organismischen Tendenzen und Selbstverwirklichung gleichgesetzt: „Wir sprechen von der Tendenz des Organismus, sich in Richtung

⁸ Vgl. dazu P. Panagiotopoulos; Inkongruenz und Abwehr (1993), sowie auch den Beitrag von K. Heinerth; Geleugnete oder verzerrte Symbolisierung. Ein Beitrag zur klientenzentrierten Störungslehre. Vortrag, gehalten am Jubiläumssymposium in Salzburg, Feber 2000.

Reife – so wie Reife für jede Spezies definiert ist – zu bewegen. Dies beinhaltet Selbstaktualisierung oder Selbstverwirklichung ...“ (1951a, 422). Damit beinhaltet die Aktualisierungstendenz nicht nur alle organismischen und psychischen Bedürfnisse, „unbewusste, organische Prozesse wie die Regulierung der Körpertemperatur“, sondern auch „solch einmalig menschliche und intellektuelle Funktionen wie die Wahl von Lebenszielen“ und „er [der Organismus] bewegt sich in Richtung auf größere Unabhängigkeit oder Selbstverantwortlichkeit“ (ebd.). Auf der Basis eines derart umfassenden und unstrukturierten Organismus-Konzepts wird es allerdings schwierig, Selbsterfahrung und Selbstreflexion darzustellen und zu begründen, bei dem ein Ich oder Subjekt die Wahrnehmung oder Betrachtung auf sich selbst richtet, sich selbst zum Objekt macht. Dieses Subjekt kann jedenfalls nicht als Funktion einer vorgegebenen organismischen Tendenz betrachtet werden, da wir uns auch unserem organismischen Erleben gegenüber verhalten und Stellung beziehen und nicht einfach davon bestimmt werden.

Es erscheint außerdem problematisch, jene Instanz, die zwischen unserem Erleben und den internalisierten Bewertungsbedingungen zu vermitteln hat, dem organismischen Erleben selbst zuzuordnen. Damit repräsentiert die Aktualisierungstendenz nicht nur den organismischen Bewertungsprozess, also jene Bestrebungen, die zur Erhaltung, zum Wachstum und zur Differenzierung des Organismus beitragen, sondern sie hat gleichzeitig auch die Inkongruenz wahrzunehmen und gegebenenfalls Wahrnehmungen sowie das eigene (organismische) Erleben zu blockieren, um sie dem Bewusstsein fernzuhalten. Dieser Prozess vollzieht sich nach Rogers unterhalb unserer Bewusstseinsschwelle, *subliminal*. Dies trifft jedoch nicht immer zu, da wir uns auch zum Teil bewusst entscheiden können, und zwar sowohl gegen unsere organismischen Bewertungen als auch gegen soziale Erwartungen, wie dies auch Rogers in mehreren Beispielen anführt. Das heißt wir können auch unserem organismischen Erleben gegenüber Stellung nehmen und uns bewusst entscheiden. Aus existenzphilosophischer Sicht stellt sich vor allem die Frage nach der Weise der Aneignung von Werten, wie Zurchorst (1988, 184) betont: „Genauer gesagt: Vertrete ich Werte auf dem Hintergrund erzwungener Introjekte, also dass entweder andere oder meine vorgegebene Natur mich gezwungen haben, immer positiv, sozial, vorwärtsgerichtet, rational und realistisch zu sein oder will ich selbst in dieser Weise existieren? Jede Berufung auf einen naturhaft-wertenden ‚Ich-Kern‘ wäre geradezu eine Verletzung des Selbstbestimmungsprinzips“.

Es erscheint mir daher für die Darstellung des Menschenbildes sowie auch für die Entwicklung einer Persönlichkeitstheorie notwendig, das sich selbst reflektierende und autonom entscheidende Subjekt aus der Verflechtung eines biologisch gefassten Organismus herauszulösen und es als eigene Instanz zu etablieren, als System von psychischen Funktionen, wie Wahrnehmen, Denken, Bewertung und Integration von Erfahrungen sowie Treffen von Entscheidungen. Dieses Subjekt hat die organismischen Bedürfnisse und Wün-

sche des Individuums mit den Anforderungen der Realität in Einklang zu bringen, sei es durch Rückstellung oder Modifikation der Bedürfnisse oder durch Veränderung der Umweltbedingungen. Auch in der Therapie treten wir in Kontakt mit dem Subjekt oder Ich des Klienten, um dessen Selbstempathie und Selbstexploration zu fördern.

Unberücksichtigt bleibt bei Rogers auch die Diskussion der Möglichkeiten und der Bedingungen von Selbsterkenntnis und Selbstreflexion, vor allem angesichts der Tatsache, dass unsere (Selbst-)Wahrnehmung nicht nur verzerrt und zum Teil blockiert ist, sondern auch geprägt wird durch die gesellschaftlich vorgegebenen Begriffe und Sichtweisen, die unser Weltbild oder unsere „Lebenswelt“ (Husserl) konstituieren. Wie der französische Philosoph M. Foucault schreibt, war es im Laufe der Geschichte ein schmerzhafter Weg „bis das Selbst, der identische, zweckgerichtete, männliche Charakter des Menschen geschaffen war, und etwas davon wird noch in jeder Kindheit wiederholt“ (1988, 13). Wir können uns immer nur im Sinne der internalisierten Einstellungen und Bewertungen wahrnehmen, entsprechend unserer Selbststruktur und sind uns damit stets (mehr oder weniger) selbstentfremdet. „Weil die tatsächliche Erfahrung bedrohlich für das Selbstkonzept ist“, betont Rogers (1959a, 53) „wird diese Erfahrung abgeleugnet, und es entsteht eine neue symbolische Welt, die das Selbst bestärkt. Dadurch wird jedoch das Erkennen der wirklichen Erfahrung völlig vermieden“. Dieser Zwang zur Übernahme eines gesellschaftlich vorgegebenen Selbstverständnisses und der normierten Rollenzuschreibungen führt zur Ausgrenzung alles Irrationalen, Subversiven und Heterogenen, alles was in einer an Leistung und Zweckrationalität orientierten Gesellschaft als dysfunktional erscheinen muss. Damit wird unser Selbstkonzept zu einer rigiden, zwanghaften Instanz mit allen anankastischen Mechanismen wie Verleugnung, Isolierung und Verzerrung von Erlebnissen sowie der Rationalisierung, d. h. Rechtfertigung der Fehlanpassung unseres Verhaltens. Aufgrund unseres präformierten Selbstbildes können wir bestimmte Anteile unseres organismischen Erlebens sowie auch unserer Selbsterfahrung nicht (selbst-)reflexiv erfassen, sondern wenn, dann nur im Dialog, wo die abgewehrten und uneingestanden Bedürfnisse und Ängste meist indirekt zum Ausdruck kommen, wie in den (Re-)Inszenierungen oder den Rollenzuschreibungen an den Therapeuten, und sich auf diese Weise indirekt „Gehör“ zu verschaffen suchen (Lorenzer, 1974, 1983; Spielhofer, 1999).

Wir können daher in der Therapie nicht auf eine „grundlegende innerorganische Erfahrung“ rekurrieren, wie Rogers betont, oder auf ein unverfälschtes „organismisches Selbst“, als Prozess, „durch den man mit seinem eigenen Organismus eins wird – ohne Selbstbetrug und Verzerrung“ (1961a, 110). Unsere menschliche Natur wird von Beginn an geformt und inhaltlich bestimmt durch die Einflüsse der Gesellschaft und ihrer Institutionen, wie Erziehung, Familie, Sprache usw. Wir können daher nicht auf unsere „natürlichen“ Potenziale oder auf ein wahres Selbst zurückgreifen,

gleichsam auf ein Referenzsystem, an dem wir die jeweils konkreten Eigenschaften und Fähigkeiten vermessen und bewerten. Die *fully functioning* Persönlichkeit ist ein Entwurf oder eine „Projektion“ unserer kulturell geprägten Wünsche und Phantasien auf ein Ideal. Wir werden in der Therapie zwar von diesem Entwurf geleitet, aber wir können dabei nicht auf real existierende oder potenziell vorhandene Gegebenheiten wie biologisch festgelegte Anlagen oder die „wahre, unverfälschte Natur“ zurückgreifen und zur Entfaltung bringen, indem wir nur günstige Bedingungen zur Verfügung stellen. Wir müssen vielmehr versuchen gemeinsam mit dem Klienten, die „Mythen“ und „Alibis“ (Swildens) aufzufinden, die die Lücken und Verzerrungen in unserem Erleben kaschieren, um neue bzw. besser geeignete Lebensentwürfe oder Konstruktionen des Selbst zu finden (Spielhofer, 1999).

In der Therapie gilt es, die engen Bewertungsbedingungen zu lockern, dem organismischen Erleben Zugang zur Selbsterfahrung zu verschaffen und damit neue adäquatere Kompromisse zwischen dem Begehren des Einzelnen und den Erfordernissen der „Realität“ und der Gemeinschaft zu finden. Soll Psychotherapie zur Emanzipation von undurchschaute Zwängen beitragen, „so haben wir über einen anderen Imperativ nachzudenken, einen ‚organischen Imperativ‘ (Nietzsche), der dem Subjekt Wachstum und Spontaneität im Ausdruck des Wünschens und Begehrens, Affektfreizügigkeit und Zusammenspiel von Trieb, Phantasie und Denken und damit Konstituierung eines mit der Basis korrespondierenden ‚organischen Ichs‘ ermöglicht“ (Pohlen & Bautz-Holzherr, 1991, 13).

Außerdem erscheint es mir angezeigt, in der Konzeption der personenzentrierten Anthropologie und Persönlichkeitstheorie nicht nur den „inneren Bezugsrahmen“ des Individuums zu erfassen, sondern auch den äußeren, in dem es bestehen und sich bewähren muss. Schmid (1994, 281) hat vorgeschlagen, die Grundannahmen des personenzentrierten Ansatzes durch ein „Beziehungsaxiom“ zu ergänzen, da der Mensch nicht nur als Individuum, als Einzelwesen, zu sehen ist, sondern auch durch sein Angewiesensein auf den Anderen hin und durch seine Fähigkeit zur Begegnung. Dieses „Angewiesensein auf Beziehung“ geht nach Pfeiffer (1995b, 28) über das von Rogers postulierte Bedürfnis nach positiver Beachtung hinaus, es geht auch um die „Gemeinsamkeit des Erkennens, Wertens und Handelns“ und um Anteilnahme und Fürsorge. So wird vor allem von den Phänomenologen wie E. Husserl und M. Heidegger betont, dass das menschliche Dasein nur als „Mit-sein“ mit anderen, als Bezogen-sein auf den Anderen denkbar ist. Der Mensch wird in die äußere Welt „geworfen“, die bereits vor ihm da ist, mit ihren Bedeutungen und Ansprüchen.

Literatur:

- Angyal, Andreas (1941), *Foundations for a study of personality*, New York (Commonwealth Fund) 1941
- Bergson, Henry (1911), *Zeit und Freiheit. Eine Abhandlung über die unmittelbaren Bewusstseinsstatsachen*, Jena (Diederichs) 1911
- Biermann-Ratjen, Eva-Maria / Eckert, Jochen / Schwartz, Hans-Joachim (1995), *Gesprächspsychotherapie*, Stuttgart (Kohlhammer) 1995
- Bohleber, Werner (1992), *Identität und Selbst. Die Bedeutung der neueren Entwicklungsforschung für die psychoanalytische Theorie des Selbst*, in: *Psyche* 46 (1992) 336–365
- Eisenga, L. K. A. (1982), *Psychotherapie tussen werkelijkheid en wenselijk*, in: *Tijdschrift voor psychotherapie* 8 (1982) 79–88
- Eisenga, Ruth (1989), *Das Menschenbild Rogers: Zwischen Einzahl und Mehrzahl*, in: Sachse, R. & Howe, J. (Hg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie*, Heidelberg (Asanger) 1989, 21–36
- Finke, Jobst (1989), *Das Konzept „Unbewusst“ und die klientenzentrierte Psychotherapie*, in: Behr, Michael et al. (Hg.), *Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 1 (1989) 120–130
- Finke, Jobst (1994a?), *Ist die Gesprächspsychotherapie ein konfliktzentriertes Verfahren? Anmerkungen zum Inkongruenz-Begriff*, in: *GwG – Zeitschrift* 94 (1994) 6–9
- Finke, Jobst (1994b?), *Empathie und Intervention. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*, Stuttgart (Thieme) 1994
- Foucault, Michael (1963), *Naissance de la Clinique*, Paris (Presses Universitaires de France) 1963; dt.: *Die Geburt der Klinik*, Frankfurt/M. (Fischer) 1988
- Frank, Manfred (1986), *Die Unhintergebarkeit von Individualität. Reflexionen über Subjekt, Person und Individuum aus Anlass ihrer ‚postmodernen‘ Toterklärung*, Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1986
- Frank, Manfred (1989), *Das Sagbare und das Unsagbare. Studien zur deutsch-französischen Hermeneutik und Texttheorie*, Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1989
- Freud, Sigmund (1975a), *Das Unbewusste*, Studienausgabe, Bd. 3, Frankfurt/M (Fischer) 1975, 119–174
- Freud, Sigmund (1975b), *Die Frage der Laienanalyse*, Studienausgabe, Ergänzungsband, Frankfurt/M. (Fischer) 1975, 271–349
- Goldstein, Kurt (1934), *Der Aufbau des Organismus*, Den Haag (Martinus-Nijhoff) 1934
- Heidegger, Martin (1993), *Sein und Zeit*, Tübingen (Niemeyer) 11927
- Habermas, Jürgen (1973), *Erkenntnis und Interesse*, Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1973
- Harlow, Henry F. (1962), *Social deprivation in monkeys*, in: *Scientific American* 5 (1962) 18–54
- Howe, Jürgen (1989), *Störungsspezifisches Handeln in der Gesprächspsychotherapie?* in: Sachse, Rainer / Howe, Jürgen (Hg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie*, Heidelberg (Asanger) 1989, 9–19
- Höger, Diether (1990), *Zur Bedeutung der Ethologie für die Psychotherapie. Aspekte der Aktualisierungstendenz und der Bindungstheorie*, in: Meyer-Cording, Gisela / Speierer Gert-W. (Hg.), *Gesundheit und Krankheit. Theorie, Forschung und Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie heute*, Köln (GwG) 1990, 30–53
- Höger, Diether (1993), *Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung – die zentralen Begriffe der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie*, in: Eckert, Jochen / Höger, Diether / Linster, Hans (Hg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störungen*, Bd. 1. *Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes*, Köln (GwG) 1993, 17–41

- Husserl, Edmund (1963), Cartesianische Meditationen und Pariser Vorträge, Gesammelte Werke, Bd. I, Den Haag (Martinus-Nijhoff) 1931
- Jacobson, Edith (1964), Das Selbst und die Welt der Objekte, Frankfurt (Suhrkamp) 1964
- James, William (1975), The principles of psychology. 2 Bde., Cambridge (Univ. Press) 1975
- James, William (1909), Psychology. Briefer course, New York (Holt) 11893, dt.: Psychologie, Leipzig (Quelle & Mayer) 1909
- Johnson, Mark (1987), The body in the mind. The bodily basis of meaning, imagination and reasoning, Chicago (Chicago Univ. Press) 1987
- Keil, Wolfgang W. (1996), Rogers' Persönlichkeitstheorie. Skriptum zum Theorieseminar im Rahmen der ÖGwG-Ausbildung, Wien (unveröff. Manuskript)
- Kierkegaard, Sören (1909), Das Eine, was not tut, Gesammelte Werke, Bd. II, Jena (Diederichs) 1909
- Kreuter-Szabo, Susan (1988), Der Selbstbegriff in der humanistischen Psychologie von A. Maslow und C. Rogers, Frankfurt/M. (Peter Lang) 1988
- Kwiatkowski, Edith (1980), Psychotherapie als subjektiver Prozeß. Für eine sozialwissenschaftliche Konzeption der Gesprächspsychotherapieforschung, Weinheim-Basel (Beltz) 1980
- Lacan, Jacques (1949), La stade du miroir comme formateur de la fonction de Je, telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychoanalytique, in: Revue Francaise de la Psychoanalyse XIII (1949) 449–54, dt.: Das Spiegelstadium als Bildner der Ich-Funktion, wie sie uns in der psychoanalytischen Erfahrung erscheint. Schriften I, Berlin (Quadrige) 1986, 61–70
- Linster, Hans Wolfgang / Panagiotopoulos, Panagiotis (1991), Zu den anthropologischen und psychotherapeutischen Implikationen des Menschenbildes des Personzentrierten Ansatzes, in: Behr, Michael / Esser, Ulrich (Hg.), Macht Therapie glücklich. Neue Wege des Erlebens in Klientenzentrierter Psychotherapie, Köln (GwG) 141–167
- Lorenzer, Alfred (1972), Zur Begründung einer materialistischen Sozialisationstheorie, Frankfurt (Suhrkamp) 1972
- Lorenzer, Alfred (1974), Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis. Ein historisch-materialistischer Entwurf, Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1974
- Lorenzer, Alfred (1983), Sprache, Lebenspraxis und szenisches Verstehen in der psychoanalytischen Therapie, Psyche 37 (1983) 97–115
- Ludwig-Körner, Christiane (1992), Der Selbstbegriff in der Psychologie und Psychotherapie, Wiesbaden (Deutscher Univ.Verlag.) 1992
- Mead, Georg Herbert (1934), Mind, self, society, Chicago (Univ.Press) 1934; dt.: Geist, Identität und Gesellschaft, Frankfurt (Suhrkamp) 1973
- Merleau-Ponty, Maurice (1945), Phénoménologie de la Perception, Paris (Gallimard) 1945, dt.: Phänomenologie der Wahrnehmung, Berlin (De Gruyter & Co) 1966
- Metzinger, Thomas (1993), Subjekt und Selbstmodell, Paderborn (Ferd. Schöningh) 1993
- Murayama, H. (1977), Heterogenetics: An epistemological restructuring of biological and social sciences, in: Acta biotheoretica (1977) 120–137
- Panagiotopoulos, Panagiotis (1993), Inkongruenz und Abwehr. Der Beitrag von Rogers zu einer klientenzentrierten Krankheitslehre, in: Eckert, Jochen / Höger, Diether / Linster, Hans Wolfgang (Hg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1; Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts, Köln GwG) 1993, 43–55
- Pfeiffer, Wolfgang M. (1995a), Überlegungen zu einer Störungslehre aus interaktioneller Perspektive, in: Schmidtchen, Stefan / Speierer, Gert-Walter / Linster, Hans Wolfgang (Hg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd. 2; Theorien und Ergebnisse zur Grundlegung einer klientenzentrierten Krankheitslehre, Köln (GwG) 1995, 41–82
- Pfeiffer, Wolfgang M. (1995b), Die Beziehung – der zentrale Wirkfaktor in der Gesprächspsychotherapie, in: GwG-Zeitschrift (1995) 27–32
- Pohlen, Manfred / Bautz-Holzger, Margarethe (1991), Eine andere Aufklärung. Das Freudsche Subjekt in der Analyse, Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1991
- Portmann, Adolf (1973), Biologie und Geist, Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1973
- Rogers, Carl R. (1951a), Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory, Boston (Houghton Mifflin) 1951, dt.: Die klientenzentrierte (steht so auf meinem Taschenbuch) Gesprächspsychotherapie. München (Kindler) 1972
- Rogers, Carl R. (1959a), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework, in: Koch, S. (Ed.), Psychology. A study of science, Vol. III, New York (McGraw Hill) 1959, 158–256, dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987
- Rogers, Carl R. (1961a), On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy, Boston (Houghton Mifflin) 1961; dt.: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart (Klett) 1976
- Rogers, Carl R. (1977a), On personal power. Inner strength and its revolutionary impact, New York 1977; dt.: Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung. München (Kindler) 1978
- Rogers, Carl R. (1977b), Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München (Kindler); ab 1983 Taschenbuchausgabe: Frankfurt/M. (Fischer)
- Rogers, Carl R. (1980a), A way of being, Boston (Houghton Mifflin) 1980; dt.: (auszugsweise) Der neue Mensch. Stuttgart (Klett) 1981
- Sartre, Jean Paul (1943), L'être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique, Paris (Gallimard) 1943, dt.: Das Sein und das Nichts. Versuch einer phänomenologischen Ontologie. Hamburg (Rowohlt) 1980
- Schmid, Peter F. (1994), Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Bd. 1; Solidarität und Autonomie. Köln (Ed. Human. Psychol.) 1994
- Schmid, Peter F. (1991), Souveränität und Engagement. Zu einem personzentrierten Verständnis von „Person“, in: Rogers, Carl R. / Schmid, Peter F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz (Grünwald) 1991, 15–152
- Sluneko, Thomas (1996), Wissenschaftstheorie und Psychotherapie. Ein konstruktiv-realistischer Dialog, Wien (WUV) 1996
- Snygg, Donald & Combs, Arthur W. (1949), Individual behavior. A new frame of reference for psychology, New York (Harper) 1949
- Spielhofer, Hermann (1995), Subjektivität und Sprache I. Ein Beitrag zum Wissenschaftsverständnis in der Psychotherapie, in: Psychotherapie Forum 3 (1995) 18–37
- Spielhofer, Hermann (1996a), Subjektivität und Sprache II. Paradigmenwechsel im psychotherapeutischen Diskurs, in: Psychotherapie Forum, 4 (1996) 9–32
- Spielhofer, Hermann (1996b), Zum Subjekt-Begriff in der klientenzentrierten Psychotherapie, in: GwG-Zeitschrift 102 (1996) 24–34
- Spielhofer, Hermann (1999), Empathie, hermeneutisches Verstehen oder Konstruktion? Zum Erkenntnisverfahren in der klientenzentrierten Psychotherapie, in: Person 1 (1999) 122–130
- Spielhofer, Hermann (2000), Zum Wirklichkeitsbegriff in der klientenzentrierten Psychotherapie, in: Fazekas, Thomas (Hg.), Die Wirklichkeit der Psychotherapie. Beiträge zum Wirklichkeitsbegriff, Klagenfurt (KITAB) 2000, 105–126

- Swildens, Hans (1989), Über Psychopathologie und ihre Bedeutung für die klientenzentrierte Psychotherapie, in: Behr, Michael / Petermann, Franz / Pfeiffer, Wolfgang M. / Seewald, Cornelia (Hg.), Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Bd. 1, Salzburg (Otto Müller) 1989, 80–106
- Swildens, Hans (1991), Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen, Köln (GwG) 1991
- Swildens, H. (1993), Über die differentielle Behandlung der psychogenen Erkrankungen, in: Eckert, Jochen / Höger, Diether / Linster, Hans Wolfgang (Hg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd. 1, Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. Köln (GwG) 1993, 109–116
- Wallner, Fritz G. (1992), Konstruktion der Realität. Von Wittgenstein zum konstruktiven Realismus, Wien (WUV) 1992
- Wallner, Fritz G. (1999), Das Bewusstsein – eine abendländische Konstruktion, in: Sluneko, Thomas et al. (Hg.), Psychologie des Bewusstseins. Bewusstsein der Psychologie, Wien (WUV) 1999, 201–218
- Wijngaarden, Henk R. (1989), Klientenzentrierte Therapie: Eine eigene Identität? in: Behr, Michael / Petermann, Franz / Pfeiffer Wolfgang M. / Seewald Cornelia (Hg.), Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Band 1, Salzburg (Otto Müller) 1989, 9–20
- Wijngaarden, Henk R. (1991), Die Identität der klientenzentrierten Psychotherapien, in: Behr, Michael / Esser, Ulrich (Hg.), Macht Therapie glücklich? Neue Wege des Erlebens in Klientenzentrierter Psychotherapie, Köln, (GwG) 1991, 263–274
- Winnicott, Donald W. (1971) *Playing and reality*, London (Tavistock) 1971, dt.: *Vom Spiel zur Kreativität*, Stuttgart (Klett) 1985
- Zurhorst, Günter (1988), *Wissenschaft und Subjektivität – für eine kritische, phänomenologisch-existentialistische Fundierung der GT*, in: GwG (Hg.), *Orientierung an der Person*, Bd. 2, *Jenseits von Psychotherapie*, Köln (GwG) 1988, 182–186

Autor:

Dr. Hermann Spielhofer, Jg. 1946; Klinischer Psychologe, Psychotherapeut, Mitglied in der ÖGwG, der PCA und dem ÖAGG. Seit 1980 in verschiedenen Einrichtungen der Psychiatrie tätig. Arbeitsschwerpunkte: Behandlungskonzepte in extramuralen psychiatrischen und psychosozialen Institutionen; persönlichkeits- und wissenschaftstheoretische Konzepte in der Psychotherapie.

Korrespondenzadresse:

*Dr. Hermann Spielhofer
Josefstädterstraße 35/12
A-1080 Wien*

Gerhard Stumm

Der Personzentrierte Ansatz und die Selbstpsychologie¹

Zusammenfassung: Nachdem eingangs Motive des Autors für den vorliegenden Vergleich dargelegt werden, befasst sich der Beitrag mit einigen biographischen Aspekten der beiden Gründerpersönlichkeiten, die auch Hinweise auf ihre theoretischen Schwerpunktsetzungen liefern. Daran knüpfen sich Betrachtungen zum philosophischen Hintergrund der beiden Ansätze, ihre Persönlichkeitstheoretischen Konzeptionen (vor allem zum Verständnis des Selbst, aber auch von Aggression und Sexualität) und eine therapietheoretische Skizze (vor allem zur Rolle der Empathie und zur Einstellung zu Übertragung und Deutung), die auch das Verhältnis von Beziehung und Technik illustrieren. Die Darstellung zeigt, dass neben signifikanten Unterschieden in Theorie und Praxis auch einige bedeutsame Verwandtschaften bestehen. Die Selbstpsychologie, die sich als moderne Psychoanalyse versteht, bezieht dabei z. B. im Erfahrungsbezug und mit der hohen Priorität der Empathie eine Position, die Rogers bereits einige Jahrzehnte früher eingenommen hat. Schließlich wird der Versuch unternommen, einige Konzepte der Selbstpsychologie herauszusondern, die für die Klientenzentrierte Psychotherapie wertvolle Anregungen und Bereicherungen bieten.

Schlüsselwörter: Kohut, Rogers, Empathie, Selbst, Selbstobjekt, verletztes Selbst, Größen-Selbst, narzisstische Wut

Es gibt einige Gründe und Anlässe, die mich bewogen haben, die beiden Ansätze zu vergleichen. In erster Linie sind es inhaltliche Affinitäten, die ich sowohl im Zuge persönlicher Erfahrungen als auch im fachlichen Diskurs feststellen konnte:

Nach meiner Ausbildung in Personzentrierter Psychotherapie habe ich aus persönlichen Motiven ca. 6 Jahre eine Psychoanalyse gemacht, zwar nicht bei einem Selbstpsychologen, aber doch einem Analytiker, der m. E. selbstpsychologische Elemente in seine Arbeit einfließen hat lassen. Eine Zeit lang habe ich für meine praktische Tätigkeit als Personzentrierter Psychotherapeut Supervision bei Erwin Bartosch², einem selbstpsychologisch orientierten Psychoanalytiker, genommen. Eine kurze Zeit hatte ich Gelegenheit, an Vorträgen und Diskussionen der selbstpsychologischen Gruppe in Wien teilzunehmen und dabei Seminare bei Anna und Paul Ornstein sowie Frank Lachmann, Schüler von Heinz Kohut und prominente Vertreter des selbstpsychologischen Ansatzes, zu besuchen.

Schließlich befasse ich mich seit längerem mit Schulvergleichen in der Psychotherapie (Stumm/Wirth 1994; Stumm/Pritz 2000). Auch dies war ein Anstoß, die Spurensicherung, die bereits

von einigen Autoren vorgenommen worden ist, z. B. von Rogers selbst (1984; 1987n), weiters von Stolorow (1976), Kahn (1985; 1989a; 1989b; 1996), Kahn & Rachman (2000), Bohart (1991), Tobin (1991) und Korbei (1997) – gemäß meiner Ausbildung und praktischen Ausrichtung – aus der Perspektive des Personzentrierten Ansatzes zu ergänzen.

Ein letzter Aspekt ist mehr ein Anlass, nämlich die 5th International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy (ICCCPEP) in Chicago im Juni 2000; immerhin haben sowohl Rogers aber mehr noch Kohut lange Zeit in dieser Stadt gelebt und gewirkt. Dass Kohut ursprünglich aus Wien, meiner Heimatstadt, kommt, rundet den Kontext noch zusätzlich ab.

Vorausgeschickt sei, dass der vorliegende Vergleich die beiden Ansätze nur grob erfasst. Weitere Differenzierungen ergeben sich daraus, dass es in beiden Ansätzen mehrere Strömungen und Weiterentwicklungen gibt: im Klientenzentrierten Ansatz z. B. die Auffassung von Psychotherapie als *Personaler Begegnung* (Raskin, Brodley, Bozarth, Schmid), das von Gene Gendlin entwickelte *Focusing*, die von Hans Swildens dargelegte, existenziell akzentuierte „*Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*“ und eine eher kognitiv-informationstheoretisch bzw. experienziell geprägte Ausrichtung (Greenberg, Sachse) (vgl. dazu Keil & Stumm 2001). Auch in der selbstpsychologischen Bewegung lassen sich mehrere Trends erkennen: die Bezugnahme auf die Säuglingsforschung (Lichtenberg, Beebe), die intersubjektive Orientierung (Stolorow, Atwood) sowie systemtheoretische Bezüge.

1 Erweiterte Fassung eines Vortrags, gehalten am 27. Juni 2000 im Rahmen der 5th International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy (ICCCPEP) in Chicago (erscheint modifiziert unter dem Titel „The Person-Centered Approach and Self Psychology“, in: Watson, J. et al. (eds) (2001; in press), Chicago ICCPEP 2000: Conference Volume, Ross-on-Wye, PCCS Books)

2 Ich danke Erwin Bartosch und Edwin Kahn für die Durchsicht des Manuskripts und ihre hilfreichen Hinweise.

1. Gründerpersönlichkeiten

Theoretische Konzeptionen, wie sie die beiden Ansätze darstellen, haben auch mit den beiden Personen zu tun, die sie – ungeachtet der Beiträge von ihren Mitarbeitern – in entscheidender Weise selbst entwickelt und geprägt haben. Es lohnt sich daher, in einem ersten Fokus der Gegenüberstellung Entwicklungslinien von Carl Rogers und Heinz Kohut nachzuzeichnen (siehe dazu auch z. B. Thorne 1992; Kirschenbaum 1995; Siegel 1996; Butzer 1997):

Einige Stellen aus Carl Rogers' (1902–1987) autobiographischen Texten (1961a, Kap. 1; 1973b) zeugen davon, dass er als Kind sehr zurückgezogen und scheu war und von seinen Eltern, speziell seiner Mutter, sehr religiös erzogen wurde. Hierin ist wohl schon eine Wurzel für sein Credo zu sehen, dass es in der Psychotherapie auf die Beziehung, und zwar auf ein bestimmtes psychologisches Klima, ankomme. Als Gegenprogramm zu Außeneinfluss und Lenkung durch andere hat er das Vertrauen in die Aktualisierungstendenz und Fähigkeit einer Person zur Selbstregulation zum Axiom erhoben.

Die Kindheit des aus Wien stammenden Kohut (1913–1981) wird beschrieben als „traurig und von Einsamkeit geprägt“ (vgl. Hexel 1994; Strozier 1985; Butzer 1997). Hierin ist die Grundlegung für das von Kohut theoretisch postulierte lebenslange Bedürfnis nach Selbstobjekten, also nach spezifischen Funktionen von anderen (siehe weiter unten), zu vermuten. Der Verlust des für ihn wichtigen Vaters im Jahre 1937 ist wohl bedeutsam für die Rolle des Vaters als Selbstobjekt in seiner später ausgearbeiteten Entwicklungskonzeption. Kohut wird selbst eine „narzisstische Persönlichkeitsstruktur“ (Butzer, 1997, 32) attestiert, was als Motiv einerseits für die theoretische Beachtung des Narzissmus (sozusagen der Bezogenheit auf sich selbst), andererseits für seine relativ „autistische“ Ausarbeitung seiner Theorien – unter Verzicht darauf, andere Quellen (z. B. Winnicott, Balint) einzuarbeiten, – angesehen werden kann. Als Europäer, Österreicher und Jude erlebt Kohut die tragische Entwicklung auf dem Kontinent, die u. a. dazu führt, dass er seine Wurzeln 1938, als er 26-jährig aus Österreich flüchtet, durchtrennen muss.

Während Kohut, dem Einzelkind, bescheinigt wird, „self-centered“ (Strozier 1985, 8) und „special“ (mündliche Mitteilung von Arnold Goldberg an Strozier 1985, 12) gewesen zu sein, fällt Rogers – eines von sechs Kindern – eher mit seiner charismatischen Bescheidenheit auf. Ich hatte selbst zweimal – als er 1981 bzw. 1984 in Österreich weilte – im Rahmen von Encountergruppen die Gelegenheit, seine liebevolle, warmherzige und authentische Ausstrahlung zu erfahren. Selbstpsychologisch ausgedrückt mag Rogers mein Bedürfnis nach Idealisierung im Sinne einer idealisierenden Selbstobjekt-Übertragung abgedeckt haben. Ich habe tatsächlich das Gefühl, dass dies eine anhaltend wohltuende Wirkung auf mich hat.

Während sich Kohut praktisch wie theoretisch ganz der exklusiven psychoanalytischen Situation widmet, gilt Rogers' praktisches

wie theoretisches Interesse insbesondere in den letzten 20 Jahren seines Lebens auch Gruppen.

Als Arzt und Psychiater lehnt Kohut das medizinische Krankheitsmodell nicht ab, im Gegensatz zum Psychologen Carl Rogers, der Begriffe wie Patient, Diagnosen, krank, Behandlung und Heilung vermeidet. Rogers stand bekanntlich gängigen Diagnosen zurückhaltend bis ablehnend gegenüber. Sein pointierter und provokanter Standpunkt dazu (z. B. in seinem historischen Artikel aus 1957) wird allerdings von so manchen klientenzentrierten Vertretern nicht geteilt. Kohut dagegen scheut sich nicht vor diagnostischen Kategorien, sondern verwendet diese differenziert hinsichtlich ihrer spezifischen Selbstpathologie: Psychosen, Borderline-, schizoide und paranoide Persönlichkeitsstörungen, narzisstische Persönlichkeitsstörungen, narzisstische Verhaltensstörungen, wobei er nur die beiden letztgenannten Kategorien als geeignet für eine Psychoanalyse ansieht.

In seiner Forschungsmethodik hingegen erkennt Kohut nur die psychologischen Wege der „Introspektion“ und „Empathie“ (als stellvertretende Introspektion) an. Rogers dagegen ist in seiner Theorie- und Hypothesenbildung – beeinflusst von Existenz- und Begegnungsphilosophie – Phänomenologe, in seiner Forschung jedoch naturwissenschaftlich-empirisch ausgerichtet und in diesem Sinne Pionier der empirischen Psychotherapieforschung (vgl. auch die Kritik Rogers' an Kohuts Forschungsverständnis in seinem vergleichenden Artikel aus 1987n, 309).

Kohut wird als schöngestig und kulturinteressiert, Attribute seiner bürgerlichen Herkunft, aber auch als sportlich beschrieben. Er schreibt auch über die psychologische Bedeutung von Musik und Literatur. Rogers, mit seinem bodenständigen Hintergrund, liebt die Natur; noch im hohen Alter spielt er Frisbee, bis seine steife Schulter dies verunmöglicht. Auch hierin lassen sich Bezüge zur Akzentuierung der Aktualisierungstendenz, der organismischen Bewertungsinstante sowie seiner (phänomenologischen) Orientierung an der Erfahrungsnahe erkennen.

Während Rogers bis zu seinem Tode – unter Verzicht auf eine Institutionalisierung (der Verbreitung) des von ihm entwickelten Ansatzes – innerhalb der personenzentrierten „community“ weitgehend unumstritten ist, vollzieht Kohut, immerhin einst Präsident der Amerikanischen Psychoanalytischen Vereinigung, vielfach auch als „Mister Psychoanalyse“ apostrophiert, mit der Ausarbeitung seiner Selbstpsychologie nach und nach eine Abkehr von klassischen psychoanalytischen Positionen, vor allem von der Triebtheorie und Ich-Psychologie, zuletzt mit einer starken Betonung des therapeutischen Klimas und mit einer – im Vergleich zur Stärkung des Selbst – geringeren Bedeutung von Einsicht. Es kommt mehr oder weniger zum Bruch mit dem psychoanalytischen Establishment; er wird zunehmend gemieden, auch von Kurt Eissler, bei dessen Frau Ruth Eissler er seine Lehranalyse gemacht hat. Ein klassischer Psychoanalytiker, mit dem ich befreundet bin, hat erst vor kurzem mit einigem Nachdruck bekundet, dass es sich seiner Meinung nach bei der

Selbstpsychologie um etwas gänzlich Anderes handle als bei der orthodoxen Psychoanalyse.

Beide haben über ihr ganz persönliches Schaffen hinaus die Zusammenarbeit und den Austausch in einer Gruppe von Mitarbeitern gepflegt, deren Rezeption und Anregungen für die weitere Theoriebildung jeweils von großem Wert war: Für die Selbstpsychologie sind beispielsweise E. Wolf, Paul und Anna Ornstein, M. Basch, A. Goldberg und Paul und Marian Tolpin zu nennen. Goldberg (1985, IX) sieht in ihnen Kollegen, „who allowed and perhaps encouraged his emancipation from the constraints of orthodox psychoanalysis“. Rogers hat sowohl in Chicago und Wisconsin als auch an der Westküste im Team gearbeitet: Weggefährten waren zumindest streckenweise z. B. Gene Gendlin, N. Raskin, J. Shlien, J. Wood und D. Land.

Ein Vergleich ihres Gesundheitszustandes zeigt, dass Kohuts körperliches Befinden angegriffener war: eine Lymphknotenkrebskrankung mit 58 Jahren, 1979 eine Bypass-Operation und 1980 eine Lungenentzündung. Dies stellte jeweils eine hohe Anforderung an seinen eigenen Narzissmus dar und war eine spezielle Herausforderung bezüglich der Begrenztheit der eigenen Existenz. Kohut stirbt bereits mit 68. Was wäre gewesen, wenn er länger gelebt hätte? Welche Impulse hätte er der Selbstpsychologie noch gegeben? Welche Weiterentwicklung hätte er noch angestiftet? Rogers wurde immerhin 85 Jahre alt und war relativ rüstig bis ins hohe Alter. Obwohl (oder gerade auch weil) er sein Lebenswerk als abgeschlossen betrachten konnte, betonte er auch dann noch seine Wachstumserfahrungen und seine fast schon stoische Einstellung gegenüber dem Tod.

In gewisser Weise sind beide Autodidakten: Weder Rogers noch Kohut hatten einen Meister, allerdings war für Kohut lange Zeit Freud Vorbild und aus selbstpsychologischer Sicht ein idealisiertes Selbstobjekt. Für Rogers war Rank – eine, wenn auch unorthodoxe psychoanalytische Wurzel – relativ wichtig (vgl. Pfeiffer 1990). Auch Kohut wird von Stolorow & Atwood (1976) eine Nähe zu Rank nachgesagt (vgl. Kohut 1979, 16).

Rogers brachte sich in seinen Veröffentlichungen in konsequenter humanistischer Tradition sehr persönlich ein. Mit zunehmendem Alter gestaltete er sowohl seine Publikationen wie auch seine praktische Tätigkeit transparent, was seine Person anlangte. Er verließ dabei nie seine dezente Art, sich auf den Klienten einzustimmen und sich selbst nicht in den Vordergrund zu rücken. Kohut bediente sich in seinen Schriften und auch in seinem therapeutischen Stil einer abstinenteren Form.

Strozier (1985) sieht bei Kohut vier persönliche Ziele: „an excellent analyst“, „effective teacher“, „to achieve leadership of the psychoanalytic community“ und „as a researcher and original thinker“. Alle vier Ziele hat Kohut erreicht und auch von Rogers kann dies behauptet werden. Seine Arbeit als Therapeut und „facilitator“ ist in vielen Videoaufnahmen dokumentiert und von vielen Zeugen, Beobachtern wie Klienten, als außergewöhnlich beeindruckend und förderlich gewürdigt worden. Seine leitende Rolle für die klientenzentrierte Bewegung stand und steht außer Streit, auch wenn er

selbst der „Guru-Rolle“ widerstrebend und ablehnend gegenüberstand. Sein Ruf als Forscher sowie als kreativer und eigenständiger Geist ist Legende. Beide haben ihr Werk umgearbeitet, neu gewichtet und damit eindrucksvoll belegt, dass sich Wissenschaft in einem beständigen Entwicklungsprozess befindet. Am ehesten ist Rogers' Tätigkeit als Lehrer im klassischen Sinn insofern weniger von Bedeutung, als er mit seinem personzentrierten Verständnis von Lehren und Lernen die Brillanz des Vermittlers skeptisch sah. Vielmehr sollten die „Schüler“ – angeregt und ermutigt von ihm als „Lehrer“ – ihr eigenes Wissen und ihre eigenen Potenziale nützen bzw. entwickeln.

Eine direkte Begegnung zwischen Kohut und Rogers fand nicht statt, obwohl beide über einen längeren Zeitraum zur selben Zeit (1945–1957) in Chicago lebten und wirkten. Rogers hat sich mit Kohuts Ansatz in der letzten Version seines mehrfach überarbeiteten Artikels im Psychiatrie-Handbuch (Rogers & Sanford, 1984) in einem kurzen Abschnitt über Empathie befasst; ausführlicher setzt er sich mit Kohut auseinander im Rahmen der „Evolution of Psychotherapy“-Konferenz, die 1985 in Phoenix, Arizona, stattfand (1987n). Kohut (1979, 15) nennt Rogers' Klientenzentrierte Therapie unter Verweis auf Stolorow (1976), der in seinem Artikel einen Vergleich zwischen Kohuts und Rogers' Konzeption anstellt, als eines von mehreren Beispielen für Ähnlichkeiten zwischen seiner Narzissmustheorie und anderen Autoren. Tobin (1991, 11) vermerkt, dass nach seinem Wissensstand Kohut theoretisch und klinisch von seiner Frau, Elizabeth Kohut, einer in der Psychiatrie tätigen Sozialarbeiterin, die mit Rogers Kontakt hatte, beeinflusst war.

2. Zum philosophischen Hintergrund: Menschenbild und Wissenschaftstheorie

2.1. Menschenbild

Während die Selbstpsychologie auf tiefenpsychologischem Grund steht, anerkennt der Personzentrierte Ansatz zwar eine psychodynamische Perspektive, ist aber letztlich ein Prototyp der Humanistischen Psychologie mit ihren Bezügen zur Existenz- und Begegnungsphilosophie, mit den Leitmotiven der vertrauenswürdigsten, konstruktiven, progressiv – entwicklungsorientierten, ganzheitlichen und grundsätzlich sozialen Natur des Menschen (vgl. Rogers 1957b) sowie seiner Fähigkeit zu Selbstreflexion, Selbststeuerung und auch Selbstverantwortung. Individuen sind nicht von außen steuerbar, sie bedürfen aber klimatischer Bedingungen für ihre Entwicklung, mitunter auch der Anstöße dazu. Dies gipfelt für mich in der wunderbaren Formel: „Man kann dem Andren die Wahrheit nicht bringen, man findet sie miteinander“ (Trüb 1951, 103; zit. nach Pfeiffer 1981, 220). Rogers sieht in der Aktualisierungstendenz in ihrem den Organismus erhaltenden und entfaltenden Streben eine schöpferische Tendenz, die ihm die Rechtfertigung gibt, sich „für eine lebensbejahende Seinsweise zu engagieren“ (Rogers 1980a, 84).

In vielerlei Hinsicht gibt auch Kohut Hinweise auf ein humanistisch-existenzielles Personverständnis: Er schreibt dem Menschen „primary hope“, und „anspruchsvolle Ganzheit“ zu und sieht in ihm nicht ein „Bündel von isolierten biologischen Trieben“, die zu zählen sind. Bartosch (1999, 49) erwähnt die „Selbsteilungskraft“, eine „Tendenz zur Entwicklung“ und „ein Kernselbst, das aufgrund seiner angeborenen Vitalität auf Entwicklung hin orientiert ist“. Kohut steht einem mechanistischen Menschenbild skeptisch gegenüber und er steht – obwohl er Einflüssen aus der Vergangenheit einen großen Stellenwert beimisst – auch zu einem deterministischen Menschenbild in kritischer Distanz. Das grundsätzlichs-te menschliche Motiv ist – ganz analog zu Rogers –, das Selbst zu schützen und zu entfalten.

Kahn (1985, 893) sieht in der selbstpsychologischen Konzeption eine „Brücke zwischen Psychoanalyse und humanistischer Psychologie“. Tobin (1990) widmet sich in einem ganzen Artikel unter diesem Titel den Aspekten, die diese Brückenfunktion charakterisieren, mehr noch die Zuordnung der Selbstpsychologie zum existenziell-humanistischen Paradigma zumindest in einigen Punkten rechtfertigen. Er zählt dazu eine ganzheitliche Sichtweise des Menschen, mit der Betonung von Introspektion und Empathie, eine phänomenologische Annäherung an die menschliche Psyche, das Verständnis der therapeutischen Situation in einem feldtheoretischen, intersubjektiven Bezugsrahmen, eine Auffassung von der Natur des Menschen als im Kern positiv, die Bedeutung des freien Willens und die Beachtung der Werte von Klienten. All diese Affinitäten basieren allerdings nicht auf einer expliziten philosophischen Orientierung, auf die sich Kohut berufen hätte.

Kohut unterscheidet im Zusammenhang mit der Komplimentarität von einerseits Trieb- bzw. Konfliktpsychologie und andererseits Selbstpsychologie, womit er sowohl die primären narzisstischen wie auch die triebhaften Bedürfnisse des Menschen zu berücksichtigen trachtet, zwischen dem „guilty“ und dem „tragic“ Menschen, wobei in beiden Fällen eine existenzialistische Konnotation anklingt. Steht im einen Fall das Lustprinzip im Vordergrund, ist es im anderen – jenseits von Lust – die Freude als jenes Gefühl, das mit einem gestärkten Selbst einhergeht. Diesen Aspekt sieht Kohut jedoch in europäischer Tradition nicht so optimistisch, wie er in der humanistisch gefärbten Selbstaktualisierung zum Ausdruck kommt, sondern eher als Sisyphos-Aufgabe.

Rogers hat es als nicht notwendig erachtet, einzelne (inhaltliche) Motive aus dem allgemeinen Entwicklungsprinzip, das er mit der Aktualisierungstendenz postuliert hat, herauszulösen. Sexualität war für ihn persönlich wichtig (vgl. Rogers 1980a, 35), in der Theorie erfuhrt sie jedoch keine eigenständige Erwähnung. Destruktive Aggressionen hat er vielfach als sekundäre, als reaktive Phänomene angesehen, die nicht in der fundamentalen Natur des Menschen wurzeln (Rogers 1957b; Rogers 1961a, Kap. 8). Hierin gleichen einander beide Auffassungen. Speziell *zerstörerische Aggressionen* (vgl. Lachmann 1999) und auch *sexuelle Perversionen* werden in der

Selbstpsychologie als Antwort eines verletzlichen Selbst auf eine narzisstische Kränkung angesehen. Sie werden als Weg gesehen, Leere und Bedrohung zu kompensieren, kurzum sich lebendig zu fühlen. Kohut hat in diesem Zusammenhang einerseits auf das Phänomen der *Sexualisierung* hingewiesen sowie andererseits ausführlich Kennzeichen der *narzisstischen Wut* mit ihrem unstillbaren Rachedurst und latenter oder manifester Feindseligkeit herausgestellt und im Gegensatz dazu „self-assertiveness“ als Einstellung und Ausdruck eines gestärkten, selbstgewissen Selbst ausgewiesen (Kohut 1972; Ornstein/Ornstein 1990; Wolf 1996, 104–113).

Unterschiede im Menschenbild von Selbstpsychologie und Klientenzentrierter Psychotherapie bestehen m. E. in Folgendem:

- Zwar betonen beide Ansätze den unschätzbaren Wert des „psychologischen Klimas“, des „Ambiente“ in der therapeutischen Beziehung, doch bleibt in der Selbstpsychologie darüber hinaus eine Verantwortung für das therapeutische Geschehen beim Analytiker, nämlich jene der Deutung; es ist der Analytiker, der Heilung auch dadurch fördert, indem er die Deutungen gibt. Hier steht Kohut dem medizinischen bzw. einem Experten-Modell doch wieder näher als Rogers.
- Während nach Kohut Werte über die Idealisierung von Selbstobjekten erworben werden, haben diese nach Rogers als Teil der organismischen Erfahrung einen „internal locus of evaluation“ (vgl. Kahn 1985, 900; Raskin 1986, 236).
- Kohut war mit seiner Konzeption des „Tragischen Menschen“ doch nicht so optimistisch wie Rogers, was die Aktualisierungskraft der Potenziale des Menschen anlangt.

2. 2. Forschungsansatz

Kohut sieht Introspektion und Empathie (als stellvertretende Introspektion) als einzig zulässige Methoden der Datengewinnung. Folgerichtig hat er auf die Metapsychologie der klassischen Psychoanalyse weitgehend verzichtet und insbesondere die mechanistischen Konzepte als unpassend verworfen. Eine empirische Überprüfung seiner theoretischen Konzepte (z. B. seiner Theorie des bipolaren Selbst) war für ihn kein Thema. Dies trug ihm den Vorwurf der impressionistischen und spekulativen Arbeitsweise im Bereich der Theoriebildung ein, ein Umstand, der auch von Rogers selbst (1987n, 309) in Bezug auf Kohut geäußert wurde. Kohut war in der Tat skeptisch gegenüber einer naturwissenschaftlichen Erforschung des Wesens des Selbst.

Rogers war stark an einer phänomenologischen und erfahrungsnahen Theoriebildung und Praxis interessiert. In der Prüfung seiner Thesen (vor allem seiner Therapietheorie) benutzte Rogers jedoch sehr wohl empirisch-naturwissenschaftliche Methoden, was ihm auch das „label“ des Begründers der empirischen Psychotherapieforschung einbrachte.

3. Persönlichkeits-, Motivations- und Entwicklungstheorie

3. 1. Persönlichkeitstheorie

Sowohl für Rogers wie für Kohut ist das Selbst ein ganz wesentlicher Begriff: Ähnlichkeiten bestehen z. B. in der ganzheitlichen Sicht, die im Selbst ein Organisationsprinzip für die Wahrnehmung und Verarbeitung von Erfahrungen sieht. Rogers spricht einerseits vom „wahren Selbst“ und meint damit das wahre Wesen einer Person in ihrem zutiefst organismischen Sein, somit das „organismische Selbst“. Im engeren Sinne definiert er das Selbst jedoch – phänomenologisch gefasst – als Wahrnehmungsstruktur, -objekt und -gestalt, sozusagen als die Selbstrepräsentation, und verwendet daher auch den Begriff Selbstkonzept als Synonym für Selbst (Rogers 1959a). Als solches ist das Selbst weder Instanz, noch hat es einen Ort. Das Selbst in diesem Sinne tut auch nichts. Es handelt sich hier um ein wahrgenommenes Selbst, jedoch nicht um ein *Zentrum der Aktivität* oder der Reflexion, wie dies bei Kohut in den Mittelpunkt gerückt ist. Rogers hat in erster Linie die Selbstentwicklung (die Dynamik des Selbst) im Blickfeld. Die Struktur der Persönlichkeit war für ihn weit weniger von Belang. Das Selbst bei Kohut ist in zweifachem Sinne ein strukturelles, erstens ist es als eine „strukturierte Organisation von Erfahrung“, aber auch als Zentrum von Aktivität und Initiative gedacht, das die Konnotation einer räumlichen Ausdehnung hat und Motivlagen einschließt, die Rogers dem Organismus (als Synonym für Person) zuschreibt. „In bestimmten seelischen Zuständen kann sich das Selbst weit über die Grenzen des Individuums hinaus erstrecken, oder es kann zusammenschrumpfen und mit einer einzigen seiner Handlungen und Ziele identisch werden“ (Kohut 1975b, 141f.). Bohart (1991, 44) greift in seinem Vergleich des Empathieverständnisses des Klientenzentrierten Ansatzes und der Selbstpsychologie auf folgende Metaphern für das Selbst zurück, nämlich bei Kohuts Selbst mit seinem Strukturcharakter auf das Bild von einem „Haus“, bei Rogers' Selbst mit seinem Prozesscharakter auf das Bild von einem „Fluss“.

In der Beschreibung der Eigenschaften des Selbst wird diesem von Kohut ein bipolarer – und somit doch wieder ein instanzenthafter und erfahrungsferner – Charakter zuerkannt (vgl. dazu auch Kahns (1985) graphische Darstellung des Selbst und seiner strukturellen Anteile bzw. der zugeordneten Bedürfnisse sowie die Kritik von Emery (1987) daran und auch die Replik Kahns dazu (1987)):

Der *Pol der Ambitionen* oder auch exhibitionistischer bzw. grandioser Sektor („Größen-Selbst“): Dieser ist Ort des Bedürfnisses nach Spiegelung und Bestätigung („gleam in the mother's eye“) und speist sich aus spiegelnden Selbstobjekterfahrungen, woraus sich Selbstbehauptung, Vitalität, Initiative, Freude an der eigenen Aktivität und Selbstachtung (allgemein ein gesunder Narzissmus bzw. „Strebungen nach Macht und Erfolg“; Wolf 1996, 51) entwickeln.

Der *Pol der Werte und Ideale*: Ort des Bedürfnisses nach Idealisierung, mit der Neigung den starken und mächtigen „caretaker“ zu bewundern, zu ihm aufzublicken und mit dem starken Selbstobjekt zu verschmelzen, woraus über Internalisierungsprozesse die Fähigkeit zu Selbstberuhigung und Ausgeglichenheit und späterhin auch die Übernahme von Idealen, Moral und Werten resultieren.

Der *Spannungsbogen zwischen den beiden Polen* ist Ort der Talente und Fähigkeiten. Hier sind die Bedürfnisse nach einem Alter-Ego, nach einem Gleichen („Zwilling“) angesiedelt.

Das Selbst als „core of the personality“ besteht also nach Kohut einerseits aus dem Pol der Strebungen (Ambitionen), der sozusagen die Person „drängt“, und andererseits aus dem Pol der Ideale, der diese „zieht“. Dazwischen liegen gleichsam die angeborenen Talente und erworbenen Fertigkeiten der Person, die durch den von den beiden Polen bedingten Spannungsbogen angeregt werden.

Beiden Konzeptionen gemeinsam ist, dass das Selbst als Schnittstelle für die Begegnung mit anderen und der Welt von überragender Bedeutung ist. Kohut hat in seiner Psychologie des Selbst sowohl das organismische Selbst, das als Zentrum von Initiative zur organismischen Wertung fähig ist, als auch das Selbst als Wahrnehmungsgegenstand („organized perceptions about the self“), das im günstigen Falle die Integration von Erfahrungen als Selbsterfahrungen in das Selbstkonzept ermöglicht, subsummiert.

Das Unbewusste und die Abwehr

Das Unbewusste ist im klientenzentrierten Ansatz kein topisches Unbewusstes, sondern Unbemerkttes, das außerhalb des Bewusstseins liegt, aber unterschwellig vom Gesamtorganismus wahrgenommen wird. Demgegenüber nimmt die Erforschung des biographisch Verdrängten in der Selbstpsychologie einen höheren Stellenwert ein. Stolorow (vgl. Orange/Atwood/Stolorow 1997, 7f.) unterscheidet 3 Formen des Unbewussten: das prä-reflexive, das dynamische (verdrängte) und das nicht-validierte.

In beiden Ansätzen wird das Abwehrkonzept in ähnlicher Weise verwendet: Rogers nennt in erster Linie die Leugnung von Erfahrungen und die Wahrnehmungsverzerrung zur Aufrechterhaltung und Sicherung des Selbst(konzepts). Abwehr ist eine Schutzfunktion, eine „weise“ Reaktion des Gesamtorganismus, vor allem um das Selbstkonzept vor einer Überflutung und einem Zusammenbruch zu bewahren. Auch für Kohut ist die Abwehr Anpassungsleistung im Dienste des psychischen Überlebens des Selbst.

3. 2. Primäre Motive

Mit der Annahme eines „need for positive regard“ und eines „need for positive self-regard“ hat Rogers die Linie, auf die Benennung spezifischer menschlicher Motive zu verzichten und nur die Aktualisi-

sierungstendenz als grundlegendes Entwicklungsprinzip zu postulieren, ein Stück verlassen.

Das Hauptmotiv des Menschen liegt gemäß der Selbstpsychologie in der Stärkung des Selbst bzw. darin, seine Bedrohung zu verhindern. Triebmotive wie Sexualität und Aggressionen verlieren bei Kohut ihren primären Charakter, den ihnen die klassische Psychoanalyse zuordnet.

3. 3. Entwicklungstheorie

Während Kohut sehr genau Entwicklungslinien des (gestörten) Selbst nachzeichnet, hat sich Rogers als Phänomenologe nur sehr allgemein mit Entwicklungsfragen beschäftigt und bewusst auf Spekulationen in dieser Hinsicht verzichtet. Mit den Erkenntnissen der modernen Säuglingsforschung (vgl. Daniel Sterns Phasen der Selbstentwicklung), die in hohem Maße durch die und in der Selbstpsychologie Beachtung fanden, wurden allerdings empirische Belege zur Verfügung gestellt, die auch für die klientenzentrierte Theoriebildung und aus störungsspezifischer Sicht von Relevanz sind (siehe dazu z. B. Biermann-Ratjen 2001).

In der Selbstpsychologie wird den Sektoren des Selbst und den damit verbundenen Selbstobjektbedürfnissen entsprechend die individuelle Entwicklung als entscheidend von der Erfüllung der jeweiligen Bedürfnisse abhängig gesehen, das heißt, primär von der empathischen Erfassung und Beantwortung des Bedürfnisses nach Grandiosität, in weiterer Folge – von Kohut auch als *zweite Chance* aufgefasst – auch des Bedürfnisses nach Idealisierung sowie die Erfahrung essentieller Gleichheit. Der spezifische Begriff „Selbstobjekt“ bedeutet in der Selbstpsychologie folgendes: Es handelt sich dabei nicht um eine Person, sondern die Funktion, die diese Person erfüllt, und zwar die Funktion, bestimmte Erfahrungen, nämlich Selbstobjekterfahrungen, zu stimulieren und zu ermöglichen. „Selbstobjekte ... sind der subjektiv erlebte Aspekt einer Funktion, die in einer Beziehung ausgeübt wird“ (Wolf 1996, 77). In übersteigerter Form verliert das (archaische) Selbstobjekt jeglichen dialogischen Charakter eines Gegenüber, sondern gerät geradezu zu einer apersonalen Funktion für den Klienten, die eine Parallele beim frühen Rogers findet, der sich als depersonalisiertes Alter-Ego verstand. Es mag daher rühren, dass ein mit mir befreundeter Psychoanalytiker nach seiner Lehranalyse bei einem Selbstpsychologen beklagte, dass dieser ihm zu wenig ein Gegenüber bot. Während eine solche Haltung bei sehr empfindlichen Klienten eine angemessene Qualität bietet, ist sie bei weniger fragilen Menschen offenbar weniger angebracht. Archaischen Selbstobjekten, die bei Personen mit derartigen Selbstobjektbedürfnissen entsprechende Funktionen abdecken, werden in der Selbstpsychologie auch reife Selbstobjekte gegenübergestellt, die nicht nur andere Personen zur Verfügung stellen, sondern bei „eher reifen Personen“ auch in Form von Symbolen und Ideen ihre Funktion erfüllen können.

4. Störungslehre (Ätiologiekonzeption, Krankheits- und Gesundheitsbegriff)

4. 1. Ätiologie

Dem Freudschen *Konfliktmodell* steht in der Selbstpsychologie ein *Defizitmodell* gegenüber, nämlich die Betonung von Defiziten in der frühkindlichen Entwicklung. Es wird von Defiziten ausgegangen, die sich aus der mangelnden Funktion von Bezugspersonen als Selbstobjekte bilden. In der Klientenzentrierten Psychotherapie begegnen wir einem Dissoziationsmodell: „Bewertungsbedingungen“ der signifikanten Anderen bedingen aufgrund des von Rogers angenommenen (nicht an Bedingungen gebundenen) Bedürfnisses nach positiver Beachtung und des Bedürfnisses nach Selbstachtung eine Verleugnung bzw. Verzerrung der organismischen Erfahrung und so Inkongruenz von Selbst und Erfahrung. Auch hier bewirken interpersonelle Prozesse Defizite und intrapsychische Spannungen, die aus der Dissoziation von einerseits organismischer und andererseits bewusst wahrgenommener Erfahrung bzw. symbolisierter Bedürfnisse resultieren.

4. 2. Krankheits- und Gesundheitsbegriff

Im Vergleich zum Inkongruenzkonzept und dem Mangel an organismischer Bewertung in personenzentrierter Terminologie ist in der Selbstpsychologie das brüchige bzw. fragmentierte, nicht-harmonische und nicht-vitale Selbst die pathologierelevante Kategorie.

Anstelle der Arbeits-, Liebes- und Genussfähigkeit oder der Formel, „wo Es war, soll Ich werden“, ist die „gesunde“ Person nach der Vorstellung der Selbstpsychologie eine, die über ein kohärentes, vitales und harmonisches Selbst bzw. über die Fähigkeit zur Empfänglichkeit für die Responsivität reifer Selbstobjekte verfügt. Kohärenz deutet inneren Zusammenhalt und Kontinuität im Selbstempfinden an, Harmonie Widerspruchsfreiheit und innere Verträglichkeit, Vitalität eine energetische Färbung, Dynamik und Flexibilität. Die Selbstpsychologie zielt nicht auf Bewusstmachung und Katharsis ab, sondern auf Konsolidierung und Stärkung des Selbst, was sich auch in einer Umstrukturierung des Selbst niederschlagen kann.

Aus personenzentrierter Perspektive mag dies folgendermaßen übersetzt werden: Harmonie legt Kongruenz, also Übereinstimmung von Erfahrung(en) und Selbstrepräsentation, nahe. Die Vitalität speist sich aus der Erfahrungsoffenheit, aus der Zufuhr von immer neuer Nahrung, die sich durch geglückte Beziehungserfahrungen und damit der positiven Beachtung der eigenen Person ergibt. Die Kohärenz verweist auf das Selbst als „geschlossene Gestalt“, auf die Integration und wechselseitige Bestärkung von unterschiedlichen Erfahrungen, was eine – nicht-starre – Festigkeit und strukturelle Ordnung zur Folge hat.

Im klientenzentrierten Konzept ist die Entfaltung des „wahren Selbst“ („das Selbst zu sein, das man in Wahrheit ist“; Rogers 1961a, mit Bezug auf Kierkegaard), die fiktive „fully functioning person“ als die sich voll entwickelnde Persönlichkeit, die sich durch Erfahrungsoffenheit und existenzielle Wahlmöglichkeit auszeichnet, das Gesundheitsideal. Pfeiffer (1995, 57) hat darauf hingewiesen, dass die sich aus der Offenheit für Wahrnehmung ständig im Erfahrungsstrom wandelnde Selbstkonfiguration zwar Ausdruck einer Flexibilität ist, dass aber der gesunde Mensch auch ein Bedürfnis nach Stetigkeit und Stabilität, nach Abgrenzung hat, eine Dialektik, der Kohut m. E. mit dem vitalen und doch auch konsistenten Selbst Rechnung trägt.

Während Rogers als Zielvorstellung das autonome Subjekt vor Augen hat, das sich durch günstige soziale Bedingungen entfalten kann, betont Kohut die lebenslange Notwendigkeit von empathischen Selbstobjekten (Selbstobjektmatrix als „Sauerstoff“) für das „psychologische Überleben“, gleichsam zur Erneuerung und Auffrischung der psychischen Struktur.

5. Therapietheorie

5. 1. Grundhaltungen und Ambiente als Beziehungsfundament

Die klientenzentrierte Therapietheorie basiert auf sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen, die ein intersubjektives Feld bzw. ein Beziehungsgeflecht mit wechselseitigem Einfluss aufeinander beschreiben (Rogers 1957a). Ich setze diese hier voraus. Das Beziehungsangebot von Seiten des Psychotherapeuten entspricht definierten Einstellungen, die auch als Therapieprinzipien bezeichnet werden (vgl. Finke 1994), nicht aber Handlungsanweisungen. Therapietechniken (vgl. z. B. Finke 1994; Swildens 1991; Sachse 1999) umreißen zwar Verhaltensmöglichkeiten, doch sind diese immer an den Einstellungsmerkmalen zu evaluieren und in keiner Form unabdingbarer Bestandteil der Therapietheorie bzw. Behandlungspraxis. Deutungen, Traumarbeit, Widerstands- und Übertragungsanalyse, entscheidende Elemente der selbstpsychologischen Arbeit, können unter Umständen dazu beitragen, die grundlegenden Haltungen auch auf der Verhaltensebene zum Ausdruck zu bringen. Soweit die Grundhaltungen als unabdingbare Prinzipien dadurch verwirklicht werden, dass sie tatsächlich erlebt werden, und keine Techniken eingesetzt werden, die dem Klienten aufgedrängt bzw. auferlegt werden (Prinzip der „Non-Direktivität“), ist das Spektrum der Behandlungspraxis uneingeschränkt. In der Regel werden aber expertenorientierte Interventionen aufgrund des Vertrauens in die Aktualisierungspotenziale des Klienten hintangestellt.

Für die Selbstpsychologie gilt wohl wie für die klassische Psychoanalyse, dass eine derartige Grundeinstellung – im Sinne eines unspezifischen Wirkfaktors – der „Herstellung günstiger Übertragungs- und Arbeitsbedingungen“ dient (Biermann-Ratjen et al.

1995, 41) („necessary but not sufficient“), an die sich erst die spezifischen Wirkfaktoren anschließen: z. B. Widerstandsanalyse, Übertragungsarbeit, Deutungen. Allerdings ist durch die Hervorhebung der außerordentlichen Bedeutung des therapeutischen Ambiente und der Responsivität des Analytikers eine Annäherung an die klientenzentrierte Linie auffällig. Kohut hat denn auch letztlich eingeräumt, dass sowohl die „korrigierende emotionale Erfahrung“ wie auch die „Heilung durch Beziehung“ bzw. „Empathie selbst als therapeutisches Agens“ brauchbare und gültige Überlegungen sind.

Sowohl im Personzentrierten Ansatz (PZA) wie auch in der Selbstpsychologie wird die Beziehung als Handlungs- und Erfahrungsraum, als Nährboden für die Entwicklung des Klienten gesehen. Graduelle Unterschiede ergeben sich in der stärkeren Gewichtung der Hier-und-Jetzt-Erfahrung und der dialogisch-realen Beziehung im Personzentrierten Ansatz bzw. aus der Vergangenheitsperspektive, wenn es um den Blickwinkel des Ursprungs des Gewordenseins geht, sowie der Übertragungsbeziehung in der Selbstpsychologie.

Es scheint mir auch, dass das Konzept der „korrigierenden emotionalen Erfahrung“ doch unterschiedlich verstanden bzw. zur Anwendung gebracht wird: Sieht die klientenzentrierte Psychotherapie die reale, neue Erfahrung (ggf. inkl. Bedürfniserfüllung) als förderlich, ist es in der Selbstpsychologie die optimale Responsivität (inkl. optimale Frustration, Empathiefehler, Brüche sowie Wiederherstellungsprozess) bei der Verarbeitung (oftmals Trauerarbeit; sozusagen des Abschieds aus dem „Paradies“) von früheren Erfahrungen (Enttäuschungen, Traumata etc.), die als korrigierend angesehen wird.

Kritisch sehe ich einerseits, wenn in der Selbstpsychologie vom Versagen der Eltern gesprochen wird, was sehr häufig unter einem Schuldaspekt abgehandelt wird. Vielmehr geht es doch um das subjektive Erleben der Klienten, das unbedingt wertzuschätzen ist, ohne eine Aussage über einen objektiven Sachverhalt zu machen. Es reicht m. E., die Nöte des Klienten anzuerkennen. Auch der Wert von Frustrationen scheint mir in manchen Passagen der selbstpsychologischen Literatur zu sehr strapaziert.

Echtheit und Abstinenz

Während der frühe Rogers (1951a) den Psychotherapeuten als „alter ego“ eher unpersönlich beschreibt, der spätere Rogers aber die „person-to-person“ Begegnung hervorhebt, Echtheit im Personzentrierten Ansatz sogar zur wichtigsten Bedingung gerät, bleibt der selbstpsychologische Analytiker weitgehend abstinente, wenn auch – im Sinne einer Zweipersonenpsychologie, in der der Analytiker aus der Beobachterrolle heraustritt – etwas weniger strikt als nach dem klassischen Verständnis, auch um das verletzte Selbst des Klienten nicht noch zusätzlich zu erschüttern, wohl aber auch um die Entfaltung der Übertragungsdynamik in Richtung einer Übertragungsbeziehung zu fördern.

Die Transparenz des Therapeuten, als Außenseite seiner Kongruenz, soll im Klientenzentrierten Ansatz dazu dienen, dem Klienten vor allem anhaltende Befindlichkeiten rückzumelden. Ein Abstinenzgebot als solches gibt es in der Personzentrierten Psychotherapie nicht. Leitlinie ist, dass der Psychotherapeut sich dem Klienten nicht auferlegen soll, auch wenn er sich ihm als Gegenüber zumutet. Daher stehen personzentrierte Psychotherapeuten Deutungen sehr reserviert gegenüber. Der Selbstpsychologe Paul Ornstein ging beim Seminar in Wien, an dem ich teilnehmen konnte, sogar so weit: „Rogers was phobic to add anything to the client“.

Im Rahmen des Seminars, das Frank Lachmann in Wien leitete, berichtete er von einer Analysandin, mit der er viele Jahre Psychoanalyse gemacht hatte und der die Trennung sehr schwer fiel, sodass er ihr zum Abschied ein Ei aus Stein schenkte, wohl als Symbol für die Unzerbrechlichkeit der Beziehung und der gemeinsamen Erfahrung. Er tat dies meinem Empfinden nach nahezu verstohlen („one shouldn't do it, but in this case I decided to do it“). Einem Klientenzentrierten Psychotherapeuten fällt eine derartige Geste wohl nicht so schwer. Die Betonung der realen, dialogischen Qualität der therapeutischen Beziehung problematisiert eher, solchen Impulsen nicht Ausdruck zu geben und sie in einen Übertragungskontext zu stellen. In diese Richtung verweist auch Rogers' Kommentar (1987n) zu Kohuts Vorgehen. Der Umstand, dass Kohut einmal einen Analysanden, der in seinem Auto mit weit überhöhter Geschwindigkeit zur Analysestunde gerast war, in offenbar besorgter Weise mit „you're a damned idiot“ angesprochen hatte, relativiert den generellen Unterschied bloß, hebt ihn aber nicht auf.

Positive Beachtung

Für Rogers bedingt eine Haltung des Annehmens eine weitgehende „Abwesenheit von Bedrohung“, wie sie sich durch Deutungen, Abstinenz und Bewertungen ergebe. Einem so verstandenen Engagement begegnen Psychoanalytiker gewöhnlich misstrauisch, was dazu führte, dass ihnen oft eine kühlere, unpersönliche Distanz nachgesagt wird. Kohut schließt sich einer humanistischen Linie an, wenn er in der Anteilnahme und Wärme eine entscheidende Bedeutung dafür erkennt, ob eine tragfähige „reale“ Beziehung aufgenommen werden kann, die den „Glanz im Auge der Mutter“ („gleam in the mother's eye“) wach werden lässt. Kahn (1985, 895) macht in Anlehnung an Stolorow allerdings auch auf den Unterschied aufmerksam, dass das, was für Rogers ein Wertschätzen war, für Kohut ein Spiegeln war, das der Entfaltung der Übertragung und nicht der grundsätzlichen Bewunderung des Klienten dient. Andererseits stand Kohut durchaus aufgeschlossen zur Wertschätzung des Klienten, als „appreciation“ und „to indicate, when a patient was making progress“ (Miller 1985, 20) und genereller zur Würdigung der Ressourcen und Tendenzen in Richtung Gesundheit des Klienten, wenn es die Übertragung nicht behindere.

Empathie

Gleichklang besteht in der Betonung der überragenden Bedeutung von Empathie für den therapeutischen Prozess und in der Sicht ihres Wesens als einfühlerndes Verstehen aus dem inneren Bezugsrahmen des Klienten heraus, dies in Anerkennung sowohl der fühlenden als auch der *kognitiv-verstehenden* Qualität. Der „als ob“-Charakter der „alter ego“-Beziehung bei Rogers, der stellvertretenden Introspektion bei Kohut, sollte nicht abhandeln kommen. Es geht darum „Bedeutungen zu errahnen, deren sich (der Klient) kaum gewahr wird; nicht aber Gefühle aufzudecken versuchen, deren sich die Person gar nicht bewusst ist, dies wäre zu bedrohlich“ (Rogers 1975a, 79). „Reflection of feelings“ oder gar „Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte“ ist zwar gängige Technik zur Umsetzung der empathischen Haltung, keineswegs jedoch der einzige Weg, einfühlerndes Verstehen zu vermitteln.

Für Kohut ist Empathie eine schöpferische Erweiterung des Selbst. Das annehmende und verstehende menschliche Echo ist für ihn eine „psychologische Nahrung“ bzw. „Sauerstoff“, ohne die befriedigendes menschliches Leben nicht bestehen kann. Die von ihm so benannten Selbstpathologien sind für ihn „Folge mangelnder Empathie der Selbstobjekte“ (Kohut 1979, 85).

Empathiefehler, die Kohut geradezu als zwangsläufig ansieht, weil es speziell bei sehr irritierbaren Personen unmöglich ist, sich derart einzustimmen, stellen einerseits eine Gefahr für die Beziehungsstabilität dar, andererseits aber auch eine Chance: Im Prozess der Wiederherstellung erfährt der Klient, dass der Therapeut bereit ist, sich wieder auf die Spur des Klienten zu begeben und sich ganz in seinen Dienst zu stellen, indem er möglichst die Welt des Klienten teilen kann. Dieses vermittelt auch die Erfahrung, dass Brüche wieder überbrückt werden können. In diesem Sinne ist auch die Aussage Rogers' zu verstehen, dass bereits das Bemühen um Empathie eine sehr nachhaltig positive Wirkung haben kann.

Unterschiede sind in der Betrachtung der Funktion von Empathie auszumachen: Sieht Kohut darin vor allem eine Beobachtungsmethode und den Zweck der Datensammlung, die wiederum als Basis für dynamische und genetische Deutungen als höhere Form der Empathie (die niedere Form ist das Verstehen), dient, ist sie nach Rogers in sich, als solche heilsam (vgl. auch Rogers 1987n, 302–303), eine Sicht, die Kohut aber mehr und mehr teilte (siehe dazu auch Bohart/Greenberg 1997, die das von ihnen herausgegebene Buch, das eine Reihe von Artikeln zu diesem Thema aus klientenzentrierter und psychoanalytischer bzw. selbstpsychologischer Perspektive beinhaltet, Carl Rogers und Heinz Kohut, „two pioneers in the study of empathy“, gewidmet haben).

5. 2. Aspekte der Technik

Schweigen und Fragen

Ich vermute, dass in einer selbstpsychologisch fundierten Therapiestunde vonseiten des Analytikers im Durchschnitt mehr als in der Klientenzentrierten Psychotherapie von Seiten des Therapeuten geschwiegen wird. In diese Richtung deutet auch der Rat meines selbstpsychologischen Supervisors bezüglich der Begleitung eines schwierigen therapeutischen Prozesses: „mehr Schweigen“. Möglicherweise ist dies jedoch stärker vom persönlichen Stil des Psychotherapeuten als von seinem methodischen Ansatz abhängig.

Beide Ansätze halten wenig von systematischen Fragen des Psychotherapeuten. Anstelle dessen ist – ausgehend von einer gleichschwebenden Aufmerksamkeit – das Eintauchen in die Erfahrungswelt des Klienten gefragt, um diesen in der Folge besser verstehen zu können.

Regression

Zwar hat Kohut die Regression als therapeutisches Agens gar nicht so sehr geschätzt, doch ist sie schon allein aufgrund des analytischen Settings ein nicht zu unterschätzender Bestandteil der analytischen Kur. Im Personzentrierten Ansatz wird dagegen die progressive Erwachsenenperspektive vermutlich weit stärker gefördert, vielleicht manchmal auch zu sehr. Der Personzentrierte Ansatz will ja die Abhängigkeit vom Therapeuten nicht schüren, sondern seinem freien Willen und seiner Fähigkeit zu Selbstreflexion und Selbststeuerung Rechnung tragen, was sich auch auf Frequenz und Therapiedauer auswirkt. Natürlich sind Wahl und Entscheidung als Ausdruck des freien Willens oft erst nach einer emotionalen Verarbeitung und Kräftigung möglich. Ein Selbstverstehen macht oft erst eine Stellungnahme selbstverständlich.

Ich denke da an eine Klientin, die bei schwülem und nebligem Wetter Panikzustände bekommt, die nur teilweise als Folge von Kreislaufbeschwerden zu bewerten sind. Die Klientin hat hier neben dem Akzeptieren und in weiterer Folge Verstehen dieses Phänomens, im konkreten Fall als Metapher für Unklarheit und mangelnde Prägnanz ihres Selbstempfindens, dadurch kleine Erfolge verbucht, indem sie sich über eine Willensleistung dahingehend dem Problem stellt, dass sie nicht schlicht flüchtet und solche Situationen nicht dadurch vermeidet, indem sie einfach zu Hause bleibt.

Deutung

Rogers (1987n) hat in seinem Vergleich zwischen seinem und Kohuts Standpunkt zu verstehen gegeben, dass seine Absicht bei einer verstehenden Reaktion insofern verschieden von Kohut ist, als er (Rogers) auf die Übereinstimmung mit dem Klienten, auf die Vergewisserung und Zustimmung durch den Klienten ausgerichtet ist, während Kohut darauf abzielt, ob der Klient reif für die Deutung ist,

d. h. diese annehmen kann. Mit anderen Worten: Kohut prüft den inneren Bezugsrahmen des Klienten, ob eine Deutung aus dem äußeren Bezugsrahmen (des Psychotherapeuten) angebracht erscheint, Rogers verweilt – soweit wie möglich – beim inneren Bezugsrahmen des Klienten, und stellt sich nur fallweise mit geringfügigen Ergänzungen ein, mitunter aus dem inneren Bezugsrahmen des Psychotherapeuten. Die (genetische) Deutung und die systematische Bearbeitung der (möglichst frühen) Biographie haben bei Kohut einen ganz wesentlichen Stellenwert. Rogers betont den Wert der Realität, wie sie vom Klienten wahrgenommen wird, statt der externen Zuschreibung durch den Psychotherapeuten, die für ihn zu Unrecht als tatsächliches Geschehen zu erachten ist. Es sei hier an Rogers' radikalen Standpunkt erinnert, dass die Erfahrung des Klienten die „höchste Autorität“ sei. Der entscheidende Unterschied besteht wohl darin, dass für Kohut Deutungen eine höhere Form der Empathie sind und daher das Verstehen ein erster Schritt für die Erklärung eines Phänomens ist. Trotz aller Deutungstendenz und -kunst plädierte Kohut aber im Vergleich zur klassischen Psychoanalyse auch dafür, die Phänomene in „a ‚straight‘ manner“ (Miller 1985, 15) und „as presented“ (ebda., 20) zu nehmen.

Übertragung

Im Mittelpunkt der selbstpsychologischen Technik steht als Königsweg weiterhin die Arbeit mit der Übertragung und Gegenübertragung. Kohut hat dabei im Unterschied zu den libidinösen Übertragungen der klassischen Psychoanalyse die narzisstischen Übertragungen, später Selbstobjektübertragungen genannt, ins Zentrum seiner Überlegungen gestellt:

- Die Spiegelübertragung entspricht dabei am ehesten der Alter-Ego-Beziehung bei Rogers, mit ihrem Fokus auf Empathie und „positive regard“, die oft mit einer „mütterlichen“ Funktion in Verbindung gebracht wird.
- Die idealisierende Übertragung hat im Klientenzentrierten Ansatz kein Pendant. Stolorow (1976) meint denn auch, dass diese Beziehungskomponente von Rogers nicht speziell gesehen wurde. Kohut sieht darin aber eine wesentliche Gelegenheit, über die Verinnerlichung eines als stark erlebten Selbstobjekts die Stärke und Ausgeglichenheit des Selbst zu fördern (so wie starke und kräftige Eltern das Kind beruhigen und besänftigen können, was dann später internalisiert wird).
- Die Alter-Ego-Übertragung i. e. S., die Kohut auch Zwillingส์übertragung nannte, birgt am ehesten jene dialogische Komponente, die in der Klientenzentrierten Psychotherapie so stark gewichtet wird. Bartosch (1999) ist der Meinung, dass ein Bemühen um maximale Gleichheit scheitern müsse, und spricht vom „Prinzip der geringfügigen Abweichung“, eine Einschränkung, die auch Buber im denkwürdigen Dialog mit Rogers nachdrücklich bezüglich der „Ich-Du-Beziehung“ im therapeutischen Rahmen argumentiert hat.

Mit dem Fokus auf der „Übertragungsbeziehung“ liegt ein markanter Unterschied zur Klientenzentrierten Psychotherapie vor. Rogers hat u. a. in seinem Kommentar zu seinem Gespräch mit Gloria das Übertragungskonzept als „highly intellectual framework“ bezeichnet. Seine Stellungnahme im Rahmen der von Shlien ausgelösten Debatte in der Person-Centered Review im Jahre 1987 bekräftigt seine Position aus 1951, wonach er die Ausbildung einer Übertragungsbeziehung oder gar einer Übertragungsneurose als nicht wünschenswert erachtet. Statt offenzulassen bzw. den Klienten darüber im Ungewissen zu lassen, was der Therapeut empfindet und denkt, sind die Wahrnehmungen und die offene Enthüllung seines authentischen Erlebens – auch als Feedback – gefragt, mitunter als „Richtigstellung“ bzw. als alternative Wahrnehmung der Situation, des Klienten oder auch von sich selbst, dabei natürlich ohne Rechthaberei oder Besserwissertum. Es gilt eher die Jungsche Aussage: Man „heilt“ trotz der Übertragung und nicht mit Hilfe der Übertragung.

So sind denn Übertragung, Widerstand, Deutung und Durcharbeiten, ebenso wie optimale Frustration und umwandelnde Verinnerlichung, Konzepte, die für die Personzentrierte Psychotherapie zwar eine anregende Herausforderung darstellen (können), aber auch aus prinzipiellen Erwägungen nicht zum konzeptuellen Inventar bzw. methodischen Repertoire des Ansatzes zählen.

6. Anregungen aus der Selbstpsychologie für die klientenzentrierte Praxis

Aus Platzgründen verzichte ich auf die Fortführung des Vergleichs in Hinblick auf Indikation, Setting, Anwendungsformen in der Psychotherapie und darüber hinaus, Verbreitung, Weiterentwicklung und Ausbildung und wende mich in der Folge noch der Frage zu, welche Anregungen die Klientenzentrierte Psychotherapie aus der Selbstpsychologie beziehen kann. Insbesondere hinsichtlich des Vergleichs von intersubjektivem und personzentriertem Ansatz sei auf eine Arbeit von Kahn (1996) verwiesen. Mit der Weiterentwicklung der Selbstpsychologie als intersubjektiver Ansatz wird die phänomenologische Position noch stringenter verwirklicht, was sich in der Skepsis Diagnosen und erfahrungsfernen Konstrukten gegenüber, z. B. dem Konzept des Selbst bei Kohut (vgl. Tobin 1991, 16), aber auch dem Konzept der „optimalen Frustration“ (ebd., 20) gegenüber manifestiert. Das Selbst bei Stolorow ist demnach „the individual’s organization of his or her self-experience in the world“ (vgl. Tobin 1990, 25). Allerdings klingt Stolorows Arbeitsweise („active empathic inquiry“) nach einer von Seiten des Therapeuten aktiveren Untersuchung der Innenwelt des Klienten als in der Personzentrierten Psychotherapie.

Die Frage, die sich stellt, ist, was die Personzentrierte Psychotherapie von der selbstpsychologischen Theorie und Praxis lernen und profitieren kann:

1. Ein Beispiel scheint mir zu sein, ein allfälliges *Bedürfnis des Klienten nach Idealisierung des Therapeuten* nicht nur momentbezogen respekt- und verständnisvoll zu beantworten, sondern als Ausdruck eines tiefen Grundbedürfnisses zu verstehen, das Platz für seine Entfaltung braucht und nicht relativiert werden sollte, indem dies als Abhängigkeitstendenz oder als Selbsttherabsetzung missverstanden wird.

Erst vor kurzem hat mir eine Klientin berichtet, wie kräftigend es auf sie gewirkt hat, mich und auch andere Personen in ihrem Leben, z. B. einen Verwandten, „anhimmeln“ zu können.

2. Gerade für die Arbeit mit schwer gestörten Personen, die wenig Frustrationen dulden können, kann „das verletzte Selbst“ als verallgemeinerbares theoretisches Konstrukt sehr hilfreich sein, um die ausdrücklich an den Psychotherapeuten gerichteten Forderungen oder auch indirekte Reaktionen von Klienten zumindest einmal grundsätzlich als Bewältigungsversuche des Klienten verstehen zu können, oft noch ohne Einfühlung im eigentlichen Sinn. Eine solche – klinische, störungsbezogene – Orientierung in schwer überschaubaren und nicht-verstehbaren Situationen, die auch theoretische Überlegungen wie z. B. das Konzept eines „verletzlichen oder verletzten Selbst“ einschließt, verhindert nicht Beziehung, sondern schafft oft erst die Voraussetzung, sich darauf einzulassen und so erst Empathie und Wertschätzung entfalten zu können. Damit erspart sich so mancher Psychotherapeut Insuffizienzgefühle bezüglich seiner mangelnden Empathiefähigkeit oder auch seiner beschränkten Fähigkeit zu unbedingter Wertschätzung. Diese Überlegungen bieten Anhaltspunkte dafür, optimale Responsivität für die Bedürfnisse der Klienten aufzubringen und vielleicht sogar deren Befriedigung zu ermöglichen:

Ich denke an eine Klientin, die mehrere Male nach dem Ende der Stunde nicht gehen wollte oder mich privat angerufen hat. Ein Mangel an Wissen, das nicht allein über die aktuelle Beziehung zu generieren war, hätte beinahe bewirkt, dass ich ihr Frustrationen zugefügt hätte, die keinesfalls als „optimal“ anzusehen waren. So hat sie mir auch bei einem Treffen offenbart, das wir ein Jahr nach der Beendigung des letztlich geglückten Therapieprozesses hatten, dass es für sie am schlimmsten gewesen sei, wenn ich nach dem Ende der Therapie an ihr vorbei nach Hause gegangen sei, ohne sie – bedingt durch meinen Ärger – speziell zu trösten.

3. Auch das Konzept der narzisstischen Wut mag im zuvor erwähnten Sinne hilfreich sein, um die Heftigkeit von Reaktionen verstehen bzw. auch verdauen zu können, ist diese doch dadurch gekennzeichnet, dass die Intensität auch dann nicht abnimmt, wenn die (aktuelle) Bedrohung eigentlich schon abgenommen hat:

Ich denke an eine Klientin, die nach einem Streit mit ihrem Freund von diesem gehalten werden möchte, gleichzeitig aber – noch gekränkt und daher wütend – sämtliche Versuche ihres Partners in verletzender und die Beziehung auf’s Spiel setzender Weise

zurückweist. Wenn sich Derartiges innerhalb der therapeutischen Beziehung ereignet, ist die Annahme von Vorerfahrungen, die über die aktuelle Beziehung hinausreichen, möglicherweise eine Wegtafel, die freilich nicht den eigenen – oft auslösenden – Anteil an der „mörderischen“ Wut des Klienten übersehen sollte.

4. *Sexualisierung*: Die Beachtung dieses Aspekts sensibilisiert für den Unterton von sexuellen Bezügen. Im klientenzentrierten Verständnis käme hier eine Inkongruenz zum Vorschein, die sich darin äußert, dass es sich nicht um eine in erster Linie von der Aktualisierungstendenz stammende Erfahrung handelt, sondern um Verzerrungen, die dem Selbstkonzept Rechnung tragen.

Miller (1985) berichtet in seiner von Kohut supervidierten Analyse mit einem Klienten, dass dieser immer nach psychischen Rückschlägen das Bedürfnis verspürte, pornografisches Material anzusehen. Kohut verstand dies als Versuch, sein angeschlagenes Selbst zu stärken.

5. *Unterbrechungs- und Wiederherstellungsprozess*: Auch dieses Konzept kann helfen, Brüche im therapeutischen Beziehungsfeld als (Übergangs)Phase zu verstehen und auszuhalten, auch um zu einer umso tragfähigeren Basis zu gelangen.

Ich entsinne mich einer Klientin, deren langes Schweigen dadurch plausibel wurde, dass ich in unserer letzten Stunde vor der bevorstehenden Urlaubspause die Bedeutung dieser für sie nicht von vornherein angesprochen hatte.

In einem anderen Fall war es mein Händedruck bei der Verabschiedung, den ich nicht lange genug gehalten hatte, der einen Rückzug bewirkte.

6. Eine Anregung ist auch, die *narzisstischen Bedürfnisse des Therapeuten* spezieller zu beachten, z. B. wenn vom Klienten nichts als hilfreich empfunden wird.

7. Schlussbemerkung

Wenn ich die These von Paul Bergman (Rogers 1981, 46) aufgreife, wonach kein Mensch mehr als *eine* bahnbrechende Idee im Laufe des Lebens habe, der Rest nur Variationen des Grundthemas sind, so wären das für Rogers wohl die von ihm gefilterten „notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie“ (1957a), für Kohut – ausgehend von der eminenten Bedeutung narzisstischer Strebungen – die Einführung der theoretischen Konstrukte des „Selbstobjekts“ und die „Selbstobjektübertragungen“, d. h. die Bedürfnisse nach Spiegelung, aber auch nach Idealisierung und Gleichheit. Beiden gemeinsam ist, dass sie das erlebende Subjekt in seiner sozialen Angewiesenheit in den Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit stellen.

In der Selbstpsychologie wird in der Regel mehr Raum für Selbsterforschung, in der klientenzentrierten Psychotherapie mehr Gelegenheit für zwischenmenschliche Begegnung und die damit

verbundenen Erfahrungen geboten, wobei hier eingeräumt sei, dass die Theorie der Intersubjektivität von Stolorow der wechselseitigen Beziehung zwischen Klient und Psychotherapeut in hohem Maße Beachtung schenkt und daher (ebenfalls) eine „Zwei-Personen-Psychologie“ ist.

Der/die Klientenzentrierte Psychotherapeut/in ist ein Experte dafür, ein ganz bestimmtes Beziehungsangebot zur Verfügung zu stellen, das gegebenenfalls Veränderungen bewirkt. Der Selbstpsychologe ist darüber hinaus auch Experte für die Erklärung von Phänomenen und ihre Einordnung in das biografische Gefüge.

Als *Therapieziel* wird in der klientenzentrierten Psychotherapie eine Reorganisation des Selbst oder auch eine Entwicklung der Persönlichkeit angestrebt. Nicht Heilung, sondern Selbstentwicklung ist das Ziel, das sich auch in erhöhter Selbstempathie, in kongruenter Wahrnehmung des eigenen Selbst und in internaler Bewertung manifestiert. Ich teile dabei nicht die Einschätzung von Kahn (1985, 897) und Tobin (1991, 28), dass Rogers analog zu Freud mehr Wert auf Bewusstseinsweiterung legte als Kohut, sondern verweise wie Bohart (1991, 41) auf Rogers selbst, der die Erweiterung des Gewahrseins als – zwar wichtiges – Nebenprodukt der empathischen Begleitung des Erlebensflusses und nicht als das eigentliche Ziel sieht. So hat Rogers (1951a, 144) gemeint, dass „die Veränderung im Selbst der Wiederentdeckung von gelegnetem oder unterdrücktem Material eher voraus(geht), als daß sie ihr folgt“. Für ihn ist die Prozessorientierung von „moment-to-moment“ im Rahmen der therapeutischen Beziehung zentral. Psychotherapie wird als „a way of being with“ verstanden, der Offenheit für (neue) Erfahrungen fördert. Dies steht in Einklang mit dem Experiencing-Konzept, in dem ein vor allem kognitives Verstehen wenig Platz hat, schon gar nicht dynamische oder genetische Interpretationen. Auf diese – als ein auf kognitive Einsichten abzielendes Vorgehen – hat Rogers – im Gegensatz zu Kohut, wenn auch in erster Linie aufgrund seines Vertrauens in die Fähigkeit der Klienten zur Selbstexploration – völlig verzichten wollen. Klärung war als therapeutischer Wirkfaktor eher für den frühen Rogers (1942a) kennzeichnend.

Trotz aller Unterschiede, die ich auch im einzelnen aufzuzeigen versucht habe, hat Kohuts Wende eine Affinität zu Rogers' Ansatz aus den 40er und 50er Jahren zur Folge und einen Ansatz innerhalb der Psychoanalyse eingeführt, der Rogers' radikale, oft auch belächelte Standpunkte in vielem teilt. In Anbetracht der mancherorts anzutreffenden Geringschätzung der Personzentrierten Psychotherapie gegenüber – auch durch Vertreter der Richtung selbst – halte ich dies nicht ohne Stolz fest. Den nicht selten anzutreffenden Gefühlen von Minderwertigkeit sei hier eine selbstsichere Haltung entgegengesetzt, die gerade deswegen aber auch Stärken und Anstöße anderer Ansätze anerkennt, ohne diese zu überschätzen, wie dies m. E. manchmal der Psychoanalyse gegenüber der Fall ist.

Literatur

- Bartosch, Erwin (1999), Auf dem Weg zu einer neuen Psychoanalyse. Charakterentwicklung und Therapie aus der Sicht der Selbstpsychologie, Wien – New York (Verlag Neue Psychoanalyse)
- Biermann-Ratjen, Eva-Maria / Eckert, Jochen / Schwartz, Hans-Joachim (1995), Gesprächspsychotherapie. 7. Aufl., Stuttgart (Kohlhammer)
- Biermann-Ratjen, Eva-Maria (2001; in Druck), Die entwicklungstheoretische Perspektive des Klientenzentrierten Konzepts, in: Keil, Wolfgang & Stumm, Gerhard (Hg.), Die vielen Gesichter der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie, Wien – New York (Springer)
- Bohart, Arthur C. (1991), Empathy in client-centered therapy: A contrast with psychoanalysis and self-psychology, in: Journal of Humanistic Psychology 31, 1, 34–48
- Bohart, Arthur C. / Greenberg, Leslie S. (eds.) (1997), Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy, Washington, DC (American Psychological Association)
- Butzer, Ralph J. (1997), Heinz Kohut zur Einführung, Hamburg (Junius)
- Emery, Edward J. (1987), Empathy: Psychoanalytic and client centered, in: American Psychologist 5, 513–515
- Goldberg, Arnold (1985), Preface, in: Goldberg, Arnold (ed.), Progress in self psychology. Vol. 1, New York (The Guilford Press), VII–X
- Finke, Jobst (1994), Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart (Thieme)
- Hexel, Martina (1994), Heinz Kohut, in: Frischenschlager, Oskar (Hg.), Wien, wo sonst! Die Entstehung der Psychoanalyse und ihrer Schulen, Wien (Böhlau), 161–173
- Kahn, Edwin (1985), Heinz Kohut and Carl Rogers: A timely comparison, in: American Psychologist 40, 893–904
- Kahn, Edwin (1987), A reply to Emery's comments, in: American Psychologist 5, 515–516
- Kahn, Edwin (1989a), Carl Rogers and Heinz Kohut. On the importance of valuing the "self", in: Detrick, Douglas W. / Detrick, Susan P. (eds), Self psychology. Comparisons and contrasts, Hillsdale, NJ (The Analytic Press), 213–228
- Kahn, Edwin (1989b), Carl Rogers and Heinz Kohut: Toward a constructive collaboration, in: Psychotherapy 26, 4, 555–563
- Kahn, Edwin (1996), The intersubjective perspective and the client-centered approach: Are they one at their core?, in: Psychotherapy 33, 1, 30–42
- Kahn, Edwin / Rachman, Arnold W. (2000), Carl Rogers and Heinz Kohut. A historical perspective, in: Psychoanalytic Psychology 17, 2, 294–312
- Keil, Wolfgang / Stumm, Gerhard (2001; in Druck), Die vielen Gesichter der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie, Wien – New York (Springer)
- Kirschenbaum, Howard (1995), Carl Rogers, in: Suhd, Mel (ed.), Positive regard. Carl Rogers & other notables he influenced, Palo Alto (Science and Behavioral Books), 1–102
- Kohut, Heinz [1971] (1973), Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen, Frankfurt (Suhrkamp)
- Kohut, Heinz [1972] (1975a), Überlegungen zum Narzißmus und zur narzißtischen Wut, in: Die Zukunft der Psychoanalyse, Frankfurt (Suhrkamp), 205–251
- Kohut, Heinz [1966] (1975b), Formen und Umformungen des Narzißmus, in: Die Zukunft der Psychoanalyse. Aufsätze zu allgemeinen Themen und zur Psychologie des Selbst, Frankfurt (Suhrkamp), 140–172
- Kohut, Heinz [1977] (1979), Die Heilung des Selbst, Frankfurt (Suhrkamp)
- Kohut, Heinz [1984] (1987), Wie heilt die Psychoanalyse?, Frankfurt (Suhrkamp)
- Korbei, Lore (1997), Der Personzentrierte Ansatz und die Psychoanalyse, in: Korunka, Christian (Hg.), Begegnungen: Psychotherapeutische Schulen im Gespräch: Dialoge der Person-Centred Association in Austria (PCA), Wien (Facultas), 38–58
- Lachmann, Frank M. (1999), Aggression: reaktiv und transformiert, in: Bartosch, Erwin/Hinterhofer, Herwig/Pellegrini, Elisabeth (Hg.), Aspekte einer neuen Psychoanalyse. Ein selbstpsychologischer Austausch, Wien – New York (Verlag Neue Psychoanalyse), 9–20
- Miller, Jule P. (1985), How Kohut actually worked, in: Goldberg, Arnold (ed.), Progress in self psychology. Vol. 1, New York (The Guilford Press), 13–30
- Orange, Donna M. / Atwood, George E. / Stolorow, Robert D. (1997), Working intersubjectively. Contextualism in psychoanalytic practice, Hillsdale, NJ (The Analytic Press)
- Ornstein, Paul / Ornstein, Anna [1990] (1997), Selbstbehauptung, Ärger, Wut und zerstörerische Aggression: Perspektiven des Behandlungsprozesses, in: Psyche 4, 289–310
- Pfeiffer, Wolfgang M. (1981), Der Widerstand in der Sicht der klientenzentrierten Psychotherapie, in: Petzold, Hilarion (Hg.), Widerstand – ein strittiges Konzept in der Psychotherapie, Paderborn (Junfermann), 209–225
- Pfeiffer, Wolfgang M. (1990), Otto Rank und die klientenzentrierte Psychotherapie, in: Behr, Michael/Esser, Ulrich/Petermann, Franz/Pfeiffer, Wolfgang M. (Hg.), Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie. Bd. 2, Salzburg (Otto Müller), 8–21
- Pfeiffer, Wolfgang M. (1995), Überlegungen zu einer Störungslehre aus interaktioneller Perspektive, in: Schmidtchen, Stefan/Speierer, Gert-Walter/Linster, Hans (Hg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 2. Theorien und Ergebnisse zur Grundlegung einer klientenzentrierten Krankheitslehre, Köln (GwG), 41–81
- Raskin, Nathaniel (1986), Heinz Kohut and Carl Rogers. A timely comparison (article review), in: Person-Centered Review 1, 235–238
- Rogers, Carl R. (1942a), Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Die nicht-direktive Beratung, München (Kindler), 1972
- Rogers, Carl R. (1951a), Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Die klient-bezogene Gesprächstherapie, München (Kindler), 1973
- Rogers, Carl R. (1957a), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In: Journal of Consulting Psychology 21,2, 95–103; dt.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: Rogers, Carl R. / Schmid, Peter F. (1991), Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz (Grünwald), 165–184
- Rogers, Carl R. (1957b), A note on „The nature of man“, in: Journal of Counseling Psychology 4, 3, 199–203
- Rogers, Carl R. (1959a), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: Koch, Sigmund (Hg.), Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill), 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG), 1987
- Rogers, Carl R. (1961a), On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, Stuttgart (Klett-Cotta), 1973

- Rogers, Carl R. (1973b), My philosophy on interpersonal relationships and how it grew, in: *Journal of Humanistic Psychology*, 13, 2, 3–15; dt.: Meine Philosophie der interpersonalen Beziehungen und ihre Entstehung, in: Rogers, Carl R. / Rosenberg, Rachel (1980), *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*, Stuttgart (Klett-Cotta), 185–198
- Rogers, Carl R. (1975a) Empathic – An unappreciated way of being, in: *The Counseling Psychologist* 5,2 (1975) 2–10; dt.: Empathie – eine unterschätzte Seinsweise, in: Rogers, Carl R. / Rosenberg, Rachel (1980), *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*, Stuttgart (Klett-Cotta), 75–93
- Rogers, Carl R. (1979a), The foundations of the person-centered approach, in: *Education* 100,2, 98–107; dt.: Die Grundlagen eines personenzentrierten Ansatzes, in: Rogers, Carl R. (1981), *Der neue Mensch*, Stuttgart (Klett-Cotta), 65–84
- Rogers, Carl R. (1987n), Questions and answers, in: Zeig, Jeffrey K. (Hg.), *Evolution of psychotherapy*, New York (Brunner/Mazel); dt.: Rogers, Kohut and Erickson: Eine persönliche Betrachtung über einige Ähnlichkeiten und Unterschiede, in: Zeig, Jeffrey K. (Hg.) (1991), *Psychotherapie: Entwicklungslinien und Geschichte*, Tübingen (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie), 299–313
- Rogers, Carl R. & Sanford Ruth (1984), Client-centered psychotherapy in: Kaplan, H. I. / Sadock, B. J. (eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry, IV*, Baltimore (Williams & Wilkins) 1374–1388; dt. (teilweise): Klientenzentrierte Psychotherapie, in: Rogers, Carl R. / Schmid, Peter F. (1991), *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*, Mainz (Grünewald), 185–237
- Sachse, Rainer (1999), *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*, Göttingen (Hogrefe)
- Siegel, Allen M. (1996), *Heinz Kohut and the psychology of the self*, New York (Routledge); dt.: Einführung in die Selbstpsychologie. Das psychoanalytische Konzept von Heinz Kohut, Stuttgart (Kohlhammer) (2000)
- Stolorow, Robert D. (1976), Psychoanalytic reflections on client-centered therapy in the light of modern conceptions of narcissism, in: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 13, 1, 26–29
- Stolorow, Robert D. / Atwood, George E. (1976), An ego-psychological analysis of the work and life of Otto Rank in the light of modern conceptions of narcissism, in: *The International Review of Psycho-Analysis* 3, 441–459
- Strozier, Charles B. (1985), Glimpses of a life: Heinz Kohut (1913–1981), in: Goldberg, Arnold (ed.), *Progress in self psychology. Vol. 1*, New York (The Guilford Press), 3–12
- Stumm, Gerhard / Wirth, Beatrix (Hg.) (1994), *Psychotherapie: Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis*, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Wien (Falter)
- Stumm, Gerhard / Pritz, Alfred (Hg.) (2000), *Wörterbuch der Psychotherapie*, Wien–New York (Springer)
- Swildens, Hans (1991), *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differentielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Störungen*, Köln (GwG)
- Thorne, Brian (1992), *Carl Rogers*, London (Sage)
- Tobin, Stephan A. (1990), Self psychology as a bridge between existential-humanistic psychology and psychoanalysis, in: *Journal of Humanistic Psychology* 30, 1, 14–63
- Tobin, Stephan A. (1991), A comparison of psychoanalytic self psychology and Carl Rogers' person-centered therapy, in: *Journal of Humanistic Psychology* 31, 1, 9–33
- Trüb, Hans (1951), *Heilung aus der Begegnung*, Stuttgart (Klett)
- Wolf, Ernest [1988] (1996), *Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie*, Frankfurt (Suhrkamp)

Autor:

Stumm, Gerhard, Jg. 1950, Dr. phil., Klinischer und Gesundheitspsychologe, Personenzentrierter Psychotherapeut in freier Praxis, Ausbilder der „Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG)“, Ausbildungsleiter der Sektion „Forum“ der APG, Wien; Publikationen zur Psychotherapie und zum Personenzentrierten Ansatz

Korrespondenzadresse:

*Dr. Gerhard Stumm, A-1170 Wien, Kalvarienberggasse 24
E-Mail: gerhard.stumm@tplus.at*

Irmgard Fennes

Im Prozess der Wandlung – Spirituelle Aspekte in der Personzentrierten Psychotherapie

Zusammenfassung: *Der Personzentrierte Ansatz orientiert sich an einer Kraft, die potenziell Wandlung und Entwicklung fördert – eine evolutionäre Kraft, die nach Erhaltung und Entfaltung des Lebendigen drängt. Ich gehe der Frage nach, was passiert, wenn wir uns der Aktualisierungstendenz überlassen, und beschreibe, dass dies zu Erfahrungen der Transzendenz und zu Spiritualität führen kann.*

In meinem Leben nimmt Spiritualität einen zentralen Platz ein und meine therapeutische Arbeit hat sich dadurch verändert. Ich beleuchte hier einen wesentlichen Ausschnitt meiner persönlichen und beruflichen Entwicklung. Es leitet mich die Überzeugung, dass die Person der Psychotherapeutin einen bedeutenden therapeutischen Faktor darstellt.

Ich stelle fest, dass es mir Mut abverlangt, meine sehr persönlichen Gedanken zum Thema Spiritualität, und wie ich sie in Bezug zur Personzentrierten Psychotherapie sehe, zu veröffentlichen. Es ist eine Angelegenheit des Herzens, nicht in erster Linie des Verstandes, und ich bewege mich in diesem Artikel an der Grenze des Aussprechbaren. Ich hoffe damit unter Personzentrierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen Gedanken- und Erfahrungsaustausch zur vorliegenden Thematik anzuregen.

Stichwörter: *Aktualisierungstendenz, spirituelle Sehnsucht, spirituelles Erleben, personzentrierte Praxis, Prozesskontinuum*

Im Prozess der Wandlung

Die rasant wachsende Weltbevölkerung und die Schnelligkeit der Kommunikation sind meines Erachtens ausschlaggebend dafür, dass sich unsere Gesellschaft in einem intensiven Wandlungs- und Entwicklungsprozess befindet. Das bedingt mehr Komplexität in der räumlichen und zeitlichen Dimension und zwingt uns zur raschen Weiterentwicklung. Ich fühle mich davon angesprochen und bin herausgefordert, mich selbst in den Prozess hineinzugeben.

Die Wurzeln aufspüren

Dass ich mich vor Jahren für eine Ausbildung in Personzentrierter Psychotherapie entschied, hat mit meinen spirituellen Wurzeln zu tun. Ich erlebe mich von christlichen Werten berührt und geprägt. Ich verstehe die Lehre des Christus als universell – sie kann von keiner Religion für sich beansprucht werden – und sie ist, in ihrer Tiefe verstanden, mit anderen spirituellen Traditionen im Einklang.

Ursprünglich wurde ich in die katholische Kirche sozialisiert, und als Kind fühlte ich mich in ihr zu Hause. Ich wuchs auf in einer großen Familie auf dem Land, und die sinnliche Art, den Glauben zu

feiern, das Leibhaftige und Fleischliche der Feste, gefiel mir. Die Tatsache, dass ich ‚Gott essen kann‘ kam mir von Anfang an natürlich und selbstverständlich vor. Es ließ mich erfahren, dass ich mit dem Göttlichen eins werden kann – dass ich mit ihm eins bin. Ich erlebte, wie meine Eltern mit uns um Aufträge fürs Geschäft beteten, wenn manchmal längere Zeit kein neuer Kunde kam. Sie vertrauten auf eine göttliche Führung und Schutz. Trotz Strenge und Unverständnis, oft auch Missachtung meiner kindlichen Bedürfnisse, habe ich in meiner Erinnerung unerbittliche Härte nicht erlebt. Es gab immer einen Moment der Verzeihung. Immer wieder ‚legten‘ wir unser Leben ‚in Gottes Hand‘, wenn wir beteten.

Ich glaube, das alles war mit ein Grund, dass sich mir ein Bild von einer Gottheit einprägte, die *zuerst* liebt, deren Liebe ich mir nicht verdienen muss. Eine Gottheit, die mich und ausnahmslos jeden anderen Menschen mit einem unverwechselbaren Wesen ausgestattet hat und der ich sagen kann: „Ich danke dir, dass du mich so wunderbar gestaltet hast. Ich weiß, staunenswert sind deine Werke“ (Psalm 139,4). Wenn ich diesen Satz in mir zulasse, dann lasse ich auch die Überzeugung zu, dass mein Wert letztlich nicht in Frage gestellt werden kann. Ich kann in meinem Selbstwert verletzt sein, in der Art, wie ich selbst meinen Wert bestimme, aber ich kann mir vorstellen oder mich daran erinnern, dass ich Teil von etwas

Größerem bin und dass sich mein innerstes Selbst jeglicher Bewertung entzieht – also einen Wert an sich hat. Ich sehe das als eine Ermutigung zu bedingungsloser Selbstliebe – zu ‚positive self regard‘. Indem ich mich selbst vollkommen achte und mein Wesen und seine Größe und Schönheit anerkenne, kann ich auch die Schönheit und Größe der anderen vollkommen anerkennen.

„Im Einklang mit dem Evolutionsstrom sein“ – eine Folge der Aktualisierungstendenz

Von Anfang an erlebte ich das dem Personenzentrierten Ansatz zugrundeliegende Konzept der Aktualisierungstendenz als ‚richtig‘ – auch im Sinn von ‚in die richtige Richtung weisend‘. Im Folgenden stelle ich es in einen Zusammenhang mit dem Begriff der ‚Evolution‘, da er einen zumindest ähnlichen Prozess in einem globalen Zusammenhang beschreibt. Beide lassen sich durch einen Aspekt der Erhaltung und einen Aspekt der Entfaltung charakterisieren, die einander wechselseitig voraussetzen. (Höger 2000, 14)

Die Bedeutung des Wortes ‚Evolution‘ befindet sich im Wandel. Ich verstehe es von seinem Wortstamm ‚evolvere‘ her (Stowasser/Petschenig/Skutsch 1994: (hinaus)fließen lassen, abwickeln, herauslösen) und weniger unter dem Aspekt der Selektion, den dieser Begriff ebenso beinhaltet. Im Sinne von Entfaltung und Entwicklung also war es immer ein ‚langsames‘ Wort, eines, das einen Prozess über Jahrtausende, Jahrmillionen beschrieb. Heute scheint alles um vieles rascher abzulaufen. Das Wort Evolution entwickelt sich zum Begriff im wahrsten Sinn, indem seine Bedeutung – auch mit dem Aspekt der Selektion – für uns beinahe physisch greifbar wird.

Ich will mich nicht gegen diese Schnelligkeit stellen. Vielmehr sage ich ‚ja‘ zur Herausforderung von Wandlung und Entwicklung. Ich erfahre, dass ich mich am lebendigsten fühle, wenn ich aufhöre, Zeitpunkt und Tempo bestimmen zu wollen und mich dem überlasse, was sich entfaltet, wenn ich nicht lenkend eingreife. Ich nenne es, mich dem Strom des Lebens überlassen. Es kann bedeuten, dass ich in mir Angst wahrnehme vor dem, was sich dann ereignen wird. Aber etwas in mir drängt auch zum Weitergehen. Ich entscheide mich, nicht der Angst gemäß zu handeln, sondern absichtlich und mit wachen Sinnen mit dem ‚Fluss‘ zu gehen. Ich vertraue gleichsam darauf, „dass die organismische Wahl – die nichtverbale, unbewusste Wahl der Daseinsform – vom Evolutionsstrom geleitet werde“ (Rogers 1980a, 78). Um eine aufgeklärtere, (bewusstere) Wahl zu treffen, ist es wichtig, das Gewahrsein des eigenen Selbst zu erhöhen. Mit gesteigerter Selbst-Bewusstheit kann ich mich entscheiden und mich aktiv in den Evolutionsstrom begeben. Dann vertraue ich auf das, was ich mit meinen Sinnen wahrnehmen kann – dass ich aufgehoben und getragen bin, und dass der Strom eine Richtung hat. Aus meiner Sicht entsteht dadurch eine eigene Art von Freiheit, zu dieser Kraft oder Macht, die größer ist als ich, ja zu sagen.

Hier berühre ich überpersönliche, spirituelle Bereiche. Einerseits ist das ‚Im-Einklang-mit-dem-Evolutionsstrom-Sein‘ ein Zustand, den ich als zutiefst befriedigend erlebe. Es ist, als fühlte ich das als eine besondere Art von wach sein, erfüllt sein, erregt sein. Zugleich befinde ich mich in fast vollkommener Ruhe, ohne Begehren, ohne Angst. Und andererseits erlebe ich ein beglückendes Gefühl des Unterwegsseins, des eindeutig in eine Richtung Gehens und stelle die Frage nach meinem Ziel: „Wonach sehne ich mich, was bewegt mich?“ Die Antwort lautet: „Ich sehne mich nach mir selbst, ich möchte zum Du, ich möchte zum Sein, ich möchte verbunden sein“.

So ist das ‚Im-Einklang-mit-dem-Evolutionsstrom-Sein‘ – eine Folge oder ein Ausdruck der Aktualisierungstendenz – einerseits der Weg und zugleich auch das Ziel meiner Reise. Es führt mich hin zu mir selbst, und es führt mich – im Sinne einer übergeordneten, formativen Tendenz – über mich hinaus zu etwas hin: zu einer mächtigen schöpferischen Kraft, deren Widerhall ich wieder in mir selbst finde.

Der ‚Evolutionsstrom‘ kann zu spirituellen Erfahrungen führen

Im Anschluss an eine sehr intensive Therapiesitzung konnte ich einmal in meinem ganzen Körper spüren, wie ich von allen Seiten von Wärme, Zärtlichkeit und Geborgenheit umgeben war. Dazu hatte ich die innere Gewissheit: „Das ist Gott – du bist ganz geborgen!“ Diese Erfahrung war unendlich beruhigend und entspannend für mich. Später erinnerte es mich an einen Psalm und daran, dass ich dessen Bedeutung gefühlt hatte. Der Psalmist (Ps. 139,5) beschreibt eine Gotteserfahrung so: „Du umschließt mich von allen Seiten und legst Deine Hand auf mich.“

Ein anderes einprägsames Erlebnis hatte ich während meiner Lehrtherapie. Während einiger aufeinanderfolgender Sitzungen verspürte ich immer wieder den Wunsch, mein Gegenüber einfach anzuschauen – ohne besondere Absicht, ohne Zeitbegrenzung oder irgendeine andere vorstellbare Art der Begrenzung. Plötzlich war dann der Zeitpunkt gekommen, wo ich ‚es‘ einfach tat. Ich stellte mich sozusagen ‚in den Strom des Lebens‘ und überließ mich der Erfahrung. Jegliches Nachdenken und Vorausdenken hörte auf, und ich schaute in die Augen meines Gegenübers. Diese Sequenz dauerte vielleicht fünf Minuten, während der wir nichts sprachen. Ich erinnere mich, wie dankbar ich war, dass ich zu keinem Zeitpunkt mit einer Frage unterbrochen wurde – etwa: „was fühlst du?“, oder „was siehst du?“. Ich hatte Zeit, alles in mir zu fühlen und es drückten sich einander abwechselnde Gefühle in meinem Gesicht aus. Ich fühlte, wie sich meine Stirn in Falten zog, wie sich meine Augen mit Tränen füllten und wie sie später zu strahlen begannen und mein Blick klar wurde. Es war erleichternd und befreiend zu fühlen, jedes Gefühl ganz zu sein und sich ausdrücken zu lassen – anfangs Trauer, dann Verzweiflung, später helle Freude und Wärme im ganzen

Körper. Das, was ich an dieser Erfahrung spirituell nenne, war das Gefühl der tiefen Verbundenheit mit meinem Gegenüber. Ich spürte mich gleichzeitig eins mit mir selbst und eins mit dem Du im anderen Sessel. Jegliche Grenze war fort und ich bekam Einblick in das, was ich als die Wahrheit in der Begegnung zwischen uns bezeichne. Wir waren zwei eigenständige Personen, die miteinander in einer innigen Beziehung waren. Es war nichts zu tun, es genügte zu sein. Ich konnte mit meinem ganzen Organismus fühlen, dass es gut ist, ganz ‚im Hier und Jetzt‘ anwesend zu sein.

Maureen O’Hara (1999) findet dafür den Ausdruck: ‚Moments of divine presence‘. In diesen Momenten bin ich eins mit der Quelle in meinem Innersten, von wo her meine Fähigkeit strömt zu leben und in Beziehung zu sein. Rogers nennt es ‚das innere Selbst‘ oder den ‚inner spirit‘, was auch mit ‚Seele‘ übersetzt wurde (Rogers 1980a, 80).

Die Natur spiritueller Erfahrungen

Spirituelle Erfahrungen können nicht einfach zu vorbestimmten Zeiten angeordnet werden. Für mich haben sie immer den Charakter eines Geschenkes, und sie sind von ihrer Natur her spontan. Auch wenn sie von meiner Seite Durchlässigkeit voraussetzen und die Fähigkeit, mich ergreifen zu lassen, mich hinzugeben, so erlebe ich sie doch als von einer Kraft bewirkt, für die mir am ehesten die Bezeichnung ‚Geist‘ (lat.: spiritus) passend scheint. Ich erlebe ein Geschehen in meinem tiefsten Inneren mit einer Gewissheit, an der ich nicht vorbeikann. Ich fühle, dass ich gemeint bin – in meinem ganzen Wesen bejaht und eins mit meiner Erfahrung. Es ist ein Erleben in vollkommener Freiheit.

Spiritualität als Teil der organismischen Erfahrung

Spirituelle Erfahrungen erfassen mich in meiner gesamten organismischen Existenz. Wenn ich die Erfahrung mache, dass ich ganz von Wärme und Zärtlichkeit umhüllt bin, dann kann das meine Einstellung zu mir selbst und zum Leben, mein Selbstkonzept, verändern. Es ist etwas, an das ich mich wieder erinnern kann, etwas, das mich trägt und nährt, wenn ich es wieder in mein Gewahrsein kommen lasse und erneut eintauche in die Erfahrung. Ich spreche von Erfahrungen, die wir in unserem Körper machen. Spirituelles Erleben wird oft beschrieben als: ‚Sehnsucht nach dem, was uns alle einbindet und übersteigt‘, ‚Berührung mit dem, was zutiefst berührt, erschüttert, verstummen lässt‘, ‚ergriffen sein‘, ... Das sind Beschreibungen von Gefühlen, und unsere fünf Sinne sind ein wichtiger Zugang dafür. Entscheidend ist, dass die Sinne wach sind, und wir die Fähigkeit zu fühlen entfalten. Es bedeutet, sich ganz dem Fühlen und Wahrnehmen hinzugeben, ohne fürs erste einen Begriff für das Gefühlte zu suchen – dem Fühlen gewissermaßen keine Grenzen zu setzen.

Wenn Rogers (1980a, 80) von seinem ‚inneren, intuitiven Selbst‘ spricht, dem er dann nahe ist, wenn er sich ‚in einem etwas veränderten Bewusstseinszustand‘ befindet, sozusagen ‚dem Unbekannten‘ in ihm nahe ist, dann klingt es für mich, als würde er sich auf eben dieses grenzenlose Fühlen einlassen. Um in die Bereiche des Transzendenten, Spirituellen einzutreten, ist es notwendig, die fünf Körpersinne gleichermaßen auszudehnen. Ich stelle mir vor, dass sie dabei immer präziser werden – dass sie immer feinere, ‚leisere‘ Reize aufnehmen und in einen immer weiteren Raum hinein reichen. Wir hören uns sagen: „ich möchte nach innen horchen“, „ich habe das schon lange vorher gespürt“. Damit beschreiben wir nicht mehr ausschließlich Sinneserfahrungen unseres physischen Körpers. Wir sagen damit, dass wir etwas wahrnehmen, das uns die gleiche Gewissheit vermittelt, wie ein Schauen, Hören und Fühlen mit unseren Körpersinnen. Mit dem Zustand der Gegenwärtigkeit, den Rogers beschrieben hat (ebd.), ist eine besondere Form von erweiterter Bewusstheit, Achtsamkeit und ‚Gegenwärtig-Sein‘ gemeint. Wir betreten damit den überpersönlichen oder transpersonalen Raum. Für Grof (1987, 64) bedeutet ‚transpersonal‘ die erlebnismäßige Ausdehnung oder Erweiterung des Bewusstseins über die gewöhnlichen Grenzen des Körper-Ich, sowie über die Beschränkungen von Raum und Zeit.

Spirituelle Erfahrung und körperliches Erleben

Ich beziehe mich auf Erfahrungen, die ich selbst in der Meditation (allein oder in Gruppen) machte. Für mich am deutlichsten passiert meist eine Veränderung der Atmung. Der Atem ist einerseits eine natürliche, tagtägliche und körperliche Erfahrung, andererseits aber auch die Verbindung zum transzendenten Bereich unseres Seins, (lat. spirare: wehen, hauchen, atmen, leben). Allein wenn wir uns der Erfahrung des Atmens ganz hingeben, können wir etwas Tiefes und Umfassendes erleben, das uns bewegt. Wenn ich beginne, etwas wahrzunehmen, das in mir die Ahnung eines Einblicks in bisher Fremdes entstehen lässt, wird meine Atmung meist rascher, vielleicht begleitet von dem Gefühl der Erregung oder Anstrengung. Ich erlebe, dass ich an einer Schwelle von Erkennen stehe, einer deutlichen Erweiterung dessen, was ich bisher kannte bzw. wusste. Es ist, als müsste sich durch die Aufnahme von mehr Sauerstoff zuerst mein Körper weiten, meine Zellen, meine Blutgefäße, damit die neue Erkenntnis in mir Platz hat. An diesem Punkt spüre ich manchmal auch ein Gefühl der Enge. Ich sehe sie als Angst vor der neuen Einsicht, Angst eine alte Überzeugung aufzugeben. Indem ich die spontan raschere und tiefere Atmung zulasse, kann ich sicher sein, dass dieser Prozess voranschreitet. Ich vergleiche es mit meinen Erfahrungen als Gebärende: mein Körper scheint zu ‚wissen‘, was zu tun ist, wie viele und wie kräftige Kontraktionen nötig sind, um das Kind ans Licht zu bringen – ich kann diesen Prozess unterstützen, indem ich mich dem Geschehen hingebe und tief

atme. Wenn ich, vielleicht aus Angst vor Schmerzen oder überwältigt von der starken Kraft, die da am Werk ist, meinen Atem anhalte, verzögert sich der Verlauf der Geburt und wird schmerzhafter. Wenn ich mich also der vielleicht ungewohnten Erfahrung überlasse und hingeebe, dann wird das auch in meinem Atemmuster deutlich. Es wird tiefer und regelmäßiger, sobald ich mich getraue, weiter nach innen zu ‚schauen‘. Oft tut sich dann ein Raum von überraschender Weite in meinem Inneren auf. Ich erlebe, dass ich mich darin ungehindert bewegen kann, und das lässt mich körperlich aufatmen. In diesem Augenblick fühle ich mich heil und ganz. Nichts steht in Frage: *i c h – l e b e – j e t z t*. Loslassen von jeglicher, auch kleinster Anspannung geschieht von selbst, ein innerer Frieden breitet sich aus. Es ist gut, zu sein.

Spirituelle Erfahrungen und ihr Platz im psychotherapeutischen Setting

Spirituelle Erfahrungen werden oft nicht bewusst als solche gesehen, und die Zugehörigkeit zu einer Religion oder Glaube an Gott ist keine Voraussetzung dafür. Laut Grof ist es eine der Psyche innewohnende Eigenschaft, die spontan in Erscheinung tritt, wenn der Prozess der Selbsterforschung tief genug fortgeschritten ist (1991, 351). Als Psychotherapeutin komme ich demzufolge mit manchen meiner Klientinnen an diesen Punkt. Ob der Prozess der Selbsterforschung ‚tief genug‘ fortgeschritten ist, hängt auch davon ab, wo die Klientin sich innerhalb des Kontinuums des psychotherapeutischen Prozesses befindet.

Der Personzentrierte Ansatz ist in seinem Wesen spirituell

Die Aktualisierungstendenz im Lichte spirituellen Denkens

Die Annahme einer Aktualisierungstendenz ist die zentrale Hypothese des Personzentrierten Ansatzes. Anhand eines Textes von Carl Rogers, für den er oft genug kritisiert wurde, wurde mir erst kürzlich etwas neu verständlich: Wenn wir das Beispiel mit den Kartoffeln betrachten (1980a, 66 und 74), die im dunklen Keller lange, blasse Triebe zum Licht schicken, dann zeigt es einerseits, dass sie das fast aus sich selbst heraus können. Es genügt ein winziger Lichtschein und schon strecken sie sich diesem Licht entgegen, um der ihnen innewohnenden Tendenz nach Entfaltung nachzugeben. Was diese dünnen Triebe aber auch noch zum Ausdruck bringen, ist die Richtung, in die sie streben – angezogen vom Licht. Für mich weist dies auf zweierlei hin: Auf der einen Seite bin ich mit meiner Vorstellung von einem erfüllten Leben, mit meiner Sehnsucht danach, und auf der anderen Seite ist das Licht, das mich anzieht. Es ist das Licht, das mich zu mir selbst führt, indem es mein Potenzial aktiviert, und

es ist das Licht, das mich über mich hinaus führt, indem es mich zu sich hin zieht.

Ich würde sagen: „Alles Streben geht hin zum Licht“ und sehe das als einen wichtigen Akzent in der Beschreibung der Aktualisierungstendenz, die Rogers im biologischen menschlichen Organismus annimmt und als „die Weisheit des Organismus und seine fundamentale Ausrichtung“ bezeichnet (Rogers 1980b, 232). Damit meint er, dass jeder lebende Organismus die ihm innewohnende richtungsweisende Tendenz hat, all seine Fähigkeiten auf eine Art und Weise zu entwickeln, die der Erhaltung oder Steigerung des Organismus dient.

Für mich sieht es dabei aus, als strecke sich der Organismus dem Licht entgegen, als wäre nichts anderes wichtig, als eben alles in sich zu aktivieren, um mit dem Licht in Kontakt zu treten. Ich glaube, in solchen Momenten widerspiegelt der Organismus mit allem, was er zur Verfügung hat, eine Kraft, die ihn anzieht und damit Richtung und Struktur gibt – die ‚formative Tendenz des Universums‘.

Empathie als spirituelles Agens

Erst gegen Ende seines Lebens schrieb Carl Rogers offen darüber, dass es einen Bereich jenseits der wissenschaftlichen Psychologie gebe, den er als den transzendenten, unbeschreiblichen, spirituellen bezeichnete und auch dass er, wie viele andere, die Wichtigkeit dieser mystischen, spirituellen Dimension unterschätzt hatte (1991, 243). Aber „ironischerweise, das Spirituelle war immer anwesend, verborgen in dem, was Rogers am nächsten und am vertrautesten war: in der empathischen Beziehung zwischen Therapeut und Klient“. Kramer, Robert (1995, 54), der Leiter des Otto Rank Center in Washington, spürt dem Einfluss von Ranks Ideen auf das Denken von Rogers nach und findet klare Bezüge zwischen den beiden. Da Rogers selbst einmal sagte, dass er von Ranks Ideen infiziert worden sei (ebd. 77) und Rank in seinem Werk durchgängig die Bereiche des Spirituellen berührt, ist es aufschlussreich, die Arbeit von Kramer unter diesem Aspekt zu betrachten. Laut Rank ist Erfahrung „nichts als die emotionale Hingabe an die Gegenwart“, an das Jetzt. „Empathisches Verstehen vereint unser Ego mit dem Anderen, mit dem Du, mit Menschen, mit der Welt, und verscheucht so die Angst“, (ebd. 74).

Es gibt eine Stelle bei Rank (1989, 113), die mir gut gefällt, weil sie den Begriff der Empathie von einer anderen Seite her erhellt. Rank verwendete ihn als ein Symbol für Liebe. Die Künstlerin und die Betrachterin dienen ihm als Beispiel dafür: Die Künstlerin gibt alles in ihr Werk hinein, investiert ihr ganzes Selbst und erlebt, wie sich ihr Selbst in diesem schöpferischen Akt gleichsam auflöst, um sich in ihrem Werk zu manifestieren. Die Betrachterin, die sich beeindruckt lässt, die ganz in der Betrachtung ‚aufgeht‘, sich darin verliert, findet sich schlussendlich selbst in diesem Werk wieder. Er bezeichnet es als einen Akt der Liebe zwischen den beiden. Dies

impliziere die spirituelle Einheit zwischen der Künstlerin und der Betrachterin.

Rogers formuliert als eine der Grundbedingungen Personenzentrierter Therapie, dass die Therapeutin ein genaues empathisches Verstehen vom Bewusstsein der Klientin und ihrer eigenen Erfahrung empfindet. In Analogie zu Ranks Beispiel aus der Kunst sehe ich die Wahrnehmungswelt der Klientin als das Kunstwerk, in das die Therapeutin in der genauen Einfühlung ihr Selbst investiert. Sie tut das, indem sie in eine geistige, spirituelle Verbindung zur Klientin tritt: "... die private Wahrnehmungswelt des anderen betreten und darin ganz und gar heimisch werden, ... zeitweilig das Leben dieser Person leben; sich vorsichtig darin bewegen, ... Bedeutungen erahnen, deren sie selbst kaum gewahr wird." (Rogers/Rosenberg 1977, 79). In dem Maß, in dem die Klientin das Bemühen und die tatsächliche Einfühlung der Therapeutin in ihre eigene Erlebniswelt erfährt, hat sie Teil an dieser spirituellen Verbindung.

Spirituelle Implikationen bedingungsloser Wertschätzung

Campbell Purton (1998, 24) vertritt die Auffassung, dass das Konzept der bedingungslosen Wertschätzung (unconditional positive regard) nur dann verwirklicht werden könne, wenn wir die Person als ein spirituelles Wesen begreifen. Es wäre nicht logisch sondern ‚sentimental‘, wenn ich versuchte, eine Person bedingungslos wertzuschätzen, die sich in einer Weise verhält, die mir falsch oder gefährlich erscheint. Da aber die Person ein Wesen sei, das seine Bedürfnisse und Strebungen grundsätzlich im Bewusstsein reflektieren könne und die Fähigkeit habe, in sich den Wunsch nach Veränderung zu spüren (zum Beispiel: „ich möchte meinen gewalttätigen Impulsen nicht nachgeben“), verdiene sie per se absoluten Respekt und bedingungslose positive Zuwendung.

Um seine Auffassung von der Person als spirituellem Wesen zu veranschaulichen, verwendet Purton den Begriff des ‚essentiellen Selbst‘ zur Unterscheidung vom ‚empirischen Selbst‘, das der Erfahrung im Augenblick zugänglich ist (ebd. 28). Ich verstehe das essentielle Selbst als das von Rogers gemeinte ‚innere organismische Selbst‘, oder wo er, an Kierkegaard orientiert, vom ‚wahren Selbst‘ spricht. Dieses essentielle oder wahre Selbst sieht Purton als eine ursprüngliche Wesenheit, die durch äußere Einwirkung nicht verzerrt werden kann. Eine Person kann aber ihr empirisches oder bewusstes Selbst als eine Verzerrung ihres wahren Selbst erleben und den Wunsch haben, immer mehr ihr wahres Selbst zu sein. Die unbedingte positive Wertschätzung bezieht sich demnach auf das wahre Selbst der Person, auf den Wesenskern jedes Menschen, der nach Entfaltung strebt. Dieser Kern ist es, der grundsätzlich konstruktiv und sozial ist und den ich im Lauf des Lebens – und auch im Verlauf einer Psychotherapie – hoffentlich immer mehr entdecken und freilegen werde.

Es kann sein, dass die Perspektive der verbleibenden Lebenszeit einer Person nicht ausreicht, um die von ihr erhoffte Veränderung zu erreichen. Dennoch wird sie im Sinn der Aktualisierungstendenz danach streben. Therapeutin und Klientin nehmen implizit an, dass die Entfaltung der Person eine Dimension beinhaltet, die über die gegenwärtige empirische Existenz hinausgeht. Es bedeutet, dass sie ihre bedingungslose positive Wertschätzung einem Wesen entgegenbringen, das von Natur aus spirituell ist.

Das Konzept der ‚fully functioning person‘ und die spirituelle Dimension

Dies bestätigt für mich die Annahme, dass unsere physische Existenz nicht alles ist, was uns als Organismus ausmacht. Ich bin der Überzeugung, dass wir auch auf einer anderen als der materiellen ‚Ebene‘ existieren – wenn ich mir vorstelle, dass wir Emotionen empfinden können, Gedanken und Ahnungen haben und Gewissheiten über Dinge, die wir streng genommen nicht wissen können. Christine Schenk spricht von unserer Doppelexistenz als physischer Körper und als Energiekörper. Der Energiekörper umfasst das Emotionale, Mentale und Spirituelle. Sie bezeichnet ein erfülltes Leben als eines, in dem der physische Körper und der Energiekörper vereint sind, miteinander ‚verschmolzen‘ sind (Schenk 1998, 105). Ich verstehe das als ein uneingeschränktes Annehmen dessen, dass mein Körper beseelt ist. Ich lasse es in mein Bewusstsein kommen, dass ich ein Wesen bin, das in dem Körper anwesend ist, der ich bin, und dass ich damit meine Seele verkörpere. Damit werde ich eins mit meiner gesamten organismischen Existenz. Nur dann verwirkliche ich mein gesamtes Potenzial und kann zu einer fully functioning person werden.

Rogers (1961a, 412) nennt als das erste Charakteristikum der ‚fully functioning person‘ eine Entwicklung weg von Abwehrverhalten hin zu einer „zunehmenden Offenheit für Erfahrungen“. Eine Person, die ihr Leben in Fülle lebt (living fully), ist auch eine, die sich der aktualisierenden Tendenz überlässt. Sie geht ‚mit dem Evolutionsstrom‘ indem sie zunehmend alles, was sie in irgendeiner Weise erfährt, vollkommen in ihr Gewahrsein kommen lässt. Wenn dieser Prozess voranschreitet, wird sie mit großer Wahrscheinlichkeit Erfahrungen machen, die ins Transzendente, Spirituelle reichen.

Die evolutionäre Kraft des Personenzentrierten Ansatzes als Ausdruck der formativen Tendenz

Für Brian Thorne hängt die Zukunft Personenzentrierter Therapie stark davon ab, ob mystische oder spirituelle Fragen vermieden oder angegangen werden, (Thorne 1991,185; 2000, 23f). Ich meine daran anknüpfend, es kommt darauf an, dass wir uns immer wieder

von neuem unserer persönlichen Erfahrung hingeben. Der Begriff der Hingabe ist hier wesentlich, denn es verlangt nach einem sich aktiv Hineingeben in eine neue Erfahrung, besonders dort, wo Wesentliches bereits als gesichert gilt. Dann allerdings ist nicht immer verlässlich vorauszusagen, wohin genau der nächste Schritt gehen wird, und es kann sein, dass ich bisher für richtig Gehaltenes revidieren muss. Als Personenzentrierte Psychotherapeutin verstehe ich mich selbst im Prozess befindlich. Es gibt in diesem Ansatz keine Dogmen, sondern Ausgangspunkte, die, wenn ich mich dorthin stelle, sie in mich aufnehmen und von ihnen ausgehe, mich auf einen Weg bringen, auf dem ich viel entdecken werde, wenn ich dafür wach bleibe.

Der Titel von Maureen O'Hara's Vortrag am Weltkongress für Psychotherapie 1999 ließ mich aufhorchen: „Empathic meetings: Relational Personcentred Practices – Healing and the Expansion of Consciousness“ (O'Hara 1999). Hier klangen Themen an, die in der personenzentrierten Tradition bisher wenig Beachtung gefunden hatten. Es geht um Begriffe wie ‚veränderte Bewusstseinszustände, Transzendenz, Spiritualität‘, die Konzepte benennen, die zu Zeiten Carl Rogers' nicht bequem in das mechanistische Paradigma des psychologischen ‚mainstream‘ passten – und das ist noch heute so. Maureen O'Hara hat dort weiter geforscht, wo Rogers gegen Ende seines Lebens aufgehört hatte. Vielleicht wollte er seine wissenschaftliche Glaubwürdigkeit schützen, indem er Begriffe wie ‚Spiritualität‘ und ‚veränderte Bewusstseinszustände‘ weitgehend vermied – seinen Erfahrungen damit konnte er sich jedoch nicht verschließen. Von seinen engsten Mitarbeitern gedrängt, er möge doch mehr darüber schreiben, pflegte er zu antworten: „You guys have to write about this, I did my work, now I'm doing my life.“ (ebd.)

Rogers machte seine wesentlichen spirituellen Erfahrungen in Gruppen – in großen, oft multikulturellen Gruppen. Es war die Zeit der beginnenden ‚New Age Bewegung‘, und er und seine Kolleginnen waren offen gegenüber östlichen Meditationsformen. Vor allem die Arbeit in Brasilien war es aber, die den Durchbruch brachte: „Wir bemerkten, dass trotz der zentralen Bedeutung von Empathie in unserer eigenen Theorie und Praxis unsere brasilianischen Freunde immer noch empathischer waren als wir selbst – manchmal in einem überraschenden Ausmaß. Es war für die Ausbildungsteilnehmer ganz gewöhnlich, im Eingehen aufeinander Bemerkungen zu machen oder Gesten, die fast telepathisch erschienen. Wenn wir sie fragten, wie sie zu diesem Verständnis kamen, beschrieben sie meist Träume oder Formen (Umrisse) oder Stimmen in ihren Ohren und dass sie diese für uns eigenartigen Erfahrungen als gewöhnliche Informationen aufnahmen über das, was in der Welt des anderen vorging.“ (ebd., Übers. I. F.) Dies weist in den Bereich des Intuitiven und in die „weiten inneren Räume, die sich vor uns ausbreiten“ (Rogers 1980a, 150). Dort erscheint uns vieles unlogisch und irrational, und wir brauchen unsere Fähigkeit und unseren Mut, mit dem ganzen Organismus zu fühlen, um diese inneren Räume zu erforschen.

Zusammen mit Maslow und anderen in der Bewegung der Humanistischen Psychologie kam Rogers zur Ansicht, dass die menschliche Vorstellung davon, wie das Leben wirklich sein könnte, ein primärer Antrieb in der Evolution von Bewusstsein ist. Hier ist neben dem Wunsch nach materieller Sicherheit auch die spirituelle Sehnsucht jedes Menschen angesprochen. Es ist die Sehnsucht nach Transzendenz – nach Überschreiten der Grenzen der Erfahrung und des sinnlich Erkennbaren – und nach Ganzwerden, Einswerden. Es stellte sich die Überzeugung ein, „dass die inneren Fähigkeiten zur Selbstheilung, Selbsttranszendenz und zu ihrer kreativen Umsetzung, auf denen therapeutische Veränderungen beruhen, einzig und allein „Reflexionen der universellen formativen Tendenz sind, die die gesamte Natur vom Molekül hin zur Galaxie bewegt, um sich zu größerer Komplexität und erweitertem Bewusstsein hin zu entwickeln“ (O'Hara 1999, Übers. I. F.).

Dieser Satz erscheint mir wichtig, und er stimmt mich nachdenklich. Er beinhaltet eine sehr treffende und präzise Formulierung, die ich für den Versuch halte, sachlich korrekt und ohne Emotionen etwas zu beschreiben, das in meine Augen zum Wunderbarsten und Großartigsten im Leben von uns Menschen gehört. In dieser Aussage deutet alles darauf hin, dass das, was ich göttlich nenne, sein Licht auf die Erde wirft. Das hat heilende und transformierende Kraft und bewirkt ein Geschehen zwischen Himmel und Erde, das Leben ermöglicht. Ich bin von der Notwendigkeit überzeugt, eine Sprache für die tiefsten Wahrheiten des Menschseins zu finden, die theoretisch viele verstehen und akzeptieren können. Ich nehme an, dass wir uns immer mehr in die Richtung des eigentlich Unausprechlichen weiterbewegen werden, und es ist voraus zu sehen, dass wir dabei Erfahrungen machen, die in ihrer Tiefe und Reichweite schwer mitzuteilen sind. Wir werden Geduld und liebende Wertschätzung brauchen, wenn wir unsere tastenden Versuche des sprachlichen Ausdrucks unternehmen. Vermutlich werden Einzelne zu unterschiedlichen Zeiten unterschiedliche Erfahrungen machen, und wir werden um eine gemeinsame Sprache ringen müssen, um das, was wir finden, für die therapeutische Arbeit nutzbar zu machen.

Die Gruppe um Carl Rogers erkannte, dass die oben zitierte Erkenntnis umwälzend war. Ich belasse das Zitat im englischen Original, um ihm nichts von seiner ursprünglichen Aussage zu nehmen: „... that when you facilitate an experiential shift in consciousness, either of an individual or a group, that in a small way you are participating in the evolution of consciousness – that as you help individuals become more fully developed or help a group become more fully aware and more fully developed – the effects of that process are not localized just with the individual you are working with, but it is part of a whole universal movement in evolution ...“ (Rogers 1980a). Die therapeutische Arbeit hat die Kraft zu transformieren, Wandlung und Entwicklung zu fördern und hat so einen Anteil am schöpferischen Prozess der Evolution.

Es ist dann nicht mehr so sehr eine Frage von „was tue ich in so einer Situation, wie verhalte ich mich“, sondern vielmehr „wer bin

ich in so einer Situation?“. Es ist nicht mehr länger vorrangig das Ziel, in einer therapeutischen Begegnung Veränderung zu bewirken oder eine Reihe typischer Symptome zum Verschwinden zu bringen. Das Ziel ist vielmehr, mit einer „anderen Manifestation von Bewusstsein“ (ebd.) in Verbindung zu treten. Diese Weise, einen anderen Menschen zu betrachten, lässt mich Achtung empfinden und hat Auswirkungen auf mein Selbstverständnis als Psychotherapeutin. Ich bin nicht länger nur ein Instrument der Veränderung, sondern jemand, die mit der Klientin in Beziehung ist, damit der Prozess der Evolution voranschreiten kann. Diese Erkenntnis hat für mich etwas Erhebendes und erfüllt mich zugleich mit tiefer Demut. Es stellt meine Arbeit als Psychotherapeutin in einen größeren Zusammenhang und ich bringe es in Verbindung mit der evolutionären Kraft des Personzentrierten Ansatzes. Die Klientin ist in dieser Begegnung nicht die passive Empfängerin therapeutischer Interventionen sondern eine aktive Partnerin in einem beiderseitigen Transformationsprozess. Dies hat implizit Folgen für die Gemeinschaft von Therapeutinnen und Therapeuten: wenn wir in einen lebendigen Austausch über unsere therapeutischen Erfahrungen und persönlichen Entwicklungen treten, dann tun wir das letztlich auch, damit der Prozess der Evolution voranschreiten kann.

Zu meinem Gottesbegriff

Ich bin vorsichtig geworden im Gebrauch des Wortes ‚Gott‘. Was für mich Bedeutung hat, ist das Gefühl des Zugehörens, ein Begriff, den David Steindl-Rast verwendet, (1993, 31). Es ist dies der Kern spirituellen Gewahrseins aller Glaubenstraditionen der Welt. Und es ist auch die Grundbedeutung von ‚Religion‘ – Rück-Verbindung mit dem, dem wir eigentlich zugehören. Er sieht damit „ein Fundament gelegt, das wir ‚Gott‘ nennen könnten, wenn man diesen Ausdruck als Bezugspunkt unseres letztendlichen Zugehörens verwenden will. Gott ist der Eine, dem wir letztendlich gehören.“ (ebd. 47).

Wenn ich im weiteren den Begriff ‚Gott‘ verwende, dann mit diesem Verständnis. Das, was ich Gott nenne, kann ich nicht kennen, nur erahnen und erfahren – als die Quelle meines Lebens. In meinem Verständnis ist es das, was Rogers vorsichtig als die formative, schöpferische Tendenz im Kosmos beschrieben hat – das, was allem Leben Struktur und Richtung gibt und Entfaltung hin zu immer größerer Komplexität, also Leben, ermöglicht.

Gott ist nicht ‚er‘, wie Christen sich angewöhnt haben zu sagen, und ist als Person nicht vorstellbar. Andererseits könnte man sagen, Gott habe ‚persönliche Eigenschaften‘ – denn das Vertrauen in die Anwesenheit dieser alles durchdringenden Kraft erschließen uns die anderen Menschen, durch die wir Erfahrungen von Mütterlichkeit, Väterlichkeit oder von inniger Freundschaft machen. Durch Menschen, die uns in Liebe begegnen, erfahren wir, dass wir Geliebte sind. Aber auch im Staunen über die Wunder der uns umgebenden Natur ahnen wir die Größe dieser schöpferischen Kraft. Es

wäre daher sinnlos, Gott in unserer Vorstellung durch irgendeine der Begrenzungen einzuschränken, die wir mit einer Person assoziieren – „etwa die Einschränkung, dass ich, wenn ich ‚ich‘ bin, nicht gleichzeitig ein anderer sein kann“ (ebd.). Gott ‚ist‘ alles, was eine Person ist, unterliegt jedoch keiner ihrer Einschränkungen. Ich hege die Vorstellung, dass Gott sich mir auf der Ebene meines Person-Seins offenbart, in allen Bereichen, die ich in irgendeiner Form in mein Gewahrsein kommen lassen kann. Ich habe eine persönliche Beziehung zum Göttlichen, weil ich selbst persönlich bin. Es ist für mich natürlich, einen inneren Dialog mit Gott, mit dem Du in mir, zu führen. Das ist in meinen Augen ein Ausdruck dafür, dass Gott auch in mir (all)gegenwärtig ist, dass ich selbst göttlich bin. Wenn Gott der Ursprung aller Schöpfung ist, dann habe auch ich Teil an der Schöpfung – an dem kreativen Prozess, der meine und unsere Gegenwart und Zukunft hervorbringt.

Ich spreche daher von einer ‚Gottheit‘ oder vom ‚Göttlichen‘, die weder männlich noch weiblich sind, und vermeide es so auch sprachlich, Gott auf eine Person zu beschränken.

Was bedeutet ‚christlich‘ und wie steht es mit dem personzentrierten Konzept in Zusammenhang?

Soweit ich die Kritik von Carl Rogers an den christlichen Kirchen verstanden habe, war es vor allem die zwingende Vorstellung der Erbsünde, die ihm in einem fast puritanischen, strenggläubigen Elternhaus vermittelt wurde, was ihn letztlich zur Abwendung von der Kirche bewog. In diesem Punkt (und in anderen) erlebe auch ich mich nicht im Einklang mit den christlichen Kirchen. Ich will für mich wesentliche Aussagen des Christus in ihrem ursprünglichen Sinn verstehen und es mit meiner persönlichen Erfahrung in Verbindung bringen.

Zur Frage der Erbsünde orientiere ich mich an einer Stelle im Johannesevangelium. Jesus trifft hier auf einen Mann, der von Geburt an blind ist. Als er gefragt wird: „Rabbi, wer hat gesündigt? Er selbst? Oder haben seine Eltern gesündigt, sodass er blind geboren wurde?“, antwortet Jesus: „Weder er noch seine Eltern haben gesündigt, sondern das Wirken Gottes soll an ihm offenbar werden“. Daraufhin heilt er den Mann von seiner Blindheit (Joh. 9, 1–15). Das ‚Wirken Gottes‘, das hier als Heilungspotenzial über menschliche Vorstellungen hinaus dargestellt wird, kann jeder zuteil werden, die sich nach Heilung sehnt. Mir ist nicht bekannt, dass Jesus in irgendeiner Form an der Erbsünde, der ‚doctrine of original sin‘ festgehalten hätte. Viel eher bezieht er sich in seinen Reden und Handlungen implizit auf die ‚doctrine of original righteousness‘, die besagt, dass die Menschheit nach Gottes Ebenbild gemacht ist und wir deshalb teilhaben an der göttlichen Natur (Thorne 1991, 131).

Nach Steindl-Rast (1993, 85) könne man etwas dann christlich nennen, wenn es eine entschiedene Beziehung zu Jesus Christus

hat. Wenn ich versuche, das Wesen des Christlichen zu artikulieren, so ist es in vielem ähnlich den spirituellen Erfahrungen in anderen Traditionen. „Das Mysterium Jesu ist für das Christentum spezifisch, kann jedoch von den christlichen Gläubigen nicht als ihr Monopol angesehen werden, da es universal ist“.

Ich greife im Folgenden jene Aspekte aus der Botschaft des Christus heraus, die ich selbst als lebens- und wachstumsfördernd erfahren habe – und die mir im Einklang mit dem personenzentrierten Konzept zu sein scheinen:

In Beziehung sein

Der Dreh- und Angelpunkt jeglicher persönlichen Entwicklung ist in der Personenzentrierten Therapie die unmittelbare Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin.

Das ist die eigentlich frohe Botschaft: dass ich mir zutrauen darf, selbst eine direkte Beziehung mit dem Göttlichen einzugehen und daraus Orientierung für mein Leben zu beziehen. Jesus, der in seinem Leben den Christus verkörperte, suchte immer wieder Zeiten der unmittelbaren Begegnung mit dem Göttlichen. Alles, was er den Menschen mitteilte, hatte er in eben diesen Begegnungen erfahren. Es kann aufwühlend und verunsichernd sein, sich für eine wirkliche Begegnung mit dem Göttlichen zu öffnen. Ich sehe sie potentiell als die Begegnung mit einer Kraft, von der ich höchstwahrscheinlich überwältigt werde, sie nicht fassen könnte.

Aufwühlend und verunsichernd kann es auch zwischen Therapeutin und Klientin sein – wenn sich eine ‚wirkliche Begegnung‘ ankündigt. Dies kann uns selbst in der Tiefe unseres Seins berühren und unser Bild von uns selbst sowie das Bild unserer Beziehung zur Klientin verändern.

Christliche Liebe und das Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung

Das uns Menschen angeborene Bedürfnis nach positiver Selbstbeachtung ist ein Orientierungspunkt personenzentrierter Therapie.

Jesus entwickelte eine noch nie dagewesene, vorbehaltlose und innige Beziehung zum Göttlichen und zeigte damit das Bild einer bedingungslos liebenden, verstehenden und verzeihenden Gottheit. Ich glaube zu verstehen, in welcher unmittelbarer und dauernder Nähe er zum Göttlichen war und dass er sich der Erfahrung des mit ihm in Beziehung Seins völlig hingab. Er nannte das Göttliche ‚abba‘, was soviel bedeutet wie ‚Pappa‘. So nannte ich als Kind auch meinen Vater. Jesus spricht von der Gottheit als dem idealen Vater, dem er wie ein Kind zugetan ist – alles von ihm erwartend, ihm alles

zutruend, mit grenzenlosem Vertrauen in die eigene Liebendigkeit und Liebesfähigkeit.

Da wir im Westen üblicherweise nicht vom Göttlichen als Mutter sprechen, vergessen wir das Herzstück der christlichen Botschaft, dass wir nämlich bedingungslos geliebt sind. Aus diesem mich geliebt Wissen kann ich andere lieben. Und obwohl auch die Bibel im Hohelied Salomons die romantische Liebe als die Metapher für Liebe nimmt, so ist mit christlicher Liebe nicht ein sich verlieben (engl. ‚falling in love‘) gemeint, sondern eher eine ‚innere Erhebung in Liebe‘, die an keine Bedingungen geknüpft ist (vgl. Steindl-Rast/Capra 1993, 87). Es ist ein Lieben, zu dem ich mich entscheiden kann und nicht unbedingt eine Liebe, die mir passiert, in die ich hinein falle. Dieses Lieben hat heilende Wirkung. Es ist das ‚Ja-Sagen‘ zum Zugehören, das die Therapeutin der Klientin ‚sagt‘, die im Zustand der Krankheit dieses Ja nicht finden kann.

Geschwisterlichkeit (Ebenbürtigkeit) und personenzentriertes Therapiesetting

Wenn ich meine Rolle als Psychotherapeutin personenzentriert auf der Basis von Ebenbürtigkeit verstehe, bin ich mit meinen Klientinnen in einer geschwisterlichen Beziehung im christlichen Sinn.

Beim letzten gemeinsamen Mahl mit seinen Jüngern spürte Jesus nicht nur seine eigene Angst vor dem Kommenden, sondern auch die Angst seiner Freunde. Er sagte ihnen, wenn zwei oder drei zusammen sind und sich an ihn erinnern, und wenn sie dann miteinander essen und trinken – also ihr Zusammensein feiern – dann sei er mitten unter ihnen. Das kann für jeden Menschen tröstlich klingen, denn es heißt nichts anderes als: „Suche Gemeinschaft mit jemandem, mit dem du dein Innerstes teilen kannst, bei dem du dich angenommen und vertraut fühlst, den du lieben kannst und erinnert euch daran, dass ihr beide angenommen und geliebt seid.“ Dies hat Parallelen zum psychotherapeutischen Setting: in dieser ‚geschwisterlichen‘ Beziehung bin ich mir bewusst, in welchem Ausmaß auch ich selbst daran wachsen kann.

Das menschliche Potenzial, eins zu werden mit dem Göttlichen, und die Aktualisierungstendenz

Als Personenzentrierte Psychotherapeutin vertraue ich auf die Aktualisierungstendenz. Ich lasse mich von der Prognose über Heilungschancen und von psychiatrischen Diagnosen nur begrenzt beeindrucken, weil ich glaube, dass in jedem Menschen grundsätzlich jegliche Wandlung möglich ist.

Aus dem, was mir überliefert ist, kann ich die Gottheit als eine sehen, die für alles von Bedeutung ist und für die alles von Bedeutung

ist. In den Gleichnissen erzählt Jesus sie als eine, die sich um jedes ihrer Geschöpfe mit herzlicher Liebe kümmert. Bei Jesaja (42, 3) heißt es „das geknickte Rohr zerbricht er nicht, und den glimmenden Docht löscht er nicht aus“. Für mich bedeutet das: Das Göttliche ist mit jedem Wesen verbunden. Alles Lebende wird geachtet – das scheinbar verlöschende Leben und das junge, kraftstrotzende.

Das Ausmaß an Veränderung hängt immer von der Person der Klientin und ihrer Verbindung zu ihrer Lebensquelle ab. Ich kann im Vertrauen darauf, dass diese Quelle – diese Tendenz sich zu erhalten und zu entfalten – in ihr existiert, sie auf ihrem Weg dorthin begleiten. Ich kann sie im selben Vertrauen auch auf ihren Umwegen begleiten.

Das Reich Gottes und die Verwirklichung der ‚notwendigen und hinreichenden Bedingungen‘

Jesus verwendete den Begriff vom Reich Gottes und beschrieb damit die sozialen Implikationen einer innigen Beziehung zum Göttlichen. „Mein Reich ist nicht von dieser Welt“ sagt Jesus zum römischen Statthalter im Verhör (Joh. 18,36). Damit meint er nicht ein Reich, das bloß außerhalb dieser Welt liegt. Denn er sagte auch: „Das Reich Gottes ist mitten unter euch“ (Lk. 17, 20f.). Und er trägt den Menschen auf: liebt einander! „Ihr wisst, dass die Herrscher ihre Völker unterdrücken und die Mächtigen ihre Macht über die Menschen missbrauchen. Bei euch soll es nicht so sein, sondern wer bei euch groß sein will, der soll euer Diener sein.“ (Mt. 20, 25–26).

Hier fällt mir der Begriff der Demut ein, was in seiner ursprünglichen Form soviel bedeutete wie ‚dienst-willig‘. Ich kann mein psychotherapeutisches Angebot nicht anders als einen Dienst verstehen. Die Begriffe ‚Demut‘ oder ‚Dienen‘ sind nicht explizit Bestandteile des personenzentrierten Konzepts. Für mich ergeben sie sich aber aus der Haltung, die erforderlich ist, um die ‚notwendigen und hinreichenden Bedingungen‘ zur positiven Veränderung der Person hervorzubringen.

Auferstehung und Gegenwärtigkeit

Erst vor einiger Zeit wurde mir klar, dass es für mich Auswirkungen hat auf die Art, wie ich in der Welt bin – ob ich glaube, dass Christus lebt, oder ob ich das nicht glaube. Wenn ich seine Auferstehung vom Tod für wahr halte, wie schaut dann eine lebendige Beziehung zum kosmischen Christus aus? Welche ‚Energie‘ geht von einem aus, der auferstanden ist, vom Tod erweckt wurde – und wie aktualisiere ich meine Verbindung zu dem, was Christus für mich verkörpert?

Wenn ich mein innerstes Selbst aufsuche und mich dafür öffne, die Christuskraft zu erfahren – die Aktualität dessen, dass die Kraft der Weisheit und der Liebe jetzt lebendig ist – und ich mit meinem ganzen Wesen mit ihr kommunizieren kann, dann bedeutet es nichts

anderes, als dass ich diesen Bereich meines Selbst zum Leben erwecken will. Damit öffne ich mich für den über meine Persönlichkeit hinausgehenden, transpersonalen Raum. Es gibt die Aussage von Christus: „ich bin bei Euch alle Tage, bis ans Ende der Welt“. Für mich bedeutet das: Ich kann jeder Zeit die erlösende Kraft der Liebe in mir wachrufen und sie mir und anderen zur Verfügung stellen.

Auch im therapeutischen Prozess kennen wir Erfahrungen der ‚Auferstehung‘, aus eigenem Erleben oder im Miterleben der Erfahrungen unserer Klientinnen. Etwas, das scheinbar tot war, kommt wieder zum Leben. Im personenzentrierten Konzept wird ja genau darauf vertraut, dass nichts an der Fähigkeit zur Aktualisierung der Person wirklich tot ist, sondern dass sie grundsätzlich, vielleicht kaum erkennbar oder in einer sehr zarten Ausprägung nur (wenn ich an die Arbeit von Garry Prouty und die Prä-Therapie mit psychotischen Menschen denke) vorhanden ist und zum Leben erweckt werden kann.

Ich mache mir bewusst, dass nicht ich allein es bin, die heilt. Ich verstehe mich als eine, durch die Heilung geschehen kann, wenn ich Bedingungen herstelle, die das heilende Potenzial der Aktualisierungstendenz zur Geltung bringen. Hier treffe ich auf Rogers‘ Erleben von Momenten der ‚Gegenwärtigkeit‘, in denen er scheinbar nichts tut. In Wahrheit aber ist er offen und bereit, geschehen zu lassen, was durch seine größtmögliche Präsenz und Hingabe geschehen kann. Mit den Worten: „Tiefes Wachstum und Heilung und Energie sind gegenwärtig“ (Rogers 1980a, 150), drückt er aus, dass diese heilende Kraft beiden zur Verfügung steht – der Klientin und ihm selbst – und dass auch er in diesen Momenten Heilung erfährt. Beide, Psychotherapeutin und Klientin, können in der Beziehung zueinander heilen.

Wenn ich als Psychotherapeutin meine eigene spirituelle Sehnsucht wahrnehme, kann ich auf die spirituelle Sehnsucht meiner Klientinnen antworten

Als die „Sehnsucht nach dem Spirituellen“ beschreibt Rogers (1977b, 185) die Suche nach einem Sinn und Ziel im Leben, „die größer sind als das Individuum“, eine Sehnsucht nach „Einheit und Harmonie des Universums“: Ich verstehe darunter auch den Wunsch nach „ganz ich selbst werden“, nach „Verbindung mit dem Göttlichen haben“. Ob ich als Psychotherapeutin grundsätzlich auf die spirituelle Sehnsucht meiner Klientinnen antworten kann, hängt von mehreren Faktoren ab. Ich glaube, dass es entscheidend ist, wie ich selbst dazu stehe. Hier sehe ich folgende Szenarien:

- Wenn ich mich zum Spirituellen an sich in keiner Weise hingezogen fühle, dann werde ich die Signale in diese Richtung bei meiner Klientin vermutlich nicht wahrnehmen oder nicht auf sie eingehen.
- Wenn ich allem Spirituellen gegenüber skeptisch bin oder finde, es habe in einer Psychotherapie keinen Platz, dann registriere

ich zwar die Signale, entscheide mich aber, sie zu ignorieren oder meine Einstellung dazu deutlich zu machen.

- Wenn ich selbst eine Art von Sehnsucht in mir spüre, die noch keinen Namen hat oder noch keinen wirklichen Ausdruck findet, für die mir die Bezeichnung ‚spirituelle Sehnsucht‘ aber zumindest passend erscheint, dann erkenne ich vermutlich die Signale von meiner Klientin und signalisiere meinerseits die Bereitschaft, auf sie einzugehen.
- Wenn spirituelle Sehnsucht in meinem persönlichen Leben eine Rolle spielt, dann bin ich von vornherein offen dafür, dass eine Klientin eventuell und in irgendeiner Form ihre spirituelle Sehnsucht zum Ausdruck bringt.

Ich habe erlebt, dass mich Klientinnen direkt ansprachen mit der Frage, wie ich denn zu Spiritualität (oder Glauben oder Religion) stünde, oder mit der Bitte, spirituelle Themen in ihrem Leben mit ihnen gemeinsam anzuschauen. Viel häufiger sind es aber ‚leisere‘ Signale, auf die ich aufmerksam werde:

- *Eine Klientin, die sich selbst als ‚beziehungssüchtig‘ erlebte, äußerte immer wieder den Wunsch, zu meditieren, um einmal wegzukommen von ihrem vor allem nach außen gerichteten Leben. Sie drückte damit ihre Sehnsucht aus, mit ihrem inneren Selbst in Beziehung zu kommen.*
- *Mit einer Klientin, die darunter litt, dass sie sich selbst nicht annehmen konnte, arbeitete ich über längere Zeit vorwiegend körperorientiert. Sie konnte zu Beginn mit mir keinen Blickkontakt aufnehmen und wechselte, wenn es um ihr inneres Erleben ging, meist rasch das Thema. Es bereitete ihr auch Schwierigkeiten, den Atem durch ihren Körper fließen zu lassen. Meist fühlte sie, wie sie nur ‚bis zum Zwerchfell kam‘. Immer wieder äußerte sie unter Tränen, oft Schluchzen, ihre Sehnsucht, sich selbst zu finden. Sie vermutete ihr Selbst im Zentrum ihres Körpers, konnte aber gleichsam nicht dorthin gelangen. Es brauchte vor allem von ihr viel Geduld – mehr als zwei Jahre – bis sie zum ersten Mal wagte, mit ihrer Aufmerksamkeit über längere Zeit in ihrem Inneren zu bleiben. Es war dann ein Augenblick der tiefen Ruhe und Erhabenheit – ich glaubte ein Leuchten in ihrem Gesicht zu sehen – als sie für mich offensichtlich eine tiefe, beglückende Erfahrung machte. Sie erzählte, wie schön diese Begegnung in ihrem Inneren war und wie erstaunt sie über die Zartheit ihres Wesens war. Ich verstehe ihr Erlebnis als die Begegnung mit ihrem inneren Selbst. Wie die Klientin im vorigen Beispiel sehnte auch sie sich nach einem Ort des Innehaltens in sich selbst. Sie erlebte das Glück, an diesem Ort zu sein – ein Ort ohne Angst, ohne Bewertung, wo es für eine Weile möglich war, nur zu sein.*
- *Eine andere Klientin berichtete von wiederholten Träumen, in denen sie schlimme Ereignisse ‚erlebte‘, die einige Zeit später dann wirklich eintraten. Diese Art der Vorausahnung beunruhigte sie sehr. Ich hatte nicht den Eindruck, dass es sich dabei um eine,*

wie sie dachte, krankhafte Störung handelte, sondern ich erwog zumindest die Möglichkeit, dass sie hier vielleicht von einer besonderen Eigenschaft oder sogar von einer Fähigkeit berichtete, die ihr Angst machte, weil sie in keiner Weise einen bewussten Zugang dazu hatte. Diese Vorstellung mit ihr zu teilen schaffte einen Raum, in dem die Klientin ohne Angst ihre Erfahrungen weiter erforschen konnte.

- *Ein Klient, der seit Jahren epileptische Anfälle hat und in ständiger Angst davor zeitweise in tiefer Depression lebt und Selbstmordgedanken hegt, berichtet, dass er immer wieder Einblicke in universelle Zusammenhänge erhält. Er erlebt sich dann als mächtig und auch fähig, sein Leben zu schaffen. Immer aber, wenn er körperlich fühlt, dass sich ein epileptischer Anfall ankündigt, gerät er in Panik. Er tritt dann mit Gott in intensive Verhandlungen und bittet um Aufschub. Er hatte als Kleinkind von seinem Vater körperliche Gewalt erfahren, und ich habe den Eindruck, dass er noch immer unter einer Art Schock steht. Er spricht manchmal in einer mir unverständlichen Sprache und scheinbar zusammenhanglos. Zeitweise verliert er den Faden und berichtet, er hätte ein ‚Blackout‘ gehabt. Mir hilft es, mich in seine Erlebniswelt einzufühlen, wenn ich mir vorstelle, dass er dabei ist, die verstreuten Puzzleteile seiner Person zu finden und zusammensetzen, und dass er sich dabei in einem offenbar unermesslich großen Raum bewegt, der meine materielle Vorstellung von ‚Raum‘ übersteigt. Wenn ich die Bedeutung seiner gesprochenen Worte nicht erfassen kann, dann beginne ich manchmal, nicht mehr die Worte selbst zu hören, sondern nur noch auf ihren Klang zu achten, nicht mehr sein Gesicht zu sehen, sondern eher auf die Umrisse zu fokussieren, auf seine Ausstrahlung, im wahrsten Sinn des Wortes. Ich lasse mich beeindrucken von seiner ganzen Gestalt und davon, was ich mit meinen Sinnen erfassen kann, welchen ‚Eindruck‘ er in mir als ganzes Wesen hervorruft – wie er mein Herz berührt, was genau ich dabei körperlich fühle. Dann kommt es vor, dass ich finde, das, worüber er spricht, ist nur eine Metapher für das, was er mit seinem ganzen Wesen sagen will.*

Was tue ich also, wenn ich auf die spirituelle Sehnsucht meiner Klientinnen antworte? Ich kann es in erster Linie beschreiben als ein ‚Nicht-Tun‘. Es ist eher ein Zulassen von etwas – das Zulassen der Vorstellung, dass die Wirklichkeit ‚grenzenlos‘ ist. Ich erlebe es als Hingabe an das Vertrauen, dass ich, dass wir beide, in einem größeren Zusammenhang gehalten und getragen sind, der unser Erleben und Erkennen-Können übersteigt. Ich lasse in meiner Vorstellung die Möglichkeit zu, dass spirituelle Erfahrungen uns über die Grenzen unseres Ichs hinausführen können und dass wir dabei neue Räume betreten, was Unsicherheit und Angst mit sich bringen kann. Ich selbst erfahre in der Meditation, in der ich mich der ‚grenzenlosen Wirklichkeit‘ öffne, Erweiterung und Vertiefung meiner Person. Und weil ich dabei manchmal auch durch eine Phase der Verwirrung gehe, dem Erleben von Aussichtslosigkeit oder Dunkelheit ausge-

setzt bin, bevor ich so etwas wie Erfüllung oder ‚neue Erkenntnis‘ oder ein Gefühl des ‚Gewachsendeins‘ empfinden kann, scheint meine Angst geringer zu werden. ‚Offen bleiben für die eigenen Erfahrungen‘ bedeutet mir auch, zu akzeptieren, dass sich die wirkliche und tiefste Bedeutung der Erfahrung im Augenblick vielleicht nicht ganz offenbart, dass sie aber wahr ist, weil von mir wahrgenommen. Und es bedeutet die Fähigkeit zu vertrauen, oder, wie Rogers es nennt, eine optimistische Sicht vom Leben zu haben. Ich glaube, dass meine Begleitung hilfreich ist, wenn ich Klientinnen dabei unterstütze, dass sie ihre Sehnsucht nach dem Spirituellen oder eine spirituelle Erfahrung ganz in ihr Gewahrsein kommen lassen und sie vollständig symbolisieren können.

Spiritualität im Kontinuum des psychotherapeutischen Prozesses

Swildens (1991, 66) spricht von einer ‚existentiellen Phase‘ in der Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie. Es ist dies die vierte von fünf Phasen, die er unterscheidet – nach den Phasen der Prämotivation, der Symptomphase und der Problemphase. Seiner Meinung nach könne von der Problem/Konfliktphase (3. Phase) aus die Beendigung der Therapie erwogen werden, weil das Alltagsleben der Klientin mit der Überwindung der Stagnation, der Motivation zur Therapie, dem Durcharbeiten der Symptome und dem Bearbeiten der Hauptproblematik wieder in Gang gekommen sei. Ein Hilfsverlangen darüber hinaus beziehe sich immer auf die existentielle Problematik der Person. Leere, Einsamkeit, die Last des Vergangenen und Sinnfragen sind Themen, die nun erst aktuell werden. Wenn sich die Klientin existentiellen oder auch spirituellen Themen zuwendet, dann wird sie es erst tun, wenn sie erlebt, dass ihr Alltag wieder funktioniert oder zumindest ihre Vorstellung von einem durchführbaren Alltagsleben wieder existiert.

Rogers (1961a, 135ff) unterscheidet nach seinen Beobachtungen psychotherapeutischer Prozesse ein Kontinuum von sieben Zonen, die Klientinnen im Zuge ihrer persönlichen Entwicklungen durchlaufen. Diese Zonen oder Stufen sind voneinander nicht scharf abgegrenzt, es gibt fließende Übergänge. Die Skala beginnt am einen Ende mit der Beschreibung rigider, statischer, gefühlloser, oberflächlicher psychischer Funktionen. Am anderen Ende des Kontinuums zeichnen sie sich aus durch Veränderlichkeit, Fließen, unmittelbares Erleben persönlicher Gefühle, die tief empfunden, als zugehörig erkannt und akzeptiert werden, (Rogers 1977b, 144). Dies korrespondiert mit einer Beobachtung, die ich in meiner Praxis mache. Wenn ich den psychotherapeutischen Prozess unter dem Gesichtspunkt spiritueller Erfahrungen betrachte und dies in Verbindung bringe mit dem Erleben meiner Klientinnen, fällt mir folgendes auf: Die Sehnsucht nach dem Spirituellen scheint – angelehnt an Rogers Prozesskontinuum – erst ab einer bestimmten Stufe in diesem Prozess als solche empfunden zu werden. Mein Eindruck ist, dass sie

frühestens in der vierten, eher erst im Übergang zur fünften Prozessstufe explizit geäußert wird, wie das bei der Klientin im ersten Beispiel der Fall war. Sie war schon dazu gekommen, das Gefühl der Sehnsucht nach sich selbst ‚unmittelbar gegenwärtig‘ zu erleben, hatte aber auch Misstrauen und Furcht davor, dem tatsächlich und bewusst Raum zu geben. Sie konnte ihre Gefühle in gewisser Weise schon akzeptieren, auch Selbstverantwortung für ihre Probleme zu empfinden, konnte aber noch nicht danach handeln.

Die Klientin im zweiten Beispiel befand sich bereits auf der 6. Prozessstufe, als sie die Begegnung mit ihrem innersten Selbst erlebte. Das würde bedeuten, dass für eine tatsächliche spirituelle Erfahrung eine fortgeschrittene Entwicklung auf dem Prozesskontinuum Voraussetzung ist. Sie hatte diese ‚Stufe‘ schon kurz vorher erreicht, als sie bereits ihre ganze Verzweiflung über das ‚Nicht-Hinkommen‘ zulassen und ausdrücken konnte, indem dieses Gefühl ‚zu seinem vollen Resultat‘ kam und sie es in der therapeutischen Situation ‚unmittelbar und reichhaltig‘ erlebte.

In der dritten oder im Übergang zur vierten Phase, wo sich der Klient im letzten Beispiel befindet, wird meiner Erfahrung nach spirituelle Sehnsucht als solche nicht oder nicht explizit erlebt. Gefühle werden in dieser Phase überhaupt nur in geringem Maß akzeptiert und größtenteils als etwas eher Schändliches, Unannehmbares beschrieben. Dieser Klient drückt das aus, indem er zwar manchmal sichtlich Emotionen empfindet, sie dann aber als möglicherweise unecht bezweifelt.

In einer späteren Veröffentlichung beschreibt Rogers (1977b, 144) in seinem Bemühen, das Prozesskontinuum zu verstehen, seine Vorstellung davon etwas anders. Er löst eine Anzahl von mehr oder weniger gesonderten Strängen heraus – die Veränderung in den persönlichen Konstrukten, in der Mitteilung des Selbst, in der Art des Erlebens, in zwischenmenschlichen Beziehungen, in der Beziehung zu den Gefühlen, in der Beziehung zu den Problemen – und stellt fest, dass sie im oberen Bereich konvergieren. Es fällt mir auf, dass manche Klientinnen, vor allem die, die besonders früh in ihrer Entwicklung gestört wurden, spirituelle Sehnsucht zu einem Zeitpunkt äußern, wenn sie sich in einzelnen Aspekten ihrer Persönlichkeit noch auf einer ‚niedrigen‘ Stufe im Kontinuum befinden. Sie können vielleicht Gefühle nicht angemessen ausdrücken, verfügen aber über eine besondere Feinfühligkeit im Umgang mit anderen Menschen und um eine klare Sprache in spirituellen Fragen. Der Gedanke liegt nahe, dass sich einzelne ‚Stränge‘ in unterschiedlicher Weise weiterentwickeln können.

Schluss

Da ich meine eigene spirituelle Sehnsucht wahrnehme und ihr in meinem Leben Raum gebe, sehe ich es als meine Aufgabe als Psychotherapeutin, die Möglichkeit des Vorhandenseins einer spirituellen Sehnsucht in meinen Klientinnen in gewisser Weise zu ‚be-

schützen'. Ich bleibe wach dafür, auch wenn die Klientin nichts davon empfindet oder ausdrückt. Genauso wie ich davon ausgehe, dass jede Person den natürlichen Wunsch nach unbedingter, liebevoller Zuwendung hat, sehe ich die Sehnsucht nach dem Spirituellen als ein der Person zugrunde liegendes Streben an. Das bedeutet nicht, dass ich das in der therapeutischen Beziehung von mir aus anspreche. Das grundlegende Annehmen und Anerkennen einer spirituellen Sehnsucht in der Person eröffnet mir aber eine weitere Facette im empathischen Verstehen, erweitert gleichsam den Raum, in dem die Klientin und ich uns auf ihrem Weg zu sich selbst bewegen.

Literatur:

- Capra, Fritjof (1988), *Wendezeit*, München (Knaur)
- Die Bibel (1980). *Altes und Neues Testament, Einheitsübersetzung*, Basel-Wien (Herder)
- Grof, Stanislav (1987), *Das Abenteuer der Selbstentdeckung*, München (Kösel)
- Grof, Stanislav (1991), *Geburt, Tod und Transzendenz*, Hamburg (Rowohlt)
- Höger, Diether (2000), „Ist das noch GT, wenn ich ...?“, in: *PsychotherapeutenFORUM* 5/2000, 5–17
- Kramer, Robert (1995), Rogers, Rank and the birth of client-centered therapy, in: *Journal of Humanistic Psychology* Vol. 35 (1995) Nr. 4, 55–109
- Maurer, Anna (1998), *Auf der Suche nach dem Selbst*, Wien (Ibera)
- O'Hara, Maureen (1999), *Empathic meetings: Relational person-centered practices, healing and the expansion of consciousness*, Vortrag am 2. Weltkongress für Psychotherapie, Wien 1999, Tonbandaufnahme (DO 21) von Auditorium-Netzwerk, <http://www.AUDITORIUM-NETZWERK.de>
- Purton, Campbell (1998), *Unconditional positive regard and its spiritual implications*, in: Thorne Brian/ Lambers Elke (Eds.), *Person-centred therapy, A European Perspective*, London (Sage) 1998, 23–37
- Rank, Otto (1989), *Art and artist: Creative urge and personality development*, New York (Norton), N.Y. (Original Erstveröffentlichung in Englisch 1932)
- Renz, Marianne (1999). *Spiritualität, Grenzerfahrung und das Medium Musik*, Vortrag am 2. Weltkongress für Psychotherapie, Wien 1999, Tonbandaufnahme (DIS 12) von Auditorium-Netzwerk, Internet: <http://www.AUDITORIUM-NETZWERK.de>
- Rogers, Carl R. (1961a), *On becoming a person*, Boston (Houghton Mifflin); dt.: *Entwicklung der Persönlichkeit*, Stuttgart (Klett-Cotta) 1973 (Ausgabe 1991)
- Rogers, Carl R. / Rosenberg, Rachel (1977), *A Pessoa como Centro*, dt.: *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*, Stuttgart (Klett-Cotta) 1980
- Rogers, Carl R. (1977b), *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*, München (Kindler) 1977; Taschenbuchausgabe Frankfurt/M. (Fischer) 1983
- Rogers, Carl R. (1980a), *A way of being*, Boston (Houghton Mifflin) 1980; dt. tlw.: *Der neue Mensch*, Stuttgart (Klett-Cotta) 1983
- Rogers, Carl R. (1980b), *Client-centered psychotherapy*, in: Kaplan, H.I. / Sadock, B.J. / Freedman, A.M. (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry III*, Baltimore (Williams & Wilkins), 2153–2168; dt.: *Klientenzentrierte Psychotherapie*. In: Schmid, Peter F./Rogers, Carl R. (1991), *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*, Mainz (Grünwald), 185–237
- Schenk, Christine H. (1998), *Der Energiekörper*, Wien (Oiri Edition)
- Steindl-Rast, David / Capra, Fritjof (1993), *Wendezeit im Christentum*, München (dtv)
- Stowasser, J. M./ Petschenig, M./ Skutsch, F. (1994), *Lateinisch-deutsches Schulwörterbuch*, Wien (Hölder-Pichler-Tempsky)
- Thorne, Brian (1991), *Therapeutic and spiritual dimensions*, London (Whurr Publishers)
- Thorne, Brian (2000), *Spirituelle Verantwortung in einem säkularen Beruf*, in: *Person*, 4 (2000), 1, 23–31
- Wilber, Ken (1997), *Vom Tier zu den Göttern. Die große Kette des Seins*, Freiburg (Herder)

Autorin:

Mag. Irmgard Fennes, Personzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin, 11 Jahre Tätigkeit in einer Familienberatungsstelle, langjährige Praxis in christlicher Spiritualität, Meditation und Yoga, selbständig in freier Praxis mit Schwerpunkt auf körperorientierter Psychotherapie.

Korrespondenzadresse:

*Mag. Irmgard Fennes
1040 Wien, Faulmannsgasse 6/4
E-Mail: irmgard.fennes@iz.or.at*

Elisabeth Zinschitz

Prä-Therapie – eine Antwort auf eine lange nicht beantwortete Frage

Die Klientenzentrierte Psychotherapie in der Arbeit mit psychisch schwer kranken oder geistig behinderten Menschen

Zusammenfassung: Den Lesern wird hier eine Einführung in die Prä-Therapie von Garry Prouty geboten. Diese Vorgehensweise führt uns dort, wo die klientenzentrierte Theorie in Bezug auf die erste von Rogers formulierte Bedingung für therapeutische Veränderung offen geblieben ist, weiter, indem sie die Herstellung und Festigung von psychologischem Kontakt ermöglicht und so einen Zugang zu Klienten¹ mit psychotischem Erleben oder kognitiven Behinderungen bietet. Darüber hinaus wird dargestellt, wie die prä-therapeutischen Reflexionen auch als eine Form von früher empathischer Resonanz wirksam sind.

Stichwörter: Geistige Behinderung, Empathie, Entwicklungspsychologie, Klientenzentrierte Psychotherapie, Psychose, prä-expressives Selbst, Prä-Therapie, Prouty.

Einleitung

Im Laufe der letzten Jahrzehnte hat der Schwerpunkt in der Betreuung geistig behinderter und schwer psychotischer Menschen sich von der Unterbringung und Aufbewahrung weg bewegt, hin zur Verbesserung ihrer Lebensqualität. Dadurch rückte auch die Beziehung zwischen Betreuer und Klient mehr in den Mittelpunkt. Im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung, aber auch bei Patienten mit Schizophrenie stößt man allerdings immer wieder an Grenzen, vor allem wenn es darum geht, sie aus ihren Stereotypen, aus ihrer Passivität, aus ihren Wutanfällen und ihren autodestruktiven oder autistischen Verhaltensweisen herauszuholen. Oft reichen pädagogische oder psychologische Konzepte nicht aus, um sie in ihrem oft unverständlichen oder irrationalen Verhalten zu begreifen. Auch die Suche nach Psychotherapeuten, die mit diesen Menschen arbeiten können, führt häufig nicht zum gewünschten Erfolg.

Trotz der enttäuschenden Ergebnisse des Wisconsin-Projektes in den fünfziger/sechziger Jahren vermehren sich in der klientenzentrierten Literatur die Publikationen zur Arbeit mit diesen speziellen Gruppen von Klienten. Ute Binder zeigt in ihren zahlreichen Artikeln über Empathie bei psychotischen Patienten, wie sie die

klientenzentrierten Grundhaltungen umsetzt. Soeben erschien ein Buch von Hans Peters mit dem Titel „Psychotherapeutische Zugänge mit geistiger Behinderung“ und an anderer Stelle habe ich dargelegt, weshalb ich die Klientenzentrierte Psychotherapie gerade bei geistig behinderten Klienten für sehr geeignet halte (Zinschitz, 2001).

Um überhaupt einen psychotherapeutischen Zugang zu einem Menschen zu finden, zu dem man keinen oder nur schwer Kontakt herstellen kann, bedarf es spezifischer Vorgehensweisen. Hier bietet Proutys Prä-Therapie eine Möglichkeit, über die oben beschriebenen Grenzen hinauszugehen.

Geschichtliche Entwicklung der Prä-Therapie

Die Klientenzentrierte Psychotherapie mit schizophrenen Patienten

Das sogenannte Wisconsin-Projekt gilt als ein nicht sehr erfolgreicher Versuch, bei psychotischen Patienten mit der Klientenzentrierten Psychotherapie Erfolge zu erzielen. Es erbrachte leider nicht die erhoffte Bestätigung der Annahme, dass Klientenzentrierte Psychotherapie auch bei Menschen, die kaum oder nicht kommunikativ waren, mehr Wirksamkeit haben könnte. Die Ergebnisse zeigten im Wesentlichen, dass diese Patienten die Kernbedingungen nur geringfügig wahrnahmen, dass die therapeutische Grundhaltung

1 Um den Text leserlich zu halten, wird hier ausschließlich die männlichen Form der auf Personen verweisende Substantiva verwendet. Die Autorin legt Wert darauf, ausdrücklich festzuhalten, dass damit auch weibliche Personen gemeint sind.

keine signifikante Veränderung in ihrem Erleben hervorrief und dass es diesbezüglich auch keinen signifikanten Unterschied zwischen der durch Klientenzentrierte Therapeuten behandelte Gruppe und der Kontrollgruppe gab (s. Rogers et al., 1967; Prouty, 1990).

Differenzen innerhalb des Teams, aber auch Schwierigkeiten mit dem psychiatrischen Personal, das die zunehmende Selbstbestimmung der Patienten nicht akzeptieren konnte (s. Cohen, 1997, 176), mögen wesentlich dazu beigetragen haben, dass das Projekt nicht zum erhofften Resultat führte; die langfristige Folge war jedenfalls, dass Klientenzentrierte Psychotherapie als nicht für die Behandlung von psychotischen Patienten geeignet galt. Ein wichtiger Meilenstein in der Entwicklung des Ansatzes war dieses Projekt dennoch, insofern als es innerhalb der Klientenzentrierten Therapie eine Bewegung hin zu mehr Authentizität und Transparenz in der psychotherapeutischen Beziehung in Gang setzte (s. Thorne, 1992, 84).

„There is somebody in there!“

In seinen Workshops beschreibt Prouty immer wieder sehr eindrucksvoll, wie sein geistig behinderter und ansonsten nicht sehr kommunikativer Bruder Bobby, zu Garrys großem Erstaunen, einmal unerwartet aus sich heraus ging. Als Garry mit einem Freund darüber sprach, ob sein Bruder ihn wohl verstehen könne, sagte dieser plötzlich: „Du weißt, dass ich dich verstehe, Garry!“, um dann wieder in seine Verslossenheit zurück zu versinken. In seiner späteren Arbeit mit geistig behinderten und psychisch kranken Menschen wurde er daran erinnert, und er verstand: „There is somebody in there“ – Da drinnen ist jemand ...

Die Frage war nun, wie man mit diesem Jemand Kontakt aufnehmen könnte. Prouty berichtet, wie dabei für ihn drei prägende Erfahrungsstränge zusammenkamen: Zuerst waren da die Erlebnisse mit seinem Bruder; dann kam er während seines Universitätsstudiums in Chicago mit Eugene Gendlin und durch ihn mit Rogers' Theorie in Kontakt und machte eine Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie; 1966 begann er schließlich in einer geschützten Werkstätte mit geistig behinderten und psychisch kranken Menschen zu arbeiten.

Die Verknüpfung der drei Stränge

Garry Prouty merkte, dass Rogers' erste Bedingung für eine psychotherapeutische Beziehung, nämlich das Vorhandensein psychologischen Kontakts (vgl. Rogers, 1959a), bei diesen Klienten nicht immer erfüllt war. Sie schienen ihn oder die Umgebung nicht wahrzunehmen oder sich nicht einmal ihrer selbst bewusst zu sein. Rogers hatte diese Bedingung zwar formuliert, aber völlig offen gelassen, wie dieser Kontakt, falls nicht vorhanden, herzustellen sei

(s. Prouty, 1994, 26). In seinem Bericht über das Wisconsin-Projekt beschreibt Rogers lediglich die Tatsache, dass die Beziehung einen Problemfaktor darstellt, insofern als die schizophrenen Patienten dazu tendierten, den Aufbau von Beziehungen entweder durch anhaltendes Schweigen oder durch einen Wortschwall abzuwehren. Gendlin (1970) hob hervor, dass in der Psychose das Erleben eingengt wird oder nicht zugänglich ist. Prouty kritisiert diese Ansätze insofern, als die Schizophrenie hier über ein theoretisches Konstrukt (Kontakt oder Erleben) definiert wird, das abwesend oder beeinträchtigt ist (1994, 26).

Aus dem Versuch, die Frage zu beantworten, wie klientenzentrierte Theorie und Praxis auf den fehlenden oder beeinträchtigten psychologischen Kontakt konstruktiv reagieren können, wurde die Prä-Therapie geboren. Prouty beschreibt dies als eine natürliche Geburt, die sich im Rahmen seiner klientenzentrierten Arbeit mit diesen Menschen vollzog. Erst Gendlin wies ihn darauf hin, dass seine Vorgehensweise eine andere war, schon alleine da Prouty andere Ergebnisse als Gendlin und Rogers erzielte. Erst Jahre später wurde Prouty dazu bewogen, seine Gedanken schriftlich zu formulieren, und es war eine angenehme Überraschung zu bemerken, dass er damit für viele, die in diesem Bereich arbeiteten, eine Antwort auf eine bis dahin unbeantwortete Frage zu geben schien.

Die philosophischen Grundlagen

Die konkrete Phänomenologie

In seiner Studienzeit wurde Prouty bereits vom phänomenologischen Naturalismus und Realismus des amerikanischen Philosophen Marvin Farber beeinflusst. (vgl. Prouty et al., 1998, 21f). Die Prä-Therapie steht in der existenziell-phänomenologischen Tradition, in der es darum geht, die Phänomene in ihrer existenziellen Bedeutung zu beschreiben, wie sie vom Menschen erlebt werden. Das ist insofern wesentlich, als die Prä-Therapie mit dem konkreten, unmittelbaren Erleben und nicht mit den für die Psychotherapie allgemein wichtigen symbolischen Bedeutungen arbeitet. Prouty verwendet für die philosophische Sichtweise konkreten Erlebens den Begriff des „An sich“. Dabei bezieht er sich auf Scheler in Zusammenhang mit seinen Ausführungen über die Entsymbolisierung des konkreten Phänomens und auf Sartre, der das „An-Sich“ als „ganz und gar auf sich selbst verweisend“ beschreibt, sowie auf Husserl bezüglich dessen Auffassung des In-der-Welt-Seins. „Das heißt, dass die Erfahrung sich auf sich selbst bezieht und sich selbst bedingt. Für die Psychotherapie bedeutet das: Es geht in erster Linie darum, genau zu verstehen, was der Klient erlebt, und nicht darum, sein Erleben zu deuten.“ (Prouty et al., 1998, 28) Farbers Naturalismus fügt hinzu, dass das „Phänomen genauso beschrieben werden muss, wie es im Bewusstsein erscheint, ohne die naturalistischen und realistischen Einzelheiten wegzulassen“ (ebd., 29). Die

Tatsache, dass das Phänomen entsymbolisiert sei (Scheler), bedeutet, dass es sich auf einer vorsprachlichen Ebene befindet, so dass wir in der Arbeit mit diesen Klienten auch andere Ausdrucksebenen, wie Mimik und Körpersprache, beachten müssen.

Die existenziellen Strukturen des Bewusstseins

Prouty hat versucht, sich in schizophrener Erleben hineinzuversetzen und meint, dass der existenzielle Kontakt mit der reinen Beobachtung und dem zielgerichteten Bewusstsein beginnt. Merleau-Ponty beschreibt im phänomenalen Bewusstseinsfeld drei Ebenen: Welt, Selbst und Andere. „Bringt man diese philosophischen Begriffe mit Farbers Naturalismus in Verbindung, kann das gewöhnliche, alltägliche, natürliche Bewusstsein als kommend von, gerichtet auf und verbunden mit Welt, Selbst und Anderen verstanden werden“ (Prouty et al., 1998, 30): das Bewusstsein der Dinge und Bedingungen um mich herum, das Bewusstsein meiner Selbst und das Bewusstsein des absichtsvollen Ausgerichtet-Seins auf Andere. „Das sind die existenziellen Strukturen unseres Bewusstseins“ (ebd.), die gleichzeitig die Funktion von Kontaktstrukturen haben: sie stellen bei Menschen, die sich in einem Zustand *existenziellen Autismus* befinden, die Verbindung zwischen Bewusstsein und Erleben, dass heißt *existenziellen Kontakt* her.

Die psychologischen Grundlagen

Kehren wir nun zurück zum Ausgangspunkt, nämlich dem (Wieder-)Herstellen von Kontakt, so kommen wir zur psychologischen Grundlage der Prä-Therapie. Prouty bezieht sich hierin nicht nur auf Rogers, sondern auch auf Fritz Perls (1969), der Kontakt als eine „Ich-Funktion“ beschreibt (Prouty, 1994, 37). Prä-Therapie dient zur Wiederherstellung dieser Kontaktfunktion und differenziert dabei drei Ebenen: die *Kontaktreflexionen* (des Therapeuten), die *Kontaktfunktionen* (des Klienten) und das *Kontaktverhalten*, das messbar ist.

Die Kontaktfunktionen

Prouty erweitert Perls' Konzept des Kontakts zu den „Kontaktfunktionen“, wobei er drei Ebenen des funktionellen Bewusstwerdens unterscheidet:

1. *Realitätskontakt* mit der Wirklichkeit der Menschen, Orte, Dinge und Ereignisse in der Welt um uns herum, wie wir sie wahrnehmen;
2. *Affektiven Kontakt* mit den eigenen Stimmungen, Gefühlen und Emotionen, also mit sich selbst;
3. *Kommunikativen Kontakt*, der die beiden vorher genannten Ebenen gegenüber anderen verbal symbolisiert.

Die Kontaktreflexionen

Zur Wiederherstellung der Kontaktfunktionen greift die Prä-Therapie auf fünf Arten von Kontaktreflexionen zurück:

1. Die *Situationsreflexion* (SR) – Ansprechen der Situation- fördert den Kontakt mit der *Realität* (Welt).
Beispiele: „Sie schauen auf den Boden“; „Draußen ist Lärm zu hören“; „Es ist Nachmittag“.
2. Die *Gesichtsdrucksreflexion* (GR) – Ansprechen des Gesichtsausdrucks fördert den *affektiven Kontakt* (Selbst).
Beispiele: „Du schaust traurig drein“; noch konkreter: „Tränen rinnen über deine Wangen“.
3. Die *Körperhaltungsreflexion* (KR) – Wiedergeben der Körperhaltung fördert ebenfalls den *affektiven Kontakt* (Selbst). Diese Reflexion kann verbal gegeben werden, aber auch über Duplikation, wobei der Therapeut dieselbe Körperhaltung einnimmt oder dieselben Bewegungen macht wie der Klient.
Beispiele: „Sie haben die Arme verschränkt“; „Du wiegst dich hin und her“.
4. Die *Wort-für-Wort-Reflexion* (WWR) – Das vom Klienten Gesagte wird Wort für Wort wiederholt – dies fördert den *kommunikativen Kontakt* (Andere). Dabei werden exakt alle erkennbaren Worte wiedergegeben, unabhängig von deren Bedeutung.
Beispiel: In einem Artikel beschreibt Prouty (1990), wie eine Mitarbeiterin auf einer psychiatrischen Station mit einer älteren Patientin arbeitet. Sie gibt lediglich das wieder, was sie versteht, und die Patientin beginnt sich immer klarer auszudrücken und ihr konkretes Erleben zu benennen.

*„Kl: Komm mit.
Th: Komm mit
(...)
Kl. (legt die Hand an die Wand): Kalt
Th (legt die Hand an die Wand): Kalt
(...) D. begann Wortfragmente zu murmeln. Ich achtete sorgfältig darauf, nur die Worte zu wiederholen, die ich verstehen konnte. Was sie sagte, begann Sinn zu machen.
Kl.: Ich weiß nicht mehr, was das hier ist. (...) Die Wände und Stühle haben keine Bedeutung mehr für mich. (...)
Th: (...) Sie wissen nicht mehr, was das hier ist. Die Wände und Stühle haben keine Bedeutung mehr für Sie.
Kl.: (...) Es gefällt mir hier nicht. Ich bin so müde ... so müde.
Th.: (...) Sie sind so müde, so müde.“ (652)*
5. Die *Wiederaufgreifende Reflexion* (WR) – Dabei handelt es sich nicht um eine weitere Art von Reflexion, sondern um ein Prinzip: Man greift etwas auf, das bereits in der näheren oder ferneren Vergangenheit einmal angesprochen wurde und stellt so Bezug her. Das kann unmittelbar, nachdem eine der vier anderen Reflexionen erfolgreich war, gemacht werden oder später, so dass Bezug zu einer weiter zurückliegenden Vergangenheit hergestellt wird.

Beispiel:

„Kl.: Aufmachen.

Th.: Du schaust. Du schaust Mindy an. (GR)

Th.: Du willst die Formen herausnehmen. (SR)

Th.: Du schaust. (GR)

Th.: Letztes Mal saßen wir auf den Stühlen. (langfristige WR)

Th.: Letztes Mal hat es geregnet. (langfristige WR)

Th.: Heute scheint die Sonne. (SR)

Th.: Vorhin hat Hans gesagt: ‚Aufmachen‘. (kurzfristige WR)

(Prouty et al., 1998, 51)

Das Kontaktverhalten

Darunter versteht Prouty die sich manifestierenden Veränderungen im Realitätskontakt sowie im affektiven und kommunikativen Kontakt. Dieses Verhalten wird in verschiedenen Ausdrucksdimensionen sichtbar, zum Beispiel über Blick- und Körperkontakt, über das Sich-Mitteilen des Klienten, das mit Video aufgenommen, transkribiert und ausgewertet werden kann. Das ist der Aspekt des psychologischen Kontakts, der messbar und daher für Forschung zugänglich ist. In den bisherigen Studien wurden sowohl signifikanter Erfolg im Sinne der theoretischen Vorgaben (Hinterkopf, Prouty, Brunswick, 1979; Prouty, 1990), sowie auch Reliabilität (De Vre, 1992) und Validität (Prouty, 1994) und wieder signifikanter Erfolg im Sinne der theoretischen Vorgaben (Dinacci, 1994a, 1994b) nachgewiesen.

Das Prä-expressive Selbst

Ein wichtiges Konzept innerhalb der Prä-Therapie ist das des prä-expressiven Selbst, das als Grundlage für das Verstehen des prä-therapeutischen Prozesses gilt. Es bezeichnet eine Neigung, „Erleben zum Ausdruck zu bringen, das erst noch integriert werden muss“ (Prouty et al, 1998).

Die Sprache schizophrener, aber auch kognitiv beeinträchtigter Klienten, scheint keinen Bedeutungszusammenhang oder Realitätsbezug zu beinhalten: Diese Klienten befinden sich in einem prä-expressiven Zustand. Mittels der prä-therapeutischen Reflexionen wird versucht, ihnen zu helfen, da herauszukommen, damit ihr Selbst in einen expressiven Zustand gelangt.

Als Nachweis dafür, dass hinter dem Autismus, hinter der Psychose, der geistigen Behinderung, der Senilität, der Halluzination usw. ein solches prä-expressives Selbst vorhanden ist, führt Prouty die Geschichte mit seinem Bruder an. Auch Luc Roelens, ein belgischer Psychiater, gibt dafür Beispiele: Ein Patient mit einer Schizophrenie, der nicht sprach, wurde von einer Krankenschwester gefüttert. Als er sich verschluckte und alles ausspuckte, wobei er sie beschmutzte, sagte er sofort „Es tut mir leid, das wollte ich nicht“ und verfiel dann wieder zurück in seinen apathischen Zustand (Prouty, 2001).

Psychotische Metaphern sind als eine Form prä-expressiven Ausdrucks zu sehen:

„Sie haben keinen Kontext, aus dem man eine Bedeutung ableiten kann, und keinen Bezug, anhand dessen ihre symbolische Funktion vervollständigt werden könnte. Das bedeutet, dass diesen Ausdrucksweisen der Realitätsbezug fehlt, und sie scheinen sich auf keine reale Quelle zurückführen zu lassen. Wenn man nicht versteht, dass die latente Realität prä-expressiv „verpackt“ ist, kann man dem therapeutischen Potential der psychotischen Ausdrucksweise nicht gerecht werden.“ (Prouty, 2001)

Es sei noch angemerkt, dass Prouty (2001) unter Bezug auf die Psychoanalyse ausdrücklich darauf hinweist, dass das Konzept der Regression nicht mit dem prä-expressiven Selbst gleichgestellt werden kann: Die psychotische Regression beschreibt eine Fehlentwicklung und impliziert kein prä-expressives Potenzial und enthält kein therapeutisches Konzept.

Prä-Therapie als Form von früher empathischer Reflexion

Im Laufe meiner Arbeit mit Kleinkindern und Erwachsenen mit einer kognitiven Beeinträchtigung fiel mir immer mehr die Parallele zwischen den prä-therapeutischen Reflexionen und der Art, wie Erwachsene alles, was das Kleinkinder äußern oder machen, benennen. Sie helfen ihnen dadurch, ein Verständnis von sich selbst und den Gegenständen oder Personen um sie herum zu entwickeln, d.h. von einem prä-expressiven zu einem expressiven Selbst zu gelangen. Am Anfang findet das statt, indem der Erwachsene den Gesichtsausdruck und die Laute des Kindes nachahmt, in einer späteren Phase werden die von Empathie getragenen Interaktionen differenzierter. Binder (1998) nennt in diesem Zusammenhang Interesse wecken, Aufmerksamkeit teilen, imitieren, ablenken und aufmuntern, trösten und Hilfe anbieten. Sie schreibt dazu:

„Betrachten wir den Normalfall von frühkindlicher Entwicklung, so treffen wir kulturübergreifend auf typische Merkmale der Mutter-Kind-Interaktion, die dem, was Prouty „psychologischen Kontakt“ nennt, deutlich entsprechen. Dies ist ein auf emotionale Verbindung ausgerichteter Kontakt, der als solcher im Prinzip auf motivational prosozialem empathischen Verstehen beruht. Die Empathie der Bezugspersonen hat im Entwicklungsprozess einen zentralen Stellenwert für die Entwicklung von Selbst, Selbstbild, Bindungsfähigkeit, sozialem Verstehen, Umweltkontrolle und Selbstregulation.“²

Gerade in diesen Aspekten weisen Menschen mit schweren Störungen, aber auch jene mit geistiger Behinderung Schwächen auf. Was Binder für schizophrene Menschen beschreibt, trifft in vielerlei Hinsicht auch auf Klienten mit einer geistigen Behinderung zu (vgl. Zinschitz, 2001). Manche von ihnen sind nicht in der Lage, die eigenen Gefühle zu verstehen, zu kontrollieren oder zu verarbeiten, was

2 Zitat aus einem noch nicht veröffentlichten Manuskript, das mir von der Autorin zur Verfügung gestellt wurde.

zu einer nicht zu bewältigenden inneren Spannung führt, die sich in emotionalen Ausbrüchen, intensiven Angstzuständen und Unsicherheit oder Kontaktmangel entladen kann; in machen Fällen kommt es sogar zu selbstverletzenden Handlungen. Es ist hilfreich, dieses Verhalten als Ausdruck der Selbstaktualisierung zu verstehen, die sich nicht konstruktiv entfalten kann, da kein selbst-empathisches Repertoire vorhanden ist.

Daher ist Empathie nicht nur eine therapeutische Begleitscheinung, sondern die Vorgangsweise, um den Patienten zu helfen, sich in diesem Aspekt zu entwickeln. Prä-Therapie ist aufgrund ihrer konkreten, dem prä-expressiven Selbst entsprechenden Vorgehensweise, eine grundlegende Form von Empathie. Die Reflexionen holen den Menschen dort ab, wo er in seinem Erleben und in seiner Kontaktfähigkeit steht. Die Parallele zum Umgang mit Kleinkindern impliziert jedoch nicht, dass wir Erwachsenen dabei nicht als Erwachsenen begegnen sollen. In unseren Interaktionen mit ihnen müssen wir respektvoll, konkret und transparent sein.

Empathie „ist oft wortlos. Sie wirkt mit Elementen wie Geruch, Anblick, Klang.“ (Shlien, 1997, 77) In der Arbeit mit Menschen, die sich auf prä-expressive Weise ausdrücken, ist es wesentlich, all meine Sinne verstärkt zu aktivieren, um zu empathischem Verstehen zu gelangen. Ich muss jede Faser meines Organismus öffnen, um die Signale meines Gegenübers aufnehmen zu können. Intuition spielt dabei sicher auch eine wesentliche Rolle: Ich muss immer wieder aufs Neue einschätzen, auf welcher Kontaktebene sich der Klient in jedem Moment befindet.

Prä-Therapie in der Praxis

Die Grauzone

Auch wenn wir von scheinbar klar definierten expressiven Zuständen und therapeutischen Vorgehensweisen sprechen, so sind diese in der Praxis nicht so klar umrissen. Ein Klient kann von einer Aussage zur anderen mehr oder weniger in Kontakt mit seiner Umwelt oder mit sich selbst sein. Van Werde (1998) spricht von einem „Funktionieren in der Grauzone“, wenn sich der expressive und der prä-expressive Zustand überlappen. Manchmal ist es schwer zu entscheiden, auf welcher Funktionsebene der Klient sich gerade befindet, und er plädiert im Zweifelsfall für Kontaktreflexionen: „Wenn in der Grauzone prä-therapeutische Reflexionen verwendet werden, bleibt es der Klientin überlassen, auf welcher Schiene sie weiterfährt“ (ebd., 121).

In meiner Arbeit habe ich einen Weg gefunden, beide Möglichkeiten offen zu halten, nämlich indem man in Wort-für-Wort-Reflexionen entweder das vom Klienten benützte Personalpronomen „ich“ übernimmt bzw. den Eigennamen des Klienten benützt oder ihn mit „du/Sie“ bezeichnet. Letztere Anrede setzt ein gewisses Ausmaß an Beziehung oder Kontakt voraus, die Reaktion des Klienten

kann daher als Maßstab für seine Funktionsebene herangezogen werden. Auch hier besteht eine Parallele mit der Art und Weise, wie Kleinkinder sich selbst bezeichnen, bevor sie das Wort „ich“ benutzen: „Kinder missverstehen relationale Ausdrücke anfänglich als Material qualifizierende Ausdrücke (...) In diesem Stadium gebrauchen Kinder für sich selber ihre Eigennamen und sind versucht, ‚ich‘ (oder ‚du‘ – Anm. d. Autorin) als (deskriptive) Eigennamen zu verstehen. In einem zweiten Stadium erfassen die Kinder die Relationalität von relationalen Ausdrücken“ (Holenstein, 1985, 67f). Das ist die Phase, in dem das Kind sich aus seiner egozentrischen Wahrnehmung der Welt zu lösen und sich in Beziehung wahrzunehmen beginnt.³

Ein weiteres Hilfsmittel für diese Einschätzung ist es, wie oben erwähnt, die eigenen Sinne für empathisches Verstehen non-verbaler Signale zu öffnen. Stern stellt die Frage, wann ein Kleinkind von der Interaktion zur Beziehung hinüber wechselt und weist darauf hin, dass es in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres bereits Verhaltensweisen zeigt, „die stark darauf hindeuten, dass man allmählich von Beziehungen reden darf“ (1997, 117), wenn das Kind nämlich auf Vertrautheit und Fremdheit von Personen zu reagieren beginnt. Auch bei den hier besprochenen Klienten ist es hilfreich, in diesem Zusammenhang auf ihre Körpersignale zu achten, um die Art und den Grad ihres In-Kontakt-Seins einschätzen zu können.

So muss der Therapeut oder die Betreuungsperson stets zwischen kongruenter klientenzentrierter Kommunikation und prä-therapeutischen Reflexionen hin und her pendeln, um sich auf empathische Weise innerhalb des Bezugsrahmens des Klienten zu bewegen.

Verankerung des Kontakts

Van Werde (1998) unterscheidet als Bezugspunkt dafür, welche Form von Kontakt den Menschen angeboten werden soll, vier verschiedene Verankerungsschichten:

1. Existenzieller Kontakt. Dabei geht es um das grundlegende Recht zu existieren und als Mitglied einer Gesellschaft anerkannt zu sein. Im alten Rom gab es ein Ritual, bei dem der Vater einer Patrizierfamilie das Neugeborene in die Arme gelegt bekam. Wenn er es annahm, bedeutete das, dass das Kind ein Existenzrecht (als Mitglied der Familie) hatte (Affirmation). In anderen Kulturen ist die Namensgebung (im religiösen Bereich die Taufe) ein dementsprechendes Ritual.

3 Prouty weist darauf hin, wie nach Pietrzak die Anwendung von Eigennamen statt des persönlichen Fürwortes „ich“ insbesondere bei autistischen Klienten dazu beitragen kann, „in einer sicheren psychologischen Distanz Grundlagen für die Identitätsbildung aufzubauen“ (Prouty, 1994). Bei Halluzinationen bietet das Fürwort „es“ „eine semantische Distanz und größere psychologische Sicherheit bei der Annäherung an die betreffenden Inhalte“ (Prouty et al., 1998, 55).

2. Psychologischer Kontakt. Das ist der von Prouty beschriebene Kontakt in Form von konkreter Wahrnehmung der Realität und der eigenen Affekte sowie der Fähigkeit, darüber mit anderen auf kongruente Weise kommunizieren zu können (siehe oben).
3. Festigung und Stärkung der wiederhergestellten Kontaktfunktionen. Das kann in einem kontaktfördernden Milieu erfolgen (für nähere Erläuterung siehe weiter unten).
4. Kultureller Kontakt. Dabei geht es um das Zugehörigkeitsgefühl zu einer bestimmten Gruppe. Van Werde beschreibt, wie auf seiner Station die Innendekoration bewusst daraufhin ausgerichtet wurde, indem als zur belgischen Kultur zugehörig erkennbare Bilder und Gegenstände (Strandmuscheln, Briefmarken, Comicbücher) zur Einrichtung verwendet wurden (ebd., 130).

Es zeigt sich, dass diese Verankerungen auf subtile, von uns nicht bewusst wahrgenommene Weise nahezu fortwährend wirksam sind. Wird dies berücksichtigt, so kann der Alltag auf der Station auf allen Ebenen auf Kontaktförderung hin ausgerichtet werden.

Prä-Therapie in Institutionen

Van Werde (1998) beschreibt darüber hinaus, wie auf seiner psychiatrischen Station ein Kontaktmilieu hergestellt wird, so dass sich alle Betreuungspersonen, bis hin zum Reinigungspersonal, im Umgang mit den Patienten vom Gedanken der Prä-Therapie, nämlich der Wiederherstellung und Festigung von Kontakt, leiten lassen. Das bedeutet, dass Kontakt nicht nur in Einzelsitzungen hergestellt, sondern auch in der Beschäftigungstherapie, der Bewegungstherapie und im Stationsalltag gefestigt werden kann. Darüber hinaus werden die Gruppenaktivitäten ebenfalls gezielt auf Kontaktfestigung ausgerichtet. Insgesamt kann gesagt werden, dass die Prä-Therapie sich hier von allen Mitarbeitern rund um die Uhr in der Gruppe und in einzelnen Begegnungen spontan immer und überall anwenden lässt.

Ich selbst habe Betreuer einer geschützten Werkstätte in ihren prä-therapeutischen Bemühungen mit Menschen mit einer geistigen Behinderung begleitet, nachdem ich ihnen dafür Anleitungen gegeben hatte. Peters (2001) bezeichnet dies als mittelbare Therapie: Das ist „jene Form von Therapie (...), „bei der jemand nach einer Ausbildung durch einen Sachkundigen das problematische Verhalten eines anderen zu beeinflussen versucht.“ (ebd., 72). Der Fortschritt zeigte sich in einer besseren Kontaktfähigkeit der Klienten, was zur Lebensqualität beitrug; außerdem erweiterten die Betreuer auf diese Weise ihr Umgangsrepertoire. Sie lernten, den Bezugsrahmen der Klienten ernst zu nehmen und als Kommunikationszugang zu nutzen, statt zu versuchen, nach der Wahrheit zu suchen oder die Klienten in die Realität zu „zerren“. Abgesehen von einer Verbesserung der Lebensqualität kann eine weitere Wirkung darin liegen, dass der Klient soweit kontaktfähig wird, dass eine Einzeltherapie sinnvoll und effektiv sein kann.

Prä-Therapie in Einzelsitzungen

Im individuellen therapeutischen Setting finden wir andere Bedingungen vor. Die Sitzung ist zeitlich vereinbart, also weniger spontan, sie findet in einem speziell dafür vorgesehenem Raum statt und meist befinden sich die Klienten, wenn auch nicht ausschließlich, mehr in einem prä-expressiven Zustand als in einer Grauzone. Das bedeutet, dass es in erster Linie um Kontaktherstellung geht, wobei wir stärker beim Prozess des einzelnen Klienten bleiben und sein psychotisches oder durch die geistige Beeinträchtigung bestimmtes Erleben als Zugang nutzen.

Je nachdem wie die Kontaktfähigkeit des Klienten sich steigert, können wir allmählich auf die kongruente Kommunikationsform einer Klientenzentrierten Therapie übergehen. Die drei von Rogers formulierten Kernbedingungen – Empathie, bedingungslose positive Zuwendung und Kongruenz – sind zwar auch für die prä-therapeutischen Reflexionen als Grundhaltung anzusehen, aber auf einer höheren Funktionsebene nimmt das Symbolverständnis und die Abstrahierungsfähigkeit zu, so dass das empathische Verstehen des Therapeuten sich auf das expressive Selbst des Klienten beziehen kann.

Die Geschichte der Carina⁴

Da meine Arbeit sich spezifisch auf Menschen mit kognitiven Behinderungen bezieht, kann ich aus diesem Bereich eine Fallgeschichte bringen. Beispiele aus der Psychiatrie finden sich zahlreich in der angeführten Literatur.

Carina war von ihrer physischen und sexuellen Entwicklung her Mitte zwanzig, aber ihr Spielverhalten und ihre Umgangsweise mit anderen waren die eines kleinen Mädchens im Vorschulalter. Sie wohnte in einer betreuten Wohngemeinschaft und lebte in einer Phantasiewelt, in der alle Personen um sie herum Rollen zugewiesen bekamen. Sie schien wenig Realitätskontakt zu haben, murmelte häufig in sich selbst hinein, nahm keinen Blickkontakt auf und ließ immer ihren Kopf hängen (existentieller Autismus). Ihre Betreuer erhielten schwer Zugang zu ihr und konnten oft nicht einschätzen, ob ihre Aussagen sich auf die Realität (zu Hause bei ihren Eltern, wo sie die Wochenenden verbracht) bezog oder in den Bereich ihrer Phantasie gehörten. Alpträume plagten sie und ein Verhaltensaspekt, der ihr gesamtes Umfeld massiv störte, war ihr häufiges Masturbieren.

Ihre Bezugsbetreuerin begann unter meiner Supervision mit den prä-therapeutischen Reflexionen mit ihr zu arbeiten. Es war das erste Mal, dass jemand Carina in ihre Phantasiewelt hinein begleitete. Sie registrierte ziemlich sofort die Wort-für-Wort-Wiederholungen und zeigte Gefallen daran. In der vierten Einzelsitzung sah

⁴ Aus Gründen des Anonymitätsschutzes, wurden Namen und Einzelheiten geändert

sie nach einer offenbar nicht korrekten Wort-für-Wort-Reflexion der Betreuerin auf und wiederholte die eigenen Worte unter festem Blickkontakt (kommunikativer Kontakt). Als die Betreuerin diese dann korrekt nachsagte, war sie zufrieden. Sie verfiel zwar wieder zurück in ihre autistische Körperhaltung und ihr stereotypes Schaukeln, aber mit der Zeit gab es immer öfter Blickkontakt und sie begann den Raum für sich in Anspruch zu nehmen (Realitätskontakt). Sie teilte der Betreuerin Rollen zu und gab ihr Regieanweisungen: „Sag du, dass ...!“ Ihre Aussagen im Rollenspiel wiesen zunehmend den Charakter emotionaler Bewertungen auf: „Das gefällt mir nicht!“, „Das lässt sie sich nicht gefallen!“ (affektiver Kontakt). Sie begann Fragen zu stellen, weshalb sie etwas tun oder irgendwohin gehen sollte (Realitätskontakt und kommunikativer Kontakt).

Insgesamt zeigte sie mehr prosoziales Verhalten und nahm zunehmend an die Aktivitäten innerhalb der Wohngemeinschaft teil. In einer späteren Phase kam sie zu mir für eine Klientenzentrierte Psychotherapie (eher eine Spieltherapie), in der das Thema Sexualität mit erwachsenen Männern sehr im Vordergrund stand. Eine kurze Sequenz aus diesen Sitzungen:⁵

C: Mann hat weh getan. (kein Blickkontakt)
Th (WWR): Mann hat weh getan
Th (KR): Du lässt den Kopf hängen und schaut auf den Boden
C: Bauchweh
Th (WWR): Carina sagt: Bauchweh. Du sagst: Bauchweh.
(Carina legt sich auf den Boden und wälzt sich hin und her, eine Hand reibt zwischen den Beinen, die andere reibt den Bauch)
Th: (SR): Du liegst am Boden. Du hältst den Bauch, du hast die Hand zwischen den Beinen..
C: Der Mann hat mir weh getan.
Th (WWR): Der Mann hat mir weh getan. Du sagst, dass der Mann dir weh getan hat.
C: Angst!
Th (WWR): Angst. Du schreist: Angst!
C: Sag, dass er das nicht tun darf!
Th (WWR): Sag, dass er das nicht tun darf! Du möchtest, dass ich ihm verbiete, dir weh zu tun!
Th: Du darfst Carina nicht weh tun! (Da die Klientin offenbar mit mir in Kontakt war, befolgte ich ihren Wunsch)
C: Das darfer nicht, gell! Nein, das darfst du nicht! Da werde ich böse!

(Nach einigen Wiederholungen und Drohungen setzte sie sich zufrieden zu mir auf das Sofa und verlangte nach Zeichenmaterial).

Auch wenn ihre diesbezüglichen Erfahrungen nie wirklich aufgeklärt werden konnten, stellte sich die Beschäftigung damit als hilfreich heraus. Aus einem Vorschulkind wurde ein kicherndes Mädchen im prä-adoleszenten Alter, das weniger oft masturbierte, aber heftig mit den männlichen Mitbewohnern flirtete. Ein Aufklärungsbuch für Kinder half ihr in der Folge einen adäquateren Zugang zu ihrer eigenen Sexualität zu finden.

Wirkungen der Prä-Therapie

Aus dem Vorgehenden ist nun wohl deutlich geworden, dass die prätherapeutischen Reflexionen in erster Linie auf die (Wieder-)Herstellung und Festigung psychologischen Kontakts mit Welt, Selbst und Anderen abzielen. Ihre Auswirkungen können jedoch weiter reichen. In manchen Fällen wird sogar, wie oben angeführt, eine psychotherapeutische Behandlung möglich. Auch wenn das nicht der Fall ist, so nimmt doch die Häufigkeit der autodestruktiven Handlungen ab, es kommt weniger oft zu Schreianfällen und manche Patienten kommen aus ihrer ängstlichen Zurückgezogenheit heraus. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Lebensqualität sich verbessert, was ich eindeutig auf die empathische und affirmative Qualität der prätherapeutischen Reflexionen zurückführe.

Jerold Bozarth beschreibt es sehr gut mit den folgenden Worten: „Wenn der Mensch als der, der er in dem Moment ist, bestätigt werden kann, dann ist das gut genug.“⁶ (1998, 49)

Literatur:

- Binder, Ute (1998), Empathy and empathy development with psychotic clients, in: Thorne, Brian / Lambers, Elke (Hg.), Person-centred therapy. A European perspective, London (Sage) 1998, 216–230
- Bozarth, Jerold (1998), Person-centred therapy: A revolutionary paradigm, Ross-on-Wye (PCCS Books) 1998
- Cohen, David (1997), Carl Rogers. A critical biography, London (Constable) 1997
- De Vre, Rita (1992), Prouty's pre-therapie, Gent (Lizenziatsarbeit, Psychologische Fakultät der Universität Gent) 1992
- Dinacci, Aldo (1994a), Colloquio Pre-Terapeutico: Criterio obiettivo di valutazione, in: LEGGE e PSYCHE, Rivista di Psicologia Giuridica, Anno III, Nr. 1, (1994)
- Dinacci, Aldo (1994b), Experimental research on the psychological treatment of schizophrenic clients with Garry Prouty's pre-therapy and innovative developments, Gmunden (Vortrag gehalten am 3. ICCCEP Kongreß), 1994
- Gendlin, Eugene (1970), Research in psychotherapy with schizophrenic patients and the nature of that „illness“, in: Hart, Joseph. T. / Tomlinson, T. M. (Eds.): New Directions in Client-Centered Psychotherapy, Boston (Houghton, Mifflin & Co.) 1970
- Hinterkopf, Elfi / Prouty, Garry F./ Brunswick, Les (1979), A pilot study of pre-therapy method applied to chronic schizophrenic patients, in: Psychosocial Rehabilitation Journal, 3 (1979) 11–19.
- Holenstein, Elmar (1985), Menschliches Selbstverständnis. Ichbewußtsein – Intersubjektive Verantwortung – Interkulturelle Verständigung, Frankfurt am Main (Suhrkamp) 1985
- Perls, Fritz (1969), The ego as a function of the organism. Ego, Hunger and Aggression, New York (Vintage Books) 1969

5 Aus Gründen des Anonymitätsschutzes wurden Einzelheiten geändert.

6 Übersetzung stammt von der Autorin.

- Peters, Hans (2001): Psychotherapeutische Zugänge bei Menschen mit geistiger Behinderung, Stuttgart (Klett-Cotta) 2001
- Prouty, Garry F. (1990), Pre-Therapy: A theoretical evolution in the person-centered/experiential psychotherapy of schizophrenia and retardation, in: Lietaer, Germain/Rombauts Jan/van Balen, Richard, Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties, Leuven (Leuven University Press) 1990, 645–658
- Prouty, Garry F. (1994), Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy. Applications to schizophrenic and retarded psychoses, Westport (Praeger Publishers) 1994
- Prouty, Garry F. (1998), Die Grundlagen der Prä-Therapie, in: Prouty, Garry F./Pörtner, Marlis/van Werde, Dion, Prä-Therapie, Stuttgart (Klett-Cotta) 1998
- Prouty, Garry F. (2001), Prä-Therapie: eine Einführung zur Philosophie und Theorie. In: Keil, Wolfgang W./Stumm, Gerhard, Die vielen Gesichter der Klientenzentrierten/Personzentrierten Psychotherapie, Wien (Springer) 2001 (in Druck)
- Rogers, Carl R. (1959a), A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (ed.), Psychology. A study of science, Vol III, New York (McGraw Hill) 1959, 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987
- Rogers, Carl R./Gendlin, Eugene T./Kiesler, Donald J./Truax, Charles B. (1967), The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics, Madison, Wis. (University of Wisconsin Press) 1967
- Shlien, John (1997), Empathy in psychotherapy: A vital mechanism? Yes. Therapist's conceit? All too often. By itself enough? No, in: Bohart, Arthur/Greenberg, Leslie (eds.), Empathy Reconsidered. New Directions in Psychotherapy, Washington (American Psychological Society) 1997, 63–80
- Stern, Daniel (1977), The first relationship: infant and mother, Cambridge, MA (Harvard University Press) 1977; dt.: Mutter und Kind: die erste Beziehung, Stuttgart (Klett-Cotta) 1997, 3. Aufl.
- Van Werde, Dion (1998), Prä-Therapie im Alltag einer psychiatrischen Station, in: Prouty, Garry F./Pörtner, Marlis/van Werde, Dion, Prä-Therapie, Stuttgart (Klett-Cotta) 1998
- Zinschitz, Elisabeth. (1997), Der Personzentrierte Ansatz in der Behindertenarbeit, Person 2 (1997) 120–127
- Zinschitz, Elisabeth (2001), Das scheinbar Unverständliche verstehen. Empathie in der psychotherapeutischen Arbeit bei Menschen mit einer geistigen Behinderung, in: Iseli, Catherine/Keil, Wolfgang W./Korbei, Lore/Nemeskeri, Nora/Schmid, Peter F./Wacker, Paulus (Hg.), Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende. Köln (GwG) 2001 (in Druck)

Autorin:

Mag. Elisabeth Zinschitz, geb. 1959, seit 1997 Klientenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis; Psychotherapie für Menschen mit (geistiger) Behinderung; Elternberatung für Eltern behinderter Kinder; Supervision für Behindertenbetreuer; vorherige Berufserfahrung: Frühförderung und Familienbegleitung für Familien mit behinderten Kleinkindern; Übersetzungen von klientenzentrierten/prä-therapeutischen Artikeln und Büchern; einschlägige Artikel in mehreren Sprachen zum Thema Arbeit/Psychotherapie mit Klienten mit Behinderungen; Vortragstätigkeit zum Thema Prä-Therapie im In- und Ausland (Workshops in Österreich gemeinsam mit Garry Prouty).

Korrespondenzadresse:

*Elisabeth Zinschitz
Stiftgasse 15–17/4
1070 Wien
E-Mail: e.zinschitz@chello.at*

Garry Prouty

Carl Rogers und die experientiellen Therapieformen: eine Dissonanz?

Zusammenfassung¹: Anlässlich der Auseinandersetzungen bezüglich der Schaffung übergreifender Organisationen, die mittlerweile u. a. auch zur Umbenennung unseres Weltverbandes (in: „Weltverband für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung“) geführt haben, äußert Garry Prouty seine Sorge darüber, dass die Klientenzentrierte Therapie von einem experientiellen „Zeitgeist“ absorbiert und ihr Wesen darin eines Tages aufgelöst werden könnte. Die Betonung experientieller Faktoren statt der Beziehung als wesentlichem therapeutischen Faktor stellt für Prouty einen mit Rogers nicht mehr zu vereinbarenden Paradigmenwechsel dar.

In seiner Argumentation erläutert Prouty zunächst, dass Rogers zwar durchaus von Gendlins experientiellen Konzept beeinflusst ist, er aber „experienting“ immer als Resultat (abhängige Variable) der therapeutischen Bedingungen (Grundhaltungen) und nicht als Ursache (unabhängige Variable) der therapeutischen Veränderung verstanden hat. Als weiteres Wesensmerkmal des Konzepts von Rogers wird die nicht-direktive Haltung des Therapeuten herausgestellt. Die Tatsache, dass Rogers die nicht-direktive Haltung nicht definitiv in seine Therapietheorie eingebaut hat, wird von Prouty als äußerst bedeutsames historisches Versäumnis eingestuft. Auf theoretischer Ebene wird es dadurch grundsätzlich möglich, die Grundhaltungen, solange sie jedenfalls gegeben sind, mit Techniken und Methoden zu kombinieren.

Als prominentesten Vertreter der experientiellen Methoden erläutert Prouty in der Folge kurz den prozess-experientiellen Ansatz von Greenberg, Rice & Elliott und stellt dabei dessen Prozessdirektivität in den Mittelpunkt. Seine Analyse dieses Ansatzes ergibt dann vor allem eine technisch-diagnostische Ausgerichtetheit des Therapeuten, die einer vollen empathischen Ich-Du-Beziehung nicht entspricht, sowie einen phänomenologischen Reduktionismus, bei welchem das Experienting der Person und nicht ihr Selbst insgesamt in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt wird. Mit seiner Darstellung möchte Prouty keinesfalls die Wirksamkeit des prozess-experientiellen Ansatzes bezweifeln, wohl aber dessen Dissonanz zum Konzept von Rogers aufweisen bzw. eine Diskussion dieser Thematik einleiten.

Schlüsselwörter: Experienziell, nondirektive Haltung, Gerichtet-Sein (intent) des Therapeuten, Prozess-Experienzieller Ansatz, prozessdirektiv, phänomenologischer Reduktionismus

Einleitung

In den letzten Monaten entstand die Initiative zur Gründung einer internationalen personenzentrierten/experientiellen Organisation. Anfangs reagierte ich gelassen, da die Initiatoren sich auf denselben historischen theoretischen Rahmen von Rogers und Gendlin zu beziehen schienen, der mir bereits vertraut war. Einige Monate später wurde mir plötzlich klar, dass es um ein neues personenzentriert/experientiell organisatorisches Leitmotiv ging. Die Befürworter dieser internationalen Organisation vertreten eine Sichtweise, die unterschiedliche experienzielle Ansätze mit einschließt (Greenberg, Watson & Lietaer, 1998). Da es ungefähr zwei

Dutzend experienzielle Methoden gibt (Mahrer und Fairweather, 1993), erscheint es angebracht, die vorgeschlagene theoretisch/organisatorische Fusion auf ihre Übereinstimmung mit den klientenzentrierten Prinzipien zu überprüfen. Diese Position versucht jedoch *keineswegs* die empirische Wirksamkeit der experientiellen Therapien in Frage zu stellen. Ebenso wenig ist dies ein Versuch einer erschöpfenden Klarstellung oder eines Vergleichs der Theorien. Statt dessen soll versucht werden, eine eventuelle theoretische Dissonanz zwischen Rogers und den experientiellen Ansätzen zu erörtern; ein solches Verständnis ist für die Entwicklung einer Organisation unabdingbar.

Ein wichtiger Paradigmenwechsel von Rogers' Sichtweise (1959a), dass für die seelische Heilung die Beziehung ausschlaggebend ist, hin zu einer Betonung von experientiellen Faktoren ist womöglich ein historischer Wechsel, der nicht angebracht ist. Meine Hauptsorge gilt der Möglichkeit, dass die Klientenzentrierte Psychotherapie in einen experientiellen „Zeitgeist“ absorbiert wird

1 Dieser Artikel von Garry Prouty wurde zuerst in Person-Centred Practice 7 (1999), 1 veröffentlicht und vom Autor für den Abdruck in unserer Zeitschrift zur Verfügung gestellt. Die Übersetzung aus dem Amerikanischen besorgte Elisabeth Zinsschitz, die Zusammenfassung hat Wolfgang Keil verfasst.

und sich irgendwann darin auflöst. Der Gerechtigkeit halber sollte darauf hingewiesen werden, dass ich sowohl Entwicklungen in Rogers' Klientenzentrierten Psychotherapie als auch in Gendlins experientieller Theorie beschrieben habe, dies aber in einer deutlich von einander *abgegrenzten Form* (Prouty, 1994).

Ist Rogers experientiell?

Auch wenn Rogers (1961) explizit den Einfluss von Gendlins experientieller Theorie auf seine eigene Arbeit anerkannte, übernahm er nicht die Sichtweise, dass das Erleben (experiencing) als eine unabhängige Variable in der Psychotherapieforschung zu betrachten sei. Er meinte, es sei eine abhängige Variable. Experiencing sei das *Ergebnis* der Therapie, nicht die *Ursache* (Prouty, 1994). Dies wird in „Process Conception of Therapy“ (Rogers, 1961a) verdeutlicht. Darin sagt er deutlich, dass die „Grundhaltungen“ die Bedingung für experientielle Veränderungen sind. Auch in der Beschreibung des Wisconsin-Projekts zur Schizophrenie wird dies so dargestellt (Rogers, Gendlin et al., 1967). Dort wird Erleben (experiencing) wieder als eine Funktion der „Grundhaltungen“ beschrieben. Wenn Rogers Gendlins Experiencing als Ursache für die Therapie gesehen haben sollte, so wird das nicht einmal dort, wo sie am engsten zusammengearbeitet haben, in dieser Form präsentiert. Außerdem beschreibt Rogers „Offenheit für das Erleben“ als eine der Merkmale einer „Fully Functioning Person“ (Rogers, 1989) und sieht die Wurzeln dafür in einer sicheren und akzeptierenden Beziehung (Rogers, 1957a).

Ein Argument für die Abgrenzung des experientiellen Ansatzes Gendlins von Rogers' Sichtweise wird von Brodley (1990) angeboten, die Rogers als jemanden beschreibt, der sein Vertrauen in die *ganze Person* setzt, während in der experientiellen Therapie das Vertrauen dem *Erlebensprozess* gilt. Sie meint auch, dass in beiden Ansätzen anders „zugehört“ wird. Im experientiellen Ansatz von Gendlin richtet sich das Zuhören auf den Felt Sense (Hendricks, 1986). Ich sehe das, ebenso wie Brodley, als einen, so wie ich es bezeichnen würde, „phänomenologischen Reduktionismus“. Das bedeutet für mich, dass die *Person* auf den *Prozess* reduziert wird.

Die nondirektive Haltung

Auch wenn das nicht formell ausgearbeitet wurde, ist der nondirektive Ansatz in der Psychotherapie eines der für die Klientenzentrierte Psychotherapie charakteristischen Merkmale. Dies wird besser verständlich, wenn zuerst dessen kulturelle Wurzeln erläutert werden. Rogers' frühe religiöse Erziehung und Ausbildung vollzogen sich innerhalb einer protestantischen Tradition. Martin Luthers revolutionäre Lehre hat den Ort der moralischen Bewertung von der Kirche hin zum Gewissen des Individuums verschoben. Das moralische Gewissen

erhielt seine vollgültige Eigenständigkeit. Rogers' (1977a) revolutionäre Lehre im Bereich der seelischen Gesundheit hat in ähnlicher Weise die Fähigkeit, das innere Erleben zu verstehen, vom Therapeuten auf den Klienten übertragen: Der Klient erhielt die Fähigkeit zugesprochen, die Bedeutung seines Erlebens selbst zu bestimmen. Rogers' nondirektive Haltung kann auf kultureller Ebene als eine Form von protestantischem Individualismus gesehen werden. Als Theologiestudent hatte Rogers Luthers Lehren studiert.

Rogers (1942a) hat Nondirektivität innerhalb der Psychotherapie in verschiedenen Formen beschrieben. Erstens wird der Klient als derjenige gesehen, bei dem die Verantwortung für den Gesprächsverlauf liegt. Zweitens reagiert der Therapeut auf eine solche Art und Weise, dass er die vorgängige Botschaft des Klienten anerkennt. Der Therapeut geht auf das unmittelbare Gefühl sowie die unmittelbare Haltung des Klienten ein. Der Therapeut lässt erkennen, dass der Klient die Entscheidungen trifft und dass er diese akzeptiert.

Weiters fasste Rogers die Nondirektivität in einer Reihe von Werten zusammen, die der Therapeut haben soll. Der Klient hat das Recht, seine persönlichen Ziele festzulegen. Der Klient hat das Recht, psychologisch unabhängig zu sein und seine psychologische Integrität aufrechtzuerhalten. Der Klient hat das Recht zu entscheiden, was für ihn die richtige Realitätsanpassung ist. In moderneren Begriffen ausgedrückt, der Klient hat die größtmögliche Autonomie, die therapeutische Beziehung wird stärker demokratisch gestaltet und die Individuation des Klienten steht stärker im Zentrum. Es dürfte selbstverständlich sein, dass der Therapeut zur Umsetzung dieser Werte eine aufrichtige und kongruente Haltung einnehmen muss. Raskin (1951)² definiert die vorgehend beschriebenen Konstruktionen als „nondirektive Haltung“.

Ich würde sagen, dass Rogers einen Ansatz formulierte, welcher der psychologischen Freiheit des Klienten, sich selbst zu definieren und zu erschaffen, einen äußerst hohen Stellenwert einräumt. Weiter glaube ich, dass Rogers' formale Beschreibung der notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Therapie (bedingungslose positive Zuwendung, Empathie und Kongruenz) die „nondirektive Haltung“ *nicht ausschließt*. Rogers hat sich nie von der „nondirektiven Haltung“ distanziert. Sie ist in der Praxis der Klientenzentrierten Therapie inkludiert und integriert. Erstens impliziert die „nondirektive Haltung“ bedingungslose positive Zuwendung insofern, als eine weitreichende Akzeptanz des Klienten vorhanden ist. Zweitens wird die „nondirektive Haltung“ dadurch verkörpert, dass der Therapeut strikt dem Prozess des Klienten folgt, nämlich durch empathisches Verstehen. Drittens erfolgt die Integration der nondirektiven Haltung, der bedingungslosen positiven Zuwendung sowie der Empathie durch die Kongruenz des Therapeuten.

Ich glaube, dass es als Moment von großer historischer Bedeutung anzusehen ist, dass Rogers es unterließ, die „nondirektive

2 Unveröff. Manuskript; zitiert bei Rogers, 1951a, p. 29; dt.: 1973, S. 42

Haltung“ zusammen mit den anderen notwendigen therapeutischen Bedingungen formell zu definieren. *Das Ergebnis besteht darin, dass eine theoretische Situation geschaffen wird, innerhalb welcher, so lange die notwendigen und hinreichenden Bedingungen vorhanden sind, jede Technik mit ihnen kombiniert werden kann.* Auf der praktischen Ebene wird diese theoretische Verschiebung durch die von Rice (1974) vorgeschlagenen „evocative reflections“ und den „focused reflections“ (Hendricks, 1986) veranschaulicht. Diese beiden Autorinnen lenken die Technik in Richtung des Experiencingprozesses.

Der Prozess-experienzielle Ansatz

Der Prozess-experienzielle Ansatz wird hier erörtert, da er in der Zusammenführung und Integration der Klientenzentrierten Therapie mit experienziellen Methoden auf theoretischer und organisatorischer Ebene eine richtungsweisende Führungsrolle inne hat.

Die Unterscheidung von Rice (1983) zwischen Beziehung und therapeutischer Aufgabe hat zur Entwicklung des Prozess-experienziellen Ansatzes geführt, der die Grundeinstellungen mit vielfältigen Methoden des Processings von innerem Erleben vermischt (Greenberg, Rice & Elliott, 1993). „Den Prozess lenken, nicht den Inhalt“ ist der Leitsatz, der diese Sichtweise vielleicht am besten zusammenfasst. Das zeigt, welche Konsequenzen die „Trennung“ der Nondirektivität von den therapeutischen Grundbedingungen hat, und illustriert die philosophische und theoretische Sichtweise des Experiencing als „Ursache“ und nicht als „Ergebnis“ der Therapie.

Die Prozess-experienzielle Psychotherapie kann am Einfachsten als eine Kombination der klientenzentrierten Haltung mit verschiedenen *prozessdirektiven* experienziellen Methoden oder Techniken beschrieben werden. Vielleicht lässt sich diese Sicht am Deutlichsten anhand des folgenden Zitates erläutern:

„Unser Ansatz umfasst eine Kombination von und eine Balance zwischen klientenzentrierten empathischen Reaktionen und dem prozessdirektiven Element der Experienziellen Psychotherapie und der Gestalttherapie. In diesem Ansatz ist der Therapeut in hohem Ausmaß auf die Gefühle und das Erleben des Klienten von Moment zu Moment eingestimmt. Er ist zugleich *direktiv in Bezug auf den Prozess* und leitet den Klienten zu verschiedenen Zeitpunkten dazu an, sich auf bestimmte entscheidungsfördernde affektive Informationsverarbeitungsstrategien einzulassen. Auf diese Weise fördert der Therapeut den Prozess des Klienten, einerseits indem er empathisch auf das Erleben des Klienten eingeht und andererseits indem er Anweisungen und Anregungen zu Handlungen oder mentalen Schritten gibt, die der Klient zu einem gewissen Zeitpunkt ausprobieren könnte, um den Verarbeitungsprozess zu unterstützen. Das Ziel liegt darin, ein neues Gewahrsein, ein neues Erleben und eine neue Bedeutungsbildung in Gang zu setzen, *nicht* aber Einsicht darin zu verschaffen oder Kognitionen zu verändern.“ (Greenberg, Rice & Elliott, op. cit. S. 15)

Eine zweite „Säule“ des prozess-experienziellen Ansatzes besteht darin, dass der Prozess die Grundlage für eine Diagnose bildet. Die *Art und Weise*, wie der Klient sein Erleben verarbeitet, liefert einen Anhaltspunkt dafür, welche experienzielle Technik jeweils angemessen ist. Dies stellt eine *Prozessdiagnose* dar. Unterschiedliche Verarbeitungsprobleme führen zu einer unterschiedlichen Anwendung der Technik. Diese Sichtweise wird im folgenden Zitat zum Ausdruck gebracht.

„Abhängig von seiner Wahrnehmung, in welchem Zustand der Klient sich befindet, greift der Therapeut zu verschiedenen Zeitpunkten auf unterschiedliche Interventionsarten zurück, um bestimmte Formen von konstruktiver Informationsverarbeitung zu fördern. Diese Interventionen werden mittels einer Art „Prozessdiagnose“ des aktuellen Zustands des Klienten bestimmt, sie sind aber auch von Ideen darüber inspiriert, was dem Klienten zu einem gewissen Zeitpunkt am hilfreichsten bei seiner kognitiven/affektiven Verarbeitung zu unterstützen vermag.

Bei der Prozessdiagnostik geht es also darum, „marker“ für bestimmte emotionale Verarbeitungsprobleme zu identifizieren. Wenn in einem Erlebensprozess ein solcher „marker“ auftaucht, unterstützt der Therapeut bestimmte Formen von Verarbeitungsmodi, die dem Klienten helfen sollen, das in diesem Moment erlebte Verarbeitungsproblem zu lösen. Ein Beispiel dafür wäre, dass, wenn der Klient einen inneren Konflikt erlebt, auf die Technik der zwei Stühle aus der Gestalttherapie zurückgegriffen würde. Oder dass Focusing angewendet wird, wenn der Klient einen undeutlichen Felt Sense spürt. Der Therapeut ist der Prozess-Experte.“ (Greenberg, Rice & Elliott, op. cit. S. 17)

Da direktives Vorgehen einen anerkannten Bestandteil des Prozess-experienziellen Ansatzes darstellt, ist es wichtig, die Bedeutung von „direktiv“ in dieser Therapieform vollständig und auf faire Weise zu erläutern. Das gelingt vielleicht am Besten anhand des folgenden Zitates.

„Der Klient wird jedoch als Experte dafür gesehen, was er jeweils erlebt, sowie als jemand, der den Veränderungsprozess aktiv trägt. Während der Therapie nimmt der Therapeut, auch wenn er prozessdirektiv ist, die fragende Haltung eines ‚Nicht-Wissenden‘ ein. Diese Position bedingt eine Einstellung, die von Neugierde und Vorschlägen und nicht von einer wissenden Autorität geprägt ist. Die Handlungen des Therapeuten sowie seine Haltung zeigen, dass er mehr über das Erleben des Klienten erfahren möchte, und er macht Vorschläge, um das Implizite explizit zu machen; er vermittelt dem Klienten jedoch nicht, dass Therapeuten mehr wissen und nach verborgenem Material suchen. Diese Haltung des „Weniger-Wissens“, die von Prozess-experienziellen Therapeuten eingenommen wird, steht im Gegensatz zur Position des „Mehr-Wissens“ eines interpretierenden Ansatzes, in dem der Therapeut aufgrund theoretischer Wahrheiten oder professionellen Wissens als Experte für das Erleben des Klienten auftritt. Prozessdirektiv arbeiten heißt nicht, dass der Therapeut die Bedeutungsbildung für die Klienten vornimmt oder irgendwelche Erlebensmuster identifiziert, Verdecktes aufspürt oder bessere Sichtweisen des Klienten oder seiner Welt vorschlägt. Der Therapeut führt oder fördert den Klienten eher dahingehend, dass er sich auf gewisse Aktivitäten zur Informationsverarbeitung einlässt, von denen er glaubt, dass sie schematisch gewordene Verarbeitungsformen verbessern. Dies sollte dann dazu beitragen, dass der Klient sein Erleben reorganisieren und in bestimmten Problembereichen neue Bedeutungen bilden kann. Gerade durch die selbst herbeigeführte Reorganisation in Bereichen, wo Veränderung erwünscht ist, gelingt es den Menschen, eine neue Sichtweise ihrer selbst und ihrer Welt zu formen.“ (Greenberg, Rice & Elliott, op. cit. S. 16)

Die direkte Haltung

Das Thema der „direktiven Haltung“ ist nicht leicht zu artikulieren, da es auf sehr subtile Weise in den therapeutischen Ansätzen von Gendlin, Rice und Greenberg enthalten ist. Diese Theoretiker schlagen alle vor, den Klienten mit seinem Erleben in Kontakt zu bringen. Diese Haltung findet ihren Ausdruck in Begriffen wie: *führen, vorschlagen, fördern, explizit machen, verbessern*. Sie sieht vor, dass der Therapeut theoriegeleitet und selektiv zuhört, und zwar mit einem *technischen Gerichtet-Sein (technical intent)*, und sie impliziert auch das Problem, auf das bereits früher hingewiesen wurde – das Problem des *phänomenologischen Reduktionismus*.

In meinem Verständnis therapeutischer Erfahrung bringt genaues empathisches Verstehen den Klienten in Kontakt mit seinen nächsten auf organismischer Ebene entstandenen Erlebnisschritten, das heißt, einem Muster von „non-direktivem Experiencing“, wo der Erlebensfluss auf *natürliche Weise* dem Organismus folgt. Erleben als natürliche Folge im Gegensatz zum Erleben, das aus dem Gerichtet-Sein des Therapeuten hervorgeht, das unterscheidet Rogers von experientiellen Sichtweisen. Weshalb ist das wichtig?

Das technische Gerichtet-Sein

Das Thema des Gerichtet-Seins des Therapeuten ist lediglich wichtig, wenn es als Gegengewicht zum Gerichtet-Sein des Klienten angeschaut wird. Es erscheint angemessen, wenn wir einen der Unterschiede zwischen Rogers und den experientiellen Therapien in dem Gerichtet-Sein des Therapeuten orten. Das Ziel der experientiellen Therapien liegt darin, den Klienten zum Experiencing zu „führen“. Das entspricht nicht Rogers' Sichtweise in der Klientenzentrierten Therapie, welche die *Selbstbestimmtheit des Klienten* stärkt, indem der Therapeut sich der Führung des Klienten „unterordnet“.

Der Ausdruck „technisches Gerichtet-Sein“ bezieht sich auf eine Haltung, in der dem *Wie* des experientiellen Prozesses Aufmerksamkeit geschenkt wird. Der Therapeut ist „empathisch eingestimmt“ auf das „*Wie*“ des Erlebens. Das klingt nach einem *selektiven Zuhören*, das auf den Prozess gerichtet ist und auf therapeutisch relevantes Experiencing abzielt. Es vermittelt nicht die existenzielle Haltung des darauf Hörens, wie der Klient seine „*Realität*“ begreift – das wäre eine treffende Beschreibung von genauem empathischen Verstehen. Das Problem ist, dass Empathie für die technischen Überlegungen des Therapeuten in bezug auf das „*Wie*“ des Prozesses als Grundlage für eine diagnostische Intervention *verwendet* wird, – das ist aber schwerlich eine echte „*Ich-Du*“ Antwort.

Wie wohlwollend oder hilfreich das Gerichtet-Sein des Therapeuten sicherlich auch sein mag, es gibt komplexe und schwierige klinische Situationen rundum das Thema der direktiven Haltung. Erstens gibt es da das Thema des bewussten Widerstandes des Klienten. Es gibt Situationen in der Therapie, wo „*Erleben*“ für den

Klienten bedrohlich ist – d. h. in denen sich die Angst des Klienten zeigt. Solches „*Erleben*“ kann sogar das Selbst desintegrieren, zum Beispiel wenn homosexuelle Gefühle, psychotische Erlebnisse oder gewisse Aspekte einer multiplen Persönlichkeit integriert werden sollen. Diese können als Beispiele für den von Warner (1991) beschriebenen „*fragile process*“ gelten. Das sind Gefühle, bei denen *nur* die Bedeutung des Klienten einen sicheren Weg bietet. Ich habe oft gesehen, dass gewisse „*Erlebnisse*“ zu bedrohlich für „*direktives*“ Experiencing sind. Nur eine langsame Annäherung an das „*natürliche*“ Erleben und dessen Integration scheint hier Sicherheit zu bieten – und gewiss nicht Interventionen, die von dem Gerichtet-Sein des Therapeuten getragen dem Prozess voraus sind. Das gilt weitgehend für psychotisches und psychose-ähnliches Erleben.

Phänomenologischer Reduktionismus

Eine Klientin berichtete von einer Erfahrung, welche das Problem des „*phänomenologischen Reduktionismus*“ veranschaulicht. Sie erinnerte sich daran, dass sie die empathische Präsenz und Reaktion ihres Therapeuten brauchte. Statt dessen wurde sie zu ihrem Experiencing „*hingeführt*“. Sie berichtete von einem „*viszeralen Gefühl*“, dass er nicht mit ihr in Kontakt war. Sie fühlte, dass ihr „*Selbst*“ ignoriert wurde, und sie erlebte mehr das Gerichtet-Sein des Therapeuten als seine Empathie. Dieses Beispiel benennt das Problem des „*phänomenologischen Reduktionismus*“, der eher als Empathie *für das Erleben* denn als Empathie *für das Selbst* definiert werden kann. Das Selbst ist auf das Erleben reduziert. Der Therapeut ist in empathischem Kontakt mit dem *Prozess* des Erlebens, und nicht so sehr mit dem *ganzen existenziellen Wesen* des Selbst.

Das folgende Beispiel stammt aus meiner Erfahrung als Therapeut. Ich arbeitete mit einer Klientin, die schizophren und gemeingefährlich war. Ihr Erleben beinhaltete den Drang zum Töten. Die Klientin sagt, dass meine Fähigkeit, zwischen ihrem Selbst und ihrem Erleben zu unterscheiden, ihr am Meisten geholfen habe. Ihr existenzielles Selbst war nicht ihr Erlebensprozess. Wiederholte Male brachte sie das Gefühl zum Ausdruck, dass „*das nicht Ich bin*“. Die Unterscheidung zwischen Selbst und Erleben hatte empathische und langfristige therapeutische Konsequenzen.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Dieser Artikel ist ein Versuch, eine Diskussion über die Dissonanz zwischen der Klientenzentrierten Theorie von Carl Rogers und dem Experientiellen Ansatz einzuleiten. Die Grundlage für ein solches Bemühen ist die Sorge darüber, dass die Klientenzentrierte Theorie und Therapie gedankenlos in einen experientiellen „*Zeitgeist*“ absorbiert und mit diesem organisatorisch zusammengewürfelt wird.

Der erste Grund für diese Sorge lag darin, dass es ungefähr zwei Dutzend experientieller Methoden gibt und dass dabei größere Klarheit erforderlich ist. Wichtiger war jedoch noch die Erörterung des Prozess-experientiellen Ansatzes, der hier in empirischer und organisatorischer Hinsicht eine Führungsposition einnimmt. Es sei klargestellt, dass nicht dessen empirische Validität hinterfragt wurde, sondern dass eher Themen auf den Ebenen der Theorie und der Praxis erörtert wurden.

Als Erstes wurde die Frage erörtert, ob Rogers' Klientenzentrierte Therapie als „experientiel“ gesehen werden könnte. Das wurde als ein Hauptthema betrachtet, da es einige Wissenschaftler gibt, die Rogers dem Experientiellen Ansatz zuordnen. In Rogers' Werk wird das Erleben (Experiencing) zwar berücksichtigt, wird aber als eine Funktion der Grundhaltungen gesehen, und zwar als deren Resultat. Es wurde darauf hingewiesen, dass das Erleben (Experiencing) bei Rogers eine Ergebnisvariable ist. Es wird sowohl im Wisconsin-Projekt als auch in seiner „Process Conception of Therapy“ als solche behandelt. Zusätzlich ist die „Offenheit für das Erleben“, die als kennzeichnend für die „Fully Functioning Person“ gesehen wird, eine Funktion der Grundhaltungen. Für Rogers ist Erleben (Experiencing) also ein Ergebnis und nicht die Ursache für Therapie.

Das nächste wichtige Thema, das diskutiert werden musste, war die theoretische Konstruktion der „Grundhaltungen“ durch Rogers. Auch wenn er nie seine nondirektive Sichtweise ablegte, baute er sie formell nicht in seine Therapietheorie ein. Das Ergebnis dieser Auslassung war eine Interpretation, dass, so lange die Bedingungen gegeben sind, jede Methode angewendet werden kann; das öffnet selbstverständlich die Tür für direkte Techniken. Und das ermöglicht eine subtile Verschiebung hin zur Direktivität, sowohl in den Ansätzen von Gendlin (Focusing) und Laura Rice (evocative reflections) als auch viel expliziter im (prozess-direktiven) Ansatz von Greenberg et al.

Aufgrund seiner Rolle bei der vorgeschlagenen organisatorischen Fusion von Klientenzentrierten und Experientiellen Therapeuten wurden die Grundsätze des Prozess-experientiellen Ansatzes überprüft. Dieser stellt sich selbst als eine Fusion von „traditioneller“ Klientenzentrierter Psychotherapie und direktiven experientiellen Techniken dar, welche auf diagnostisch relevante „marker“ ausgerichtet sind. Diese Sichtweise ließe sich mit dem Spruch „Lenke den Prozess, nicht den Inhalt“ charakterisieren. Die Grundlage dafür bildet die Gestalttheorie über die Aufmerksamkeit für das „Wie“ der Verarbeitung auf Erlebensebene.

Auf der praktischen Ebene wurden verschiedene Themen vorgebracht. Zuerst das des Gerichtet-Seins des Therapeuten. Die Selbstbestimmung des Klienten wurde mit der direktiven Absichtlichkeit des Therapeuten verglichen. Das Gerichtet-Sein des Therapeuten auf das „Wie“ des Erlebens wurde als technisches Gerichtet-Sein analysiert, und das ist kein völlig empathisches Gegenwärtig-Sein. Zuhören mit „empathischer Einstimmung“ auf das „Wie“ des Erlebens wurde beschrieben als selektives Zuhören, das die Empathie

für das existenzielle Selbst des Klienten gefährdet – also ein sehr kritisches Thema.

Schließlich wurde noch das Thema der „phänomenologischen Reduktion“ erörtert. „Phänomenologische Reduktion“ wird als Empathie für den Erlebensprozess definiert, im Gegensatz zu einer Empathie für die gesamte Seinsweise. Wir können das Thema mit den Begriffen der Ich-Es-Beziehung im Gegensatz zur Ich-Du-Beziehung beschreiben. Der Philosoph Levinas (1989) schlägt vor, dass, wenn wir von psychologischen Zuständen (Verarbeitung auf der Erlebensebene) von Menschen sprechen, wir im Modus der Objektivierung Ich-Es, und nicht vom existenziellen Ich-Du-Modus sprechen – von *Person zu Person*.

Die letzte Lösung dieser grundlegenden Themen bleibt natürlich dem einzelnen Therapeuten überlassen. Die Frage ist, ob wir dem selbst-aktualisierenden, nondirektiven Gerichtet-Sein von Rogers' empathischer Sichtweise folgen, oder jenem einer therapeutischen Sichtweise, die der Empathie eine geringere Bedeutung zuweist.

Literatur:

- Brodley, Barbara (1990), Client-centered and experiential: two different therapies. In: Lietaer, Germain / Rombauts Jan & van Balen, Richard (Eds.): Client-Centered and Experiential Therapies in the Nineties. Leuven (Leuven University Press) 1990, 87–107
- Greenberg, Leslie / Rice, Laura & Elliot, Robert (1993), Facilitating emotional change. New York (Guilford Press) 1993
- Greenberg, Leslie / Watson, Jeanne & Lietaer, Germain (1998), Handbook of experiential therapy. New York (Guilford Press) 1998
- Hendricks, Mary (1986), Experiencing level as a therapeutic variable. *Person-Centered Review*, 1 (2), 141–162
- Levinas, Emmanuel (1989), Martin Buber and the theory of knowledge. In Hand, S. (ed.), *The Levinas Reader*. Cambridge, Mass (Blackwell) 1989
- Mahrer, Al & Fairweather, D. (1993), What is 'experiencing'? A critical review of meanings and applications in psychotherapy. *The humanistic Psychologist*, 21 (Frühling), 2–25, 1993
- Prouty, Garry (1994), Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy. Applications to schizophrenic and retarded psychoses, Westport (Praeger Publishers) 1994
- Rice, Laura (1974) The evocative function of the therapist. In: Wexler, David & Rice, Laura (eds.), *Innovations in Client-Centered Therapy*. New York (John Wiley), 1974
- Rice, Laura (1983), The relationship in client-centered psychotherapy. In Lambert, J.J. (ed.): *Psychotherapy and patient relationships*. Homewood, IL (Richard D. Irwin), 36–60 (1983)
- Rogers, Carl R. (1942a), *Counseling and psychotherapy*, Boston (Houghton Mifflin); dt.: *Die nicht-direktive Beratung*, München (Kindler) 1972; ab 1985 Frankfurt/M. (Fischer Tb)
- Rogers, Carl R. (1951a), *Client-centered therapy*, Boston (Houghton Mifflin); dt.: *Die klient-bezogene Gesprächspsychotherapie*, München (Kindler) 1973; ab 1983: *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* Frankfurt/M. (Fischer Tb.)

- Rogers, Carl R. (1957a), The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95–103, dt.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: Rogers, Carl R. & Schmids, Peter F. (1991), *Person-zentriert*, Mainz (Grünewald), 165–184
- Rogers, Carl R. (1959a), A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (ed.), *Psychology. A study of science*, Vol III, New York (McGraw Hill) 1959, 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987
- Rogers, Carl R. (1961a), A Process conception of therapy. In Rogers, Carl R., *On becoming a person*. Boston (Houghton Mifflin), dt.: Psychotherapie als Prozeß. In: *Entwicklung der Persönlichkeit*, Stuttgart (Klett) 1961, 130–163
- Rogers, Carl R. (1989), A therapist's view of a good life: the fully functioning person. In Kirschenbaum, Harold, Henderson, Valerie (Eds.), *The Carl Rogers Reader*. Boston (Houghton Mifflin), 1989.
- Rogers, Carl R. (1997a), Carl Rogers on personal power: Inner strength and its revolutionary impact. London (Constable), dt.: Die Kraft des Guten, München (Kindler) 1978; ab 1985 Frankfurt/M. (Fischer Tb.)
- Rogers, Carl R./Gendlin, Eugene T./Kiesler, Donald J./Truax, Charles B. (1967), *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*, Madison, Wis. (University of Wisconsin Press) 1967
- Warner, Margaret (1991), *Fragile Process*. In Fusek, L. (Ed.), *New directions in client-centered therapy: Practice with difficult client populations*. Chicago (Counseling and Psychotherapy Reserch Center), 41–58, 1991

Autor:

Garry Prouty, Begründer der Prätherapie, Psychologe; Ausbildung in Personzentrierter/Experienzieller Psychotherapie 1962–1966 bei Gendlin, Autor vieler wissenschaftlicher Publikationen und Gastreferent an vielen amerikanischen und europäischen Kliniken und Universitäten; dzt. Fellow am Chicago Counseling Center, Ehrenmitglied der Chicago Psychological Association, Mitglied des wissenschaftlichen Beirats von Psychotherapy: Theory, Research and Practice sowie beim International Journal of Mental Imagery; eingeladen zur Frieda-Fromm-Reichmann-Memorial-Vorlesung 2002 an der Washington School of Psychiatry

Godfrey T. Barrett-Lennard

Levels of loneliness and connection: Crisis and possibility¹

© Godfrey T Barrett-Lennard

Zusammenfassung: In diesem Artikel beschreibt Barrett-Lennard verschiedene Formen von Einsamkeit auf der individuellen Ebene, auf der Ebene enger Beziehungen sowie auf der Ebene der Zugehörigkeit zu größeren Gemeinschaften und diskutiert anschließend Aspekte und Möglichkeiten der Heilung auf allen diesen Ebenen. Zu Beginn unterscheidet er zwischen einem Mit-sich-selbst-Sein einerseits als positiver Form der Einsamkeit und einer schmerzhaften Einsamkeit andererseits. Beide Zustände sind nicht absolut durch die An- bzw. Abwesenheit eines Anderen bedingt.

Im Folgenden stellt er drei verschiedene Arten von Einsamkeit dar:

- 1) *Selbstentfremdung, wobei der Mensch nicht mit sich selbst in Kontakt ist, sich innerlich gespalten fühlt und einen Sinnverlust sowie einen Verlust des Selbst erlebt.*
 - a) *Eingeengte (trichterähnliche) Selbst-Wahrnehmung. Die Bewertungsbedingungen haben ein Selbstkonzept entstehen lassen, das nicht immer mit dem Erleben übereinstimmt. Das führt zu Inkongruenz (Angst-, Schuldgefühle). Im positiven Fall kann es zu Wachstum führen, da es uns dazu veranlasst, etwas zu unternehmen.*
 - b) *Sinnverlust, Machtlosigkeit, Verzweiflung, wie sie durch den Verlust der Existenzbasis, oder einer wichtigen Person, durch massive körperliche Veränderungen oder durch Veränderung der Umgebung entstehen.*
 - c) *Akuter Selbstverlust in Form einer Schizophrenie oder einer ähnlichen Form des Zusammenbruchs*
 - d) *Gefühl der Leere oder eines nie gestillten Hungers nach Identität, nach einem Ich mit bestimmten Eigenschaften und einer kontinuierlichen Orientierung.*
- 2) *Zwischenmenschliche Einsamkeit*

Unsere persönliche Identität ist immer mit wichtigen Beziehungen verbunden. Unser Bedürfnis nach Liebe und Zuwendung bedingt zugleich das Potential für die Deprivation der Sehnsucht nach einer engen Verbindung. Mangel an Erfahrungen mit Beziehungen führt nicht nur dazu, dass wir Anderen als Fremden gegenüber treten, sondern auch dass wir dem Prozess des Kennenlernens und Beziehung-Aufbauens fremd gegenüber stehen (ohne uns dessen bewusst zu sein). Heutzutage entstehen oft „funktionelle Beziehungen“, die nicht um ihrer selbst willen bestehen, sondern für einen gewissen Zweck, was die Einsamkeit verstärkt.
- 3) *Einsamkeit auf der Gemeinschaftsebene, das Gefühl, nicht zu einer größeren Gemeinschaft zu gehören. Vor allem in unserer westlichen Kultur gibt es weniger Eingebundenheit in der Gemeinschaft. Dieser Mangel an Wurzeln oder Zugehörigkeitsgefühl ist abträglich für das Identitätsgefühl.*

Im Anschluss daran verweist Barrett-Lennard auf die Ressourcen von Psychotherapie für die Heilung der Beziehungsfähigkeit auf allen diesen Ebenen. Dabei muss jedoch die ganze Spannweite von menschlichem Engagement berücksichtigt werden: es geht um die Heilung der Beziehungen (der Sub-Selbste) innerhalb des Selbst, um die Heilung der intimen und der funktionalen persönlichen Beziehungen, der Zugehörigkeit zu Organisationen und zu gesellschaftlichen sowie kulturellen oder religiösen Gemeinschaften sowie um die Heilung der Verbundenheit mit der Natur und dem Kosmos. Zum Abschluss wird die Frage aufgeworfen, ob unsere heutige Kultur zwangsläufig Entfremdung und Einsamkeit verstärken muss. Neben der übermächtigen Tendenz einer isolierenden und einseitig technologisch-ökonomischen Globalisierung sieht Barrett-Lennard auch gewisse Tendenzen einer sich positiv entwickelnden Zivilisation.

Keywords: Loneliness, self-estrangement, community, healing of relationship

¹ Der Artikel basiert auf einem Vortrag des Autors in Wien, Glasgow und Southampton im Mai/Juni 2000. Das Copyright hat ausschließlich der Autor. Die deutsche Zusammenfassung hat Elisabeth Zinschitz erstellt.

It is part of our nature to *need* to be alone, at times; part of our human potential to be on our own but involved, active, deeply absorbed perhaps, and not in the least empty or cut off. This can happen in a myriad of particular ways. One set of ways involves our bond with nature; with non-human beings, and with a natural world that we can feel nourished or embraced by. Many of us have at times an intense need just to be with ourselves. We seek opportunity, in solitude and in special relationships, to put ourselves together or find our way again. Perhaps we sense a self-healing process within us needing a chance to do its work. While a complicated species, each individual having a many-sided personality and diverse self, it seems we have the potential to find a balance or wholeness in which no important part is neglected.

I do not wish to confuse the positive condition of being *with oneself*, or inwardly in touch and absorbed with one's own experiencing, with the different condition of feeling all by oneself and painfully lonely. Most of all, I don't mean to suggest that being out of the physical presence of other people has any necessary relationship with loneliness, nor that being in their presence is not to be lonely. Many of us, myself for one and perhaps you too, have had the experience of feeling alone, separate and very lonely in a group or crowd, in an institution or organisation that one belongs to, at a party or other festive gathering, and even at times in a close-knit family. It would surprise me greatly if you were to really let yourself into your own present and remembered feelings and then not find any experience of loneliness, any times when you have been unable to speak of what lay heavily within you, any moments when no one was listening, or any occasion where your sense of meaning, selfhood or belonging eluded you. Underlying this variety of experience, I see three major kinds of experienced separation and loneliness, and several distinct forms within the first kind. I would like to try to bring each kind and form to life.

Levels of loneliness

One major kind of loneliness centres on estrangement from oneself, or being out of touch on the inside. It can be as though part of oneself were a lost child whose voice returns in half-heard echoes, or speaks in disguise in our dreams. Or, it may be as though part of us is a stranger, even an enemy, to the self we own. Or, we might feel that our energy or drive has failed, leaving us without direction or power, drifting along. For some of us the loss goes further still: we no longer know who we are; or perhaps we never have. Put another way, this self-estrangement may take the form of inner separation and dividedness; an acute absence of meaning and purpose; a frightening loss of a sense of self; or, the floating hollowness of having no formed self. Here are the four forms of self-estrangement in more detail:

(i) In one way of being out of touch with ourselves, awareness is narrowed and selective. Imagine a funnel, in which the wide mouth is filled with all the reactions of our physical and emotional being, reactions that could reach clear consciousness but have not got there yet. Picture this funnel having a strainer or mesh in it and a narrow spout. Our consciousness, what we see clearly and can put into words, is what comes out through the thin end of the funnel, after all our preconscious reactions have been processed in our nervous system, and filtered or reshaped as they rise to consciousness. Some of our fears, yearnings and impulses (perhaps ones we would see as bad/immoral, arrogant, or weak) don't come into clear view. Although our 'funnel' was partly shaped by earlier experience and learning, we are not seeing how this happened and may only have a vague sense that we compress and filter at all.

Given the sifting, reworking nature of experiencing and memory, qualities we do not see in ourselves might be seen or sensed by others. We can have tendencies at odds with the picture we have of ourselves, the 'me' we need to believe we are, our 'acceptable self'. What has happened may originate in having been cared for and loved in very conditional ways and, little by little, having absorbed whatever powerful prescription was involved in order to maintain a sense of worth and regard for ourselves. 'Introjected' requirements for self are not totally immune to experience which contradicts them. One may react to some situation in a way that makes the evidence of behaving and feeling out of line with an inner prescription overwhelming. When this happens, the disturbance to our sense or picture of self can be accompanied by sharp uneasiness and anxiety, or painful guilt. Such a feeling state, although distressing, can turn out to have positive consequences if it motivates us toward soul-searching inquiry and growth.

(ii) The next kind of self-estrangement is associated with no longer finding meaning in one's life, of feeling futility or impotence and, at the worst moments, an acute despair or anomie. Such feelings can arise in nearly anyone when some foundation of life is ripped away or slides out from under: perhaps through the loss of someone very close, particularly a child, or a loved partner or parent; or, by losing a valued job or career, or facing the end of working life; or by finding oneself in a totally different and unfamiliar living environment; or through a handicapping injury and loss of capacities formerly taken for granted; or as a result of major political and social upheavals in the milieu of 'home'. It can be quite natural to feel painfully lonely, cut off and powerless, or to find that nothing makes sense or has meaning any more, under conditions that occur every day for large numbers of people old and young, striking at some stage in the lives of nearly all of us.

(iii) The third kind of self-estrangement is less common in full-fledged form than the previous two. It is the loss or fracture of

our sense of self that may happen, for example, in an acute breakdown or psychosis, especially what is often labeled acute schizophrenia. I suspect that most of us at some time have transient experiences of the self we know seeming to disappear. Then, the world around us can become strangely altered and unfamiliar, and we are lost; strangers in a world that eludes us. Few things are more terrifying than a literal disintegration of self and loss of a sense of who one is, or perhaps even of being a person, both like others and distinct from them.²

(iv) A fourth way of being out of touch inside deserves separate mention. In some persons there is a void, a hollow emptiness or shapeless hunger that has never been filled; a hunger we might say from the outside, for identity, for selfhood, to be a 'Me' with distinct qualities and a sense of direction that carries over from one situation and time to another. In some circumstances, people appear not to develop a cohesive sense of self; and an urge to find purpose and meaning in their existence has had little chance to germinate, let alone to take root and grow. Persons without a working guidance system of their own are at the mercy of others and easily fall prey to passing influences. This directionless quality can be very puzzling, or seem like a deficiency of will, to those of us with strongly patterned or fortified selves. My sense is that "self-less" persons have feelings and no friends, not even the companionship of a developed, familiar "me" that weaves in and out of the awareness of a doing, feeling "I".

Beyond these varieties of *self*-estrangement, the next major level distinguished is that of *interpersonal loneliness*. I think this can arise without profound self-estrangement, although any of the patterns I have so far described could contribute to it. We learn who we are largely through relations with others. Our deepest needs for affiliation, caring, respect and love, for union and intimacy in its various forms, imply potential for deprivation; and the possibility of enduring long periods (even a lifetime) of hunger for close connection. One is handicapped if one has no experience, or very stilted experience, in relationships with siblings or close childhood companions; with parents and others where emotional attachment, responsibility and example are built-in; with people very different from oneself who nevertheless become known personally; and with individuals met on one's own path with whom mutual befriending occurs.³

If some of the avenues mentioned are missing in our growing-up worlds, we are not only strangers when we first meet someone, but may be strangers to the process of meeting and engagement. Not only do we start off not knowing the other, but without knowing from experience how to know them. We may not realise that this inexperience is our difficulty, and thus attribute problems to non-self causes: 'bad luck', incompatibility, or deficiencies in the other person. To always look to such external factors when relationships do not work out, suggests unawareness of an inner handicap.

Unfilled hunger for personal affiliation, whether for a friend, a mate or lover, a companion to play or work with, perhaps for a child to nurture, can result in acute or aching loneliness. The presence of others does not itself dispel such feeling, and may even sharpen it if we sense ourselves on the outside, and experience this exclusion while seeing others included. Conditions of modern life often lead to 'functionary relations.' Such associations are not engaged in for their own sake but as a means to some outside goal. Much experience of this 'ulterior' kind (prompted by something we want for which the other is a conveyance) and little experience in relationships that are their own reward, can leave us very lonely; and with a tendency to use others even in purely personal encounters, for we know no better, or no other way.

Personal identity, our very selfhood, tends to be bound up with relationships that are most central in our lives — past and present. Self-estrangement coupled with collapse of pivotal relationships can, at the extreme, bottom to an agony in which to live is unbearable: worse than to die. Suicide can seem to be the only release from such despairing loneliness and self- and other revulsion. To act on this extreme despair may be an irreversible step, but the desperate feeling state is not of its nature irreversible. If the person chooses life, the crisis potentially has propelled him or her to seek change in self and/or circumstances; change that may lead to new levels of meaning and connection with others.

Severe loneliness for close personal relationships tends to work against developing a sense of belonging in any larger group or community. For one thing, understanding the hunger for connection that others also could be feeling (but protecting themselves from expressing plainly) is likely to be deficient or out of tune. These thoughts provide an entry to the remaining broad kind of loneliness.

It appears also to be within our nature to *hunger for community* beyond close and intimate relationships, a hunger reflected and often satisfied, it seems, in tribal societies. Western mass culture clearly leaves many people lost and alienated, with little if any sense of inclusion and belonging in a communal whole. The relationship bonds between couples, within families, and in other small groupings within a community, have bearing on the quality of that community, and this ambient quality also acts back to influence the personal bonds within it. Without a felt sense of community, we feel no rootedness, no sense of inclusion or belonging in the world around us, no feeling of our presence inside a communal whole in

2 Shlien's earlier (1961) but still freshly original discussion and case-study is a powerful statement of ideas and process related to this quality of estrangement and 'loss' of a sense of self.

3 Intimate relationships are ones in which we can share immediate feelings, precious experiences and inner parts of self, and also receive the other person in kind. In such relationships some of our felt experience and action is intertwined with experience and self-expressive actions of the other person. The particular ways we share and express our connection vary widely from one type of intimate or close relationship to another. It will be quite different with our spouse or lover than with our child, or our parent, but the depth of sharing connection can be similar.

which we are known, acknowledged and looked for. Community belonging contributes to one's own sense of identity and of living in a human world; a world in which every person matters and is a giving and receiving partner.

When ideas about community first became of serious interest to me, it was as though I began to see something in focus that had been vaguely in front of and around me all the while. The transition started during a period of sabbatical university leave, away from home and in an unfamiliar setting; a setting in which I came to feel rather acutely lonely, although most members of my own immediate family were there with me.⁴ The next year (1975) I took part with 130 others in a two-week residential workshop that developed as a learning laboratory around the formation and meanings of community. It was, to me, a provocative and fruitful stimulus, and led on to a new paper wholly focused on community. During my first writing of the paper, not published until much later (Barrett-Lennard, 1994), it struck me that a community worthy of the name was like a life-form, was an emergent species of life, vital in nourishing, giving meaning to and otherwise enriching the lives of its members. The influence is two-way, for such a community is sustained by its members, and potentially in continuous creation by them. Early in the paper I ask "what quality does a human collective or group need to have, to justifiably call it 'a community'?" My answer includes as one major aspect that the members experience a *founded sense of community*; a felt union, connection, sharing, and belonging that has been forged through and discovered in their actual experience together.

In the frequent case of a sense of community being absent in people's lives, it is as though they/we are strangers in our world. We have no sense of the larger population around us being a significantly acquainted and connected group of which we are fellow-members, little feeling that we have any part in creating or sustaining our milieu. We tend to feel powerless, without agency in our lives and without importance to most other people. We see people as bunched together in towns, organisations and other groupings out of convenience or necessity, not to enrich the meaning of each other's lives. The essential isolation and alienation we feel leads easily to an exclusive concern with self or, at best, *with self plus a small life raft of immediate family or other personal allies*. Where this happens, loneliness on a community level perpetuates itself.

In each of these kinds of loneliness a primary level of connection and engagement is missing or painfully attenuated. The quality of 'painfulness' applies especially to the first two primary kinds of loneliness, involving self-estrangement and/or lack of any intimate relations. Persons who do have the resource of one or more intimate/close relationships can chronically lack a sense of community or affiliated belonging to any larger group without being fully conscious

of their deprivation. But if their closest personal relationship then collapses or is somehow lost to them, the resulting emptiness and aching sense of being cut off, disconnected and alone can be overwhelming. The loss itself of a pivotal relationship, compounded with felt inability in forming relationships, is a 'double whammy' that may goad the person into some kind of personal counselling – which leads me into an issue relating to therapy itself. I will focus this issue with a question: "How well and how far do our therapies go in facilitating healing around relationship? What is the scope of this challenge, and how can we respond to it?"

Recovering connection: The healing of relationship

I suggest that our therapy, basically person-centred or other, has more chance to be a powerful resource if the *healing of relationship* is envisioned as its pivotal axis. The spectrum this opens extends through the whole width of human life relations and engagement. It runs from the healing of relations within the self, through therapeutic discovery and development in the area of self-other relations, a growing felt awareness of community and its meaning, the exploration of struggle and bondedness with larger people systems, the possible emergence of an actual sense and concern for the whole human family and even a deepening connection with the living world of nature. How far and in what depth healing and growth issues extend through this spectrum depends on the individual client and, vitally also, on the perspective and resources that their therapist brings to the helping engagement. A therapist's perspective comes not only from professional training but from life experience in their own engagement milieu. We are all part of a culture which stresses individualism, the separateness of persons and the implicit idea of *relationship as transaction* between free-standing selves. Contrary ideas are that we are deeply interwoven bearers of a common life, that our very selves are born in relationship and evolve therefrom, we live interactively, interdependence is built into us, and being in relation is at the core of our lives. It has taken me a long time to come squarely to this latter view, and I am still in the process of drawing out its full implications.

I think that the philosophy and values of individualism have something to do with the epidemic crisis of loneliness in Western culture. A vital step toward resolution of this crisis would be the development of a widely shared public consciousness that loneliness takes many forms, that in these varied guises it is endemic in our culture often with tragic personal effects, and that it both arises from and acts to diminish the life quality of whole societies. Out of such awareness and a broader sensitivity to issues of interdependence I believe that there needs to grow a new priority of concern and provision in the culture, one that works to enable, conserve and nourish experiences of interconnection on many levels. This spectrum,

⁴ Out of this context I wrote a paper expanding my previous thought on empathy. It starts with a section headed "On human community and interconnection" (Barrett-Lennard, 1976).

already implied, would include one to one and whole-family relationships, relations within varied small groups and larger communities, and qualities of association between peoples of differing culture, belief or circumstance. Cutting through this spectrum, the capacity for and exercise of empathy would be *one* crucial strand.⁵

Overcoming the loneliness of *self*-estrangement hinges on the healing of relations within the self. So what is a healed or well-functioning self like, positively stated? To respond to this question I need to start by saying something about the nature of the self, as I now understand it. First, I think of the self—anyone's self—as a 'singular multiplicity.' The multiplicity aspect fits the notion that we have configured subself patterns that are called into action in differing main contexts of our lives. In the well-functioning person this multiplicity is also 'singular' in that the self is one as well as many; a distinctive complex whole that knows or keeps track of itself through the inwardly open connection of all of its parts. Another way of putting this is that the subselves, although somewhat distinct in their configuration and function, are dynamic entities not shut off from each other but effectively in open dialogue. There is free flow of information within the complex total self-system. Just how, it might be asked, does this information flow and all the voices of self get heard? The way I think of it is that there is a mediating self system or function that is part of our thinking-feeling consciousness, a resource that keeps track of the diversity within, that is involved in our decision-making, that above all gives expression to and, in a sense, presides over the interchange within us, and which may prompt us to seek help. A core function of personal therapy, in this perspective, is the freeing up and enabling of dialogue within the self (Barrett-Lennard, 2000).

I have said that, in the well-functioning person, the various parts and voices of the complex total self are in open working connection with one another. It is also possible that some parts or subselves have a qualitatively different origin than others. For example, the self-configuration triggered and manifest in relation to a parent or authority figure may have been born out of highly conditional attitudes intensely experienced in such a relationship in childhood. Other subselves, perhaps one triggered in relating to a close friend, or (in differing example) by the embrace of deeply enjoyed natural surroundings, may include very little involuntary scripting, leaving the person open to their primary spontaneous experience. For the well-functioning person, a contextual subself is a resource not a repertoire of involuntary, built in imperatives. Not surprisingly, such a person has a sense of agency and capacity, and an active initiating stance. S/he is curious and reaches for further discovery and refinement of knowing. The self systems are dynamic entities, and experience in this case has a naturally developmental quality.

Discussion of healing in interpersonal relationships also raises the question of goals, specifically, "What is a well-functioning relationship?" My starting point, in answer, is that the relationship involves an open connective meeting and interplay of selves. The selves feed into each other, each projected from a larger self-system but without sharp boundary in their interaction. Communication of varied kind flows freely and expressively between the linked selves, within an ambience of general unguardedness and trust. There tends to be a taken-for-granted safety in the sense that neither person feels their identity at risk. Indeed, this identity lies partly within the relationship and is enhanced by it, leaving no need for careful protection of separateness. The participants make way for each other and, most importantly, for the emergent and resource-rich 'We' of living relationship (Barrett-Lennard, 1998, pp. 182–183). They are embraced in their relationship but not submerged in it, for each has a wealth of experience, interest and meaning from other life engagements as well, all of which contributes distinctively to their consciousness. Viewed more externally, the relationship is an open, adaptive living system, self-generative and growthful in quality, aware of itself through the consciousness of participants, and in dynamic motion through feedback both from within and from other persons and systems.

One could similarly identify qualities of a well-functioning working group or team, one that has responsibilities and tasks beyond the intrinsic satisfaction of communicative interplay among its members; responsibilities best exercised when members experience satisfying engagement among themselves, have compatible visions of their joint purposes and division of labour, and feel their own and one another's presence as needed, active contributors in achieving these purposes. Implicit is the idea that the team and its activity has a texture of meaning to each participant such that their own job is not solely a means to some individual end. While there is generally a structure of formal leadership in the group, each member experiences opportunity for initiative, a valuing of their particular resources and presence, and a role in decision-making that affects them. When such a group calls on a helping consultant, the consultant's role is not as group therapist but as a facilitator in group relations. It is the group that is being healed, with growthful spin-off for individual members. Also, when a person seeks counselling assistance as an individual, one of the significant engagements in their world is likely to be with a work group or team. The relationship-sensitive therapist is alert and highly responsive to any signals that the person is suffering in such a context, and perhaps feels little knowing capacity to change the quality of the engagement. Therapy exploration of this relation may enable the client to discover and feel new capacity for discrimination, qualitative change and choice in this vital sphere of life.

I have spoken of community belonging as another primary sphere of relation. Organisational membership can also be such a sphere, but is beyond my scope to explore here except to acknowledge that

5 Presented in early form at the annual conference of the American Psychological Association, San Francisco, 1977.

some organisations serve as significant communities for their members, others not. I think that most persons do experience some identification with a community. Where this connection is substantial, the community exists in the ground of the person's consciousness and meanings and can readily emerge into the foreground of awareness. Many significant friendship, family and small-group relationships would have their life within the broader context of a well-functioning community. Moreover, the community would tend to serve as a bridge to larger systems in the larger human world that also contribute to personal identity. Without this bridge, a person's identification with a nationality, or a transnational ethnic, linguistic or other cultural grouping, or perhaps a world religion, lacks the experiential anchorage that direct, local communal engagement gives rise to.

Healing on a personal level can open the potential for community reconnection. However, if the person's natural communities have no cohesion, are exhausted by conflict or weak from attrition, or are suffocating in the narrowness of their norms and conformity requirements, then the community itself is in need of healing. A group of members aware of such a crisis of need can sometimes take initiatives, even including reaching out to suitable facilitator-resource persons, to set in motion a process to heal and bring their community to life again. These comments touch on issues explored further in sections of my 1998 book as well as in my already mentioned article "Toward a person-centred theory of community" (Barrett-Lennard, 1994).

I have mentioned the level of relational engagement with larger national-political, religious, ethnic diaspora and other systems. Individuals generally have no direct contact with most other persons in the large system, although the symbolic and practical effects of this broad membership relation can be very influential in their lives and outlook, even in their ideas of self. Obviously there is great variation in people's consciousness of the working of these embracing systems, of their channels of influence and their impact. Attitudes toward a particular large-system affiliation (with one's country, say, or religion, or extended ethnic group) range all the way from those who cherish this relation, to others with strongly ambivalent feelings, and to some who are rejecting and ashamed of it. Even in personal therapy, in some instances, this level of relation is a distressing, sensitive one to search into. Issues may of course extend beyond self-inquiry, beyond the relation between an individual and the large system. The system itself may have very unhealthy features, ones that are theoretically amenable to alteration but, in practice, are a huge challenge to envision clearly and for the members collectively to change.

Further, the system itself might be in a very tense or actively conflictual relation with another large system. If there is significant desire from both sides for change in this relation, outside enabling resources may be invoked. A huge and vital challenge in our world is to develop more effective resources to mediate termination of explosive tension or conflict between large people systems but also,

beyond this, to set in train and facilitate processes of actual healing of relations. This healing would mean that felt safety and confidence replaced threat and fear or bitterness, and the conditions for potential resumption of conflict had dissolved. I believe it is not beyond the bounds of possibility, and certainly not beyond those of relevance, for some colleagues in the person-centred movement to develop and grow the expertise to contribute on this level.

The possibilities ahead

It would be possible, but beyond the bounds of this presentation, to further elaborate the spectrum of potential relational healing and new connection. I don't wish to take the polyannaish view that our culture or civilisation will necessarily overcome the epidemic of loneliness and alienation and achieve a new momentum of relational healing and connection between people. I see two broad possibilities. One is that any present trends toward increasing estrangement, more superficial association and the emotional isolation of people will continue to build in our highly competitive, technology driven, economically stratified and involuntarily 'globalizing' world. In this scenario, Internet communication, economic ties and other linkages will not actually work (or not suffice) to bring people into deeper and more trusting relation with one another, will not heal the bitterness, indifference, or estrangement in belief and circumstance, that divides so many groups and peoples. Significant communities of belonging generally will not revitalise but suffer dilution, deterioration or extinction. The conditions for stressed relations and conflict between large systems of people will be fuelled by effects of population increase and crowding, rising aspirations for the 'good life' in material terms, and diminution of natural resources and environmental quality. The mixed up and divided human family will become more divided, more people will be desperate individually and in collectives of varied kind and scale. One hardly dare imagine the consequences of such deteriorative change on a global scale.

The other broad possibility I see is more hopeful. Although there have been ferocious and tragic internecine and regional wars no huge international war has engulfed our civilisation for over half a century in this fast-moving world. Such a 'great' war seems less likely in the coming decades than in some of those behind us. There is breathing space and potential to move forward, and some steps are being taken. One can point, for example, to advances in education, improvements in health and economic security in some regions, to a pattern of nations coming to the aid of others in the face of major disasters, to faltering advances in democratisation in a good many settings, to growing consciousness and concern for the environment and our impact upon it, to the survival of the United Nations as a significant symbol and sometimes practical force, and to the explosive growth of information exchange and potential for direct communication between individuals and networks of people

across all kinds of increasingly nominal boundaries. Through media documentaries, first-hand contact and other communication, it seems that more of us see 'ordinary people' the world over, regardless of skin colour, language and local culture, as basically like ourselves—all belonging to one larger family.⁶

On another plane, attitudes toward competition may slowly be changing. Whether besting or winning out over others should continue as a mainspring of the world culture is at least being questioned now, in some contexts. Even in the conservative arena of education, the incentive of doing better than others, in order to be seen as doing well, is being de-emphasised in some quarters in favour of more intrinsic motivators: nourishment of curiosity and the desire to know, and the inherent satisfactions of extending one's reach, capacity and competence. There is an uneven trend greater opportunity and reward than earlier for literally cooperative endeavour, thus for joining and connection, within formal education. Competition is still a pivotal engine of commerce and industry and is rife in sports and athletics, and perhaps there always will be a place for some forms of competition. However, I suggest that the limited trend noted here needs to grow and spread much further so that no one is demeaned and demoralised by failure in competition in whatever context and, most of all, so that everyone retains a sense of inclusion.

I will make one further observation. We are now familiar with environmental impact assessments often being carried out before a major new industrial or resource development is undertaken. Sometimes such assessments seek to evaluate likely social consequences, and this feature could go much further. Should we not regularly study and weigh the likely impact on attitudes and *relationships between people* of proposed new economic measures, new laws, plans for urban or other 'renewal', and significant commercial and industrial developments of all kinds? In deciding whether or how to proceed with some new measure, surely its potential for undermining or enriching human relations should be carefully weighed, in fact, *should not this potential be a major, consideration?* If it is foreseen that a new move expected to profit a particular group will have the 'side-effect' of increasing the isolation and vulnerability of others, thus also accentuating loneliness and disconnection, then the move in question is unjustified under any principle of common human good.

In overall view, if we don't envision and mobilise efforts toward the multilevel healing of relations, the first of the broad possibilities I've sketched seems to me the more likely and, if likely, then an enormous risk to humankind. If enough of us in the culture focus our concern and resourcefully bend our efforts in varied ways we might just ensure that the balance tips toward the second, hopeful alternative. Many who hear or read this paper will have the values,

and the resources or aspiration, to assist people in healing, recovering and preserving personal wholeness. Some will have professional interest in the realm of personal relationships in crisis. Others will have a background of community or organisational involvement, or 'simply' a richness of life experience, on which to call. From these foundations, could we not, between us, build the understanding and resourcefulness needed in order to contribute on the urgent further levels indicated?

The domain of collaborative effort required to assist not only fellow human 'casualties' of the wider malaise of relations but, as well, to enable the group and societal levels of healing is a tall order indeed. But is it an impossible dream? I think not. Human consciousness and social purpose are not static, the present epidemic condition and pain of loneliness might be undone, and the broad-spectrum healing of relations could *become* a priority of discernment and action in the suffering human family. Such change, if achieved, would fundamentally alter the quality and conditions of human life. *One* effect is that we would be living in a far safer world.

References

- Barrett-Lennard, Godfrey T. (1976), Empathy in human relationships: Significance, nature and measurement. *Australian Psychologist*, 11 (2), 173–184
- Barrett-Lennard, Godfrey T. (1994), Toward a person-centered theory of community. *Journal of Humanistic Psychology*, 34 (3), 62–86
- Barrett-Lennard, Godfrey T. (1997), The recovery of empathy—Toward others and self. In: Bohart, Arthur C. & Greenberg, Leslie S. (eds.), *Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy*, Washington DC (APA), 103–121
- Barrett-Lennard, Godfrey T. (1998), Carl Rogers' helping system: Journey and substance. London; Thousand Oaks, California: Sage
- Barrett-Lennard, Godfrey T. (2000), Selves in relationship—Relations within self: Warp and weft. Manuscript article from invited presentations in Melbourne, Newcastle-upon-Tyne, Sheffield, Southampton, and Chicago; April-June, 2000. (Planned for inclusion in *The healing of relationship—book MS in preparation by the author.*)
- Rogers, Carl R. (1968), Interpersonal relationships: USA 2000. *Journal of Applied Behavioral Sciences*, 4 (3), 265–280
- Shlien, John M. (1961), A client-centered approach to schizophrenia: first approximation. In: A. Burton (ed.), *Psychotherapy of the psychoses* (285–317). New York: Basic Books.

Autor:

Godfrey T. Barrett-Lennard aus Australien hat in den 50er Jahren bei Carl Rogers in Chicago studiert und ist weltweit ein prominenter Vertreter des Personzentrierten Ansatzes; nach seiner universitären Laufbahn arbeitet er seit Mitte der 80er Jahre als Klinischer Psychologe in freier Praxis sowie als Visiting Fellow für Psychologie der Murdoch Universität in West-Australien.

⁶ In a paper not long ago I focused on the (therapeutic) recovery of *client* empathy, encompassing both self-empathy and empathy toward others. It is published in A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (103–121). Washington, DC: APA Books, 1997.

Wolfgang W. Keil

Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie der ÖGWG in der Ukraine 1994–1999

Zusammenfassung: Der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) hat in den Jahren 1994–1999 ein großangelegtes Psychotherapie-Ausbildungsprojekt in der Ukraine durchgeführt, an welchem die ÖGWG intensiv mitgearbeitet hat. Es ging dabei darum, vielen im psychosozialen Feld in Osteuropa tätigen Kolleginnen und Kollegen eine umfassende Möglichkeit zu bieten, bestimmte im westlichen Europa vertretene psychotherapeutische Richtungen – darunter auch die Klientenzentrierte Psychotherapie – in einer authentischen Weise kennen zu lernen und sich darin auszubilden. Im folgenden Artikel werden die Entstehung des Gesamtprojekts, der Kontext der psychotherapeutischen Situation in der Ukraine, der Verlauf des Projekts, sowie vor allem die Planung und Durchführung des von der ÖGWG betreuten Teils der Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie dargestellt.

Stichwörter: Klientenzentrierte Ausbildung, ÖGWG, Truskawetz, Ukraineprojekt

1. Entstehung und Entwurf des Projekts

Nach der Gründung des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP) hat sich – neben anderen Personen – vor allem dessen erster Präsident, Alfred Pritz, sehr für das Zustandekommen einer relevanten europäischen Organisation für die Psychotherapie engagiert. In diesem Zusammenhang war Alfred Pritz ganz besonders um die Entwicklung der Psychotherapie in den Ländern des ehemaligen Ostblocks und um deren Integration in die europäischen Strukturen bemüht. Im Zug seiner vielen Kontakte traf er dabei auch auf Alexander Filz von der Medizinischen Hochschule L'viv (Lemberg), der nach der politischen Wende in der Ukraine ein Stipendium zur Weiterbildung in Wien erhalten hatte und sich hier u. a. auch mit Psychoanalyse und speziell mit psychoanalytischer Gruppenarbeit befasste. Die dabei gemachten Erfahrungen führten seine Frau und ihn dazu, eine psychotherapeutische Ausbildung anzustreben. Auf die Initiative von Alfred Pritz hin weiteten sie jedoch ihr individuelles Vorhaben aus und entwarfen in Zusammenarbeit mit dem ÖBVP in der Folge das Projekt einer Psychotherapieausbildung in der Ukraine.

Diese Ausbildung sollte nicht auf kurzzeitigen und vorübergehenden Auftritten westlicher Experten¹ beruhen, sondern so umfassend und nachhaltig sein, dass sie den Standards des Europäischen Psychotherapieverbandes entsprechen würde. Das Projekt

sollte weiters von dem in Österreich mittlerweile etablierten Verständnis von Psychotherapie getragen sein. Dies bedeutete u. a. den offenen Zugang zur Ausbildung für Angehörige aller im psychosozialen Feld vertretenen Berufe sowie die Pluralität und Gleichberechtigung der verschiedenen Psychotherapieschulen. Von den Interessen der ukrainischen Kollegen her wurden dabei konkret zunächst an die folgenden therapeutischen Richtungen gedacht: Psychoanalyse, Gruppenpsychoanalyse, Klientenzentrierte Therapie, Psychodrama, Systemische (Familien)Therapie und Transaktionsanalyse. Über die Ausbildung hinaus war es den Initiatoren des Projekts auch wichtig, zur Schaffung von adäquaten Strukturen des psychotherapeutischen Feldes und damit zur fachlichen Zusammenarbeit der Psychotherapeuten in der Ukraine beizutragen.²

Die Ausbildung sollte 5 Jahre d. h. 10 Semester dauern, deren Schwerpunkt jeweils zwei einwöchige Ausbildungsblöcke jährlich bilden sollten. Diese 10 Blöcke (500 Stunden) sollten in Anlehnung an die Strukturen psychoanalytischer Ausbildungen Theorie (100 Std.), Lehrtherapie (300 Std.) und Supervision (100 Std.) beinhalten. Die

1 Wenn ich in diesem Artikel (wegen der besseren Lesbarkeit) bisweilen nur die weibliche oder nur die männliche Sprachform verwende, so sind – außer in eigens ausgewiesenen Fällen – immer Frauen und Männer gemeint.

2 Angeregt durch das Projekt bildete sich ziemlich rasch ein Westukrainischer und bald darauf der Ukrainische Dachverband für Psychotherapie.

einzelnen Ausbildungsgruppen innerhalb des Projekts sollten aus jeweils etwa 20 Personen bestehen, die sich in Teilgruppen auch zwischen den Wochenblöcken kontinuierlich treffen und dabei u. a. Intervision (mind. 50 Std.) und Literaturstudium (mind. 150 Std.) absolvieren sollten. Darüber hinaus war daran gedacht, die ukrainischen Kollegen zu einschlägigen Workshops der ausbildenden Vereinigungen in Österreich einzuladen und deren Teilnahme daran zu sponsern. Neben der eigenständigen Führung der einzelnen Ausbildungsgruppen durch die Vertreter der jeweiligen Psychotherapiemethoden sollten die übergreifenden Anliegen der Psychotherapie allgemein und dieses Ausbildungsunternehmens speziell einen Ausdruck finden, indem neben den gemeinsamen Anfangs- und Abschlussitzungen dem Plenum als Großgruppe täglich ein Platz in den Ausbildungsblöcken vorbehalten sein sollte. Zu beachten war übrigens, dass die gesamte Kommunikation zwischen den Teilnehmern und den österreichischen Ausbildnern in den Plenarsitzungen wie in allen einzelnen Ausbildungsgruppen nur mit Hilfe von geeigneten Dolmetschern bewerkstelligt werden könnte.

Das Ausbildungsprojekt benötigte einen Ort in der Ukraine, der über genügend Kapazität für Unterbringung und Arbeitsräume verfügte. Die ukrainischen Kollegen dachten dabei an den Kurort Truskawetz in der Westukraine, nicht ganz 100 km von Lemberg und somit nicht all zu weit von der Grenze zu den benachbarten mitteleuropäischen Ländern entfernt³. Truskawetz ist berühmt wegen seiner „Naftussja“-Mineralwässer⁴ und wurde in der vormaligen Sowjetunion für diverse sowjetische Institutionen und auch für die damalige Nomenklatura stark ausgebaut. (Breschnew soll z. B. regelmäßig hier gewesen sein.) Außerdem verfügt die Medizinische Hochschule Lemberg dort über ein ausgelagertes balneologisches Institut.

Das Projekt war überhaupt nur dann durchführbar, wenn die Ausbilderinnen und Ausbilder aus Österreich unentgeltlich mitarbeiten würden. Für die Erstellung dieses Lehrpersonals wandte sich der ÖBVP in Entsprechung zu den von den Ukrainern gewünschten Therapiemethoden an die adäquaten Fachsektionen des ÖAGG und an die ÖGwG sowie an deutsche Gruppenpsychoanalytiker, mit denen u. a. Alfred Pritz in den von L. M. Moeller initiierten Selbsthilfegruppen (GRAS) bekannt geworden war. In der Folge ist es gelungen, für die gesamte Ausbildung genügend Kolleginnen und Kollegen zu gewinnen, die teils durchgehend, teils abwechselnd, ihre Ausbildungsgruppen über die gesamte Ausbildungszeit (und auch darüber hinaus in Form von weiterer Supervision) betreuen konnten. Dem ÖBVP und seinem Präsidenten ist es auch zu danken, dass

immer wieder Sponsoren gefunden wurden, mit deren Hilfe die Spesen für Reise und Unterkunft der österreichischen Ausbilderinnen gedeckt werden konnten⁵.

2. Kontext und Situation der Psychotherapie in der Ukraine

Während die Ostukraine im 20. Jhd. fast durchgehend zu Russland bzw. zur Sowjetunion gehörte, war die Westukraine nach dem Zusammenbruch der österreichisch-ungarischen Monarchie größtenteils unter polnischer Herrschaft. Erst im Gefolge des Hitler-Stalin-Pakts besetzten die Sowjets u. a. die Westukraine und vereinigten alle ukrainischen Länder zur Ukrainischen SSR. Nach der Katastrophe von Tschernobyl (April 1986) konnte sich in der Ukraine eine zunehmend organisierte Opposition gegen den allmächtigen Parteiapparat bilden, die ihre stärkste Ausdrucksform in der Massenbewegung „Volksruch“⁶ der Ukraine für die Perestroika fand. Nach dem missglückten Putsch in Moskau im August 1991 wurde in der Ukraine die Unabhängigkeit ausgerufen, die am 1. Dezember 1991 durch ein Referendum bestätigt wurde. Die Westukraine wurde in diesen Jahren der Perestroika zu einem Zentrum des nationalen Aufschwungs, hier aber durchaus mit separatistischen Zügen. Letztere werden verständlicher, wenn man sich die dortige religiös-kulturelle Situation vor Augen hält. Während die Ostukraine zum Einflussbereich der russisch-orthodoxen Kirche zählt, gehörten die Westukrainen mehrheitlich der mit Rom unierten autokephalen Orthodoxie und der katholischen Kirche an. Die mit Rom unierte autokephale Kirche wurde von den Sowjets radikal beseitigt bzw. zwangsweise der russischen Orthodoxie eingegliedert.

Die Situation der Psychotherapie in diesem Land ist natürlich vom sowjetischen System geprägt. Alexander Filz (1996) hat diese Situation prägnant dargestellt. „Das stabile, in allen Ländern des sozialistischen Lagers 40 bzw. 70 Jahre aufrecht gehaltene Sozialsystem hat eine eigenständige, ideologisch voll durchzensurierte und für alle diese Länder gültige Form der psychiatrischen Hilfe entwickelt.“ (Filz, 1996, 6) Die Psychotherapie wurde dabei generell aber nur als eine zweitrangige Komponente bzw. Ergänzung der primär psychiatrischen Behandlung psychisch kranker Menschen verstanden. Daraus resultiert ein ziemlich niedriges gesellschaftliches und professionelles Prestige der Psychotherapie. In diesem Zusammenhang darf auch nicht vergessen werden, dass weite Teile der Psychiatrie vom totalitären System in verschiedener Weise missbräuchlich in Anspruch genommen wurden. Die vielen Fälle von

3 Das Gebiet um Lemberg, also die Westukraine, war bis 1918 Teil des Kronlandes Galizien und Lodomerien der Österreichisch-Ungarischen Monarchie.

4 „Nafta“= Erdöl. Das Wasser schmeckt dementsprechend und wird bei Leber-, Nieren-, Harnwegs- und Stoffwechselerkrankungen eingesetzt. Getrunken wird es aus Schnabeltassen, damit es die Zähne nicht berührt, die sonst davon geschädigt werden können.

5 Zu den Sponsoren für den österreichischen Anteil zählten neben den beteiligten Vereinen, das Gruppenpsychoanalytische Seminar Bad Aussee, der Österreichische Städtebund und nicht genannt werden wollende Einzelpersonen. Die ukrainischen Teilnehmer wurden u. a. von der Soros-Foundation unterstützt.

6 „Ruch“ = Bewegung

gewaltsamer Einweisung und schädigender Behandlung politisch Oppositioneller, die seinerzeit auch im Westen bekannt wurden, stellten dabei wohl nur die Spitze eines Eisbergs dar.

Filz sieht den Pawlow'schen Psychophysiologismus als Basis der sowjetischen Psychotherapie, die er als von drei widersprüchlichen Hauptströmungen gekennzeichnet beschreibt. „Die Zusammenführung der kognitiv-persuasiven, der hypno-suggestiven und der Autotraining-Methode zeugt davon, dass die sozialistische Psychotherapie in sich zwei Extreme und de facto nicht zusammenführbare Pole des psychotherapeutischen Einflusses auf den Patienten zu vereinbaren suchte. Auf der einen Seite ein durchaus rationaler, theoretisch auf der Umgestaltung der sogenannten ‚höheren Nervenfunktion‘ bzw. des ‚zweiten Signalsystems‘ nach Pawlow, d. h. auf der verbalen Bewusstmachung von Denkkirrtümern basierender Einfluss auf das Verhalten des Patienten. Auf der anderen Seite aber die Anwendung tiefer emotioneller und ihrem Wesen nach irrationaler und unbewusster hypno-suggestiver Einflussmethoden durch den Therapeuten. Dabei erzeugten sowohl die kognitiv-persuasive als auch die hypno-suggestive Therapie einen hohen Abhängigkeitsgrad von der Persönlichkeit des Therapeuten und gewährten dem Patienten sehr wenig Spielraum und Chancen für eine selbstständige Arbeit an eigenen Problemen.“ (ebd., 7f.) Die sowjetische Psychotherapie war zudem einseitig auf eine hohe und rasche Effizienz bei der Beseitigung von Symptomen ausgerichtet. Von daher wurde das kognitiv-persuasive Vorgehen zunehmend als viel zu aufwendig und daher unproduktiv empfunden. „So gewannen Ende der 70er/Mitte der 80er Jahre sogenannte irrationale Methoden wie die „hocheffektive Hypnotherapie“ (und ihr nahestehende Methoden der Kodierung oder der emotionalen Desensibilisierung durch Stress) oder Methoden kollektiver suggestiver Beeinflussung in der Art von Kaschpirowskij an Bedeutung.“ (ebd., 9)

Die psychotherapeutische Tätigkeit lag zum überwiegenden Teil in den Händen von Psychiatern mit einschlägiger Zusatzausbildung und wurde nur selten auch von medizinisch orientierten Psychologen ausgeübt. Die Anzahl der Psychotherapeuten entsprach bei weitem nicht dem Bedarf der Bevölkerung. Dies bewirkte u. a. einen großen Zulauf zu alternativen Heilern und Wunderheilern. (Paradoxaerweise entsprechen diese übrigens durchaus den herrschenden Erwartungen an die offizielle Psychotherapie: einseitige Ausrichtung auf Symptombeseitigung, rasche Effektivität und vollständige Passivität des Patienten.)

Der Zusammenbruch des Kommunismus hat inzwischen massive Veränderungen der psychotherapeutischen Situation in allen davon betroffenen Ländern nach sich gezogen. Vor allem kam es zu einem abrupten, aber völlig unsystematischen und fragmentierten Heroinholen bzw. Hineindrängen der im Westen entwickelten und etablierten psychotherapeutischen Konzepte und Methoden. Dies geschah und geschieht vor allem durch viele „Unterrichtsbesuche“ (Filz, a. a. O.) und mehr oder weniger nachhaltig wirkende Workshops westlicher Experten im Osten und in geringerem Ausmaß

durch die Aus- oder Weiterbildung einzelner östlicher Experten oder Studenten im Westen. Daraus resultiert eine explosionsartige Bildung von therapeutischen Gruppierungen und Aktivitäten, die aber große Mängel bezüglich der Qualität ihrer eigenen Strukturen und bezüglich der inhaltlichen und organisatorischen Kommunikation und Kooperation untereinander aufweisen. Filz führt als Beispiel dafür an, dass allein im europäischen Bereich der ehemaligen UdSSR zwischen 1991 und 1996 etwa 20 psychotherapeutische Vereinigungen und etwa 45 einschlägige Fachzeitschriften entstanden sind. „So eine blitzartige und, was viel schlimmer ist, äußerst unsystematische Nachholung zwischen zwei extremen Polen konnte in Osteuropa nur eines zur Folge haben: bestenfalls eine Methoden-eklektik und schlimmerenfalls ein Chaos.“ (ebd., 11)

Vor diesem Hintergrund ist es vielleicht besonders hervorzuheben, dass beim Ukraineprojekt auf eine längerfristige Kontinuität und Nachhaltigkeit der Ausbildung Wert gelegt und die Kriterien des Europäischen Verbandes für Psychotherapie als Maßstab dafür genommen wurden.

Zu beachten bleibt dennoch, dass eine systematische fachliche Auseinandersetzung im psychotherapeutischen Bereich in Osteuropa weiterhin an den krassen Mängeln im Bereich der Kommunikationsstrukturen und der allgemeinen Infrastruktur leidet und wahrscheinlich auch noch eine Weile leiden wird. Dazu kommt natürlich auch das allgemeine Problem der kulturellen Stimmigkeit bzw. Assimilation der metatheoretischen Hintergründe und der Konzepte westlicher Therapierichtungen. Neben den Schwierigkeiten einer wenigstens technisch-semantisch richtigen Übersetzung von Begriffen und Konzepten sei hier vor allem auch auf den nur langfristig anzusetzenden Prozess einer „kulturell und sozial-emotional“ (Filz) eingebetteten Entwicklung fachlicher Terminologie und fachlichen Denkens verwiesen.

3. Planung und Ziele der Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie

Im Herbst 1993 wurde die ÖGWG vom Präsidenten des ÖBVP eingeladen, im Rahmen des Ukraineprojekts eine Ausbildungsgruppe für Klientenzentrierte Psychotherapie zu übernehmen. Der Vorstand der ÖGWG sagte zu; im Rahmen der Lehrpersonalkonferenzen wurde beschlossen, ein adäquates Ausbildungsprogramm⁷ zu erarbeiten, und viele Auszubildende und Auszubildende bekundeten ihre Bereitschaft zur unentgeltlichen Mitarbeit. Es wurde geplant, die einzelnen Blöcke mit wechselnden Auszubildendenpaaren zu führen, wobei es wünschenswert schien, dass einzelne Paare oder Personen wiederholt in die Ukraine fahren, um wenigstens eine gewisse Kontinuität

⁷ Entwurf von Wolfgang Keil und Norbert Stölzl mit späterer Überarbeitung durch Lore Korbei und Jochen Sauer

des Ausbildungsprozesses zu gewährleisten. Weiters wurde daran gedacht, einen Grundstock an deutsch- und englischsprachiger Fachliteratur zur Verfügung zu stellen und nach Möglichkeit auch deren Übersetzung ins Ukrainische oder Russische anzulegen

Das Ausbildungsprogramm für die Ukraine sollte nicht bloß eine Einführung bieten oder eine Schmalspurvariante vorsehen, sondern sich im Wesentlichen an den Zielen der Ausbildung für Klientenzentrierte Psychotherapie der ÖGwG orientieren. Die Basis bei dieser bildet eine umfassende Erfahrung der eigenen Person und ihres Gewordenseins vom eigenen inneren Erleben (experiencing, felt sense) her. Der Schwerpunkt liegt dabei im Wahrnehmen und Reflektieren persönlicher Veränderungsprozesse und deren Bezogenheit auf die sie ermöglichenden zwischenmenschlichen Beziehungen. Darauf aufbauend soll ausreichendes methodenspezifisches Handwerkszeug und dem entsprechendes Grundwissen vermittelt sowie die eigene therapeutische Praxis fachlich entwickelt, begleitet und supervidiert werden. Das Curriculum der ÖGwG verfolgt diese Ziele vor allem in den Formen einer geschlossenen und mehrjährig begleiteten Ausbildungsgruppe, einer Einzel-Lehrtherapie und einer Reihe von die Theorie und Praxeologie vertiefenden Kompaktseminaren.

Da in der Ukraine die Möglichkeit, eine längerfristige geschlossene Ausbildungsgruppe zu führen, gegeben war, sollten die Inhalte der Kompaktseminare soweit als möglich in die Seminarblöcke integriert werden. Die Ausbildungsgruppe sollte aber – wegen des Fehlens einer Eigentherapie – durchgehend auf Selbsterfahrung aufgebaut werden, welche von Anfang an auf dem Erfassen und Erleben von eigenem und fremdem „experiencing“ bzw. „felt sense“ basieren sollte. Die Begleitung bzw. Supervision der therapeutischen Praxis sollte soweit als möglich über Audioaufnahmen oder protokollarische Dokumentationen erfolgen. Die theoretischen und praxeologischen Konzepte sollten portionsweise und, den in den einzelnen Seminarblöcken auftauchenden Themen angepasst, erarbeitet werden.

Inhaltlich wurde die Ausbildung in folgende drei Phasen gegliedert:

- Zu Beginn steht das Erleben der eigenen Person, das Gewahren des eigenen Gewordenseins und der charakteristischen eigenen Lebensmuster im Vordergrund. Die dezidierte Verwendung des Focusing soll ein Paradigma dafür abgeben, dass und wie grundsätzlich immer über inneres Erleben gearbeitet werden soll. Die achtsame Wahrnehmung des Gruppenprozesses und die Klärung der gegenseitigen Beziehungen sollen dabei zugleich die persönliche Offenheit der einzelnen Teilnehmer wie auch die Arbeitsfähigkeit der Gruppe ermöglichen bzw. fördern. Von der Theorie her waren hier naturgemäß Darstellung und Diskussion der gesamten Persönlichkeits- und Therapietheorie am Platz.
- Die zweite Phase zentriert auf das Erleben der eigenen Person im Kontakt mit Anderen bzw. auf das Wahrnehmen und Erleben von Beziehungen und v. a. von Beziehungsmustern. Hier sind einerseits

genaues, aktives Zuhören und kongruentes Anteilnehmen am Gegenüber, aber auch sorgsames Wahrnehmen der eigenen Resonanz im Kontakt, sowie die Differenzierung der Wahrnehmung von eigenem Bezugsrahmen und Bezugsrahmen des Anderen gefragt. Dem sind die theoretischen Bereiche des methodenspezifischen Krankheits- und Gesundheitsverständnisses, der Entwicklungspsychologie, der Störungsätiologie u. ä. m. zugeordnet.

- In der dritten Phase bilden das Erfassen der Psychodynamik der therapeutischen Beziehung und die Erarbeitung von konkreten therapeutischen Vorgangsweisen den Schwerpunkt. Im Zusammenhang mit der Supervision der therapeutischen Praxis sollen Bereiche wie Therapiebeginn und -planung, prozessuale Diagnostik und Hypothesenbildung, szenisches Verstehen und hermeneutische Empathie, Arbeit mit allen Ebenen von Symbolisierung u. ä. m. bearbeitet werden. Ergänzend dazu ist für die Vermittlung und Diskussion von ausgewähltem störungsspezifischen Wissen Sorge zu tragen.

Der Abschluss der Ausbildung wurde ursprünglich in Analogie zur im ÖGwG-Curriculum vorgesehenen schriftlichen Abschlussarbeit und dem Abschlusskolloquium angedacht. Denkbar schien die Vorstellung eines Therapieprozesses aus der eigenen Praxis mittels protokollartiger Dokumentation und deren kreativ-medialer symbolischer Darstellung. Im Lauf des gesamten Projekts und der dabei zunehmenden Selbstermächtigung der ukrainischen Organisation wurde jedoch ausgehandelt, dass letztere für die Vergabe von Zertifikaten zuständig sein sollte. Die Ausbildung wurde daher von den westlichen Ausbildern mit ausführlichen supervisorischen Reflexionen der Praxiserfahrungen der Teilnehmer beendet. Wie sich übrigens mittlerweile herausgestellt hat, ist das Bedürfnis nach Supervision der therapeutischen Praxis auch nach der Beendigung der Ausbildungsgruppe weiterhin aufrecht geblieben bzw. kam und kommt es in der Folge weiterhin zu fachlichen Kontakten zwischen den österreichischen und den ukrainischen Kolleginnen und Kollegen.⁸

4. Eindrücke und Daten zum Verlauf des Gesamtprojekts

Die Teilnehmer

Trotz der unzureichenden Kommunikationsstrukturen sprach sich das Projekt einer Psychotherapieausbildung in Truskawetz unter den Fachleuten im psychosozialen Bereich in ganz Osteuropa rasch herum und erweckte viel Interesse und wohl auch Skepsis und Neid. Es meldeten sich mehr Teilnehmer, als in den geplanten Gruppen untergebracht werden konnten. Neben Kolleginnen und Kollegen aus der Ukraine kamen auch beachtlich viele Interessenten aus

⁸ Im Herbst 2000 fuhr Gabi Wallner zur Supervision nach Lemberg; im Herbst 2001 werden Lore Korbei und Jochen Sauer zu diesem Zweck hinfahren. Für die Organisation der Supervision im Gesamtprojekt hat sich Elisabeth Vykoukal besonders engagiert.

Russland und Weißrussland sowie einige weitere aus Moldawien, Litauen und Polen. Bis auf einige wenige Studenten waren alle Teilnehmer im psychosozialen Feld tätig und somit berufserfahren, vor allem als Psychiater und Psychologen, aber auch als Allgemeinmediziner, Physiologen, Journalisten und Pädagogen. Es wurden fünf Ausbildungsgruppen für Gruppenpsychoanalyse und je eine für Klientenzentrierte Therapie, Psychodrama, Systemische Familientherapie und Gestalttherapie zusammengestellt. Um den überaus vielen Teilnahmewünschen entgegenzukommen, beschloss die ukrainische Organisation zunächst, jeder Kleingruppe mehrere Beobachter zuzuteilen, die dann bei Ausscheiden eines Teilnehmers ohne Informationsverlust den freigewordenen Platz in der Gruppe einnehmen hätten können. Am zweiten Block zeigte sich aber bereits, dass kaum jemand aussteigen würde; nahezu alle Teilnehmer waren entschlossen, die gesamte Ausbildung zu absolvieren. Es kam daher – nicht zuletzt auch auf Initiative der Klientenzentrierten Gruppe – dazu, dass ab dem dritten Block die Beobachter als reguläre Teilnehmer integriert wurden und keinerlei Warteliste für die Teilnahme mehr geführt wurde.

Die örtlichen Gegebenheiten aus westlicher Sicht

Wenn auch Truskawetz ein bevorzugter Ort im ehemaligen Ostblock war, darf man ihn dennoch nicht mit westlichen Maßstäben messen. Der Kurort besteht aus sehr vielen und weitgestreuten plattenbauartigen Hotelhochhäusern und Sanatoriumskomplexen, die früher von diversen sowjetischen Institutionen (wie etwa dem Innenministerium usw.) geführt wurden. Dazwischen finden sich auch noch einige schöne alte Holzhäuser mit Veranden und Vorgärten. Im Zentrum des Kurortes befinden sich diverse Trinkhallen und andere Kureinrichtungen in einem weitläufigen parkähnlichen Gelände. Bei meinem Aufenthalt sind mir dort die vielen Leute aufgefallen, die u. a. diverse Secondhand-Gebrauchsgegenstände, Kleidungsstücke und viele halb verbrauchte Medikamente anbieten. Für Ausländer war es übrigens zunächst praktisch noch gar nicht möglich, an die Landeswährung heranzukommen. Es gab nach der Zeit des sowjetischen Rubel bzw. nach dem Beginn der Unabhängigkeit zunächst nur eine Kuponwährung; erst nach einigen Jahren war die Ukraine wirtschaftlich in der Lage, eine eigene Währung einzuführen. Als Ausländer bezahlten wir das wenige, das für uns zu kaufen war, mit US-Dollars.

In den Hotels fiel die Wasserversorgung immer wieder längere Zeit aus; einmal drohte dem Ausbildungsteam die Evakuierung, da die Hotelleitung der Reservierung bzw. deren Bezahlung nicht trauen wollte. Das Essen in den Hotels wurde hingegen überwiegend als reichlich, gut und liebevoll zubereitet empfunden; zeitweilig gab es aber Schwierigkeiten mit einem angeblich Übelkeit verursachenden ukrainischen Speiseöl.

Die Arbeitsräume für die Kleingruppen waren von sehr unterschiedlicher Qualität: Ihre Organisation war manchmal chaotisch, bisweilen aber auch erstaunlich funktional. Die klientenzentrierte

Gruppe arbeitete z. B. in einem ziemlich verwinkelten Raum in einem zur Universität Lemberg gehörigen schönen alten Holzhaus, in einem viel zu großen, fensterlosen Kinosaal und in einem ebenfalls fensterlosen, überheizten und z. T. besetzten und am letzten Tag überhaupt versperrten⁹ Bar- und Aufenthaltsraum eines Sanatoriums. Für die Arbeit war es günstig, alle Materialien wie Plakate, Filzstifte u. ä. mitzubringen, da dies eine vor Ort kaum zu beschaffende Mangelware darstellte.

Zehn Semester Truskawetz 1994–1999

Das Ausbildungsteam des ersten Blocks Anfang September 1994¹⁰ hatte wahrscheinlich die abenteuerlichste Reise nach Truskawetz: eine Tag- und Nachtfahrt mit einem Bus von Wien aus. Später wurde der russische bzw. ukrainische Schlafwagen ab Wien bzw. ab Pressburg oder Budapest benützt; eine direkte Flugverbindung von Wien nach Lemberg war bis zuletzt noch nicht eingerichtet. Die gemeinsamen Reisen trugen viel dazu bei, dass sich trotz wechselnder Besetzung bei allen Blöcken jeweils ein sehr arbeitsfähiges Team der Ausbilder entwickeln konnte. Alfred Pritz hat sich hier für deren beziehungsmaßige Integration immer besonders verdient gemacht. Der Ablauf der Blöcke wurde von der ukrainischen Organisation vorbereitet; neben den fortlaufenden Kleingruppensitzungen waren immer auch gemeinsame Theorieveranstaltungen und vor allem die plenaren Großgruppen (vgl. dazu den nächsten Abschnitt), mit denen auch begonnen und beendet wurde, angesetzt. Dazu kamen die fast allabendlichen, oft lange in die Nacht hinein dauernden Staffbesprechungen. Die Heterogenität der beteiligten Therapierichtungen, aber auch die unterschiedlichen Aufgabenstellungen von ukrainischen Organisatoren und österreichisch-deutschen Ausbildnern erforderten dabei immer wieder enorme Organisations- und Gestaltungsleistungen. Ein gutes Beispiel dafür bildet die etwa zur Mitte der Ausbildungszeit entflammte Diskussion, wer eigentlich der Auftraggeber der Ausbildung und damit die Instanz sei, die den Teilnehmern die Abschlüsse bestätigt und die Zertifikate vergibt. Die Übernahme dieser Aufgabe durch den Ukrainischen Psychotherapieverband bezeugt die wachsende Bildung und Emanzipation der dortigen psychotherapeutischen Strukturen. Ein weiteres Beispiel dafür bildete die Gründung eines weiteren Ausbildungsunternehmens in Kiew („Kiewer Schule“), mit dem der österreichische Staff im sechsten Semester insofern überraschend konfrontiert war, als dort etliche Teilnehmer von Truskawetz ohne Transparenz für ihre Kollegen zu Ausbildnern avanciert waren.

Als überraschend gut durchführbar erwies sich das Arbeiten mit der durchgängig notwendigen Übersetzung. Sowohl im Plenum¹¹

⁹ Die Gruppe beendete ihre Arbeit bei schönem Wetter auf der Wiese vor dem Haus!

¹⁰ Die weiteren Blöcke fanden ganz planmäßig jeweils im April und September bis zum Sommersemester 1999 statt.

¹¹ In den Plenargruppen hat sich Juri Prohasko dabei besonders verdient gemacht und zum Chefübersetzer entwickelt.

wie in den Kleingruppen mussten Teilnehmer wie Ausbilder immer nach ein oder zwei Sätzen stoppen und der Übersetzung Zeit geben. Wenn auch diese Verlangsamung zeitweilig mühsam empfunden wurde, hat sie doch insgesamt ein intensiveres Gewahrwerden und eine tiefere Reflexion ermöglicht. Dazu kommt, dass sich viele der Dolmetscherinnen und Dolmetscher im Lauf der Zeit – auch wenn sie nicht von diesem Fach herkamen – zu psychologischen Experten entwickelten und äußerst einfühlsam die Situationen wirklich zu übersetzen verstanden.

Die ukrainischen Organisatoren, allen voran Alexander Filz, mussten aber insgesamt bei der Gestaltung der Seminare immer wieder einspringen und versuchen, einerseits irgendwelche organisatorischen Mängel zu beheben, andererseits den „Westlern“ klar zu machen, dass die Lebensumstände im Osten anders sind und dass hier beispielsweise Abmachungen mit den Hotels oft im letzten Moment umgestoßen werden oder nur unter Einsatz von Schwarzgeld oder Bestechung aufrecht zu erhalten sind. Dennoch wurden die Ausbildernteams aus dem Westen immer liebevoll betreut. Legendär sind hier die Ausflüge nach Lemberg¹², die fast jedes Semester am arbeitsfreien Halbtage innerhalb des Seminarblocks stattfanden und die mit einer Einladung zu einem gemeinsamen Essen oder Empfang gekrönt waren. Auch die örtliche Organisation der An- und Abreise ist hier erwähnenswert. So wurde etwa der Bus des Teams vom ersten Semester staatsbesuchähnlich von einer Polizeieskorte von und zur Grenze gebracht, oder es wurde ein ÖGWG-Ausbildner, der das Rauchverbot am Bahnhof von Lemberg missachtet hatte und deswegen festgenommen worden war, von Alexander Filz noch rechtzeitig vor der Abfahrt des Zuges wieder frei interveniert.

In diesem Zusammenhang ist auch die Anteilnahme der österreichischen Botschaft in Kiew zu erwähnen. Der Botschafter wie der Kulturattaché besuchten wiederholt das Team in Truskawetz und die Botschaft war bei der Ausstellung der Visa für etliche ukrainische Teilnehmer, die den Weltkongress für Psychotherapie 1996 in Wien besuchen konnten, sehr entgegenkommend behilflich

Der letzte Seminarblock im Frühjahr 1999 wurde mit einem großen Fest für Teilnehmer und Ausbilder abgeschlossen, bei welchem u. a. Alfred Pritz sich bereits in ukrainischer Sprache bedanken bzw. verabschieden konnte und die analytischen Ausbilderinnen sogar ihre Abstinenz vergessen (wie es die ÖGWG-Ausbildnerin definierte) und zum Tanz geholt werden durften. Die Emanzipation der ukrainischen Veranstalter zeigte sich übrigens auch darin, dass sie nicht nur den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ihre Zertifikate vergaben, sondern auch die Westler als Ausbilder und Ausbilderinnen des Ukrainischen Verbandes zertifizierten.

Die plenare Großgruppe

Von der ursprünglichen Planung her war ein besonderer Wert auf das Plenum aller Teilnehmer und Ausbilder in Form einer Großgruppe gelegt worden. Diese war einerseits als spezifisches Ausbildungselement für die Gruppenanalytiker gedacht, sollte aber zugleich auch den Gemeinsamkeiten der verschiedenen in das Truskawetzprojekt integrierten Strömungen Ausdruck verleihen. Eine Großgruppe stellt für viele Teilnehmer eine ziemliche Herausforderung dar, sich persönlich öffentlich zu artikulieren; sie bietet aber auch einen von den diversen gegenseitigen Bindungen der Kleingruppe freien und daher förderlichen Raum dafür an. In den ersten Blöcken war für die Großgruppe täglich eine Arbeitseinheit reserviert. Dies bot zugleich eine hervorragende Möglichkeit, Pioniere der Gruppenarbeit und Gruppenanalyse wie Raoul Schindler¹³ oder Josef Shaked¹⁴ direkt in der Arbeit mit zu erleben. Es spielte sich rasch eine psychoanalytisch orientierte Atmosphäre des freien Assoziierens und Deutens ein, wobei uns Westlern vor allem die Fülle von ungeniert sexistischen und antisemitischen Witzen („Anekdot“) sowie ein großer Reichtum an offenbar zur Allgemeinbildung gehörenden Bildern und Szenen aus der klassischen Antike auffielen. Inhaltlich wurden dabei immer wieder die Bereiche der Mann-Frau-Beziehung, von fachlicher, politischer und persönlicher Macht und Ohnmacht, vom Ost-West-Verhältnis im Wissensimport, aber auch von Spiritualität und Lebenssinn u. ä. m. angesprochen. Die vage Idee, dass grundsätzlich alle in Truskawetz vertretenen Therapierichtungen die Großgruppe ausrichten sollten, wurde nur zu einem kleinen Teil umgesetzt.¹⁵ Es fehlte hier wohl die nötige gemeinsame Planung und Absprache der verschiedenen Ausbilder im Vorfeld des Projekts. Die Großgruppe war daher von Beginn an psychoanalytisch ausgerichtet und die Grundanliegen der humanistischen und systemischen Richtungen hatten in der Folge keinen wesentlichen Einfluss auf ihre Gestaltung und ihr Klima. Es war auch im Ausbildernteam keine durchgängig gemeinsame Auffassung vom Sinn der Großgruppe in diesem Projekt gegeben. Dazu kam, dass die Großgruppe im Laufe der Seminarblöcke vor allem von den Teilnehmern der nicht-analytischen Richtungen zunehmend als irrelevant und ihre Ausbildung störend empfunden wurde. So kam es einerseits zu einer steigenden Teilnahmeverweigerung, andererseits wurden die Plenarveranstaltungen zuletzt ohnehin seltener angesetzt bzw. bekamen sie auch zunehmend mehr organisatorischen Charakter.

12 Neben der völlig altösterreichisch wirkenden Altstadt mit den z. T. jüngst wieder in Stand gesetzten Kirchen, der von Fellner & Helmer erbauten Oper und den Parks mit den vielen schachspielenden Männern beeindruckten u. a. der Flohmarkt, der berühmte Lytschakowskij-Friedhof oder das volkskundliche Freilichtmuseum im Schewtschenko-Park.

13 Im zweiten Block

14 Im ersten und fünften Block

15 Im vierten Block wurde sie von Norbert Neuretter für das Psychodrama und im siebten Block von Renate Riedler-Singer für die Familientherapie gestaltet.

5. Prozess und Inhalte der Ausbildungsgruppe für Klientenzentrierte Psychotherapie

Die Phase des Beginns

Als unsere Ausbilder beim ersten Block¹⁶ im September 1994 den Raum aufsuchten, der für die Ausbildungsgruppe für Klientenzentrierte Therapie vorgesehen war, wurden sie dort von 23 Personen erwartet. Die ukrainische Organisation hatte 18 Teilnehmer¹⁷ angenommen und zusätzlich 5 Beobachter¹⁸ zugelassen. Dies verweist bereits auf eine der vielen, oft überraschend aufgetauchten Herausforderungen: zunächst war hier also die Tätigkeit der Beobachter sinnvoll zu definieren und ein angemessener Kontakt mit ihnen bzw. zwischen der Gruppe und ihnen zu finden. Wie schon erwähnt, wurden die Beobachter beim dritten Block als Ausbildungsteilnehmer integriert.

Die Atmosphäre zu Gruppenbeginn ist vielleicht so zu charakterisieren, dass hier eine Reihe beruflich hochqualifizierter Leute mit gezücktem Schreibgerät und mitlaufendem Kassettenrecorder auf das warteten, was ihnen die westlichen Experten theoretisch zu sagen hätten. Die Umstellung auf persönliche Begegnung und Selbsterfahrung war dementsprechend schwierig und ungewohnt. Andererseits fiel uns auf, dass (wie Johannes Wiltschko es in seinem Protokoll vom April 1996 beschreibt), die ukrainische Seele zum Redenhalten und zum Schwelgen in poetischen Bildern neigt, weshalb Blitzlichter, Befindlichkeitsrunden und Erfahrungsaustausch viel mehr Zeit brauchen als bei uns.

In den ersten Semestern wurde einerseits ausführlich das achtsame Wahrnehmen eigenen und fremden inneren Erlebens (experiencing, felt sense) methodisch grundgelegt, wie auch andererseits aus diesem Erleben heraus das eigene Geworden-Sein und die Befindlichkeit im Hier-und-Jetzt exploriert und in der Gruppe

dargestellt. Während einige (vor allem Männer) sich unproblematischer erlebten, konnten andere belastende persönliche Erfahrungen und Prägungen von schlimmen Lebensereignissen, aber auch etwa das Ergriffensein von einem Annehmen der Vergangenheit und der Zukunft des Lebens andeuten. Speziell aufgefallen ist mir dabei etwa bei den symbolischen Darstellungen des Lebenspanoramas das Berührtsein Einzelner von den Farben blau-gelb als den Landesfarben und damit dem Symbol der Selbstständigkeit, aber auch die von einem Heimkind erlebte gute Elternfunktion des früheren Systems im Symbol eines fröhlichen Aufmarsches zum 1. Mai.

Auseinandersetzung und Vertiefung

Die Resonanz auf die persönlichen Darstellungen war zunächst – wie auch der Umgang mit den Ausbildern – sehr von zurückhaltender Vorsicht und großer Höflichkeit bestimmt. Erst viel später wurde der ganze Umfang persönlicher Schicksale offenbar bzw. kam es in der Gruppe auch zu direkten Auseinandersetzungen etwa über die einander zugetrauten vs. selbstdefinierten fachlichen Kompetenzen (v. a. bzgl. der überraschend kreierten Ausbilder der „Kiewer Schule“) oder auch über die Stellungnahme zur eigenen psychiatrischen Mittätigkeit im früheren System. Die immer wieder auftauchende Unzufriedenheit der wenigen Russen und Weißrussen in der Gruppe über die gelegentliche Verwendung des Ukrainischen statt des Russischen gehört wohl ebenfalls in diesen Zusammenhang. Einen weiteren Anlass zur Unzufriedenheit bot in den ersten Blöcken der oftmalige Trainerwechsel¹⁹, wobei die Gruppe sich immer von Neuem vorstellen und sich neu einlassen musste und auch etliche Themen zum wiederholten Mal vorgesetzt bekam. Letzteres erwies sich aber auch insofern fruchtbar, als im weiteren Verlauf die Wahrnehmung der verschiedenen Arbeitsstile der vielen Trainer als größte Lernerfahrung empfunden wurde.

Ähnliches gilt auch für die Vermittlung der Theorie, die – wie geplant – in inhaltlich den einzelnen Seminaren zugeordneten Themenbereichen dargestellt und diskutiert wurde. Die dabei aufgetretenen Wiederholungen, die natürlich auch durch die thematischen Schwerpunkte und Vorlieben der einzelnen Trainer bedingt waren, wurden durchaus bereichernd empfunden. Neben der Arbeit in den Seminaren waren die ÖGWG-Trainer um die Vermittlung von englisch- und deutschsprachiger grundlegender Literatur²⁰ bemüht, um deren teilweise Übersetzung sich neben einigen Teilnehmern vor

16 Norbert Stölzl und Elfie Mayer-Tadina

17 Tatjana Baranova, Makejewka Ukr., Psychiaterin
Alexej Bartaschnikow, L'viv, Psychologe
Julija Wakulenko, Moskau, Psychologin
Jurij Gerschak, L'viv, Psychiater
Olga Gladkewitsch, Minsk, Weißruss., Psychologin
Boris Dazyschin, L'viv, Psychiater
Andrej Druzhinin, Kiew, Psychologe
Tatjana Komlewa, L'viv, Psychologin
Georgij Kuprij, L'viv, Psychiater (1995 verstorben)
Nikolaj Krawtschenko, Minsk, Weißr., Psychologe
Vera Martinjuk, L'viv, Physiologin
Olessja Osadko, Kiew, Psychologin
Igor Slobodjanjuk, Wisniza Ukr., Psychologe
Larissa Smyslova, Tscherniwzi Ukr., Psychologin
Sergej Stepanow, St. Petersburg, Psychiater
Marina Romanko, L'viv, Psychologin
Viktor Fedortschuk, K.-Podilski, Ukr., Psychologe
Marija Sosnowzeva, L'viv, Psychologin

18 Wladimir Bertschuk, Drogobytsch Ukr., Psychologe; Rostislaw Bilobrywka, Stryi Ukr., Psychiater; Anatolij Budljansky, Kiew, Psychologe; Alexander Mironenko, L'viv, Psychiater; Jekaterina Pochmelkina, Moskau, Studentin

19 Die weiteren Blöcke wurden betreut von: 2: Wolfgang Keil & Hiltrud Gruber, 3: Norbert Stölzl & Elfie Mayer-Tadina, 4: Johannes Wiltschko & Margret Baumann, 5: Lore Korbei & Jochen Sauer, 6: Sonja Kinigadner & Helmut Schwanzar, 7: Ulf Lukan & Dietlinde Kanolzer, 8: Norbert Stölzl & Edwin Benko, 9 und 10: Lore Korbei & Jochen Sauer

20 Neben den Unterlagen, die einzelne Trainer den Teilnehmern vermittelten, besorgte die ÖGWG: Rogers (1961a; 1980b; 1987h), Hutterer et al. (1996), Kirschenbaum & Henderson (1989), Merry & Lusty (1993), Thorne (1992). Vom GwG-Verlag wurden dankenswerterweise jeweils mehrere Exemplare von Esser et al. (1996), Rogers (1959a/1987) und Swidens (1991) zur Verfügung gestellt.

allem unsere ausgezeichnete Dolmetscherin²¹ in der Gruppe verdient gemacht hat. Zu unserer Überraschung lag übrigens 1994 bereits Rogers' „Entwicklung der Persönlichkeit“ in russischer Übersetzung aus einem Moskauer Verlag vor²² und konnte den Teilnehmern zum Selbststudium ans Herz gelegt werden.

Während der Verlauf der ersten Phase der Ausbildung sich in etwa so entwickelte, wie wir es uns bei der Planung vorgestellt hatten, war es notwendig, die Ziele der zweiten und dritten Phase (s. o. Pkt. 4) je nach den momentanen Gegebenheiten bunt gemischt zu verfolgen. Hier waren sowohl die schon erwähnten Beziehungsklä- rungen in der Gruppe wie auch die Bedürfnisse der „Praktiker“, die zunehmend Supervision und Begleitung ihrer konkreten Arbeit benötigten, ausschlaggebend.

Nach den ersten vier Blöcken hatten einige der Ausbilder den Eindruck, dass die Teilnehmer den Rogersansatz zwar als ideologi- sches Konzept internalisiert hatten, aber ihn wenig in ihrer kon- kreten Arbeit umsetzen konnten. Es schien ein Missverständnis in- sofern zu herrschen, als die Grundhaltungen in Richtung einer beziehungslos-absoluten Zustimmung gegenüber dem Kommuni- kationspartner unter Ausschaltung jeder wirklichen eigenen Reso- nanz aufgefasst wurden. Vor allem durch die intensiven Ausein- andersetzungen in der Gruppe und besonders durch die Supervision und Reflexion der Arbeit mit den Klienten wurde es möglich, von einem von der Realität abgehobenen folgenlosen „Spiel“ mit Empa- thie und Akzeptanz zur Gestaltung einer wirksamen therapeuti- schen Beziehung zu gelangen. In der direkten Arbeit in der Gruppe bzw. innerhalb von Triaden und Kleinstgruppen wurden Bereiche wie hermeneutische Empathie und prozessuale Diagnostik oder die therapeutische Exploration von eigenen Träumen behandelt.

Gestaltung der therapeutischen Praxis

Die psychiatrische Berufserfahrung vieler Teilnehmer gab vermehrt Anlass zur Auseinandersetzung mit störungsspezifischem Vorgehen und einem dementsprechenden, nach Phasen differenzierten Ver- ständnis des therapeutischen Prozesses. Als besonders wichtig er- wies es sich, die Unterscheidung therapeutischer Prozesse von sol- chen der Beratung oder sozialarbeiterischen Betreuung (etwa von Straßenkindern), die Unterscheidung von ärztlich-medizinischen und psychotherapeutischen Interventionen oder den Umgang mit Vermischungen (etwa wenn der Berater mit der Klientin auch als Lehrer oder Prüfer zu tun hatte) u. ä. m. klarzustellen. Die Supervi- sion wurde dabei neben der Übersetzung von Tonbandausschnitten

oft mit von der eigenen Arbeit ausgehenden Rollenspielen oder symbolischen Darstellungen wie Skulpturen, Aufstellungen und Zeichnungen gestaltet. Einen abschließenden Höhepunkt der Aus- bildungsgruppe bildeten schließlich am zehnten Block die ausführ- lichen Darstellungen eigener Fälle, welche von der Gruppe und den Ausbildern supervisorisch kommentiert wurden.

Vorläufiges Fazit

Es scheint, dass diese Ausbildung gute Früchte getragen hat, was sich u. a. ablesen lässt an der spürbaren Begeisterung und dem of- fensichtlichen Pioniergeist der Teilnehmer, aber auch an ihrer fort- laufenden therapeutischen Praxis und dem daraus entstandenen wiederholten Wunsch nach weitergehender Supervision (vgl. Anm. 8). Tatsache ist, dass eine Reihe professioneller Experten in der Ukraine und darüber hinaus sich den Personzentrierten Ansatz wirklich aneignen konnten und dezidiert damit therapeutisch ar- beiten. Die intensive Auseinandersetzung mit dem Ansatz zeigt sich u. a. auch in der hohen Sensibilität für die verschiedenen Ar- beitsstile der wechselnden Trainer oder im Engagement für die wei- tere Vermittlung des Klientenzentrierten Konzepts (z. B. „Kiewer Schule“). Ein Problem kann darin gesehen werden, dass der doch nur punktuelle Kontakt zwischen Teilnehmern und Ausbildern die prozesshafte Vertiefung und Verständigung bei so diffizilen per- sönlich-fachlichen Items wie der Integration von eigener Echtheit und Empathie für andere, von persönlichem Sich-Einlassen und pro- fessioneller Expertise oder von unbedingter Wertschätzung und Konfrontation u. ä. m. nicht sehr ausführlich ermöglicht. Das Fehlen einer kontinuierlichen Lehrtherapie-Erfahrung lässt es auch bis zu einem gewissen Grad offen, wie basal persönliche Erfahrungen vom Gewährwerden eigener Inkongruenz, vom Vertrauen-Können in die Aktualisierungstendenz oder von der Explikation des eigenen experi- encing als Leitlinie eigener Lebensgestaltung gemacht werden konnten. Darüber hinaus erschwert die große Verschiedenheit in Sprache und Schrift einen fortgesetzten Austausch mittels Tagun- gen und Publikationen oder in der wechselseitigen Mitarbeit an Fortbildungs- oder Forschungsprojekten. Hier bleibt aber zu ho- fen, dass eine zunehmende Etablierung des Personzentrierten An- satzes in Osteuropa auch neue Kommunikationskanäle eröffnen wird. In diesem Zusammenhang kann abschließend darauf verwie- sen werden, dass die ÖGwG, ermutigt durch die Erfahrungen in der Ukraine, inzwischen eine Reihe weiterer Ausbildungsprojekte in Ostmittel- und Osteuropa begleitet. So gestalten österreichische Klientenzentrierte Therapeutinnen und Therapeuten ein eigenes Ausbildungsprojekt in Rumänien, arbeiten an einem weiteren Pro- jekt des ÖBVP in Moskau mit und sind an Ausbildungsgängen in der Slowakei beteiligt²³.

21 Ab dem zweiten Block Nelja Neganova, Studentin, später Mitarbeiterin interna- tionaler Organisationen in Lemberg. Sie übersetzte Rogers (1959a) und den um- fangreichen Begleittext zum Focusing-Video von Köhne & Wiltschko. Anatolji Budljanski übersetzte Kirschenbaum & Hendersen (1989). Die ÖGwG sponserte insgesamt Übersetzerhonorare von etwa 24.500,— öS sowie Fachbücher um 9.200,— öS.

22 Rogers, Carl (1994), Stanowljenie Tscheloweka. Moskau (Isdetelskaja Gruppa Progress, Univers)

23 Das Projekt in Rumänien wird von Sonja Kinigadner, der ÖGwG-Teil des Moskauer Projekts von Christoph Fischer bzw. von Norbert Stözl koordiniert, in der Slowakei arbeitet Elisabeth Zinschitz mit.

Literatur

- Esser, Ulrich / Pabst, Hans / Speierer, Gert-Walter (1996) (Eds.), *The Power of the Person-Centered Approach. New challenges — perspectives — answers*, Köln (GwG)
- Filz, Alexander (1996), *Psychotherapie in Osteuropa*. MS nach einem Vortrag auf dem 1. Weltkongress für Psychotherapie, Wien, Juli 1996
- Hutterer, Robert / Pawlowsky, Gerhard / Schmid, Peter F. / Stipsits, Reinhold (1996) (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion*, Frankfurt / M. (P. Lang)
- Kirschenbaum, Howard & Land Henderson, Valerie (1989) (Eds.), *The Carl Rogers reader*, Boston (Houghton Mifflin)
- Merry, Tony & Lasty, Bob (1993), *What is person-centred therapy?*, Lough-ton (Gale)
- Rogers, Carl R. (1959a), *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework*. In: Koch, Sigmund (Hg.), *Psychology. A study of a science*. Vol. III: *Formulations of the person and the social context*, New York (McGraw Hill) 184–256; dt.: *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*, Köln (GwG) 1987
- (1961a), *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*, Boston (Houghton Mifflin); dt.: *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*, Stuttgart (Klett) 1973
- (1980b), *Client-centered psychotherapy*, in: Kaplan, H. I. / Sadock, B. J. / Freedman, A. M. (Hg.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, III, Baltimore, MD (Williams and Wilkins), 2153–2168; dt. *Klientenzentrierte Psychotherapie*, in: Rogers, Carl R. / Schmid, Peter F. (1991), *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*, Mainz (Grüne-wald); 185–237
- (1987h), *Inside the world of the sovjet professional*. In: Kirschenbaum, Howard & Land Henderson, Valerie (Eds.), *The Carl Rogers Reader*, Boston (Houghton Mifflin), 1989, 478–501; dt. (gekürzt): *In der Welt sowjetischer Akademiker*. In: *GwG-Zeitschrift* 73, 35–41
- Swildens, Hans (1991), *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differentielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*, Köln (GwG)
- Thorne, Brian (1992), *Carl Rogers*, London (Sage)

Autor:

Keil, Wolfgang Walter, 1937, Mag. rer.soc.oec., *Klientenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder und Lehrtherapeut in der ÖGWG; Gruppentherapeut und Gruppendynamiktrainer im „Österr. Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG)“; Ehrenobmann der ÖGWG.*

Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapie in freier Praxis, Supervision in diversen Institutionen, Mitarbeit in der Wissenschaftskommission der ÖGWG sowie in der Redaktion von „Person“; diverse Veröffentlichungen zur Klientenzentrierten Therapie und zum Personzentrierten Ansatz.

Korrespondenzadresse:

Mag. Wolfgang W. Keil
A-1080 Wien, Albertg. 39/6
E-Mail: wolfgang.keil@aon.at

Rezensionen

Sylvia Gaul

Godfrey T. Barrett-Lennard: Carl Rogers' Helping System, Journey & Substance

London, Sage Publications, 1998, ISBN 0 7619 5676 X, ISBN 0 7619 5677 8 (pbk)

Mit Godfrey T. Barrett-Lennards „Carl Rogers' Helping System, Journey & Substance“ liegt ein ganz bedeutendes Werk des Personzentrierten Ansatzes sowohl im engeren Sinn der Psychotherapie als auch in den über die Psychotherapie hinausgehenden Dimensionen vor.

Die umfassende Darstellung des Ansatzes und die Genauigkeit, mit der alle Einflüsse und alle Personen, die an der Entwicklung beteiligt waren, erzählt werden, stellt an den Leser eine große Anforderung, was dazu führen kann, dass das Lesen selbst zu einer längeren Reise und – wie in meinem Fall – das Buch zu einem Reisebegleiter wird.

Dieses zuerst, wie Barrett-Lennard selbst schreibt, als „smallish“ konzipierte Buch war 20 Jahre auf der Reise. Innerhalb der Jahre, in denen das Buch entstand, richtete Barrett-Lennard seine Aufmerksamkeit auf die jeweils aktuellen Beiträge innerhalb des Ansatzes und ließ diese auch in seine eigene Theorieentwicklung einfließen, so dass nun mehr ein Buch vorliegt, das 50 Jahre Geschichte des Personzentrierten Ansatzes umfasst, aber keineswegs nur eine historische Erzählung geworden ist. „Journey & Substance“ nennt Barrett-Lennard diese Darstellung, da er der Meinung ist, dass sich dieses System von Ideen, Fragen und Praxis nur als eines in Bewegung beschreiben läßt und nur, wenn die volle Spannweite von der Entstehung bis zur Reife beschrieben wird, ist Verstehen möglich. Genau dieses Anliegen des Autors macht dieses Buch trotz seiner Fülle von trockenen Forschungsergebnissen so spannend zu lesen, da der Leser gleichsam selbst mit auf der Reise ist und so viele bekannte Forschungsprojekte, Thesen oder Begriffe in ihrem Entstehen, sozusagen von Zeugung und Geburt an, erzählt und derart verlebendigt werden, dass sowohl die beeinflussenden Strömungen als auch die Vielzahl der Mitarbeiter erwähnt und gewürdigt werden. Barrett-Lennard läßt auch keinen Zweifel an seinem eigenen bedeutenden Beitrag für die Entwicklung des Ansatzes und seiner mit Rogers gemeinsamen aber auch eigenständigen Forschungstätigkeit. Ebenso wird Eugene Gendlin als einem der ganz Großen sein gebührender Platz eingeräumt. 26 Seiten „References“ spiegeln diese Genauigkeit der Dokumentation und Zitierung aller Mitarbeiter wieder. Gerade Rogers' universitäre, wissenschaftliche Tätigkeit in Chicago, die sicher als zentral für die Theorieentwicklung ange-

sehen werden kann, wird hier als durch günstige Rahmenbedingungen abgesichertes Aufeinandertreffen von hervorragenden, hochmotivierten Männern und Frauen dargestellt. Doch er beschreibt auch, dass solche Konstellationen endlich sind und mit der Übersiedlung Rogers nach Wisconsin das „centre of creativity“ in Chicago an Bedeutung verlor.

Seine Bekanntschaft mit Carl Rogers und dessen Ansatz machte Barrett-Lennard in den 50er Jahren an der Universität von Chicago. Seine persönliche Lebensreise führte ihn in der Folge von Chicago über den Süden Amerikas nach Australien, nach Nordamerika, nach Canada und wieder nach Australien, wo er auch gegenwärtig lebt. Diese seine eigene berufliche Biografie kommt für den an der Person Barrett-Lennard interessierten Leser etwas zu kurz, folgt er doch ganz Carl Rogers Lebensweg auch dort, wo sie nicht mehr gemeinsam unterwegs waren. Immer jedoch ist Barrett-Lennards Handschrift in seiner Eigenständigkeit in Bezug auf Carl Rogers Theorieentwicklung erkennbar. Vielleicht ein Grund, warum dieses Buch auch für einen mit den Schriften von Rogers vertrauten Leser lesenswert und spannend ist.

Im ersten der fünf großen Kapitel des Buches „Carl Rogers and his Milieu“ zeichnet Barrett-Lennard Rogers' Kindheit und Jugend im Kontext seiner familiären Entwicklung, seiner Berufslaufbahn bis hin zu den Anfängen der „nondirective client-centered therapy“.

Zum Unterschied vieler, auch Rogers' eigener, Darstellungen wird hier nicht nur der individuelle familiäre Hintergrund, sondern auch die Zeitgeschichte mit den politischen wie philosophischen Strömungen in Zusammenhang mit der Entwicklung von Carl Rogers gebracht. 1902 geboren, war Rogers 12 als der 1. Weltkrieg ausbrach und 27 als 1929 der Zusammenbruch der Börse die Zeit der wirtschaftlichen Depression zur Folge hatte. Die in der amerikanischen Identität tief verwurzelte protestantische Grundeinstellung der Eigenverantwortung wurde zum Trauma des Versagens einer ganzen Nation. 1933 war ein Viertel der amerikanischen arbeitenden Bevölkerung – mehr als 15 Millionen Menschen – ohne Arbeit und ohne soziale Absicherung. In dem Kapitel „Roosevelt's Way/ Rogers' Advance“ wird ein politisches Amerika gezeichnet, das gesellschaftspolitische Antworten auf die Entwicklungen der dreißiger Jahre sucht. Sowohl mit Rogers als auch mit Roosevelt sind dabei Personen auf

der Weltbühne erschienen, die nicht Thesen vertraten und Schuldiage suchten, sondern menschenbezogene Antworten suchten.

„Er war ein Mensch von hoher Intelligenz, dabei nützte er aber alle ihm innewohnenden Fähigkeiten, wenn er über eine Sache nachdachte. Er verließ sich sowohl auf seine Gefühle als auch auf seine Gedanken. Seine Emotionen, sein intuitives Verstehen, seine Vorstellungen, seine Wurzeln in Tradition und Moral, sein Gefühl für Recht und Unrecht, all das floss in dieses Denken ein. Solange etwas für ihn nicht stimmig erschien, war es unwahrscheinlich, dass er eine klare Schlussfolgerung oder nur ein eindeutiges Verständnis zeigte“ (von SG übersetzt).

So wird Roosevelt nach einem Zitat von Perkins beschrieben. Roosevelts und Rogers' grundsätzlich optimistischer Blick auf die menschliche Natur liegen der Politik des einen und dem therapie-theoretischen Konzept des anderen zugrunde. Roosevelt glaubte, dass der Mensch letztendlich gut und vernünftig sei.

Rogers' Werk kann als Suche nach den Bedingungen für Wachsen und Aktualisierung des Menschen beschrieben werden. Er baute „auf das individuelle Bedürfnis des Menschen nach Wachstum, Gesundheit und Abstimmung mit seinem Umfeld. Therapie bedeutet nicht, etwas einem Individuum zu tun ... sondern es bedeutet, das Individuum für normales Wachstum und Entwicklung zu befreien, Behinderungen zu beseitigen um eine weitere Entwicklung zu ermöglichen (Übers. SG)“. Dies schrieb Rogers 1942, dem Jahr, das als Geburtsstunde des klienten-zentrierten Ansatzes genannt werden kann.

Ich halte dieses Kapitel deshalb für besonders aufschlußreich, da m. E. die Konzeption Rogers' aus europäischer Sicht viel mehr mit dem Einfluss von Otto Rank und Martin Buber in Verbindung gebracht wird und in der Literatur dem Amerikaner Carl Rogers weit weniger Beachtung entgegengebracht wird.

Doch gerade dieser unbedingte Glaube an menschliche Freiheit und Verantwortlichkeit erschließen das Verständnis für die in Teil II als „The New Vision Unfolding“ dargestellte Theorie von Carl Rogers.

Die „School Phase“, die Zeit der Professur von Rogers in Chicago, wird von Berrett-Lennard sehr ausführlich beschrieben. War es doch die Zeit der Zusammenarbeit dieser beiden großen Männer gemeinsam mit einem hoch motivierten Team unter sehr guten institutionellen Bedingungen.

Hatte Rogers mit seinem Vortrag im Dezember 1940 „Newer concepts in psychotherapy“ an der Universität von Minnesota und seinem Buch von 1942 „Counseling and Psychotherapy“ fast zu seinem eigenen Erstaunen die Erkenntnis gewonnen, dass er dabei war, fundamental Neues zur Psychotherapie beizutragen (... it struck me that perhaps I was saying something new that came from me ... I began to believe that I might personally, out of my own experience, I have some original contributions to make to the field of psychotherapy.), war es in Chicago möglich, diese Erkenntnisse zu beforschen und die Theorie durch Praxis und Ausbildung weiter zu entwickeln.

Die Möglichkeit eines eigenen Counseling Center, wo Beratung und Psychotherapie angeboten wurde und mit Forschungs- und Trainingsmöglichkeiten verbunden war, hatte nicht nur Auswirkung auf die Entwicklung einer Theorie, sondern begründete auch die moderne Psychotherapieforschung und hatte Auswirkungen auf die Konzeption von Organisation und Führungsstil.

Die Zusammenschau der Forschungsergebnisse dieser Zeit, die Erwähnung aller Mitarbeiter und ihrer Beiträge, machen diesen Teil des Buches, „Human Nature, Personality Change: Theoretical Foundations of the Client-Centered System“, zu einem großartigen Lehrbuch im wahrsten Sinne des Wortes. Dies ist für mich das Kernstück des Buches, da hier von Barrett-Lennard der Personzentrierte Ansatz in seiner theoretischen Gesamtheit erfasst und dargestellt wird. Und vielleicht, weil dieses Buch 1998 publiziert wurde, fließt auch die Lebenserfahrung des Autors in diesem Teil mit ein und macht es dem Leser leicht den Ansatz zu begreifen. Hier wird etwas dargestellt, was sich im therapeutischen Leben des Autors über viele Jahre hinweg als wirksam erwiesen hat und wird daher mit der Kraft der Zuverlässigkeit, abgesichert durch die Praxis, erzählt.

In Teil III „Principles in Practice“ folgt Barrett-Lennard dem Ansatz in all die Felder, wo der Personzentrierte Ansatz in weiterer Folge bis heute seine Verbreitung und Anwendung findet. Die Anwendungsgebiete des Ansatzes und zwar: Prozess der Therapie; Therapie mit Kindern, Familientherapie; Encounter- und Gruppentherapie; Psychische Gesundheit, Erziehung und Elternschaft; Führerschaft, Großgruppen, Gemeinden und Konfliktlösung werden in den einzelnen Untergruppen dargestellt. Die bedeutendsten Protagonisten der personzentrierten Psychotherapieforschung wie Wexler, Rice, Raskin, Gendlin, Levant, Shlien, Lietaer, Rombauts, Van Balen, Mearns, Thorne und Barrett-Lennard selbst werden in ihrer Art, den Ansatz zu verstehen, mit ihren wichtigsten Arbeiten zitiert und machen deutlich, wie dieser Ansatz in „verschiedenen Sprachen“ ausgedrückt wird, welche weitreichende Elemente er zur Verfügung stellt, aber auch welche wechselseitigen Einflüsse mit anderen Richtungen wirksam wurden.

In den einzelnen oben zitierten Kapiteln, wie Kindertherapie, Familientherapie, Gruppentherapie wird schulübergreifend die jeweilige Szene in ihrer Entwicklung und heutigen Bedeutung dargestellt. Mit „unconditional positiv regard“ wird hier eine Fülle von Informationen für den auf einem der genannten Gebiete Arbeitenden angeboten.

Teil IV des Buches „Research“ und Teil V „Levels of Becoming“ ist allen, die sich wissenschaftlich mit Personzentrierter Psychotherapie befassen, unbedingt zur Lektüre anzuempfehlen. Hier setzt sich Barrett-Lennard mit den frühen Forschungen auseinander, macht den Leser einerseits mit den großen Studien vertraut, geht dann auch auf die weiteren Forschungen nach der „School Phase“ ein und bezieht ebenso die heutigen europäischen Forscher, wie Biermann-Ratjen, Tschelin, Tausch und viele andere mit ein.

Hier inhaltliche Ergebnisse wiederzugeben, würde den Rahmen dieser Rezension sprengen. Was für mich so beeindruckend ist, ist die persönliche Haltung des Autors, die am besten durch ein Zitat wiedergegeben werden kann: „Was ich beschreiben möchte, sind die verschiedenen Phasen der Entwicklung, die miteinander bis in die Gegenwart verbunden sind. Obwohl jede Entwicklungsphase unterschiedlich ist, sind sie doch miteinander verwoben wie ein lebendiger Teppich an dem ständig weiter gearbeitet wird“ (Übers. SG).

Barrett-Lennard ist kein Mahner oder personenzentrierter Moralist, sondern ein genauer Erzähler, der den Leser in die phänomenale Welt des Ansatzes einführt. Im Kapitel „training: concept, aims, process“ schreibt er vieles, von dem ich denke, dass wir in Österreich durch die staatliche Anerkennung der Methode und die Autonomie in der Ausbildung wesentlich bessere Voraussetzungen haben, Ausbildung und Supervision zu verwirklichen als es derzeit in Amerika der Fall zu sein scheint.

In „Six decades in motion“ fasst Barrett-Lennard gegen Ende des Buches Rogers und den Personenzentrierten Ansatz nochmals zusammen. So stellt er zwischen Otto Rank und Carl Rogers eine deutliche Verbindung her und beleuchtet das Wisconsin Projekt in seiner Bedeutung für Carl Rogers' Biografie.

Barrett-Lennard beendet das Buch mit seinem persönlichen Vermächtnis, das er „system of connectedness“ nennt: Mag der Kern psychotherapeutischer Arbeit die Lösung intrapsychischer, verwirrender, konflikthafter Erfahrungen sein und die Integration dieser Erfahrungen in das Selbst den Prozess der Therapie ausmachen, so ist die Verbundenheit mit anderen Systemen, aber darüber hinaus auch die Verantwortung gegenüber diesen Systemen ebenso bedeutsam. Mit Systemen meint Barrett-Lennard das gesamte Spektrum an Verbundenheit dessen, worin sich der Mensch bewegt und worin er lebt, nämlich von der Beziehung zum individuellen Anderen, zur Familie oder familienähnlichen Beziehungen, zur Gruppe, zur Gemeinschaft der Gemeinde, zum Staat, zur Menschheit als gesamtes und schließlich zu unserem Planeten auf dem wir leben.

Ich schreibe diese Rezension in den Tagen, wo gerade das G8 Treffen in Genua blutig zu Ende geht. Ich denke auch, dass der Begriff des ungebremsten Wachstums politisch gesehen nicht mehr zum Überleben der Menschheit beitragen kann, sondern dass die Verantwortung und die Verpflichtung den Menschen und Systemen gegenüber die große Herausforderung für die Zukunft sein wird.

Jobst Finke

Dietrich H. Moshagen (Hrsg.): Klientenzentrierte Therapie bei Depression, Schizophrenie und psychosomatischen Störungen

Asanger-Verlag, Heidelberg, 1997. 187 Seiten, 39,00 DM.

Das vorliegende Buch besteht inhaltlich aus zwei Teilen. Der erste Teil befasst sich mit der Gesprächspsychotherapie psychosomatischer Störungen, der zweite Teil beschreibt gesprächspsychotherapeutische Behandlungskonzepte für vor allem psychiatrisch-psychotherapeutisch wichtige Problemfelder wie der Schizophrenie, der Depression, der Krisenintervention und psychischen Störungen bei Arbeitsmigranten.

Der erste Teil mit der Überschrift „Der gesunde und der kranke Körper in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie“ enthält mit interessanten Artikeln von B. Wethkamp und E. Reisch wichtige Hinweise zur klientenzentrierten Körpertherapie. Dies ist ein Thema, dem wir zwar schon von Gendlin mit seinen Focussingkonzept wichtige Anregungen verdanken, das aber doch in der gesprächspsychotherapeutischen Literatur insgesamt etwas stiefmütterlich behandelt wurde. Um so wichtiger ist der sehr instruktive Beitrag von Wethkamp, in dem die Autorin bedeutsame Hinweise zur Arbeit mit verschiedenen Phänomenen des Körpererlebens gibt. – Der knappe Beitrag von E. Reisch versucht darzulegen, wie wichtig es für die therapeutische Arbeit ist, Zusammenhänge zwischen dem Körpererleben des Patienten und seinem Selbstkonzept zu beachten. – Dies ist eine Grundposition, mit der sich auch T. Ripke in zwei Artikeln ausführlich beschäftigt. Es geht ihm darum zu verdeutlichen, wie wichtig es gerade in der ärztlichen Sprechstunde ist, dass der Patient sich in seinen zumeist körperbezogenen Beschwerden ernstgenommen und verstanden fühlt. Ripke zeigt in sehr überzeugender Weise auf, wie in einem Prozess der Konsensbildung zwischen Arzt und Patient der letztere sein Bezugssystem, seine Perspektive langsam zu ändern beginnt, gerade dadurch, dass der Arzt zunächst versucht, die Perspektive des Patienten zu übernehmen. Indem der Arzt zunächst in das Verstehen des Patienten einschwingt, kann der Patient langsam ein Psychogenese-konzept seiner Beschwerden entwickeln. Ripke zeigt auf, wie andererseits auch der Arzt durch diesen Prozess einer gegenseitigen Verständigung nicht unbeeinflusst bleibt. – Moshagen verdeutlicht in seiner sehr anschaulich und praxisnah gehaltenen Arbeit, wie der Therapeut bestimmte, sich auf das Körpererleben beziehende Äußerungen des Patienten zu verstehen und zu übersetzen hat. Anhand vieler und typischer Äußerungen des Patienten mit entsprechender therapeutischer Intervention wird das Typische dieser therapeutischen Übersetzungs- bzw. Interpretationsarbeit verdeutlicht. Er illustriert, welche

typischen Gefühle jeweils hinter bestimmten körperlichen Beschwerdeangaben stehen können und zeigt so nachdrücklich, dass der Therapeut im Prozess des einführenden Verstehens mehr als nur den Wortsinn der Patientenäußerung erfasst, wie Rogers formulierte.

Im zweiten Teil des Buches, überschrieben mit „Entwicklungen und Entwicklung in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie“ schildern zunächst M. Baier und L. Teusch im Sinne eines störungsspezifischen Vorgehens jene Merkmale gesprächspsychotherapeutischer Praxis, auf die es bei der Behandlung von schizophrenen Patienten besonders ankommt. Hier geht es unter anderem darum, die störungsbedingten kognitiven und emotionalen Defizite des Patienten zu beachten und dem Patienten bei der Bewältigung dieser Defizite eine Hilfestellung zu geben, die ganz und gar klientenzentriert ist. Die Bedeutung eines störungsspezifischen Vorgehens in der Gesprächspsychotherapie kommt hier sehr anschaulich zum Ausdruck. In der Arbeit über die klientenzentrierte Behandlung Depressiver von J. Hartmann und I. Hartmann werden attributionstheoretische Ansätze, wie sie aus der kognitiven Verhaltenstherapie bekannt sind, so umformuliert, dass in durchaus überzeugender Weise daraus ein klientenzentriertes Vorgehen depressiver Störungen entwickelt wird. Dabei geht es den Autoren um die systematische Erhellung auch unbewusster Aspekte der jeweils zentralen Emotion. – In seiner Arbeit über die gesprächspsychotherapeutische Kriseninterventionen erläutert G. W. Speierer zunächst die Notwendigkeit einer gesprächspsychotherapeutischen und prozessimmanenten Diagnostik, die auch zentrale anthropologische Aussagen der Gesprächspsychotherapie berührt. Er schildert dann prägnant die Berücksichtigung bestimmter Phasen innerhalb einer Krise im Sinne einer prozessorientierten Gesprächspsychotherapie. – Die Arbeit über die Gesprächspsychotherapie bei Arbeitsmigranten von W. Pfeiffer ist schon wegen ihrer interessanten Einblicke in sozialpsychologische und kulturhistorische Aspekte lesenswert. Hier wird deutlich, wie bestimmte therapietheoretische und therapietechnische Grundmaximen in der Gesprächspsychotherapie an einen bestimmten Kulturkreis und dessen Normsetzungen gebunden sind und wie sie demzufolge bei Therapie von Menschen anderer kultureller Herkunft zu relativieren sind.

Insgesamt erfasst das Buch auf relativ wenigen Seiten sehr vielfältige Aspekte, denen sich die Gesprächspsychotherapie zu stellen hat, und das gerade macht seine Lektüre so empfehlenswert.



Foto: Douglas Land, zur Verfügung gestellt von Natalie Rogers

Carl R. Rogers (1902–1987)

Carl Ransom Rogers

8. Jänner 1902: Geboren als viertes von sechs Kindern in Oak Park, einem Vorort von Chicago; aufgewachsen in einem fundamental protestantischem Elternhaus;

1914: Übersiedlung seiner Familie auf eine Farm bei Wheaton (ca. 30 km von Chicago); dort weitgehend isoliert von Gleichaltrigen (Nährboden für sein lebenslanges Interesse an einem von Nähe, Verständnis und Austausch geprägten Beziehungsklima);

1919: Beginn des Studiums der Agrarwissenschaften an der Universität von Wisconsin;

1922: fünfmonatige Reise nach China, zu einem Welttreffen christlicher Studenten (Einfluss hin zu Weltoffenheit, Wandel in seiner theologischen Ausrichtung hin zu einer liberaleren Einstellung);

1924: Heirat mit Helen Elliott, einer künstlerisch veranlagten Studienkollegin, mit der er bis zu ihrem Tode verheiratet war;

1924–26: Studium der Theologie am progressiven „Union Theological Seminary“ in New York, mit dem Ziel, Geistlicher zu werden; allmähliche Abkehr von der Religion und Hinwendung zur Psychologie, die seiner Tendenz, sich keinem Denksystem unterzuordnen, besser entsprach;

1926–31: Studium der Klinischen und Erziehungspsychologie am naturwissenschaftlich-experimentell ausgerichteten Teachers College der Columbia University;

1927–28: praktische Erfahrungen am psychodynamisch orientierten „Institute of Child Guidance“;

1926: Geburt des Sohnes David;

1928: Geburt der Tochter Natalie;

1928–39: Arbeit an Erziehungsberatungsstelle in Rochester, New York; hier auch mit psychoanalytischen und den Auffassungen von Otto Rank konfrontiert; 1938–39: dortselbst Leitung der „Child Guidance Clinic“;

1939: Publikation seines ersten Buches („Clinical treatment of the problem child“), in dem erste Anklänge seines Ansatzes erkennbar sind;

1940–44: Professur am Psychologischen Institut der Ohio State University in Columbus; Psychotherapieforschung, u. a. zum ersten Mal mit Hilfe von Schallplattenaufnahmen von therapeutischen Interviews;

1940: Rede („Some newer concepts of psychotherapy“) an der Universität von Minnesota, die als Geburtsstunde des Klientenzentrierten Ansatzes betrachtet wird;

1942: erstes „klientenzentriertes“ Buch („Counseling and psychotherapy“) über den von ihm praktizierten Ansatz in Beratung und Psychotherapie, das auch das erste komplett abgedruckte Transkript des Verlaufs einer Psychotherapie enthält;

1944: Arbeit mit Kriegsheimkehrern im Rahmen der „United Service Organization“ (USO);

1945–57: Professur an der Universität von Chicago und Leitung des „Counseling Center“; allmähliche Entwicklung vom non-direktiven zum Klientenzentrierten Ansatz: in dieser Phase ausgedehnte Forschungstätigkeit zur Psychotherapie; dies verleiht ihm den Ruf eines Pioniers der Psychotherapieforschung;

1946–47: Präsident der „American Psychological Association“ (APA);
1948–49: persönliche Krise im Anschluss an missglückte Therapie mit einer Klientin; danach Eigentherapie bei Ollie Bown, Kollege am „Counseling Center“;

1951: Veröffentlichung seines Buches „Client-centered therapy“;

1956: Zuerkennung des Wissenschaftspreises durch die „American Psychological Association“;

1956–58: Präsident der „American Academy of Psychotherapists“; ab 1956: zahlreiche Dialoge, u. a. mit Skinner (1956, 1960 und 1962), Buber (1957), Tillich (1965), Polanyi (1966) und Bateson (1975);

1957: Formulierung von drei notwendigen und hinreichenden therapeutischen Grundhaltungen;

1957–63: Professur an der Universität von Wisconsin; Arbeit und intensives Forschungsprojekt mit schizophrenen Personen am „Mendota State Hospital“; zunehmende Betonung der Kongruenz und Transparenz des/r Psychotherapeuten/in, der therapeutischen Beziehung und – auch unter dem Einfluss von Eugene Gendlin – einer Erlebnisorientierung in der therapeutischen Arbeit („Experiencing“);

1961: Publikation von „On becoming a person“;

1964: Übersiedlung nach La Jolla, einem Vorort von San Diego (Kalifornien), und Arbeit am „Western Behavioral Sciences Institute“; Beratungstätigkeit für das „California Institute of Technology“; Rückzug aus der klinischen Arbeit und stärkeres Interesse an philosophischen und gesellschaftspolitischen Fragen;

1964: Gespräch mit Gloria (die auch von Fritz Perls bzw. von Albert Ellis interviewt wird);

ab 1967: Veröffentlichung einer Reihe von weiteren Büchern, u. a. „Freedom to learn“, „On encounter groups“, „On personal power“ und „A way of being“;

1968: Gründung des „Center for Studies of the Person“, intensive Arbeit mit Encountergruppen;

1972: „Distinguished Professional Contribution Award“ der APA;

ca. ab 1975: Ausdehnung des Ansatzes auf andere Bereiche (z. B. Politik, Friedensarbeit, Wirtschaft/Managementtraining, Bildung/Erziehung/Schule) und damit Erweiterung vom Klienten- zum Personenzentrierten Ansatz; rege Tätigkeit als Leiter von (u. a. interkulturellen und interrassischen) (Groß-)Gruppen („Cross Cultural“) in vielen Ländern der Welt, u. a. in Brasilien (1977), Nordirland (1978), Südafrika (1982 und 1986) und später im Rahmen seines Engagements für die Friedensarbeit auch in Russland (1986);

1979: Tod seiner Frau Helen; Rogers geht nach ihrem Tod neue Liebesbeziehungen ein; er pflegt für einen längeren Zeitraum gleichzeitig Beziehungen zu drei Frauen, die voneinander wissen;

1981–85: mehrfach Aufenthalte in Deutschland, der Schweiz und Österreich, u. a. am Rust-Workshop, das dem Dialog zentralamerikanischer Politiker diente („Central American Challenge“);

Rogers wird für den Friedensnobelpreis vorgeschlagen;

am 4. Februar 1987 stirbt er in La Jolla, Kalifornien.

zusammengestellt von Gerhard Stumm

Hans Peter Ratzinger und Elisabeth Zinschitz

Innenansichten – Außenansichten. Carl Rogers im Licht biografischer Texte

Zusammenfassung: Dieser Artikel gibt anlässlich des 100jährigen Geburtstages von Carl Rogers eine Übersicht über dessen Leben sowie eine Zusammenschau der existierenden biografischen Schriften. Beschrieben wird Carl Rogers anhand autobiografischer Texte sowie aus der von persönlichen Erfahrungen geprägten Sicht seiner Kinder. Ergänzt wird dies durch die biografischen Arbeiten von Howard Kirschenbaum, Brian Thorne, David Cohen und Norbert Groddeck, die ihre Darstellungen von Rogers' Lebensgeschichte mit der Entwicklung der Theorie des Personzentrierten Ansatzes verknüpfen. Die vorliegende Darstellung geht auf die unterschiedlichen Schwerpunkte, die in diesen drei Annäherungen gesetzt werden, ein.

Stichwörter: Rogers-Biografie, Entstehung des Personzentrierten Ansatzes

Résumé: *Carl R. Rogers: vues de l'intérieur et vues de l'extérieur à la lumière de textes biographiques* – A l'occasion du 100e anniversaire de Carl Rogers, cet article donne une vue d'ensemble de sa vie ainsi qu'un compte-rendu des écrits biographiques existants. Carl Rogers y est décrit à la lumière de textes autobiographiques de même qu'à partir de la vision de ses enfants – vision marquée par leurs expériences personnelles. Ceci est complété par les travaux biographiques de Howard Kirschenbaum, Brian Thorne, David Cohen et Norbert Groddeck, qui font le lien entre leurs récits de l'histoire de la vie de Rogers et le développement de la théorie de l'approche centrée sur la personne. Le présent exposé met en lumière les différents accents dominants contenus dans ces trois approches de la biographie de Rogers.

Mots clés: biographie de Rogers, naissance de l'approche centrée sur la personne

1. Autobiografische Notizen: Selbstdarstellung

1.1. Das Leben

Carl R. Rogers – die von ihm selbst veröffentlichten oder autorisierten Bilder zeigen den (medial breitenwirksamen) Psychotherapeuten, Forscher, Lehrer, Schulengründer. Seine erste therapeutische Kompetenz erwirbt er, nach mehrmaligem Wechsel der Studienrichtung (Agronomie, Theologie, Psychologie) im Zuge seines Psychologiestudiums an der New Yorker Columbia University, wobei vorausgehende Erfahrungen in der seelsorgerischen Betreuung von Familien als angehender Pastor und damit verbundene freiwillige Kurse am Teachers College die natürlich gewachsene Grundlage bilden. Beide Wechsel gehen für Rogers einher mit wichtigen Schritten der Emanzipation von seinen Eltern. Im Übergang zur Theologie setzt er sich ihnen gegenüber durch, indem er ein für seine liberale Haltung bekanntes College wählt – seine Eltern hatten ein konservatives dringend empfohlen – und in der Wendung zur Psychologie, indem er die Theologie aufgibt, um in der Psychologie „einen Arbeitsbereich (zu) finden, der mir die Freiheit der Gedanken beließ“ (Rogers 1961/1973, 24). Ohne sich groß zu entscheiden, folgt er

den Tätigkeiten, die ihn interessieren: Erste Aufgaben in der Erziehungsberatung als Assistent am Institute for Child Guidance in der direkten Arbeit mit Kindern sind durch eine Atmosphäre des Improvisierens und des Ordnung-ins-Chaos-Bringens geprägt: „... das hieß jedoch, daß man machen konnte, was man wollte“ (ebd., 25). Diese Freiheit und die Hinwendung zur direkten Arbeit mit Menschen scheinen einen prägenden Eindruck zu hinterlassen. Spürbar in den Selbstdarstellungen wird, welchen Auftrieb das Verlassen des „rigoros naturwissenschaftlichen, kalt-objektiven, statistischen Standpunkt(es)“ zugunsten der „dynamischen Ansichten des Kollegiums ... über Freud“ (ebd.) am Institute for Child Guidance dem Leben Rogers' gibt.

Einem dezidierten Karriereplan scheint der junge Rogers nicht zu folgen: „Ich glaube, ich habe immer das Gefühl gehabt, wenn man mir Gelegenheit gibt, die Arbeit zu tun, die ich tun will, ergibt sich alles andere irgendwie von selbst“ (ebd., 25f). Es zeigt sich, dass ein starkes Wollen hinter seinem Tun steht. Hier zeichnet sich wohl eine der Stärken Rogers' ab, nämlich auch unter widrigen Bedingungen auf dem gewählten Weg zu bleiben und dem eigenen Gestaltungswillen mit einer – im positiven Sinn des Wortes – enormen Sturheit zum Durchbruch zu verhelfen: „Bei der einfachen

Beschreibung dieser Erfahrungen erkenne ich, wie stur ich meinem eigenen Kurs gefolgt bin, relativ unbesorgt darüber, ob ich mit meinen jeweiligen Kollegen zurechtkam oder nicht“ (ebd., 28).

Erfahrungen des Scheiterns in der Anwendung übernommener Lehrmeinungen und Misserfolge in der Behandlung von Kindern überzeugen Rogers von der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit der eigenen Erfahrung unbedingt zu trauen. Diese Selbst-Erfahrungen will Rogers nicht nur als in ihm selbst wirkmächtig anerkennen, sondern auch in seinen KlientInnen¹ (damals noch Patienten und Probanden) suchen und darauf vertrauen, dass sie dort ebenso gestaltend zur Geltung kommen wie in ihm selbst.

Ein Vorfall mit der Mutter eines seiner jugendlichen Schützlinge, „war einer von mehreren, die mir zu der Erfahrung verhalfen – erst später erkannte ich sie völlig –, daß der Klient derjenige ist, der weiß, wo der Schuh drückt, welche Richtungen einzuschlagen, welche Probleme entscheidend, welche Erfahrungen tief begraben gewesen sind“ (ebd., 27f). Eine deutliche Abkehr von der Anwendung reinen Expertenwissens gegenüber einem hilflosen Ratsuchenden ist die logische Folge. Damit beginnt auch die Einleitung eines neuen Paradigmas in der Psychologie respektive Psychotherapie: In der Unterrichtung von graduieren Studenten „wurde mir klar, daß ich, aus der eigenen Erfahrung heraus, vielleicht so etwas wie einen ausgeprägten eigenen Standpunkt entwickelt hatte. Als ich daranging, einige dieser Ideen klar zusammenzufassen, und sie in einem Aufsatz an der Universität von Minnesota im Dezember 1940 darlegte, erhielt ich sehr starke Reaktionen. Ich machte zum ersten Mal die Erfahrung, daß eine neue Idee von mir, die mir so voll glänzender und vielversprechender Möglichkeiten zu stecken schien, für einen anderen Menschen eine große Bedrohung darstellen kann“ (ebd., 29).

Neben der immer stärker Kontur annehmenden Idee, dass der Beziehung zwischen Behandelndem und Klient eine besondere Bedeutung zukommt („nicht-direktive Beratung“), erkennt Rogers in der wissenschaftlichen Forschung für sich ein wichtiges Instrument, um die Fülle seiner und der von seinen Mitarbeitern gemachten Beobachtungen in ein ordnendes Schema zu kleiden und um überprüfen zu können, ob er im subjektiven Vertrauen in seine Wahrnehmung nicht Gefahr läuft, den eigenen Trugbildern aufzusitzen. Aus den (therapeutischen) Beziehungen zu einer Vielzahl an Personen leitet Rogers Lernerfahrungen ab, die er immer auch als Lehrender anderen zugänglich macht. Dabei sieht er sich als jemand, der anderen die Gelegenheit bietet, sich in persönlicher Weise mitzuteilen, sich persönlich, mit seinen Gefühlen ins (Unterrichts-)Geschehen einzubringen. Das führt unter anderem zu einer Menge auch frustrierender Erfahrungen, wie Rogers gelegentlich

andeutet. Aber: „*Erfahrung ist für mich die höchste Autorität. Der Prüfstein für Gültigkeit ist meine eigene Erfahrung. ... Ich muß immer wieder zur Erfahrung zurückkehren, um der Wahrheit, wie sie sich mir als Prozess des Werdens darstellt, ein Stück näher zu kommen*“ (Rogers 1961/1973, 39). Möglicherweise liegt hier aber ein Hinweis auf ein weiteres Talent von Carl Rogers, nämlich widersprüchliche Erfahrungen auszuklammern und sich auf jene Phänomene zu konzentrieren, die der Untermauerung seiner Vorannahmen und theoretischen Entwürfe dienen. Hier fühlt man sich an den immer wieder erhobenen Einwand erinnert, der Personzentrierte Ansatz blende die Erfahrung von Aggression, Gewalt und Destruktivität als soziale Phänomene aus bzw. wisse diese nicht in sein Menschenbild mit der Betonung auf Wachstumsorientierung zu integrieren. Bei seiner Tochter Natalie finden sich denn auch Hinweise darauf, dass Rogers sich der eigenen Schwierigkeit, seinen Ärger wahrzunehmen, bewusst war (siehe unten).

Rogers veröffentlicht die Darstellungen über sich selbst meist zuerst als Vortrag anlässlich einer Ehrung seiner Person oder einer Würdigung seiner Verdienste. Erst später erscheinen diese persönlich gehaltenen Einblicke in Form von Artikeln oder Buchkapiteln. Er folgt dabei natürlich den von ihm vorausgesehenen Erwartungen seines jeweiligen Publikums und präsentiert sich dementsprechend als Therapeut, (Hochschul-)Lehrer, Forscher und Schulgründer. Unter all diesen Lebensaspekten begegnet dem Leser bzw. Zuhörer ein Mensch, der von sich sagt, dass er sich auf sein Gegenüber einlässt und mit seiner persönlichen Erfahrung, seinem Intellekt, seiner Neugier, seinem Wissensdurst, seinem Humor etc. als Person gegenübertritt.

1.2. Die Ehe

Eine Empfindung des Erstaunens stellt sich ein, beim Wiederlesen einer Passage von Carl Rogers über sich selbst als Partner, Mann und Liebhaber. Insbesondere über den recht offenen Ton bezüglich eigener Erfahrungen als männliches, sexuelles Wesen. Seine Schüchternheit, Unerfahrenheit und Unwissenheit in sexuellen Belangen hindern ihn nicht daran, sich, sobald sich eine Möglichkeit bietet, den eigenen und fremden Fragen zum Thema Partnerschaft und Sexualität zu stellen. Ihm hatte gedämmert, dass die eigene sexuelle Zufriedenheit sich nicht automatisch in seiner Frau widerspiegeln musste. Also nahm er als Proband an einem Forschungsprojekt zu diesem Thema teil: „Ich erkannte, daß ich überhaupt nicht wußte, ob meine Frau jemals einen Orgasmus erlebt hatte. ... Aber das Wichtigste, was ich lernte, war, daß man über die Dinge in seinem Privatleben, über die man glaubt, unmöglich reden zu können, dennoch reden kann, und zwar frei und ungezwungen“ (Rogers 1982, 29). Andere Probleme im Zusammenleben mit seiner Frau Helen deutet er zwar an, will sie aber nicht veröffentlicht wissen. Hier beschränkt er sich auf die Erwähnung von Zeiten großer Nähe

1 Die Autorin und der Autor dieses Artikels fühlen sich einer Schreibweise verpflichtet, die beide Geschlechter als eigenberechtigt anerkennt. Bei der Bezugnahme auf Originaltexte orientieren wir uns an der dort verwendeten Schreibweise.

und ebensolcher Distanz. Als problematisch für ein gemeinsames Leben erachtet er, seine eigene Neigung, seine Frau in halb öffentlichen Situationen herabsetzend zu behandeln, womöglich eine Folge seiner zeitweilig empfundenen Scham für sie, „weil sie in allgemeinen wie akademischen Dingen so wenig zu wissen schien“ (ebd., 27). Differente Auffassungen darüber, ob es in einer Ehe ein Besitzen-Wollen geben könne und ob auch außerhalb der eigenen Beziehung Nähe und Intimität erfahren werden können, hielten nach Rogers' Meinung eine – nicht zu jeder Zeit angenehme – Spannung zwischen Helen und ihm aufrecht.

Wiederum ist hier auf den Kontext dieser Selbstaussagen zu verweisen. Sie finden sich in einem Buch über die unterschiedlichen Zugänge zu gelebter/lebbarer Partnerschaft. Rogers bietet eine subjektive Auswahl seiner persönlichen Erfahrungen an, dergestalt – man darf davon ausgehen –, dass sie mit seinem eigenen Selbstkonzept in Einklang stehen. Dass diese Selbstzeugnisse auch anders ausgelegt werden können, lesen wir bei Cohen (1997) (siehe unten).

1.3. Das Altern

An Rogers' Selbstbeschreibungen im Alter fällt auf, dass sie in einem leicht veränderten Grundton gehalten sind, der als beinahe schwärmerisch, ja euphorisch zu bezeichnen ist (Rogers 1980/1981). Dabei führt er weniger detailliert geschilderte Einzelerfahrungen als Belege seiner Aussagen an. Eher lässt sich ein erzählerischer Duktus festmachen. Rogers ist zu dieser Zeit längst aus dem Universitätsbetrieb ausgestiegen und folgerichtig nicht mehr einer streng wissenschaftlichen Denk- und Ausdrucksweise verpflichtet. Ebenso interessieren ihn nun auch Themen, mit denen sich auf akademisch-psychologischem Boden keine Meriten verdienen lassen: mysteriöse Phänomene wie Paragnosien, Gedankenübertragung, Hellsehen, außerkörperliche Erfahrungen, Leben nach dem Tod etc. (ebd., 49).

Zwar spürt er deutlich ein Nachlassen seiner körperlichen Kräfte, aber gleichzeitig ein starkes Interesse an Neuem: „Es langweilt mich, wenn ich mich immer wieder dasselbe sagen höre. Es ist lebensnotwendig für mich, Neues auszuprobieren“ (ebd., 44). Er schildert sich als sexuell lebendig, aktiv, eingebettet in eine Vielzahl Sicherheit gebender Beziehungen und risikofreudig. Er folgt vielen Einladungen ins Ausland und arbeitet an dort stattfindenden oder entstehenden Projekten mit. Es ist die Zeit der Encounter-(Groß)Gruppen. Rogers publiziert viel in dieser Zeit und zieht eine ungeheure Befriedigung aus dieser Tätigkeit: „Es reizt mich, die Implikationen meiner eigenen Ideen ... zu untersuchen und zu verfolgen. Es gefällt mir, den Weiterungen eines Gedankens logisch nachzuspüren. Ich bin tief in der Welt der Gefühle, der Intuition, der nonverbalen wie auch der verbalen Kommunikation verstrickt, aber ich denke auch gern über diese Welt nach und schreibe darüber“

(ebd., 46). Dabei anerkennt er auch den kleinen, unsicheren Buben in sich, der seine Unsicherheiten in der zwischenmenschlichen Kommunikation durch einen gewandten schriftlichen Ausdruck zu kompensieren versteht.

Rogers beschreibt auch, dass er gelernt hat, besser für sich selbst zu sorgen, dass ihm der freie Ausdruck seiner Gefühle zunehmend besser gelingt und er sich seiner selbst erfreuen kann: „Ich mag mich“ (ebd., 47). Und er vergisst dabei auch nicht zu erwähnen, dass ihn die Zeit der Krankheit seiner Frau fast zusammenbrechen lassen hat: „Ich erkannte, daß ich, um zu überleben, *mein* Leben leben mußte und daß dies an erster Stelle zu kommen hatte, obwohl Helen so schwer krank war“ (ebd., 48).

Sein Erleben hat sich verdichtet, Berührtsein löst tiefere Reaktionen aus und die Gefühle schwanken stärker als früher. Er ist in der Lage, ein größeres Ausmaß an Intimität zuzulassen, und erlebt sich sinnlicher. Hier folgt das vorsichtige Bekennen, dass Psychotherapie dem/r Therapeuten/in die Erfahrung von Intimität bietet, ohne zuviel von der eigenen Person zu riskieren. Rogers verweist hier auf seine persönliche Grenze, nicht die des Ansatzes, den er vertritt. Psychotherapie im Rogers'schen Sinne bietet dem/r Klientin eine Bühne auf der Ebene der Beziehung, aber es ist seine/ihre Bühne. Kongruenz ist eine notwendige Bedingung, um dem/r Klienten/in das eigene Erleben des/r Therapeuten/in zur Verfügung stellen zu können, aber es geht ganz um die Selbst-Erfahrungen des/r Klienten/in.

Die neu gewonnene Intimität ereignet sich nicht nur als sexuelle Erfahrung, sondern als Freiheit des Ausdrucks „jedes Aspektes meines Selbst“ gegenüber seinen Mitmenschen. Wie so viele Erfahrungen im Leben Rogers' geht auch diese umgehend reflektiert in alle Beziehungen ein: „Einen Menschen so zu mögen, wie er ist, und auf meine Erwartungen, wie ich ihn haben möchte, oder wie er für mich sein sollte, zu verzichten, meinen Wunsch aufzugeben, diesen Menschen nach meinen Bedürfnissen zu ändern, dies ist ein überaus schwieriger, aber gewinnbringender Weg zu einer befriedigenden intimen Beziehung“ (ebd., 51).

Die Erfahrung des Sterbens seiner Frau Helen verändert die Einstellung Rogers' zum Tod radikal. Sein Gefühl der absoluten Endlichkeit des Seins wandelt sich in die Ahnung von einem Danach: „Ich halte es jetzt für möglich, daß jeder von uns ein die Zeiten überdauerndes Geistwesen ist, das in einem menschlichen Körper zu Fleisch geworden ist“ (ebd., 57). Tatsächlich verlief Rogers eigener Tod zumindest dem äußeren Anschein nach seinem Wunsch entsprechend, nämlich „schnell zu sterben, bevor es zu spät ist, mit Würde aus der Welt zu scheiden“ (ebd., 54). Seine Ängste vor Krankheit, Senilität und Hinfälligkeit sind nicht wahr geworden.

Im Folgenden verlagern wir den Blick nach außen, darauf, wie Personen aus seinem engeren Umfeld und seine Biografen mit unterschiedlichen Interessen und unterschiedlichem Erfolg versuchen, ihre Sicht von und auf Carl Rogers zu erhellen.

2. Vignetten aus der Familie

2.1. David Rogers

In den Äußerungen von David Rogers über seinen Vater fällt eine gewisse Schmallippigkeit auf. Er betont, dass er sich der Zuneigung seines Vaters gewiss sein konnte und dass er diese Sicherheit als großes Geschenk betrachte, aber diese Sicherheit erreicht den Leser nicht. Seine Mutter steht für Heiterkeit, Unternehmungslust und das Künstlerische, der Vater steht für den jungen David für „doing things“, für Handwerken und die Versorgung des kleinen Bastlers mit den Werkzeugen Erwachsener, nicht für Gespräche, wie er sich erinnert. Gemeinsame Unternehmungen im Freien, gemeinsames Erledigen von Aufgaben im Haushalt: ja; gemeinsame Gespräche: nein. Am ehesten klingt in seinen Erinnerungen so etwas wie Wehmut an und die Erinnerung an ein Gefühl der Scham, wenn ihm die Väter seiner Mitschüler herzlicher in der Begegnung, besser gekleidet und erfahrener in der Leitung großer Unternehmungen vorkamen, wohingegen der eigene Vater scheu und wortkarg auftrat.

Dass die Kongruenz seines Vaters, die positive unbedingte Wertschätzung sich auch auf David und seine Schwester Natalie erstreckte, kann deutlicher ihren Schilderungen entnommen werden. David affirmiert: „I don't believe I'm romanticizing this“ (D. Rogers 1995, 277). Es liegt die Vermutung nahe, dass sich das Verhältnis zwischen Vater und Sohn mit steigendem Alter intensiviert hat: So zählt Carl Rogers in seinen späten Jahren seine Kinder mit zu seinen besten Freunden (z.B. Rogers 1987/1989, 56).

2.2. Natalie Rogers

Natalie Rogers ist als Tochter ihres berühmten Vaters oft eingeladen, über ihn zu sprechen. Zu solchen Gelegenheiten vergisst sie nicht zu erwähnen, dass ihre Mutter deutlich mehr zu ihrem Persönlichkeitsbildungsprozess beigetragen hat als ihr Vater. Vor allem ihre kreativen Entfaltung habe sie zum Großteil ihrer Mutter zu verdanken. Aber Carl war definitiv eine der wichtigsten Personen in ihrem Leben: „However, I am embarrassed to say that I often thought of him as naïve and frequently dense when it came to understanding interpersonal relationships“ (N. Rogers 1995, 177). „Häufig beschränkt im Verständnis zwischenmenschlicher Beziehungen“ ist nicht das, wofür der Name Rogers gemeinhin steht. Allein, die Tochter vermag sicherlich einen Eindruck zu vermitteln, wie die alltäglich gelebte Praxis im Hause Rogers sich angefühlt haben mag. Insofern ist ihr jedenfalls Glaubwürdigkeit zuzubilligen. Später wandelt sich ihre Sichtweise in Richtung „nicht eingengt, nur unkommunikativ.“ Rogers zeigte oft keine Bereitschaft oder Fähigkeit seine Gedanken oder Gefühle im Augenblick auszudrücken. Aber er war auch als Vater und Freund ein außergewöhnlich guter Zuhörer, was Natalie als hilfreich beim Füllen persönlicher

Entscheidungen empfindet. Viele von Carls speziellen Fähigkeiten wurden schon im Kindes- und Jugendalter an Natalie weitergereicht. Fast erstaunt stellt sie bei der bewussten Auseinandersetzung mit seinen Ideen im Zuge ihrer eigenen psychologischen Ausbildung fest, wie viel von seiner Philosophie sie bereits „absorbiert“ hatte.

Laut Natalie war Carl immer der erste, der eingestand, kein sehr guter Vater gewesen zu sein, als die Kinder klein waren. Und doch gibt es Erinnerungen an einen Gutenachtgeschichten-erzählenden, freundlichen und liebenswürdigen Vater. Wenn er strafen sollte, bedeutete dies ohne Abendessen ins Bett oder auch einmal einen „nicht zu festen Klaps“. Möglichen Fantasien, bei Rogers hätte es einen personen-/klientenzentrierten Haushalt gegeben, erteilt Natalie Rogers eine deutliche Abfuhr. Die Eltern waren eindeutig zu respektierende Autorität: „Rules were rules and 'No' meant no. We were to „Do as you are told, with no monkey business!“ (ebd., 188).

Aus Natalie Rogers' Sicht wurden die Kinder ermutigt und unterstützt, Führungsaufgaben in der Schule zu übernehmen und sich nach ethischen Grundsätzen zu verhalten. Die großelterliche protestantische Pflichtethik wird ersetzt durch das Edikt, produktiv zu sein und einen positiven Einfluss auf die Welt auszuüben. An ein Gefühl der Nähe zu ihrem Vater kann sich Natalie Rogers bis zu einem Alter von 13 Jahren nicht erinnern, ab da sieht sie ihn eher als ihren Vertrauten. Und langsam dämmert ihr die Bedeutung des sich verbreitenden Rufes ihres Vaters.

Obwohl Natalie als Psychologin den Weg ihres berühmten Vaters einschlägt, geht sie in ihrer fachlichen Ausrichtung mit der Entwicklung der Expressive Arts Therapy einen eigenständigen Weg. In die Gedankenwelt des Personzentrierten Ansatzes wächst sie im wahren Sinne des Wortes hinein. Carl und Helen Rogers bitten oft graduierte Studenten zu sich nach Hause zum Sonntagmittagstisch – eine Gelegenheit, sich persönlich kennen zu lernen und den fachlichen Austausch in ungezwungener Atmosphäre zu pflegen. Natalie ist als ZuhörerIn dabei und erfährt quasi nebenbei und doch mitterdrin den nicht-direktiven Ansatz. Und nach und nach wird sie von den durchwegs älteren Studenten/innen als „natural therapist“ gesehen: „The empathic, honest, and caring qualities were not difficult for me since I had learned them by osmosis at home“ (ebd., 189).

Tiefen Eindruck hinterlässt bei ihr Virginia Axline, zu jener Zeit tätig am Counseling Center der Universität von Chicago, das von Natalies Vater geleitet wird. Sie entwickelt gerade einen speziellen Zugang zur Arbeit mit Kindern, die klientenzentrierte Spieltherapie. Ihre ersten praktischen Erfahrungen als Psychologiestudentin sollten Natalie Rogers genau in dieses Arbeitsgebiet führen. In ihrer Doktorarbeit versucht sie Spieltherapie und Creative Arts Experience miteinander zu verbinden.

In den später regelmäßig stattfindenden Projekten mit ihrem Vater schätzt Natalie nicht nur die Qualitäten ihres Vaters, sondern hadert auch mit seinen Eigenheiten: „The inability to be aware of his own anger (which he admitted) and deal with it in our team frustrated many of us“ (ebd., 201). Auch ist es nicht leicht für Natalie ihre

eigene Identität zu entwickeln, während sie neben ihrem Vater arbeitet. Sie erlebt Carl Rogers in der Führungsrolle in Teams ungewohnen passiv. Ohne direktiv zu sein, hat er seine sehr subtilen Methoden, Autorität auszuüben, wovon die folgende klar zu den lebenswürdigeren zählt: Faculty-Treffen werden niemals formal beendet, aber es ist klar, dass ein Treffen vorbei ist, wenn Carl Rogers die Schuhe anzieht.

Großen Unmut auf Seiten Natalies hinterlässt, dass es ihr nie gelingt, eine verbale Anerkennung ihres Vaters für ihre berufliche Arbeit zu erhalten. Als sie ihn direkt damit konfrontiert, zieht er sich mit „I’m not very good at that“ eher unelegant aus der Affäre. Allerdings versteht Natalie auch die averbalen Signale zu deuten. Als sie ihr Person-Centered Expressive Therapy Institute startet, arbeitet Vater Rogers auf Einladung gerne im Staff mit und zeigt großes Interesse und Faszination.

Wiewohl schwankend zwischen Wertschätzung für den freundlichen und fürsorglichen Vater und Verärgerung über dessen Unzulänglichkeiten gibt Natalie Rogers einer tiefen Befriedigung darüber Ausdruck, dass sie am Ende gut ausgesöhnt mit beiden Elternteilen an deren Sterbeprozess und Abschied teilhaben darf. Dies eröffnet ihr einen neuen Zugang zum Thema Tod und Sterben.

3. Lebensgeschichte – erzählt von Personen, die in der Tradition des PCA stehen²

3.1. Howard Kirschenbaum: On Becoming Carl Rogers

Kirschenbaums Biografie dürfte den von Carl Rogers selbst erzählten Geschichten am Nächsten sein. Sie wurde von Rogers gelesen und freigegeben. Veröffentlicht wurde sie, als Rogers 77 Jahre alt war, und acht Jahre nach Rogers’ Tod wurde sie erweitert³. Sie beginnt mit einer Einleitung, in der Kirschenbaum Rogers als einen Helden bezeichnet, vergleichbar mit jenen vielseitigen Helden aus fiktiven Geschichten, von denen Rogers sich als Kind so faszinieren lassen konnte. Rogers habe sich im Laufe seines Lebens ebenfalls auf vielerlei Abenteuer eingelassen, und Kirschenbaums Anliegen ist es, einen Überblick über diese Vielseitigkeit zu geben. Er schreibt eindeutig aus der Position eines Anhängers und Bewunderers, dessen Anliegen, so wie er angibt, es ist, mit dieser Biografie die Verbreitung des Ansatzes zu unterstützen. In seinem Bemühen „to give a balanced picture“ (Kirschenbaum 1979, xvi) gibt Kirschenbaum ein differenziertes Bild von Carl Rogers wieder, wobei die Betonung

doch deutlich auf einer sehr positiven und bisweilen liebevollen Darstellung von Carl Rogers’ Entwicklung liegt. Sie ist die detaillierteste aller Rogers-Biografien, gespickt mit Auszügen aus Tagebüchern und Briefen. Kirschenbaum hatte Rogers selbst zur Befragung zur Hand und hat außerdem viele andere Menschen interviewt, darunter Rogers’ Frau, Geschwister und Kinder, aber auch LehrerInnen und StudentInnen.

Carl Rogers wird als ein kränkliches, aber sehr sensibles und intelligentes Kind dargestellt, das unter den innerfamiliären Neckereien sehr leidet. Insbesondere sein Mangel an sozialen Kontakten und die liebevoll strenge Religiosität und Moral seiner Eltern werden als persönlichkeitsbildende Faktoren hervorgehoben. Carl wächst auf in einer von protestantischer Pflichtethik geprägten Atmosphäre, getragen von der Diskrepanz, zu den Auserwählten zu gehören und ein sündiger und nichtswürdiger Mensch zu sein. Außerdem lernt er nachdrücklich, dass „bad feelings“ aus der Familie draußengehalten werden müssen. Als Vater vermittelt er dies auch seinen Kindern.

Ein wesentliches Moment seines Ablösungsprozesses von der Familie stellt die Reise nach China dar. Die Loslösung erfolgt über eine Änderung seines religiösen Denkens. Die große Distanz und das dadurch verlangsamte Tempo, in dem seine diesbezüglichen Briefe seine Eltern erreichen, erleichtert ihm die Verselbständigung, da der Widerspruch erst dann eintrifft, nachdem sich seine Überlegungen bereits gefestigt haben.

Sein wachsendes Interesse für Agrikultur und Biologie gilt als Vorläufer seiner späteren wissenschaftlichen Entwicklung und seines Denkens. Viele seiner Denkmodelle sind der Biologie entlehnt. In seiner Karriere als Psychologe ist er von zwei verschiedenen Kräften beeinflusst: Neben dem zunehmenden Wunsch und Bemühen, den Menschen von innen her zu verstehen, besteht die Überzeugung, ihn anhand objektiver Testverfahren auch von außen her erklärend abbilden zu können. Es erscheint ihm stets wichtig, seine theoretischen Überlegungen durch gesicherte Forschungsergebnisse zu stützen.

Carl Rogers wird als jemand beschrieben, der nicht von einem großen Vorbild lernt, sondern in Hinblick auf Erwerb von Wissen in erster Linie seiner eigenen Erfahrung vertraut. Andererseits meint Kirschenbaum, Rogers’ Formulierung des Personzentrierten Ansatzes sei nicht als ein neu erdachtes Konzept zu sehen, sondern als ein gelungener und radikaler Versuch, bereits existierende moderne Konzepte in ein organisiertes System einzubauen: „I would suggest that Rogers’ contribution lay not in his uniqueness, but in his extreme and systematic approach to therapy. In effect he took many of the newer concepts and practices in therapy and built them into an organized system which was more extreme than any of his recent predecessors or contemporaries“ (ebd., 124).

In seiner minutiösen Beschreibung von Rogers’ Arbeitsjahren und der einhergehenden Entwicklung seines Denkens bringt Kirschenbaum eine Dichte an Details, die dem Leser den Eindruck ver-

2 Der Vollständigkeit halber sei hier noch die Habilitationsschrift von Reinhold Stipsits erwähnt, die 1999 unter dem Titel „Gegenlicht – Studien zum Werk von Carl R. Rogers“ erschien und in der sich zahlreiche biografische Anmerkungen finden. Diese hier zu besprechen würde über den Rahmen des Artikels hinausgehen.

3 Für die Verfassung dieses Artikels lag lediglich die nicht erweiterte Fassung sowie die stark verdichtete Version der Gesamtarbeit in Suhd (1995) vor.

mitteln, jeden Entwicklungsschritt unmittelbar mitverfolgen zu können. Die Darstellung der Jahre in Rochester und Chicago geben genau wieder, wie Rogers von einem Experten zu einem Zuhörer wurde. Dabei lässt er sich von den Gedanken anderer Leute wie Jessie Taft und Frederick Allen anregen, folgt aber immer seinem Vertrauen in die eigene Erfahrung. Die Auseinandersetzungen mit Skinner und Buber werden eingehend besprochen wie auch die von ihm betriebenen Forschungen und entwickelten Testverfahren. Außerdem zeigt die gesamte Biografie, wie Rogers mehr und mehr er selbst sein kann und parallel dazu seine Sicht der Bedeutung der Kongruenz für das Therapiegeschehen herausarbeitet. Die Person Rogers an sich wird bei Kirschenbaum nicht als einseitig akzeptierend und freundlich dargestellt. Es finden sich auch Widersprüchlichkeiten, wenn er etwa warm, umsorgend und gleichzeitig sehr willensstark und distanziert erlebt wird: „In my opinion the answer lies in another set of Rogers’ characteristics that were frequently mentioned by his students, associates, and friends: a combination of great warmth, giving, and caring and also, paradoxically, an impression of distance and aloofness“ (Kirschenbaum 1979, 186). Auszüge aus Briefen aus der Wisconsin-Zeit, die vom Konflikt zwischen ihm, Gendlin, Kiesler und Truax zeugen, zeigen ihn als jemanden, der dem Konflikt nicht aus dem Weg geht und der bisweilen sehr bissig sein kann (ebd., 286). Die Probleme, die Carl und Helen in einem späteren Zeitpunkt ihrer Ehe bekommen, als Helen sehr krank und abhängig wird und Carl sich sehr belastet fühlt, beschreibt Kirschenbaum im Detail, ohne darüber ein Urteil abzugeben (ebd., 416). Es ist dies eine Zeit, in der sich Rogers der politischen Bedeutung seiner Ideen bewusst wird und beginnt, tiefer in die gesellschaftspolitische Arbeit einzutauchen. Die Encounterbewegung bietet nicht nur dem Einzelnen die Gelegenheit, in der Gruppe das eigene Wachstumspotenzial zu erleben, sie stellt auch ein wirkungsvolles Mittel zur Annäherung verfeindeter Standpunkte gesellschaftlicher Subgruppen dar. Rogers, der das in dieser Arbeit liegende große Potenzial erkennt, leidet sehr unter der durch seine schwerkranke Frau eingeschränkten Bewegungsfreiheit. Dennoch bringt sein – nach dem Tod von Helen verstärkter – Einsatz in der selbstaufgelegten Mission der Friedensarbeit dem international bekannten Rogers weitere Anerkennung: „The older he was and the more experience he had in facilitating communication and community among diverse groups, the more committed he became to reducing international and intergroup tensions and achieving world peace“ (Kirschenbaum 1995, 79).

3.2. Brian Thorne: Carl Rogers

Einen knappen Abriss verfasst Brian Thorne, der sich auf eine kurze Darstellung der Eckdaten aus dem Leben Carl Rogers’ beschränkt. Die wichtigen Lebensperioden und -stationen sind vermerkt und mit interpretierenden Anmerkungen versehen. Mit ihrer Aneinan-

derreihung bezieht er sich augenscheinlich auf seinen Vorgänger als Biografen, Howard Kirschenbaum. Die Biografie erscheint post mortem, im Jahr 1992. Weder scheint Thorne Rogers persönlich so gut gekannt, noch je Gelegenheit zu einem ausführlichen Interview gehabt zu haben wie Kirschenbaum. Sein Hauptaugenmerk liegt also folgerichtig auf einer Darlegung der theoretischen Implikationen Rogers’ und seines Einflusses auf die gelebte therapeutische Praxis, nebst einer Diskussion der Kritiken und Einwendungen gegen Rogers’ Ansatz. Dem gelernten Theologen Thorne liegt die spirituelle Dimension im Leben Rogers’ am Herzen, da er auf die verwertbaren Hinweise und Äußerungen Rogers’ an mehreren Stellen seiner Arbeit eingeht.

Rogers’ Theoriegebäude wird in einer übersichtlichen Ganzheit vor dem Leser aufgebaut. Dabei tritt die phasenhafte Entwicklung und Vertiefung der theoretischen Überlegungen in den Hintergrund und es entsteht eher der Eindruck einer lehrbuchhaften Präsentation der personzentrierten Theorie. Diese allerdings umfasst alle wesentlichen Ideen aus Rogers’ Denken, von der Autonomie und Ressourcenorientiertheit der Person über die Aktualisierungstendenz hin zur Idee der „fully functioning person“, von den Bewertungsbedingungen, dem Selbstkonzept, zu den notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung und der Beschreibung des therapeutischen Prozesses. Selbst die, vom späten Rogers angedachte, vierte Bedingung, zusätzlich zu den drei „core conditions“ ist erwähnt. Rogers beschreibt sie mit dem Begriff Anwesenheit bzw. Präsenz: „When I am at my best, as a group facilitator or a therapist, I discover another characteristic. I find that when I am closest to my inner, intuitive self, when I am somehow in touch with the unknown in me, when perhaps, I am in a slightly altered state of consciousness in the relationship, then whatever I do seems to be full of healing. Then my simple presence is releasing and helpful“ (Rogers 1986; zit. nach Thorne 1992, 40).

Bereits in seinem Theorieentwurf aus dem Jahr 1959 hat Rogers ein klar konstruktivistisches Wissenschaftsverständnis an den Tag gelegt. „There is no such thing as Scientific Knowledge, there are only individual perceptions of what appears to each person to be such knowledge“ (Rogers 1959, 192; zit. nach Thorne 1992, 42). Thorne legt dar, dass ein derartiges Verständnis, mit dem Primat der persönlichen Erfahrung, verschiedene Implikationen mit sich bringt. Rogers ist darauf bedacht, seiner eigenen und der Erfahrung des Klienten möglichst offen gegenüber zu sein. Erfahrungsdaten bilden die Basis für das therapeutische Geschehen, so wie sie in die subjektive Welt von Klient und Therapeut einfließen, und dafür, wie es gelingt, vom je eigenen Bezugsrahmen her darüber in Interaktion zu treten. Die Theorie der Psychotherapie und der Persönlichkeitsveränderung versucht nun diese subjektiven Daten in ein ordnendes Schema zu bringen. Die Theorie versucht zu beschreiben, was passiert und wie es passiert, oder in anderen Worten, die Hypothesen über die Erfahrungen aus der therapeutischen Interaktion führen zu generellen Annahmen über die Natur der menschlichen

Persönlichkeit und des menschlichen Verhaltens. Rogers behauptet zu Beginn nicht, dass eine Aktualisierungstendenz in jedem von uns wirkt, sondern dass, wenn Klient und Therapeut in einer helfenden Beziehung der subjektiven Wahrnehmung und Erfahrung folgen, dem menschlichen Organismus eine aktualisierende Tendenz mit anderen Teilen der natürlichen Ordnung gemeinsam ist. Diese Tendenz komme freilich häufig nicht zum Tragen, weil die subjektive Erfahrung nicht anerkannt wird und statt dessen kritische und bewertende Äußerungen Bewertungsbedingungen herstellen, die den Selbstaktualisierungsprozess mit der Aktualisierungstendenz des gesamten Organismus in Konflikt bringen. Erfahrung ist „all that is going on within the envelope of the organism at any given moment which is potentially available to awareness“ (Rogers 1959, 197; zit. nach Thorne 1992, 43). Genau diese Grundlegung der subjektiven Erfahrung ist Ziel vieler Kritikpunkte an Rogers' theoretischen Formulierungen.

Nach Thorne liegt ein Hauptverdienst von Rogers in Bezug auf die praktische Ausübung der Psychotherapie in der Öffnung der Therapiesitzung für die wissenschaftliche Beforschung. Die Einführung von Ton- und Videoaufzeichnungen in die private Situation der therapeutischen Beziehung bildet die Voraussetzung für unterschiedliche Untersuchungsdesigns zum Wohl der Klienten und Ausbildungskandidaten, wie Thorne meint: „Rogers believed that therapy was such an important activity that it required opening up to the closest scrutiny and that far from trading on secrecy and mystification it should be revealed in all its observable dimensions (Thorne 1992, 46).

Nicht zu gering schätzen sei aber auch die Pionierarbeit Rogers' auf der Ebene des Berufsfeldes der Psychotherapie. In vielen Kämpfen und Auseinandersetzungen mit dem Berufsstand der Psychiater eröffnet und verteidigt Rogers Zug um Zug Betätigungsfelder für sich selbst und viele Psychologen respektive Psychotherapeuten.

Rogers' Erfolge als Forscher werden bei Thorne zwiespältig wahrgenommen. Im Aufwerfen notwendiger und interessanter Fragestellungen, als Impulsgeber und unbeirrbarer Denker sieht er ihn mit großem Respekt. Den erzielten Forschungsergebnissen aus Rogers' Arbeiten steht Thorne reserviert gegenüber, was ihre Gültigkeit angeht. Unter Bezugnahme auf Levant und Shlien sowie Watson und wohl so etwas wie einen „common sense“ in der scientific community gesteht er weder Rogers' Forschungsmethodik noch Ergebnisevaluation großes Gewicht zu (ebd., 75f), wie überhaupt sich die Erforschung des Klientenzentrierten Ansatzes in Überblicksstudien als „fehleranfällig“ und „wenig überzeugend“ erwiesen habe. Das führt sogar zu der Aussage: „Indeed, it would seem that, as yet, Rogers' own hypotheses as he originally formulated them, remain untested“ (ebd., 77).

Dies ist nicht der einzige Punkt, in dem Thorne mit Kritiken an Rogers übereinstimmt. Buber konnte in seinem Dialog mit Rogers überzeugend darlegen, dass es sich bei der therapeutischen Beziehung um keine handelt, die auf voller Gegenseitigkeit basiert. Die

Therapiebeziehung konstituiere immer ein Ungleichgewicht, das eine offene Begegnung von unabhängigen Personen im Sinne einer „Ich-Du Begegnung verunmögliche“, denn „life-giving 'I-Thou' relationship is only possible when both frames of reference are experienced simultaneously“ (ebd., 83). Aus dieser Blickrichtung entscheidet sich Thorne dafür, es mit Van Belle zu halten, der in der Kooperation des Therapeuten mit dem Klienten die wesentliche Aufgabe des Therapeuten sieht und „facilitation“ (ebd., 85) als Etikettenschwindel betrachtet, der den Klienten einlädt oder – schlimmer noch – verführt, sich einseitig auf seinen Therapeuten zu verlassen oder sich mit ihm zu identifizieren. So könnte durch mangelnde Kongruenz ein Verhältnis entstehen, das im Glauben an den alles vermögenden Therapeuten verhaftet bleibt und nicht in die Selbst-Ermächtigung und Emanzipation des Klienten mündet (ebd., 70).

3.3. Norbert Groddeck: Carl Rogers – Wegbereiter der modernen Psychotherapie

Groddecks Biografie ist der erste in deutscher Sprache verfasste Überblick über Rogers' Leben. Sie beginnt, indem der sich wandelnde Zeitgeist in den Vereinigten Staaten zum Zeitpunkt von Rogers' Geburt beleuchtet wird.

Rogers' Eltern gründen ihre Familie, als soeben das Jahrhundert des Kindes ausgerufen ist. Das bedeutet eine radikale Wende im Erziehungsdenken: Die Erwachsenen sollen jetzt für die Kinder da sein, während vorher die Kinder sich dem Denken und den Ansprüchen der Eltern anpassen mussten. In einem angemessenen und guten pädagogischen Rahmen sollen Selbstbestimmung und Kreativität des Kindes gefördert werden. Natürlich ist das auch eine Zeit, in der der Kampf zwischen Erneuerern und Traditionalisten tobt. In diesem Spannungsfeld erziehen Julia und Walter Rogers ihre sechs Kinder. Ein weiterer bestimmender Faktor ist der Pioniergeist der Einwanderer, die aus Europa ausgewandert waren, um endlich ihr Leben frei und ohne viel Einmischung durch den Staat zu gestalten. Carl Rogers' Familienerbe ist ein „strenger missionarischer Protestantismus gepaart mit einem vom Überlebenskampf geprägten Pragmatismus“ (Groddeck 2002, 22). Die Lebensausrichtung ist individualistisch, geprägt von Selbstverantwortung, in der wirtschaftlicher Erfolg und ein frommes, tugendhaftes Leben keinen Widerspruch darstellen. Groddeck bezeichnet Rogers' Familie als eine Wagenburg aus der Pionierzeit: „Man fühlte sich umzingelt von Feinden, Fremden und von religiösen Verlockungen und Versuchungen des Vorstadtlebens. Man musste zusammenhalten und jeder Mann in dieser ‚Pionierfamilie‘ musste sich anstrengen und aufpassen, dass die hohen Standards einer christlich-tugendhaften Lebensführung eingehalten werden konnten. Das bedeutete konkret: Viel Arbeit, keine Freizeit, kein Müßiggang, keine ‚Laster‘ und stets ein Vorbild für die anderen zu sein“ (ebd., 23).

Wie bereits beschrieben, wird Carl als sehr sensibles und intelligentes Kind geschildert, das anders als seine Geschwister ist. Dieser Umstand und die Tatsache, dass ihm kein Umgang mit Kindern aus anderen Familien erlaubt ist, führt zu einer inneren Einsamkeit, die sehr wahrscheinlich dazu beigetragen hat, dass gerade solche zwischenmenschlichen Elemente wie Kontakt, Einfühlung, Akzeptanz und Beziehung in seinem psychotherapeutischen Ansatz so wichtig geworden sind. Der Aspekt, dass Gefühle, vor allem negative, in der Familie nicht offen gelebt werden, erklärt womöglich, weshalb Kongruenz zwar anfangs als Therapiebedingung aufscheint, aber erst in einer späten Phase seines Lebens Bedeutung als gelebte Praxis gewinnt. Auch jene vierte Bedingung für Persönlichkeitsveränderung, die Rogers erst im hohen Alter hinzufügt, wird als Ergebnis seiner eigenen Entwicklung beschrieben: „In seinem Spätwerk fühlte Rogers sich ermutigt, die drei förderlichen Einstellungen des Beraters und Therapeuten, die er in seiner frühen Psychotherapieforschung als die entscheidenden Wachstumsbedingungen herausgearbeitet hatte, (...), um eine vierte zu erweitern, die er Präsenz (Gegenwart/Anwesenheit) nannte. Er konnte und wollte dieses intuitive Element nicht mehr mit den Mitteln der empirischen Forschung untersuchen und erfassen und beschrieb (sie) deshalb nur phänomenologisch von seinem Erleben her“ (Groddeck 2002, 179f).

Groddeck weist auf Rogers' Zerrissenheit zwischen Empirie und Phänomenologie hin und beschreibt, wie Rogers sich doch zunehmend auf seine Intuition und sein implizites Wissen verlässt und sich der akademischen Tradition entzieht. Er stellt ihn in einen frühen Zusammenhang mit dem konstruktivistischen Denken, denn in dieser Zeit schreibt Rogers einen Artikel, in dem er einer Idee Ausdruck verleiht, die „wir heute (2001) konstruktivistisch nennen würden und die seit den 1980er Jahren von vielen systemischen Theoretikern ebenfalls propagiert wird und die Rogers' Werk mit seiner Fundierung in der subjektiven Wahrnehmung eigentlich bereits seit 1951 durchzieht.“ (ebd., 176f).

Der Ton dieses Buches liest sich neutral bis verständnisvoll, getragen von einem Versuch, die Persönlichkeit Carl Rogers in einem differenzierten Licht zu sehen: „Rogers Karriere (war) durchaus von ehrgeizigen, zielstrebigem, beharrlichen und auch kämpferischen Motiven geprägt (...). Seine bisherige Entwicklung auch in öffentlichen Ämtern zeigte, dass er auch politisch sehr geschickt sein konnte und ein sicheres Gefühl für effektive Strategien und Mobilisierungseffekte besaß. Dies steht deutlich in Kontrast zu seiner eigenen Sichtweise, in der er sich gerne als bescheiden, zurückhaltend und verständnisvoll darstellt, als ‚sanfter Revolutionär‘, der leise durchs Leben geht“ (ebd., 81). Andererseits wird er auch als integrierende Figur dargestellt. Als Rogers begann in Erscheinung zu treten, stand er im „Mittelpunkt dieser zentrifugalen Tendenzen der akademischen Psychologie“ (ebd., 89), mit denen er aufgrund seiner „praktisch helfenden und wissenschaftlich-diagnostischen Ambitionen“ (ebd., 90) in Verbindung bleiben konnte, und hatte

dadurch eine integrierende Wirkung: „In vielen aufwendigen Verhandlungen und auf vielen Reisen nach New York und Washington gelang es Rogers, eine Übereinkunft zu erreichen, die darauf abzielte, dass die APA zukünftig eine Organisation sein wollte, die alle Psychologen zu vertreten gewillt war“ (ebd., 91). Im Vergleich zu anderen Biografien besticht diese durch den immer wieder beleuchteten sozialgeschichtlichen Hintergrund, vor dem Carl Rogers' Denken sich entwickelte. Dadurch wird es möglich, das Entstehen des Personzentrierten Ansatzes in einem breiteren Kontext zu verstehen. Groddeck beschreibt beispielsweise, wie die Entwicklung des Personzentrierten Ansatzes dadurch möglich wurde, dass die Psychoanalyse – durch die Flüchtlingswellen im Zuge des zweiten Weltkriegs zu einer „Mode- und Masseerscheinung“ geworden – zu einem wachsenden Interesse an Psychotherapie und Beratung führte (ebd., 77). Auch die Entstehung der Encounter-Gruppen fand in einer Phase statt, da es bereits in der Psychoanalyse ein „deutliches Bewusstsein dafür (gab), dass ‚der Platz auf der Couch zu knapp war‘, wie es Ruth Cohn anschaulich formulierte, ... (ebd., 145). Rogers stellt den psychoanalytischen und gruppendynamischen Konzepten ein auf Bubers Begegnungsphilosophie basierendes Gruppenmodell entgegen, wodurch auch der Ansatz erweitert wird: „In dieser Version der historischen Entwicklung wird die klient-zentrierte Therapie, obwohl sie in der zeitlichen Aufeinanderfolge früher und von der Theorie her beinahe vollständig war, zu einem Teilbereich des person-zentrierten Konzepts. Somit erlebte seltsamerweise die klient-zentrierte Therapie einen Rückschlag, als sie sich weiter ausdehnte“ (ebd., 148).

Rogers' letzte Tage werden eindrücklich aus einer fast privaten Perspektive derer, die dabei waren, geschildert. Nachdem er sich bei einem Sturz einen Oberschenkelhalsbruch zugezogen hat, fällt er nach der gut verlaufenen Operation in ein Koma: „In diesen Tagen traf die Mitteilung seiner Nominierung für den Friedensnobelpreis ein. Gay Barfield schreibt: ‚Mit Traurigkeit und mit Freude zugleich lasen wir diese Ankündigung Carl an seinem Krankenbett vor, als er im Koma lag und dann am 4. Februar 1987 starb. Ich bin mir gewiss, dass er uns und unsere Nachricht verstanden hat‘ (Groddeck 2002, 202).

4. Von außen gesehen – Kritisches, Diskursives

4.1. David Cohen: Carl Rogers – A critical biography

Cohen ist, seinem Anspruch nach, ein viel kritischerer Biograf. Er ist Psychologe und Journalist, und er ist interessiert daran zu untersuchen, inwiefern berühmte Psychologen das auch lebten, was sie predigten. Seine nach Rogers' Tod erstellte Biografie hat den Vorteil, dass sie nicht nach dessen Zustimmung fragen musste oder wollte. Sie präsentiert sich als Ergebnis journalistisch-wissenschaftlicher Recherche anhand öffentlich zugänglicher Unterlagen in der Washington-Library of Congress. Allerdings kann auch an

ihrer Objektivität gezweifelt werden. Cohen beschreibt die Enttäuschung, die er und seine Studienkollegen erlitten, als sie Carl Rogers in ihre Universität einluden. Anstelle einer persönlichen Reaktion, wie sie sie erwartet hatten, erhielten sie eine sehr unpersönliche Absage. Cohen gesteht ein, dass dies eine Kränkung darstellte, wenngleich ein Teil des Gekränktheits in ihrer Arroganz als Studenten einer Eliteuniversität lag. Aber nach dem, was sie alles über und von Rogers gelesen hatten, war dies ein böses Erwachen. Die Enttäuschung dürfte sich in der Biografie widerspiegeln. Sie bietet damit eine keineswegs verklärte Sichtweise, sondern Cohens Interesse führt insbesondere zu den Schattenseiten dieser oft verherrlichten Persönlichkeit. Zwar erkennt er an, dass Rogers nicht versucht hat, seine eigenen Schwächen und Fehler zu vertuschen, indem er seinen Nachlass unzensuriert der ganzen Welt zugänglich gemacht hat. Andererseits weist er dezidiert auf die Diskrepanz zwischen dem Menschen Carl Rogers und seinem Image als „Gott“ hin. Insgesamt gibt Cohen ein viel menschlicheres Bild von Rogers als manch anderer Biograf. Es kann sich beim Lesen sogar ein Gefühl der Erleichterung einstellen, da der Mensch Carl Rogers näher rückt und durch manche spekulative Aussage nicht wirklich an Respektabilität verliert.

Leider tut eine journalistische Gier nach Sensationellem dem an sich lobenswerten Bestreben nach einem ungeschönten Blick auf Rogers nicht gut. Sie verführt Cohen dazu, Anspielungen zu machen, die er nicht durch Fakten belegen kann. Ein Beispiel dafür ist seine Unterstellung, dass Rogers womöglich eine Affäre mit einer Klientin hatte, die unter Schizophrenie litt, ohne dafür Beweise vorlegen zu können (Cohen 1997, 139). „It should be stressed that there was no firmer evidence for suggesting that Rogers had been sexually involved with his client, ...“ (ebd., 139). Wenn es keine Belege gibt, wozu dann die Rede darauf bringen?

Im Folgenden sollen, um Wiederholungen zu vermeiden, eben nur jene Aspekte von Rogers' Lebenslauf und Persönlichkeit angeführt werden, die durch Cohens Perspektive eine andere Sichtweise als jene der oben vorgestellten Autoren einbringen.

Die Beschreibung von Carl Rogers' Kindheit und Jugend unterscheidet sich nicht wesentlich von den anderen, außer dass er vielleicht ein etwas kritischeres Bild von Rogers' Eltern gibt. Zudem stellt er das subjektive Erleben des Kindes Carl Rogers, nämlich dass das Necken innerhalb der Familie oft bis an die Grenze der Grausamkeit ging, in Frage: „To a surprising extent, Rogers wrote as if he had been a victim in his childhood“ (Cohen 1997, 25). Und scheint damit genau das zu tun, was er Rogers in der Rochester-Phase vorwirft (siehe weiter unten): Er macht das Kind für dessen Probleme verantwortlich. Rogers' Ablösungsprozess nützt er, um hervorzuheben, dass Carl konfliktscheu war, und schreibt dessen Magengeschwür diesem Umstand zu. Bezüglich Rogers' Phase als Kinderpsychologe weist Cohen an verschiedenen Stellen immer wieder darauf hin, dass es doch verwunderlich ist, dass Rogers in dieser Zeit nie einen Fall von Kindesmissbrauch aufdeckte (ebd., 61). Er meint, dass Ro-

gers damals die sozialen Umstände, aber auch das Sozialverhalten des Kindes oder der Familie zwar scharf kritisiert, aber nicht danach fragt, ob an dem Kind eventuell Missbrauch getrieben worden sei (ebd., 85). Diese Kritik wirkt etwas undifferenziert, da die Tatsache, dass Sexualität und Missbrauch allgemein noch viel mehr tabuisiert waren als heute, mit keinem Wort erwähnt wird.

Cohen stellt Rogers' liberale Sichtweise in Frage und bringt dafür als Beispiel einen Artikel aus jener Phase (1931) mit dem Titel „We pay for the Smiths“, in dem Rogers eine sozial schlecht gestellte Familie mit zahlreichen abwertenden Begriffen beschreibt. Er weist auf die Diskrepanz zwischen Rogers' sozialem Bewusstsein, seinem Interesse an Menschen und seiner moralischen Bewertung hin, die zu dem Zeitpunkt noch sehr stark von der psychoanalytisch-psychologischen Sichtweise geprägt ist. Kinder werden als egoistisch und als „Teufelsbraten“ beschrieben: „... the negative tone, insisting on the selfish child, was typical of the professionals of the period“ (Cohen 1997, 84). Dieses Verhaften, wenn auch nur noch mit einem Fuß in der damaligen Sichtweise, findet auch Ausdruck in seiner von Cohen als zwiespältig beschriebenen Haltung zu den Gedanken von Taft und Allen: Einerseits ist er einverstanden mit ihrer kind-zentrierten Sichtweise, andererseits bezeichnet er sie als idealistisch (ebd., 77).

Cohen zeichnet Charaktereigenschaften, die bei Kirschenbaum nicht mit *der* Schärfe hervorgehoben werden, beispielsweise Rogers' Gefühl, sich beweisen zu müssen, und ein damit zusammenhängender Ehrgeiz, die er beide als Beweggrund für das Verfassen des ersten Buches („The Clinical Treatment of the Problem Child“) betrachtet (ebd., 81). Zudem meint er, dass „Rogers nie gern therapeutisches Versagen zugab“ (ebd., 90), und belegt das mit der Tatsache, dass Rogers nie erklärt hat, weshalb er ein Jahr, nachdem er den Posten des Leiters des Rochester Guidance Center nach einigem Kampf letztendlich doch erhalten hat, für viele überraschend das Angebot annimmt, an der Ohio State University zu unterrichten. Cohen vermutet, dass Rogers womöglich ausgebrannt ist, da die positiven statistischen Daten täuschen und die Arbeit sich im Endeffekt doch als weniger erfolgreich darstellt.

Im Laufe des Buches wird Cohens Ton immer kritischer. Er scheint jede Gelegenheit wahrzunehmen, Carl Rogers Schwächen nachzuweisen. Einmal behauptet er, Rogers habe die Wirkung seines Vortrages in Minnesota, den er als die Geburtsstunde der Klientenzentrierten Psychotherapie bezeichnet, übertrieben, um seine eigene Bedeutung zu verstärken (ebd., 97-98). Ein andermal betont er, dass Rogers lange Zeit seine Augen vor den enttäuschenden Ergebnissen der Psychotherapieforschung verschließt (ebd., 151). Er beendet seinen Bericht, indem er die Bedeutung Carl Rogers' zu relativieren sucht: „In social work his influence is strong, though it would be exaggerating to claim that there is a school of non-directive therapy or of the person-centred approach. Rather, Rogers' philosophy—listen to the client, treat him or her with respect, use empathy, try to get the client to find his or her solutions—has

become part of the fabric of therapy“ (ebd., 235). Er attestiert ihm lediglich, „he made therapy friendlier, more accessible and he took some of the controls out of the hands of therapists. He helped popularise the idea that therapy was not just for the ‘sick’ but that it could help anyone to be happier and find his or her real self“ (ebd., 235f).

Ist es Unkenntnis oder Nicht-wahr-haben-Wollen der Tatsachen? Ist Cohen das implizite Eingehen der von Rogers postulierten therapeutischen Basisvariablen in die Praxis einer Vielzahl von Therapierichtungen unbekannt und nehmen nur Insider die Verbreitung des Personzentrierten Ansatzes wahr, die zugegebenermaßen in Europa mehr Gewicht zu haben scheint als in den Vereinigten Staaten, wohin der Brite Cohen seine Recherche verlagert hat? Die Fakten haben sich für Carl Rogers immer als freundlich dargestellt – vielleicht weil er sie so wollte. Für Cohen ist die Faktenlage eine dichte, denn alles aus Rogers’ Nachlass ist offen zugänglich. Rogers hat sich damit sogar darauf eingelassen, posthum die Bewertung im Gegenüber bzw. beim Anderen zu belassen. Dieses Faktum ist freundlich.

Aus Fakten werden Geschichten und davon, welche Fakten in die Geschichte eingebracht werden und welche nicht, hängt es ab, welche Leser- oder Zuhörerschaft eine Geschichte findet, welcher „Aspekt der Wahrheit“ (Stipsits 1999, 80) getroffen oder verfehlt wurde. Das Verfassen einer Biografie ist wohl ein ebenso subjektives Unterfangen wie das Leben und das Lesen einer solchen. Ob sich der/die LeserIn mit wissenschaftlichem Interesse oder aus Neugier an der vermeintlichen Sensation nähert, ist für den Beschriebenen längst unerheblich. Auch wenn manchmal eine Anmutung entsteht, der in der Geschichte dargestellten Person begegnet zu sein, sie besser zu kennen als vorher, ist dem keineswegs so. Bestenfalls haben wir uns anrühren lassen und – so wir aufmerksam waren – etwas über uns erfahren und werden unserer eigenen Biografie einen kleinen, unerheblichen Schlenker in eine andere Richtung versetzen. Schlimmstenfalls haben wir unserer eigenen Lust an der Sensation – und damit letztlich nur unserer Sehnsucht nach und Fiktion von Nähe – nachgegeben und uns hoffentlich gut unterhalten. Aber das ist eine andere Geschichte.

Literatur:

- Cohen, David (1997), Carl Rogers. A critical biography, London (Constable)
- Groddeck, Norbert (2002), Carl Rogers. Wegbereiter der modernen Psychotherapie, Darmstadt (Primus)
- Kirschenbaum, Howard (1979), On becoming Carl Rogers, New York (Delacorte)
- Kirschenbaum, Howard (1995), Carl Rogers, in: Suhd, Mel M. (Ed.), Positive regard. Carl Rogers and other notables he influenced, Palo Alto (Science and Behavior Books) 1–102
- Rogers, Carl R. (1961), This is me, in: On becoming a person, Boston (Houghton Mifflin) 4–27; dt.: „Das bin ich“. Entwicklung meiner fachlichen Ansichten und meiner persönlichen Philosophie, in: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, Stuttgart (Klett-Cotta) 1973, 19–43
- Rogers, Carl R. (1972), My own marriage, in: Becoming partners: Marriage and its alternatives, New York (Delacorte) 21–29; auch in: Kirschenbaum, Howard / Land-Henderson, Valerie (Eds.), The Carl Rogers Reader, Boston (Houghton Mifflin) 1989, 29–37; dt.: Meine eigene Ehe, in: Partnerschule. Zusammenleben will gelernt sein, München (Kindler) 1975, 25–33 [Frankfurt (Fischer TB) 1982, 26–36]
- Rogers, Carl R. (1959), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (Ed.), Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987
- Rogers, Carl R. (1974), In retrospect: Forty-six years, in: American Psychologist 29, 2, 115–123 [auch in: Evans, Richard I., Carl Rogers. The man and his ideas, New York (Dutton) 1975, 119–146]; dt.: Rückblick: sechsvierzig Jahre, in: Rogers, Carl R. / Rosenberg, Rahel, Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit, Stuttgart (Klett-Cotta) 1980, 35–52
- Rogers, Carl R. (1980), Growing old: Or older and growing, in: A way of being, Boston (Houghton Mifflin) 70–95; dt.: Alt werden oder: älter werden und wachsen, in: Der neue Mensch, Stuttgart (Klett-Cotta) 1981, 37–61
- Rogers, Carl R. (1986), A client-centered/person-centered approach to therapy, in: Kutash, Irwin L. / Wolf, Alexander (Eds.), Psychotherapist’s casebook, San Francisco (Jossey-Bass) 197–208; dt.: Ein klientenzentrierter bzw. personzentrierter Ansatz in der Psychotherapie, in: Rogers, Carl R. / Schmid, Peter F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz (Grünewald) 1991, 238–256
- Rogers, Carl R. (1987), On reaching 85, in: Person-Centered Review 2, 2, 150–152; auch in: Kirschenbaum, Howard / Land-Henderson, Valerie (Eds.), The Carl Rogers Reader, Boston (Houghton Mifflin) 1989, 56–58
- Rogers, David (1995), A ripple in the pond, in: Suhd, Mel M. (Ed.), Positive regard. Carl Rogers and other notables he influenced, Palo Alto (Science and Behavior Books) 275–299
- Rogers, Natalie (1995), The creative journey, in: Suhd, Mel M. (Ed.), Positive regard. Carl Rogers and other notables he influenced, Palo Alto (Science and Behavior Books) 175–224
- Stipsits, Reinhold (1999), Gegenlicht – Studien zum Werk von Carl R. Rogers (1902–1987), Wien (WUV/Universitätsverlag)
- Thorne, Brian (1992), Carl Rogers, London (Sage)

Autoren:

Hans Peter Ratzinger, 1961, lebt und arbeitet als Personenzentrierter Psychotherapeut und Supervisor in freier Praxis in Wels, Oberösterreich; Mitglied der Sektion FORUM der APG.

Elisabeth Zinschitz, 1959, Mag. phil., Klientenzentrierte Psychotherapeutin, Supervisorin, Vorstandsmitglied der ÖGWG; Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapie mit (geistig) behinderten Menschen; Elternberatung für Eltern behinderter Kinder; Supervision von BehindertenbetreuerInnen; Workshops für Prä-Therapie; Veröffentlichungen über Psychotherapie mit KlientInnen mit Behinderungen.

Kontaktadressen:

*Hans-Peter Ratzinger
Adlerstr. 4
A-4600 Wels
E-Mail: hp.ratzinger@utanet.at*

*Mag. Elisabeth Zinschitz
Lenaugasse 7/8
A-1080 Wien
E-Mail: e.zinschitz@chello.at*

Zur Aktualität von Rogers aus heutiger Sicht

Zwölf Perspektiven

Ein Kernstück dieses Schwerpunktheftes zu Carl Rogers stellen Kommentare von renommierten Repräsentanten des Personenzentrierten Ansatzes aus sechs Ländern zu wesentlichen Arbeitsbereichen und zentralen Aspekten seines breiten Schaffens dar – erweitert um ein kurzes Statement von Tom Greening, immerhin Herausgeber des „Journal of Humanistic Psychology“.

Den Anfang macht Natalie Rogers, Carls' Tochter, die mit ihm vor allem in der Encounterperiode zusammen gearbeitet und in weiterer Folge ihre „Expressive Arts Therapy“ entwickelt hat, dabei auf die von ihm formulierte Theorie der Kreativität zurückgreifend. Jürgen Kriz, Jochen Eckert und David Cain befassen sich in ihren Beiträgen jeweils mit Rogers als Wissenschaftler und Psychotherapieforscher bzw. auch mit Forschungsergebnissen, wie die Klientenzentrierte Psychotherapie in der Praxis abschneidet. Hans Swildens würdigt in seinem Artikel einerseits die praktischen Verdienste von Rogers, relativiert zugleich aber dezidiert und kritisch die von Rogers vertretene humanistische Grundposition und seine gesellschaftspolitischen Exkurse. Die Therapietheorie ist bei Finke und Greening angesprochen: Während ersterer die Grundprinzipien des Anerkennens, Verstehens und Begegnens herausarbeitet, verblüfft unser amerikanischer Kollege mit der provokanten These, dass Rogers direktiv am inneren Bezugsrahmen der Klienten interessiert war. Entwicklungstheoretischen Fragestellungen, ein Aspekt, den Rogers nur am Rande streifte, gehen Eva-Maria Biermann-Ratjen und Diether Höger nach: In ihren Stellungnahmen zeigen sie auf, wie sehr die personzentrierte Theoriebildung in diesem Bereich sich doch mit modernen Konzepten aus der Säuglingsforschung und Bindungstheorie verträgt. Schließlich widmen sich drei Statements gesellschaftlichen Fragestellungen wie der Friedensarbeit, die Michael Gutberlet in den Blick nimmt, der Bildung durch Gruppenarbeit, wie sie von Maureen O'Hara und John Wood, langjährigen Kollegen in der Encounter-Gruppenarbeit, propagiert wird, und der feministischen Perspektive. In den beiden erstgenannten Gebieten war Rogers hochaktiv, für die Frauenfrage war er sensibilisiert. Dass sich hier selbst für einen solch feinfühligem Mann wie Carl Rogers Grenzen auftraten, wird in Irene Fairhursts Ausführungen deutlich.

Les commentaires de représentants renommés de l'approche centrée sur la personne de six pays, dans des domaines de travail importants et par rapport à des aspects centraux de sa vaste création – complétés par une courte déclaration de Tom Greening, l'éditeur du « Journal of Humanistic Psychology » – constituent l'élément central de ce dossier sur Carl Rogers.

Le premier de ces commentaires est celui de Natalie Rogers, la fille de Carl, qui a travaillé avec lui surtout pendant la période des encounters, à la suite de quoi elle a développé sa « expressive arts therapy » inspirée de la théorie de la créativité formulée par son père. Les articles de Jürgen Kriz, Jochen Eckert et David Cain traitent chacun de Rogers en tant que scientifique et chercheur en psychothérapie, ainsi que des résultats de recherches sur la manière dont la psychothérapie centrée sur le client se distingue dans la pratique. Dans son article, Hans Swildens apprécie d'une part les mérites pratiques de Rogers, mais relativise en même temps de manière résolument critique la position de base humaniste défendue par Rogers et ses digressions socio-politiques. La théorie de la thérapie est abordée par Finke et Greening. Alors que le premier fait ressortir les principes de base de l'acceptation, de la compréhension et de la rencontre, notre collègue américain surprend avec la thèse provocante que Rogers était intéressé de manière directive par le cadre de référence intérieur des clients. Eva-Maria Biermann-Ratjen et Diether Höger traitent de la formulation des questions dans le sens de la théorie du développement, un aspect que Rogers n'a fait qu'effleurer de manière très marginale: dans leurs prises de position, ils montrent à quel point dans ce domaine l'élaboration de théories centrées sur la personne est en accord avec les concepts modernes issus de la recherche sur les nouveau-nés et de la théorie de l'attachement. Pour finir, trois commentaires seront consacrés aux questions de société telles que le travail sur la paix envisagé par Michael Gutberlet, la formation au travail en groupe tel qu'il est propagé par Maureen O'Hara et John Wood, collègues de longue date dans le groupe de travail encounter, et pour finir la perspective féministe. Rogers était hautement actif dans les deux premiers domaines cités. Quant à la question des femmes, il y était sensibilisé. Le fait que même un homme aussi sensible que Carl Rogers a été confronté ici à des limites, ressort clairement de l'article d'Irene Fairhurst.

Natalie Rogers¹

Carl Rogers' Theorie der Kreativität ins Leben umsetzen

Am 8. Januar 2002 werde ich zu Ehren von Carls 100. Geburtstag eine Kerze anzünden und ihm danken, dass er ein fürsorglicher Vater war, und Helen dafür, dass sie eine hegende und pflegende Mutter war. Als Therapeutin weiß ich nur zu genau, dass es nur wenige Kinder gibt, die in einer solch liebevollen, unterstützenden, kreativen und ethischen Umgebung aufwachsen. Ich trage die Freuden und die Bürde eines solchen Privilegs. Ich genieße die Türen, die mir beruflich offen standen, weil ich Carls Tochter war, und trage manches von diesem Vermächtnis, sein Werk lebendig zu erhalten, um seine humanistischen Werte und Methoden in eine Welt zu bringen, die voll ist von Konflikten und Gewalt.

Vor zwei Jahren zündete ich das Feuer an, um seinen hundertjährigen Geburtstag zu ehren, indem ich das Carl Rogers Symposium 2002 auf die Agenda setzte (24.–28. Juli 2002 in La Jolla, Kalifornien). Viele andere organisieren ebenfalls Feiern und Konferenzen, Zeitschriftenausgaben und Bibliographien, um seine Grundsätze weiterzutragen. Ich zolle allem Beifall, was wir kollektiv tun können, um die Welt daran zu erinnern, dass die Antwort auf Konflikte nicht die Gewalt ist. Die Antwort liegt tief in den Wurzeln der Ursachen, die Individuen in solche Verzweiflung stürzen, dass sie wüten und töten. Für diejenigen von uns, die in den privilegierten und oft fehlgeleiteten Vereinigten Staaten wohnen, hoffe ich, dass die Tragödien des 11. September der Weckruf sein werden, dass unsere Regierung bisher zuweilen eine Politik verfolgt hat, die ganze Kulturen zerstört hat. Ich hoffe, dass die Feiern für Carl sein tiefes Interesse an Weltereignissen anerkennen werden und seine beginnenden Versuche, den Personenzentrierten Ansatz mit höchsten Regierungsmitgliedern zur Anwendung zu bringen wie im Rust Peace Project (C. Rogers 1986) und mit multi-ethnischen Gruppen wie in seiner Arbeit mit Ruth Sanford² in Südafrika (Rogers/Sanford 1987).

Mein eigener Schwerpunkt liegt darin, Carls „Theorie der Kreativität“ (C. Rogers 1961/1973, Kapitel 19) ins Leben umzusetzen. In diesen Zeiten, wo wir von der Regierung zu Konformität genötigt werden, brauchen wir dringend starke Individuen, die in der Lage sind, kreativ zu denken und zu handeln. Kreativität bedroht jene, die Konformität fordern. Diktatoren unterdrücken Selbstaussdruck und den kreativen Prozess. Sie wollen nicht, dass ihre Bürger

selbstständig denken und spontan sind, voller Einfälle oder selbstbestimmt. So gesehen ist Kreativität subversiv in den Augen jener, die Konformität einem politischen System gegenüber fordern. Carl selbst war ein äußerst kreatives Individuum. Er verkörperte die kreative Person, die für Möglichkeiten offen bleibt, flexibel ist und individuelle Unterschiede schätzt. Der Konformist andererseits ist verschlossen, rigid im Denken und folgt dem Führer, ohne das Wissen über sich selbst oder die Fähigkeit zur Unterscheidung zu nutzen. Ich glaube, dass wir kreativ sein müssen, um die Demokratie in der Welt aufrechtzuerhalten und zu pflegen – das heißt, wir müssen mit Ideen spielen können, alternative Lösungen sehen und empathisch allen Seiten zuhören können. Darin war Carl ein Meister.

In Carls bemerkenswert kurzem aber prägnantem Kapitel über Kreativität diskutiert er den dringenden gesellschaftlichen Bedarf, dass der kreative Prozess geweckt wird und unter welchen personenzentrierten Bedingungen er gedeihen kann. Er nennt die Bedingungen, um konstruktive Kreativität zu fördern: Die erste ist psychologische Sicherheit; sie beinhaltet, dass das Individuum bedingungslos wertgeschätzt und empathisch verstanden wird in einem Klima des Nicht-Urteilens. Die zweite Bedingung ist ein Klima psychologischer Freiheit (C. Rogers 1954). Zu diesen zwei Bedingungen habe ich eine dritte hinzugefügt: stimulierende und herausfordernde Erfahrungen anzubieten (N. Rogers 1993, 14). Um zu erklären, was ich meine, muss ich ein bisschen ausholen:

Meine Ausdrucksarbeit mit Kunst entstand, als ich von Boston nach Kalifornien zog und meinen Vater fragte, ob ich mit ihm arbeiten könnte. Er war natürlich hochofrend. Ich entwarf schnell einen zehntägigen Workshop. Wir fragten sechs bis acht Kollegen mitzumachen und wir entwickelten gemeinsam, was wir dann die personenzentrierten Kunstworkshops nannten³. Aufgrund von Vaters Ruf in der ganzen Welt war es leicht, eine riesige Gruppe für zehn Tage zusammenzubekommen. Das waren internationale Workshops während sehr experimenteller Zeiten. Als Team lernten wir so viel, wenn nicht mehr wie die Teilnehmenden. Tag um Tag saß man in der Großgruppe und redete über das Leben, Leute erzählten ihre Lebensgeschichte voll emotionalem Gehalt – ihre Tragödien, Verwirrung, Angst und ihre Dilemmata. Als Team gelang es uns sehr gut, ihre Gefühle zu reflek-

1 Ins Deutsche übersetzt von Margarethe Letzel

2 Vor einer Woche (der Artikel wurde am 17. Dezember 2001 der Redaktion übermittelt; Anm. G. S.) erfuhr ich von Ruth Sanfords Tod im Alter von 94 Jahren. Ich bin voll Hochachtung für ihre Arbeit mit Carl und ihre Hingabe an den Personenzentrierten Ansatz und ihre Arbeit in den multi-ethnischen Gruppen.

3 Zum Team gehörten zu verschiedenen Zeiten: Carl Rogers und Maria Bowen, Frances Fuchs, Maureen O'Hara, Joann Justyn, Jared Kass, Betty Meador, Alan Nelson, Natalie Rogers, John K. Wood, Dick and Marion Vittio

tieren und einen sicheren Ort für diese sehr persönlichen Momente zu bieten. Es gelang uns auch, die Konfrontationen zu begleiten, die die Leute miteinander hatten.

Weil ich jedoch so eine kinästhetische Person bin, wurde ich sehr rastlos und dachte: „Wie ist es nur möglich, dass wir hier drei Stunden am Morgen, drei Stunden am Nachmittag und drei Stunden am Abend sitzen?“ So sagte ich schließlich: „Ich habe ein Atelier mit Kunstmaterialien und jeder, der gern noch andere Wege herausfinden möchte, wie man sich mit persönlichen Themen auseinandersetzen kann, kann zu mir kommen. Wir werden mit non-verbale Formen experimentieren, um über die Dinge zu reden, die wir hier einander mitteilen, und wir werden Bewegung, Kunst, Töne und Theater für die Selbsterkundung nutzen.“ Ich hatte einige Kollegen, die auch daran interessiert waren, dies mit mir auszuprobieren.⁴ Wir schufen Spielzeiten, die für die Teilnehmenden von tiefer Bedeutung waren. Wir hatten nur wenige Regeln. Wir lernten einfach aus dem, was wir taten. Ein guter Facilitator wird man, indem man sich ständig Einschätzungen und Feedback von den Teilnehmern/innen holt und fragt: „Was lernen wir? Was funktioniert und was nicht?“ Wir fanden heraus, dass unsere Fähigkeit zu spielen, Kostüme zu benutzen, Theater und Rollenspiel so wie auch Kunstmaterialien zu verwenden, für die Leute sehr bedeutsam war.

Was ich nun die „Creative Connection“ (N. Rogers 1993, 27–130) nenne, entwickelte sich hier. Wir entdeckten, dass Bewegung, visuelle Kunst, Töne und Tagebuchschreiben in Folge zu verwenden, ohne viel zu verbalisieren, uns half, in das Unbewusste und die archetypische Persona einzutauchen, was uns Erkenntnis über persönliche Themen brachte. Als Begleitpersonen schlugen wir Möglichkeiten für diese Experimente vor, aber auf echt personenzentrierte Art (C. Rogers 1970, 43–59). Wir überprüften es immer zusammen mit der betroffenen Person: Der Klient oder das Gruppenmitglied will mitmachen oder nicht und wir folgen ihr. Wir schufen eine sichere, nicht-wertende Umgebung, gaben den Leuten sowohl Anregung als auch die Erlaubnis, ihre gesellschaftlichen Masken abzunehmen, um ihre innere Wahrheit zu entdecken. Nach einer Stunde oder mehr dieses kreativen Prozesses sprachen wir darüber, was wir durch unsere künstlerische Aktivität gelernt hatten. Das war die Zeit für tiefes empathisches Zuhören. Wir interpretieren das von einer Person geschaffene Produkt nie. Ich bin so entschieden gegen analytische Kunsttherapie, wie es Carl gegenüber analytischer Psychotherapie war (Barton 1974/1979).

Experimente oder Erfahrungen, die geschaffen sind, um ein Individuum zu Ausdruckskunst zu ermutigen, gibt dieser Person die Gelegenheit, in den Zauber des kreativen Prozesses zu tauchen und durch Tun zu lernen (N. Rogers 1993). Das ist der Punkt, an dem ich meine Arbeit als Erweiterung von Carls Arbeit empfinde. Eine Zeit lang fühlte ich mich ein bisschen rebellisch, dass ich seine Arbeit nahm

und Übungen schuf, die Leute animierten, Kunst und Bewegung zu gebrauchen, Töne und Tagebuchschreiben, um sich selbst auszudrücken. Ich hatte jahrelang mit meinem Vater gearbeitet, bei ihm Unterricht gehabt und kannte seine Philosophie und seine Methoden sehr gut. Ich hatte sie auf meine Weise in mein Sein internalisiert. Also war es zu Beginn ein schwieriger Prozess für mich, Dinge ein bisschen anders als er zu machen. Dann merkte ich schließlich, dass ich seiner Theorie der Kreativität Leben einhauchte.

Ein weiterer Punkt: Ausdruckskunst zu benutzen, gibt Menschen einen sicheren Ort, ihre Schattenseite zu explorieren. In meinem Buch „The Creative Connection“ (1993) widme ich ein Kapitel dem Thema, wie man den Schatten akzeptiert und das Licht umarmt. Der Schatten ist der Teil, den wir in unserem Leben unterdrückt haben (Abrams/Zweig 1991). Einige Leute leugnen ihren Ärger und ihre Wut ein Leben lang, andere haben ihre Fähigkeit verborgen, zu lieben oder mitfühlend zu sein. Bewegung, Töne, Farbe und Theater bieten Gelegenheit, sich zuerst des Schattens bewusst zu werden und dann voll zu erkunden durch viele Medien hindurch. Angst und Kummer können leichter beim Malen oder in Bewegung als in Worten ausgedrückt werden. Wut kann auf große Bögen Papier geklatscht werden, bis einiges von dieser Energie befreit und transformiert ist.

Viele von uns, die Carl kannten, wissen, dass er Schwierigkeiten hatte, direkt seinen Ärger zu erkennen oder auszudrücken. (Er konnte es ab und zu beim Briefeschreiben.) Es sollte daher niemanden verwundern, dass mir daran lag, eine personenzentrierte Umgebung zu schaffen, in der Leute in diese Gefühle von Wut und Angst oder Scham eintauchen konnten, sowohl auf non-verbale als auch verbale Art.

Währenddessen die Menschheit in einem solch wechselhaften Zustand von Wut, Gewalt, Verlust, Schmerz und Verwirrung ist, gekoppelt mit Äußerungen von Großzügigkeit, Mitgefühl und Liebe, scheint mir die Zeit für personenzentrierte Kunsttherapie gekommen. Es ist die rechte Zeit für jene, die in der Lage sind, die Heilung von Kummer, Ärger und Schmerz und das Gefühl von Hoffnungslosigkeit zu begleiten. Es ist an der Zeit für uns, uns in Gemeinschaften zu begeben, um Leuten zu helfen, sich durch die Künste wieder selbst zu ermächtigen. Der kreative Prozess ist eine Lebensenergie. Wenn er in einer sicheren, empathischen und nicht-wertenden Umgebung angeboten wird, ist es ein transformativer Prozess für konstruktive Veränderung.

Es ist Carl Rogers, der uns die Theorie und die Methoden des Personenzentrierten Ansatzes anbietet, was uns den festen Boden gibt, auf dem wir bauen können. Eine seiner größten Qualitäten war seine Fähigkeit, für neue Ideen offen zu bleiben und aus seinen eigenen Erfahrungen zu lernen. Indem wir sein Leben feiern, hoffe ich, dass wir von seiner Art zu sein inspiriert werden.

4 Jared Kass und Maria Bowen

Literatur

- Abrams, Jeremiah/Zweig, Connie (Eds.) (1991), *Meeting the shadow: The hidden power of the dark side of human nature*, Los Angeles, CA (Tarcher)
- Barton, Anthony (1974), *Three worlds of therapy: An existential-phenomenological study of the therapies of Freud, Jung, and Rogers*, Palo Alto, CA (National Press Books); dt.: *Freud, Jung und Rogers. Drei Systeme der Psychotherapie*, Stuttgart (Klett-Cotta) 1979
- Rogers, Carl R. (1954), *Towards a theory of creativity*, in: *ETC: A Review of General Semantics* 11, 249-260; auch in: *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*, Boston (Houghton Mifflin) chapter 19; dt.: *Zu einer Theorie der Kreativität*, in: *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*, Stuttgart (Klett) 1973, 337-349
- Rogers, Carl R. (1961), *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*, Boston (Houghton Mifflin); dt.: *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*, Stuttgart (Klett) 1973
- Rogers, Carl R. (1970), *On encounter groups*, New York (Harper and Row); dt.: *Encounter-Gruppen. Das Erlebnis menschlicher Begegnung*, München (Kindler) 1974
- Rogers, Carl R. (1986), *The Rust Workshop: A personal overview*, in: *Journal of Humanistic Psychology* 26, 3, 23-45
- Rogers, Carl R./Sanford Ruth (1987), *Reflections on our South African experience*, in: *Counseling and Values* 32, 1, 17-20
- Rogers, Natalie (1993), *The Creative Connection: Expressive arts as healing*, Palo Alto, CA (Science and Behavior Books)

Autorin:

Rogers, Natalie, 1928, Ph. D., eingetragene Expressive Arts Therapeutin, Pionierin der expressiven Kunsttherapie; leitet Ausbildungen in Westeuropa, Russland, Lateinamerika, Japan und den Vereinigten Staaten; von ihrem Vater, Carl Rogers, ausgebildet und sieben Sommer lang seine Kollegin; nach Arbeit in einer psychiatrischen Klinik, einer universitären Beratungsstelle und als Psychologin in einer Schule für Kinder mit psychischen Problemen, 25 Jahre lang in Privatpraxis; gründete das Person-Centered Expressive Therapy Institute; dort vor kurzem in den Ruhestand getreten; Adjunktprofessorin am California Institute of Integral Studies und anderen Instituten in Nordkalifornien; von der International Expressive Arts Therapy Association 1998 mit dem ersten Lifetime Achievement Award ausgezeichnet; Künstlerin, Mutter von drei berufstätigen Töchtern und Großmutter.

Korrespondenzadresse:

*Natalie Rogers
1515 Riebli Rd.
Santa Rosa, CA 95404
U.S.A.
Homepage: www.nrogers.com*

Jürgen Kriz**Rogers' Verhältnis zur Wissenschaft**

Rogers wird in der Literatur vor allem als führende Persönlichkeit der Humanistischen Psychologie dargestellt, da in seinem Person-zentrierten Ansatz Konzepte wie menschliche Begegnung, Wachstum und Entfaltung von Persönlichkeitsaspekten, Vertrauen in die Selbstheilungstendenzen, persönliche Freiheit und Kreativität im Zentrum stehen. Oft wird noch erwähnt – von manchen auch als „Zweigleisigkeit“ oder gar Widersprüchlichkeit bezeichnet –, dass Rogers der erste Therapieforscher war, der systematisch Tonaufzeichnungen von der therapeutischen Interaktion machen ließ und diese aufgezeichneten Interviews nicht nur als Trainingsgrundlage verwendete, sondern auch mittels empirisch-statistischer Prozeduren hinsichtlich auffindbarer Grundmuster der Klient-Therapeut-Interaktion analysierte.

Weniger bekannt – obwohl für ein Bild seines Wissenschaftsverständnisses relevant – ist, dass Rogers rund ein viertel Jahrhundert als einer der methodisch und empirisch ausgewiesenen Wissenschaftler galt. Bereits im Jahrbuch der *Encyclopedia Britannica* 1950 wird Rogers' Forschung wie folgt aufgeführt und gekennzeichnet: „Diese Schritte Rogers, seine Methode der nicht-direktiven Therapie

wissenschaftlicher Testbarkeit zugänglich zu machen, sind ein Meilenstein für die Klinische Psychologie“ (Übers. J. K.)¹

Und als Rogers 1956 mit zwei Kollegen als erster den Wissenschaftspreis („Distinguished Scientific Contribution Award“) der „American Psychological Association (APA)“ zugesprochen bekam, hieß es in der Begründung: „... für die Entwicklung einer originellen Zugangsweise, die Beschreibung und Analyse von Psychotherapieprozessen zu objektivieren, für die Formulierung einer testbaren Theorie von Psychotherapie und ihrer Effekte auf die Persönlichkeit und des Verhaltens, und für extensive, systematische Forschung, um die Bedeutsamkeit der Methode zu zeigen und die Implikationen auf die Theorie zu untersuchen und zu überprüfen. Seine ... flexible Anwendung wissenschaftlicher Methoden, mit denen die sehr schwierigen Probleme im Zusammenhang mit dem Verständnis und der Veränderung des Individuums angang, habe diesen bedeutsamen

1 „These first efforts of Rogers to subject his methods of non-directive therapy to scientific test constituted a landmark for clinical psychology.“

psychologischen Bereich innerhalb der Grenzen der wissenschaftlichen Psychologie vorangetrieben.“ (Übers. J. K.).²

Auch wenn Rogers 16 Jahre später (also 1972) auch noch den „Distinguished Professional Contribution Award“ erhielt – die höchste Auszeichnung der APA für angewandte Psychologie – und er damit übrigens der erste war, der *beide* Preise der APA erhalten hat, galt Rogers in der „scientific community“ zuallererst als kreativer Forscher.

Ein solches Ansehen gerade auch als Empiriker kommt nicht von ungefähr: Das Ausmaß seiner empirischen Forschungsprojekte lässt sich daran ermessen, dass Rogers als Professor in Chicago (1945–57) über 650.000 \$ externer Fördermittel diverser Foundations einwarb – eine für damalige Verhältnisse unerhörte Summe. Als er Chicago verließ, gab es daher bereits rund zweihundert empirische Untersuchungen zur Personzentrierten Psychotherapie. Für sein Forschungsprogramm zur Schizophrenie-Behandlung mit der Personzentrierten Psychotherapie an der Universität Wisconsin (1957–63) warb er insgesamt nochmals mehr als eine halbe Million \$ ein.

Es ist einsichtig, dass angesichts dieser Vorrangstellung in der empirischen Therapieforchung die nicht selten kolportierte Behauptung, Rogers habe sich gegen Diagnostik und Testverfahren ausgesprochen, nur als reduktionistische Missdeutung (aus welchen Motiven auch immer) eines differenzierteren Wissenschaftsverständnisses gesehen werden kann:

In seinem Studium an der Columbia-University (1924–28) war immerhin Thorndike, Lerntheoretiker und Pionier im Bereich der Intelligenzmessung, einer seiner Lehrer – an demselben Institut, an dem Watson 1913 sein Manifest des Behaviorismus erarbeitet hatte. Die Ausbildung an diesem Institut, das sich „im Fahrwasser der herrschenden amerikanischen Psychologie“ befand, „mit ihrem Schwerpunkt auf streng wissenschaftlicher Methode, operationalem Denken und Hypothesenprüfung mittels hochentwickelter statistischer Verfahren“ (Rogers 1981/1987, 474 f), blieb natürlich nicht ohne Einfluss auf Rogers' Einstellung zur Forschung. Vielmehr schrieb Rogers seine Dissertation über „Measuring Personality Adjustment in Children Nine to Thirteen Years of Age.“ Der hier entwickelte Test – „Personality Adjustment Inventory“ blieb nicht nur fast ein halbes Jahrhundert im Umlauf, sondern wurde rund 500.000 mal verkauft.

In Rochester (1928–39), wo er stärker diagnostisch als therapeutisch tätig war, entwickelte er eine neue Methode diagnostischer Testung, die er „component factor method“ nannte.

Im Rahmen der Professuren in Chicago und Wisconsin führte er sehr umfassende Programme zur Psychotherapieforschung durch, wobei er sowohl viele der damaligen traditionellen Standardtests verwendete – von Rorschach bis MMPI – und sogar physiologische Parameter miterhob, wie auch eigene Instrumente und Skalen entwickelte. Es ging Rogers somit sehr wohl darum in seinen umfangreichen Therapiestudien zu versuchen, Therapeuten- und Klientenverhalten zu operationalisieren, auf Skalen zu messen und der klassischen Korrelations- und Teststatistik zu unterziehen.

Allerdings – und hier liegen wohl die Wurzeln für Missverständnisse allzu einfach denkender Biografen – war Rogers' Forschung nicht vorrangig auf reine Outcome-Belege ausgerichtet, die heute von manchen als Inbegriff von „Wissenschaftlichkeit“ propagiert werden. Wo eine fundierte inhaltlich-substantielle Therapie-Theorie fehlt, lässt sich eine bestimmte Vorgehensweise natürlich nur anhand von Outcomes begründen. Hingegen ermöglichte es Rogers seine differenzielle theoretische Konzeption, auch im Bereich der Psychotherapieforschung Neuland zu betreten und in größerem Maße Prozessforschung durchzuführen. Dazu entwickelten Rogers und seine Mitarbeiter beispielsweise eine spezielle Form eines Q-Sorts, in dem 100 Statements („Ich bin liebenswert“, „Ich bin ein harter Arbeiter“) nach dem Selbstbild, dem Idealbild und dem Bild „eines normalen Menschen“ auf einer Skala von 1–9 sortiert wurden. Diese Daten mit dem SIO-Q-Sort („Self“, „Ideal“, „Ordinary“) wurden zu Beginn, am Ende und während der Therapie erhoben und erlaubten so über Kreuzkorrelationen differenzierte Analysen des Therapieverlaufs auf theoretisch und inhaltlich bedeutsamen Variablen. Diese Studien (Rogers / Dymond 1954) sind auch für heutige Psychotherapieforschung richtungsweisend, da die Entwicklung einer theorieadäquaten Methodik immer eine Herausforderung darstellt. Selbst in seinem Lehrbuch über „Differenzielle Psychologie“ widmet Hofstätter (1971), der die Entwicklung der empirischen Psychologie in Deutschland maßgeblich vorangetrieben hat, dieser Q-Sort-Forschung Rogers' ein Kapitel, was belegt, wie stark der wissenschaftliche Impact von Rogers' Forschung auch über die klinische Psychologie hinaus war.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Position, die Rogers gegenüber B. F. Skinner, einem der führenden Vertreter des Behaviorismus und Vorläufer der Verhaltenstherapie, einnahm. Persönlich trafen Rogers und Skinner dreimal öffentlich aufeinander: Das erste Mal 1956, anlässlich der Verleihung des ersten Wissenschaftspreises (s. o.) der APA an Rogers. Zu diesem APA-Kongress waren Rogers und Skinner für ein gemeinsames Symposium geladen, bei dem jeder ein Paper mit zusätzlichen Erwiderungen präsentierte. Diese Debatte fand große Beachtung und wurde kurz danach sogar in *Science* publiziert. Ein zweites Mal trafen sie 1960 aufeinander und beim dritten Mal, 1962 an der University of Minnesota, fand sogar ein Dialog über fünf Stunden statt. Im Kern widersprach Rogers keineswegs Skinners Annahme, dass eine Kombination aus genetischen Faktoren und Verstärkern sowohl zur Erklärung als

2 „... for developing an original method to objectify the description and analysis of the psychotherapeutic process, for formulating a testable theory of psychotherapy and its effects on personality and behavior, and for extensive systematic research to exhibit the value of the method and explore and test the implications of the theory. His ... adaptation of scientific method in his attack on the formidable problems involved in the understanding and modification of the individual person have moved this area of psychological interest within the boundaries of scientific psychology.

auch zur Kontrolle von Verhalten eine bedeutsame theoretische Perspektive darstellen könne. Aber er bezweifelte, dass die äußeren Einflüsse auf den Organismus eine hinreichende Erklärung für alles Verhalten sei, wie Skinner behauptete, und insistierte darauf, dass Verhalten ebenfalls von kreativen und integrativen Prozessen des Organismus selbst bestimmt sein kann. Und im Gegensatz zur Forschungsfrage Skinners, wie diese (Außen-)Steuerung und -Kontrolle (Verstärker-Verhalten-Kontingenzen) effektiver gestaltet werden könnten, ging es Rogers eher um eine Vergrößerung der Effektivität von (innerer) Selbst-Lenkung, Selbst-Aktualisierung, Kreativität und Fähigkeit zur Adaptation.

Was also fälschlich als Rogers' „Ablehnung von Diagnostik“ kolportiert wird, ist in Wirklichkeit eine differenzierte kritische Position gegen die Einseitigkeit der traditionell logisch-positivistischen Forschungsperspektive. Gerade in Bezug auf die Psychologie und menschliche Beziehungen schien ihm dieser Ansatz zu enge Grenzen vorzugeben. Die ihm wirklich wichtigen Fragen wurden zu wenig angegangen, zu sehr auf leicht zu erhebende Outcomes reduziert und die Klienten zu sehr objektiviert und dehumanisiert. Für Rogers' theoretische Konzeption wie auch für seine empirische Forschung wurde es zunehmend wichtiger, das phänomenale Feld und die Frage, wie man seinem Tun und Leben Bedeutung verleiht, zu berücksichtigen, statt nur einseitig von außen zu diagnostizieren und zu beschreiben.

Auch heute gibt es ja, selbst in der „Gesprächspsychotherapie“, den Trend, mit sehr detaillierten und sogar prozessorientierten Methoden der Psychotherapieforschung entsprechend den derzeitigen Mainstream-Vorgaben vorwiegend aus der Außenperspektive des Beobachters und Skalierers heranzugehen, mit entsprechenden diagnostischen und interaktionsanalytischen Kategorien. Diese Perspektive geht daher wesentlich an dem existenzphilosophischen Kern von Rogers' Ansatz vorbei (im Gegensatz zu Rogers' eigenen Q-Sort-Analysen), wonach das, was die „Existenz“ des Menschen ausmacht, eben nicht die Tatsache ist, dass er zur Spezies „Mensch“ gehört oder sich bestimmten Kategorien zuordnen lässt, sondern sein Verstehen für sein Selbst und sein Sein. Diese Perspektive auf die Art und Weise, in der jemand seine konkrete Existenz und alles, was damit zusammenhängt, selbst versteht – die ja auch den Kern von Rogers' „Person“-Konzept ausmacht – zentriert im Gegensatz zur Außensicht auf die Innensicht des Menschen selbst.

Allerdings ist dies eben nicht als Absage an empirische Forschung zu verstehen, sondern als eine Herausforderung, mehr adäquate Methoden und Instrumente zu entwickeln.

Zu Rogers' Wissenschaftsverständnis gehört aber auch ein überaus starkes ganzheitlich-theoretisches Interesse. Bereits im letzten Abschnitt seines zentralen Buches 1951, *Client-centered Therapy*, legte Rogers seine „Theorie der Persönlichkeit und des Verhaltens“ dar. Er versuchte damit, die Personzentrierte Psychotherapie in ein umfassendes Verständnis der menschlichen Psychologie einzubetten. Wissenschaftliche Forschung, so betonte er, wird mehr

und mehr zeigen, dass die Personzentrierte Psychotherapie wirkt – aber warum und wie sie wirkt, kann nur eine psychologische Theorie erklären. Auch hier stellte sich Rogers konträr zu Skinner, in dessen Ansatz ja per definitionem „die Wirkung“ alles ist – weshalb die „Psychologie“ sich dort ja auch fast ausschließlich auf Tierversuche stützen kann. Rogers' „Selbst“-Theorie, die er in dem o. a. Werk vorgestellt hatte, war über Jahrzehnte überaus einflussreich – auch über den Rahmen der Klinischen Psychologie hinaus.

Einen wesentlich umfassenderen theoretischen Entwurf, *Man and the Science of Man*, legte Rogers 1968 vor. Es ging ihm hier um ein noch ganzheitlicheres Konzept zum Verständnis des Menschen unter einer deutlich modifizierten wissenschaftstheoretischen Perspektive. Bedeutsame Impulse dafür stammten bereits aus seinem neunmonatigen Gastaufenthalt an der Stanford University (1961), wo er u. a. ausgiebig mit dem Philosophen Michael Polanyi und dem Physiker Richard Feynman (der später den Physik-Nobelpreis erhielt) diskutieren konnte. Aber dieses Konzept war offensichtlich zu kompliziert für seine Leser, die eher an therapeutischer Praxis interessiert waren (oder an den vergleichsweise simplen Erklärungsmustern mancher anderer Ansätze): Es wurden nicht einmal 3000 Exemplare verkauft und das Werk daher auch wenig bekannt.

Aber auch die „einfacheren“ Darstellungen seiner Theorie waren – um der Komplexität biologischer und kognitiv-emotionaler Prozesse gerecht zu werden – immer noch für viele offenbar zu schwierig nachzuvollziehen, als dass eine Rezeption ohne Reduzierungen („drei Basisvariablen“) oder entwertende Verniedlichungen („freundliches Gespräch“) möglich gewesen wäre. Gerade Teile der sich naturwissenschaftlich dünkenden Psychologie hatte (und hat bis heute) Schwierigkeiten, die allzu einfachen Modelle der mechanistischen Weltanschauung des 19. Jahrhunderts zu überwinden und mit Rogers' Konzeption der Entwicklung der Naturwissenschaften ins 20. Jahrhundert zu folgen.

Mit dem zentralen Prinzip für ein personzentriertes Verständnis von Entwicklung, einschließlich Störungsentstehung und Psychotherapie, nämlich der Aktualisierungstendenz, hatte Rogers schon früh ein holistisch-systemisches Konzept erkannt, dessen Bedeutung erst in den letzten zwei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts zunehmend in der interdisziplinären Forschung entdeckt, belegt und gewürdigt wurde (auch wenn Rogers dabei vorhandene Konzepte, besonders der Gestaltpsychologie, nutzte: Der Begriff der „Selbstaktualisierung“ stammt von dem aus Deutschland emigrierten Gestaltpsychologen Kurt Goldstein, der übrigens ebenfalls an der Columbia-University lehrte). Es geht dabei darum, dass komplexe, nicht-linear rückgekoppelte Systeme (was bereits für manche tote Materie gilt, für lebende Systeme geradezu typisch ist) in der Lage sind, ohne von außen induzierte Ordnung, inhärent gegebene Ordnungen zu entfalten und zu realisieren. In heutiger, interdisziplinärer Terminologie spricht man von Selbstorganisationsprozessen (vgl. Kriz 1999). Dass so etwas nicht nur möglich,

sondern für ganze Systemklassen geradezu typisch ist, war noch Mitte des 20. Jahrhunderts für viele Wissenschaftler eher abenteuerliche Spekulation. Entsprechend wurde auch Rogers' Prinzip von vielen missverstanden und abgewertet – selbst in den eigenen Reihen. Noch vor wenigen Jahren schrieb mir ein namhafter Vertreter der deutschen „Gesprächspsychotherapie“, der sich sehr für die Verbreitung dieses Ansatzes im deutschen Sprachraum verdient gemacht hat, mit einem so „schwammigen und unwissenschaftlichen Konzept wie der Aktualisierungstendenz“ könne er nichts anfangen. Dass in den Naturwissenschaften inzwischen gerade für solche Konzepte längst Nobelpreise vergeben worden waren (Laser, Dissipative Strukturen) hatte er wohl – wie viele seiner psychologischen Kollegen – nicht bemerkt.

Rogers hingegen hat bedeutsame Ergebnisse der interdisziplinären Systemforschung, die seine Vorstellungen über Therapie zunehmend stützten, zumindest wahrgenommen und in seinen Schriften darauf verwiesen – beispielsweise in seinem zentralen Beitrag aus 1980: „Eine der überzeugendsten Darstellungen dieser Position wurde von dem mit dem Nobelpreis ausgezeichneten Biologen Albert Szent-Gyorgyi (1974) gegeben. Er schloß aus seinem Lebenswerk, daß es mit Bestimmtheit einen Antrieb in allem Lebendigen gebe, sich selbst zu vervollkommen ... Er gab damit dem Begriff der Aktualisierungsfunktion des Organismus eine solide Stütze.“ (Rogers/Schmid 1991, 212). Auch die Vergabe des Chemie-Nobelpreises an Prigogine für dessen Selbstorganisationstheorie hat Rogers als weitere Stütze registriert und zitiert.

Es ist Rogers erspart geblieben, miterleben zu müssen, wie am Anfang des 3. Jahrtausends seine Reputation als empirischer Therapieforscher weitgehend in Vergessenheit geriet und seine weittragende theoretische Konzeption von der Psychologie immer noch nicht hinreichend verstanden und gewürdigt wird, sodass starke wissenschaftspolitische Kräfte drohen, die Kontinuität in der Weiterentwicklung dieses Ansatzes zu zerstören – in Deutschland ist sogar durch eine missglückte Formulierung im Psychotherapiegesetz und eine rigorose Ausnutzung ihrer Vormachtstellung durch die beiden einzigen zunächst zugelassenen Verfahren die Ausübung dieser Therapieform (allerdings auch fast aller anderen), und damit auch deren weitere wissenschaftliche Erforschung, derzeit untersagt bzw. extrem eingeschränkt.

Literatur

- Hofstätter, Peter R. (1971), *Differentielle Psychologie*, Stuttgart (Kröner)
- Kirschenbaum, Howard (1995), Carl Rogers, in: Suhd, Mel (ed.), *Positive regard*, Palo Alto (Science and Behavior Books) 1–102
- Kriz, Jürgen (1999), *Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Eine Einführung*, Wien (Facultas/UTB)
- Rogers, Carl R. (1987), Klientenzentrierte Psychotherapie, in: Corsini, Raymond (Hg.), *Handbuch der Psychotherapie. Bd. 1*, Weinheim (Beltz) 471–512; Orig.: *Handbook of innovative psychotherapies*, New York (John Wiley) 1981
- Rogers, Carl R. / Dymond, Rosalind F. (1954), *Psychotherapy and personality change*, Chicago (University Press)
- Rogers, Carl R. (1991), Klientenzentrierte Psychotherapie, in: Rogers, Carl R. / Schmid, Peter F., *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*, Mainz (Grünwald) 185–237; Orig.: Rogers, Carl R., *Client-centered psychotherapy*, in: Kaplan, Harold I./Sadock, Benjamin J./Freedman, Alfred M. (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry. Vol. III*, Baltimore (Williams & Wilkins) 1980, 2153–2168

Autor:

Jürgen Kriz, 1944, Dr. phil, Professor für „Psychotherapie und klinische Psychologie“ an der Universität Osnabrück im FB „Humanwissenschaften“; Psychotherapeut und Ausbilder für Personzentrierte Psychotherapie (GwG), Mitglied der Niedersächsischen Psychotherapeutenkammer, Korrespondierendes Mitglied der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse, Wien, Ehrenmitglied der Deutschen Systemischen Gesellschaft, Berlin, Mitherausgeber von „Gestalt-Theorie“ und „System Familie“, wissenschaftlicher Beirat von „Psychotherapeut“, „Integrative Therapie“ und „Existenzanalyse“. Arbeitsschwerpunkte: Im Rahmen seiner „Personzentrierten Systemtheorie“ Arbeit an der Verbindung von naturwissenschaftlich fundierter Systemtheorie (Synergetik) mit Psychotherapie/Psychopathologie und Bewusstseinsphänomenen, ferner Fragen der Forschungsmethodik.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Jürgen Kriz
Universität Osnabrück, FB 8,
D – 49069 Osnabrück
E-Mail: kriz@uos.de

Jochen Eckert

Zur Entwicklung der klientenzentrierten Psychotherapieforschung

Der 1952 von Hans-Jürgen Eysenck publizierte Artikel „The effects of psychotherapy: an evaluation“ wird häufig (z. B. Grawe 1982, 325) als ein Markstein der Psychotherapieforschung bezeichnet. Eysenck versucht in diesem Beitrag zu belegen, dass es keinerlei wissenschaftlich stichhaltige Nachweise für die Wirksamkeit von Psychotherapie gäbe. Die beobachteten Veränderungen bei Psychotherapiepatienten seien nicht größer als bei vergleichbaren Patienten, deren Symptome und Beschwerden sich auch ohne Psychotherapie im Laufe der Zeit i. S. einer Spontanremission zurückbildeten.

Marksteine dienten ursprünglich der Markierung eines Weges. Eysenck hat mit seinem provokanten Beitrag aber keinen Weg aufgezeigt, sondern auf eine Lücke hingewiesen. Diese Lücke war für die Klientenzentrierte Psychotherapie nach Rogers bereits zwei Jahre später weitgehend geschlossen, und zwar durch einen wirklichen Markstein in der Psychotherapieforschung, dem 1954 erschienenen Buch „Psychotherapy and Personality Change. Co-ordinated Research Studies in the Client-centered Approach“ von Carl Rogers und Rosalind Dymond. In diesem Buch wird die Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie bei der Behandlung von neurotischen Störungen mit der von Eysenck geforderten Methodik –

u. a. werden die Effekte in der Therapiegruppe mit den Effekten bei unbehandelten Patienten verglichen – überzeugend nachgewiesen. Außer der Wirksamkeit wurden auch therapietheoretische Annahmen empirisch überprüft. Berichtet wird u. a. über das Ergebnis der Prüfung der Hypothese, dass Klientenzentrierte Psychotherapie zu spezifischen Selbstkonzeptänderungen führe, z. B., dass sich in einer erfolgreichen Klientenzentrierten Therapie das Selbstbild und das ideale Selbstkonzept einander annähern (vgl. Korunka/Nemeskeri/Sauer in diesem Heft).

Eysencks Verdienst wird darin gesehen, dass er mit seinem Artikel eine Phase der Psychotherapieforschung einläutete, die heute

als „Phase der Legitimationsforschung“ bezeichnet wird. Als er seine Vorhaltungen neun Jahr später (Eysenck 1961) wiederholte, konnte er eigentlich nicht die Klientenzentrierte Psychotherapie meinen, denn in einer in Meltzoff/Kornreich (1970) veröffentlichten Liste von „methodisch adäquaten Therapiestudien mit eindeutig positiven Therapieeffekten“, die bis zum Jahre 1959 publiziert worden waren, finden sich Studien mit eindeutig positiven Therapieergebnissen von Klientenzentrierter Psychotherapie bei Erwachsenen und Kindern, als Einzel- und als Gruppentherapie.

„Adäquate Studien mit eindeutig positiven Therapieergebnissen“ bis 1959

(nach Meltzoff / Kornreich 1970)

Autoren	Jahr	Patienten/Störung	Therapieverfahren
Chappel & Stevenson	1936	„peptic ulcer“	Psychologisches Training
Grace, Pinsky & Wolff	1954	Colitis ulcerosa	Gruppentherapie
Rogers & Dymond	1954	Neurotische Störungen, vor allem Angst und Depression	Client-centered therapy (Einzel)
Harris, Firestone & Wagner	1955	Enuresis bei jungen Erwachsenen (Marinesoldaten)	Verbale Kurztherapie (1 [!] Sitzung)
Morton	1955	Studenten mit „severe personal problems“	Verbale Kurztherapie (4 Sitzungen in 20 Tagen)
Tucker	1956	Männliche Psychotiker	Gruppentherapie
Mundy	1957	geistig retardierte Kinder	nichtdirektive Spieltherapie (Einzel)
Coons	1957	überwiegend schizophrene Patienten	Gruppenpsychotherapie
Ends & Page	1957	Alkoholiker	Gruppentherapie
Ends & Page	1959	Alkoholiker	Klientenzentrierte Gruppentherapie
Snyder & Sechrest	1959	Psychisch beeinträchtigte Deliquenten	Gruppentherapie
Sinclair-Gieben & Chalmers	1959	Patienten mit Warzen	Hypnose

Die Wirksamkeit von Klientenzentrierter Psychotherapie ist offensichtlich bereits Mitte des letzten Jahrhunderts empirisch belegt. Wie ist das zu erklären? Carl Rogers hat sich seit Beginn seiner Tätigkeit als Psychotherapeut und Wissenschaftler stets darum bemüht, sowohl die therapietheoretischen Annahmen als auch das praktische therapeutische Vorgehen und seine Wirkungen empirisch zu erforschen.

Er ist einer der Pioniere der empirischen Psychotherapieforschung, der u. a. als einer der ersten Tonaufzeichnungen von Therapiegesprächen erstellen ließ. Wenn heute Klientenzentrierte Psychotherapeuten ihren Klienten vor und nach der Therapie Fragebögen

aushändigen, die Therapiesitzungen – das Einverständnis der Patienten vorausgesetzt – auf Tonbandkassetten aufzeichnen und den Verlauf einer Sitzung auf einem sogenannten Stundenbogen einschätzen lassen, dann folgen sie einer auf Rogers zurückgehenden Tradition. Diese Tradition hat immer wieder zu Verwunderung Anlass gegeben. Gilt doch Rogers als einer der führenden Vertreter der Humanistischen Psychologie, von dem man erwartet, dass er sich z. B. der Hermeneutik als wissenschaftlicher Erkenntnismethode bedient. Rogers hat jedoch zur Überprüfung der Effekte von Klientenzentrierter Psychotherapie auf das Forschungsparadigma der naturwissenschaftlich-experimentell ausgerichteten Psychologie zurückgegriffen, auch wenn ihm die Grenzen dieses Forschungsansatzes bewusst waren: „In unserem Team besteht der Eindruck, daß der logische Positivismus, die Philosophie, in der wir von Berufs wegen aufgewachsen sind, nicht notwendigerweise der Weisheit letzter Schluss darstellt. Vor allem nicht in einem Bereich (*gemeint ist die Psychotherapie, J. E.*), in dem das Phänomen der Subjektivität solch eine wichtige und zentrale Rolle spielt. Haben wir in diesem Bereich eine optimale Methode zur Wahrheitsfindung entwickelt? Gibt es eine Sicht, möglicherweise aus der existentialistischen Orientierung stammend, die die Werte des logischen Positivismus und die von ihm geförderten wissenschaftlichen Fortschritte bewahrt, aber dennoch breiteren Raum läßt für die existierende Person, die in unserem Wissenschaftssystem das Kernstück bildet?“ (Rogers 1959b/1987, 76).

Heute wird die Ansicht vertreten, dass die systemtheoretische Sichtweise möglicherweise die derzeit angemessenste wissenschaftstheoretische Betrachtungsweise für psychotherapeutische Prozesse darstellt (Kriz 1989; Höger 1993).

Folgt man der üblichen Unterscheidung von Erfolgs- und Prozessforschung, so begann die klientenzentrierte Forschungstradition mit Studien zum Therapieprozess. Untersucht wurden die Therapeutenmerkmale, die im Zusammenhang mit einem positiven Therapieergebnis standen, z. B. die Auswirkung von direktivem im Vergleich zu nicht-direktivem Therapeutenverhalten. Die Ergebnisse der ersten systematischen Ergebnis- bzw. Erfolgsforschung legten, wie oben bereits erwähnt, Rogers und Dymond (1954) vor.

Rogers beschreibt 1951 charakteristische Veränderungen bzw. Entwicklungen in der Therapie in sieben Bereichen:

- Veränderung in der Wahrnehmung des Selbst und der Einstellung zum Selbst
- Veränderung in der Art der Wahrnehmung
- Entwicklung zur Bewusstheit von geleugneter Erfahrung
- Charakteristische Entwicklung des Wertungsprozesses
- Charakteristische Entwicklung in der Beziehung
- Charakteristische Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur
- Charakteristische Veränderungen im Verhalten.

Diese multidimensionale Veränderungsmessung gilt heute als methodischer Standard. Zur Erfassung dieser (z. B. Rogers 1959a) und anderer Veränderungen wurden Messinstrumente entwickelt,

u. a. ein Selbstbeschreibungsinstrument, ein sogenanntes Q-Sort, mit Aussagen über die eigene Person („ich bin ein unterwürfiger Mensch“ oder „ich bin beliebt“) und verschiedene Skalen zur Erfassung des psychotherapeutischen Prozesses. Die Q-Sort-Technik wurde u. a. dazu eingesetzt, therapietheoretische Annahmen zu überprüfen, beispielsweise die, dass sich Selbst- und Idealbild in einer erfolgreichen Psychotherapie einander annähern.

Einen weiteren Meilenstein in der Entwicklung der Therapieforschung stellt die sogenannte Wisconsin-Studie dar, deren Ergebnisse in dem Buch „The Therapeutic Relationship and its Impact. A Study of Psychotherapy with Schizophrenics“ (Rogers et al. 1967) veröffentlicht wurden. Im Rahmen dieser Studie wurde eine ganze Reihe von Ratingskalen entwickelt und eingesetzt, die den therapeutischen Prozess und die Art und Qualität der therapeutischen Beziehung erfassen sollen.

Diese Art von Forschung erbrachte viele wichtige Erkenntnisse und Bestätigungen von klinischen Theorien. In Deutschland geriet die klientenzentrierte Psychotherapieforschung am Ende der 70er Jahre in eine Krise. Zwei der Gründe dafür lassen sich sicher ausmachen: Zum einen war die Phase der Legitimationsforschung durchlaufen: Psychotherapie – auch die Klientenzentrierte Psychotherapie – war nachgewiesenermaßen wirksamer als keine Psychotherapie. Zum anderen regte sich zunehmend Kritik an der Auffassung, dass sich das psychotherapeutische Geschehen in einer Klientenzentrierten Psychotherapie durch ein halbes Dutzend empirisch gesicherter Therapeuten- und Klientenvariablen abbilden lasse. Mit der Kritik an dieser Entwicklung wurde auch das bisherige Forschungsvorgehen in Frage gestellt (Biermann-Ratjen et al. 1979; Kwiatkowski 1980).

Gegenwärtig steht die Erfolgsforschung im internationalen Trend der störungsspezifischen Wirksamkeitsnachweise (Greenberg et al. 1994). Die Prozessforschung hat sich weiter ausdifferenziert. In sogenannten Mikro-Prozess-Studien werden die Bedingungen mit berücksichtigt, die auf die Therapeut-Klient-Interaktion Einfluss nehmen. Es wird aber erneut auf die Grenzen dieser „vermessenen Außensicht auf den Menschen“ (Kriz 2001, 172) hingewiesen, weil diese den existenzphilosophischen Kern der Position Rogers' nicht oder zu wenig erfasst.

Literatur:

- Biermann-Ratjen, Eva-Maria/Eckert, Jochen/Schwartz, Hans-Joachim (1979; 1997), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, 8. Aufl., Stuttgart (Kohlhammer)
- Eysenck, Hans Jürgen (1952), The effects of psychotherapy: an evaluation, in: Journal of Consulting Psychology 15, 319–324
- Eysenck, Hans Jürgen (1960), The effects of psychotherapy, in: ders. (Ed.), Handbook of abnormal psychology, New York (Basic Books) 697–725

- Greenberg, Leslie/Elliott, Robert/Lietaer, Germain (1994), Research on Experiential Psychotherapies, in: Bergin, Allen E./Garfield, Sol L. (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th edition, New York (Wiley) 509–539
- Grawe, Klaus (1982), Psychotherapieforschung, in: Bastine, Rainer/Fiedler, Peter A./Grawe, Klaus/Schmidtchen, Stefan/Sommer, Gert (Hg.), Grundbegriffe der Psychotherapie, Weinheim (Edition Psychologie) 323–331
- Höger, Diether (1993), Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung – die zentralen Grundbegriffe der klientenzentrierten Psychotherapie, in: Eckert, Jochen/Höger, Diether/Linster Hans (Hg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts, Köln (GwG) 17–41
- Kriz, Jürgen (1989), Entwurf einer systemischen Theorie Klientenzentrierter Psychotherapie, in: Sachse, Rainer/Howe, Jürgen (Hg.), Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie, Heidelberg (Asanger) 168–196
- Kriz, Jürgen (2001), Grundkonzepte der Psychotherapie, Weinheim (Beltz – PVU)
- Kwiatkowski, Erika (1980), Psychotherapie als subjektiver Prozeß. Für eine sozialwissenschaftliche Konzeption der Gesprächspsychotherapieforschung, Weinheim (Beltz)
- Meltzoff, Julian/Kornreich, Melvin (1970), Research in psychotherapy, New York (Atherton)
- Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.) (1954), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-centered approach, Chicago (The University of Chicago Press)
- Rogers, Carl R. (1951) Client-centered therapy, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Die klient-bezogene Gesprächstherapie, München (Kindler) 1973
- Rogers, Carl R. (1959a), A tentative scale for the measurement of process in psychotherapy, in: Rubinstein, Eli A./Parloff, Morris B. (Eds.), Research in psychotherapy. Proceedings of a conference, Washington, DC (APA) 96–107
- Rogers, Carl R. (1959b), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (Ed.), Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987
- Rogers, Carl R./Gendlin, Eugene T./Kiesler, Donald J./Truax, Charles B. (1967), The therapeutic relationship and its impact. A study of psychotherapy with schizophrenics, Madison (The University of Wisconsin Press)

Autor:

Eckert, Jochen, 1940, Dipl.Psych., Dr.phil., Univ.Prof. für Klinische Psychologie/Psychotherapie am Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg, Klientenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder für Gesprächspsychotherapie und Präsident der „Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG)“, Hamburg.

Korrespondenzadresse:

*Univ. Prof. Dr. Jochen Eckert
Loehrsweg 1
D-20249 Hamburg
E-Mail: jeckert@uni-hamburg.de*

David J. Cain¹

„Die Fakten sind freundlich.“

Belege aus der Forschung für die Effizienz der Klientenzentrierten und Experienziellen Psychotherapien

Carl Rogers und andere humanistische Psychologen revolutionierten die Art, wie Psychotherapie konzeptualisiert und praktiziert wurde. Rogers lehrte uns zuzuhören und demonstrierte, welche tiefgreifende Wirkung die Haltung des Therapeuten sowie dessen persönliche Qualitäten auf Klienten haben und wie dieser sich mit dem Klienten in Beziehung setzt, sodass Klienten ihre Ressourcen zu konstruktivem Wandel nutzbar machen können. Er brachte uns auch bei, unsere Hypothesen über Psychotherapie mit Hilfe der Forschung zu überprüfen, in der Annahme, dass die Fakten immer freundlich seien. Experienziell orientierte humanistische Psychotherapeuten erkannten die grundlegende Wichtigkeit des emotionalen Lebens und der Körperlichkeit an und zeigten, wie man die

emotionalen Erfahrungen wertschätzen, beachten, verarbeiten und aus ihnen lernen kann.

Klientenzentrierte und andere humanistische Psychotherapeuten haben Grund zum Optimismus. Sechzig Jahre Entwicklung in Theorie, Praxis und Forschung haben gezeigt, dass humanistische Ansätze der Psychotherapie so effektiv sind oder sogar effektiver als andere große Therapierichtungen. Bedeutsame Fortschritte ereigneten sich während der letzten 25 Jahre in Theorie und Praxis. Sie werden wahrscheinlich staunen – außer Sie studieren selbst

¹ übersetzt von Margarethe Letzel

Psychologie – auf welche Art sich die humanistischen Therapien entwickelten. Bedeutende Forschungsergebnisse häuften sich in den letzten Jahrzehnten sowohl durch naturwissenschaftliche als auch geisteswissenschaftliche Anstrengungen, die für ein weites Feld persönlicher Probleme die Effektivität aller zentralen Vorgehensweisen der humanistischen Therapien belegen. Eine kurze Zusammenfassung dieser Befunde, die in „Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice“ (2001) enthalten sind, soll in diesem Artikel mit einem Schwerpunkt auf Klientenzentrierter Therapie vorgestellt werden.

Grundbedingungen

Eine umfassende Zusammenschau der Klientenzentrierten Psychotherapieforschung von Bozarth/Zimring/Tausch (2001) stützt stark Rogers' Hypothese von den „notwendigen und hinreichenden“ Bedingungen bei den verschiedensten Klienten, die in Einzel- und Gruppentherapie behandelt wurden. Die Autoren folgern, dass „die klare Botschaft von sechs Jahrzehnten Forschung ist, dass es die Beziehung zwischen Klient und Therapeut ist in Kombination mit den Ressourcen des Klienten (außertherapeutische Variablen), die wechselweise 30 % bis 40 % der Varianz bei erfolgreicher Therapie ausmachen (ebd., 168).

Empathie

In der letzten Zeit erwachte erneut das Interesse an therapeutischer Empathie (Bohart/Greenberg 1997). Watson (2001) begutachtete die Forschung zur Therapeutenempathie erneut und entdeckte:

- (1) Fast 60 Jahre Forschung zeigen ständig, dass Therapeutenempathie der potenteste Prädiktor für Klientenfortschritte in der Therapie ist und eine wesentliche Komponente für erfolgreiche Therapie bei jeder therapeutischen Vorgehensweise.
- (2) Keine Studie weist eine negative Relation von Empathie und Therapieergebnis auf.
- (3) Klienten-Ratings bezüglich Therapeutenempathie sind stärkere Prädiktoren für erfolgreiche Resultate als die Ratings außenstehender Rater oder Therapeuten.
- (4) Starke Korrelate zwischen Verhalten und Empathie beinhalten direkten Augenkontakt des Therapeuten und seine besorgte Mimik, eine nach vorn gebeugte Haltung und Kopfnicken, eine Stimmlage, die Interesse und emotionale Beteiligung vermittelt, Klarheit in der Kommunikation und den Gebrauch emotionaler Sprache.
- (5) Im Gegensatz dazu korrelierten therapeutische Unterbrechungen, Ratschläge und bestätigende Versicherungen negativ mit Therapeutenempathie.

Sachses Mikroprozessanalyseforschung (2001) zeigte, dass die empathischen Reaktionen des Therapeuten die Erfahrungsverarbeitung und Selbstexploration des Klienten vertiefen, aufrecht erhalten

oder verflachen können. Weiter zeigte er, dass Klienten wenig von sich aus Erfahrungen verarbeiten und ihre Verarbeitung nicht vertiefen, außer der Therapeut liefert vertiefende empathische Reaktionen.

Emotion in der Psychotherapie

Emotion dient sowohl dazu, dem Organismus Information zu liefern, was für ihn wichtig und bedeutsam ist, als auch die entsprechende Energie für die angemessene Handlung bereit zu stellen. Forschung darüber, wie Therapeuten Klientenemotionen verarbeiten, die von Greenberg/Korman/Pavio (2001) erneut untersucht wurde, weist darauf hin, dass die Fähigkeit des Individuums, seine emotionale Erfahrung genau zu differenzieren, integraler Bestandteil für gesundes Funktionieren ist. Umgekehrt verunmöglicht den Menschen das Vorhandensein einer Dysfunktion in der Fähigkeit, zu emotionaler Information zu gelangen, ihre emotionalen Erfahrungen zu verstehen und einen Sinn zu erkennen.

Forschung über die Erfahrungstiefe in der Therapie zeigte stets einen Zusammenhang mit dem Therapieresultat, besonders in der Klientenzentrierten Therapie. Die Literatur über die Verarbeitung der Emotionen von Klienten, die Greenberg/Korman/Pavio (2001) aufarbeiteten, kam zum Schluss:

- (1) Information auf erfahrungsnahe Art zu verarbeiten, wird assoziiert mit einem produktiven Klientenengagement und prognostiziert ein erfolgreiches Ergebnis.
- (2) Therapien, die auf die emotionalen Erfahrungen des Klienten fokussieren, werden, wenn dies erfolgreich geschieht, sowohl mit Veränderungen über die Behandlung hinaus als auch mit den Fortschritten während der Therapiesitzungen in Verbindung gebracht.
- (3) Emotionale Erregung und deren Ausdruck steht – unter bestimmten Voraussetzungen und mit bestimmten Typen von Klienten und Problemen – in Verbindung mit konstruktiver Veränderung.
- (4) Exposition gegenüber Angst erzeugenden Stimuli, während gleichzeitig ein hoher Grad an emotionaler Erregung aufrecht erhalten wird, kann effektiv sein, um Angst zu reduzieren.
- (5) Emotion ist wichtig, um persönliche Sinngebung zu reorganisieren.

Focusing-orientierte Experienzielle Psychotherapie

Eugene Gendlins Focusing-orientierte Experienzielle Psychotherapie ist eine nahe Verwandte der Klientenzentrierten Psychotherapie. Eine Neubeurteilung der Forschung dazu von Hendricks (2001) fand heraus:

Eine höhere Fähigkeit im Experiencing des Klienten korreliert bei einer ganzen Reihe von therapeutischen Orientierungen und verschiedensten Klientenproblemen mit einem erfolgreichem Therapieergebnis.

Die Fähigkeit zu fokussieren und die Fähigkeit für das Experimentieren zu steigern, kann den Klienten beigebracht werden.

Therapeuten, die selbst fokussieren, scheinen effektiver darin zu sein, ihre Klienten darin zu befähigen zu fokussieren.

Andere Therapeutenvariablen

Zusätzlich zu Therapeutenempathie, Kongruenz und bedingungs-freiem positivem Beachten gibt es eine ganze Reihe von anderen Therapeutenvariablen, die mit einer konstruktiven Klientenveränderung stark zusammenhängen. Eine nochmalige Überprüfung von Beziehungsvariablen von Therapeuten von Asay/Lambert (2001) zeigte, dass Therapeutenqualitäten wie Glaubwürdigkeit, seine Fertigkeiten und die Bestärkung des Klienten, kombiniert mit der Fähigkeit, sich auf den Klienten einzulassen, auf dessen Probleme zu fokussieren und direkte Aufmerksamkeit für seine affektiven Erfahrungen aufzubringen, hoch mit einer erfolgreichen Behandlung korrelierte. Eine Reihe von Studien, die diese Autoren nannten, wiesen darauf hin, dass die Qualität des therapeutischen Bündnisses grundlegend korreliert mit einem guten Klientenergebnis. Umgekehrt beeinflussen Unterbrechungen im therapeutischen Bündnis den Verlauf der Therapie negativ und müssen daher beachtet und repariert werden.

Zusammengefasst heißt das: Es gibt ziemlich starke Beweise aus der Forschung, dass die Klientenzentrierte Psychotherapie und andere experienzielle/humanistische Verfahren für alle großen Problemkategorien effektiv sind. Eine Metaanalyse von Elliott (2001) von 86 Studien über humanistische Therapie kam auf eine durchschnittliche Effektstärke von über 1.0. Eine Effektgröße von .8 wird als bedeutend angesehen. Ein Vergleich humanistischer Therapien mit nicht-humanistischen Therapien, einschließlich kognitiv behavioraler Therapien, zeigte, dass sie im Wesentlichen in der Effektivität äquivalent sind. So macht es ganz den Anschein, dass die Vertreter aller großen humanistischen Verfahren einschließlich Klientenzentrierter Therapie, Gestalt, Existenzieller, Focusing- und Experienzieller Therapie, allen Grund haben, bezüglich ihrer Arbeit, sei es einzeln oder in der Gruppe, mit Paaren, Familien oder in Spieltherapien, voll Selbstvertrauen zu sein. Die Fakten sind tatsächlich freundlich.

Literatur

- Asay, Ted P. / Lambert, Michael J. (2001), Therapist relational variables, in: Cain, David J./Seeman, Julius (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*, Washington, DC (American Psychological Association) 531–557
- Bohart, Arthur C. / Greenberg, Leslie (1997), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*, Washington, DC (American Psychological Association)

- Bozarth, Jerold D. / Zimring, Fred M. / Tausch, Reinhard (2001), Client-centered therapy: The evolution of a revolution, in: Cain, David J. / Seeman, Julius (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*, Washington, DC (American Psychological Association) 147–188
- Cain, David J. / Seeman, Julius (2001), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*, Washington, DC (American Psychological Association)
- Elliott, Robert (2001), The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis, in: Cain, David J./Seeman, Julius (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*, Washington, DC (American Psychological Association) 57–81
- Greenberg, Leslie S. / Korman, Lorne M. / Paivio, Sandra C. (2001), Emotion in humanistic psychotherapy, in: Cain, David J./Seeman, Julius (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*, Washington, DC (American Psychological Association) 499–530
- Hendricks, Marion N. (2001), Focusing-oriented / Experiential psychotherapy, in: Cain, David J./Seeman, Julius (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*, Washington, DC (American Psychological Association) 221–251
- Sachse, Rainer / Elliott, Robert (2001), Process-outcome research on humanistic therapy variables, in: Cain, David J./Seeman, Julius (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*, Washington, DC (American Psychological Association) 83–115
- Watson, Jeanne C. (2001), Revisioning empathy, in: Cain, David J. / Seeman, Julius (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*, Washington, DC (American Psychological Association) 445–471

Autor:

David J. Cain, Ph.D., Doktorat in Klinischer Psychologie und Psychologie des Gemeinwesens an der Universität von Wyoming; zur Zeit Senior Staff Psychologe am Counseling Center der Alliant International University und Adjunct Faculty der Psychologischen Fakultät der Chapman University; Begründer der „Association for the Development of the Person-Centered Approach“ und Gründer und Herausgeber der Zeitschrift „Person-Centered Review“; Mitglied der Klinischen Psychologie des „American Board of Professional Psychology“ und Mitglied des National Register of Certified Group Psychotherapists; Psychotherapieherausgeber des „Journal of Humanistic Psychology“ und Mitherausgeber von „The Humanistic Psychologist“; Herausgeber von „Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practice“ (2001); sein intensivstes Engagement gilt der Förderung der Humanistischen Psychologie und Psychotherapie. Er führt eine eigene Praxis in San Marcos, California.

Korrespondenzadresse:

*David J. Cain
8590 Indian Ridge Rd.
San Marcos, CA 92078
U.S.A.*

Hans Swildens

Carl Rogers – Übernahme der Erbschaft, ohne Idealisierung

Carl Rogers zu gedenken, heißt zweierlei: Einerseits handelt es sich um den Psychologen, der in den 40er und 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts die psychotherapeutische Landschaft wesentlich geändert hat und der Gründer einer Bewegung von holistisch denkenden Psychotherapeuten wurde. Andererseits war Carl Rogers auch der Philosoph und der „stille“ Revolutionär, der innerhalb einer vom Szientismus und Materialismus geprägten Gesellschaft einen existenziellen Humanismus predigte und der diese Lehre anzuwenden versuchte, nicht nur in der Pädagogik, sondern auch in der Universitätsausbildung, in den zwischenmenschlichen Beziehungen und sogar in bestimmten Aspekten der gesellschaftlichen und politischen Verhältnisse.

Um mit den letzteren Aspekten seiner Aktivität und Wirkungssphäre anzufangen: Er war nach eigener Ansicht nicht nur ein stiller Revolutionär, sondern auch „a revolutionary with a narrow focus“. Gegner des Vietnamkrieges – seine Aussage „God forgive America, our homedestroying home“ erhält in unseren Zeiten eine äußerst peinliche Aktualität – ging er doch nie auf die Barrikaden, sondern erwartete von seiner friedlichen humanistischen Revolution vielmehr einen langsam evolutionär verlaufenden Prozess der Humanisierung der Gesellschaft. Trotz seines behutsamen Engagements in der Anti-Vietnambewegung blieb er doch dem amerikanischen Establishment im Wesentlichen treu.

Im Vorstandsmitglied des „Western Behavioral Sciences Institute“, später im führenden Mitarbeiter des „Center for Studies of the Person“ ließ und lässt sich weder ein Revolutionär noch ein Prophet erkennen.

Wie steht es um seinen Einfluss in unserem eigenen Bereich, in Europa jetzt? Sowohl im deutschen als auch im niederländischen Sprachraum begegnete seinem Bestreben, die Grundlagen der Psychotherapie zu revidieren, große Begeisterung: Auch hier war diese Begeisterung verschiedenartig motiviert. Sein Impetus verursachte kreative Unruhe in Psychotherapeutenkreisen, die bis dahin überwiegend von der Psychoanalyse dominiert wurden: eine neue, „menschlichere“ therapeutische Beziehung, eine andere, holistische, indeterministische und optimistische Sicht auf den Menschen, das alles führte zu Beifall sogar auch in bestimmten psychoanalytischen Kreisen. Ein wichtiger Nebeneffekt wurde die emanzipatorische Wirkung auf die Berufsperspektive der Psychologen: Diese bis dahin nahezu funktions- und befugnislose Gruppe neuer Gamma-Wissenschaftler fand in dem amerikanischen Revolutionär einen Befreier ihrer Ambitionen. Das bedeutete auch praktisch, dass eine große Mehrheit der Rogerianer aus der psychologischen Disziplin stammte.

Innerhalb dieses großen Zuwachses neuer Interessenten und Schüler entstand auch allmählich die inhaltliche Kritik an der neuen Lehre. Diese Kritik war zuerst überwiegend pragmatisch und führte zu Änderungen, Modifikationen und Anpassungen hinsichtlich der Therapiemethode.

Wesentlicher aber war, den philosophischen Kern des Rogers'schen Humanismus zu kritisieren, denn der lag der Praxis zu Grunde. Carl Rogers hat in seinem humanistischen Optimismus in der philosophischen Tradition von Dewey und dem American Dream entsprechend keine Stelle für das Böse in der Welt mehr offen gelassen. Im Wesentlichen versteht er das Böse vielmehr als das misslungene Gute, das Entstellte, Verschrobene, das unabsichtlich von Menschen in der Erziehung usw. verursacht wurde, aber nicht zu seinem Wesen gehört (Diskussion Rogers–May 1981/1982). Diese äußerst menschenfreundliche Annahme ist m. E. ein philosophischer Grundfehler: Dass der Mensch grundsätzlich durch sein Mit-sein mit anderen Menschen, durch sein Angewiesen-sein auf Andere bestimmt ist, bedeutet auch, dass Rivalität, Streit, Kampf um die beschränkten Mitteln zu den Konstitutiva des menschlichen Daseins gehören.

Auch für die Praxis der Personzentrierten Psychotherapie hatte die Annahme einer guten, sozial orientierten und auf Harmonie angelegten menschlichen Natur Konsequenzen gehabt und zu Einseitigkeiten geführt. Der Optimismus ohne Grenzen führte zum Beharren auf der Überzeugung, dass ein optimales menschliches Entgegenkommen (die Rogers'schen Grundhaltungen/Haltungsvariablen) uneingeschränkt und ohne Berücksichtigung diagnostischer Aspekte zum gesunden Heranwachsen des grundsätzlich „heilen“ Menschen führen würde. Diese Sicht auf den Rogers'schen Beitrag an der Psychotherapie hat sich mit nur wenig Korrekturen bis auf den heutigen Tage erhalten (vgl. Schmid 1989; 1992).

Die Praktiker unter den Schülern von Rogers, die seit 1970 (Bastine) und späterhin im weiten Kreis die Überzeugung erworben haben, dass die Haltungsvariablen nicht ausreichen, sondern ergänzt und auch differenziell angewendet werden sollten, wenn man der Diversität der Störungen gerecht werden will, konnten nicht mehr überhört werden. Aber diese Praktiker haben sich mehrheitlich kaum mehr um die philosophischen Prämissen des Meisters gekümmert. Sie haben sich in ihrem pragmatischen Denken und Handeln auch nicht mehr so sehr mit den der Machbarkeit zugrunde liegenden Fragen beschäftigt, sondern in heuristischen Lösungen leichtfertig ihre Zielsetzungen angestrebt.

So haben sich derzeit scheinbar zwei Rogers'sche Strömungen entwickelt: eine als versiert imponierende, philosophisch unter-

mauerte, universale Begegnungsidee (Schmid 1989; 1992) und eine abtastend fortschreitende, heuristisch arbeitende, philosophisch weniger untermauerte Methode der Psychotherapie (Finke 1994; 1997; Speierer 1994; Swildens 1989; 1991; 1998). Den letztgenannten schließen sich jetzt die Vertreter der sogenannten „Process-experiential“-Richtung an, die sich mit den personenzentrierten Ideen kaum beschäftigen, sondern das fast trockene Flussbett der Rogers'schen Bewegung in Nord-Amerika für ihre experienziell genannten Therapien benutzen, damit den Übergang bahrend für eine integrative Psychotherapie der Zukunft. Ich neige dazu, diese Richtung nur zu markieren, sie aber nicht in die Diskussion einzubeziehen.

Die beiden Erstgenannten, kurz gesagt die Begegnungsphilosophen und die differenzierenden Praktiker, zeigten bis vor kurzem nur wenig Berührungspunkte. Bei einer kürzlich geführten Diskussion aber (Finke/Keil/Stumm 2001) wurde versucht, diese gegenseitige Isolierung aufzulösen und dem Gespräch zwischen den polaren Positionen neue Aufmerksamkeit und Bedeutsamkeit zu schenken.

Wenn dieses Gespräch fruchtbar sein soll, dann ist es wichtig, dass sich beide Gesprächspartner in einer Präambel auf jedenfalls drei Punkte einigen:

1. Die von Rogers beschriebene und empfohlene offene und gleichwertige Beziehung zwischen Therapeut und Klient und die von Rogers geforderte therapeutische Grundhaltung mit den dazu gehörenden Haltungsaspekten sollten der Ausgangspunkt für beide polare Orientierungen bleiben.
2. Die von Rogers postulierte Aktualisierungstendenz verbindet die menschliche Situation mit der der Tiere und bildet so eine brauchbare Arbeitshypothese. Sie sollte aber nicht zu einer einseitig biologistischen und/oder vitalistischen Sicht auf den Menschen führen. Das Studium der Primaten hat zwar zur Überzeugung geführt, dass Vorstufen der menschlichen Verfasstheit hinsichtlich Kommunikation und Sozialisation bei dieser Tiergruppe anzutreffen sind, das Wesen des Menschlichen aber liegt in seiner „exzentrischen Position“ (so Plessner 1961), die Selbstreflexion und Sprachlichkeit konstituiert, Selbstbeurteilung und Selbstbestimmung ermöglicht und die Willensfreiheit begründet. Es ist wichtig zu unterscheiden zwischen Aktualisierungstendenz – aufzufassen als Erfüllung des Bauplans und inhärent dem bzw. identisch mit Leben – und andererseits Selbstaktualisierung im Sinne der personenzentrierten Theorie. Letztere bedeutet vielmehr das Aktualisieren der selbstgewählten authentischen Zielsetzungen. Das führt zum dritten Punkt.
3. Der von Rogers vertretenene Indeterminismus und die damit zusammenhängende grundsätzliche, wenn auch praktisch immer begrenzte Freiheit des Menschen sollten Ausgangspunkt bleiben. Sie begründen die Rogers'schen Auffassungen in der existenzphilosophischen Entwicklung des Abendlandes. Die menschliche Existenz – als orientiert am Ideal des Angehens und Erschließens der strikt eigenen beschränkten Zukunft und

des sich Entscheidens für die eigenen Aufgaben der Person – verbindet mutatis mutandis die personenzentrierte Theorie mit der Existenzphilosophie. Hat Punkt 2 vor allem Bezug auf die Faktizität, so bezieht sich Punkt 3 auf die Existenzialität im Heidegger'schen Sinne. Zwischen beiden Aspekten der menschlichen Existenz bewegt sich Rogers.

Die Praktiker sollten sich in dieser Diskussion gebunden wissen an das Ideal der therapeutischen Begegnung. Begegnung wäre dabei zu definieren als eine gleichwertige und ebenbürtige Beziehung zweier Menschen, die sich ihrer menschlichen Verwandtschaft bewusst sind, sich für einander öffnen und einander verstehen wollen sowie sich vertrauensvoll und mit Respekt zu einander hinwenden. Ungeachtet dessen, dass dieses Ideal sich aber in manchen Fällen als eine praktische Unmöglichkeit zeigt, fehlt ohne wirkliche aktive Begegnungsorientiertheit das für erfahrungsmäßige Verschiebungen notwendige Klima. Das ist die Lackmusreaktion der Methode. Trotzdem muss in der therapeutischen Praxis auch die Verantwortlichkeit des Therapeuten für den Verlauf der Therapie und für das Erreichen der angestrebten Ziele stark betont werden. Ohne lenkende und konfrontierende Interventionen stagniert schon bald die Therapie. In diesem Spannungsfeld sollte der prozessorientierte Psychotherapeut seine richtige Stelle finden. Sich klientenzentriert nennende Psychotherapeuten, die nur konfrontieren, können zwar unter Umständen zielorientiert wirken und so erfolgreich sein, aber sie gehören nicht zu unserer Blutgruppe.

Von den Begegnungsphilosophen wird verlangt, dass sie sich mit der grundsätzlichen menschlichen Beschränktheit auseinandersetzen: einerseits als Unzulänglichkeit und Endlichkeit, Krankheit und Tod, sowie als fehlgegangene Selbsterhaltung sich manifestierend in Hass, Eifersucht, Aggression und Krieg, andererseits als schicksalhafte Fehlveranlagung, Störung und Defekt. Diese zum Wesen des Menschen gehörende Beschränktheit hat Konsequenzen für die Sicht auf die therapeutischen Möglichkeiten. Psychotherapeutisches Vorgehen kann nie exklusiv begegnungsorientiert sein, sondern muss notwendigerweise immer auch von Sachverstand getragen werden im Sinne der Prozessorientierung und das bedeutet: Unser Ansatz kann nur dann als wirksame Psychotherapiemethode bestehen, wenn der Psychotherapeut sich verantwortlich weiß für den Fortgang des Prozesses und für das Erreichen der Ziele.

Zum Gedenken des hundertsten Geburtstages von Carl Rogers könnte man der Rogers'schen Bewegung wünschen, dass sie – konform den Absichten des Gründers – aufhört, ihn zu idealisieren – er war weder ein Prophet, noch ein Revolutionär oder ein bedeutender Philosoph – sondern vielmehr sein Vermächtnis ernst nimmt. Dieses wurde inzwischen ein lebendiges Erbe und führt(e) ein eigenes Leben in ganz anderen Verhältnissen als jenen, in denen sich der Gründer befand. In diesem Zusammenhang ist es für uns Erben wichtig, dass wir unterscheiden zwischen Wesentlichem und Nebensächlichem, zwischen Grundannahmen der personenzentrierten Theorie und die Methode begründenden Thesen einerseits und anderer-

seits der späteren Erarbeitung von Aspekten der Theorie manchmal in Zusammenhang mit der Theoriebildung oder der Praxis von ideologisch fremdem Boden – unter Umständen sogar inkompatibel mit personenzentrierten Auffassungen.

Für das heutige Gespräch zwischen Befürwortern der Begegnungsidee in der Psychotherapie und den Praktikern, die sich mit der Differenzierung der Gesprächspsychotherapie beschäftigen, ist es wichtig, dass man sich zuvor auf die wesentlichen Grundannahmen einigt, bevor man anfängt über die weiteren theoretischen Konzepte und praktischen Anwendungen zu diskutieren.

Literatur:

- Finke, Jobst (1994), Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart (Thieme)
- Finke, Jobst (1997), Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie, Stuttgart (Thieme)
- Finke, Jobst/Keil, Wolfgang W./Stumm, Gerhard (2001), Unveröffentlichte Vorträge auf dem Fachsymposium „Gesprächspsychotherapie bei Komorbidität. Störungstheorie und Behandlungspraxis“, gehalten am 9. November 2001 in Hemer (Hans-Prinzhorn-Klinik)
- Heidegger, Martin (1953), Sein und Zeit, Tübingen (Niemeyer)
- May, Rollo (1982), The problem of evil: An open letter to Carl Rogers, in: Journal of Humanistic Psychology 22, 3, 10–21
- Plessner, Helmuth (1961), Lachen und Weinen, Bern, Francke
- Rogers, Carl R. (1981), Notes on Rollo May, in: Perspectives 2, 1 (special issue: Rollo May: Man and philosopher) [auch in: Kirschenbaum, Howard/Henderson, Valerie (Eds.), Carl Rogers: Dialogues. Conversations with Martin Buber, Paul Tillich, B. F. Skinner, Gregory Bateson, Michael Polanyi, Rollo May, and others, London (Constable) 237–239]
- Rogers, Carl R. (1982), Reply to Rollo May's letter, in: Journal of Humanistic Psychology 22, 4, 85–89

Schmid, Peter F. (1989), Personale Begegnung. Der personenzentrierte Ansatz in der Psychotherapie, Beratung, Gruppenarbeit und Seelsorge. Würzburg (Echter)

Schmid, Peter F. (1992), Bescheidenheit ist eine Zier, doch weiter ... Das Selbstverständnis des Personenzentrierten Psychotherapeuten, in: Frenzel, Peter/Schmid, Peter F./Winkler, Marietta (Hg.), Handbuch der personenzentrierten Psychotherapie, Köln (Edition Humanistische Psychologie) 39–69

Speierer, Gert-Walter (1994), Das Differentielle Inkongruenz Modell (DIM), Heidelberg (Asanger)

Swildens, Hans (1989), Über Psychopathologie und ihre Bedeutung für die klientenzentrierte Psychotherapie, in: Behr, Michael / Petermann, Franz/Pfeiffer, Wolfgang/Seewald, Cornelia (Hg.), Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie Bd. I, Salzburg (Otto Müller) 80–106

Swildens, Hans (1991), Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie, Köln (GwG) [holl. Orig.: Procesgerichte gesprekstherapie, Utrecht (de Tijdstroom) 1988; 5. überarbeitete und erweiterte Auflage 1997]

Swildens, Hans (1998), De persoon van de psychotherapeut: een clientgerichte visie, in: Tijdschrift voor Psychotherapie 24, 6, 408–420

Autor:

Swildens, Hans, 1924, *Psychiater, Klientenzentrierter Psychotherapeut, Begründer der Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie, Ausbilder und Supervisor in der „Vereniging voor clientgerichte psychotherapie“ in den Niederlanden.*

Korrespondenzadresse:

Dr. Hans Swildens
Putterstraat 28
NL-5256AN Heusden

Jobst Finke

Die Therapietheorie der Personenzentrierten Psychotherapie

Die Bedeutung der Therapietheorie für den Personenzentrierten Ansatz

Ist für die Psychoanalyse die Störungstheorie, also die Lehre von den Neurosen, von ihren Ursachen und ihren Entwicklungsgesetzen, das dieses Verfahren charakterisierende und bestimmende Moment, so ist für die Personenzentrierte Psychotherapie die Therapietheorie das eigentliche Signum. Als Amerikaner war Carl Rogers genügend vom Pragmatismus beeinflusst, um vor allem an der Frage

interessiert zu sein, wie seelisches Leiden zu beheben ist, wie Änderung ermöglicht werden kann. Natürlich leugnete er nicht jegliche Bedeutung einer Kenntnis von Ätiologie und Genese psychischer Störungen für das therapeutische Vorhaben, aber er relativierte sie, zumal er mit Recht von dem hypothetischen Charakter vieler solcher Erkenntnisse überzeugt war. Vor allem auch wusste Rogers darum, dass mehr noch als in der Heilkunst somatischer Störungen das Wissen um das Zustandekommen seelischer Erkrankungen dem Therapeuten noch nicht unmittelbar das Werkzeug zu ihrer Behebung

in die Hand gibt. Aus dem Störungswissen lässt sich nur bedingt ein gültiges Änderungswissen ableiten, bzw. solche Ableitungen bedürfen der empirischen Überprüfung. Das konsequente Bemühen um solche Überprüfungen von Änderungshypothesen hat Rogers zu einem Pionier der empirischen Psychotherapie-Prozessforschung gemacht (vgl. den Beitrag von Jochen Eckert in diesem Heft).

Als Ergebnis dieser Bemühungen hat Rogers die bekannten sechs Bedingungen einer wirksamen Psychotherapie formuliert (Rogers 1957), von denen später drei als die sogenannten Kernmerkmale hervorgehoben wurden:

Das Bedingungsfreie Akzeptieren, das Einfühlende Verstehen und die Kongruenz bzw. Echtheit des Therapeuten. Diese Merkmale sind zwar durch empirische Forschung eruiert worden, gleichwohl liegen ihnen therapietheoretische Prämissen zugrunde. Diese lassen sich wie folgt formulieren:

1. Verändern durch Anerkennen
2. Verändern durch Verstehen
3. Verändern durch Begegnen

Diese Positionen stehen therapietheoretisch in einem sich ergänzenden wie sich gegenseitig bedingenden Gefüge zueinander (Keil 1998). Sie sind jetzt im Einzelnen zu erörtern.

Veränderung durch Anerkennen

Diese Position ist vielleicht die für Rogers wichtigste. Zumindest ist sie die charakteristischste insofern, als sie in keinem anderen Verfahren mit dieser Nachdrücklichkeit vertreten wird. Sie prägt auch in wesentlicher Weise die beiden anderen Positionen, vor allem die des einführenden Verstehens, wovon gleich noch die Rede sein wird.

Die Grundannahme, dass Veränderung möglich ist schon allein durch bedingungsloses Anerkennen und Akzeptieren der Person des Klienten, hat eine individualtheoretische und eine sozialtheoretische Komponente. Hinsichtlich der ersteren verweist diese Annahme auf die Entwicklungspotenzen in jedem Menschen, auf seine grundsätzliche Fähigkeit, sich gemäß seinem Entwurf, seiner inneren Bestimmung von sich aus zum Konstruktiven zu entwickeln, dass also eine gezielte und strategisch subtil abgestimmte Einflussnahme oder gar eine wie auch immer verstandene therapeutische Zurichtung des Klienten nicht nötig, ja oft sogar schädlich ist. Denn der Klient findet nur zu Selbstverwirklichung, wenn er auch in der therapeutischen Situation auf der Suche nach seinem Selbst selbstbestimmend sein kann. Da andererseits aber auch vorausgesetzt wird, dass für eine Aktualisierung der Entwicklungspotenzen die akzeptierende und bejahende Haltung einer relevanten Bezugsperson bzw. des Therapeuten nötig ist, verweist diese Position auch auf das grundsätzliche Bedürfnis des Menschen nach Anerkennung, auf sein Angewiesensein auf Gemeinschaft (Schmid 1998) und damit auch auf die Grenzen seiner Autonomie.

Das therapeutische Anerkennen wirkt auf den Patienten wie eine Bestärkung und Ermutigung. Therapietheoretisch ergibt sich

so aus dieser Position der hohe Stellenwert, der in der Personzentrierten Therapie dem Mobilisieren von Ressourcen des Patienten zuteil wird, ein Wirkfaktor, auf dessen Bedeutung besonders Grawe (1996) hingewiesen hat.

Verändern durch Verstehen

Die Konzeption, dass das neurotische Leiden eine Art Störung des Selbstverstehens und der Selbstverständigung darstellt, so dass durch die Interventionen (Deutungen) des Therapeuten dem Patienten der verstehende Zugang zu sich selbst, zu seinem „Unbewussten“ ermöglicht werden muss, ist die entscheidende therapietheoretische Position der Psychoanalyse. Was also ist das Besondere des Konzeptes „Einführendes Verstehen“ der Personzentrierten Psychotherapie gegenüber dem Deutungs-Paradigma der Psychoanalyse? Was unterscheidet das Verstehen in der Gesprächspsychotherapie von dem der Psychoanalyse? Sehr treffend, fast wie in hellsichtiger Voraussicht, hat dies ein Autor formuliert, der die Personzentrierte Psychotherapie noch gar nicht kennen konnte, der Psychiater und Philosoph Karl Jaspers. In seiner „Allgemeinen Psychopathologie“ (1959; 1. Auflage 1913; in den Auflagen der 20er und 30er Jahre jeweils erweitert) stellt er zwei Verstehenshaltungen gegenüber:

„Verstehen ist Erhellen und Entlarven. Verstehende Psychologie hat in ihrem Verfahren eine merkwürdige Doppeltheit. Sie kann oft wie boshaft erscheinen in der Entlarvung von Täuschungen, sie kann gütig erscheinen in dem Bejahen durch Erhellen eines Wesenhaften. Beides ist ihr zugehörig. Im faktischen Betrieb drängt sich oft die boshafte Seite auf. Skeptisch oder hassend meint man ständig nur, ‚dahinter zu kommen‘. Die *Wahrheit dieses Verstehens* will ein Durchschauen der universalen Unwahrhaftigkeit sein. ... Der verstehende [also der Klient – J. F.] gerät sich selber gegenüber in Verzweiflung: ‚Zwischen hundert Spiegeln vor dir selber falsch‘ – er scheint in sich das Nichts zu finden. Dagegen ist das erhellende Verstehen eine bejahende Grundhaltung. Sie geht liebend auf das Wesen, sie vergegenwärtigt, vertieft dessen Anschauung, sieht das substantiell Seiende vor ihren Augen wachsen. Die entlarvende Psychologie baut ab und findet ‚nichts weiter als ...‘, die erhellende Psychologie bringt positiv zum Bewußtsein, was ist. Die entlarvende Psychologie ist das unumgängliche Fegefeuer, in dem der Mensch sich prüfen und bewähren, sich reinigen und verwandeln muß. Die erhellende Psychologie ist der Spiegel, in dem das bejahende Selbstbewußtsein und die liebende Anschauung fremder Wirklichkeit möglich wird.“

Es soll hier unerörtert bleiben, ob Jaspers mit der Rede vom entlarvenden Verstehen der Psychoanalyse seiner Zeit gerecht geworden ist. Er beschreibt jedoch der Tendenz nach ein wichtiges Unterscheidungskriterium. Er stellt gewissermaßen einer Entlarvungs- und Enthüllungshermeneutik eine Erhellungs- und Erweckungshermeneutik gegenüber. Letztere zielt auf die positiven Möglichkeiten des Patienten, auf die Aktualisierung dessen, was der Patient

seinem Entwurf nach sein könnte. Der „Kunst des Argwohns und des Misstrauens“ (Nietzsche) wird die Entschlossenheit zum Vertrauen in die konstruktiven Möglichkeiten des Patienten und die „liebende Anschauung“ seiner Wirklichkeit gegenübergestellt. Die denunziatorische Geste, mit der die Selbsttäuschungen des Patienten demaskiert werden, soll einen Gegenpart finden in einem „Appell an Freiheit“ (Jaspers), in einem Versuch, durch eine „bejahende Grundhaltung“ die Notwendigkeit solcher Selbsttäuschungen aufzuheben. Auch in der Personzentrierten Therapie sollen, wie Rogers formuliert, verzerrte Symbolisierungen in exakte Symbolisierungen eigener Wünsche und Gefühle überführt werden. Aber diese Entzifferungsarbeit geschieht hier im Hinblick auf die konstruktiven Möglichkeiten des Patienten.

Wichtig für die Bezugnahme auf die Personzentrierte Psychotherapie ist auch die enge Verbindung, die Jaspers zwischen dem Verstehen und der „bejahenden“, also akzeptierenden und anerkennenden, Grundhaltung sieht. Dieser enge Zusammenhang zwischen der Haltung des therapeutischen Verstehens und der des bedingungsfreien Akzeptierens führt zu einem ganz entscheidenden Moment des gesprächspsychotherapeutischen Verstehenskonzeptes: zur Alter-Ego-Beziehung (Finke 1999). Wie kein anderer vor ihm hat Rogers hier eine Position der Hermeneutik für die Psychotherapie fruchtbar gemacht, nach der der Verstehende „sich gleichsam in den anderen verwandeln“ muss (Schleiermacher 1977), sich in den anderen „hineinversetzen“ und zu einem inneren „Mitvollzug seiner Werke und Taten“ (Dilthey 1927) bereit sein soll. Dieses „Sich-in-den-anderen-verwandeln“ impliziert ein Akzeptieren und Bejahen des Anderen. Der therapeutische Sinn eines Verstehens aus der Alter-Ego-Position besteht vor allem darin, das innere Zwiegespräch des Patienten mit sich selbst wieder anzuregen.

Beim Verstehen aus der Alter-Ego-Position verzichtet der Therapeut auf jede belehrende Aufklärung des Patienten aus der Haltung eines scheinbar objektiven Beobachters („Das ist bei Ihnen so, weil Sie im Grunde genommen doch nur ...“), vielmehr ist der Therapeut bemüht, den Patienten „aus sich selbst heraus“ oder wie Rogers formulierte „aus seinem Bezugssystem heraus“ zu verstehen. Das Verstehen aus der Rolle eines anderen Selbst des Patienten ist ein sich selbst begrenzendes Verstehen, das sich zunächst darauf beschränkt, die Auseinandersetzung des Patienten mit sich selbst zu fördern, und das auf die entsprechenden Möglichkeiten des Patienten, „verzerrte Symbolisierung“ (Rogers 1959/1987) wieder zu decodieren, vertraut. In dieser Förderung einer Wiederaufnahme der abgebrochenen Selbstverständigung wird ein entscheidender Änderungsschritt gesehen.

Verändern durch Begegnen:

Etwa ab Ende der 50er Jahre betonte Rogers zunehmend das Merkmal Kongruenz/Echtheit und er sah nun in der „Begegnung von Person zu Person“ (Rogers 1957; 1961/1973) den bedeutsamen Faktor des

Therapieprozesses. Der Therapeut sollte nun nicht mehr sein eigenes Selbst beiseite stellen, um ganz zum anderen Selbst des Klienten zu werden, sondern er sollte als „reale Person“ dem Patienten gegenüberreten und sich ihm transparent machen. Es wird die Unmittelbarkeit und die Gegenwärtigkeit des Therapeuten gefordert (Schmid 1999). In Behandlungsmerkmalen wie Konfrontieren, Beziehungklären und vor allem Selbsteinbringen hat dieses Therapiekonzept, meist durch die Arbeiten von Rogers' Schülern (Carkhuff 1969), seine Konkretisierung gefunden.

In gewisser Hinsicht stellt diese Entwicklung therapietheoretisch einen Paradigmenwechsel dar. Denn der bedeutsame Wirkfaktor scheint nun weniger in einem einfühlsam-verstehenden Mitvollzug des Erlebens des Klienten als in der Möglichkeit gesehen zu werden, diesem neue und konstruktive Beziehungserfahrungen und damit die Ungültigkeit seiner bisherigen verzerrten Beziehungswahrnehmungen und -erwartungen zu vermitteln (Pfeiffer 1993). Die Alter-Ego-Position als ursprünglich zentrales Beziehungskonzept des Personzentrierten Ansatzes wird abgelöst von der Dialogbeziehung.

Es ist aber festzuhalten, dass eine solche alternative Sichtweise weder Rogers noch die meisten heutigen Gesprächspsychotherapeuten teilen würden. Die Einführung der Dialogbeziehung stellt vielmehr eine Verbreiterung der therapietheoretischen Basis dar, die zu einer Erweiterung der therapeutischen Handlungsmöglichkeiten und damit auch der Indikationsbereiche führt. Therapiepraktisch bestimmen die therapeutische Situation, die Art des Klienten und seiner Störung sowie Art und Phase des therapeutischen Prozesses (Swildens 1991), wann welche Interventionsformen indiziert sind. Interventionen auf der Ebene der Dialogbeziehung ergänzen also nur jene Interventionen, die aus einer Alter-Ego-Position heraus erfolgen. Die Einführung des Begegnungs-Momentes bzw. der Dialogbeziehung in die Personzentrierte Psychotherapie bedeutet also auf der Ebene therapietheoretischer Überlegungen eine Erhöhung der Komplexität und auf der Ebene der Therapiepraxis eine Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten (Finke 1994).

Literatur:

- Carkhuff, Robert R. (1969), *Helping and human relations*, Vol. I: Selection and training, New York-Chicago (Holt, Rinehart and Winston)
- Dilthey, Wilhelm (1927), *Das Verstehen anderer Personen und ihrer Lebensäußerungen*, in: *Gesammelte Schriften* Bd. VII, Leipzig-Berlin (Teubner)
- Finke, Jobst (1994), *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*, Stuttgart-New York (Thieme)
- Finke, Jobst (1999), *Beziehung und Intervention*, Stuttgart-New York (Thieme)

- Grawe, Klaus (1996), Understanding change, in: Esser, Ulrich/Pabst, Hans/Speierer, Gert-Walter (Eds.), *The power of the Person-centered-approach*, Köln (GwG)
- Jaspers, Karl (1959), *Allgemeine Psychopathologie*, Berlin-Göttingen-Heidelberg (Springer)
- Keil, Wolfgang W. (1998), Der Stellenwert von Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Psychotherapie, in: *PERSON 1*, 32–44
- Pfeiffer, Wolfgang M. (1993), Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und der Therapie psychischer Störungen, in: Teusch, Ludwig/Finke, Jobst (Hg.), *Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie*, Heidelberg (Asanger) 1993, 19–40
- Rogers, Carl R. (1957), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: *Journal of Consulting Psychology* 21, 2, 95–103; dt.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: Rogers, Carl R./Schmid, Peter F., *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*, Mainz (Grünwald) 1991, 165–184
- Rogers, Carl R. (1959), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (Ed.), *Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context*, New York (McGraw Hill) 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987
- Rogers, Carl R. ([1961] On becoming a person, Boston (Houghton Mifflin); dt.: (1973b), *Entwicklung der Persönlichkeit*, Stuttgart (Klett) 1973
- Schleiermacher, Friedrich D. E. (1977), *Hermeneutik und Kritik*, Frankfurt/M. (Suhrkamp)
- Schmid, Peter F. (1998), *Im Anfang ist Gemeinschaft*, Stuttgart (Kohlhammer)
- Schmid, Peter F. (1999), *Person-Centered Essentials*, in: *PERSON 3*, 139–141
- Swildens, Hans (1991), *Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie*, Köln (GwG)

Autor:

Jobst Finke, 1937, Dr., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin sowie für Neurologie und Psychiatrie, Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Essen, Klientenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder in der „Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)“, Essen.

Korrespondenzadresse:

*Dr. Jobst Finke
Psychiatrische Landes- und Hochschulklinik
Barkhovenallee 171
D-45239 Essen*

Tom Greening¹**Carl Rogers als „direktiver“ Psychotherapeut**

Obwohl ganz zu Beginn Carl Rogers' Methode, oder besser gesagt, seine Art, mit den Klienten zu sein, „nicht-direktiv“ genannt wurde, war sie meines Erachtens nie nicht-direktiv. Tatsächlich könnte man sie ironischer- oder provokativerweise sogar die direktivste Form von Psychotherapie nennen. Warum das? Weil sie die KlientInnen dahin führt, sich auf ihren Fluss des Erlebens zu konzentrieren oder darauf konzentriert zu bleiben, und zwar auf allen Ebenen des Bewusstseins (kognitiv, affektiv, physisch, relational, spirituell) und dies während der ganzen Sitzung. Und implizit und manchmal sogar explizit bringt sie die KlientInnen dazu, sich selbst als Person zu bewerten und zu ergründen und wertzuschätzen und daraus zu lernen, was sie hier entdecken und was sich aus diesem Personsein entfaltet.

Andere Therapiemethoden konzentrieren sich vielleicht auf das Verhalten oder die Kognitionen oder die freien Assoziationen etc. – alles wichtig, aber es sind nur Teile der ganzen Person und ihres unmittelbaren Seins in der therapeutischen Begegnung. Person-zentrierte Therapie ist daher direktiv auf die Person zentriert und deren volle existenzielle Erfahrung des Seins und Werdens mitten im eigenen Leben in der Gegenwart eines zugewandten, aufmerksamen und, ja, „direktiven“ Therapeuten.

Daher, um dieses Paradox noch weiter zu untersuchen, können andere Therapien „diversifizierend“, „ablenkend“, „reduktionistisch“ oder „nicht-direktiv“ genannt werden, da sie irreführend sind, die KlientInnen vom Kern ihres Seins und ihrer vollen Authentizität wegführen, um sie „in Ordnung zu bringen“, „anzupassen“, „zu behandeln“ oder sie zu „kurieren“.

Wenn man ein Video anschaut, in dem Rogers mit einem Klienten interagiert, zeigt das klar, wie direktiv, intensiv, präsent, einladend,

¹ übersetzt von Margarethe Letzel

begegnend und bestätigend er war. Parodien oder Imitationen nicht-direktiver Therapie entgeht dieses Wesentliche. Jeder, der TherapeutInnen in Ausbildung supervidiert hat, weiß, wie schwierig es sein kann, die Lernenden dazu zu bringen, sich zu konzentrieren, mitzugehen, die tatsächliche Bedeutung zu reflektieren, aktiv zuzuhören und zu bestätigen, während sich der eigene Prozess des Klienten vertieft und ausrichtet.

Letztlich ist Personzentrierte Therapie direktiv darin, dass sie darauf abzielt, die Bedingungen, die Stimuli und die Unterstützung für Klienten bereitzustellen, dass sie aktive, selbstbestimmte Handlung im Leben werden.

Autor:

Tom Greening, 1930, Ph. D., Professor für Psychologie an der Saybrook Graduate School, Herausgeber des „Journal of Humanistic Psychology“; Psychotherapeut in freier Praxis seit 1958.

Korrespondenzadresse:

*Thomas Greening, Ph. D.
1314 Westwood Blvd., Suite 205
Los Angeles, CA 90024
E-mail: tgreening@saybrook.edu
Homepage: www.tom.greening.com*

Eva-Maria Biermann-Ratjen

Zur Entwicklungspsychologie von Rogers

In einem psychotherapeutischen Prozess interessieren sich die Klienten zunehmend für sich selbst, sie beginnen sich zu fragen, wer sie wirklich sind, und beginnen zu spüren, dass sie Angst davor haben, ihre eigenen Erfahrungen zu machen. Sie erfahren sich selbst aber mehr und mehr und entdecken dabei, dass es so etwas wie ein wahres Selbst gibt, das sie dann mehr und mehr wahrhaben können und entwickeln wollen (vgl. Rogers 1959, 201f). Diese Beobachtung, dass im psychotherapeutischen Prozess Erfahrungen gemacht werden, die zur Veränderung des Selbstkonzepts führen, war einer der zentralen Ausgangspunkte bei der Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts durch Carl Rogers.

Selbstentwicklung ist im Klientenzentrierten Konzept als Selbstaktualisierung und damit als ein wesentlicher Teil der Aktualisierung konzipiert. Nach Rogers ist die Aktualisierungstendenz das einzige Motiv, das im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts angenommen wird (vgl. Rogers 1959, 196). Die Selbstaktualisierung ist konzipiert als die Integration von Selbsterfahrung in ein Konzept von einem wahren Selbst.

So wie Psychotherapiepatienten ihre Entwicklung im psychotherapeutischen Prozess mit ihren eigenen Worten als Selbstentwicklung beschreiben, stellen sie dar, dass sie diese Entwicklung im Rahmen einer Beziehung zum Psychotherapeuten gemacht haben. Sie beschreiben diese Beziehung als eine, in der sie sich verstanden und aufgehoben und wirklich als ganze Person mit all ihren Fehlern und Schwächen angenommen gefühlt haben. Und das tun nicht nur die Klienten eines Klientenzentrierten Psychotherapeuten. Das tun auch Patienten, die von einer Konfrontationstherapie profitiert haben, und auch solche, die ihre Entwicklung in der Therapie auf die Durcharbeitung einer Übertragung zurückführen.

Solche Beobachtungen, die jeder, der Katamnesen durchführt, jederzeit machen kann, haben zu Carl Rogers' berühmter gewordenen Abstraktion der notwendigen und hinreichenden Bedingungen für konstruktive Persönlichkeitsveränderungen durch den psychotherapeutischen Prozess geführt. Die Bedingungen sind: (1) Ein psychologischer Kontakt, in dem (2) die eine Person, der Klient, inkongruent ist, mit Erfahrung beschäftigt ist, durch die sie sich in ihrem Selbstverständnis in Frage gestellt erlebt, (3) während die andere Person, der Therapeut, das eben nicht ist. Er ist kongruent, was auch bedeutet, dass er sich seines gesamten Erlebens im Kontakt mit dem Klienten bewusst werden könnte. (4) Der Therapeut kann fühlen, dass er den Klienten bedingungslos wertschätzt, und (5) er erlebt, dass er den Klienten empathisch versteht. (6) Der Klient nimmt zumindest in Ansätzen wahr, dass ihn der Therapeut empathisch versteht und bedingungslos wertschätzt.

In dieser Abstraktion taucht auch das Konstrukt Inkongruenz/Kongruenz im Sinne der Unfähigkeit/Fähigkeit auf, sich seiner Erfahrung bewusst zu werden. Es ist zentral für die Erklärung von psychischen Erkrankungen, die psychotherapeutisch behandelt werden können.

Wir können annehmen, dass die Bedingungen für die Selbstentwicklung im psychotherapeutischen Prozess dieselben sind wie in der frühkindlichen Entwicklung, die die Grundlage für die Entwicklung von mehr oder weniger psychischer Gesundheit ist. Das Selbst entwickelt sich von der Wiege an in Situationen, in denen die Person in ihrer Selbsterfahrung empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt wird von einer anderen Person, die nicht zugleich mit ihrem eigenen Selbstverständnis in der Weise beschäftigt ist, dass sie sich nur eines Teils ihrer Erfahrung in der Situation des

psychologischen Kontaktes mit dem Kind bewusst werden kann. Erfahrungen, in denen das Kind nicht empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt wird bzw. auf die die wichtige andere Person mit Inkongruenz reagiert, können nicht in das Selbstkonzept integriert werden.

Die Aktualisierungstendenz zeigt sich vor allem in der Form, dass jede Erfahrung vornehmlich affektiv im Hinblick darauf bewertet wird, ob sie eine der Erhaltung und Förderung des Organismus ist oder eine der Bedrohung und Behinderung. Die in das Selbstkonzept integrierten Erfahrungen sind also immer zweifach bewertet: Sie sind von der Person selbst als ihre Entwicklung mehr oder weniger fördernd und/oder erhaltend bewertet worden. Und sie sind sozial als der unbedingt positiven empathischen Beachtung wert beurteilt worden.

Wenn sich ein erstes Selbstkonzept gebildet hat, kann sich, so Rogers, die Aktualisierungstendenz spalten. Erfahrungen werden nun nicht mehr nur als die Erhaltung und Entwicklung des ganzen Organismus mehr oder weniger fördernd und/oder bedrohend bewertet. Erfahrungen werden nun auch als das Selbstkonzept bestätigend oder in Frage stellend bewertet. Und Erfahrungen, die das Selbstkonzept in Frage stellen, werden als Bedrohung, affektiv als ängstigend, erlebt. Wenn sie nicht einfach nicht wahrgenommen oder verzerrt werden, so als passten sie doch zum Selbstkonzept, versteht und akzeptiert sich die Person in ihnen nicht oder reagiert auf sie wie in einer Belastungssituation bzw. wie auf einen Angriff von außen (vgl. Swildens 1991) mit aggressiver Verteidigungsbereitschaft, Fluchtbereitschaft, indem sie sich selbst und/oder den anderen bezüglich des wahren Affekts täuscht, und/oder depressiv wird bzw. indem sie sich mehr oder weniger tot stellt. Diese „Notfallreaktionen“ treten in einem persönlich und situationsabhängig je unterschiedlichen Mischungsverhältnis auf. Als bedrohlich, weil das Selbstkonzept in Frage stellend, werden nicht nur alle Erfahrungen bewertet, die beinhalten, dass die Person nicht empathisch verstanden und nicht unbedingt wertgeschätzt wird. Als bedrohlich werden auch alle Erfahrungen erlebt, die Wiederholungen von Erfahrungen sind, die bei ihrem ersten Auftauchen nicht in das Selbstkonzept integriert werden konnten.

Wenn aber das Kind – und später der Patient – z. B. in einer aggressiven Notfallreaktion der Selbstverteidigung sich zwar selbst nicht verstehen und akzeptieren kann, aber korrekt und vollständig von einer anderen Person empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt wird, dann kann er auch diese Selbsterfahrung („Ich bin so wütend, dass ich sie schlagen möchte, und verstehe und akzeptiere mich nicht in dieser Selbsterfahrung“) zusammen mit der Erfahrung, die sie ausgelöst hat („Ich bin unglücklich, wenn ich mir vorstelle, dass sie mich wegschicken könnte“), in das Selbstkonzept integrieren.

Bei der Beschreibung von psychischen Fehlentwicklungen hat Rogers darauf hingewiesen, dass zusammen mit einem ersten Selbstkonzept nicht nur Angst bei Erfahrungen, die das Selbstkon-

zept in Frage stellen, erlebbar werde, sondern auch ein Bedürfnis nach positiver Beachtung. Wenn das Kind nicht unbedingte Wertschätzung in seinem Erleben erfahre, sondern selektiv, je nach dem, was es gerade erlebt, als der positiven Beachtung mehr oder weniger wert angesehen wird, werde die Befriedigung oder die Frustration in dem Bedürfnis nach positiver Beachtung in bestimmten persönlichen Erfahrungen mit diesen assoziiert. Das führe dazu, dass, wenn sich Erfahrungen wiederholten, in denen die Person liebevoll beachtet worden ist, sie vor allem die positive Selbstbeachtung erlebe. Wenn sich aber Erfahrungen wiederholten, die nicht mit positiver Beachtung assoziiert werden konnten, werde keine positive Selbstbeachtung erlebt. Und es würden Selbsterfahrungen allein deshalb gesucht oder gemieden, weil sie als mehr oder weniger wertvoll angesehen werden, mehr oder weniger Selbstachtung bedeuteten. Die Person habe Bewertungsbedingungen internalisiert. Diese stellen nach Rogers das Haupthindernis für die Entwicklung der psychologisch angepassten Person dar. Auf ihrer Grundlage werde nämlich die organismische Bewertung von Erfahrung als die Erhaltung und Entwicklung des ganzen Organismus fördernd oder behindernd relativiert bzw. ganz ausgeblendet.

Im Klientenzentrierten Konzept geht es also um die Bewertung von Erfahrung und um die Abwehr der organismischen Bewertung, wenn es um die Erhaltung und um die Verteidigung des Selbstkonzepts und der Selbstachtung geht.

Wir stellen uns vor diesem Hintergrund die folgenden Entwicklungsphasen und Ängste vor, die mit der Stagnation der Entwicklung auf einer bestimmten Entwicklungsphase verbunden sind:

In einer ersten Phase (vgl. z. B. Biermann-Ratjen / Eckert / Schwartz 1997, 93ff) geht es darum, dass das Kind seine affektiven Erfahrungen als empathisch verstehbare und die unbedingte Wertschätzung seiner lebensnotwendigen Bezugspersonen nicht in Frage stellende Selbsterfahrungen in ein erstes Selbstbild integrieren kann. Das erste Selbstbild besteht somit aus Erfahrungen des Wahr- und Angenommenwerdens im affektiven Erleben. Das ganz früh in seiner Entwicklung stagnierte Selbstkonzept ist von jeder Art von affektiver Erfahrung bedroht. Wenn die Bedrohung gespürt wird, wird Angst vor einer – auch als körperlich gedachten – Vernichtung erlebt.

Wenn sich eine erste Gestalt eines Selbstbildes entwickeln konnte, wird der Prozess der Bewertung von Erfahrung als das Selbstbild und die Selbstbeachtung bestätigend oder bedrohend eine Quelle der Erfahrung. In dieser zweiten Phase werden Scham und Zweifel erlebbar. Es geht vor allem auch darum, ob das Kind in der affektiven Bewertung der Erfahrung, sich nicht verstanden und nicht unbedingt wertgeschätzt vorzufinden, verstanden wird. Bestimmte affektive Erfahrungen können nun zum Feind werden. Wenn sie drohen, droht auch die Erfahrung, nicht verstanden und abgelehnt zu werden. Die Angst vor diesen Erfahrungen und ihre Abwehr zeigt sich in verschiedenen Ausdrucksformen von Aggressivität bis zum Totstellreflex. Das in dieser zweiten Phase in seiner

Entwicklung stagnierte Selbstkonzept ist vor allem vom Erleben der Notfallreaktionen bedroht. Es wird Angst vor dem böse, wertlos oder nicht in Ordnung-Sein erlebt, in Scham und Zweifeln, und Aggression und Angst und Depression werden als etwas nicht zum Selbst Gehörendes angesehen, entweder gar nicht erlebt oder als nicht zu verstehen und nicht zu akzeptieren.

Wenn sich schließlich ein Selbstkonzept gebildet hat, in das auch die gelegentliche Erfahrung von Scham und Selbstzweifeln und z. B. Wut integriert werden konnte, und die Selbstachtung nicht bei jeder Erfahrung des sich Nicht-verständlich-machen-Könnens und des sich Nicht-geliebt-und-anerkannt-Vorfindens zusammenbricht, kann sich das Kind in einer dritten Phase seinen höchst persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten und Begrenzungen zuwenden bzw. den Gefühlen, in denen es sie erlebt, und seine Bewertung durch andere in ihnen, z. B. und vor allem als männlich oder weiblich. Wie es sich später mit der Erfahrung seiner Möglichkeiten und Begrenzungen fühlen wird, ob ihm seine Möglichkeiten als Forderungen und seine Begrenzungen als Bedrohungen erscheinen und es mit beiden möglichst wenig Kontakt haben will, entscheidet sich wieder daran, ob es in ihnen empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt wird oder nicht. Die Person, die diese dritte Entwicklungsphase erreicht hat, erlebt bei Bedrohungen des Selbstkonzepts und der Selbstachtung Zweifel, als Mann oder Frau in Ordnung bzw. voll funktionsfähig zu sein, und entsprechende Ängste, in dieser Funktion nicht zu genügen und/oder sich dadurch schuldig zu machen.

Entwicklungspsychologische Überlegungen im Rahmen eines Psychotherapiekonzeptes sollen verdeutlichen, um welche Erfahrungen es – warum und in welcher Form zum Ausdruck gebracht – im psychotherapeutischen Prozess geht. Je genauer wir uns Rogers' Entwicklungspsychologie ansehen, um so deutlicher wird, dass es im psychotherapeutischen Prozess darum geht, ob eine Person sich selbst verstehen und akzeptieren kann, um den Zugang zu einer kontinuierlichen, nicht durch ursprünglich fremde Bewertungen unterbrochenen Prozess der Selbsterfahrung, die eine Bewertung von Erfahrung in Beziehungen ist.

Die neueren Entwicklungen im psychoanalytischen entwicklungspsychologischen Diskurs (vgl. Frischenschlager 1999), die darauf basieren, dass sie die moderne Systemtheorie und die Ergebnisse der empirischen Säuglingsbeobachtung berücksichtigen, kommen zu ähnlichen Annahmen, vor allem die moderne Selbstpsychologie und die moderne Bindungsforschung (vgl. Fonagy und Target 1997).

Psychoanalytiker nahmen früher an, dass der kindliche Entwicklungsprozess vor allem ein Sozialisierungsprozess sei: Triebenergien müssten in Bahnen gelenkt werden. Die primäre Tendenz des Psychischen, entsprechend dem Lustprinzip Entspannung bis zur Bewusstlosigkeit durch die Abfuhr von Triebenergie zu erreichen, müsse einer Aufrechterhaltung der Selbst- und Umwelterfahrung weichen, wobei sich die Unterscheidung von Selbst- und Umwelterfahrung

nur im Rahmen von Versagungen und Verzögerungen von Triebbefriedigung und dem damit verbundenen Spannungsabbau entwickle.

Aus diesen Annahmen über den kindlichen psychischen Entwicklungsprozess ergab sich die folgende Vorstellung vom psychoanalytischen Prozess (vgl. Frischenschlager 1999, 39):

- Der Patient hat über seine unbewussten Konfliktlösungsmuster, die vorwiegend nach dem Prinzip der Spannungsabfuhr mit dem Ziel der Bewusstlosigkeit, dem Lustprinzip, ablaufen, keine Kontrolle.
- Das stärkste unbewusste Motiv ist die Suche nach der Befriedigung infantiler Triebwünsche.
- Das Behandlungsangebot und das Setting, die Couch, intensivieren diese infantilen Wünsche (Regression). Sie drängen zum Bewusstsein (Übertragung) und müssen verstärkt abgewehrt werden (Widerstand).
- Die Frustration der infantilen Wünsche (diesmal durch den Therapeuten) ist (wie auch früher in der Entwicklung) der Motor der Entwicklung.

Das Bewusstwerden der Wünsche durch Deutung (der Übertragung und des Widerstandes) führt aus dem Dilemma heraus, denn:

Die infantilen Wünsche verlieren, wenn sie als solche durch die Deutung bewusst gemacht werden, an pathogener Kraft.

Die entwicklungspsychologischen Vorstellungen und das Menschenbild der modernen Psychoanalyse sehen vor einem systemtheoretischen Hintergrund und besonders nach der Rezeption der Annahme Sterns (vgl. auch Stern 1985/1992), dass die Entwicklung eines Sense of Self das primäre Organisationsprinzip der psychischen Entwicklung ist, wie folgt aus (vgl. Frischenschlager 1999, 43ff):

Von Geburt an finden zunächst auf einer sehr körpernahen Ebene Selbst- und wechselseitige Regulationen in der Interaktion mit der „Mutter“ statt. Aus ihnen erwächst auch die Verbindung zwischen physiologischer und psychologischer Regulation.

Dabei ist Empathie von zentraler Bedeutung. Es gibt auf Seiten der Mutter eine intuitive Sensibilität für die Befindlichkeit des Kindes, so wie auf der anderen Seite das Kind über eine integrative Kompetenz verfügt. Es kann die Empathie der Mutter wahrnehmen und in seine Selbstregulation aufnehmen.

Der Säugling kann bald die affektive Kommunikation mit der Mutter initiieren, unter anderem über die Fähigkeit, Gesichtsausdrücke zu imitieren. Jeder Affektausdruck ist mit neurophysiologischen Vorgängen gekoppelt. Über den Affektausdruck ist die empathische Verbindung zwischen Menschen vom Beginn des Lebens an garantiert.

Das Erleben in den frühesten Entwicklungsstadien ist nicht unbewusst, sondern präsymbolisch. Es wird in generalisierten Episoden im Gedächtnis gespeichert. Eine Episode enthält immer ein Selbst, einen anderen, eine Handlung, einen Affekt und eine physiologische Reaktion. Erwartungen entsprechen demnach immer

einer Episode, in der das Selbst, ein anderer, eine Handlung, ein Affekt und eine physiologische Reaktion eine Rolle spielen.

Affekte sind die Währung des kommunikativen Austausches. Selbst hochsymbolisierte kognitive Vorgänge beinhalten Affekte, in Szenen eingebundene Handlungen und Verbindungen zu physiologischen Prozessen.

Die „neue“ psychoanalytische Situation sieht demnach wie folgt aus (vgl. Frischenschlager 1999, 48):

Vermittelt durch bestimmte Haltungen wie Zuhören, Aufmerksamkeit, Wertschätzung, Verlässlichkeit, Stabilität,

bekommt der Patient Raum für seine Inszenierungen (das ist die Darstellung seiner Erfahrungen in Episoden entsprechend seinen Inneren Arbeitsmodellen).

Der Therapeut ist empathisch, fühlt sich insbesondere auch in die Bedeutungen der Auswirkungen der Handlungen oder Nicht-Handlungen des Analytikers auf den Patienten ein.

Der Patient testet den Analytiker dauernd, ob er den unbewussten Erwartungen und Befürchtungen des Patienten entspricht.

Der Patient muss spüren können, dass der Therapeut mit diesen Erwartungen und Befürchtungen affektiv in Kontakt kommt.

Erst dann sind Deuten, Durcharbeiten etc. möglich.

Diese Charakterisierung der therapeutischen Situation auf der Grundlage einer neuen Entwicklungspsychologie ist nun jener, die Rogers 1957 vorgestellt hat, extrem ähnlich. Ich werde sie etwas umformulieren, um das zu verdeutlichen:

Der Therapeut bietet dem Klienten einen psychologischen Kontakt an, in dem er zuhört, aufmerksam, verlässlich wertschätzend ist.

Der Klient nutzt diesen Raum zur Darstellung seines Erlebens von Inkongruenz.

Der Therapeut reagiert darauf empathisch. Er fühlt sich in die Bedeutungen der Erfahrungen des Klienten in dessen Inneren Bezugsrahmen ein und auch in die Bedeutungen, die die Handlungen des Therapeuten für den Klienten haben.

Es kommt zu einem echten affektiven Kontakt zwischen Therapeut und Klient, in dem der Therapeut unbedingte Wertschätzung für den Klienten empfindet und nicht den Erwartungen und Befürchtungen des Klienten entspricht.

Das ist nur möglich, wenn er kongruent ist.

Der Klient spürt, dass ihn der Therapeut kongruent empathisch versteht und unbedingt wertschätzt.

Das Klientenzentrierte Konzept hat die aktuellen Entwicklungen im psychoanalytischen Diskurs schon vor über 50 Jahren

vorweggenommen, indem es die Entwicklung der Organisation der Selbsterfahrung in interaktionellen Erfahrungen zum Zentrum seiner Therapietheorie und Entwicklungspsychologie machte. Ich gehe davon aus, dass die Berücksichtigung der Affektforschung im psychoanalytischen Diskurs auch zunehmend den Pioniergedanken von Carl Rogers, dass Selbsterfahrungen vor allem Bewertungen von Erfahrungen beinhalten, erhellen wird.

Literatur:

- Biermann-Ratjen, Eva-Maria / Eckert, Jochen / Schwartz, Hans-Joachim (1997), Gesprächspsychotherapie. 8. verb. Auflage, Stuttgart (Kohlhammer)
- Fonagy, Peter / Target, Margret (1997), Attachment and reflective function: Their role in self-organization, in: Development and Psychopathology 9, 679–700
- Frischenschlager, Oskar (1999), Präsymbolische Ebenen des psychoanalytischen Diskurses, in: Bartosch, Erwin / Hinterhofer, Herwig / Pellegrini, Elisabeth (Hg.), Aspekte einer neuen Psychoanalyse: Ein selbstpsychologischer Austausch, Wien–New York (Verlag Neue Psychoanalyse Wien) 37–52
- Rogers, Carl R. (1959), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (Ed.), Psychology: A study of a science. Vol. 3, New York (McGraw Hill) 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987
- Stern, Daniel N. (1992), Die Lebenserfahrung des Säuglings, Stuttgart (Klett-Cotta); Orig.: The interpersonal world of the infant, New York (Basic Books) 1985
- Swildens, Hans (1991) Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie, Köln (GwG)

Autorin:

Biermann-Ratjen, Eva-Maria, 1939, Dipl.Psych., Klinische Psychologin, bis 1999 Dozentin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Hamburg, Klientenzentrierte Psychotherapeutin, Ausbilderin für Gesprächspsychotherapie in der „Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)“.

Korrespondenzadresse:

*Dipl.Psych. Eva-Maria Biermann-Ratjen
Loehrsweg 1
D - 20249 Hamburg*

Diether Höger

Rogers und die Bindungstheorie

Das „Markenzeichen“ von Carl Rogers ist, dass er konsequent zwei Prinzipien miteinander verbunden hat. Erstens lag der Ausgangspunkt wie auch Endpunkt seiner theoretischen Arbeit stets bei den Phänomenen selbst, dem *konkreten* Geschehen, vor allem in zwischenmenschlichen Beziehungen, zunächst speziell denen in der Psychotherapie, später ganz allgemein. Zum anderen war er, wenn auch kritisch, stets offen für die Methoden und Ergebnisse der etablierten akademischen Psychologie, die er – was speziell die empirische Psychotherapieforschung betrifft – sogar bahnbrechend weiterentwickelt hat. Ersteres unterscheidet ihn von den Wegbereitern¹ der Verhaltenstherapie, die von den kontrollierten und damit artifiziellen Bedingungen des psychologischen Experiments ausgingen, die sie sekundär auf die therapeutische Praxis zu übertragen versuchten. Mit dem anderen wich er deutlich von den Begründern der Psychoanalyse ab, deren Einstellung gegenüber der akademischen Psychologie zumindest als distanziert bezeichnet werden kann – was für die akademische Psychologie bezüglich Psychoanalyse bekanntlich umgekehrt ebenso galt.

Die Gründe sollen uns hier nicht weiter interessieren, wohl aber die Konsequenzen, denn diese wissenschaftliche Grundhaltung Rogers' sollte sich als überaus fruchtbar erweisen. Seine strikte wissenschaftlich-methodische Disziplinierung war und ist geeignet, den Klientenzentrierten Ansatz vor dem Abgleiten in unkontrollierte Intuition oder Spekulationen zu bewahren. Sie hat Rogers (und mit ihm dem Klientenzentrierten Ansatz) seinerzeit hohes Ansehen in der akademischen Psychologie verschafft. So hat ihn die American Psychological Association (APA) für die Amtsperiode 1944/45 zu ihrem Präsidenten gewählt, nachdem er seit 1941 Vorsitzender deren Sektion für Klinische Psychologie gewesen war. Darüber hinaus haben sich viele seiner theoretischen Vorstellungen als zukunftsweisend bewährt.

Seit der verbindlichen Formulierung des Klientenzentrierten Konzepts (Rogers 1957; 1959/1987) sind inzwischen gut 40 Jahre vergangen. Seither finden sich wiederholt wesentliche Aussagen des Klientenzentrierten Konzepts in der psychologischen Grundlagenforschung wieder, sei es, dass sie dort aufgegriffen und weiterentwickelt wurden, sei es, dass mehr oder weniger unabhängig von Rogers' Vorstellungen entwickelt und Ergebnisse erzielt wurden, die den seinen entweder ähnlich sind oder sie ergänzen. Wir können damit wesentliche Teile des Klientenzentrierten Konzepts besser

verstehen, sie präziser fassen und in einem weiteren Zusammenhang sehen. Insbesondere hat sich in dieser Hinsicht die Bindungstheorie (Bowlby 1969; 1988; Bischof 1985; Parkes/Stevenson-Hinde 1982) als fruchtbar erwiesen. Ihr Ausgangspunkt waren zunächst entwicklungspsychologische Fragestellungen (vgl. Ainsworth/Blehar/Waters/Wall 1978; Bretherton/Waters 1985; Grossmann/Grossmann/Huber/Wartner 1981). Von der Klinischen Psychologie wurde die Bedeutung der Bindungstheorie erst später erkannt (vgl. Schmidt/Strauß 1996; Strauß/Schmidt 1997).

Als repräsentatives Beispiel mag die theoretische Erklärung der Wirkungsweise der Klientenzentrierten Psychotherapie gelten, die Rogers schon recht früh formuliert hat, indem er die folgende Überlegung anstellte: „In der emotionalen Wärme der Beziehung mit dem Therapeuten erfährt der Klient ein Gefühl der Sicherheit, wenn er merkt, daß jede von ihm ausgedrückte Einstellung fast auf die gleiche Weise verstanden wird, wie er sie wahrnimmt, und gleichzeitig akzeptiert wird“ (Rogers 1951/1973, 52). Er sei dann imstande, Aspekte eigener vager Gefühle und seines für ihn fremdartigen Verhaltens näher zu erforschen und dabei erstmals deren bedrohlichen Sinn wahrzunehmen und zu verstehen. Zwar seien diese Wahrnehmungen für sich allein angsterzeugend und insofern noch nicht therapeutisch. Jedoch führe das gleichbleibend akzeptierende Verstehen dieser fremden und widersprüchlichen Aspekte durch den Therapeuten dazu, dass der Klient sich selbst gegenüber allmählich die gleiche Einstellung entwickle, wie er sie von seinem Therapeuten erfahre. Anders gesagt: Die bedrohungsfreie Haltung des Therapeuten gewährt Sicherheit, die sich der Klient aufgrund ihrer Konstanz und Zuverlässigkeit allmählich selbst gewähren kann. Sie befähigt ihn – auch unabhängig vom Therapeuten – zur Exploration der ihm fremden und daher ängstigenden Aspekte seines Verhaltens und Erlebens.

Die Ergebnisse und Modellvorstellungen der Bindungstheorie bestätigen diese Überlegungen, präzisieren sie aber auch: Ein Klient, der sich in Psychotherapie begibt, tut dies, weil er sich vor einem existenziellen Problem sieht, dem er sich alleine nicht gewachsen fühlt. Er befindet sich in einem Zustand von Kummer und Not, nach der Bindungstheorie in einer bindungsrelevanten Situation, in der sein Bindungssystem aktiviert, er selber verunsichert und geängstigt ist. Das Ziel dieses aktivierten Bindungssystems ist es, in Gegenwart einer vertrauten Person, mit der eine Bindungsbeziehung besteht und die sich ihm zuwendet, eine „sichere Basis“ (Bowlby 1988) zu finden. Ist dieses Ziel erreicht und befindet sich der Klient in einem Zustand hinreichender Sicherheit, wird das zum Bindungssystem komplementäre, im Zustand der Unsicherheit und

1 Der leichteren Lesbarkeit halber wird hier die männliche Form gewählt, mit der stets beide Geschlechter gemeint sind.

Ängstlichkeit jedoch blockierte Verhaltenssystem „Exploration“ aktivierbar. Das ihm zugeordnete Erkundungsverhalten wird vorzugsweise durch Bedingungen ausgelöst, die neu und/oder komplex und somit potenziell ängstigend sind. In Bezug auf das Neue, Unbekannte besteht also eine Polarität zwischen dem der Angst entspringenden Vermeidungsverhalten einerseits und dem der Neugier zugehörigen Erkundungsverhalten andererseits (Bischof 1985).

Auf die therapeutische Situation bezogen bedeutet dies, dass der Psychotherapeut zwar prädestiniert ist, für den Klienten die Qualität einer Bindungsperson zu erlangen, sofern dieser ihn – bezogen auf seine Problematik – als kompetenter und damit als Quelle von Sicherheit erlebt. Gleichzeitig aber ist er für den Klienten in der Regel zunächst fremd und damit gleichzeitig bedrohlich. Entsprechend bezeichnet es Bowlby (1988) als die erste Aufgabe des Therapeuten, eine solche sichere Basis zu schaffen. Wenn dies gelingt und der Klient sich im Zustand der Sicherheit befindet, ist er nicht nur fähig, sondern auch neugierig und bestrebt, sich solchen Erfahrungen zuzuwenden und sie zu erkunden, die für ihn bisher unbekannt und ängstigend waren. Die auf diesem Wege gewonnene Erweiterung des Zugangs zum eigenen Erleben (im Klientenzentrierten Konzept als erhöhte Kongruenz bezeichnet) wird vom Klienten als Veränderung erlebt und erhöht seine Kompetenz zur Bewältigung von Problemsituationen. Die Ergebnisse einer empirischen Studie von Höger/Wissemann (1999) sprechen für die Stichthaltigkeit einer solchen Erklärung: Bei gesprächspsychotherapeutisch behandelten Klientinnen und Klienten (n=54) zeigte sich für die ersten fünf Sitzungen ebenso wie für die folgenden Sitzungen sechs bis fünfzehn der erwartete spezifische enge Zusammenhang zwischen den Skalen „Zurechtkommen mit dem Therapeuten/der Therapeutin“, „Erleben persönlicher Sicherheit und Zuversicht“ und „Veränderungserleben“ des Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogens BIKEB (Höger/Eckert 1997).

Die Bindungstheorie bestätigt also prinzipiell die Überlegungen von Rogers zur Wirkungsweise Klientenzentrierter Psychotherapie und liefert eine Basis für die Verfeinerung unseres Verständnisses der Abläufe im psychotherapeutischen Prozess. Über den Weg, auf dem der Therapeut die Bedingungen für das Entstehen einer „sicheren Basis“ schaffen kann, finden sich bei Rogers (1957; 1959/1987) allerdings genauere Angaben als bei Bowlby (1988), wenn er die Qualität der Zuwendung des Therapeuten als von bedingungsfreier Akzeptanz begleitetes empathisches Verstehen beschrieb – sofern es vom Klienten auch in dieser Weise wahrgenommen wird.

Bekanntlich hat Rogers (1959/1987) die Bedingungen für konstruktive Veränderungen nicht nur auf die Psychotherapie bezogen, sondern auch auf zwischenmenschliche Beziehungen allgemein. Insbesondere hat er die Bedeutung des empathischen Verstanden- und zugleich bedingungsfrei Akzeptiertwerdens durch bedeutsame Andere (in der Regel die Eltern) für die verzerrungsfreie Symbolisierung von Erfahrungen in der kindlichen Entwicklung betont. Sie bildet die Basis für die Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung,

die ihrerseits eine Voraussetzung für eine optimale Funktionsfähigkeit der Person ist. Was Rogers retrospektiv aus Gesprächen mit Klienten erschlossen hat, ist von der Bindungstheorie nicht nur in prospektiven Studien bestätigt, sondern auch auf eine überaus umfangreiche empirische Basis gestellt worden. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: Vor allem bei Babys und Kleinkindern führen die Interaktionserfahrungen mit den Bindungspersonen je nach deren Feinfühligkeit zu unterschiedlichen inneren Repräsentationen der Beziehungserfahrungen, die ihrerseits entscheidend für die emotionale Entwicklung und die Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen sind (Grossmann/Grossmann 1993; 1994; Magai 1995; Magai/Distel/Liker 1995; Main/Kaplan/Cassidy 1985).

Rogers zog eine Parallele zwischen der therapeutischen Situation und der Interaktion zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen. Sie lässt sich, ausgehend von der Bindungstheorie, auch umgekehrt ziehen, nämlich von der feinfühligsten Bindungsperson des Kindes hin zum Sicherheit gewährenden Therapeuten. Ainsworth/Bell/Stayton (1974) verstehen unter der Feinfühligkeit von Müttern deren Fähigkeit und Bereitschaft, die Signale ihrer Kinder (1) wahrzunehmen, (2) richtig zu interpretieren, sowie darauf (3) prompt und (4) angemessen, d. h. für das Kind befriedigend, zu reagieren. Nach der Definition von Rogers (1959/1987) erfährt der empathische Therapeut die innere Welt des Klienten samt deren Bezugsrahmen, als ob sie seine eigene wäre, jedoch ohne dieses „als ob“ zu verlieren, und er bemüht sich, diese Erfahrung dem Klienten gegenüber zum Ausdruck zu bringen. Diese Gegenüberstellung der Begriffsbestimmungen zeigt, dass hier aus unterschiedlichen Perspektiven offensichtlich ein und derselbe Sachverhalt beschrieben wird. Ein solcher Perspektivenwechsel kann geeignet sein, die Aufmerksamkeit explizit auf Aspekte der Empathie des Therapeuten zu lenken, die in der Definition von Rogers implizit enthalten sind, direkt angesprochen aber unser Verständnis erweitern können.

Nach den näheren Ausführungen bei Ainsworth et al. (1974) richtet sich die Feinfühligkeit vor allem auf die nicht-verbale Signale. Bei Babys und Kleinkindern liegt dies nahe, sollte aber nicht auf sie beschränkt bleiben. Auch wer Erwachsene empathisch verstehen will, profitiert von einer höheren Wahrnehmungsfähigkeit für subtile nonverbale Signale. Er verfügt dann nicht nur über eine breitere Informationsbasis für das Nachvollziehen der inneren Welt des Anderen, sondern ist darüber hinaus auch in der Lage, schon frühzeitig auf sich andeutende innere Prozesse aufmerksam zu werden, bevor sie in deutlicheren (dann auch evtl. verbalen) Äußerungen des Klienten manifest werden. Nicht nur in der Ausbildung wird es für Psychotherapeuten zweckmäßig sein, deren Sensibilität speziell für solche Signale ausdrücklich zu schulen.

Bezüglich Punkt zwei, der richtigen Interpretation der Signale, sind die Perspektiven der Bindungstheorie und des Klientenzentrierten Konzepts weitgehend identisch, und Punkt drei repräsentiert den bekannten Aspekt des „Hier und Jetzt“. Hingegen lenkt der vierte Punkt die Aufmerksamkeit auf das angemessene empathische

Handeln. Nach der klientenzentrierten Definition bringt dabei der Therapeut das von ihm Verstandene dem Klienten gegenüber zum Ausdruck. Traditionellerweise tut er dies, indem er die in den Äußerungen des Klienten erkennbaren Gefühle verbalisiert. Im Hinblick auf die genaue Symbolisierung der Erfahrungen des Klienten ist das ein angemessenes Verfahren. Insbesondere am Anfang einer Therapie mag es jedoch nicht immer ausreichen, um die empathisch-wertschätzende Qualität des Therapeutenverhaltens für den Klienten auch wahrnehmbar zu machen und ihm die benötigte „sichere Basis“ zu vermitteln. Es gilt vielmehr, im therapeutischen Handeln zu berücksichtigen, was der Klient gerade braucht und welche Handlungsweisen speziell für ihn geeignet sind, damit er sich in der Beziehung zum Therapeuten sicher und frei von Bedrohung fühlen kann. So geht es u.a. darum, wie es dem Klienten in dieser für ihn neuartigen Situation geht, welche Befürchtungen er hat, welche Hoffnungen, wie er mit dem therapeutischen Setting zurechtkommt, welche Erwartungen des Therapeuten er an sich gestellt sieht. Schlichte Informationen oder Zuspruch kann hier u. U. mehr an Bedrohung nehmen und Sicherheit vermitteln als das Verbalisieren der damit verbundenen Gefühle. Eine weitere wichtige Frage ist, inwieweit es für einen Klienten eine Bedrohung darstellt, wenn er auf seine Gefühle angesprochen wird. Reisch (1997) hat in einer Falldarstellung überzeugend gezeigt, wie bei einem Klienten, der jede Psychotherapie zunächst weit von sich gewiesen hatte, ein therapeutischer Prozess in Gang gesetzt werden konnte. Sie hatte den selbstständigen Unternehmer empathisch-wertschätzend ernst genommen und ihm anstatt einer Psychotherapie das angeboten, was er als sinnvoll ansehen konnte: Beratungs- und Informationsgespräche im Rahmen von „Einzel-Management-Coaching-Sitzungen“, bei denen gemeinsam geklärt werden sollte, inwieweit Psychotherapie in seinem Falle überhaupt angebracht sei. Dies gab ihm den Rahmen für seine „sichere Basis“, in der er zunehmend sein Leben und Erleben explorieren und von da auch zu tiefgreifenden Veränderungen kommen konnte.

Ich hoffe, dass ich mit diesen Beispielen zumindest ansatzweise zeigen konnte, wie Rogers als Wissenschaftler auf einem guten Weg war, um sich mit seinen theoretischen Konzepten noch Jahrzehnte lang und weit über seinen Tod hinaus organisch in eine umfassende und zugleich lebensnahe psychologische Forschungsrichtung einzubinden. Indem sein Konzept für Modifikationen und Präzisierungen durch Anregungen von außen offen bleibt, behält es eine überraschende Aktualität und Lebendigkeit. Rogers hat die Flexibilität Freuds sehr bewundert, der seine Theorien ständig aufgrund neuer Aspekte der Realität modifizierte, und er bedauerte, dass in den Händen unsicherer Jünger aus diesen feingesponnenen Fäden eiserner Ketten eines Dogmas geworden seien. „I feel that every formulation of a theory contains this same risk and that, at the time a theory is constructed, some precautions should be taken to prevent it from becoming dogma“ (Rogers 1959, 191). Ich meine, er hat das Seine dazu getan, um diesem Anspruch gerecht zu werden.

Literatur

- Ainsworth, Mary D.S./Bell, Silvia M./Stayton, Donelda J. (1974), Infant-mother attachment and social development: „socialisation“ as a product of reciprocal responsiveness to signals, in: Richards, Martin P.M. (Ed.), *The integration of a child into a social world*, London (Cambridge University Press) 99–135
- Ainsworth, Mary D.S./Blehar, Mary C./Waters, Everett/Wall, Sally (1978), *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*, Hillsdale, N.J. (Erlbaum)
- Bischof, Norbert (1985), *Das Rätsel Ödipus. Die biologischen Wurzeln des Urkonfliktes von Intimität und Autonomie*, München (Piper)
- Bowlby, John (1969), *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*, New York (Basic Books); dt.: *Bindung*, München (Kindler) 1975
- Bowlby, John (1988), *A secure base. Clinical applications of attachment theory*, London (Routledge)
- Bretherton, Inge/Waters, Everett (Eds.) (1985), *Growing points of attachment theory and research*, in: *Monographs of the Society for Research in Child Development* 50
- Grossmann, Klaus E./Grossmann, Karin (1993), *Emotional organization and concentration on reality from an attachment theory perspective*, in: *International Journal of Educational Research* 19, 541–554
- Grossmann, Klaus E./Grossmann, Karin (1994), *Bindungstheoretische Grundlagen psychologisch sicherer und unsicherer Entwicklung*, in: *GwG-Zeitschrift* 96, 26–41
- Grossmann, Klaus E./Grossmann, Karin/Huber, Franz/Wartner, Ulrike (1981), *German children's behavior towards their mothers at 18 months and their fathers at 18 months in Ainsworth Strange Situation*, in: *International Journal of Behavioral Development* 4, 157–181
- Höger, Diether/Eckert, Jochen (1997), *Der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB). Ein Verfahren zur Erfassung von Aspekten des „Post-Session Outcome“ bei Psychotherapien*, in: *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 26, 129–137
- Höger, Diether/Wissemann, Natalie (1999), *Zur Wirkungsweise des Faktors „Beziehung“ in der Gesprächspsychotherapie. Eine empirische Studie*, in: *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 47, 374–385
- Magai, Carol (1995), *Bindung, Emotionen und Persönlichkeitsentwicklung*, in: Spangler, Gottfried/Zimmermann, Peter (Hg.), *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung*, Stuttgart (Klett-Cotta) 140–148
- Magai, Carol/Distel, Nancy/Liker, Renee (1995), *Emotion socialisation, attachment, and Patterns of adult emotional trait*, in: *Cognition and Emotion* 9, 461–481
- Main, Mary/Kaplan, Nancy/Cassidy, Jude (1985), *Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation*, in: Bretherton, Inge/Waters, Everett (Eds.), *Growing points of attachment theory and research*, *Monographs of the Society for Research in Child Development* 50, 66–106
- Parkes, Colin M./Stevenson-Hinde, Joan (Eds.) (1982), *The place of attachment in human behavior*, New York (Basic Books)
- Reisch, Elisabeth (1997), *Somatisierungsstörung*, in: Eckert, Jochen/Höger, Diether/Linster, Hans W. (Hg.), *Praxis der Gesprächspsychotherapie: Störungsbezogene Falldarstellungen*, Stuttgart (Kohlhammer) 118–130
- Rogers, Carl R. (1957), *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*, in: *Journal of Consulting Psychology* 21, 2, 95–103; dt.: *Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie*, in: Rogers, Carl R./Schmid, Peter F., *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*, Mainz (Matthias-Grünwald) 1991, 165–184

- Rogers, Carl R. (1959), A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (Ed.), *Psychology: A study of a science*, Vol. 3, New York (McGraw-Hill) 184–254; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987
- Rogers, Carl R. (1973), Die klient-bezogene Gesprächstherapie, München (Kindler); orig.: *Client-centered therapy*, Boston (Houghton Mifflin) 1951
- Schmidt, Silke/Strauß, Bernhard (1996), Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 1. Grundlagen und Methoden der Bindungsforschung, in: *Psychotherapeut* 41, 139–150
- Strauß, Bernhard/Schmidt, Silke (1997), Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. Teil 2. Mögliche Implikationen der Bindungstheorie für die Psychotherapie und Psychosomatik, in: *Psychotherapeut* 42, 1–16

Autor:

Diether Höger, 1936, Dr., Univ.-Prof. (em.) für Psychologie an der Universität Bielefeld, geboren 1936 in Mähren, 1957 bis 1962 Psychologie-Studium in Freiburg i. Br., danach Erziehungsberater am Institut für ärztlich-pädagogische Jugendhilfe der Universität Marburg/Lahn. Wissenschaftlicher Assistent (ab 1969 Universitätsdozent) an der Universität Freiburg i. Br., 1971 o. Professor an der Pädagogischen Hochschule Westfalen-Lippe. Seit 1980 an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Bielefeld. Ausbildung und Qualifikation als Ausbilder in Gesprächspsychotherapie. Schwerpunkte: Psychotherapieforschung (insbesondere therapeutische Beziehung) und Bindungstheorie.

Korrespondenzadresse:

*Univ.-Prof. Dr. Dipl.-Psych. Diether Höger
Barlachstraße 36
D-33613 Bielefeld*

Michael Gutberlet**Friedensarbeit im Sinne von Carl Rogers beginnt in der Person. Jetzt.**

*„Ob es uns gelingt, den Frieden in der Welt zu sichern oder nicht – wir haben dafür zu arbeiten.“
XIV. Dalai Lama (1988)*

*“It’s never too late to talk.
It is never too late to try to understand the person with whom I differ, the person whom I dislike, the person against whom I feel prejudice.
It is never too late for me to gain understanding for that person.”
Carl Rogers (1986)*

Vor 25 Jahren schrieb Carl Rogers: „An der Spitze der Weltprobleme, die darüber entscheiden werden, ob uns eine Zukunft beschert sein wird, rangieren die alten und neuen Konflikte, welche die Kulturen, Ideologien, Religionen und Nationen entzweien“. Im Rahmen einer Aufzählung dieser Konflikte heißt es: „Blicken wir über unsere Grenzen hinaus, so begegnen wir Terroristengruppen, die die Welt durchschweiften und Gewalttaten gegen völlig Unschuldige begehen.“ (Rogers 1977/1978, 133f).

Mit dem 11. September 2001 hat der Terror den Weg auch über diese Grenzen gefunden und Gewalt in ungeahntem Ausmaß und

extremer Brutalität ausgeübt. Der theoretische und praktische Zugang des Personzentrierten Ansatzes (PCA) zum Thema Konflikt und Terror, Begegnung und Frieden, ist aktueller denn je.

Im folgenden Artikel wird zunächst der Beitrag von Carl Rogers zur Friedensarbeit skizziert. Anschließend wird anhand der Persönlichkeitstheorie des PCA eine Möglichkeit herausgearbeitet, wie die einzelne Person *im Alltag* an einem friedlicheren Zusammenleben mitwirken kann.

Rogers’ Beitrag zum Frieden:**Encounter als Weg aus Unterdrückung und Gewalt**

Nach rund 30 Jahren Entwicklung des PCA durch Praxis, Forschung und Theorie hat Rogers sein Konzept auch auf eines der schwierigsten Anwendungsfelder übertragen – auf die Arbeit mit Menschengruppen, deren Zusammenleben aus konfessionellen, ideologischen, sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen oder Gründen der Hautfarbe von Konflikt, Feindschaft, Hass geprägt war.

Er hat dazu das person- und gruppenzentrierte Vorgehen des Encounters (und damit implizit auch das Vorgehen in Einzeltherapie und -beratung) auf die Arbeit mit den verfeindeten Gruppen übertragen: Die FacilitatorInnen (GruppenleiterInnen) bemühen sich

gegenüber jedem Individuum in der Gruppe um eine personenzentrierte Haltung. Sie versuchen also, offen zu sein für alle Mitteilungen und Botschaften, sie nehmen sie ernst, ohne sie einordnend zu bewerten. Sie versuchen zu verstehen und kommunizieren das Verständene. Sie haben für die Gruppe kein Ziel formuliert und folglich auch keinen Weg dorthin definiert. Daher greifen sie nicht lenkend und auf eine bestimmte Lösung hinstuernd ein. Aus ihrer Erfahrung mit sich selbst und mit Encountergruppen heraus vertrauen sie auf die Kraft und die Potenziale der Person und der Gruppe als Ganzer, sich in einem solchen personenzentrierten Klima so weit und so konstruktiv zu verändern, wie es die jeweilige Situation zulässt.

Die Prozesse, die in einer solchen Gruppe ablaufen, und ihre Wirkungen hat Rogers vielfach dokumentiert und kommentiert. Einige Beispiele für solche Gruppen:

- Encounter mit GruppenteilnehmerInnen, für die das Thema Drogen aus unterschiedlichen Gründen hochbrisant war: Abhängige, Angehörige, Fachleute, Administratoren (Rogers 1971 [Video]).
- Encounter in Dublin, Nordirland: mit Protestanten und Katholiken, militanten und gemäßigten, unterschiedlichen Alters und Geschlechts. (Rogers 1973 [Video]; Rogers 1977/1985, 149 ff).
- Encounter mit heftig zerstrittenen „Produzenten“ und „Konsumenten“ im amerikanischen Gesundheitssystem: ÄrztInnen, Pflegepersonal, Versicherungspersonal und Menschen aus städtischen Slums und aus der unterprivilegierten Landbevölkerung (Rogers 1977/1985, 128ff).
- Encounter mit Schwarzen und Weißen in Südafrika, für die die emotionale und persönliche Bedeutung der Apartheid zum Hauptthema wurde. (Rogers 1986, Video-Interview).

Die Ergebnisse beschreibt Rogers als durchwegs positiv. In allen Gruppen veränderte sich die anfängliche Atmosphäre von Vorurteilen, Bitterkeit, Wut, Hass und Angst zu wachsender Bereitschaft, die Gegenseite überhaupt zu hören, ihre äußere und innere Situation besser zu verstehen und sie zu respektieren – und dabei zunehmend zu erkennen, dass die eigene Position und Haltung eben die eigene, individuelle und eine unter vielen möglichen ist, aber nicht *die* richtige und allgemeingültige.

Diese Begegnungen hatten für die Teilnehmenden oft eine über das Encounter weit hinausgehende, nachhaltige Wirkung: Es fanden private Treffen statt, Vorträge über das Erlebte wurden gehalten, konkrete Projekte zur Veränderung von unterdrückenden, ungerechten Strukturen im Umfeld der Gruppenmitglieder wurden durchgeführt.

Die sich aufdrängende Frage, ob denn solche punktuelle Arbeit mit zehn oder einigen hundert Personen eine Breitenwirkung haben kann, beantwortet Rogers mit dem Hinweis, dass die durchgeführten Workshops die Grundsituation in den betreffenden Ländern selbstverständlich nicht verändert haben. Er ist jedoch überzeugt, dass Encounters, die regelmäßig und in jedem Stadtviertel von Krisengebieten stattfinden würden, eine starke, weitreichende

Wirkung haben. Dies sei in dem Moment möglich, wo eine Gesellschaft beginnt, Gewaltlosigkeit und Frieden so hoch zu werten, dass sie die notwendigen Gelder und Infrastrukturen für diese Arbeit zur Verfügung stellt.

Die Grenzen der Möglichkeiten des Encounters liegen für Rogers in der Natur der Sache: Es kann nur dort wirken, wo Menschen noch bereit sind, miteinander zu reden und sich auf einen mehrtägigen gemeinsamen Prozess einzulassen.

Rogers hat in beeindruckender Weise gezeigt und dokumentiert, wie massive und gefährliche Konflikte zwischen Bevölkerungsgruppen mit Hilfe erfahrener FacilitatorInnen reduziert werden können.

Angesichts der grauenvollen Terroranschläge mit ihren vielfältigen Ursachen wird freilich die Frage aktualisiert, was denn der einzelne Mensch dazu beitragen kann, einen Friedensprozess zu fördern und welche Hilfen der PCA dazu bietet.

Die Antwort auf diese Frage hat Rogers *implizit* gegeben in den zahlreichen Beschreibungen der personenzentrierten Haltung und in der Persönlichkeitstheorie (Rogers 1959/1987). Doch eine umfassende Auseinandersetzung mit diesem Thema hat er nach meiner Kenntnis nicht publiziert. (Es wäre vermutlich sehr interessant, den Gründen dafür nachzugehen – leider würde das hier zu weit führen.)

Im Folgenden soll versucht werden, eine mögliche Antwort herauszuarbeiten.

Bemühen um Kongruenz:

Start, Station und Ziel auf dem Weg zu innerem und äußerem Frieden

Friedensarbeit im Sinne des PCA beginnt nicht mit den oben beschriebenen, hochkomplexen, hochanspruchsvollen Arbeiten mit verfeindeten Gruppen. Sie beginnt weit vorher: bei der fortlaufenden Arbeit an einem friedlichen Umgang mit sich selbst und mit den Menschen im Umfeld.

Gerade die nun vehement und mit viel Engagement und Sorge geführte Diskussion um die Ursachen von und Maßnahmen gegen Terrorismus ist Übungsfeld und Prüfstand zugleich für die Bereitschaft und Fähigkeit, tatsächlich personenzentriert mit sich selbst und anderen umzugehen und diesen kleinen, aber grundlegenden, individuellen und kollektiven Beitrag zum Frieden zu leisten.

Im Folgenden soll das Gemeinte in der Sprache des Persönlichkeitsmodells des PCA (Rogers 1959/1987) genauer formuliert werden. Der Begriff „*Kongruenz*“¹ wird in den Mittelpunkt gestellt, weil in meinem Verständnis das Bemühen um Kongruenz das Fundament der gelebten personenzentrierten Haltung darstellt, ohne das Empathie und Wertschätzung nicht aufgebaut werden können.

1 Die kursiv und in Anführungszeichen gesetzten Worte bezeichnen Konstrukte aus dem Persönlichkeitsmodell von Rogers (1959/1987, 20–39). Die Heraushebung erfolgt nur bei der ersten Nennung.

Arbeit für den Frieden im Sinne des PCA wird nicht nachhaltig wirken, wenn sie sich darauf beschränkt, Konzepte (als Teil des „Selbstkonzepts“) darüber zu entwickeln und praktisch umzusetzen, wie man und frau sein und handeln sollte und was nun passieren müsste angesichts dieser schweren Bedrohung einer friedlicheren Entwicklung der Menschenwelt:

- Friedensarbeit im Sinne des PCA beginnt beim eigenen „Erleben/Erfahren“.
- Beim eigenen Erleben beginnen heißt, sich um „Kongruenz“ zu bemühen.
- Sich um Kongruenz bemühen heißt, „Offenheit für Erfahrung“ anzustreben.

„Offenheit für Erfahrung“ ... „meint, dass jeder Reiz, gleichgültig ob innerhalb oder außerhalb des Organismus entstanden, sich frei im Nervensystem bewegt, ohne durch irgendeinen Abwehrvorgang gestört oder verändert zu werden.“ (Rogers 1959/1987, 32). Reize, die sich frei im Nervensystem bewegen, können im „Bewusstsein“ (Gewahrsein) „exakt symbolisiert“ werden.

Kongruent-Sein heißt in diesen Tagen und Wochen nach dem Massenmord in den USA also, für alle Kognitionen und Emotionen, alle Sinneswahrnehmungen, Körperempfindungen und inneren Bilder offen zu sein, die im Organismus zu diesen Ereignissen, ihren Folgen und Ursachen ankommen oder auftauchen – sie zum Bewusstsein zuzulassen, so wie sie sind. Und das heißt auch: möglichst keine diese Erfahrungen „abzuwehren“ durch Selbstkonzepte, die das (vollständige) Bewusstwerden verhindern. Um Missverständnissen vorzubeugen sei daran erinnert, dass dieser Umgang mit der inneren Erfahrung nicht abschließend erlernt und beherrscht werden kann wie eine Fremdsprache oder ein Computerprogramm, sondern als nie endendes, nie erfolgreich abzuschließendes Üben und Bemühen zu verstehen ist. Um kongruenter zu werden, müssen wir uns auf die *fully functioning person* (Rogers 1959/1987, 59f) hinbewegen, aber wir müssen es in dem Wissen tun, dass wir sie nie erreichen werden.

Bemühen um Kongruenz beinhaltet also den innerpsychischen Versuch, einer Erfahrung, ob sie nur undeutlich auftaucht oder sehr heftig anklopft, Raum zu geben im Bewusstsein und ihr Zeit zu lassen, sich in der vorhandenen Intensität, Tiefe und Qualität im Gewahrsein zu symbolisieren. Es bedeutet andererseits darauf zu verzichten, das vollständige Bewusstwerden der Erfahrung zu verhindern, indem man festgefügte politische, konfessionelle, ideologische, wirtschaftliche oder sonstige Konzepte das Bewusstsein ganz und permanent besetzen lässt.

Und das gilt auch und ganz besonders dann, wenn *gegensätzliche* Erfahrungen ins Gewahrsein kommen. Sie müssen sich neben- oder hintereinander präzise symbolisieren können, auch wenn sie einander widersprechen.

Beispiele: Wenn der arabisch aussehende, kühl blickende Mitpassagier im Tram das Stichwort „Sleeper“ auslöst und mit ihm etwa

Angst und Wut und Rachegefühle, dann muss diese Erfahrung das „Recht“ haben, im Bewusstsein zu sein, so wie sie ist. Und das gleiche „Recht“ muss auch das Erleben haben, das von Sorge und Mitgefühl für diesen Menschen einer anderen Religion und Kultur geprägt ist, der sich in einem westlich-zivilisierten Land jetzt vielleicht besonders bedroht fühlt durch Misstrauen, Racheakte, Ausgrenzung. Aber keine der beiden widersprüchlichen Erfahrungen hat die „Pflicht“, im Bewusstsein aufzutauchen.

Und es bedeutet Bemühen um Kongruenz, anlässlich von Reden des George W. Bush bei manchen Begriffen und Bildern, die der derzeit mächtigste Mann der Welt gebraucht, Erschrecken, Angst und Empörung zu erfahren, weil die Aussagen gefährlich, töricht, unreif erscheinen; und daneben ebenso zuzulassen, wenn sich aufgrund anderer Aussagen das erleichterte Gefühl eines „Alles-wird-gut“ einstellt, weil der große, starke Bruder Amerika den Kampf gegen den immer grausameren Terrorismus aufgenommen hat.

Friedensarbeit im Sinne des PCA: anspruchsvoll, lebensnah, wirksam

Dieses Bemühen um das unverzerrte Symbolisieren auch von Widersprüchlichem, das Nebeneinander-Leben-Lassen ohne die rasche, fixierende Einordnung in gut oder schlecht, richtig oder falsch: das ist harte Seelenarbeit für das Individuum, für die der Begriff „innere Friedensarbeit“ mir passend erscheint. Denn es geht ja darum, einander „befehlende“ Anteile des gesamten Organismus zu befrieden und zu integrieren, anstatt die Spannung, die aus ihrer Polarität entsteht, zu unterdrücken.

Um an dieser Stelle das gängige Missverständnis eines gar zu heilen PCA-Menschenbildes nicht aufkommen zu lassen: das Zulassen-Können widersprüchlicher Erfahrungen bewahrt nicht vor dem Ringen um die eigene Meinung, nicht vor einer möglichen Qual einer Handlungsentscheidung und nicht vor Fehlern. Es wird hier nur gesagt: der Organismus, der *alle* Erfahrungen unverzerrt zum Bewusstsein kommen lassen kann, entscheidet und handelt letztlich realistischer, vernünftiger, menschlicher, sozialer als der, der die einen zulässt und die anderen „verleugnet“ oder „verzerrt“.

Dieses PCA-Konzept des Bemühens um den *inneren* Frieden kann unschwer auf die äußere Friedensarbeit übertragen werden – also auf die Auseinandersetzung mit Verwandten, FreundInnen, Bekannten oder KollegInnen um die beste Einschätzung der Ursachen des Terrorismus und seiner Eindämmung. Wann immer es gelingt, die Gefühle, Meinungen, Überzeugungen des Gesprächspartners unverzerrt ins Bewusstsein kommen zu lassen und die Person *mit* ihrer Sichtweise und Einstellung ernst zu nehmen und zu achten, auch wenn sie weit weg ist von der eigenen Position – dann ist ein Beitrag zum Frieden *jetzt* gelungen; zu dem Frieden, der *hier* und *jetzt* erlebt und erfahren werden kann, an dem im gegenwärtigen Augenblick weitergearbeitet werden kann. In dem Maße, in dem die Person den Weg und die Seelenarbeit hin zu solchen friedlichen

Konfliktlösungen integriert hat, kann sie sie weitergeben – sei es als LehrerIn, SupervisorIn, PsychotherapeutIn, PaartherapeutIn, OrganisationsberaterIn, oder als ChefIn, als PolitikerIn, als Elternteil, als LebenspartnerIn – oder auch als Mitglied einer Gruppe, die Friedensarbeit leisten will.

Gelegentlich wird die Auffassung vertreten, Friedensbemühungen dieser Art seien naiv, unrealistisch, zu sehr am Individuum orientiert. Mir scheint im Gegenteil, der einzelne Mensch handelt sehr realistisch und gesellschaftsbezogen, wenn er als Beitrag zum Frieden dort anfängt, wo er am ehesten etwas verändern kann: bei sich selbst – um dann das daraus gewonnene Mehr an Fähigkeit zur friedlichen Konfliktlösung in sein Zusammenleben und -arbeiten mit anderen Menschen einzubringen. Naiv ist m. E. die so handelnde Person nur dann, wenn sie sich nicht bewusst ist, dass ihr Wirken ein Tröpfchen auf dem heißen Felsklotz des Welt-Unfriedens ist. Wobei diese Bescheidenheit auch nicht übertrieben werden darf – nicht jeder bleibt ein Tröpfchen, manche/r kann Gießkanne werden.

Man stelle sich nur einmal vor, G. W. Bush hätte vor 25 Jahren an einigen interkulturellen Encounters bei Carl Rogers und MitarbeiterInnen teilgenommen. Er hätte also dort erfahren, was es bewirken kann, dem wirklich zuzuhören, was Menschen anderer Rasse, anderer Hautfarbe und Religion, was Unterdrückte, Benachteiligte, Radikale über sich als Person und ihr Lebensgefühl in ihrem jeweiligen Umfeld mitzuteilen haben. Und er hätte die Erfahrung gemacht, selbst als Person gehört und ernstgenommen zu werden mit seinen Bedürfnissen, Ängsten, Problemen, Lebenshaltungen, Überzeugungen. Die Vermutung scheint berechtigt, dass dieser Mann angesichts des Terrors, der sein Land und die Welt heute bedroht, nach solchen Encounter-Erfahrungen aus einer etwas anderen Haltung, aus etwas tieferem Verstehen heraus als Präsident reden und handeln würde. Und die Chancen stünden wohl besser, mit weniger Gewalt zu mehr Frieden zu kommen.

Im Bemühen um Kongruenz rückt freilich diese schöne Phantasie bald in den Hintergrund, auch die Hoffnung auf eine Änderung

von Bush oder Bin Laden bleibt nicht lange im Bewusstsein, sondern die Person macht in ihrem eigenen Friedensprozess den nächsten Schritt. Jetzt.

Literatur:

- Brück, Michael von (1988), *Denn wir sind Menschen voller Hoffnung. Gespräche mit dem XIV. Dalai Lama*, München (Kaiser)
- Rogers, Carl R. (1959a), *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework*, in: Koch, Sigmund (Ed.), *Psychology. A study of a science*. Vol. III: *Formulations of the person and the social context*, New York (McGraw Hill) 184–256; dt.: *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987
- Rogers, Carl R. (1971), *Because that's my way. An encounter group of drug users, non-users, and a narcotics agent*, Video (Lincoln) [aus der Videothek des Center for Studies of the Person und der SGGT]
- Rogers, Carl R. (1977), *On personal power. Inner strength and its revolutionary impact*, New York (Delacorte); dt.: *Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung*, München (Kindler) 1978 bzw. Frankfurt (Fischer) 1985
- Rogers, Carl R. (1986), *Is there another way? Carole Charlewood interview Carl Rogers, Süd-Afrika 1986* (Video aus der Videothek des Center for the Studies of the Person und der SGGT)

Autor:

Gutberlet, Michael, 1947, Dipl.-Psych, Psychotherapeut, Supervisor, Ausbilder für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (SGGT); Dozent an Ausbildungsinstitutionen des Gesundheits- und Erziehungswesens; Selbstständig tätig seit 1974.

Korrespondenzadresse:

*Dipl. Psych. Michael Gutberlet
Birmensdorferstr. 285
CH-8055 Zürich*

Irene Fairhurst¹

Das Werk von Carl Rogers aus einer feministischen Perspektive

Als ich gebeten wurde, diesen Artikel zu schreiben, freute ich mich und dachte, dass das ein interessantes Projekt wäre. Aber je mehr ich darüber nachdachte, desto schwieriger kam es mir vor. Meine übliche Arbeitsweise ist, dass ich über das Thema eine Weile nachdenke, bis es fast „in meine Kopf geschrieben“ ist, dann die Literatur

dazu nachschau und schließlich den fast fertigen Artikel produziere. Einige Zeit kam ich nicht weiter als bis zum Zitat von Gertrude Stein, das Rogers (1977, XII) selbst verwendet: „Es ist nicht das, was Paris einem gibt, es ist das, was es einem nicht wegnimmt.“ Das kann man umschreiben als eine Definition des Personenzentrierten Ansatzes: „Es ist nicht das, dass dieser Ansatz einer Person Macht gibt; er nimmt sie ihr niemals“. Ein Konzept, das natürlich wunderbar in Einklang ist mit den Grundüberzeugungen des Feminismus

¹ Übersetzung von Margarethe Letzel

zur Selbstermächtigung von Frauen. In der gleichen Veröffentlichung sagt Rogers: „Was die Bemühungen angeht, Bewusstsein zu steigern, wie auch in ihren politischen und gesetzlichen Aktivitäten ist die Frauenbefreiungsbewegung im Wesentlichen personenzentriert. Dort wo sie sich philosophisch von ihrer besten Seite zeigt, vermittelt sie ein tiefes Vertrauen in die Fähigkeit jeder einzelnen Frau, ein Leben ihrer Wahl zu führen, eine unabhängige und kreative Person zu werden, vorausgesetzt, die Gesellschaft schafft ein akzeptierendes Klima für Wachstum.“ (ebd., 45).

In ihrem Kapitel in Fairhurst (1999) sagt Lesley Rose: „Ich habe versucht, Freuds Art, eine Person zu sehen, mit der von Rogers zu vergleichen. Freud macht mich als Frau klein; Rogers, mit all seinen Werten, verschafft mir Geltung. Ich habe seine Arbeiten durchforscht, um Anmerkungen zu Frauen zu finden, das heißt, Anmerkungen, die Frauen als zweitklassig darstellen. Es sollte nach dem vorher Erwähnten niemanden verwundern, dass für Rogers Frauen nicht irgendeine separate Subspezies sind.“ (ebd., 183).

Wenn wir also die Interpretation des Wortes „Werk“ im Titel dieses Artikels auf die Theorie des Personenzentrierten Ansatzes beschränken wollten, könnten wir bereits hier aufhören. *Aber ...* in meinem inneren Prozess taucht sofort die folgende Frage auf: „Wie kommt es dann, dass ich persönlich innerhalb der personenzentrierten Welt genauso viel sexistische Unterdrückung erfuhr wie außerhalb?“. Um zu versuchen diese Frage zu beantworten, muss ich die Interpretation des Wortes „Werk“ erweitern und die Anwendung der Theorie mit einbeziehen – um auf die „Arten zu sein“ seiner Exponenten zu schauen und damit bei mir zu beginnen. Ich habe nicht vor, hier meiner eigenen Indoktrination auf den glitschigen Pfaden internalisierter Unterdrückung nachzuspüren oder der verwickelten, schmerzhaften Reise, mich davon zu lösen (fast!). Es genügt hier zu sagen, dass ich mich einschließe, wenn ich an den Part denke, den wir Frauen in diesem Spiel spielen.

Als ich die „British Association for the Person-Centred Approach“ vor fast 15 Jahren mitbegründete, wurde ich zu ihrer ersten Präsidentin gewählt, meine beiden Mitgründer, beides Männer, dachten, es wäre für eine Frau wichtig, diese Rolle zu übernehmen (und dass ich das übrigens wohl gut könnte). Ich beschloss zu versuchen, diese politische Zeitströmung zu konsolidieren, indem ich ein Frauenforum organisierte – ein gemeinsames Wochenende für Frauen im Personenzentrierten Ansatz, um uns über wichtige Themen auszutauschen und gemeinsam Zeit zu verbringen. Am ersten Forum nahmen ungefähr 10 Frauen teil, die alle meinten, ein zweites wäre eine gute Idee. Eine der Reaktionen, die ich auf die Werbung erhielt, die ich dafür verschickt hatte, war unter anderem: „Ich war überrascht und gleichzeitig wiederum auch nicht wegen der Anzahl der Frauen, die aktiv am Forum teilnehmen. Meine Erfahrung mit Frauen innerhalb des PZA ist, dass sie mehr zur traditionellen/patriarchalen Art tendieren als radikalere Feministinnen oder jene, die sich mit Spiritualität von Frauen beschäftigen. So wie ich das verstehe, vermute ich einen Zusammenhang damit, dass Frauen

zum Teil deshalb von diesem Ansatz angezogen werden, weil der Unterricht von weißen, gebildeten, ‚weichen‘, patriarchalen Männern der Mittelschicht getragen wird und dass es das ist, was sie in ihrem Leben brauchen. Einer der Gründe, dass ich weniger im PZA engagiert bin, ist, dass ich sehr wenige Frauen getroffen habe, die offen waren, irgendwelche der umfassenderen Themen, die diesem Ansatz inhärent sind, aufzugreifen und keinen einzigen Mann, der darauf eingestiegen wäre!“ (private Korrespondenz).

Das zweite Forum wurde wegen mangelnden Interesses abge sagt. Eines der „umfassenderen“ Themen, die dem Ansatz inhärent sind, scheint mir beinahe „ein Erlaubnisgeben“, um zu vermeiden, uns mit unseren generalisierten „ismen“ zu konfrontieren. Denn, wenn wir uns wirklich an die Prämisse des PZA halten, achten und wertschätzen wir jedes Individuum für das, wer oder was immer es ist. Für diesen Artikel schaute ich das Wort Sexismus im Index von circa 20 Büchern zur Personenzentrierten Psychotherapie nach und fand es nur einmal – in Tony Merrys Buch (1999): „Da es in der Personenzentrierten Beratung sehr wichtig ist, Probleme der Macht offen behandeln zu können, ist es entscheidend, dass sich Beratende mit ihrem eigenen Rassismus, Sexismus und anderen Vorurteilen in dem Sinne auseinandersetzen, dass sie diese Probleme haben. ... Zu Stereotypen zu greifen, passiert deshalb, weil es zu kompliziert ist, alles individuell zu sehen. Wir brauchen generelle Kategorien, die uns helfen, die Bedeutung all der komplexen Zusammenhänge des menschlichen Lebens zu sehen. Es ist jedoch offensichtlich, dass es in der Beratungssituation nicht hilfreich ist, sich an Stereotypen zu klammern, die uns daran hindern, Menschen als Individuen zu sehen, mit einzigartigen Erfahrungen, Gefühlen und Bedürfnissen, auch wenn sie Angehörige bestimmter Gruppierungen sind“ (ebd., 104f). Tony fährt fort und schlägt eine Übung vor, die es Beratenden ermöglichen soll, ihre Stereotypenmuster zu erkennen. So wichtig diese Art von Übung während unserer Ausbildung auch ist, finde ich dennoch, dass es nicht ganz genügt.

In der Therapiesituation, ob es uns passt oder nicht, ist es die Therapeutin², die wählen kann, wo die Macht liegt. Wir lernen sehr gut, „im Inneren Bezugsrahmen der Klientin zu bleiben“ und unsere eigenen Vorurteile und Meinungen zur Seite zu stellen, und meistens, dessen bin ich sicher, gelingt uns das auch sehr gut. Im wirklichen Leben jedoch haben wir nicht immer die Wahl, wo die Macht liegen soll. Es ist sehr wahrscheinlich, dass wir uns bedroht und verletztlich fühlen und daher die Rückenstärkung, uns an die Macht zu klammern, benötigen. In meiner Erfahrung von über 30 Jahren in personenzentrierten Gruppen lag zu Beginn die offensichtliche Macht oft bei den Männern und wir Frauen fanden andere Arten, uns zu bestätigen (manchmal, indem wir reine Frauengruppen „forderten“, was die meisten Männer und einige Frauen irritierte). In seinem

2 Die weibliche Form gilt hier und im Folgenden für beide Geschlechter (Anm. der Übersetzerin).

Buch über „Personal Power“ (dt. „Die Kraft des Guten“) schlägt Rogers vor, dass in personenzentrierten Encountergruppen eine andere Kultur entsteht, in der „Rollen und Rollenerwartungen gewöhnlich wegfallen und an ihre Stelle die Person tritt, die ihr eigenes Verhalten wählt“ (1977, 51). Leider war das nicht meine Erfahrung – ich traf auf feindseligen, aggressiven Widerstand von Männern und Frauen, wenn es nur schon darum ging, dieses Thema während eines Workshops, an dem ich teilnahm, anzuschauen. Ich denke, dass eine Veränderung bezüglich dieses Widerstandes 1992 in einem Workshop in Terschelling begann, als zwei meiner Freundinnen nach dem Workshop auf dem Heimweg zum Hotel ernsthaft von Männern bedroht wurden. Am nächsten Morgen, so erinnere ich mich, hielt ich ein leidenschaftliches Plädoyer, dass die Männer der Gruppe die Fähigkeit der Frauen zu Aggression verstehen, die manchmal wortwörtlich lebensrettend sein kann. Danach sagten mir zwei Männer, die etwas älter waren als ich, dass es sie sehr bewegt hatte, was ich gesagt hatte und dass sie das Thema nun in einem ganz neuen Licht sahen. Seither bemerkte ich eine größere Offenheit und Bereitschaft zu explorieren, aber vielleicht hat das mehr mit mir zu tun und mit der Art, wie ich nun an das Thema herangehe. Peggy Natiello (2001) sagt in ihrem Kapitel „Healing the wounds of sexism for men and women“: „Als ich mich bereit erklärte, dieses Kapitel der Diskussion zu widmen, Sexismus in personenzentrierten Gruppen anzusprechen, entschloss ich mich, mit einer Umfrage zu derzeit gängigen Haltungen zu beginnen. Die Feindseligkeit, die mir allein schon wegen des Wortes entgegenschlug, und dass seine pure Existenz geleugnet wurde, insbesondere unter jungen Erwachsenen, ließ mich in Versuchung geraten, das Ganze aufzugeben.“ (2001, 41).

Daher behaupte ich, dass es wahrscheinlicher ist, dass wir im Alltag sowie in encounterartigen Erfahrungen über unsere „unbewussten Vorurteile“ stolpern (siehe auch mein Kapitel „Empathy at the core of the therapeutic relationship: Contaminators of empathic understanding“ in Fairhurst 1999) als in der Eins-zu-eins-Situation in der Therapie, und es ist wahrscheinlicher, dass wir unsere eigenen Vorurteile und stereotypen Muster explorieren können, wenn wir uns nicht bedroht oder verletztlich fühlen – ein wirklich personenzentriertes Klima? Wenn wir das nicht tun können, dann wird unsere Konditionierung unvermeidlich das hässliche Haupt in allen Aspekten unseres Lebens erheben – einschließlich unserer eigenen Therapiesitzungen.

In Farber / Brink / Raskin (1996) legt Maureen O'Hara eine feministische Analyse des Gespräches von Sylvia und Rogers vor. Sie meint, dass in ihrer (Maureens und Carls) enger, kollegialer und herzlicher Beziehung, „es Zeiten gab, wo nicht einmal das empathische Genie von Carl Rogers die Kluft überbrücken konnte oder die fundamentalen Unterschiede hätte versöhnen können, was „Sicht auf die Welt“, „Sensibilität in der Wahrnehmung“, „Realitätskonstruktion“, „Wissensansprüche“, „Erkenntnisinteressen“, „Arten des Erkennens“, oder „Paradigma“ angeht, wenn es sich um Rogers

handelt, einem berühmten, mächtigen, weißen, amerikanischen Mann der oberen Mittelschicht, – und mich selbst, eine junge, unbekannte, eingewanderte, weiße, englische Frau aus der Arbeiterschicht. ... Es überrascht nicht, dass die Kluft zwischen uns dann am offensichtlichsten war, wenn es zu Fragen der Beziehung kam wie Macht, Autorität, Einbezug, Ausschluss und politische Realitäten wie Sexismus und Rassismus.“ (ebd., 285). In ihrem Kapitel identifiziert Maureen: „Einerseits wurden Realitäten, die sehr wichtig für sie (Sylvia) und für andere Frauen sind, ausgelassen, missverstanden, verharmlost oder verzerrt, möglicherweise aufgrund von Rogers eigenen Voreingenommenheiten und blinden Flecken: andererseits übte er (absolut unbewusst) subtilen Druck auf sie aus, dass sie mit einem eurozentrischen, androzentrischen Status quo konform ging.“ (ebd., 298). Maureen ordnete diese Beschränkungen dem historischen Rahmen, in dem der Ansatz formuliert wurde, zu und dem Glauben von Rogers, dass der Therapeut³ die Möglichkeit hat, „zu einem Grad des Verstehens zu gelangen, wo er die Welt des Klienten exakt kennen kann“ (ebd., 296). Sie argumentiert: „Wie beim hermeneutischen Lesen eines heiligen Textes verstehen wir die Welt einer anderen wegen unserer – nicht trotz – unserer eigenen Subjektivität. Rogers demonstrierte hier in diesem Gespräch und bei vielen Gelegenheiten, welch außergewöhnlicher „Leser“ er war ... Nicht weniger er selbst, sondern mehr. Das bringt uns zum Thema der blinden Flecken und der Voreingenommenheiten ... Wir müssen zugeben, dass Rogers sein postuliertes Ideal, jeglichen äußeren Bezugsrahmen beiseite zu lassen, nicht erreichte. Das hätte er auch nicht gekonnt, denn um andere zu hören, müssen wir bereits eine Sprache haben, um sie darin zu hören ... Wie ich ausführte, sind die Sprache und die Werte der Klientenzentrierten Therapie die ihrer Schöpfer – weiße Mittelschicht, zumeist nordamerikanische Männer. Es kann gar nicht anders sein und dabei ist gar nichts inhärent Entmächtigendes an dieser Situation. Das Problem entsteht erst durch das Versäumnis, die Unvermeidbarkeit der Voreingenommenheit zu erkennen. Indem wir leugnen, dass jegliches ‚Zuhören‘ Interpretation beinhaltet, dass wir hören, was wir erwarten zu hören, dass wir sehen, was wir im Bewusstsein haben und dass das, was wir sagen, unsere Konstruktion von Realität offen legt – mit all dem riskieren Klientenzentrierte Therapeuten, verdeckt für Klienten ‚Realität zu schaffen‘.“ (ebd., 297). Während ich Maureen total zustimme, was die blinden Flecken von Therapeuten angeht sowie das Risiko, „Realität zu schaffen“ für unsere Klienten, bin ich doch optimistischer – vielleicht ist es doch nicht unvermeidlich, dass alle Klientenzentrierten Therapeuten, ob männlich oder weiblich, ständig aus einer unbewussten Position heraus handeln, was unsere „unbewussten Vorurteile“ angeht – vielleicht ist es wahrscheinlicher, wenn wir uns die Gefahren bewusst machen, was

3 Die männliche Form schließt hier (und auch an einigen Stellen weiter unten) Personen des anderen Geschlechts ein (Anm. der Übersetzerin).

geschieht, wenn wir uns einer weißen, männlichen, Mittelschichttheorie verpflichten, dass wir dann nicht in diese Falle gehen. Vielleicht können wir die Sprache der anderen lernen. Maureen beendet ihr Kapitel, indem sie sagt: „Wenn Klientenzentrierte Therapie überleben und blühen soll in dieser neuen postmodernen pluralistischen Welt, dann muss sie diese vielfältigen ‚anderen Arten des Erkennens‘ integrieren“ (ebd., 298). Aber um diese Position zu erreichen, müssen wir unseren eigenen Schwächen gegenüber genügend offen sein und – hallo – wie war das mit der Kongruenz?

Literatur:

- Fairhurst, Irene (1999), *Women writing in the Person-Centred Approach*, Llangarron (PCCS Books)
- Farber, Barry A./Brink, Debora C./Raskin, Patricia M. (Eds.) (1996), *The psychotherapy of Carl Rogers: Cases and commentary*, New York (The Guilford Press)
- Merry, Tony (1999), *Learning and being in Person-Centred Counselling*, Llangarron (PCCS Books)
- Natiello, Peggy (2001), *The Person-Centred Approach: A passionate presence*, Llangarron (PCCS Books)
- O'Hara, Maureen (1996), *Commentary 2: Rogers and Sylvia: A feminist analysis*, in: Farber, Barry A./Brink, Debora C./Raskin, Patricia M. (Eds.) (1996), *The psychotherapy of Carl Rogers: Cases and commentary*, New York (The Guilford Press) 284–300

Rogers, Carl R. (1977), *Carl Rogers on personal power*, New York. Constable; dt.: *Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung*, München (Kindler) 1978

Rose, Lesley (1999), *A woman's place*, in: Fairhurst, Irene (1999), *Women writing in the Person-Centred Approach*, Llangarron (PCCS Books) 173–186

Autorin:

Irene Fairhurst, 1941, M.A., Mitbegründerin der „British Association for the Person-Centred Approach“, deren Präsidentin sie sieben Jahre war; Dozentin, u. a. in der Personzentrierten Aus- und Weiterbildung, Buchherausgeberin, leitet kulturübergreifende Encountergruppen und arbeitet in eigener Praxis in Supervision, Beratung und Psychotherapie; eingetragen als Senior Registered Practitioner bei der British Association for Counselling and Psychotherapy

Korrespondenzadresse:

*Irene Fairhurst
Dep. Client-Centred Counselling/Psychotherapy
220, Ashurst Drive
Barkingside, Essex IG6 1EW
Großbritannien
E-Mail: IreneFairhurst@compuserve.com*

Maureen O'Hara und John K. Wood¹

Das Bewusstsein von morgen kultivieren: Der personzentrierte Prozess als transformierende Schulung

Der Personzentrierte Ansatz in Gruppen ist im Kern eine verfeinerte Form eines tiefen, vielfältigen Perspektivendialoges. Mit seinen Forschungen und denen seiner Kollegen aus den 40er bis in die 80er Jahre in der Beratung, Psychotherapie und später in der Erziehung und in Gruppen-Encounters entdeckte Rogers, dass wenn Menschen einander in einem Kontakt begegnen, der gekennzeichnet ist von dem, was später die „notwendigen und hinreichenden Bedingungen“ für wirkungsvolle Veränderungen genannt wurde, sich die Menschen ganz natürlich in Richtung auf psychologische Ganzheit, Wachstum und Selbstaktualisierung bewegen werden. Über die

folgenden Jahrzehnte hinweg erwiesen sich Rogers' Grundvariablen personzentrierter Interaktion als die wesentlichen Elemente jeglicher Beziehungen, in denen individuelles Wachstum und die Entwicklung von Bewusstsein geschieht.

Rogers beschreibt personzentrierte Begegnungen als Ich-Du-Dialoge im Buberschen Sinn und er glaubte, dass sich Ich-Du-Dialoge zwischen allen Menschen ereignen können. Im Gespräch 1957 zwischen den beiden stellte Buber Rogers' Überzeugung in Frage, dass es möglich sei, sogar dort eine Ich-Du-Beziehung zu entwickeln, wo ein Macht- oder Statusunterschied besteht wie etwa der zwischen einem Klienten und einem Therapeuten (siehe in Kirschenbaum/Henderson 1989). Bubers Ansicht über Psychiatrie und Psychotherapie war auf das Freudsche Modell beschränkt, das

¹ Ins Deutsche übersetzt von Margarethe Letzel

damals die Psychiatrie dominierte. Hätte Buber verstanden, wie radikal und die Klienten ermächtigend Rogers' Ansicht zu Beratung wirklich war, wäre er vielleicht zu einem anderen Schluss gekommen. Für Rogers war die personenzentrierte Begegnung die von Seele zu Seele. Wie Rogers beschreibt: „In diesen Momenten scheint es, als würde mein Inneres hinausgreifen und das Innere des anderen berühren. Unsere Beziehung transzendiert sich selbst und wird etwas Größeres.“ (Rogers 1986).

Als unsere Arbeit zu Prozessen von Großgruppen begann, hatten wir bereits ausgiebig Erfahrung mit dem Encountergruppenprozess kleiner Gruppen, den Rogers (1970/1974) beschreibt, aber wir hatten wenig Erfahrung mit personenzentrierten Prozessen von Großgruppen. Daher machte sich 1974 ein Forschungsteam, das Rogers und die Autoren² dieses Artikels einschloss, daran, herauszufinden, ob die Formen individueller Bewusstseinerweiterung, die in der Eins-zu-eins-Therapiesituation oder in Gruppen von 10 bis 12 Leuten geschehen, sich auch in Gruppen von 200 oder mehr Menschen ereignen würden.

Über einen Zeitraum von 16 Jahren hinweg bestätigten unsere Beobachtungen, dass der Großgruppenprozess als Weg zu Wachstum und Bewusstseinsentwicklung sogar noch machtvoller war als die Kleingruppe oder die Einzeltherapie. In Versammlungen bis zu 2000 Leuten und von nur einem Tag Dauer berichteten Teilnehmende (deren Selbstberichte durch Familienmitglieder und Kollegen bestätigt wurden) von signifikantem sozialem Lernen und persönlicher Veränderung. Sie empfanden, dass sie eine höhere geistige Kapazität erreichten und aufrecht erhalten konnten und mehr in der Lage waren, weise und reif zu handeln und zu entscheiden. Diese Befunde wurden in früheren Arbeiten dargestellt (Rogers 1977/1978; Bowen/O'Hara/Rogers/Wood 1979; Rogers 1980; O'Hara/Wood 1984; Wood 1984). Diese Erfahrungen lieferten neues Beweismaterial, dass Rogers' „Grundvariablen“ für transformierenden Dialog über die therapeutische Situation hinaus für einen weit größeren Rahmen einer potenziellen Anwendung zu generalisieren war. Wir waren sofort gepackt vom Potenzial dieser Großgruppen als Form transformierenden Lernens und wir schlugen vor, dass personenzentrierte Großgruppen zu Laboratorien werden könnten, in denen die einzelnen Mitglieder dieser Großgruppen schneller als üblich die Fähigkeiten höherer Ordnung entwickeln können, die immer notwendiger werden, um mit dem Leben in dieser neuen Welt fertig zu werden (Bowen/O'Hara/Rogers/Wood 1979).

Was uns in diesen PZA-Gruppen überraschte, war die Beobachtung (die wir oft, aber nicht immer machten), dass es im Leben einer Gruppe Momente gibt, in der ein Zustand erreicht wird, in dem der einzelne Teilnehmer tief mit sich und interpersonell mit anderen in Einklang kommt *und* jeder mit der Gruppe als ganzer in Einklang

kommt. In solchen Situationen erhöht die Gruppe ihre Fähigkeit zur Selbstorganisation und wird zu außerordentlich weisem kollektivem Handeln fähig, eine Fähigkeit, die weit über die jedes einzelnen Teilnehmers innerhalb der Gruppe hinausgeht. Sogar noch packender für uns war die Beobachtung, dass in solch bewussten Gruppen die Einzelnen über ihre eigene Höchstform hinaus getragen wurden – als ob ihnen durch die Teilnahme dazu verholfen würde, in einen „Flow“-Zustand zu kommen (Csikszentmihalyi 1990). Wir beobachteten, wie Leute, einschließlich uns selbst, die wir die Gruppen einberufen hatten, Zugang zu tieferen Ebenen von Empathie und Intuition fanden, zu außergewöhnlicher Wahrnehmung – sogar zu medialen und paranormalen Zuständen des Bewusstseins, die über die gewöhnlichen Arten westlichen Wissens hinausgingen. Menschen träumten dieselben Träume, hatten Vorahnungen über künftige Ereignisse, lasen Gedanken von anderen, erreichten ein verblüffendes Maß an Empathie und gemeinsamer Ausrichtung, fanden innovative Lösungen für Probleme, die unlösbar schienen, waren in der Lage, miteinander um die Entscheidung zu spielen – mit Ehrfurcht gebietender Improvisation und Synergie – und erreichten regelmäßig spirituelle Trancezustände, die man normalerweise nicht ohne Jahrzehnte meditativer Praxis erreicht.

Wir nannten diese Gruppen, in denen individuelles Bewusstsein erweitert wird und sich aus eigenem Entschluss nach einem erweiterten kollektiven Bewusstsein der ganzen Gruppe ausrichtet, schließlich *Bewusstseinsgemeinschaften* oder *integrale Gruppen*.

Nachdem wir Bewusstseinsgemeinschaften in ganz verschiedenen Settings und einer Spannweite von Bedingungen sich entwickeln sahen, begannen wir zu vermuten, dass, wenn wir das dynamische Wechselspiel zwischen individuellem und kollektivem Bewusstsein verstehen könnten und lernen, wie die Bedingungen zu schaffen wären, unter denen es wahrscheinlicher wäre, dass sich integrale Gruppen bildeten, wir Zugang gewinnen könnten zu neuen menschlichen Fähigkeiten, mit denen wir die drängenden Systemprobleme angehen könnten. Wir fragten uns, ob solche Fähigkeiten eine neue Ebene in der Evolution kollektiven Bewusstseins darstellten.

Wir sahen schließlich die Schaffung bewusster personenzentrierter Gruppen oder Gemeinschaften als eine neue Art von Pädagogik für transformatives Lernen. Diese Workshops scheinen Menschen Gelegenheit zu geben, zuerst für sich selbst Erfahrungen zu machen und dann die erweiterten Fähigkeiten für individuelles und kollektives Bewusstsein weiter zu entwickeln, die entscheidend für unser Überleben sein werden in den verwirrenden Zeiten, die vor uns liegen. Als sie in Situationen zusammengerufen wurden, wo Konflikte existierten, wie in Südafrika zwischen Schwarzen und Weißen, in Israel zwischen Arabern und Juden oder in Nordirland zwischen Katholiken und Protestanten, gaben sie uns Mittel an die Hand, mit denen sich die Menschen durch ihre wechselseitige Entfremdung hindurcharbeiten konnten, um schließlich mit einer gemeinsamen Menschlichkeit in Berührung zu kommen. In den Sechziger- und Siebzigerjahren nahmen in den Vereinigten Staaten und darüber

2 Hier wie an anderen Stellen wird für die leichtere Lesbarkeit nur eine der Geschlechterformen genannt, was keine Wertung beinhaltet (Anm. d. Übers.)

hinaus eine sehr große Zahl von Menschen an Gruppen-Encountern teil mit der ausdrücklichen Absicht, sich selbst als Individuen zu entwickeln, besser kommunizieren zu lernen und sich selbst und ihre Beziehungen authentischer zu erfahren, mit einem größeren Maß an Empathie und Bewusstheit und fortgeschrittener Beziehungskompetenz. Etwa ein Jahrzehnt lang beschäftigten sich verschiedene Gesellschaftsbereiche, von Kirchengruppen bis zu Schulklassen, von Yogapraktizierenden über Berufstätige bis hin zu Anonymen Alkoholikergruppen in einem breiten kulturellen Experiment transformierenden Lernens.

Unserer Ansicht nach war das Experiment zur Bewusstseinsrevolution ein großer, aber nur ein Teilerfolg – es gelang, die Kultur zu verändern, aber es hörte zu schnell auf. Die amerikanische Gesellschaft war hinterher sicher stärker psychologisch aufgeschlossen und die Menschen waren emotional unabhängiger. Sie lernten, bessere Eltern, Manager und Freunde zu sein, und es gelang ihnen, eine tiefere und befriedigendere Beziehung mit sich selbst und zu anderen zu genießen. Die Leute erreichten ein erhöhtes Maß an psychologischen Fähigkeiten und ein höheres Maß an Bewusstheit. Aber das volle Potenzial der Bewusstseinsgruppe als Lernkontext oder „Treibhaus“, wo eine neue Art von Beziehungsbewusstsein hätte kultiviert werden können, wurde von den Praktizierenden nicht ausgeschöpft. Es gibt immer noch viel zu tun.

Künftig gibt es sicher größten Bedarf an Leitfiguren und Bürgern, die mit den nie zuvor erfahrenen Herausforderungen und Gelegenheiten von der Art umgehen können, wie sie eingangs skizziert wurden. Während wir hier schreiben, versuchen New Yorker and Amerikaner allgemein, den katastrophalen Anschlag auf die amerikanische Psyche zu verarbeiten, der ihr am 11. September 2001 von Terroristen zugefügt wurde. Sie wenden sich an jegliche Institutionen, die es gibt, um ihren Schmerz zu verarbeiten. Grundsätzlich wenden sich die Bewohner der Vereinigten Staaten an Beratung, Psychotherapie, spirituelle Traditionen, Radiorunden, Internetchatrooms und natürlich an Vertraute, in einem solchen Ausmaß, dass diese Ressourcen das individualistische, selbstbestätigende Bewusstsein oder selbst-transzendierende Bewusstsein im Dienst einer sich selbst bestätigenden Gruppe – „patriotischen Heroismus“ – ermutigen; obwohl sie sicher kurzfristig den Schmerz lindern, perpetuieren sie langfristig gesehen das „Die-gegen-uns“-Bewusstsein, das überhaupt erst dieses Klima der Gewalt geschaffen hat. Wir sind überzeugt, dass die Betonung des individuellen Bewusstseins, das viel von der Aufmerksamkeit in der Psychotherapie in Beschlag genommen hat, obwohl sie notwendig ist, auf Dauer nicht genügt. Das Ausmaß an Bewusstsein, das in diesem Moment unserer evolutionären Geschichte von uns verlangt wird, geht über das hinaus, was jeder von uns, im Westen oder sonstwo, von unseren Vorfahren geerbt hat. Unserer Ansicht nach brauchen wir neue institutionelle Formen beschleunigten sozialen Lernens, die gleichzeitig sowohl individuelles Bewusstsein als auch das Bewusstsein von Gruppe und Gesellschaft erweitern können.

Wir haben gesehen, dass sich solches soziales Lernen und solche Bewusstseins transformation in personenzentrierten Gruppen ereignen. Wir schließen mit einem Satz unseres Freundes und Pionierreisegefährten in diesen geheimnisvollen Gewässern, dem Psychologen Carl Rogers:

„Wenn die Zeit kommt, wenn unsere Kultur der endlosen todbringenden Fehden müde wird, verzweifelt am Gebrauch von Gewalt und Krieg als Mittel den Frieden zu bringen, unzufrieden wird mit dem Leben auf halber Flamme, das seine Mitglieder leben – erst dann wird sich unsere Kultur ernsthaft nach Alternativen umschauen. ... Wenn diese Zeit kommt, werden sie keine Leere finden. Sie werden entdecken, dass es Wege gibt, die Lösung von Fehden zu fördern. Sie werden herausfinden, dass es Wege gibt, Gemeinschaften zu bilden, ohne die potenzielle Kreativität der Person zu opfern. Sie werden erkennen, dass es Wege gibt, die bereits im kleinen Rahmen erprobt sind, das Lernen zu vertiefen, sich auf neue Werte zuzubewegen und Bewusstsein auf eine neue Ebene zu heben. Sie werden herausfinden, dass es Arten gibt zu sein, die ohne Macht über Personen oder Gruppen auskommen. Sie werden entdecken, dass eine harmonische Gemeinschaft auf der Basis gegenseitigen Respekts und erweitertem persönlichem Wachstum gebildet werden kann. ... Als Humanistische Psychologen mit einer personenzentrierten Philosophie – haben wir Arbeitsmodelle in kleinem Maßstab geschaffen, die unsere Kultur benutzen kann, wenn sie dazu bereit ist (Rogers 1980, 205).

Das wurde vor zwei Jahrzehnten geschrieben. Die erst kurz zurückliegende Intensivierung auf der Ebene ethnischer Kriegsführung zeigt, dass der Bedarf dringend ist. Das erneute Interesse an Dialog legt nahe, dass die Kultur nun bereit ist. Wir hoffen, dass unser Beitrag zu dieser Heftnummer einige Möglichkeiten skizzieren kann, welche die Schaffung von Lernkontexten erleichtern, in denen diejenigen Fertigkeiten kultiviert und genährt werden können, die es braucht, um die kollektive Weisheit diverser Gruppen zu mobilisieren, und dass wir dazu beigetragen haben, die Pionierarbeit von Rogers und seiner Kollegen einer Kultur dienstbar zu machen, die im Begriff ist, sich neu zu erfinden.

Literatur:

- Bowen, Maria / O'Hara, Maureen / Rogers, Carl R. / Wood, John K. (1979), Learning in large groups: Implications for the future, in: *Education* 100, 108–117
- Csikszentmihalyi, Miklos (1990), *Flow: The psychology of optimal experience*, New York (Harper & Row)
- Kirschenbaum, Howard / Land Henderson, Valerie (Eds.) (1989), *Carl Rogers: Dialogues*, Boston (Houghton Mifflin)
- O'Hara, Maureen / Wood, John K. (1984), Patterns of awareness: Consciousness and the group mind, in: *The Gestalt Journal* 6, 2, 103–116

- Rogers, Carl R. (1970), *Carl Rogers on encounter groups*, New York (Harper & Row); dt.: *Encounter-Gruppen. Das Erlebnis menschlicher Begegnung*, München (Kindler) 1974
- Rogers, Carl R. (1977), *Carl Rogers on personal power. Inner strength and its revolutionary impact*, New York (Delacorte); dt.: *Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung*, München (Kindler) 1978
- Rogers, Carl R. (1980), *A way of being*, Boston (Houghton Mifflin)
- Rogers, Carl R. (1986), Rogers, Kohut, and Erickson: A personal perspective on some similarities and differences, in: *Person-centered Review* 1, 2, 125–140
- Wood, John K. (1984), *Communities for learning: A person-centered approach*, in: Shlien, John M. / Levant, Ronald F. (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory and practice*, New York (Praeger) 297–316

Autoren:

Maureen O'Hara, Ph.D., eine der Leitfiguren auf dem Gebiet der Humanistischen Psychologie; über 15 Jahre lang Mitglied in Carl Rogers' Team, das Lernen in Großgruppen anleitete; früher Mitglied an der Fakultät verschiedener Colleges in den USA, Großbritannien und Südamerika, zur Zeit „President of Faculty“ an der „Saybrook Graduate School and Research Center“ in San Francisco; Autorin zahlreicher Publikationen auf dem Gebiet Humanistischer Psychologie.

John Keith Wood, Ph.D., ehemals Professor an Universitäten in Nord- und Südamerika und in Europa; fünfzehn Jahre lang Nachbar, enger Freund und Mitarbeiter von Carl Rogers am Center for Studies of the Person in La Jolla; entwickelte eine Psychologie der Großgruppen. Interdisziplinäre Ansätze und Forschung fanden schon immer sein Interesse. Zur Zeit leitet er Estância Jatobá – ein 200 Morgen großes ökologisches Reservat in einem Überrest von Brasiliens großem atlantischen Regenwald. Das Projekt beinhaltet Umweltschutz, nachhaltige Landwirtschaft, Soziologie, Gruppenpsychologie, Kunst und Philosophie.

Kontaktadressen:

*Maureen O'Hara, Ph.D.
Saybrook Graduate School
450 Pacific Ave., Third floor
San Francisco, CA 94133*

*John K. Wood, Ph.D.
Estância Jatobá, Jaguariúna
Brasilien*

Barbara Reisel

The Clinical Treatment of the Problem Child

Carl Rogers als Kinderpsychotherapeut

Zusammenfassung: Der Artikel ist die erstmalige – und zudem kommentierte – Übersetzung eines Teiles der 1939 erschienenen Publikation von Carl Rogers „The Clinical Treatment of the Problem Child“. Rogers bezieht sich in diesem Buch auf sein Erleben und seine langjährige Erfahrung als Kinder- und Familientherapeut und zeigt sich auf der Suche nach Konzepten, die dieser Erfahrung entsprechen. Dabei streicht er die Bedeutung der emotionalen Beziehung zwischen Kind und Therapeut hervor und formuliert Ziele und Haltungen für die therapeutische Arbeit, die als Geburtsstunde des Personenzentrierten Ansatzes angesehen werden können. Alle grundlegenden Kennzeichen und Ansätze, die eine personenzentrierte Therapie- und Persönlichkeitsentwicklungstheorie ausmachen, sind bereits in diesem frühen Werk von Rogers enthalten. Die Lektüre dieses Buches bietet auch noch immer aktuelle Standpunkte in Bezug auf die Rahmenbedingungen therapeutischer Arbeit im Familienkontext und macht die Notwendigkeit deutlich, die reale Lebenssituation, die Ressourcen der Familie und der unmittelbaren Umgebung des Kindes in die Therapieplanung miteinzubeziehen. Rogers war damit bereits 1939 in vielen Überlegungen seiner Zeit voraus.

Stichwörter: Geschichte des Personenzentrierten Ansatzes, Kinderpsychotherapie, „Relationship Therapy“

Résumé: *The clinical treatment of the problem child. Carl Rogers comme thérapeute pour enfants* – L'article est la première traduction d'une partie de la publication de Carl Rogers parue en 1939: «The Clinical Treatment of the Problem Child (Le traitement clinique de l'enfant à problèmes)». Rogers se réfère dans ce livre à son vécu et à son expérience sur de longues années en tant que thérapeute pour enfants et familles, et s'y montre à la recherche de concepts correspondant à cette expérience. Il souligne cependant l'importance de la relation émotionnelle entre l'enfant et le thérapeute, et formule les objectifs et les attitudes à adopter pour le travail thérapeutique, qui peuvent être considérés comme l'heure de naissance de l'approche centrée sur la personne. Toutes les caractéristiques fondamentales et les approches qui constituent une théorie de développement de la thérapie centrée sur la personne et de la personnalité sont déjà contenues dans cette œuvre de jeunesse de Rogers. La lecture de ce livre offre aussi des points de vue toujours d'actualité concernant les conditions structurelles du travail thérapeutique dans le contexte familial et met en lumière la nécessité d'intégrer la situation de vie réelle, les ressources de la famille et l'environnement immédiat de l'enfant à la planification de la thérapie. Rogers était ainsi, dès 1939, en avance sur son temps dans beaucoup de ses réflexions.

Mots clés: Histoire de l'approche centrée sur la personne, la psychothérapie pour l'enfant, «relationship therapy»

Einleitung der Übersetzerin

Carl Rogers' erste Publikation war seine 1931 erschienene psychologische Dissertation über die Entwicklung eines Tests zur Persönlichkeitsentwicklung von Kindern. Schon während seines Studiums arbeitete Rogers im Rahmen eines Stipendiums am Institute for Child Guidance und begann seine erste Tätigkeit als Psychologe an der Abteilung für Kindheitsstudien bei der „Rochester Society for the Prevention of Cruelty to Children“, deren Direktor er später wurde. Seine Erfahrungen in der diagnostischen und therapeutischen Arbeit mit Kindern und deren Familien fand in dem 1939 erschienenen Buch „The Clinical Treatment of the Problem Child“ seinen Niederschlag. Bei der Lektüre dieses Buches wird eindrucksvoll deutlich,

welchen unermesslich großen Erfahrungsschatz Rogers seiner Theorieentwicklung zugrunde gelegt hat. Es zeigt sich, dass er den Boden dieser Erfahrungen in seiner Theorie- und Therapieentwicklung nie verlassen hat. Rogers bezieht sich in diesem Buch immer wieder auf sein Erleben und seine Erfahrung als Therapeut und zeigt sich auf der Suche nach Konzepten, die dieser Erfahrung entsprechen. Dabei streicht er die Bedeutung der emotionalen Beziehung zwischen Kind und Therapeut hervor und formuliert Ziele und Haltungen für die therapeutische Arbeit, die als Geburtsstunde des Personenzentrierten Ansatzes angesehen werden können. Rogers setzt sich in diesem frühen Werk auch ausführlich mit psychoanalytischen Methoden in der Behandlung von Kindern und deren Familien auseinander und bringt seine kritische Haltung dazu zum Ausdruck.

Das Buch, gelesen aus heutiger Sicht und mit meinen Erfahrungen als eine seit Jahren im kinderpsychiatrischen und kinderpsychotherapeutischen Bereich tätigen Personenzentrierten Psychotherapeutin und klinischen Psychologin, birgt eine beeindruckende Fülle heute noch aktueller Überlegungen und Darstellungen kinder- und jugendpsychiatrischer Aspekte. Dies v. a. auch in Bezug auf Fremdunterbringungen und Behandlung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten sowohl durch Elternberatung als auch durch individuelle Kindertherapie.

In der Einleitung (Chapter 1/A Point of View, 2–15) schreibt Rogers: „In diesem Buch befassen wir uns mit dem Kind selbst, nicht mit seinen Symptomen. Sie werden vergeblich nach einem Kapitel über Stehlen, Daumenlutschen oder Schuleschwänzen suchen, denn für solche Probleme gibt es keine Behandlung. Es sind Kinder, Buben und Mädchen, mit verschiedenen Lebensgeschichten und Persönlichkeiten. Einige von ihnen stehlen, manche laufen von der Schule weg, andere finden Befriedigung darin, an ihrem Daumen zu lutschen, obszöne Worte zu benutzen oder ihren Eltern die Stirn zu bieten. Aber in jedem Fall müssen wir uns mit dem Kind selbst befassen und nicht mit der Verallgemeinerung seines Verhaltens (S. 3f)“.

Rogers versucht, kindliches Verhalten als ein von unterschiedlichen Faktoren beeinflusstes Geschehen zu verstehen und zu beschreiben und geht dabei auf die Aspekte Anlage (genetische Ausstattung), Organik (somatische Ausstattung), Familie (emotionale Unterstützung und Beziehungsqualität), Kultur und Sozietät, die Bedürfnisse des Organismus („need for affective response“, „need to achieve satisfaction by accomplishing and self-esteem“) sowie die interaktionellen Wechselwirkungen zwischen diesen Faktoren ein. Damit entspricht er bereits 1939 einem auch heute in der modernen Kinder- und Jugendpsychiatrie gültigen Paradigma eines bio-psycho-sozialen Ansatzes. Das Hauptanliegen von Rogers lautet: „... die einzige Absicht, die wir bei der Beachtung des kindlichen Verhaltens verfolgen, ist, einen Verstehensprozess für dieses Verhalten in Gang zu bringen (12)“.

In zwei weiteren Kapiteln (Chapter 2–3 / Methods of Diagnosis: 16–39; The Component-Factor Method of Diagnosis: 40–62) nimmt Rogers Stellung zu diagnostischen Methoden (Psychologische Tests zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen und Intelligenzentwicklung), die aus heutiger Sicht sowohl inhaltlich wie auch testtheoretisch noch in den Kinderschuhen ihrer Entwicklung standen. Mit diesem Thema hatte sich Rogers bereits 1931 in seiner psychologischen Dissertation beschäftigt. Er kam zu dem Schluss, dass diagnostische Methoden zwar eine wertvolle Information liefern können, zeigte sich jedoch auch besorgt über zu enthusiastische Versprechungen und eine mechanistische Anwendung dieser Methoden.

Im zweiten Teil des Buches widmet sich Rogers solchen Methoden und Ansätzen, die Verhaltensänderung bei Kindern durch einen Wechsel der Umgebung erzielen wollen. Er geht dabei vor allem auf die Bedeutung und Problematik von Fremdunterbringungen ein.

(Chapter 4/The Foster Home as a Means of Treatment, 63–108; Chapter 5/Institutional Placement as Treatment for Behavioral Problems, 109–146; Chapter 6 / The Advisability of Removing a Child from Home, 147–177).

Im dritten Teil des Buches beschreibt Rogers verschiedene Behandlungsansätze, die bei der Modifizierung der Umgebung des Kindes ansetzen (Chapter 7/Family Attitudes as a Focus of Treatment, 179–221; Chapter 8/The School's Part in Changing Behavior, 222–248; Chapter 9/The Intelligent Use of Clubs, Groups and Camps, 249–277). Rogers unterscheidet dabei unterschiedliche Ansätze, um Kinder und deren Familien hilfreich zu unterstützen. Als „focus of treatment“ bezieht er sich einerseits auf die Möglichkeiten, auf die familiären Einstellungen und Haltungen dem Kind gegenüber Einfluss zu nehmen. Er unterscheidet hier unterschiedliche Zugänge: einen pädagogischen Ansatz der Erziehungsberatung und interpretative Verfahren (damit meint er psychoanalytisch orientierte Erziehungsberatung). Er greift hier erstmals den Begriff der „Relationship Therapy“ auf. Im weiteren stellt er die Bedeutung der Schule und organisierter Freizeitgruppen als weiteren „focus of treatment“ dar.

Sowohl bei der Darstellung familien- oder elternzentrierter Beratung als auch bei einzeltherapeutischen Zugängen mit Kindern und Jugendlichen unterscheidet Rogers pädagogische, psychoanalytische und beziehungsorientierte Methoden und zeigt sich beeinflusst von Otto Rank, der bereits auf die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für das Ingangbringen von Veränderungsprozessen hingewiesen hatte. Mit dem Bezug auf Otto Ranks Begriff der „Relationship Therapy“ beginnt Rogers seinen in den folgenden Jahren als eigenständige psychotherapeutische Richtung bekanntgewordenen Ansatz zu umreißen und klar von psychoanalytischen Ansätzen abzugrenzen. Deutlich wird das, wenn er schreibt: „Es ist kein intellektueller Prozess, der hier stattfindet, deshalb kann er nur schwer intellektuell erfasst werden; er muss im Gegenteil gefühlt bzw. erfahren werden, um erfasst werden zu können ... Die Beziehung zwischen Therapeut und Elternteil ist der wesentliche Ort des Geschehens. In dieser Verbindung können Eltern Vertrauen in den Therapeuten entwickeln und die Freiheit erfahren, ihre oft gehemmten Gedanken und Gefühle zum Ausdruck zu bringen ... Der Therapeut erzeugt diese Atmosphäre durch seine Akzeptanz ... Der Effekt einer solchen Beziehung kann durch Begriffe wie „Klärung von Gefühlen“ und „Selbstakzeptanz“ beschrieben werden ... Das Ziel ist, den Eltern dabei zu helfen, ihre Gedanken zu klären und die Bedeutung ihrer Entscheidungen in Betracht zu ziehen ... Das führt zu der Annahme, dass die Eltern ihr größeres Selbstverständnis aus der Beziehung zu dem Therapeuten auf andere Beziehungen übertragen können (197ff)“.

Dabei wird deutlich, dass es Rogers im therapeutischen Handeln nicht darum ging, unmittelbar konkrete Verhaltens- oder Lösungsstrategien zu erarbeiten, sondern „... ein höheres Maß an Integration und Selbstwahrnehmung zu entwickeln. Wahrscheinlich liegt

der wesentliche Wert dabei in der neuen Sichtweise der Verlässlichkeit auf die eigene individuelle Tendenz, die dem Wachstum entgegen strebt (200)“. Hier findet sich also der erste Hinweis auf die Aktualisierungstendenz.

Im vierten und letzten Teil des Buches geht Rogers auf einzeltherapeutische Ansätze ein und führt dabei wieder den für ihn wesentlichen Unterschied zu psychoanalytischen Zugängen aus, indem er mehrfach darauf hinweist, dass es vor allem die Beziehung und die Wahrnehmung der emotionalen Aspekte dieser Beziehung sind, die Persönlichkeitsentwicklung und Verhaltensänderungen möglich machen, und es dazu nicht unbedingt einer Einsicht bedarf, die durch Interpretationen und Deutungen ermöglicht wird.

Rogers war in dieser Zeit, abgesehen von seinen eigenen Erfahrungen als Kinder- und Familientherapeut, besonders von den Arbeiten von Jessie Taft und Frederick Allen beeinflusst. Taft war die englische Übersetzerin der Werke Otto Ranks. In ihrem 1933 erschienenen Buch „The Dynamics of Therapy“ beschrieb sie wichtige Aspekte therapeutischen Arbeitens: die Wichtigkeit der Zeitgrenzen und die Bedeutung der Selbsterfahrung und Weiterentwicklung des Therapeuten. Sie formulierte bereits nondirektive, personenzentrierte Haltungen. Allen (1934; 1942) beschrieb und formulierte wesentliche Aspekte der therapeutischen Arbeit mit Kindern wie „Selbstwert“ und „Hier-und-jetzt-Erfahrung“ als wesentliches Mittel zur Veränderung.

Der vierte Teil des Buches umfasst drei Kapitel (Chapter 10/Treatment Interview Techniques: Education, Persuasion, Release, 279–321; Chapter 11/Dealing with the Individual—Treatment Interviews: Deeper Therapies, 322–358; Chapter 12/Making Treatment Effective, 359–376).

Im Folgenden werden nun Teile des 11. Kapitels erstmals in übersetzter Form vorgestellt.

Chapter 11: Dealing with the Individual – Treatment Interviews: Deeper Therapies

Was meinen wir mit tiefgehender Therapie?

In der klinischen Praxis wird oft auf die „Tiefe eines therapeutischen Prozesses“ hingewiesen. Dies bezieht sich auf das Ausmaß an Einsicht oder Selbstverständnis, das der Klient erreichen kann. So hält Dr. Lippman fest: „Vielleicht können wir sagen, je mehr Einsicht das Kind während des Behandlungsprozesses erwerben konnte, desto weniger oberflächlich war diese Therapie. Der Zeitfaktor muss dafür nicht bestimmend sein. Man kann den Klienten mehrfach die Woche über mehrere Monate hindurch sehen und dennoch bleibt er an

einem oberflächlichen Niveau in Bezug auf seine Konflikte und Probleme“ (1). Nun, hier gibt es wahrscheinlich noch ein anderes Element, das ebenso in der Beschreibung eines „tiefgehenden Prozesses“ enthalten sein muss. Es ist die Art der Beziehung zwischen dem Kind und dem Therapeuten, die sich bis zu einer maximalen Abhängigkeit ausdehnen kann. In diesem Kapitel widmen wir uns der Abgrenzung derjenigen therapeutischen Methoden, die versuchen, dem Kind zur Einsicht zu verhelfen, gegenüber denjenigen Methoden, in denen die emotionale Beziehung zwischen Kind und Therapeut sehr stark ist. Die bisher beschriebenen Methoden bezogen keines dieser beiden Elemente mit ein. Sie bleiben damit eher an der Oberfläche und können mit weitaus weniger Risiko angewendet werden als diejenigen Ansätze, die wir nun beschreiben wollen.

Interpretative Therapie

Wir haben bereits die Methode der interpretativen Behandlung von erwachsenen Klienten erörtert (Kapitel 7). In der Anwendung dieser Methode bei Kindern handelt es sich eigentlich um den gleichen Prozess. Das Ziel des Therapeuten ist es, dass das Kind eine rationale und konsistente Erklärung seiner Verhaltensmuster verstehen und emotional akzeptieren kann. Wenn das Kind die Entwicklungsgeschichte seiner Emotionalität und seines Verhaltens versteht, ist es eher in der Lage, damit besser umzugehen. Verschiedene Autoren haben darauf hingewiesen, dass, solange dem Kind eine konsistente und systematische Basis dafür angeboten wird, an der Integration seines Verhaltens zu arbeiten, solche Behandlungen auch dann effektiv sein können, wenn die Interpretationen unkorrekt sind (2). Natürlich muss berücksichtigt werden, dass verschiedene Kliniker ähnliche Phänomene der Persönlichkeitsentwicklung unterschiedlich interpretieren und dennoch jeder ein gewisses Ausmaß an Erfolg in der Therapie erreichen kann. Daraus ist zu schließen, dass wir Interpretationen so einfach und faktisch wie möglich gestalten sollten, um den Behandlungsverlauf nicht zu verwirren oder zu überfrachten.

Anm. der Übersetzerin: Es folgt nun eine Reihe von Falldarstellungen zur Illustration der interpretativen Methoden. Diese (323–331) werden hier aus Platzgründen weggelassen, auch weil dieser Teil keine wesentlich weiterführenden und konzeptuellen Inhalte enthält.

Die Effektivität der Einsicht

Diese Falldarstellungen, bei denen der Behandlungsschwerpunkt auf der Entwicklung von Einsicht des Kindes liegt, zeigen, in welchen Fällen eine solche Behandlung effektiv sein kann. Generell kann man sagen, dass interpretative Therapie ihre größte Wirksamkeit bei solchen Kindern hat, deren Verhaltensprobleme einem definierten und wiederholten Muster folgen und durch emotionale Faktoren

1 Das 1939 erschienene Buch wurde bis heute nicht ins Deutsche übersetzt und ist auch im Original schon lange nicht mehr erhältlich. Übersetzung: Barbara Reisel

begründet werden können. Wir treffen mit diesem Behandlungsansatz eine gute Wahl z. B. bei einem Mädchen, das immer wieder wertlose Gegenstände, v. a. von Frauen, stiehlt und diese versteckt, ohne Gebrauch von ihnen zu machen. Zunächst würden wir das emotionale Muster für diese Verhaltensweise bestimmen und dann die Selbst-Interpretation des Mädchens, dem durch den Therapeuten zu vermehrtem Verständnis und Einsicht verholfen wird. Genauso könnte die Behandlung eines kleinen Buben wirksam sein, der immer wieder stiehlt, um mit den so erworbenen Dingen zu handeln und sich damit Freundschaften zu erkaufen. Es würde jedoch eine völlig unwirksame Methode sein, wenn der Bub nur in Gesellschaft anderer Gleichaltriger stiehlt, wo das Verhalten also vornehmlich durch kulturelle Faktoren bestimmt wird.

Die „Einsichts-Therapie“ kann jedoch genauso wie das Vorbringen von Vorschlägen und Überredungen massiven Schaden anrichten, wenn sie unklug angewendet wird. Es handelt sich nicht um eine beliebige Art der Therapie und sie sollte erst dann begonnen werden, wenn durch eine genaue Diagnose die Verhaltensmuster geklärt worden sind und genügend Zeit zur Verfügung steht, um einen intensiven Kontakt mit dem Kind aufzubauen. Eine falsche Interpretation oder eine, die frühzeitig aufgezwungen wird, kann die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes stören. Es ist auch möglich, dass eine nicht korrekt durchgeführte interpretative Therapie keine Symptomänderung beim Kind bewirkt. Dies ist schlimmer, als wenn keine Therapie stattgefunden hätte. Es macht das Kind entmutigter und hoffnungsloser in Bezug auf sich selbst. Daher kann diese Therapie nur dann angewendet werden, wenn der Therapeut ausreichende psychologische und beratende Ausbildung erfahren hat oder von einer erfahrenen Person supervidiert wird.

Psychoanalyse bei Kindern

Von einem quantitativen Standpunkt aus gesehen ist die Psychoanalyse bei Kindern als Behandlungsverfahren zu vernachlässigen. Von den Tausenden Kindern die jährlich in den Child Guidance Kliniken und den verhaltensorientierten Kliniken behandelt werden, wird nur eine Handvoll mittels Psychoanalyse behandelt. In Europa mag die Zahl etwas größer sein. Weil wir uns mit den praktischen Aspekten von Behandlungsmethoden in der therapeutischen Arbeit mit Kindern befassen, wollen wir diese Behandlungstechnik nur kurz streifen und es anderen überlassen, die wichtigen Effekte und Aspekte dieser Methode zu diskutieren.

Im Grunde bedient sich die Kinderpsychoanalyse beider Elemente, die die sogenannten „tiefen Therapien“ kennzeichnen: Die Entwicklung von Einsicht mittels Interpretation und das Vertrauen auf die emotionale Beziehung oder Übertragung, die zwischen Therapeut und Kind entsteht. Diese Ziele werden prozesshaft erreicht, indem regelmäßige Kontakte ein-, zwei- oder dreimal pro Woche mit dem Analytiker stattfinden. Beurteilt man die Fallberichte, so

sieht man, dass gewöhnlich keine Versuche unternommen werden, irgendwelche Umweltbedingungen zu verändern. Es gibt vielleicht einige Kontakte zwischen Eltern und Analytiker, doch dienen diese meist nur dazu, mehr diagnostische Informationen zu erhalten und weniger einem Behandlungsmodell. Die analytische Gesprächsführung ist weitaus weniger formal als bei Erwachsenenanalysen. Dem Kind wird gewöhnlich sehr viel Freiraum geboten und es werden Spieltechniken verwendet, um damit Gefühlen und Einstellungen ein Ausdrucksmittel zur Verfügung zu stellen. Die Länge von Analysen stellt natürlich ein untragbares Merkmal dar. Hundert Analysestunden werden von den meisten Freudianern als Minimum angesehen, in denen eine Kinderanalyse abgeschlossen werden kann bzw. auch Fortschritte gesehen werden können.

Die interpretativen Methoden in der Analyse

Es gibt bestimmte Unterschiede zwischen der Interpretationstechnik, wie wir sie bereits beschrieben haben, und ihrer Anwendung in der Analyse. Vor allem zielt der klassische Kinderanalytiker darauf ab, dem Kind vollständige Einsicht in sein Verhalten zu vermitteln. Dies könnte als ein etwas breiterer und auch tiefergehender Zugang im Vergleich zu den zuvor beschriebenen Ansätzen gesehen werden. Der Analytiker kann mehrere Stufen der Interpretation finden, indem er immer tieferliegende unbewusste Motive und Muster entdeckt und erklärt. Die Analyse wird deshalb so selten als wirklich abgeschlossen betrachtet, weil das Ziel in der Vollständigkeit der Interpretation liegt. Auch bei Fällen, die für Publikationen ausgewählt werden, konnte ich feststellen, dass der jeweilige Analytiker diese Fälle als unvollständig und unabgeschlossen betrachtet hat. Zum Beispiel erstreckte sich die Analyse eines 8-jährigen Buben mit einem Zwang zum Stehlen über 8 Monate mit häufigen Sitzungen. Die Symptome verschwanden und der Bub zeigte eine normale Anpassung an familiäre und soziale Anforderungen. Trotzdem schloss der Therapeut seine Fallbeschreibung mit den Worten: „Die Therapie kann keinesfalls als eine richtige Analyse angesehen werden, weil nur ein Teil des psychischen Materials wirklich durchgearbeitet wurde.“ (3)

Eine zweite Unterscheidung im interpretativen Vorgehen liegt darin, dass die Interpretationen nicht einfach in Bezug auf die offenkundigen Fakten erfolgen, sondern sich auf eine vorgefasste Ideologie, manchmal unbestätigte und manchmal phantastische Theoriebildung stützen. In jeder interpretativen Therapie besteht das Risiko, dass die vorgefassten Begriffe den Therapeuten in seinen Interpretationen beeinflussen. Man wird versuchen, dies so gering wie möglich zu halten. Die Psychoanalyse jedoch macht den Glauben an eine bestimmte Gedankenschule zur sine qua non der Interpretation. Somit wird diese Tendenz eher noch verstärkt denn minimiert, und man riskiert, hinter den Fakten im Bereich der Spekulation zu landen. Bei den zuvor zitierten Fallbeschreibungen

von John und Robert lässt sich deren Verhalten auf konditionierende Erfahrungen zurückführen, die eng mit dem jetzigen Verhalten verknüpft sind. Johns frühe Erfahrungen des Zu-nach-sichtig-behandelt-worden-Seins stellen adäquate Erklärungen für seine Zornesausbrüche dar. Roberts traumatische sexuelle Erfahrungen im Alter von 11 Jahren setzen den Grundstein für sein späteres Verhalten. Solche Interpretationen bleiben eng an Fakten gebunden. Wenn aber die Probleme des Kindes mit Begriffen wie „Kastrationsangst“ oder „der Wille des Kindes, den Vater zu töten und die Mutter zu besitzen“ interpretiert werden, sollten doch auch objektive Beweise für solche Interpretationen gefunden werden, um einem wissenschaftlichen Anspruch Genüge zu tun. Würde die Kinderanalyse Verhaltensprobleme auf tatsächliche Erfahrungen zurückführen, stünde sie auf soliderem Boden. Doch zu oft werden Erfahrungen eher aufgrund unverifizierter Ideologien denn als simple Fakten interpretiert. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen:

In der Fallbeschreibung der Analyse des 8-jährigen Peter, ein Bursche mit einem Diebstahlszwang, gibt es Passagen, in denen der Bub prahlerische Phantasien von sich gibt, wie er seine Eltern überwältigen und seinen Vater schlagen wird. Die ausführliche Fallbeschreibung gibt keinen Hinweis darauf, dass der Bub etwas über Geschlechtsverkehr wusste. Es gibt nicht den leisesten Hinweis darauf, dass ihm jemals irgendwer mit einer genitalen Verletzung gedroht hätte. Hier aber schwenkt die Autorin des Falles vom Faktischen zum Spekulativen, wenn sie schreibt: „Der Grund für Peters asoziales Verhalten war schnell gefunden. Die Analyse seiner Phantasien schloss zwei Elemente mit ein. Das erste war sein Wunsch, so groß und mächtig zu sein wie sein Vater. Das zweite war sein Wunsch, den Platz des Vaters an Mutters Seite einzunehmen. Zunächst konnten wir nichts anderes sehen als seinen Wunsch, seine Position mit der des Vaters zu tauschen, doch als seine Phantasien unerschrockener wurden und mehr von ihrem Inhalt zeigten, konnte man sehen, dass er genau so eine Beziehung mit seiner Mutter anstrebte, die sein Vater genoss. Es war nur natürlich, dass der Wunsch, seinen Vater zu entthronen, in ihm eine Angst vor des Vaters Zorn, die Kastrationsangst, auslösen musste. Um dies zu verdecken, flüchtete er in die gegenteiligen Reaktionen, in Prahlerei und Übertreibung. Seine Diebstähle und seine Phantasien über Rebellion und Rache gegenüber allen Autoritätspersonen, entsprangen auch derselben Quelle.“ Im Folgenden fasst die Analytikerin den Fall zusammen: „Peters Analyse zeigt sehr klar die Bedeutung der Kastrationsangst und des Penisneides ... es gibt keinen Zweifel, dass seine Diebstähle ihren Grund in diesem Kastrationskomplex hatten (4)“. Diese Art von Interpretation basiert nicht auf erhobenen Daten, sondern auf einer vorgefassten theoretischen Psychologie, die typisch für die Kinderanalyse ist.

Anm. d. Übersetzerin: Es wird eine Seite der folgenden Ausführungen übersprungen, da sie nur weitere Beispiele zur Verdeutlichung des bereits Gesagten bringt.

Übertragung

Die Übertragung oder die emotionale Verbindung zwischen Analytiker und Kind wird in Kinderanalysen weniger beachtet als in der Arbeit mit Erwachsenen. Im wesentlichen erwartet der Analytiker, dass das Kind ihn zu Beginn der Analyse symbolisch als Objekt seiner Gefühle verwendet, indem es auf den Analytiker so reagiert wie es früher auf Eltern, Geschwister oder andere reagiert hat. Das Kind kann dadurch sehr abhängig werden oder auch gewalttätiges Resentiment oder Feindseligkeit gegenüber dem Therapeuten zeigen. Das Ziel der Behandlung ist es, das Kind von dieser engen emotionalen Bindung zu befreien und es in die Lage zu versetzen, andere Liebesobjekte zu suchen. Es erstaunt nicht, dass diese tiefe emotionale Verbindung über so lange Zeit hinweg eine Kinderanalyse schwierig macht. Es muss eine Bedrohung für die Eltern des Kindes darstellen, die merken, dass ihr eigener Platz von jemand anderem besetzt wird. Viele Analysen werden abgebrochen, weil Eltern ihre Kooperation zurückziehen. Das kann auch dann passieren, wenn man ihnen die Wahrscheinlichkeit dieser Situation schon im Vorhinein genau erklärt hat. Lippman diskutiert einige dieser technischen Schwierigkeiten, die einer befriedigenden Kinderanalyse im Weg stehen, und warnt, auf eine vorsorgliche Aufklärung von Kind und Familie nicht zu vergessen.

Das Ergebnis psychoanalytischer Behandlung

Unglücklicherweise bevorzugen Psychoanalytiker die Untersuchung ihrer Methode mittels evaluativer Verfahren nicht. Daher gibt es auch keine Outcome-Studie über die Behandlung von Kindern. Eine solche Studie über die Analyse von 33 erwachsene Patienten wurde von Kessel und Hyman (5) publiziert. Von dieser kleinen Patientengruppe konnten 5 Fälle durch die Analyse als „geheilt“ bezeichnet werden, 6 wurden geheilt mittels einer Kombinationsbehandlung aus Analyse und umweltspezifischen Veränderungen, 8 zeigten eine Verbesserung und 14 Patienten blieben unverändert oder zeigten Verschlechterungen. Von der letzten Gruppe beging ein Patient Selbstmord und 6 Fälle entwickelten ernsthafte psychiatrische Erkrankungen. Möglicherweise ist der schlechte Verlauf und die 43-prozentige Misserfolgsrate darauf zurückzuführen, dass die Patienten alle von Praktischen Ärzten zum Analytiker zugewiesen worden waren. Aber auch die befriedigenden Behandlungsverläufe geben nur wenig Anlass, großes Vertrauen in eine solch kostspielige und zeitintensive Methode zu entwickeln. Ob die Ergebnisse bei der Behandlung von Kindern besser ausfallen würden, kann derzeit nicht bestätigt werden.

Ein möglicher Grund für den generell geringen Anteil erfolgreicher Therapieverläufe bei Analysen verdient jedoch noch Aufmerksamkeit. Analytiker haben ihren Behandlungsbegriff so eng gefasst, dass sie jeden anderen therapeutischen Zugang negieren, der

nicht auf Erlangung von Einsicht abzielt. Auch wenn Analysanden des öfteren darin erfolgreich sein mögen, diese zu erlangen, gelingt es oftmals dennoch nicht, eine generell befriedigende Anpassungsleistung zu vollbringen, weil der Therapeut den Fehler begangen hat, die Realität außerhalb des emotionalen Lebens des Patienten nicht anzuerkennen. Intellektuelle Behinderung, unzureichende familiäre wie auch soziale Bedingungen werden oft gänzlich übersehen. Die Notwendigkeit, einen solch engen Standpunkt zu verändern, wurde von zwei bedeutenden Psychiatern betont, Dr. Healy und Dr. Alexander, die beide das Unternehmen gestartet haben, delinquente Patienten mithilfe der Psychoanalyse zu behandeln. Diese Experimente waren erfolgreich darin, kausale traumatische Erfahrungen und mentale Konflikte aufzudecken, konnten jedoch keine normale Anpassungsleistung erwirken.

Dr. Healy hält fest: „Man kann sagen, dass es schön und gut ist, einem Täter dabei zu helfen, seine inneren Konflikte durchzuarbeiten, doch solch ein Mensch braucht auch neue Umweltbedingungen, um sich stabilisieren zu können. Man kann nach einer Analyse keine guten Erfolge erwarten, wenn der Mensch viel zu verlieren hat. Der entlassene Täter ist nicht nur ökonomisch benachteiligt, sondern auch aufgrund seines Rufes. Auch die einfache Psychologie der Verhaltensaushörmung kann dabei nicht außer Acht gelassen werden. In solchen Fällen können wir uns eine Verhaltensaushörmung als erworbene kriminelle Fähigkeiten vorstellen. Das Individuum ist für Kontakte anfällig, die es dazu verleiten, diese Fähigkeiten wieder einzusetzen. Dies muss berücksichtigt werden, ob das Individuum nun in Psychoanalyse war oder nicht. Ich muss zugeben, wir haben wenig Hoffnung für den Behandlungserfolg der Psychoanalyse, solange wir keine besseren sozialen und ökonomischen Bedingungen haben.“ (6)

Aus all dem kann man nun wahrscheinlich schließen, dass eine komplette Psychoanalyse von Kindern einem Experiment gleichkommt. Wenn sie objektiv durchgeführt wird, kann es viel zu unserem Wissen über die innere Welt des Kindes beitragen. Wenn sie in Verbindung mit anderen Therapiemethoden verwendet wird, kann man sehr erfolgreich darin sein, dem Kind zu innerem Freiraum und zu Einsicht zu verhelfen, und gleichzeitig externe Angebote für normale Anpassung bereitstellen. Das Kind, das am ehesten von der Psychoanalyse profitieren wird, ist schwer zu definieren. Jedoch sollte die Psychoanalyse vor allem denjenigen Kindern zukommen, die normal intelligent sind und gravierende Muster stereotypen oder zwanghaften Verhaltens aufweisen, die ihren Ursprung in seelischen Konflikten zu haben scheinen. Weil die Behandlung teuer und zeitintensiv ist, kann sie auch nicht weit verbreitet angewendet werden. Es muss nicht extra betont werden, dass eine Analyse nur von solchen Personen durchgeführt werden soll, die ein angemessenes psychologisches Training und ausreichend Erfahrung mit analytischen Techniken erworben haben, am besten durch eine eigene Lehranalyse.

Therapie in einer kontrollierten Beziehung

In einem der vorangegangenen Kapitel (7) wurde bereits der Versuch gemacht, den Behandlungsansatz, den wir unter dem Begriff „Relationship Therapy“ kennen, zu definieren (*Anm. der Übersetzerin: Der Begriff wird hier und im Folgenden nicht übersetzt, um dem Original seine Bedeutung zu lassen, könnte jedoch am ehesten mit dem Begriff „Beziehungstherapie“ übersetzt werden. Auch in den deutschen Fassungen der Rank'schen Werke wird diese Übersetzung gewählt*). Dieser Prozess ist vielfach der Psychoanalyse ähnlich, oder genauer gesagt, der Freud'schen Psychoanalyse, unterscheidet sich jedoch in einer Hinsicht wesentlich. Das Hauptaugenmerk wird auf die heilende Wirkung einer emotionalen Beziehung selbst verlagert, mehr als auf die Einsicht, die durch Interpretation vergangener Erfahrungen erreicht werden kann. Von den zwei charakteristischen Elementen, die tiefgehende Therapien kennzeichnen, arbeitet die Freud'sche Analyse mit Einsicht und Interpretation; die „Relationship Therapy“ beachtet vor allem die emotionale Situation, die zwischen Kind und Therapeut entsteht. Was dies genau bedeutet, möchten wir gerne genauer ausführen. Bevor wir dies versuchen, wollen wir den Prozess, der in einer solchen Therapie vor sich geht, beschreiben. Neben den zwei Fallgeschichten, die Dr. Taft in ihrem Buch beschreibt, liegen Fallbeschreibungen von Dr. Allen und anderen vor, die diesen Behandlungsansatz illustrieren (7). Eine kürzere Fallgeschichte wurde von Dr. Catherine Gould vorgelegt und wird hier nun zitiert (8). Das herausragende Element dabei ist der ungerichtete Fluss des kindlichen Interesses und die Aufmerksamkeit, die den emotionalen Reaktionen zwischen Kind und Therapeut geschenkt wird, weit mehr als den Inhalten der verbalen Äußerungen des Kindes.

Der Fall Edward

Edward, das Kind, das von Mrs. Gould beschrieben wurde, machte Probleme, seit er in den Kindergarten eingetreten war. Er war hyperaktiv und dadurch schwer zu führen und zu kontrollieren. Er erbrachte Leistungen, die deutlich unter seinen kognitiven Fähigkeiten lagen. Wurde er für sein Verhalten bestraft, wiederholte er es. Wenn der Lehrer seine Arbeit lobte und versuchte, ihm damit Wohlwollen zu zeigen, zerriss Edward seine Arbeit oder attackierte den Lehrer. Im Alter von zehn Jahren hatte er bereits einen weitreichenden Ruf. Zu Hause war er das mittlere von drei Kindern, mit einer „braven“ älteren Schwester und einem kleineren Bruder, dem Edward alles übel nahm. Die Eltern selbst hatten ebenfalls emotionale Probleme und zeigten Edward relativ wenig Zuneigung. Der Sozialarbeiter meinte, sie würden ihn eher akzeptieren können, wenn er sich ordentlich benähme. Seit fünf Jahren wurde nun erfolglos versucht, an Edwards häuslicher wie auch schulischer Umgebung etwas zu ändern, letztlich wurde er aus der Schule ausgeschlossen. Als er in die vierte Klasse kam, initiierte der Sozialarbeiter eine therapeutische Behandlung, die viele Elemente

einer „Relationship Therapy“ hatte. Die Beschreibung erfolgt in Mrs. Goulds Worten.

Zwischen E. und der Beratungslehrerin wurden zweimal wöchentlich Interviews zu je einer halben Stunde vereinbart. E. wurde ermutigt, seine wahren Gefühle auszudrücken und sein Aktivitätsradius wurde nur folgendermaßen eingeschränkt: er musste die zeitliche Begrenztheit der Stunde und die Notwendigkeit akzeptieren, keinen Schaden an der räumlichen Ausstattung und an der Person der Beratungslehrerin anzurichten. Wie feindselig und aggressiv seine Gefühle auch immer waren, sie wurden genauso akzeptiert wie seine positiven Gefühle und sie wurden ihm interpretiert. Es wurde ihm jedoch nicht vermittelt, er solle sein Benehmen in der Schule ändern.

Während der ersten Stunden war er mürrisch, misstrauisch und unkommunikativ. Dann kam eine Zeit, in der er sichtlich die neue Beziehung zur Beratungslehrerin testete, um zu sehen, wie sicher er sich darin fühlen durfte. In dieser Zeit wurde sein Benehmen in der Schule moderater, obwohl er nach wie vor keinerlei schulischen Fortschritt zeigte. Seine Kontakte zur Beratungslehrerin waren eher oberflächlich freundlich, erbrachten jedoch wenig analytisch verwertbares Material. Als er sich zunehmend sicherer fühlte, begann er mehr und mehr offene Aggression zu zeigen. Die Situation spitzte sich zu, als die Beratungslehrerin gleichzeitig mit einem anderen Kind, Daniel Allen, arbeitete. Dies war zufällig derselbe Name, den E.s jüngerer Bruder trug. Der Höhepunkt seiner aggressiven und feindseligen Regungen gegen die Beratungslehrerin trat im dritten Monat der Behandlung auf: E. begann Gesichter zu schneiden und gutturale Laute von sich zu geben. „Du bist die dümmste Glucke, die ich jemals gesehen habe“, sagte er. Die Beratungslehrerin meinte, es müsse ihn ganz schön ärgern, dass auch andere Kinder zu ihr in ihr Zimmer kämen. Er begann sehr schnell zu sprechen und sagte, dass er Daniel Allen in den Turnsaal im Sportverein einsperren wolle. Dann zeichnete er ein Gewehr in die Luft und sagte: „Spieß sie auf“ ... er machte einen ordentlichen Wirbel und sagte dann: „Das ist mir egal, wenn ich schreie – Ich werde sie dazu bringen, dich zu entlassen und dann kannst du keine anderen Kinder mehr hier runter bringen.“ Die Lehrerin sagte: „Es ärgert dich, wenn andere Kinder hierher kommen, oder?“ Das Spiel wurde wilder, er nahm eine Schachtel vom Boden auf und sagte: „Das hau ich dir auf den Kopf!“ Er machte laute Geräusche und schnitt Grimassen als er mit der Schachtel gegen die Wand schlug, „bumbum, jetzt bist du tot.“ Die Lehrerin sagte ihm, dass er so tat, als ob er sie töten wolle, und manchmal fühlte er sich so, als ob er es auch wirklich gerne tun würde.

In diesem Therapieausschnitt können wir etwas über E.s Unfähigkeit sehen, die Beratungslehrerin mit anderen Kindern zu teilen, so wie er auch zu Hause nicht in der Lage war, seine Mutter mit seinen Geschwistern zu teilen. Am Tag der nächsten Stunde war er krank, nachdem er entdeckt hatte, dass die Lehrerin verheiratet war. Sie half ihm, seine Rivalitätsgefühle auszudrücken und zu verstehen, dass er ihr Interesse mit einer Vaterfigur teilen musste, genauso wie er seine Mutter mit seinem Vater teilen musste. Diese

Stunde war die letzte vor den Weihnachtsferien. In der nächsten Stunde war es ihm möglich, auch ein positives Gefühl zum Ausdruck zu bringen: ... Die Lehrerin sprach mit ihm über die Stunde vor den Ferien und sagte, dass er wohl sehr böse auf sie gewesen war und dass sie sich vorstellen könne, wie er sich dabei gefühlt habe. E. begann, mit den Unterlagen am Schreibtisch herumzutun und sagte: „Die einzige, die ich mag, bist du. Die hatten schon einige Heul-susen hier.“ Die Lehrerin akzeptierte, was er sagte ...

Während der folgenden Stunden kam E.s feindseliger Ausdruck wieder, er war jedoch nie mehr so aggressiv. Er versuchte mehrfach, die Grenzen zu brechen, indem er zu ihr kam, auch wenn er keine vereinbarte Stunde hatte, oder versuchte, eine Zeit zu vereinbaren, von der er wusste, dass es Daniels Stunde war. Er zeigte oft extremen Widerstand, die Stunde zu beenden. Er drohte zu toben, als die Lehrerin ihm nicht erlaubte mit dem Telefon zu spielen, oder er ließ es bleiben, wenn sie ihn dazu aufforderte.

In weiterer Folge äußerte E. direkter seine Feindseligkeit gegen seinen kleinen Bruder oder gegen den neuen Schuldirektor.

Während der letzten zwei Monate der Behandlung zeigte E. zunehmend Interesse an seinen Schularbeiten und deutlich weniger asoziales Verhalten. Er war zunehmend in der Lage, die Beratungslehrerin mit anderen Kindern zu teilen und vergaß sogar ein- oder zweimal auf seine Stunde, weil er so intensiv mit einer Arbeit in der Klasse beschäftigt war. Er arbeitete erfolgreich als Zeitungsausträger und nahm an Freizeitaktivitäten außerhalb der Schule teil. Er freute sich über seine Mitgliedschaft im Sportverein und widmete sich einigen Tischlerarbeiten mit Hilfe seines Vaters. Er sprach von anderen Kindern als „seinen Freunden“. Zu Beginn der Frühlingsferien war er so weit, das Ende der Behandlung akzeptieren zu können. Die Stunden wurden also sieben Monate nach Beginn beendet. Im Mai schaute er einmal bei der Lehrerin vorbei um ihr mitzuteilen, dass er gute Noten habe. In diesem Schuljahr wurde er nicht mehr zu den Problemkindern gezählt und seine Anpassungsfähigkeit außerhalb der Schule nahm weiterhin zu. Seine Eltern konnten nun ihren Stolz auf ihn ausdrücken. Obwohl er noch immer gelegentlich bei der Lehrerin vorbeischaute, um ihr eine Zeitung zu verkaufen, äußerte er keinerlei Bedürfnis, wieder zu regelmäßigen Stunden zu kommen.

Die Grundlage einer effektiven „Relationship Therapy“

Ein genaues und aufmerksames Lesen dieser Fallbeschreibung wird einige Aspekte deutlich machen, die die „Relationship Therapy“ wesentlich von der Psychoanalyse unterscheiden. In erster Linie werden Hier-und-jetzt Situationen behandelt und es wird keinerlei Versuch gemacht, vergangene Reaktionen zu interpretieren oder zu erklären. Darüber hinaus geht es nicht nur um gegenwärtige Gefühle und Reaktionen, sondern vielmehr um diejenigen Gefühle, die sich auf den Therapeuten beziehen, die also das Kernstück des Prozesses

sind. Das Misstrauen des Kindes der Beratungslehrerin gegenüber, seine ambivalenten Gefühle von Liebe und Hass, der Wunsch, das einzige Kind zu sein, für das sie sich interessiert, seine zunehmende Akzeptanz einer befriedigenden Beziehung, auch wenn sie mit anderen geteilt werden muss, das alles sind diejenigen Veränderungen, in denen sich der Fortschritt bemerkbar macht. In keiner anderen Art von Behandlungsversuch nimmt die emotionale Situation zwischen Therapeut und Kind einen derart wichtigen Stellenwert ein. Aus diesem Grund nennen wir sie „Relationship Therapy“.

Dr. Allen beschreibt die Qualität dieser therapeutischen Interaktion folgendermaßen:

„Ich biete dem Kind eine Möglichkeit, sich selbst in einer neuen und gegenwärtigen Beziehung zu erfahren und zwar in bezug auf das Gegenwärtige und nicht in bezug auf Vergangenes. Ich kann mit dem Gefühl, das das Kind mir gegenüber zum Ausdruck bringt, etwas tun. Ich kann seinen Kampf um Kontrolle verstehen, ohne Nachzugeben. Ich kann sein Bedürfnis, mich nicht zu mögen, verstehen, ohne es damit zu bedrohen, es selbst nicht mehr zu mögen. Es kann freundlich zu mir sein, ohne von meiner Freundlichkeit verschlungen zu werden. Ich kann ihm helfen, diese Gefühle weniger ängstlich und mit geringerer Abwehr als die seinen wahrzunehmen. Bei dieser Erfahrung schütze ich es weder vor seinen eigenen Gefühlen, noch biete ich ihm die Gelegenheit, sie zu befriedigen. Es kann mich unsympathisch finden, aber es darf mich nicht attackieren. Es kann mich lieben, aber es darf mich nicht lieblosen. Das Gefühl muss als etwas akzeptiert werden, das aus der inneren Welt des Kindes aufsteigt und es ist keine Reaktion auf etwas, was ich gesagt oder getan habe.“ (9)

Wir vertrauen darauf, dass die Veränderungen, die im Kind stattgefunden haben und sich in einer neuen Akzeptanz seiner selbst und seiner Realität ausdrücken, auch außerhalb der therapeutischen Beziehung wirksam bleiben.

Das Faktum, dass Edward gelernt hat, seine Lehrerin mit anderen Kindern zu teilen, legt den Schluss nahe, dass es ihm nun auch leichter fällt, seine Eltern mit seinem kleinen Bruder zu teilen. Das Faktum, dass er gelernt hat, sowohl die befriedigenden wie auch die grenzsetzenden Seiten seiner Beziehung zum Therapeuten zu erfahren, machen es leichter für ihn, in ähnlicher Weise seine Beziehungen zu anderen Lehrern und Kindern zu akzeptieren. Er hat somit gelernt, wie man mit einer anderen Person auch dann tiefgehend in Kontakt sein kann, wenn man dieser Person gleichzeitig positive und negative Gefühle entgegenbringt. Proponenten dieser Therapierichtung würden sagen, er hat gelernt, konstruktiver mit sich und anderen umzugehen.

Das ist die Grundlage der „Relationship Therapy“. Obwohl dies bislang noch nicht explizit beschrieben wurde, beruht ihre Effektivität hauptsächlich auf dem psychologischen Phänomen des Trainingstransfers. Weil das Kind gelernt hat, in einem Bereich seiner Erfahrung (innerhalb der Behandlungs-Beziehung) erfolgreich zu

sein, kann erwartet werden, dass es sich auch in anderen Bereichen seines Lebens erfolgreich anpassen können wird. Die Tatsache, dass das in Fällen wie Edward funktioniert, macht es unumgänglich, die Grundlage einer solchen Therapie weiter zu untersuchen. Im intellektuellen Bereich stellte sich das Phänomen des Trainingstransfers als eher enttäuschend heraus. Die Entwicklung von Genauigkeit in mathematischen Fertigkeiten macht noch keinen sorgfältigen Denker. Die Disziplin der lateinischen Grammatik hilft wenig bei der Entwicklung logischen Denkens. Doch vielleicht zeigen unsere Ergebnisse im Bereich emotionaler Erfahrungen einen anderen Trend. Der Transfer wird erleichtert, wenn es in zwei verschiedenen Situationen mehrere gemeinsame Elemente gibt. Übung in Latein erleichtert das Erlernen von Französisch. Folglich liegt es im emotionalen Bereich vielleicht daran, dass es große Ähnlichkeiten der Beziehungen zu Mutter oder Lehrerin, Vater oder Vorgesetztem, Geschwistern oder Arbeitskollegen gibt. Eine zufriedenstellende Anerkennung einer menschlichen Beziehung mag auch in anderen Beziehungen wirksam sein. Weitere Untersuchungen dazu sind dringend nötig.

Einige andere Charakteristika

Was auch immer die Antwort auf die vorher gestellten Fragen sein mag, es gibt noch andere Aspekte in der therapeutischen Arbeit mit Kindern, die unserer Aufmerksamkeit bedürfen. Einer davon ist das förderliche Element, das sich durch die Grenzen der Behandlung ergibt. Es gibt kein Anzeichen, dass das Kind in einem solchen Prozess vollkommen neu organisiert wird. Er (Edward; Anm. d. Ü.) hat die Hilfe, die er zu diesem Zeitpunkt brauchte, angenommen, und er wurde, falls die Therapie erfolgreich war, fähiger, seine gegenwärtigen Probleme wahrzunehmen und zu lösen. Ihm wurde auf dem Weg zur Reifung geholfen. Natürlich scheint es möglich, dass er zu einem späteren Zeitpunkt wieder Hilfe braucht, dann, wenn neue Probleme anstehen. Hierzu gibt es auch keine andere theoretische Annahme, auch wenn in der psychoanalytischen Literatur oft angenommen wird, dass ein Individuum vollkommene Einsicht erlangen könne, für immer integriert sein und alle seine Probleme lösen können werde.

Der Blickwinkel der „Relationship Therapy“ scheint realistischer zu sein und hat das viel angenehmere Ziel, die normalen Funktionen des Individuum wieder herzustellen, es einen Schritt weiter in Richtung Wachstum zu bringen und ihm die Fähigkeit zu lassen, seine eigenen Probleme zu lösen.

Es ist ein Kennzeichen dieses Ansatzes, die Integrität des Kindes als signifikanten Wesenszug und als frisch und anregend zu betonen. Das Ziel ist es, die Unabhängigkeit des Kindes, seine Wahrnehmung von sich selbst als Individuum und die Akzeptanz seiner Verantwortung für sich selbst zu fördern. Der damit gemeinte Prozess wurde von Dr. Taft in einem Statement in Zusammenhang

mit einem anderen Kind beschrieben und würde gut auch auf Edward passen: „Ich kämpfe nicht gegen Helen, versuche nicht, Besitz von ihr zu ergreifen, sehe und anerkenne aber den Ursprung ihrer negativen Gefühle, die natürlich auftauchen müssen, wenn sie darum kämpft, mich zu unterwerfen. Darum hat sie keinen Grund, sich gegen mich aufzulehnen, kann sich anderen Aspekten ihrer selbst zuwenden und kann langsam, mit gewisser Abwehr und Verdrängung, Rückzug und negativen Zwischenspielen, sich ihrem Willen und ihren Besitzansprüchen zuwenden (10)“. An dieser Stelle leistet die Therapie einen wesentlichen Beitrag zum Wachstum eines verantwortungsvolleren Individuums.

Was durch die kurze Fallbeschreibung von Edward besonders deutlich wird, ist eine notwendige Begleiterscheinung dieser Art von Beziehung: die Entschlossenheit des Therapeuten, sich dem Kind nicht aufzudrängen. Es gibt keinerlei Versuch, das Kind dazu zu bringen, sich anzupassen, seine Symptome aufzugeben oder das Kind an die Idealvorstellungen des Therapeuten heranzuführen. Das Kind kann seine eigenen Ziele frei wählen und die Therapie verfolgt die Absicht, dem Kind zu ermöglichen, seine Wahl auf eine ursprünglichere, weniger ängstliche, gehemmte oder aggressive Art zu treffen. Das Kind soll die Beziehung für sich so weit wie möglich nützen und der Therapeut soll sich über seine Grenzen dahingehend bewusst sein, dass er nicht versucht, das Kind in irgendeine Form zu pressen.

Der Vergleich mit der Psychoanalyse

Wenn wir Edwards Fallbeschreibung von einem methodischen Standpunkt aus betrachten, ist zu bemerken, dass hier keine Formen interpretativer Therapie, wie wir sie vorher beschrieben haben, vorkommen. Es wird keinerlei Versuch unternommen, dem Kind seine in der Vergangenheit liegenden Reaktionen verständlich zu machen. Der Therapeut widmet sich nur der Klärung von gegenwärtigen Gefühlen, doch das ist etwas anderes, als zu interpretieren. Der Therapeut fühlt die Ängstlichkeit des Kindes, fühlt und akzeptiert alle feindlichen und alle freundlichen Haltungen des Kindes, so wie sie gerade auftauchen, und hilft dem Kind gerade dadurch, indem er ihm diese Haltungen aufzeigt und erhellt. Dr. Taft meint: „Hier geht es wirklich nicht um intellektuelle Interpretationen, außer um meine konstante Bemühung, die aufsteigenden Gefühle und Impulse, die das Kind (wie auch Erwachsene) gewöhnlich aus dem Bewusstsein zu verdrängen versucht, während der Therapiesunde als lebendige Realität zu verstehen und offen zu beantworten“ (11). Dies stellt natürlich einen deutlich anderen Standpunkt als einen orthodox kinderanalytischen dar.

Ein weiterer Punkt, in dem sich „Relationship Therapy“ wesentlich von der Psychoanalyse unterscheidet, ist das Ausmaß an theoretischen Konzepten und Ideologien, die der Therapeut hat. Es geht um den ganzheitlichen Versuch, die realen Gefühle des Kindes genau wahrzunehmen und nicht in vorgefasste Begriffe zu pressen.

Obwohl die „Relationship Therapy“ ihre theoretischen Wurzeln im Denken Otto Ranks hat, ist sie eher zu einem Entwicklungsprozess geworden als zu einem Gedankensystem und ihre Anwendung ist nicht von einer vollständigen Übereinstimmung mit Ranks Psychologie abhängig. Für ein erfolgreiches therapeutisches Arbeiten auf dieser Basis ist es nicht nötig, Ranks grundlegende Ansichten über das Trauma der Geburt oder den Willen genau verstanden zu haben. Genau gesagt sind die einzigen Rank'schen Begriffe, die für die „Relationship Therapy“ implizit wichtig sind, die Prinzipien des therapeutischen Prozesses und sonst keine weiteren psychologischen Theorien. Folglich können aufdrängende Zweifel an der Theorie der Behandlungssituation weitgehend ausgeschlossen werden.

Die Nützlichkeit der „Relationship Therapy“

„Relationship Therapy“ basiert zu einem viel größeren Maß als andere Behandlungsmethoden auf einem speziellen philosophischen Ansatz. Es kann daher nicht wie ein mechanisches Behandlungsinstrument herausgegriffen oder beiseite gelassen werden. Für manche Therapeuten mag es daher kein passender Ansatz sein, für andere wiederum stellt es einen Behandlungszugang mit vielen Möglichkeiten dar. Für diese zweite Gruppe mag es aber dennoch ein Ansatz sein, der nicht in jedem Fall angewendet werden kann. Wie in der Psychoanalyse handelt es sich um einen relativ langsamen Prozess, in den man nicht allzu leicht einsteigen kann. Daher erachten wir es für diejenigen Fälle am ehesten angebracht, in denen sich eine Behandlung durch Veränderung der Umweltfaktoren bereits als vergeblich herausgestellt hat, oder in denen das Problem des Kindes eher aus einer inneren Spannung heraus entsteht, und nicht so sehr auf externen Faktoren beruht. Genau genommen wird die „Relationship Therapy“ derzeit nicht an einer größeren Zahl von Kindern zur Anwendung gebracht. Es ist auch nicht wahrscheinlich, dass dies jemals so sein wird. Obwohl dieser Ansatz mit seinen zugrunde liegenden Prinzipien die klinische Arbeit beeinflussen wird, wird seine Verwendung als spezifischer, intensiver therapeutischer Zugang auf schwere Persönlichkeitsprobleme beschränkt bleiben. Zur Zeit scheint es nicht möglich, ein Kriterium festzulegen, das zu entscheiden hilft, ob ein Elternteil oder das Kind der Klient sein soll. Das Ausmaß des Leidensdruckes und der dringenden Suche nach Hilfe sowie das Ausmaß an Unabhängigkeit des Kindes von seinen Eltern wird für diese Entscheidung ausschlaggebend sein.

Es muss angemerkt werden, dass der Prozess einer therapeutischen Beziehung, obwohl man ihn nicht allzu leicht in Gang bringen kann, mit geringerem Schadensrisiko für das Kind verbunden ist, als das in der Psychoanalyse oder bei anderen Formen interpretativer Therapien der Fall ist. Dass hier schwerer Missbrauch begangen werden kann, scheint uns daraus ableitbar zu sein, dass manche Therapeuten versucht haben, im therapeutischen Prozess „gar nichts“ beizutragen, weil sie den Begriff „passiv“ missverstehen. Andere

wiederum haben aus dem selben Grund Kindern gestattet, ihnen körperlich weh zu tun, und das in einer therapeutischen Beziehung! Dringend muss man an dieser Stelle auf die Notwendigkeit eines genauen Verstehens therapeutischer Prinzipien sowie auf die Notwendigkeit adäquater Supervision bei erfahrenen Beratern hinweisen.

Anm. der Übersetzerin: Das folgende Unterkapitel („Andere Formen tiefgehender Therapien“, 348–350) wird hier aus Platzgründen ausgelassen. Es behandelt Formen therapeutischer Zugänge, in denen Kliniker Kinder in ihre eigenen Familien aufnehmen, um sich ihnen für eine bestimmte Zeit in einer Elternrolle anzubieten und dadurch verändertes Verhalten zu erzielen. Auf die Problematik dieser Ansätze wird deutlich hingewiesen.

Der Abschluss einer therapeutischen Beziehung

Jeder Kliniker weiß aus Erfahrung, dass Behandlungsfehler genauso häufig aufgrund der Unfähigkeit, einen therapeutischen Prozess zu einem konstruktiven Ende zu bringen, auftreten können, wie auch aufgrund zu geringer Kenntnisse und Fertigkeiten, wie man eine solche Behandlung beginnt. Somit müssen wir sowohl der emotionalen Verbindung, die während einer Behandlung entsteht, wie auch dem kognitiven Prozess Aufmerksamkeit widmen. Dies trifft auf alle Formen „tieferer Therapien“, wie wir sie beschrieben haben, und auch auf die vielen Zwischenformen zu, die man schwer zuordnen kann.

Im Beziehungsabbruch zwischen Kind und Therapeut liegt das größte Fehlerrisiko. Man sagt ja auch, dass zwar jeder Chirurg einen Schnitt machen kann, dass jedoch erst im Schließen und guten Versorgen der darunter liegenden Organe die wahre Kunst liegt. Dies trifft auch auf einen Therapeuten und seine Beziehung zu einem Kind zu. Idealerweise, so wie im Fallbeispiel von Edward, sollte der Behandlungsverlauf dem Kind bei seiner Anpassung so weit helfen, dass es eher von Seiten seiner Eltern, seiner Freunde und anderer Menschen seiner Umgebung als vom Therapeuten eine liebende Beziehung erfährt. Wenn dies zutrifft, wie auch in der Geschichte von Edward ersichtlich ist, wird das Bedürfnis an therapeutischer Hilfe und der tiefgehende Kontakt zum Therapeuten abnehmen und als gegenseitiges freundliches Interesse erhalten bleiben. In so einer Situation wird die Beendigung der Therapie gleichermaßen vom Kind und Therapeuten bestimmt. Das nachlassende Bedürfnis des Kindes zeigt das Therapieende an.

Wo dies nicht so einfach zu Tage tritt, muss der Therapeut einen Therapieabschluss planen, und die Gefühle, die das Kind ihm geschenkt hat, auf andere in der Umgebung des Kindes übertragen. Bei einer intensiven Psychotherapie kann der Punkt erreicht werden, an dem das Kind so viel Einsicht erlangt hat, dass es die intensive Hilfe nicht mehr braucht, jedoch sein Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung bestehen bleibt. Der Sozialarbeiter, eine Pflegermutter oder ein Beratungslehrer können dann mehr in das Behand-

lungskonzept miteinbezogen werden und langsam die Rolle des Therapeuten übernehmen. Wie auch bei anderen Aspekten der Therapie sollte diese Wahl nicht dem Zufall überlassen bleiben, sondern zeitgerecht geplant werden. Stunden, in denen das Kind gemeinsam mit dem Therapeuten und derjenigen Person spricht, die die Therapeutenrolle danach übernehmen soll, dienen einer guten Überleitung. Das Ziel sollte jedoch immer sein, dass das Kind seine befriedigenden emotionalen Reaktionen von Personen seiner unmittelbaren Umgebung erhält, von Eltern, Verwandten, Pflegeeltern, Lehrern oder Freunden, um damit seine Beziehung zum Therapeuten unnötig zu machen. Wenn jedoch der Kontakt zum Therapeuten ohne jeglichen Ersatz anderer befriedigender Quellen abrupt abgebrochen wird, kann es dem Kind wirklich schaden.

Anm. d. Übersetzerin: Das folgende Unterkapitel („Insight and Re-Education“, 352–353) wird hier aus Platzgründen ausgelassen. Es betont die Notwendigkeit, das Erlangen von Einsicht nicht als alleiniges Therapieziel zu betrachten, da Kinder Unterstützung dabei brauchen, adäquate Verhaltensmuster zu erlernen, die ihnen bei der Bewältigung ihrer Alltagsanforderungen behilflich sind.

Therapieziele

Ein eher philosophisch orientierter Leser muss sich fragen: „Wohin soll eine Behandlung führen? Was ist die Therapieabsicht? Was ist das Ziel für das Kind?“ Solche Fragen kann man sich bei jedem Kapitel dieses Buches stellen, doch scheinen sie besonders dringlich im Zusammenhang mit „direkten Therapiemethoden“ zu sein. Häufig kommt es dabei zu Verwirrungen, denn jede Therapietechnik hat ein bestimmtes Ziel. Diese Verwirrung ist berechtigt und findet sich sowohl in der Praxis wie auch in der Literatur wieder. Ob dies nun gut ist oder nicht, die Ziele der therapeutischen Anstrengungen liegen nicht in der gewählten Technik begründet, sondern in der philosophischen Haltung derjenigen Person, die sich der Technik bedient. Dies ist kein spezifisches Dilemma, das nur auf die Arbeit mit Kindern zutrifft. Mediziner haben das gleiche Problem. Das Wissen über Techniken der Geburtshilfe ist von keinem Nutzen, wenn der Arzt in einer schwierigen Situation darüber entscheiden muss, ob er das Leben der Mutter oder das des Kindes rettet. Die Antwort auf diese Frage findet er nicht im Gebiet medizinischer Fertigkeiten. Das Problem der Zieldefinition steht im Vordergrund, wenn man es mit dem Verhalten von Menschen zu tun hat, das so viele soziale Implikationen aufweist. Was möchten wir in unserer Arbeit mit einem Kind erreichen?

Nachdem wir uns in diesem Buch in erster Linie mit praktisch relevanten Aspekten und nicht so sehr mit Theorie oder Philosophie beschäftigen, sollten wir gar nicht versuchen, diese Frage zu beantworten. Doch wenn diese Frage schon aufgeworfen wurde, dann wollen wir wenigstens auf zwei Antworten, die in der klinischen Arbeit ersichtlich werden, hinweisen. Einerseits gibt es diejenigen, die sich

darum bemühen, das Kind und sein Verhalten in Einklang mit generell akzeptierten Verhaltensstandards zu bringen. Vieles unserer Arbeit mit Menschen zielt genau darauf ab. Wir möchten gerne dem Delinquenten, dem sozial Unangepassten und dem Kind mit Schulproblemen normales Verhalten beibringen. In Bezug auf delinquente oder sozial unangepasste Menschen kann man sich etwas darunter vorstellen. Doch in Zusammenhang mit Kindern stellt sich die Frage was als „normales Verhalten“ zu verstehen ist. Erwarten wir von einem seelisch gestörten Kind ein durchschnittliches Verhalten oder erwarten wir ein Verhalten, das durchschnittlich für seine Störung ist? Erwarten wir von einem italienischen delinquenten Buben ein Verhalten, das für das Leben in der Stadt als durchschnittlich oder in privilegierten Wohnbezirken als normal anzusehen ist, oder erwarten wir ein für seine eigene benachteiligte kulturelle und soziale Gruppe durchschnittliches Verhalten? Erwarten wir von einem 16-jährigen Mädchen ein sexuelles Verhalten, das zwanzig Jahre zuvor als „normal“ gegolten hat oder eines, das ihrer jetzigen Altersgruppe entspricht? Und was ist oder war dabei überhaupt normal?

Man kann das nicht nur von einem individuellen Standpunkt aus betrachten. Müssen wir uns schuldig fühlen, wenn wir unser Unternehmen darin sehen, Kinder an ihre soziale Gruppe anzupassen, weil wir damit den Status quo verteidigen? Akzeptieren wir die Gesellschaft und ihre sozialen Normen als unveränderbar und bestehen wir darauf, dass sich das Individuum danach zu richten hat? Es gibt keinen Zweifel daran, dass in manchen Fällen die Sozialarbeit und auch die klinische Arbeit dazu verwendet wurde, den sozialen Fortschritt zu blockieren. Wenn ein Therapeut den Bewegungen und Trends unserer heutigen Kultur nicht offen gegenüber steht, kann er leicht dazu verführt werden, bestimmte sozioökonomische Normen unverändert aufrecht zu erhalten. Daher müssen wir es zu unserer Aufgabe machen, ein sich ständig veränderndes Individuum dabei zu unterstützen, sich nicht an eine fixierte soziale Norm anzupassen, sondern an eine Gesellschaft, die ständigen Veränderungsprozessen unterworfen ist, sei es in ihren Organisationen, Glaubensgrundsätzen, Verhaltenscodes oder in ihren Gewohnheiten und Idealen.

Wenn wir uns von diesen Verwirrungen wieder abwenden und sehen, welche anderen klarer zu definierenden Behandlungsziele sich finden lassen, stoßen wir auf eine zweite Schule klinischen Denkens, die das Therapieziel im Individuum selbst annimmt. Das anzustrebende Ziel liegt demnach im Wohlbefinden für das Kind, in seiner Fröhlichkeit oder in seinem inneren Wachstum, weniger in irgendeinem sozialen Ziel. Eigentlich nimmt man an, dass das wachsende oder zufriedene Kind auch sozial ist, doch manche Autoren halten allein das innere Wachstum des Kindes als Ziel aufrecht, unabhängig davon, ob dies auch zu sozialer Anpassung führt oder nicht (12).

Im allgemeinen neigen diejenigen, die sich mit der Theorie der tieferen Formen von Therapie beschäftigen, dazu, ihre Ziele auf solche Art zu beschreiben. Unglücklicherweise löst diese Antwort unser Problem genau so wenig wie die vorige. Wir leben in einer

sozialen Welt, in der inneres Wachstum, Zufriedenheit und Befriedigung ohne ein kleines Maß an Anpassung an die Sichtweisen unserer sozialen Gruppe nicht aufrechterhalten werden können.

All das ist ein Problem, das die Philosophen oder jeder einzelne für sich lösen muss. Wenn man es vor dem Erfahrungshintergrund klinischer Arbeit beurteilt, scheint es, dass diejenigen, die mit Kindern arbeiten, beide Standpunkte vertreten. Man wünscht sich, dass das Individuum sowohl sein psychologisches Wachstum wie auch seine innere Zufriedenheit so weit wie möglich entwickeln kann, und wünscht ihm ebenfalls eine vernünftige Konformität an soziale Anforderungen. Nur dort, wo sich diese Ziele gegenseitig im Wege stehen, kommt es zu Schwierigkeiten. Was ist mit dem jungen Homosexuellen, bei dem eine Therapie, die auf normale sexuelle Einstellungen abzielt, sehr zweifelhafte Aussichten birgt? Sollen wir entscheiden, dass er am ehesten Zufriedenheit erreichen wird, wenn wir ihn von seinen Schuldgefühlen befreien und ihm erlauben, seine Homosexualität offen zu leben, oder sollen wir ihn als einen ernsthaft sozial Unangepassten ansehen, dem unbedingt zur Konformität verholpen werden muss?

In einem Punkt spricht die klinische Erfahrung klare Worte. Unsere Arbeit kann nicht daran gemessen oder evaluiert werden, in welchem Ausmaß das Individuum in eine Gruppe passt. Man wird bemerken, dass jede Outcome-Studie, egal ob umweltspezifisch oder durch ein Einzelsetting behandelt worden war, soziale Outcome-Variablen untersucht. Es gibt kein Messinstrument, das den Fortschritt am inneren Wachstum oder an der Zufriedenheit des Individuums erfasst. Daher wird unsere Arbeit mit verhaltensschwierigen Kindern danach beurteilt, ob sie zu erfolgreichen und sozial angepassten Bürgern werden.

Diese Diskussion schweift von unserem Hauptanliegen der therapeutischen Techniken ab. Jedoch muss man anerkennen, dass jeder Therapeut von Problemkindern irgendein Ziel seiner therapeutischen Anstrengungen vor Augen hat. Dies trifft wahrscheinlich besonders für die Formen „tiefergehender Therapien“ zu. Je klarer der Therapeut sein Ziel definieren kann, desto konsistenter wird er daran festhalten und desto effektiver werden auch seine therapeutischen Bemühungen sein.

Kommentar der Übersetzerin

Für mich als Personzentrierte Psychotherapeutin, die seit vielen Jahren im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich arbeitet, war die Entdeckung des Originals dieses Werkes (1999 in der Bibliothek der Stanford University, Kalifornien) eine Offenbarung. Ich war aufgeregt, erfreut und gleichzeitig stolz zu entdecken, dass Rogers selbst einen derartig reichen Erfahrungsschatz als Kinder- und Familientherapeut hatte, der ihm als Grundlage für die Entwicklung des Personzentrierten Ansatzes zu einer eigenständigen psychotherapeutischen Methode diente. Die Lektüre dieses Buches birgt

darüber hinaus auch aus heutiger Sicht aktuelle Standpunkte in bezug auf die Rahmenbedingungen (z. B. Beginn und Ende einer therapeutischen Beziehung), sowie die Notwendigkeit, die reale Lebenssituation, die Ressourcen der Familie und der unmittelbaren Umgebung des Kindes (Eltern, Schule, Freunde, Gruppen) in die Therapieplanung miteinzubeziehen. Rogers war damit bereits 1939 in vielen Überlegungen seiner Zeit voraus, obwohl er es nicht wagte, dem all zuviel Bedeutung zuzumessen (siehe jene Passage, wo er annimmt, dass der „Relationship Therapy“ wohl niemals soviel Bedeutung zukommen werde, dass eine große Zahl an Klienten damit behandelt werden könnte). Auch später noch drückte er sein Erstaunen darüber aus, welch großen Einfluss er mit seiner Arbeit gewonnen hatte. Doch nahm er nachträglich an, dass er wohl eine Idee zum Leben erweckt hatte, deren Zeit bereits gekommen war (Rogers 1980, 48f).

Die von Rogers gewählte Sprache mutet manchmal etwas unpräzise an, als ob erst nach einer genaueren Bezeichnung gesucht bzw. gefahndet werden müsse. Möglicherweise liegt es daran, dass 1939 viele Begriffe, die heute zu unserem selbstverständlichen therapeutischen Begriffsrepertoire gehören, noch nicht entwickelt waren. Doch die Ausführungen von Rogers erwecken auch den Eindruck, dass es ihm darum ging, Prozesse und Eindrücke aus seiner praktischen Erfahrung zu konkretisieren, und es hat den Anschein, als ob sie erst am „Rande des Gewahrseins“ auftauchen und erstmals in Worte gefasst würden. Dies verleiht diesem Buch eine besondere Bedeutung, denn es kann als publizierte Geburtsstunde des Personenzentrierten Ansatzes angesehen werden.

Rogers setzt sich in dem Buch u. a. kritisch mit der Psychoanalyse und den sogenannten interpretativen Verfahren in der Kindertherapie auseinander. Er bleibt dabei vorsichtig und respektvoll, formuliert jedoch klar seine Bedenken in Anbetracht der starken Bedeutung der psychoanalytischen Theoriebildung, die ihm zuweilen als zu ideologisch erscheint. Er kritisiert, dass oftmals Realitäten außerhalb der emotionalen Welt des Kindes nicht beachtet werden und deshalb Eltern und das Umfeld viel zu wenig in den therapeutischen Prozess miteinbezogen werden. Darüber hinaus findet er Kinderanalysen als zu zeitintensiv und kostspielig.

Erstmals formuliert er hier öffentlich, was seiner Erfahrung nach das Wesentliche in der therapeutischen Arbeit zu sein scheint: Die emotionale Beziehung zwischen Kind und Therapeut, eine ganz besondere Art der Beziehungsgestaltung, bei der es darum geht, dem Kind maximale Freiheit zur Wahrnehmung seiner selbst und zum eigenen Wachstum zu geben, mit dem Ziel, es dadurch so bald wie möglich in die Lage zu versetzen, seine Probleme selbst lösen zu können und die therapeutische Beziehung nicht mehr zu benötigen. Als ebenso bedeutungsvoll wird die Beziehungsarbeit mit den Eltern von „Problemkindern“ beschrieben.

In dem 1942 erschienenen Buch „Die nicht direktive Beratung“ finden sich viele Gedanken und Ausführungen des hier auszugsweise übersetzten Werkes wieder. 1939 schrieb Rogers: „In diesem

Buch befassen wir uns mit dem Kind selbst, nicht mit seinen Symptomen“ (3). Und 1942 stellt er als wesentliches Kennzeichen der „neuen Psychotherapie“ den Grundsatz dar: „Das Individuum steht im Mittelpunkt der Betrachtung und nicht das Problem“ (36). 1939 führt Rogers aus: „Die Beziehung zwischen Therapeut und Elternteil ist das Wesentliche. In dieser Verbindung können Eltern Vertrauen in den Therapeuten entwickeln und die Freiheit erfahren, ihre oft gehemmten Gedanken und Gefühle zum Ausdruck zu bringen. Der Therapeut erzeugt diese Atmosphäre durch seine Akzeptanz und dadurch, dass er jede Kritik oder jeden Versuch, den Eltern ein Übungsprogramm oder eine Empfehlung mitzugeben, unterlässt. In dieser freien und nicht kritischen Atmosphäre können die Eltern ihre wahren Gefühle ohne Abwehr und Rationalisierungen ausdrücken und so zu einem besseren Selbstverständnis gelangen ... Jede weitere Veränderung wird daraus resultieren, dass die Eltern sich selbst und ihre Grenzen besser akzeptieren können“ (197f).

1942 fasst er zusammen: „Die therapeutische Beziehung ist eine Beziehung, in der warme Zugewandtheit und das Fehlen jeden Zwangs oder persönlichen Drucks durch den Berater dem Klienten den maximalen Ausdruck von Gefühlen, Einstellungen und Problemen ermöglicht. Die Beziehung ist eine wohlstrukturierte Beziehung mit Begrenzungen der Zeit, der Abhängigkeit und der aggressiven Handlung, die besonders für den Klienten gelten, und Begrenzungen der Verantwortlichkeit und der Zuneigung, die der Berater sich selbst auferlegt. In dieser einmaligen Erfahrung vollständiger emotionaler Freiheit, innerhalb eines genau definierten Rahmens hat der Klient die Möglichkeit, seine Impulse und seine Strukturen, die positiven wie die negativen, zu erkennen und zu verstehen, wie in keiner anderen Beziehung“ (107).

Die Betonung, dass es sich bei diesem Ansatz nicht um einen intellektuellen Prozess handelt, der daher auch nur schwer intellektuell erfasst werden kann, sondern gefühlt bzw. erfahren werden muss, um erfasst werden zu können (1939, 197) wird in Rogers' Ausführungen mehr als deutlich. Er selbst bleibt in seinen Darstellungen immer ganz nah an seiner reichen praktischen Erfahrung und seinem damit in Verbindung stehenden Erleben und bietet somit die beste Voraussetzung, seine Therapietheoriebildung nachvollziehbar zu machen.

Die nicht unwesentliche Frage nach den Therapieabsichten bzw. -zielen stellte Rogers mit der Frage nach dem Menschenbild bereits 1939 (353f) in einen philosophischen Kontext. Er zeigt dabei auf, wie schwierig es ist, ein objektives Kriterium für die Definition von „normalem Verhalten“ für Kinder oder Jugendliche zu finden, ohne auf die jeweilige philosophische Haltung des Therapeuten Bezug zu nehmen. Auch 1942 finden sich diese Überlegungen wieder: „Der nicht-direktive Standpunkt legt großen Wert auf das Recht jedes Individuums, psychisch unabhängig zu bleiben und seine psychische Integrität zu erhalten. Der direktive Standpunkt legt großen Wert auf soziale Übereinstimmung und das Recht des Fähigeren, den Unfähigeren zu lenken. Diese Standpunkte haben eine ebenso

wichtige Beziehung zur sozialen und politischen Philosophie wie zu den Techniken der Therapie. Als Folge dieser Unterschiede in den Werturteilen stellen wir fest, dass die direktive Gruppe dazu neigt, ihre Bemühungen auf das Problem zu konzentrieren, das der Klient vorlegt. Wenn das Problem auf eine Weise gelöst ist, der der Berater zustimmen kann, und wenn die Symptome beseitigt sind, dann wird die Beratung als erfolgreich betrachtet. Die nicht-direktive Gruppe legt den Nachdruck auf den Klienten und nicht auf das Problem. Wenn der Klient durch die Beratungserfahrung zu genügend Einsicht gelangt, um sein Verhältnis zur realen Situation zu verstehen, dann kann er zur Anpassung an die Realität die Methode wählen, die für ihn den höchsten Wert hat. Er wird darüber hinaus auch eher imstande sein, mit zukünftigen Problemen fertig zu werden.“ (1942, 119f)

Es verwundert, dass Rogers in seinen späteren Werken nur selten explizit auf seine frühen Erfahrungen als Kinder- und Familientherapeut Bezug nimmt.

Doch der Beginn enthält bereits den Entwurf für das Ganze. Alle grundlegenden Kennzeichen und Ansätze, die eine personenzentrierte Therapie- und Persönlichkeitsentwicklungstheorie ausmachen, sind bereits in diesem frühen Werk von Rogers enthalten. Dies verleiht dem Werk seine besondere Bedeutung.

Anmerkungen (Fußnoten im Original)

- (1) Lippmann, H.S. (1934) „Direct Treatment Work with Children“. In: American Journal of Orthopsychiatry, vol. 4, p. 376
- (2) Siehe auch: Rosenzweig, S. (1934) „Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy“. In: American Journal of Orthopsychiatry, vol. 4, p. 413
Shaffer, L. S. (1936) „The Psychology of Adjustment“. New York, Houghton Mifflin Company, pp. 478–479
- (3) Levy, E. (1934) „Psychoanalytic Treatment of a Child with a Stealing Compulsion“. In: American Journal of Orthopsychiatry, vol. 4, p. 22
- (4) Levy, E. (1934) ebd., pp. 17–18, 21–22
- (5) Kessel, L. and Hyman, H. T. (1933) „The Value of Psychoanalysis as a Therapeutic Procedure“. In: Journal of American Medical Association, vol. 101, pp. 1612–1615
- (6) Healy, W. (1935) „Psychoanalysis of Older Offenders“. In: American Journal of Orthopsychiatry, vol. 5, pp. 27–28
- (7) Alexander, F. and Healy, W. (1935): „Roots of Crime, Psychoanalytic Studies“. New York, Knopf, p. 305
- (8) Taft, J. (1933) „The Dynamics of Therapy“. New York, The Macmillan Company
Allen, F. (1934) „1934 Symposium. Case presented by Dr. Frederick Allen“. In: American Journal of Orthopsychiatry, vol. 4, pp. 232–358

- (9) Gould, C. A. (1937) „Case Illustrating the Use of Direct Personal or Psychological Treatment“. In: Visiting Teacher Bulletin, vol. 12, pp. 11–16
- (10) Allen, F. H. (1934) „Therapeutic Work with Children“. In: American Journal of Orthopsychiatry, vol. 4, p. 197
- (11) siehe 7, p. 100
- (12) siehe 7, p. 94
- (13) Das ist beispielsweise die Ansicht von Dr. Taft, die schreibt: „Wie ich es sehe, kann sozial erwünschtes Verhalten niemals das Ziel einer analytischen Beziehung sein. Es ist eine viel zu individuelle Angelegenheit und kann nur durch die Bedeutung, die die Person, Kind oder Erwachsener, ihr selbst gibt, ermessens werden. Der Wert liegt nicht im Glück, weder in der Tugend noch in der sozialen Anpassung, sondern im Wachstum und der Entwicklung als eine rein individuelle Norm“ (siehe 7, p. 109).

Literatur

- Allen, Frederick H. (1934), Therapeutic work with children, in: American Journal of Orthopsychiatry 4, 93–202
- Allen, Frederick H. (1942), Psychotherapy with children, New York (Norton)
- Rogers, Carl R. (1939), The clinical treatment of the problem child, Boston (Houghton Mifflin)
- Rogers, Carl R. (1942), Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Die nicht-direktive Beratung, München (Kindler) 1972
- Rogers, Carl R. (1980), In retrospect: Forty-six years, in: A way of being, Boston (Houghton Mifflin) 46–69; dt.: Rückblick: sechsundvierzig Jahre, in: Rogers, Carl R. / Rosenberg, Rachel L., Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit, Stuttgart (Klett) 1980, 35–52

Autorin

Barbara Reisel, 1961, Dr., Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Personenzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin, Universitätsassistentin an der Station für Heilpädagogik und Psychosomatik der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien, Psychotherapieausbilderin der Sektion Forum in der APG; Psychotherapeutische Arbeit in freier Praxis mit Kindern, Jugendlichen, Familien und Erwachsenen.

Korrespondenzadresse:

*Dr. Barbara Reisel
Mariannengasse 30a/27
1090 Wien
E-Mail: barbara.reisel@univie.ac.at*

Christian Korunka, Nora Nemeskeri und Joachim Sauer¹

Carl Rogers als Psychotherapieforscher – Eine kritische Würdigung

Zusammenfassung: Carl Rogers war nicht nur der Begründer der Personzentrierten Psychotherapie, er gilt auch als der Begründer der empirischen Psychotherapieforschung. Seit den frühen 1940er Jahren wurden über einen Zeitraum von mehr als 20 Jahren von Rogers und seinen Mitarbeitern zahlreiche Arbeiten zur Psychotherapieforschung veröffentlicht, die bis heute hohe Bedeutung besitzen. Dieser Beitrag setzt sich das Ziel einer kritischen Würdigung von Carl Rogers als Therapieforscher. Dabei werden die drei wichtigsten Phasen der Forschung von Carl Rogers genauer dargestellt und aus heutiger Sicht bewertet. Die frühe, qualitative Forschungsphase in den 1940er Jahren wird anhand der „Parallelstudien“ vorgestellt. Exemplarisch für die empirische Forschungsphase in Chicago werden die Arbeiten im Sammelband von Rogers und Dymond präsentiert. Als wichtigste Forschungsarbeit der späteren Phase wird die „Wisconsin-Studie“ kritisch gewürdigt. Insgesamt ist festzuhalten, dass die Arbeiten zur Psychotherapieforschung von Carl Rogers bis heute in vieler Hinsicht als vorbildlich und paradigmatisch betrachtet werden können.

Stichwörter: Carl Rogers, Psychotherapieforschung, Psychotherapieeffekte, Parallelstudien, Wisconsin-Studie

Résumé: Carl Rogers en tant que chercheur en psychothérapie – Une appréciation critique – Carl Rogers ne fut pas seulement le fondateur de la psychothérapie centrée sur la personne, il est également considéré comme le fondateur de la recherche empirique sur la psychothérapie. Depuis le début des années 1940, de nombreux travaux de recherche psychothérapique, réalisés sur une période de plus de 20 ans, ont été publiés par Rogers et ses collaborateurs/trices, travaux qui possèdent aujourd’hui encore une grande signification. Cette contribution se fixe comme objectif une appréciation critique de Carl Rogers en tant que chercheur en thérapie. Les trois phases les plus importantes de la recherche de Carl Rogers y sont en même temps exposés de manière plus précise et évaluées dans l’optique actuelle. La première phase de recherche qualitative dans les années 1940 est présentée en s’appuyant sur des « études parallèles ». Les travaux publiés dans le recueil de Rogers et Dymond sont présentés comme caractéristiques de la phase de recherche empirique à Chicago. « L’étude du Wisconsin » fait l’objet d’une appréciation critique en tant que travail de recherche le plus important de la dernière phase. En définitive, il convient de retenir que les travaux sur la recherche psychothérapique de Carl Rogers peuvent être considérés aujourd’hui encore à bien des égards comme exemplaires et paradigmatiques.

Mots clés: Carl Rogers, recherche psychothérapique, effets de la psychothérapie, études parallèles, étude du Wisconsin

1. Vorbemerkungen

Im Unterschied zu den meisten anderen „Schulengründern“ in der Psychotherapie war es Carl Rogers – zumindest in den ersten Jahrzehnten seiner Berufslaufbahn – auch ein zentrales Anliegen, seine Entwicklungen wissenschaftlich zu überprüfen. Er ist sogar weithin anerkannt als der Begründer der empirischen Psychotherapieforschung. In seiner biografischen und beruflichen Entwicklung stand er von Beginn an in einem kreativen Spannungsfeld zwischen einer naturwissenschaftlichen Denkorientierung und der Entwicklung

eines konsequent erfahrungsbezogenen phänomenologischen Verständnisses von Psychotherapie. In diesem Spannungsfeld sind viele seiner Forschungsarbeiten zu verorten. Es erklärt auch zumindest zum Teil die faszinierende Konsequenz und Kreativität der Entwicklung und Umsetzung seiner zahlreichen Forschungsarbeiten.

Obwohl Carl Rogers bereits auch seine ersten beruflichen Erfahrungen in Rochester (New York) durch wissenschaftliche Arbeiten begleitete, sind die wesentlichen Forschungsarbeiten in den drei Jahrzehnten seiner Karriere an den Universitäten in Columbus (Ohio), Chicago (Illinois) und Madison (Wisconsin) entstanden. Hier wurden von Rogers und seinen Mitarbeitern zahlreiche Untersuchungen durchgeführt, von denen viele bis heute als Meilensteine der Psychotherapieforschung bezeichnet werden können.

¹ Die alphabetische Reihung der Namen wurde aufgrund der Gleichwertigkeit der Autoren gewählt.

Die thematische und empirische Umsetzung der Forschung reflektiert dabei in konsequenter Weise den jeweiligen Stand der Entwicklung der Personzentrierten Psychotherapie. In der ersten Phase der Forschung wurden Therapieverläufe (erstmalig in der Geschichte) aufgezeichnet und protokolliert. Diese Protokolle wurden mit größter Sorgfalt qualitativ und empirisch „mikroskopisch“ analysiert (Barrett-Lennard 1998). Als wichtigste Veröffentlichungen dieser Zeit gelten die Arbeiten von Snyder (1947) und die 1949 publizierten „Parallelstudien“.

Nachdem der Therapieprozess wissenschaftlich als eine konsistente und gesetzmäßig verlaufende Interaktion beschrieben und verstanden werden konnte, wurde der Fokus des Forschungsinteresses auf Effektivität und Effizienz dieses Prozesses verlegt. Es wurden zahlreiche Studien geplant und realisiert, die eindeutig die Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie nachweisen konnten. Als die vielleicht wichtigste Veröffentlichung dieser Phase kann der 1954 erschienene Sammelband von Rogers und Dymond (1954) bezeichnet werden.

In der dritten Phase der Psychotherapieforschung ging es vor allem darum, ein vertieftes Verständnis der kausalen Wirkmechanismen der Psychotherapie zu erlangen. Außerdem wurde versucht, auf der Grundlage der Arbeit mit Patienten mit besonders schweren Störungen, die Möglichkeiten und vor allem die Grenzen der Psychotherapie sorgfältig auszuloten. Die bekannteste Arbeit dieser Phase ist die „Wisconsinstudie“ (Rogers/Gendlin/Kiesler/Truax 1967), die auch als der Endpunkt der empirischen Psychotherapieforschung von Rogers und seinen Mitarbeitern bezeichnet werden kann.

Die Forschungsarbeiten von Rogers haben zwar eine große Bekanntheit erreicht, sie sind jedoch derzeit relativ schwer zugänglich und wurden bisher, insbesondere in der deutschsprachigen Literatur, kaum umfassend dargestellt. Das Ziel dieses Beitrages besteht daher in einer Darstellung und kritischen Würdigung der Psychotherapieforschung von Carl Rogers. Als Grundlage dafür haben wir jeweils die zuvor genannten Hauptarbeiten der drei Forschungsphasen herangezogen.

2. Die frühe Phase der Psychotherapieforschung von Carl Rogers

2.1. Carl Rogers in Ohio und die ersten Jahre in Chicago

Nach langjähriger klinisch-psychologischer Tätigkeit in Rochester tritt Carl Rogers 1940, gerade 38 Jahre alt, seine erste Professur an der Ohio State University an. Die Rückkehr an die Universität bedeutet für ihn nicht nur einen sozialen Aufstieg, sondern auch die Anerkennung seiner bisherigen beruflichen Arbeit. Rogers wird mit der Einrichtung einer Ausbildung für Beratung und Therapie für postgraduierte Studenten betraut und erhält dazu ausreichend gute personelle und technische Bedingungen angeboten.

Aufgrund seiner umfangreichen Berufserfahrung auf dem Gebiet der klinischen Psychologie und Erziehungsberatung und seiner methodisch gesammelten Aufzeichnungen und Fallstudien veröffentlicht Rogers 1942 schließlich sein revolutionäres Buch „Counseling and Psychotherapy. Newer Concepts in Practice“. Angeregt durch Otto Ranks Modifikation zur „Relationship-therapy“ entwickelt er aus seiner grundsätzlichen Betrachtung des Lebens und der zwischenmenschlichen Beziehungen einen neuen Ansatz in der Psychotherapie, in dem nicht das Problem bzw. die Lösung des Problems im Mittelpunkt der Betrachtung steht, sondern das Individuum (Rogers 1942). In diesem Buch veröffentlicht Rogers zum ersten Mal in der Geschichte der Psychotherapie mit Hilfe von Tonbandaufzeichnungen den vollständigen Verlauf einer Therapie. Alle Interviews wurden mit einem für heutige Zeiten unvorstellbaren technischen Aufwand auf Tonband protokolliert und schließlich mit allen Einzelheiten transkribiert (vgl. Groddeck 2002). Diese Ansammlung von verbalem Interviewmaterial stellt auch die Grundlage für die Entwicklung von wissenschaftlichen Untersuchungen auf dem Gebiet der Psychotherapie dar. Rogers' Verdienst ist es, dass er die Psychotherapie mit den Mitteln der empirischen Forschung entmystifiziert, wissenschaftlich überprüf- und beschreibbar gemacht hat (vgl. Zundel 1987). Nach dem Eintritt Amerikas in den Zweiten Weltkrieg im Dezember 1941 arbeitet Rogers in den folgenden Jahren auch als psychologischer Berater im personalen Bereich der amerikanischen Luftwaffe und schließlich für die „United Service Organization“ (USO), die sich vor allem mit der Betreuung der vom Krieg heimkehrenden Soldaten beschäftigt.

Im Frühjahr 1945, kurz vor Kriegsende, geht Rogers als Professor für Psychologie an die Universität in Chicago, wo er die Möglichkeit erhält, ein neues Forschungs- und Beratungszentrum aufzubauen. Viele seiner ehemaligen Mitarbeiter folgen ihm und arbeiten in der von Rogers demokratisch geführten Beratungsstelle mit. Die Jahre in Chicago sind ausgesprochen kreativ, sie bringen ihm eine Fülle an Erfahrungen. Er erweitert seine therapeutischen Hypothesen und seine Arbeit spiegelt die Spannungen zwischen Praxis und Forschung, zwischen phänomenologischer und objektivierender Betrachtung wider.

1947 wird Rogers Präsident der American Psychological Association (APA) und erhält damit auch die Anerkennung der akademischen psychologischen Fachwelt. Aufgrund der umfangreichen Tonaufzeichnungen der Interviews des Beratungszentrums entwickeln Rogers und seine hochqualifizierten Mitarbeiter und Studenten diverse Studien und Forschungsprojekte. 1949 gestaltet Rogers als Mitherausgeber der Zeitschrift „Journal of Consulting Psychology“ ein eigenes Themenheft zu den „Parallelstudien“, das einer koordinierten Erforschung der Psychotherapie gewidmet ist und kurze Beiträge über objektive Untersuchungen von Raskin, Seeman, Sheerer, Stock, Haigh, Hoffman und Carr enthält.

2.2. Die „Parallelstudien“

Rogers (1949) präsentiert in seiner Einleitung diese sieben Studien, die alle auf derselben Stichprobe von zehn vollständig aufgezeichneten und transkribierten Beratungsfällen des Counseling Center der Universität von Chicago beruhen. Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeiten bestätigen Rogers nicht nur in seiner theoretischen Auffassung der Klientenzentrierten Therapie, sondern auch darin, dass der Prozess der Psychotherapie bzw. die Veränderung der Persönlichkeit mit wissenschaftlichen Methoden untersucht werden kann.

In seinem ersten Artikel beleuchtet Raskin (1949a) den Hintergrund des Forschungsprojekts der *Parallelstudien*. Die einzelnen Beiträge von Seeman, Sheerer, Stock, Haigh, Hoffman und Carr beschreiben jeweils die eigenen Studien, während Raskin (1949b) in seinem zweiten und abschließenden Beitrag einige der festgestellten relevanten Wechselbeziehungen dieser Untersuchungen analysiert. Das Projekt der *Parallelstudien* über den therapeutischen Prozess wurde im Herbst 1947 in Angriff genommen und jede Untersuchung erfolgte in drei Stufen:

(1) Auswahl eines oder mehrerer Konzepte auf subjektiver, empirischer Basis, die sich sowohl für das Verstehen des therapeutischen Prozesses als auch hinsichtlich der Vermittlung dieses Verständnisses an andere als hilfreich erwiesen hatten.

(2) Entwicklung objektiver Messinstrumente für die quantitative Repräsentation des Konzepts und die Erhebung des Zustimmungsgrades unterschiedlicher Untersucher, die diese Instrumente verwenden und

(3) Anwendung der Messinstrumente bei präzisen und relevanten klinischen Daten, wie für die auf Tonband aufgezeichneten Beratungsfälle des Counseling Center der Universität von Chicago.

Es war von Vorteil, eine Gruppe von Fällen auszuwählen und sie zu jeder der verschiedenen Analysemethoden zuzuordnen. So konnten einerseits die Beziehungen zwischen den verschiedenen Konzepten beobachtet und quantitativ gemessen werden, wie etwa Selbstakzeptanz und Verhaltensreife, und andererseits eine ausführlichere Analyse der einzelnen Fälle erreicht werden. Das Beratungszentrum hatte zu diesem Zeitpunkt ca. 20 vollständig auf Tonband aufgenommene und transkribierte Beratungsfälle. In das Projekt der *Parallelstudien* wurden letztendlich zehn Fälle aufgenommen, da sie zusätzliche Testdaten, die vor und nach der Therapie erfasst wurden, enthielten. Dies bedeutete die Möglichkeit einer sechsten Studie, einer Analyse über die Unterschiede zwischen Prä- und Post-Tests als Ergänzung zu den anderen Forschungsarbeiten. Neun der zehn Fälle waren graduierte bzw. noch nicht graduierte Studenten; sie repräsentieren daher eine noch relativ junge Gruppe von insgesamt sechs Frauen und vier Männern, wobei pro Person drei bis maximal neun Tonbandinterviews erstellt wurden.

Ein Ziel des Projekts der *Parallelstudien* bestand auch in der Weiterentwicklung von objektiven Forschungsmethoden für die

Messung der Veränderung der Persönlichkeit während des Verlaufes der Therapie, um die unterschiedlichen Konzepte, die für die Beschreibung der Persönlichkeitsorganisation von Bedeutung sind, zukünftig vergleichen zu können.

Die Studie von Seeman (1949) stützt sich auf die Forschungsarbeit von Snyder (1945) über das Wesen der *nicht-direktiven Psychotherapie*. Der therapeutische Prozess wird anhand der verbalen Äußerungen von Therapeut und Klient untersucht, wobei Snyder sechs Beratungsfälle analysiert hatte, während Seemans Studie sich auf die bereits beschriebenen zehn Fälle bezieht. Im ersten Schritt entwickelt Seeman Kategorien für seine Untersuchung, die anschließend auf das Material der Beratungsfälle angewendet werden sollen. Dabei wird ersichtlich, dass bei den Klienten-Kategorien zwei Hauptgruppen unterschieden werden können: So genannte Inhaltskategorien, die durch Reaktionen des Klienten inhaltlich identifiziert werden (z. B. Feststellung eines Problems oder Einsicht) und Kategorien, die positive oder negative Einstellungen des Klienten zum Ausdruck bringen. Was die Therapeuten-Kriterien betrifft, so wurden hauptsächlich jene von Snyder verwendet. Bei den Therapeuten-Kriterien war vor allem erwünscht, dass ein breites Spektrum an möglichen Reaktionsarten in einem direktiv-nondirektiven Kontinuum möglich war.

Die Absicht der Studie von Seeman war, den Prozess der *non-direktiven Therapie* mit einem Instrument, das in einer früheren Studie angewendet wurde, neuerlich zu überprüfen, sodass Vergleiche angestellt und jüngste Trends beobachtet werden konnten. Es wurden folgende signifikanten Unterschiede festgestellt: Die gegenwärtige Studie zeigt eine zunehmende Verwendung non-direktiver Kategorien mit 85 % im Vergleich zu 62.6 % der früheren Studie von Snyder. Es gibt einen signifikanten und beschreibbaren Therapieprozess bei den in dieser Studie verwendeten Inhaltskategorien. Die Kategorie „Problemfeststellung“ zeigte eine konsequente Abnahme während der Therapie, während die Kategorien „Einsicht und Verständnis“ konsequente Zunahme zeigten. Im Laufe der Therapie nahmen die individuellen Unterschiede von Fall zu Fall zu. Der Therapieprozess – gemessen an den relativen Verschiebungen bei den Kategorien „Problemfeststellung“ und „Einsicht und Verständnis“ – korreliert signifikant mit den Bewertungen der Therapeuten zum Ergebnis.

Bei den Kategorien, die sich auf die Einstellungen des Klienten beziehen, findet sich ein beschreibbarer Therapieverlauf in Form des relativen Vorkommens positiver und negativer Haltungen; positive Haltungen nehmen während des Therapieverlaufs zu, während negative im Laufe der Therapie abnehmen. Auch hier nehmen die individuellen Unterschiede innerhalb des Therapieverlaufs von Fall zu Fall zu. Wird die relative Einfühlbarkeit für sich selbst und für andere betrachtet, so fällt auf, dass sich die Klienten im Falle positiver Einstellungen im Therapieverlauf zunehmend auf sich selbst konzentrieren. Werden negative Einstellungen der Klienten hinsichtlich des Therapieverlaufs diesbezüglich betrachtet, kann keine solche Unterscheidung gefunden werden.

Die Zeit, in der Einstellungen ausgedrückt werden, zeigt signifikante Trends im Laufe der Therapie. Am Therapiebeginn besteht eine Tendenz, positive Einstellungen in der Vergangenheitsform und negative in der Gegenwart auszudrücken. Während des Therapieverlaufs kehrt sich dieses Verhältnis um; positive Einstellungen werden zunehmend in der Gegenwart und negative in der Vergangenheitsform ausgedrückt.

Sheerer (1949) beschäftigt sich mit der Beobachtung und klinischen Erfahrung vieler Psychologen, dass das Konzept eines Individuums von sich selbst von höchster Bedeutung für das Verständnis der Dynamik von persönlicher Entwicklung und Anpassung ist. In ihrer Studie geht sie der Frage nach, was von dem, was ein Klient aus seiner Sicht äußert, als Beitrag für das Gesamtbild seiner Persönlichkeit betrachtet werden kann? Dabei kristallisierten sich folgende fünf Bereiche als jene mit den klarsten Antworten auf diese Frage heraus:

- Äußerungen in Bezug auf Auswahl von Verhaltensstandards;
- Äußerungen, die zeigen, ob der Klient sich selbst oder andere als verantwortlich für sein Verhalten, Ursache und Lösung seines Problems sieht;
- Äußerungen in Bezug auf Lebensphilosophie;
- Selbst-einschätzende Kommentare;
- Wertende Kommentare über andere Personen.

Die Äußerungen von Klienten, die unter diese Kategorien fallen, scheinen zweierlei zu beschreiben: das Ausmaß von Selbstakzeptanz und Selbstachtung des Klienten sowie Akzeptanz und Achtung anderen Personen gegenüber.

Die zu untersuchenden Konzepte wurden operational definiert mit Hilfe von vier Sachverständigen auf der Grundlage einer früheren Forschungsarbeit über wertende Einstellungen sich selbst und anderen gegenüber in erfolgreichen Beratungsfällen. Aus insgesamt zwanzig Definitionen zur Akzeptanz und Achtung des Selbst sowie zehn Definitionen zur Akzeptanz und Achtung gegenüber anderen Personen entwickelte Sheerer schließlich zwei Skalen zur Erfassung aller relevanten Äußerungen der zehn Beratungsfälle. Insgesamt wurden 1.366 Einheiten von Reaktionen bewertet, 77.1% wurden als relevant für die „Selbst“-Akzeptanz-Skala und 16.8% wurden als relevant für die „Andere“-Akzeptanz-Skala eingeschätzt.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Einstellungen einer Person anderen gegenüber in einem eindeutig signifikanten Ausmaß mit den Einstellungen in Beziehung stehen, die diese Person sich selbst gegenüber hat. Einerseits ist dies „Allgemeinwissen“, andererseits könnte es bedeuten, dass eine Änderung der Einstellungen anderen gegenüber grundsätzlich nur dadurch erreicht werden kann, indem eine Veränderung der Einstellung sich selbst gegenüber erreicht wird. Dies könnte im Bereich der Sozialpsychologie bedeuten, dass zunehmende Akzeptanz von Minderheiten, Ausländern und ähnlichen Gruppen am ehesten durch eine Art von Gruppentherapie erreicht werden könnte, die darauf abzielt, zu

einer positiven Änderung der individuellen Selbstakzeptanz und Selbstachtung zu gelangen.

Stock (1949) untersucht die Wechselbeziehung zwischen Selbstkonzept und Gefühlen gegenüber anderen Personen und Gruppen. Sie geht von der Annahme aus, dass zwischen der Art einer Person, sich selbst zu sehen, und der Art dieser Person, die Welt der anderer Personen und Dinge zu betrachten, eine reale Beziehung besteht. Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen, dass ein Individuum, welches sich selbst gegenüber negative Gefühle hat, dazu tendiert, diese auch im Allgemeinen Anderen gegenüber zu empfinden. In dem Ausmaß, in dem sich diese Gefühle sich selbst gegenüber positiv verändern, verändern sich die Gefühle Anderen gegenüber in eine ähnliche Richtung. Es ist aufgrund der Ergebnisse aus dieser Studie nicht möglich eine sequenzielle Beziehung zwischen den Gefühlen dem Selbst und den Gefühlen Anderen gegenüber zu identifizieren.

Haighs (1949) Ziel war die Untersuchung von Abwehrverhalten der Klienten während des Verlaufs Klientenzentrierter Therapie auf der Basis der Theorie von Bedrohung und Abwehr, wie sie Hogan (1948) entwickelt hat. Abwehr wird als eine mögliche Verhaltensform betrachtet, die als Reaktion auf eine Wahrnehmung von Bedrohung folgen kann. Ein Individuum ist bedroht, wenn es eine Erfahrung als inkonsistent mit einem Wert oder Konzept wahrnimmt, das es als Teil seines Selbstkonzepts betrachtet. Eine effiziente Anpassung an die Realität dieser Situation wäre eine mögliche positive Reaktion auf eine derartige Bedrohung. Eine eher defensive Reaktion könnte darin bestehen, die Wahrnehmung auf eine Weise zu verzerren, um die wahrgenommene Inkongruenz zu reduzieren. Abwehrverhalten zeigt sich im Verharren des Konzepts bzw. des Wertes, der als bedroht betrachtet wird. Haigh modifizierte in weiterer Folge Hogans Theorie in dieser Studie durch zwei zusätzliche Dimensionen: „*awareness*“ und „*reported-exhibited*“. Abwehrhaltung kann in der Weise analysiert werden, wie sie der Klient in der Beratungssituation einsetzt. Es scheint sinnvoll zu sein, zwischen einem Abwehrverhalten, das den Klienten bei seiner Selbsterforschung blockiert, und einem Abwehrverhalten, das nicht blockiert, zu unterscheiden. Diese Unterscheidung wurde dann getroffen, wenn der Klient sich seines Abwehrverhaltens bewusst war. Eine Überprüfung der Verlässlichkeit dieser Dimension von „*Bewusstheit*“ wurde dadurch erzielt, dass durch zwei Rater eine Übereinstimmung bei 39 von 44 Statements bzw. bei 89% der Statements festgestellt wurde. Abwehrhaltung kann aber auch im Verhalten aufgedeckt werden, das während einer Beratungssitzung *vorkommt*, oder im Verhalten, über das in einer Beratungssitzung *berichtet* wird. Die Überprüfung der Verlässlichkeit dieser Dimension von „*reported-exhibited*“ wurde dadurch erzielt, dass durch zwei Rater eine Übereinstimmung bei 45 von 48 Statements bzw. bei 93.8% der Statements festgestellt wurde. Verhalten, über das berichtet wird, kann in der Vergangenheit oder in der Gegenwart vorkommen; eine diesbezügliche Differenzierung wurde in dieser Studie vorgenommen.

In eigens entworfenen Arbeitsblättern wurde jegliche Abwehrhaltung aufgezeichnet und entsprechend klassifiziert: Je nach „*Bewusstheit*“ des Verhaltens wurde unterschieden, ob das Verhalten sich während des Beratungsgesprächs herausgestellt hat und ob sich das berichtete Verhalten auf die Vergangenheit oder die Gegenwart bezieht.

Hoffman (1949) untersuchte aufgrund bestimmter Kriterien alle Hinweise zu gegenwärtigem, früherem und zukünftigem Verhalten. Als verhaltensbezogene Aussagen, die sich auf die Gegenwart beziehen, wurden gegenwärtige Handlungen und Aktivitäten des Klienten definiert. Aussagen zu vergangenem Verhalten wurden nur berücksichtigt, wenn diese in Beziehung zu den derzeitigen Problemen des Klienten standen und für ihn die Motivation für die Therapie darstellten. Angaben der Klienten zu ihrem Verhalten in der Kindheit oder aber auch zu dem etliche Jahre vor der Beratungssituation wurden nicht für die Klassifikation herangezogen. Als zukünftig geplantes Verhalten wurden Aussagen der Klienten definiert, die Einsicht in Problembereiche und beabsichtigte Änderungen derselben aufzeigten. Schließlich wurde der Grad der Reife des Verhaltens anhand von drei Kategorien – von unreifem und unverantwortlichem Verhalten bis hin zu Selbstbestimmtheit, Reife und Verantwortlichkeit – eingeschätzt.

Nach dem Procedere für die Auswahl der Verhaltens-Referenzen und der Festlegung für deren Verlässlichkeit lag der nächste Schritt für die objektive Erforschung des berichteten Verhaltens beim Rating oder der Klassifikation der gewählten Statements. Dabei wurden folgende drei Kategorien zur Klassifikation der Verhaltens-Referenzen gewählt:

C – Das individuelle Verhalten geschieht mit wenig oder keiner Selbstkontrolle oder wenig oder keiner Kontrolle über seine Umgebung; das Individuum ist unreif und nicht verantwortlich.

Beispiel: „Wenn ich zu einer Verabredung gehe, nehme ich ein Bad und dann kann es sein, dass ich mich nicht sauber genug fühle, deshalb dusche ich dann noch kalt und danach verwende ich ein halbes Dutzend Deodorants.“

B – Die Person übt einige Kontrolle über ihre Umgebung aus; sie zeigt einige Reife und etwas Verantwortung.

Beispiel (aus dem Fall eines Mädchens, das sich schämt, ihre gelähmte Hand offen zu zeigen): „Wenn ich alleine oder mit meiner Mitbewohnerin bin, nehme ich meine Hand aus der Tasche.“

A – Die Person verhält sich mit sehr viel Selbst-Bestimmtheit, Reife und Verantwortlichkeit.

Beispiel: „Ich habe begonnen, die Arbeit soweit zu kürzen, sodass ich damit umgehen kann. Wenn ich damit fertig werde, müsste ich ja auch gleichzeitig etwas darüber wissen.“

Zusätzlich wurde jeder Fall in drei Teile geteilt und fünf der erfolgreicherer Fälle wurden mit den fünf weniger erfolgreichen Fällen verglichen. Die Kriterien für Erfolg wurden anhand des Unterschieds zwischen dem ersten und den letzten Interviews definiert: Einstellungen zum Selbst, Selbstakzeptanz und Selbstachtung, Verstehen und Einsicht sowie Abwehrhaltung. Diese Ratings wurden

von Raskins Analyse im Abschlussbericht dieser Artikelserie übernommen, unter Auslassung der Verhaltenspunkte. Diese Maßeinheiten, die auch grundlegend bei vier der anderen Studien waren, ergaben ein objektives Kriterium, welches auf dem Ausmaß fußt, zu dem die hypothetischen Veränderungen im therapeutischen Prozess messbar vorkamen. Bei Verwendung dieses Kriteriums kombinierter Maßeinheiten gehören zur „erfolgreicheren“ Gruppe die Fälle Miss Vib, Miss Int, Mr. Far, Mr. Win and Mr. Que, zur „weniger erfolgreichen“ Gruppe Miss Ban, Mrs. Sim, Mrs. Dem, Mr. Sketch und Miss Wab.

Auch zeigen die Ergebnisse, dass sowohl die mehr als auch die weniger erfolgreichen Fälle auf einem ähnlichen Level beginnen; je weiter allerdings der therapeutische Prozess fortschreitet, umso größer wird der Unterschied. Wenn man die Fälle einzeln betrachtet, sieht man, dass Miss Int, Mr. Que, Miss Vib und Mr. Win einen deutlichen Anstieg von Reife bei ihren berichteten Verhalten entfaltet haben. Ein etwas geringer, aber konsistenter Anstieg ist bei Mrs. Sim zu verzeichnen. Miss Ban, Mrs. Dem, Mr. Sketch and Miss Wab scheinen ihre Therapie etwa auf demselben Stand zu beenden, auf dem sie begonnen haben. Der Fall von Mr. Far ist schwer auszuwerten, weil hier nur eine geringe Menge an Verhaltensdaten zu ermitteln war.

Das Verhalten wurde von Hoffman auf der Basis des Ausmaßes an gezeigter Reife analysiert. Jede Verhaltensreferenz wurde nach einer von drei Reife-Stufen klassifiziert – in hohem Grade reif, teilweise reif und unreif. Sowohl die Beschaffung von Verhaltens-Referenzen aus der wörtlichen Abschrift der Interviews als auch die Einteilung dieser Referenzen nach dem Grad ihrer Reife erwiesen sich als sehr zuverlässig. Bei 53 der 59 Interviews der zehn Beratungsfälle erhielt man Indices der Reife des berichteten Verhaltens. In sechs Interviews konnten keine Verhaltens-Referenzen ermittelt werden. Betrachtet man alle zehn Fälle zusammen, so ist eine Zunahme von Reife vom ersten zum letzten Drittel der Therapie zu verzeichnen, allerdings ist dieser Zuwachs statistisch nicht signifikant. Bei den fünf Fällen, die durch ein objektives Kriterium als „erfolgreicher“ betrachtet werden können, ist die Zunahme an Reife größer als bei der gesamten Gruppe. Bei den fünf „weniger erfolgreichen“ Fällen gibt es nur eine unbedeutende Veränderung bei den Verhaltensberichten. Der Unterschied des Fortschritts zwischen der erfolgreicheren und weniger erfolgreichen Gruppe ist statistisch signifikant. Die Untersuchungsform, die bei dieser Studie angewendet wurde, scheint den üblichen subjektiven Berichten über Verhaltensänderungen bei Beratungen vorzuziehen zu sein und erleichtert außerdem die Korrelation von Verhaltensreife mit anderen psychologischen Variablen.

Carr (1949) analysierte Rorschach-Tests, die neun Beratungsfällen vor und nach der non-direktiven Therapie vorgegeben wurden. Es sollte auch der Grad der Übereinstimmung zwischen den Erfolgseinschätzungen der Therapie durch den Berater einerseits und dem Ausmaß eines solchen Erfolgs durch das Rorschachprotokoll, das nach der Therapie angefertigt worden war, festgestellt werden.

Um die Veränderungen in der Therapie zu untersuchen, wurde die quantitative analytische Methode nach Muench (1947) angewendet, die auf von Klopfer (1942) vorgeschlagenen Symptomen für Anpassung und Fehlanpassung beruhte. Unabhängig von den Ergebnissen der quantitativen Analyse schien es wünschenswert auch qualitative Aspekte der Protokolle mit einzubeziehen. Diese Auswertung erfolgte nach ausführlicher Beschäftigung mit allen Aufnahmen der Prä- und Post-Therapieprotokolle. Carr fand aber, trotz gleicher Anpassungsindikatoren wie Muench, keine signifikante Veränderungen. Auch die qualitative Analyse durch einen Sachverständigen, dem nur soviel bekannt war, dass die Fälle verschiedene Grade von Erfolg repräsentierten, stellte bei fünf Fällen keinerlei Veränderung und bei vier Fällen nur eine leichte Verbesserung fest.

Raskin (1949a) fasst in seinem Abschlussartikel die wesentlichen Aspekte zusammen, die das Projekt der „Parallelstudien“ hervorgebracht hat. Eine parallele, multi-konzeptionelle, objektive Untersuchung wurde bei einer Gruppe von zehn auf Tonband aufgezeichneten Beratungsfällen durchgeführt, um die Möglichkeit des Vergleichs unterschiedlicher Konzepte zu erhalten. Es wurde als durchführbar befunden, dass quantitative Angaben so verschiedener Konzepte wie Selbstakzeptanz und Selbstachtung, Abwehrhaltung, Verhaltensreife und Einsicht durch jedes Interview zu erhalten waren. Signifikante positive Beziehungen haben sich für folgende Konzepte herauskristallisiert: Selbstbezogene Einstellungen, Selbstakzeptanz und Selbstachtung, Verständnis und Einsicht sowie Verhaltensreife. Die Existenz eines relevanten umgekehrten Verhältnisses hat sich zwischen Abwehrhaltung und jedem dieser positiven Maße für den Therapieerfolg herausgestellt. Werden diese Maße bei jedem Interview eines individuellen Falles angewendet, ergeben sie ein bedeutungsreiches Bild für die Ebene der Anpassung des Klienten bei Therapiebeginn bzw. -abschluss und den Therapieverlauf zwischen diesen beiden Punkten. Zwischen den Erfolgseinschätzungen durch die Berater dieser zehn Beratungsfälle und der Erfolgsbemessung auf Basis der fünf interview-analytischen Maße existiert eine signifikante Beziehung. Zwischen den Rorschachergebnissen und den Ergebnissen der fünf interview-analytischen Maße wurde keine signifikante Beziehung festgestellt.

2.3. Bewertung der „Parallelstudien“

Die historische Bedeutsamkeit der Parallelstudien liegt sicher in der Tatsache begründet, dass hier erstmals in größerem Umfang auf der Grundlage von Tonbandprotokollen mit vollständigem Datenmaterial von therapeutischen Prozessen gearbeitet wurde. Der Aufwand, der für diese Aufzeichnungen damals nötig war, ist aus heutiger Sicht beeindruckend.

Neben diesem historischen Wert sind diese Studien aber auch aus heutiger Sicht als konzeptionell ausgesprochen modern und sorgfältig in der Umsetzung zu bezeichnen. Sie stehen noch immer

vorbildlich für eine qualitative und prozessorientierte Psychotherapieforschung. Ein besonderes Qualitätsmerkmal, das auch die späteren Arbeiten von Carl Rogers und von seinen Mitarbeitern kennzeichnet, ist die große Sorgfalt bei der Operationalisierung und Messung von Wirkfaktoren der Psychotherapie. Daneben ist auch der Ansatz der „Parallelstudien“ selbst, also der multiplen Analyse von Therapieprotokollen, als wegweisend und modern zu bezeichnen.

Am Beispiel dieses Projekts der *Parallelstudien* wird ein Weg für die Untersuchung der Psychotherapie auf wissenschaftlichen Grundlagen aufgezeigt. Dabei handelt es sich um eine von jeder Art von Therapie unabhängige Methodologie. Die bei dieser Studie verwendeten Konzepte haben Resultate hervorgebracht, die ausreichend konsistent und bedeutsam waren, um vorläufige Verallgemeinerungen in quantitativer und qualitativer Form über erfolgreiche Psychotherapie nahe zu legen und eine gediegene Basis für Überlegungen zur Persönlichkeitsorganisation bereitzustellen, die aus der Erfahrung der Klientenzentrierten Therapie hervorgegangen ist.

3. Die quantitativ-empirische Forschungsphase in Chicago

3.1. Carl Rogers in Chicago

Carl Rogers war von 1945–1957 Professor für Psychologie an der Universität in Chicago. Aus dieser Zeit stammen mehr als 200 empirische Untersuchungen, in denen Rogers und seine Mitarbeiter den wissenschaftlichen Nachweis für die Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie im engeren Sinne und des Personenzentrierten Ansatzes im weiteren Sinne für die Entwicklung, das Wachstum und die Entfaltung der Persönlichkeit führten. Rogers war der erste Therapieforscher, der durch systematische Tonaufzeichnungen von Therapiesprächen die Interaktionen zwischen Klienten und Therapeuten einer genauen, empirisch nachvollziehbaren und überprüfbar wissenschaftlichen Analyse zugänglich machte. Der gigantische Aufwand kann in Anbetracht der damaligen technischen Möglichkeiten (z. B. allein die Herstellung von Schellack-Platten für die therapeutischen Gespräche) heute von uns nur noch erahnt werden. Die Fülle und Breite der empirischen Arbeiten von Rogers und seinen Mitarbeitern wurde später auch durch die Verleihung der höchsten Auszeichnungen der „American Psychological Association“ belohnt (Wissenschaftspreis der APA 1956 und für Angewandte Psychologie 1972; siehe dazu auch das Statement von Kriz in diesem Heft). In veröffentlichten Interviews betonte Rogers immer wieder die besondere persönliche Bedeutung dieser Preise, da sie von Wissenschaftlern verliehen wurde, die seinem Ansatz kritisch gegenüber standen.

Das Beratungszentrum der Universität Chicago, begründet von Carl Rogers, bot psychisch verletzten (gestörten) Menschen beratende bzw. psychotherapeutische Hilfe auf der Basis des Klienten-

zentrierten Ansatzes als Unterstützung für die Bewältigung ihrer Probleme an. Die Reflexion dieser praktisch-therapeutischen Arbeit diente aber auch der wissenschaftlichen Untersuchung der Ergebnisse und Prozesse Klientenzentrierter Psychotherapie und ihrer theoretischen Weiterentwicklung. Vor diesem Hintergrund entwickelte der Staff des Beratungszentrums 1949 unter der Leitung von Rogers ein sehr anspruchsvolles, aufwendiges und über mehr als vier Jahre dauerndes Forschungsprojekt zur empirischen Überprüfung der zentralen Hypothesen der Klientenzentrierten Psychotherapie, die sinngemäß lauteten (genaue Formulierungen siehe Rogers 1954a, 4):

a) Jedes Individuum trägt grundsätzlich die zumindest latente Fähigkeit in sich, die Aspekte von sich und seinem Leben zu verstehen, die Unzufriedenheit, Angst, Schmerz u.ä. verursachen, und die Tendenz, sich in Richtung zu mehr Selbstaktualisierung und zu größerer Reife zu reorganisieren.

b) Diese Fähigkeit wird frei gesetzt und in der Therapie unterstützt, wenn es dem Therapeuten gelingt, ein Klima zu kreieren, das gekennzeichnet ist durch echte Akzeptanz des Klienten als einer Person von bedingungslosem Wert, das sensible Verstehen der subjektiv existierenden Gefühle des Klienten, ohne diese diagnostizieren oder verändern zu wollen, und das kontinuierliche Bemühen, dieses empathische Verständnis dem Klienten zu vermitteln.

c) In einer solchen akzeptierenden, verständnisvollen und nicht bedrohlichen Atmosphäre wird der Klient seine Selbst-Wahrnehmung verändern, wird sich und andere besser verstehen und akzeptieren, in gutem Sinne besser angepasst, mehr selbstbestimmend und autonom, reifer in seinem Verhalten, weniger defensiv und frustrationstoleranter sein.

d) Überträgt man diese Art der therapeutischen Beziehung auf interpersonelle Beziehungen in der Familie zwischen Eltern und Kindern, so wird sich das Kind selbstbestimmter und reifer entwickeln, in der Schule zwischen Lehrern und Schülern, so werden Schüler eher selbstinitiiert und selbstdisziplinierter lernen, in Organisationen zwischen Vorgesetzten und Untergebenen, so werden die Mitarbeiter sich selbstverantwortlicher, kreativer und kooperativer sich mit neuen Problemen auseinandersetzen.

3.2. Die Zielsetzungen des Forschungsprogrammes in Chicago

Vor dem Hintergrund des bedeutsamen Werkes von Sigmund Freud und seiner Beobachtungen aus der therapeutischen Arbeit mit Patienten und den erweiternden Beiträgen von Jung, Adler, Rank, Horney, Sullivan und Fromm sowie der Beiträge von Carl Rogers konstatierten Gordon/Grummon/Rogers/Seeman (1954, 12ff), dass diese Arbeiten im weitesten Sinne das Denken in der Psychotherapie im engeren und das in den Sozialwissenschaften im weiteren Sinne entscheidend beeinflussten, ohne das Vorliegen systematischer empirischer Forschungen bis zu diesem Zeitpunkt. Dieses Fehlen systematischer psychotherapeutischer Forschung begründen

Gordon et al. (1954) damit, dass Psychotherapie auf der Basis subtiler Beziehungen ein extrem komplexes Geschehen und scheinbar kontrollierten Studien nicht zugänglich ist. Trotzdem folgte die Forschergruppe der Diktion von Thorndike (bei dem Rogers Psychologie studiert hatte) dass alles, was existiert, in irgendeiner Art Quantität existiert, die gemessen werden kann.

In diesem Kontext entwickelte die Forschergruppe um Rogers im Jahr 1949 ein erstes groß angelegtes empirisches Forschungsdesign mit mehreren zentralen Programmpunkten:

a) die Untersuchung der inneren Dimension von Psychotherapie – die Entdeckung gesetzmäßiger Beziehungen im Therapieprozess, die für die Reorganisation der Persönlichkeit verantwortlich sind;

b) die Untersuchung der äußeren Dimension von Psychotherapie – die Entdeckung von Korrelaten des psychotherapeutischen Prozesses im größeren psychologischen, soziologischen und physiologischen Feld des Individuums;

c) die Relation dieser Befunde zur Persönlichkeitstheorie und zum gegenwärtigen Wissen über Persönlichkeit.

3.3. Die Durchführung der Untersuchung

Vorweg sei gesagt, dass die Planung, Durchführung und Auswertung der Untersuchung einen immens hohen wissenschaftlichen Anspruch verfolgte, der auch den heute üblichen wissenschaftlichen Standards entspricht.

Was die Zusammensetzung der Planungs- und der Forschungsgruppe betrifft, so variierte ihre Größe zwischen zwanzig und dreißig Personen, die permanente oder externe Mitarbeiter am Beratungszentrum der Universität waren, darunter neun Dissertanden, vier Habilitanden. Der Kern der Forschungsgruppe bestand aus ca. 10 Personen, von denen sechs bis acht Mitglieder der Universität Chicago waren.

Die Forschergruppe folgte der Sozialphilosophie des Klientenzentrierten Ansatzes entsprechend bei ihren Entscheidungen einem „gruppenzentrierten“ Ansatz in der Leitung des Projektes, wobei jedes Gruppenmitglied innerhalb des Projektes möglichst die Aufgaben verfolgen konnte, die persönlich am wichtigsten waren. Dieser Prozess war manchmal ziemlich konfus, konflikthaft und scheinbar ineffizient, doch der Glaube an die Funktionalität und „organismische Weisheit“ der Gruppe führte zu einer fundamentalen Entscheidung bezüglich einer theoriegeleiteten Forschung.

Abgeleitet aus dieser grundsätzlichen Entscheidung für eine theoriegeleitete Untersuchung entschloss sich die Forschergruppe für eine „kontrollierte Studie“ zur Überprüfung theoretisch begründeter Hypothesen bezüglich relevanter Prozessvariablen, die einen förderlichen therapeutischen Prozess konstituieren bzw. blockieren oder verhindern (Prozessstudien Klientenzentrierter Psychotherapie), und bezüglich erwarteter Persönlichkeitsveränderungen

durch die Therapie (Ergebnisstudien Klientenzentrierter Psychotherapie).

In diesem Kontext mussten zwei grundsätzliche Problemkreise diskutiert werden, das *Kontrollproblem* und das *Kriteriumsproblem*.

Das Problem der Kontrolle wurde nicht nur unter dem Aspekt der theoretisch erwünschten, aber wegen der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes praktisch nicht erreichbaren Vergleichbarkeit zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppen diskutiert, sondern vor allem hinsichtlich der adäquaten Kontrolle therapie-relevanter Merkmale mittels unterschiedlicher Instrumente zu unterschiedlichen Zeitpunkten und mit Hilfe entsprechender statistischer Verfahren – wie z. B. Kovarianzanalysen zur Auspartialisierung von Unterschieden zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe. Durch die Diskussion und die Verwendung verschiedener Kontrollen sollte erreicht werden, dass der Effekt von untersuchten Variablen in der Psychotherapie in seinen Auswirkungen auf die Persönlichkeit und das Verhalten isoliert und studiert werden kann.

Das Kriteriumsproblem stellt die Frage nach dem Erfolg bzw. Misserfolg in der Psychotherapie. Kann das Verschwinden eines Symptoms als Erfolg gewertet werden, obgleich das dahinter liegende Problem nicht gelöst ist? Wenn nur eine grundlegende tiefe Persönlichkeitsveränderung als Erfolg gilt, was ist dann die zunehmende Zufriedenheit des Klienten (mit der Problematik sich selbst erfüllender Prophezeiung) oder der bessere Umgang (Bewältigung) mit Problemen. Es gibt keine allgemein akzeptierte Definition von Erfolg, die klar operationalisierbar wäre, sodass Erfolg bzw. Misserfolg in der Psychotherapie durch eine Vielzahl spezifischer Variablen aus der Sicht der Klienten, der Berater und signifikanter Anderer mit unterschiedlichen Verfahren bestimmt werden muss.

3.3.1. Design und Ziele der Untersuchung

Das allgemeine Ziel der Untersuchung, welche Veränderungen im Klienten stattfinden, warum er sich verändert und wie diese beiden Ebenen – Prozess und Ergebnis – zusammen hängen, erforderte ein sehr differenziertes Design, das vom Aufwand (z. B. wurden alle Gespräche auf Platten aufgezeichnet und transkribiert) und vom methodischen Anspruch keinen Vergleich mit heutigen Studien zu scheuen braucht (vgl. Grummon 1954a, 35ff). Ausgangspunkt sollte eine möglichst große Gruppe an Klienten sein, an denen in verschiedenen Projekten eine Anzahl separater Hypothesen getestet werden sollte:

Projekt 1 betraf die Veränderungen in der Selbstwahrnehmung der Klienten mittels der Methode des Q-Sorts², wonach 100 selbstbezogene Statements (z. B. „Ich bin ein liebenswerter Mensch“, „Ich habe Angst vor großen Unstimmigkeiten mit anderen Menschen“

etc.) auf 9 Skalenplätzen (von großer Zustimmung bis extremer Ablehnung mit einer nach der Normalverteilung fest gelegten Häufigkeit pro Skalenpunkt) bezüglich der Einschätzung des Realself (S – so bin ich), des Idealself (I – so möchte ich sein) und einer ‚durchschnittlichen‘ (ordinary) Person (O – so schätze ich eine durchschnittliche Person ein) verteilt, korreliert und faktoranalytisch (!) werden. In diesem Projekt wurden spezifische Hypothesen geprüft über die Veränderung in der Wahrnehmung des eigenen Selbst und dem Anderer mittels Differenzen bzw. Korrelationen im sogenannten SIO Q-Sort, z. B. sollte die Korrelation zwischen Real- und Idealself im Laufe der Therapie zunehmen, als Ausdruck steigender Kongruenz bzw. Integration unterschiedlicher, mehr oder weniger vereinbarter Persönlichkeitsaspekte.

Projekt 2 prüfte Persönlichkeitsveränderungen mittels Thematischem Apperzeptionstest (TAT) in Richtung verbesserter psychologischer Anpassung, zunehmender sozialer Reife in Beziehungen und größerer Kongruenz zwischen der Selbstwahrnehmung des Klienten und der klinischen Diagnose im TAT durch externe Experten.

Im Zentrum des Projektes 3 standen die Veränderungen in der Einstellung der Klienten gegenüber anderen Personen mittels entsprechender Einstellungsskalen (Self-Other Attitude Scale; S-O Skala), die auch auf die Ethnozentrismus-, Konservativismus- und Faschismus-Skala von Adorno Bezug nahm. Durch die Psychotherapie sollten der Wert anderer Menschen, die Akzeptanz verschiedener Meinungen und demokratische Überzeugungen zunehmen. Zusätzlich entwickelte Gordon für dieses Projekt einen situativen Rollenspieltest, mit Hilfe dessen die Antworten von einzelnen Personen gegenüber anderen in kritischen Situationen erfasst werden sollten.

Projekt 4 thematisierte die Veränderungen in der emotionalen Reife des Verhaltens mittels Selbsteinschätzung des Klienten nach der standardisierten Willoughby Emotional-Maturity Scale (E-M Skala) im Vergleich zum entsprechenden Fremdrating durch zwei von den Klienten benannten Freunden, die zum Zweck der Kontrolle auch noch eine selbstgewählte andere Person beurteilten.

Eine andere Gruppe von Projekten betraf sogenannte Prozessstudien, die Antwort darauf zu geben versuchen, wodurch im Prozess der Klientenzentrierten Psychotherapie eine verbesserte individuelle psychologische Anpassung erreicht wird.

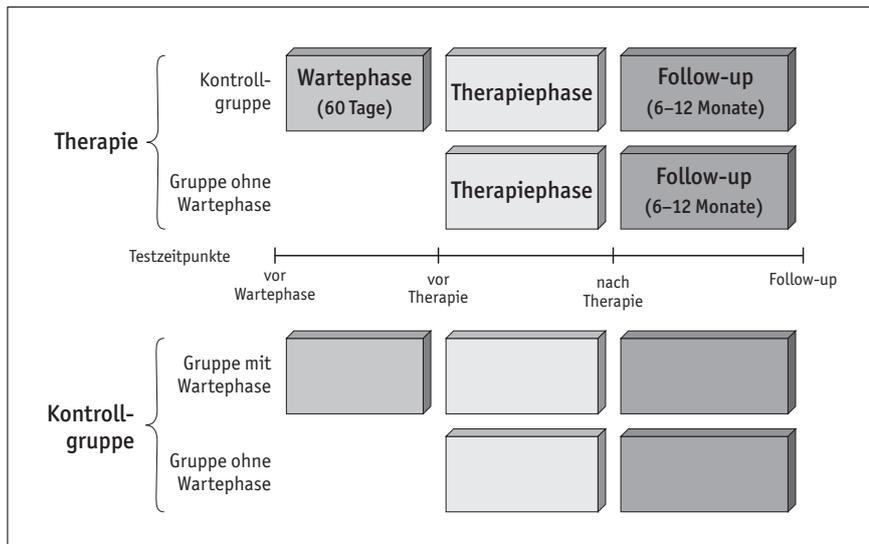
3.3.2. Untersuchungsplan und Stichprobe

Abbildung 1 zeigt die grundsätzliche Einteilung in die Therapiegruppe und die Kontrollgruppe (die während des gesamten Untersuchungszeitraumes an keiner Psychotherapie teilnimmt). Ein Teil der Therapiegruppe ist eine Wartegruppe über zwei Monate bis zum

2 Ein Q-Sort als alternatives Messinstrument zu konventionellen Fragebogentechniken in der Psychotherapieforschung wurde sporadisch bis heute in verschiedenen Studien (aktuell z. B. im Bereich der Bindungsforschung) eingesetzt. Ein Vorteil

besteht in der Möglichkeit einer sehr differenzierten und im Vergleich zu strukturierten Fragebögen offenen Form der Erhebung, ein nicht unerheblicher Nachteil in der Länge der Vorgabe und methodischen Schwierigkeiten bei der Auswertung.

Beginn der Therapie, um Persönlichkeits- und motivationale Veränderungen allein durch die Erwartung einer Psychotherapie zu untersuchen, im Vergleich zur Therapiegruppe ohne Wartephase und zur Kontrollgruppe. Katamnestische Untersuchungen im Zeitraum von 6–12 Monaten nach Therapieende sollten die Stabilität der erzielten Veränderungen durch die Klientenzentrierte Psychotherapie analysieren. Insgesamt gab es nach diesem Untersuchungsplan 4 Messzeitpunkte, an denen den Klienten aus der Therapiegruppe und den Teilnehmern der Kontrollgruppe unterschiedliche Verfahren vorgelegt wurden.



Die *Therapiegruppe* wurde zufällig aus dem Sample der erwachsenen Klienten ausgewählt, die um psychotherapeutische Unterstützung am öffentlich zugänglichen Beratungszentrum der Universität Chicago im Zeitraum von sechs Monaten nach Beginn der Untersuchung anfragten und bereit waren, freiwillig daran teil zu nehmen (ca. 50% der Befragten lehnten aus unterschiedlichen Gründen ab). Das Geschlecht der Klienten und das Verhältnis von Studierenden und Nicht-Studierenden sollten gleich verteilt sein.

Insgesamt konnten 29 Personen (11 weiblich, 18 männlich; 16 Studierende, 13 Nicht-Studierende) zwischen 21 und 40 Jahren (mittleres Alter 27 Jahre) – die meisten mit ernsthaften psychischen Störungen (Neurosen bis hin zu Borderline-Störungen), einige mit emotionalen Spannungen und Unsicherheiten – in die Therapiegruppe aufgenommen werden, die nach Meinung der Forschergruppe insgesamt als typisch für das Klientel am Beratungszentrum betrachtet werden konnten. Es gingen schließlich nur solche Klienten in die Therapiegruppe ein, die mindestens sechs oder mehr Therapiesitzungen absolvierten. Eine Einteilung nach differenziellen klinischen Diagnosen erfolgte nicht.

Daneben gab es auch eine *Abbrecherguppe* von insgesamt 25 Klienten, die weniger als 5 Therapiesitzungen absolvierten, unzufrieden mit dem Verlauf der Therapie waren, die ersten Tests machten, manchmal kein weiteres Interview oder den Ort bzw. die Therapierichtung wechselten.

Eine *Kontrollgruppe*, die wirklich vergleichbar ist mit der Therapiegruppe hinsichtlich der wichtigsten Untersuchungsvariablen, ist praktisch unmöglich, sodass die Forschergruppe zwei Wege wählte:

a) Die *Wartegruppe*: Die Hälfte der Therapiegruppe stimmte einer Wartezeit von 2 Monaten vor Beginn der Therapie zu, wobei alle Tests zu Beginn und am Ende der Wartezeit / Beginn der Therapie durchgeführt wurden, um mögliche Persönlichkeitsveränderungen während der Wartezeit mit denen während der Therapie vergleichen zu können bzw. den Einfluss der Motivation für Psychotherapie zu analysieren. Hier muss jedoch erwähnt werden, dass es unter diesen Klienten der Wartegruppe eine höhere Abbruchquote gab, sodass letztlich weniger als die Hälfte der Therapiegruppe als eigene Kontrollpersonen in der Wartegruppe fungierten.

b) Die *eigentliche Kontrollgruppe* setzte sich aus insgesamt 23 Personen zusammen, die freiwillig an einer „Untersuchung zur Persönlichkeit“ teilnahmen, hinsichtlich Geschlecht (12 weiblich, 11 männlich), Alter (zwischen 19 und 44 Jahren, durchschnittlich 27 Jahre), sozioökonomischem Status und im Verhältnis Studierende (N=12) und Nicht-Studierende (N=11) mit der Therapiegruppe vergleichbar waren. Sonstige Umwelteinflüsse während der Untersuchungs-

zeit wurden nicht erhoben. Die Hälfte der Kontrollgruppe wurde wie die Therapiegruppe mit Wartezeit an vier Messzeitpunkten untersucht, die andere Hälfte wie die Therapiegruppe ohne Wartezeit zu drei Messzeitpunkten (vgl. Abb.1). Der Kontakt mit den Personen der Kontrollgruppe musste über 1–3 Jahre aufrechterhalten werden.

3.3.3. Auswahl der Therapeuten und Chronologie des Untersuchungsablaufes

Die Kriterien zur Auswahl der Therapeuten – mindestens einjährige Arbeit am Beratungszentrum und 340 therapeutische Sitzungen mit ausreichender Erfahrung bei der Aufzeichnung von Therapiesprächen – erfüllten 12 Personen (5 waren relativ unerfahren, 6 arbeiteten schon 5–6 Jahre und einer 29 Jahre). 8 Therapeuten betreuten zwischen 3–5 Klienten, 4 Therapeuten 1–2 Klienten im Untersuchungszeitraum. Weitere Merkmale – wie z.B. der Grad der ‚Klienten-zentriertheit‘ des Therapeuten im Umgang mit dem Klienten – wurden nicht kontrolliert.

Die Chronologie des Untersuchungsablaufes bedurfte einer ausgefeilten Logistik:

1.) Erstes Interview: Informationen über den Ablauf der Untersuchung; Therapiebedarf und -angebot waren aus ethischen Gründen nicht abhängig von der Teilnahme an der Untersuchung; Ergebnisse der begleitenden Untersuchungen wurden dem jeweiligen

Therapeuten nicht mitgeteilt; vertrauliche Behandlung der Gespräche und der Aufzeichnungen; Hinweis auf mögliche Wartezeit.

2.) Vortests der Wartegruppe und der einen Hälfte der Kontrollgruppe (soziobiografische Daten, TAT, SIO Q-Sort, E-M Skala, S-O Skala, situativer Rollenspieltest, Fremdeinschätzung durch zwei benannte Freunde auf der E-M Skala) jeweils durch externe Untersucher, die nicht ident mit den Therapeuten waren.

3.) Prätests mit den oben genannten Verfahren am Ende der Wartezeit/vor Beginn der Therapie.

4.) Alle therapeutischen Gespräche wurden aufgezeichnet und transkribiert.

5.) Untersuchungen während der Therapie: SIO Q-Sort nach der 7., 20. und jeweils folgenden 20. Sitzung durch den Klienten; nach der 7. Sitzung sortierte auch der Therapeut die Statements wie sie der Klient vermeintlich einschätzte.

6.) Posttests nach Ende der Therapie (bzw. äquivalenter Ablaufzeit für die Kontrollgruppe) wie bei den Prä- bzw. Vortests sowie einem SIO Q-Sort auch durch den Therapeuten.

7.) Therapeutenratings mittels mehrerer Items hinsichtlich der Ergebnisse der Therapie, der Art der therapeutischen Beziehung und des therapeutischen Prozesses.

8.) Nachuntersuchung nach 6–12 Monaten nach Ende der Therapie (bzw. nach Ablauf der entsprechenden Zeit für die Kontrollgruppe) mit der bereits genannten Testbatterie.

9.) Follow-up-Interviews zur Bedeutung der Beratungserfahrungen während der letzten Monate bezüglich relevanter Änderungen hinsichtlich eigener Emotionen, des eigenen Verhaltens, der Beziehungen zu Angehörigen und Arbeitskollegen und besonders effektiver/ineffektiver therapeutischer Merkmale.

10.) Follow-up-Fragebogen bezüglich der Einschätzung der Therapie durch den Klienten, signifikanter Lebenserfahrungen nach Ende der Therapie und der Suche nach zusätzlichen Hilfen.

In diesem Zusammenhang ist es besonders wichtig darauf hin zu weisen, dass die externen Untersucher im Forschungsprozess zu den verschiedenen Messzeitpunkten nicht darüber informiert waren, aus welcher Untersuchungsgruppe die jeweilige Person stammte (Therapiegruppe, Wartegruppe oder Kontrollgruppe), um mit Hilfe dieses „Blindversuches“ sozial erwünschte Effekte möglichst zu vermeiden.

Bei kritischer Betrachtung dieses Untersuchungsdesigns (vor mehr als 50 Jahren) kann festgehalten werden, dass es auch nach heutigen wissenschaftlichen Gesichtspunkten höchsten Ansprüchen genügt, die nicht nur auf ausgefeilte quasi-experimentelle Methoden und empirisch-statistische Auswertungen zurückgreift, sondern auch auf sehr gründliche und ausführliche, phänomenologisch angelegte Fallstudien.

Etwas problematisch erscheinen die doch relativ kleinen Stichprobengrößen in den einzelnen Untersuchungsgruppen – wer jedoch Langzeituntersuchungen über die Effektivität von Psychotherapie durchgeführt hat, weiß wie schwierig ein solches Unterfangen

ist – und aus heutiger Sicht die zu wenig beachtete diagnostische Differenzierung der Klienten im Hinblick auf den Verlauf und das Ergebnis der Psychotherapie.

3.4. Ergebnisse der Untersuchung

Die Fülle der Ergebnisse wurde in insgesamt 16 verschiedenen, sehr ausführlichen Artikeln in diesem Band dargestellt, was hier im Detail nicht möglich ist. Stattdessen wird eine Bündelung der Untersuchungen in ihrem jeweiligen Beitrag zu den oben genannten Projekten und den darin verfolgten Fragestellungen versucht.

3.4.1. Veränderungen in der Selbstwahrnehmung durch Klientenzentrierte Psychotherapie

Die im Projekt 1 aus der Persönlichkeits- und Therapietheorie von Rogers, soweit sie zum damaligen Zeitpunkt schon elaboriert war, abgeleiteten und hypothetisch vermuteten Veränderungen in der Selbstwahrnehmung der Person durch Klientenzentrierte Psychotherapie werden in drei empirischen Untersuchungen von Butler und Haigh (1954), Dymond (1954a) und Rudikoff (1954) differenziert analysiert. Die Arbeit von Seeman (1954) fällt etwas aus dem Rahmen der Fragestellungen dieses Projektes, weil es um Globaleinschätzungen aus der Sicht der Therapeuten geht.

In der Arbeit von Butler und Haigh (1954) geht es im Schwerpunkt um die Veränderungen im Verhältnis zwischen Realselbst und Idealselbst durch Klientenzentrierte Psychotherapie, wobei generell eine Verringerung der Diskrepanz zwischen Real- und Idealselbst mittels der beschriebenen Q-Sort Technik erwartet wurde (bzw. eine Erhöhung der Korrelation zwischen diesen Selbstanteilen) und im besonderen Maße bei sogenannten „erfolgreichen“ Klienten. Die signifikante Zunahme der mittleren Korrelationen zwischen Realselbst- und Idealselbst-Einschätzungen der Klienten vom Prätest vor Beginn der Therapie ($r = -.01$) zum Posttest am Ende ($r = .34$) und deren Stabilisierung im Nachtest (6–12 Monate nach der Therapie; $r = .31$) bestätigt trotz großer interindividueller Variabilität der Korrelationen zu den unterschiedlichen Zeitpunkten (z. T. von $r = -.56$ bis $.78$) die erwartete Veränderung durch Klientenzentrierte Psychotherapie, während die Wartezeit keinen Einfluss darauf nehmen konnte. Die mittleren Zusammenhänge in der Kontrollgruppe waren naturgemäß von Beginn an höher ($r = .58$), da es sich ja nicht um eine klinisch auffällige Gruppe handelte, und sie blieben über den Untersuchungszeitraum stabil ($r = .59$).

Die nach einem externen TAT-Rating und einem einfachen Therapeuten-Rating als übereinstimmend erfolgreich eingeschätzten Klienten bestätigen eine noch stärkere Zunahme der Korrelation ($r = .44$ im Follow-up) bzw. eine noch größere Reduktion der Diskrepanz zwischen Real- und Idealselbst.

Eine zusätzliche Differenzierung ergab die Analyse von Dymond (1954a) hinsichtlich der Realselbsteinschätzungen der Klienten zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Verlauf der Klientenzentrierten Psychotherapie im Vergleich zu einem externen Kriterium einer „psychologisch gut angepassten und integrierten Persönlichkeit“ im Q-Sort Rating durch zwei erfahrene Kliniker. Die Ergebnisse zeigen in Mittelwertsvergleichen die erwarteten signifikanten positiven Veränderungen der Klienten in Richtung einer zunehmend besseren psychologischen Anpassung zu den unterschiedlichen Messzeitpunkten. Die signifikanten Unterschiede zwischen Therapie- und Kontrollgruppe zum Zeitpunkt des Prätests verschwinden zum Posttest und auch in der Nachuntersuchung. Die Wartezeit hatte wieder keinen Einfluss. Interessant war jedoch ein geschlechtsspezifischer Effekt, wonach sich weibliche Klienten stärker verbesserten als Männer. Leider wurde in der Analyse kein Bezug auf das Geschlecht des Therapeuten genommen.

Die vergleichende Studie von Rudikoff (1954) schließt die Veränderungen der Einschätzungen des Realselbst, des Idealselbst und der „durchschnittlichen Person“ (der gesamte SIO Q-Sort) über alle 4 Messzeitpunkte (einschließlich Wartezeit und Nachuntersuchung) der Therapiegruppe ein, wobei einschränkend angefügt werden muss, dass von den insgesamt 25 Klienten nur noch 8 Personen übrig geblieben sind. Trotzdem sind die Befunde bemerkenswert und unterstreichen die vorherigen Ergebnisse, dass während der Wartezeit keine Veränderungen stattfinden, sondern die zunehmende Kongruenz zwischen den verschiedenen Selbstwerteinschätzungen durch die signifikante Verbesserung des Realselbst, eine Annäherung an die „durchschnittliche Person“ und eine leichte Reduzierung des überhöhten Idealselbst (obwohl dieses am stabilsten über alle Untersuchungspunkte bleibt) während der Therapie erfolgt und bis zur Nachuntersuchung stabil bleibt. Die Bestätigung der Validität dieser Ergebnisse zeigt sich in der zunehmend besseren Anpassung des Realselbst an die externe Einschätzung einer gut integrierten Persönlichkeit durch erfahrene Kliniker (oberer Anpassungsindex von Dymond 1954a). In der Arbeit von Seeman (1954) geht es um die Beurteilungen des therapeutischen Prozesses durch die Therapeuten in Relation zu den Ergebnissen der Psychotherapie mittels einer von Raskin konzipierten Ratingskala mit insgesamt 10 Items (3 Items zum therapeutischen Prozess, 3 Items zur therapeutischen Beziehung und 4 Items zu globalen Ergebnissen) in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter der Klienten und der Therapiedauer. Dabei zeigen sich durchwegs bedeutsame signifikante Zusammenhänge zwischen den Prozessvariablen und den globalen Einschätzungen von Erfolg / Misserfolg der Therapie. Der Erfolg einer Therapie hängt nicht vom Alter und vom Ausgangsstatus der geschätzten persönlichen Integration des Klienten ab, jedoch von der Therapiedauer (Therapien mit mehr als 20 Sitzungen wurden erfolgreicher eingeschätzt) und vom Geschlecht der Klienten (der eingeschätzte Therapieerfolg war für Frauen höher als für Männer), wobei die Untersuchung leider keine Angaben über das Geschlecht der Therapeuten

(vermutlich mehr Männer) macht (siehe auch in der obigen Arbeit von Dymond 1954a), sodass eine wirkliche Beurteilung dieses Bias schwer fällt.

Zusammenfassend bestätigen die Arbeiten zum Projekt 1 auf verschiedene Weise die zunehmende Integration bzw. Kongruenz unterschiedlicher Selbstwertanteile im Sinne von Rogers als nachweislichen Effekt Klientenzentrierter Psychotherapie; sie unterstützen damit auch Horneys psychoanalytisches Konzept einer eher reziproken Beziehung des Realselbst und des Idealselbst als Ausdruck einer Selbstwertminderung bei psychischen Störungen und ihrer Veränderung durch Psychotherapie im Sinne einer verbesserten Selbstanpassung an realistische Ziele im Gegensatz zu einem glorifizierten und überhöhten Idealselbst. Kritisch kann angemerkt werden, dass die signifikanten Veränderungen vor allem weitgehend auf Selbsteinschätzungen der Klienten und Therapeuten beruhen. In den folgenden Untersuchungen wurde vor allem auf externe Änderungsmessungen Wert gelegt, die sich weniger dem Verdacht von Selbstbestätigungen bzw. sich selbst erfüllenden Prophezeiungen aussetzen.

3.4.2. Persönlichkeitsveränderungen durch Klientenzentrierte Psychotherapie mittels TAT

Bis zum damaligen Zeitpunkt lagen einige Untersuchungen zu Psychotherapieeffekten durch die Therapeuten selbst vor, mit der plausiblen Begründung, dass sie einerseits die nächsten und konstantesten Zeugen des psychotherapeutischen Prozesses sind, andererseits jedoch diese Einschätzungen einer subjektiven Verzerrung unterliegen könnten, sodass auch andere Kriterien durch externe Beurteiler – wie Persönlichkeitstests (MMPI) und projektive Verfahren (z. B. Rorschachtest, TAT) – eingesetzt werden sollten, bis hin zur Überprüfung mit theorieferneren Methoden.

Die Untersuchung von Dymond (1954b) benutzte in sehr ausführlicher Weise die extern erfassten TAT-Maße (in Form eines siebenstufigen Ratings von schwerer Störung an der Grenze zur Psychose bis zu einer „gut integrierten, glücklichen Person“ am anderen Ende der Skala) als Veränderungs- und Erfolgsmaße für die therapeutischen Prozesse im Vergleich zum Anpassungsindex mittels Q-Sort an eine „gut integrierte Person“ (nach Dymond 1954a) und zur Diskrepanz im Realselbst / Idealselbst Q-Sort der Klienten in Abhängigkeit vom Erfolg bzw. Misserfolg der Therapie aus der Sicht der Therapeuten. Da die externen Untersucher mittels TAT nicht darüber Bescheid wussten, ob die untersuchten Personen Mitglieder der Kontroll- oder der Therapiegruppe waren (bzw. in welchem Stadium der Therapie sich diese befanden), erfüllt diese Studie den Charakter eines Blindversuches. Die Ergebnisse bestätigen einerseits eine signifikante Verbesserung der psychologischen Anpassung im TAT-Rating vom Beginn bis zum Ende der Therapie und darüber hinaus im Follow-up innerhalb der Therapiegruppe, sodass am Ende keine bedeutsamen Unterschiede zur Kontrollgruppe

mehr vorlagen. Ein Beitrag zur Validierung der Befunde ist darin ersichtlich, dass diese im TAT durch externe Beurteiler festgestellten Veränderungen signifikant mit den Einschätzungen des therapeutischen Erfolges durch die Therapeuten korrelieren ($r = .40$ am Ende der Therapie; $r = .49$ im Follow-up). Die signifikanten Zusammenhänge der TAT-Ratings mit den Einschätzungen des Therapieerfolges durch den Anpassungsindex und durch die Selbsteinschätzungen der Klienten im SI Q-Sort sind zusätzlich starke Belege für die Veränderungswirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie mittels unterschiedlicher Untersuchungsverfahren.

Die Arbeit von Grummon/John (1954) geht noch einen Schritt weiter und versucht die Effekte Klientenzentrierter Psychotherapie auf dem Hintergrund einer psychoanalytisch orientierten TAT-Auswertung mittels 23 verschiedener Skalen über den mentalen Gesundheitsstatus der Klienten im Vergleich zur Kontrollgruppe und unter Berücksichtigung der Wartezeit zu analysieren. Diese sehr aufwendige und elaborierte Studie unterstützt, aber bestätigt nicht die Hypothese, dass die Therapiegruppe signifikante konstruktive Gewinne in Richtung eines besseren Gesundheitsstatus im Vergleich zur Kontrollgruppe macht, wobei aber tendenzielle positive Veränderungen während der Therapiephase und nicht während der Wartezeit passieren. Außerdem zeigt sich eine Tendenz zu größeren Gewinnen bei Klienten, deren mentaler Gesundheitsstatus schon zu Beginn besser eingeschätzt wurde. Interessant erscheint die Tatsache, dass die vor einem psychoanalytischen Hintergrund gewonnenen Erkenntnisse die Wirksamkeit der Klientenzentrierten Therapie unterstützen, obwohl diese Kriterien nicht mit den bisher genannten und meist verwendeten theorienahen Konzepten korrelieren.

In einer der ursprünglich nicht geplanten „Spezialstudien“ von Vargas (1954) bestätigen sich diese Erkenntnisse bezüglich 9 verschiedener Arten der Selbstwahrnehmung während der Therapie und zwei externer, „blind“ eingeschätzter TAT Ratings bezüglich der mentalen Gesundheit und der psychosexuellen Entwicklung auf psychoanalytischer Basis bei 10 Klienten, deren Therapie von den Therapeuten als erfolgreich eingestuft worden ist. Auch hier zeigt sich, je näher die Veränderungsmaße an der Klientenzentrierten Theorie orientiert sind, umso besser waren die erwarteten Effekte, während die psychoanalytischen Kriterien zum Teil umgekehrt mit den klientenzentrierten Maßen korrelierten.

3.4.3. Veränderungen in den Einstellungen gegenüber Anderen durch Psychotherapie

Die Studien von Gordon/Cartwright (1954) und Tougas (1954) aus dem Projekt 3 analysieren unter anderem, ob ethnozentristische, autoritaristische Einstellungen und die Akzeptanz des Wertes anderer Menschen und Meinungen durch Klientenzentrierte Psychotherapie verändert werden können. Der interessante Ansatz eines situativen Rollenspieltests, mit dessen Hilfe die Antworten von Einzelpersonen in kritischen zwischenmenschlichen Situationen

erfasst werden sollte und der von Gordon speziell für dieses Projekt entwickelt wurde, ist leider zumindest im Rahmen dieses Projektes nicht ausgewertet worden.

Im Rahmen dieser beiden Studien wurde auch vor dem Hintergrund der psychoanalytischen Theorien von Fromm, Horney und Fromm-Reichmann angenommen, dass Personen nach einer erfolgreichen Therapie andere Menschen besser akzeptieren und schätzen lernen. Mittels einer 10 Subskalen umfassenden S-O-Skala (Self-Other-Attitude-Scale), die unter anderem die Faschismus-, Ethnozentrismus und Konservativismus-Skalen von Adorno enthielt, konnte dieser erwartete Effekt in der sehr differenzierten Arbeit von Gordon/Cartwright (1954) nicht nachgewiesen werden. Es zeigte sich nur bei den erfolgreichsten Klienten eine moderate Tendenz zur Liberalisierung ihrer Einstellungen gegenüber anderen Menschen.

Die noch differenziertere Auswertung von Tougas (1954) – zusätzlich im Vergleich zu psychoanalytisch behandelten Personen im Ansatz von Sullivan (N=25) – zeigte, dass ausgeprägter Ethnozentrismus in beiden Therapieformen geradezu ein Indikator für vorhersagbaren Misserfolg ist.

Zusammenfassend betonen die Autoren, dass sich darin eine begrenzte Wirksamkeit verbaler Therapien bei antidemokratischen Grundeinstellungen zeigt und die Frage bleibt, wie es unter diesen Umständen gelingt eine bedeutsame zwischenmenschliche Beziehung herzustellen.

3.4.4. Persönlichkeitsveränderungen durch Therapie im Vergleich zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen

Im Projekt 4 geht es in der Arbeit von Rogers (1954b) um die zusätzliche Absicherung therapeutischer Effekte durch den Vergleich der Selbstbeurteilung emotionaler und verhaltensmäßiger Reife mittels der Willoughby Emotional-Maturity Scale durch die Klienten und der Fremdeinschätzung durch zwei benannte Freunde zu allen vier Messzeitpunkten. Die Annahme, dass Klientenzentrierte Psychotherapie zu einem höheren Grad an emotionaler und verhaltensmäßiger Reife führt und diese Änderung für Klienten und externe Beobachter evident ist, kann in dieser allgemeinen Form nicht aufrecht erhalten werden. Zwar zeigt sich in der Selbsteinschätzung der Klienten ein zunehmend signifikanter Effekt von der Prä-Messung bis zur Nachuntersuchung (die Wartezeit zeigt keine bedeutsamen Veränderungen), aber dieser Befund findet sich nicht durchgängig in der Einschätzung der Freunde. In differenziellen Auswertungen zeigt sich, dass nur bei den durch die Therapeuten als erfolgreich eingeschätzten Klienten (N=13) die Veränderungen in Richtung größerer emotionaler und verhaltensmäßiger Reife in der Selbst- und Fremdbeurteilung durch Freunde übereinstimmen; weniger gilt dieser Befund bei durchschnittlich erfolgreichen Klienten (N = 9) und überhaupt nicht bei wenig erfolgreichen Klienten. Bestätigt wird dieses Ergebnis auch durch signifikante Korrelationen

der Einschätzung der Veränderungen hinsichtlich der persönlichen Integration der Klienten aus der Sicht der Therapeuten und solcher in der Fremdbeurteilung der Freunde ($r = .50$ der Prä-Post-Differenzen; $r = .67$ der Prä-Follow-up-Differenzen!). Darin wird möglicherweise einerseits eine verzerrte Wahrnehmung der Therapieeffekte bei weniger erfolgreichen Klienten angezeigt, andererseits spekuliert Rogers, dass bei den wenig erfolgreichen Klienten die Therapie offensichtlich nicht gut oder lang genug war. Verschlechterungen im Fremdurteil könnten andeuten, dass alle Klienten vor einer Veränderung in Richtung eines reiferen Verhaltens durch eine regressive Phase gehen. Für genauere Erkenntnisse reicht die Befundlage in dieser Untersuchung nicht.

Für erfolgreiche Klientenzentrierte Therapien kann jedoch als erwiesen gelten, dass sie sich nicht nur in inneren, subtilen Persönlichkeitsveränderungen niederschlagen, sondern auch im alltäglichen Verhalten der Klienten, was sowohl von ihren Freunden als auch von erfahrenen Klinikern bestätigt wird.

3.4.5. Persönlichkeitsveränderungen als eine Funktion der Zeit

Damals waren die Zweifel an der Effektivität der Psychotherapie schon ein Thema (besonders vertreten von Eysenck, Denker und Hebb), und in Variationen und differenzierter Form sind sie es auch heute noch oder immer wieder (vgl. Grawe 1995; Grawe/Donati/Bernauer 1993) – bestimmte Themen wiederholen sich in der Wissenschaftsgeschichte je nach den vorherrschenden gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Strömungen. In diesem Untersuchungsprojekt ging es Rogers und Mitarbeitern damals schon darum, nicht Glaubenssätze zu vertreten, sondern wissenschaftliche Beweise für die Klientenzentrierte Psychotherapie zu führen. Dabei geht es meist um die Frage, ob spontane Remissionen stattfinden und als eine Funktion der Zeit betrachtet werden können.

In einer eigenen Analyse von Grummon (1954b) sollte ansatzweise dieser Frage nachgegangen werden, ob allein die Motivation zur Psychotherapie in einem bestimmten Zeitraum konstruktive Veränderungen der Persönlichkeit bewirkt. Abgesehen von der schwer lösbaren Kriteriumsproblematik, was als Veränderung der Persönlichkeit definiert wird (in dieser Studie wurden 7 verschiedene Maße verwendet) und der ebenfalls sehr komplexen Kontrollgruppenproblematik (hier wurde vor allem die Wartegruppe präferiert), zeigten die Ergebnisse, dass es keine empirische Basis für die Hypothese gibt, dass allein die Motivation für Psychotherapie (als Funktion eines zweimonatigen Warteintervalls) eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung bringt. Zerlegt man jedoch die 23 Personen der Wartegruppe in eine „Abbrechergruppe“ von $N = 8$ Personen, die weniger als 6 Therapiesitzungen hatten, und 15 Personen mit bis zu 60 Therapiesitzungen, so zeigen sich in den Verbesserungen des Gesundheitsstatus der „Abbrechergruppe“ Ansätze zu einer spontanen Remission. Darin zeigt sich, dass einerseits ein Therapieabbruch nicht grundsätzlich als Misserfolg gedeutet werden darf,

andererseits müssen neben den Bedingungen, die zu dieser Situation führen, gerade bei solchen Klienten mögliche Persönlichkeitsveränderungen genauer untersucht werden.

Diese Ergebnisse sprechen nicht grundsätzlich gegen die Möglichkeit spontaner Remissionen als Ausdruck positiver Persönlichkeitsentwicklungen. Die Motivation für Veränderung allein ist jedoch offensichtlich keine ausreichende Kraft für spontane Remissionen. Kritisch sei angemerkt, dass der Beobachtungszeitraum relativ kurz, die Stichprobe sehr klein war und keine Unterscheidungen im Hinblick auf den Schweregrad der Störung getroffen wurden, was eine fundierte Aussage schwer macht. Grummon (1954b) folgert daraus, dass Psychotherapie ein sehr komplexes Geschehen ist, und die Fragen nach der Effektivität von Psychotherapie nicht rigoros, sondern nur sehr differenziert beantwortet werden können. Außerdem wissen wir im Falle sogenannter spontaner Remissionen viel zu wenig Bescheid über eventuell veränderte (externe) Bedingungen.

3.4.6. Fallstudien

Im Teil III des Untersuchungsberichtes führt Rogers (1954c; 1954d) zwei ausgezeichnete und sehr ausführliche Beispiele empirischer Einzelfallanalysen einer erfolgreichen Klientenzentrierten Psychotherapie („Mrs. Oak“) und einer nicht erfolgreichen Behandlung („Mr. Bebb“) mit einerseits ausgefeilter statistischer Methodik und andererseits phänomenologischer Beschreibung an, die höchsten wissenschaftlichen Standards genügt. Die Darstellungen umfassen alle Erfahrungen und Messungen im psychotherapeutischen Prozess zweier Einzelpersonen.

Im Falle von Mrs. Oak (Rogers 1954c) handelt es sich um eine Hausfrau, Ende dreißig, mit einer als psychosomatisch diagnostizierten Erkrankung und großen Beziehungsproblemen zu ihrem Ehemann und zu ihrer erwachsenen Tochter. Sie fühlte sich sehr schuldig und wollte die Ursachen ihrer Probleme erkunden.

Ohne hier ins Detail zu gehen (insgesamt 48 Sitzungen), imponieren akribisch genaue Korrelationsanalysen über alle Q-Sorts zu den verschiedenen 6 Messzeitpunkten mittels der Selbst-, Fremd-, Therapeuten- und Expertenratings. Illustrierend sei hier nur die zunehmende Interkorrelation zwischen Real- und Idealselbst angeführt (von $r = -.21$ vor Beginn der Therapie bis zu $r = .79$ nach der zweiten Nacherhebung).

Im Laufe der Therapie macht die Klientin die Erfahrung („experiencing of self“), dass verleugnete Gefühle langsam ins Bewusstsein „blubbern“ und auch als spürbare physiologische Veränderung wahrgenommen wurden. Die Klientin entwickelt zunehmend Selbstverantwortung und Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten zur Bewältigung der Realität und der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen. Die Ergebnisse dieser Einzelfallstudie belegen die solide und objektive Evidenz, dass Klientenzentrierte Psychotherapie die Wahrnehmung des Selbst in seinen verschiedenen Anteilen verändert, sowohl oberflächlich als auch in tieferen Strukturen der

Persönlichkeit, begleitet von Veränderungen in den Einstellungen und im Verhalten gegenüber anderen Menschen, wenn die therapeutische Beziehung als förderlich erlebt wird.

Im Falle der Analyse der nicht erfolgreichen Klientenzentrierten Psychotherapie des Mr. Bebb (Rogers 1954d), mit denselben Methoden wie in der obigen Darstellung der Mrs. Oak, argumentiert Rogers, dass missglückte Therapien selten veröffentlicht werden – gilt auch heute noch –, obwohl sie wahrscheinlich zur Präzisierung der therapeutischen Bemühungen mehr beitragen können als erfolgreiche Therapien. Unklar bleibt in der Darstellung, ob Rogers selbst der Therapeut oder nur der analysierende Forscher des therapeutischen Geschehens war.

Mr. Bebb war ein junger Student ausländischer Herkunft, der auf Anraten eines Freundes Therapie in Anspruch nahm. Mr. Bebb war sehr schüchtern, ängstlich, hatte große Selbstwertprobleme, zeitweilig starkes Herzklopfen ohne medizinischen Befund und hatte manchmal auditive Halluzinationen.

Die ersten 7 Sitzungen nach einer zweimonatigen Wartezeit fanden innerhalb von 31 Tagen statt und waren bis zur 6. Stunde scheinbar Erfolg versprechend. In der sechsten und siebenten Stunde äußerte der Klient vermehrt Bedenken über mögliche psychotische Phänomene, bezeichnete die Therapie als Beweis für seine Unreife, äußerte Zweifel und Angst vor der Unveränderbarkeit seiner Symptome, reduzierte die wöchentlichen Treffen und beendete auf eigenen Wunsch in der neunten Sitzung die Therapie.

Rogers (1954d) versuchte zu prüfen, ob sich Erklärungen für den Misserfolg aus den ersten Interviews und den klinischen Untersuchungsdaten ableiten lassen, um Hypothesen für künftige Studien zu liefern. Auch hier kann nicht auf die Fülle der Informationen und diversen Analysen eingegangen werden. Entscheidend erscheint einerseits die große Angst des Klienten, in der Therapie zunehmend abnorme und nicht akzeptable Aspekte zu entdecken, die ihn von der Therapie weg ziehen, anstatt die Fortschritte zu sehen. Andererseits ortet Rogers in der Analyse hier Fehler oder Schwächen des Therapeuten (er selbst?), nicht unterstützend genug für den Klienten gewesen zu sein – z. B. hat der Therapeut in der 7. Stunde die Entscheidung des Klienten für eine Reduktion der wöchentlichen Sitzungen akzeptiert und damit die eine Seite der Ambivalenzen des Klienten unterstützt und verstärkt. Die Erkenntnis, einerseits die Therapie verlassen zu wollen und andererseits gleichzeitig geliebt und respektiert zu werden, hat eine ängstliche Person wahrscheinlich noch mehr geängstigt.

Am Ende bzw. beim Abbruch der Therapie zeigen die verschiedenen Berateratings, TAT- und Q-Sort Analysen eine Person nahe am psychischen Zusammenbruch mit einer leichten Verbesserung zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung. Auf Differenzierungen bezüglich der diagnostischen Fremdrepräsentationen im Vergleich zu den Selbst-Repräsentationen kann hier nicht weiter eingegangen werden. Interessant erscheint die Deutung von Rogers (1954d), das Verlassen der Therapie durch Mr. Bebb als Schutz vor zunehmender

Angst, als eine Art defensiven Abwehrmechanismus bzw. geradezu paradoxe „Flucht in die Gesundheit“.

Zusammenfassend konstatiert Rogers (1954d): Erfolge sind bei zu kurzer Therapiedauer weniger wahrscheinlich,

- je schwerer die Störung, desto schwieriger ist es für den Klienten, die Angst zu überwinden und in der therapeutischen Beziehung zu bleiben;
- wenn der Therapeut nicht alle Aspekte der ausgedrückten Gefühle des Klienten akzeptiert und Gefühle zu sehr betont und anspricht, die der Klient noch nicht ausgedrückt hat, dann wird die Wahrscheinlichkeit eines verfrühten Endes bzw. Abbruchs der Therapie erhöht.

3.5. Bewertung der Studie

Diese umfassende Studie mit fast 80 Personen, die in einem Zeitraum von einigen Monaten bis über 4 Jahre untersucht wurden, mit insgesamt mehr als 1000 aufgezeichneten Therapiestunden, imponiert allein schon durch ihren quantitativen Aufwand.

Eindrucksvoll sind die Belege der Effektivität Klientenzentrierter Psychotherapie mittels sehr differenzierter, unterschiedlicher Verfahren. Der Verdacht sich selbst erfüllender Prophezeiungen positiver Effekte Klientenzentrierter Psychotherapie durch die am therapeutischen Prozess beteiligten Personen kann durch die Ergebnisse der im Blindversuch ermittelten externen Befundlage eindeutig widerlegt werden. Dieses Untersuchungsdesign gibt der Studie einen besonderen wissenschaftlichen Wert. Auch der Mut, theoriefernere Verfahren einzusetzen, zeugt von der wissenschaftlichen Redlichkeit des Forscherteams. Geradezu modern, und nicht nur seiner Zeit voraus schauend, sind die Analysen der sogenannten Abbrecher bzw. der weniger erfolgreichen Psychotherapien, da besonders diese Prozessverläufe besondere Erkenntnisse zur theoretischen Weiterentwicklung liefern. Die Publikationen nicht erfolgreicher Psychotherapien halten sich auch heute noch in bescheidenen Grenzen und spiegeln sicher nicht den psychotherapeutischen Alltag wider. Dieser Teil der Arbeit von Carl Rogers sollte uns mehr Mut machen, sogenannte nicht oder wenig erfolgreiche Therapien nicht nur in unseren Supervisionen zu reflektieren, sondern im Diskurs der wissenschaftlichen Gemeinschaft.

Die positiven Veränderungen in der Selbstwahrnehmung der Klienten, abgesichert durch die Fremdbeurteilungen der Experten und anderer Personen, sind zweifelsohne eindrucksvoll; die Wartezeit als Motivationsausdruck ist nicht von Bedeutung, dies gilt in besonderer Weise für die als erfolgreich eingeschätzten Klienten. Warum sich andere nur moderat verbessern, unabhängig von der Therapiedauer, bleibt etwas diffus bzw. kann in solchen empirisch-statistischen Analysen mittels relativ kleiner Untersuchungsgruppen nur schwer aufgeklärt werden. Trotzdem muss der differenzielle Ansatz der Forschergruppe im Rahmen ihrer damaligen Möglichkeiten

positiv unterstrichen werden; er förderte auch heute noch interessante Befunde zu Tage, wie z. B. die Diskrepanz zwischen den Selbsteinschätzungen und den Fremdbeurteilungen der Verhaltensänderungen bei den weniger erfolgreichen Klienten, die selbst dort positive Veränderungen wahrnehmen, wo Freunde Verschlechterungen beurteilen. Die Tatsache, dass Frauen scheinbar von der Therapie mehr profitieren als Männer, kann im Lichte der modernen Gender-Forschung betrachtet werden; interpretationsbedürftig ist dieser Befund in der Studie aber auch deshalb, weil Angaben über das Geschlecht der Therapeuten versäumt wurden. Von der Illusion, ethnozentristische, autoritäre und antidemokratische Einstellungen – als besonders resistente Formen von Vorurteilen – durch Psychotherapie entscheidend verändern zu können, mussten wir uns offensichtlich schon damals verabschieden bzw. müssen die Bedingungen, unter denen auch hier positive Veränderungen erzielt werden können, genauer erforscht werden.

Was die angekündigte Analyse des therapeutischen Prozesses und seiner förderlichen Bedingungen für den Therapieerfolg angeht, muss festgehalten werden, dass diesbezüglich die Ergebnisse eher mager sind, da in dieser Studie trotz des enormen Aufwandes zu wenig auf die mikroanalytischen Prozesse und die genaue Bedeutung der Grundhaltungen im therapeutischen Geschehen Wert gelegt wurde. So kann auch nicht im Einzelnen genau aufgeklärt werden, warum trotz durchschnittlich signifikanter positiver Veränderungen durch Klientenzentrierte Psychotherapie manche Klienten Rückschritte erlebten. In dieser Studie konnte keine präzise Antwort darauf gegeben werden, ob dies an der Persönlichkeit des Klienten, den Einstellungen des Therapeuten, der Art der therapeutischen Beziehung, am Fehlen bestimmter Elemente im therapeutischen Prozess liegt oder am Zusammenwirken verschiedener Faktoren.

Dies soll aber nicht nur als Kritik an einer alles in allem sehr überzeugenden und heute noch Beispiel gebenden Studie gesehen werden, sondern spiegelt die Komplexität des Gegenstandes wider, denn die Realität hängt immer vom Standpunkt des Betrachters ab. In dieser Hinsicht ist diese Studie der Forschergruppe um Carl Rogers heute noch Wegweisend, denn was sie zusammen getragen haben, sind Erkenntnisse und Ergebnisse Klientenzentrierter Psychotherapie aus der Perspektive von sehr vielen verschiedenen Punkten der Betrachtung. Verdienstvoll ist auch der Versuch, diese verschiedenen Wahrnehmungssysteme in Beziehung treten zu lassen, weg von einer zu einfachen Betrachtung der Wirklichkeit.

4. Die „Wisconsin-Periode“

4.1. Carl Rogers in Wisconsin

Seine „Wisconsin-Jahre“ (1957–1963) hat Carl Rogers selbst als die „... schmerz- und qualvollste Episode seines gesamten Berufslebens“ bezeichnet (vgl. Kirschenbaum 1979, 275). In den Jahren

zuvor in Chicago hatte er seinen Klientenzentrierten Ansatz weiter ausformuliert und empirisch begründet; er war wohl am Höhepunkt seiner wissenschaftlichen Laufbahn. Ein Angebot einer Gastprofessur in seiner alten Studienstadt Madison (Wisconsin) nahm er gerne an; insbesondere reizte ihn die dortige Möglichkeit, mit Psychiatern gemeinsam seinen Ansatz weiter zu entwickeln und mit Patienten mit besonders schweren Störungen zu arbeiten. Auch der Wechsel von der Großstadt Chicago in die kleine Universitätsstadt Madison war mit persönlichen Erwartungen verbunden; zumindest diese wurden teilweise erfüllt.

Bereits in den ersten Monaten in Madison gelang es Rogers, die Bewilligung für ein auch aus heutiger Sicht ausgesprochen großes und finanziell gut ausgestattetes Forschungsprojekt, die „Wisconsin-Studie“, zu bekommen. Viele Erwartungen waren mit diesem Projekt verbunden. Nach den langen Jahren der Beschäftigung mit Patienten mit vergleichsweise geringen psychischen Problemen bestand die größte Herausforderung darin, die Klientenzentrierte Psychotherapie an einer Extremgruppe von hospitalisierten Patienten mit besonders schweren Störungen zu überprüfen und weiter zu entwickeln. Sein Ansatz sollte also unter besonders schweren Bedingungen überprüft werden. Ein persönliches Anliegen Rogers' war auch die Begegnung mit der Psychiatrie, verbunden mit der Hoffnung, dass sein Ansatz auch in diesem Bereich auf hohe Akzeptanz stoßen würde. Die „Wisconsin-Studie“ war zum damaligen Zeitpunkt sicher weltweit das größte und engagierteste Projekt zur Psychotherapieforschung.

Allerdings war dieses Projekt von Anfang an mit großen Problemen verbunden. Die Arbeit mit den Patienten selbst gestaltete sich weit schwieriger als erwartet. Das Projekt wurde extrem anspruchsvoll geplant, bald musste die Forschergruppe erkennen, dass die Planung nicht vollständig realisiert werden konnte. Auch innerhalb des Forscherteams gab es zahlreiche Konflikte und Probleme. Es gelang nicht, eine autonome, selbstgesteuerte, „personenzentrierte“ Form der Zusammenarbeit im Team zu entwickeln. Rogers führte dies später darauf zurück, dass er durch zahlreiche Vortragsreisen in diesen Jahren zu wenig Zeit in Wisconsin verbringen konnte.

Die Schwierigkeiten innerhalb des Projektteams, insbesondere ein Konflikt mit einem Teammitglied, waren so groß, dass das Projekt nur mit großen Problemen zu Ende geführt werden konnte. Eine zusätzliche Panne war das Verschwinden des kompletten analysierten Datenmaterials. Mit großem Aufwand mussten sämtliche Interviewanalysen rekonstruiert und neu ausgewertet werden. Rund um die Veröffentlichung, die erst neun Jahre nach dem Projektbeginn erschienen ist (Rogers et al. 1967), entbrannte ein Streit, der auch über Anwälte und Gerichte ausgetragen wurde. Durch die jahrelange Verzögerung wurde die ursprünglich von der Fachwelt neugierig erwartete Studie kaum mehr beachtet. Sie gilt als die am wenigsten bekannte Buchveröffentlichung von Carl Rogers.

Die „Wisconsin-Studie“ war die letzte empirisch-wissenschaftliche Arbeit von Rogers. Als eine direkte Folge dieser Studie ist wohl

seine verstärkte Auseinandersetzung mit der Kongruenz zu werten, die sich auch in den Veröffentlichungen der folgenden Jahre in Kalifornien deutlich erkennen lässt.

4.2. Die Wisconsin-Studie

4.2.1. Die Ausgangslage

Das Wisconsin-Projekt bildet den Endpunkt der empirischen Psychotherapieforschung von Rogers. Das Forschungsprojekt, vermutlich bis heute eines der bislang umfangreichsten im Bereich der Psychotherapieforschung, stand dabei in der konsequenten Linie der früheren Arbeiten, die sich fundiert mit der psychotherapeutischen Beziehung auseinandergesetzt hatten.

Die ersten dieser Arbeiten wurden bereits in den frühen 50er Jahren durchgeführt. In diesen Studien wurden mittels des Q-Sort, eines Sortierverfahrens, in dem Klienten die Aufgabe hatten, 119 Aussagen, die sich auf ihre Einschätzung der Therapeuten beziehen, in eine bestimmte Reihenfolge der Wertigkeit zu bringen, Therapieeffekte untersucht. Die bis heute weit über den Personenzentrierten Ansatz hinaus bekannteste Studie aus dieser Zeit wurde von Fiedler (1950b) veröffentlicht, der nachweisen konnte, dass erfahrene Therapeuten unterschiedlicher Richtungen von den Klienten ähnlicher beurteilt wurden als unerfahrene Therapeuten verschiedener Richtungen. Die Einschätzungen zu den erfahrenen Therapeuten stimmen dabei insbesondere in „personenzentrierten“ Merkmalsbereichen (Toleranz, Akzeptanz, etc.) überein. In einer weiteren Studie konnte Fiedler ähnliche Übereinstimmungsmuster auch bei Experteneinschätzungen feststellen (Fiedler 1950a). Die beiden weit über den Personenzentrierten Ansatz hinaus bekannten Studien von Fiedler und einige Folgeuntersuchungen, die ebenfalls auf der Q-Sort-Technik aufbauten (Bown 1954; Heine 1953), lieferten die Grundlage für zahlreiche Studien in den späten 50er Jahren, in denen die von Rogers formulierten Bedingungen des therapeutischen Prozesses bestätigt wurden. In diesen Arbeiten (am bekanntesten Barrett-Lennard 1959; 1962) wurde das „Relationship Inventory“ (RI) entwickelt, ein differenziertes Fragebogeninstrument zur Erfassung des therapeutischen Prozesses aus verschiedenen Perspektiven. Dieses Instrument war auch von zentraler Bedeutung für die Wisconsin-Studie. Inhaltlich versuchen die Forschungsarbeiten der späten 50er Jahre eine detaillierte Beschreibung von Therapieprozessen und die Identifikation prozessualer „Erfolgsfaktoren“.

4.2.2. Die Zielsetzungen der Wisconsin-Studie

Carl Rogers umreißt in der Einleitung des Berichts zur Wisconsin-Studie (Rogers et al. 1967) in gewohnt persönlicher Weise die Ziele für das engagierte und umfangreiche Projekt: Er hatte zu diesem Zeitpunkt den Eindruck, dass die meisten wesentlichen Bereiche der Klientenzentrierten Psychotherapie durch zahlreiche Forschungs-

arbeiten der 40er- und 50er Jahre gut bestätigt waren. Er selber fühlte sich immer als ein „Vorkämpfer“ („frontiersman“), der sich immer wieder in neue – und herausfordernde – Gebiete weiterentwickelt hat. Ein Gebiet, das Rogers schon lange interessierte, und in dem er bislang vergleichsweise wenige Erfahrungen sammeln konnte, war die therapeutische Arbeit und Forschung im Bereich von schweren psychischen Störungen. Das Wisconsin-Projekt bot daher insgesamt einen thematisch herausfordernden Rahmen, indem hier erstmals und umfangreich mit psychotischen hospitalisierten Patienten (Diagnosen im Bereich der schizophrenen Störungen) gearbeitet und geforscht werden konnte. Die besondere Herausforderung bestand für Rogers darin, „seinen“ im „... Bereich der neurotischen, fehlangepassten, gestörten, ambulatorisch betreuten, aber „funktionierenden“ psychotischen, sowie schwer interpersonal gestörten Personen“ (ebd. XVII; Übers. C. K.) gut überprüften Ansatz an einer Extremgruppe – im Sinne einer schwersten psychischen Störung – „auszutesten“. Besonders interessierte ihn dabei die Frage, ob sein Verständnis einer auf Beziehungen aufbauenden Psychotherapie auch bei dieser Extremgruppe Gültigkeit besaß, was dann als eine weitere Bestätigung für die allgemeine Gültigkeit der von ihm gefundenen Wirkfaktoren der therapeutischen Beziehung betrachtet werden könnte.

Der Wisconsin-Studie wurden folgende allgemeine Fragen zugrunde gelegt:

(1) Welche Verhaltensweisen des Therapeuten sind wirksam, um eine Veränderung im Klienten zu bewirken und diese Veränderung auch zu erhalten?

(2) Welche Verhaltensmerkmale des Klienten charakterisieren den Prozess der Veränderung während der Psychotherapie, und

(3) Was sind die Ergebnisse dieses Prozesses? (Gendlin / Rogers 1967). Diese Fragen führten zu drei exakt formulierten Forschungshypothesen, die im Folgenden im Hinblick auf ihren zentralen Stellenwert im vollen übersetzten Wortlaut dargestellt werden:

- Je größer das Ausmaß ist, indem die therapeutischen Bedingungen in der therapeutischen Beziehung umgesetzt werden können, in umso größerem Ausmaß wird ein therapeutischer Prozess bzw. eine Veränderung im Klienten sichtbar werden.
- Die gleichen Dimensionen der prozessualen Veränderung werden sich im Verhalten von akuten Schizophrenen, von chronischen Schizophrenen, von normalen und von neurotischen Personen finden.
- Ein Therapieprozess wird bei solchen Personen in einem signifikant erhöhten Ausmaß sichtbar werden, denen Therapie auch angeboten wurde, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, der keine Therapie angeboten wurde (paired matched sample Vergleich).

An den Formulierungen dieser Hypothesen wird der hohe Anspruch der Wisconsin-Studie gut erkennbar. Die Studie war als eine grundlegende und umfassende empirische Überprüfung des Personenzentrierten Ansatzes an einer extrem schwierigen Gruppe konzipiert.

Eine weitere Erschwernis bestand darin, dass das Mendota State Psychiatric Hospital in Madison damals eine landesweit bekannte „Vorzeigeeinrichtung“ war. Es gab für die Patienten zahlreiche Behandlungsangebote und vergleichsweise günstige Bedingungen. Die Psychotherapie sollte ihre zusätzliche Wirksamkeit daher unter Bedingungen unter Beweis stellen, die für die Behandlung der Patienten den damals besten Wissensstand repräsentierten.

4.2.3. Die Durchführung der Studie

Eine Gruppe von acht erfahrenen Psychotherapeuten, darunter die Autoren der späteren gemeinsamen Veröffentlichung (Carl Rogers, sein Mitarbeiter Eugene Gendlin, und die beiden Doktoranden Donald Kiesler und Charles Truax) waren mit der Planung und vor allem der Durchführung der Studie über einen Zeitraum von mehreren Jahren involviert; dazu kamen noch zahlreiche studentische Mitarbeiter, die mit den umfangreichen qualitativen Analysen der Therapiesequenzen betraut wurden.

Der Studie lag ein komplexer experimenteller Forschungsplan zugrunde. Insgesamt nahmen 48 „Versuchspersonen“ an der Studie teil; Es wurden drei „experimentelle“ Gruppen (Teilnahme an der Psychotherapie) definiert: Schizophrene mit einem eher chronischen Krankheitsverlauf, Schizophrene mit einem eher akuten Krankheitsverlauf³ und gesunde Personen. Dem gegenüber standen drei „Kontrollgruppen“, mit gleicher Diagnostik, allerdings ohne Psychotherapie. Die sechs Gruppen umfassten je acht Personen, die Zuordnung erfolgte nach einem Zufallsprinzip. Um Störeinflüsse möglichst auszuschalten, wurde die Studie in der Form eines „yoked control“ Designs realisiert, was bedeutet, dass jeder Person in einer experimentellen Gruppe eine Person in einer Kontrollgruppe zugeordnet wurde, die in wesentlichen Daten (Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status) vergleichbar war. Jeder der acht Therapeuten sollte mit drei Patienten arbeiten. Dabei wurde auch darauf geachtet, dass die Zuteilung zu den Therapeuten einerseits zufällig und andererseits kontrolliert – im Sinne einer Gleichverteilung der persönlichen Merkmale – erfolgte. Auch die Diagnostik, insbesondere im Sinne einer methodisch korrekten Klassifizierung der beiden Schizophreniegruppen, erfolgte mit großer Sorgfalt.

Die Studie hatte einen Zeithorizont für die einzelnen Therapieverläufe von bis zu 30 Monaten; Messungen waren jeweils in Abständen von 3 bzw. 6 Monaten bei allen Patienten vorgesehen.

Am Studiendesign wird eine Charakteristik der Studie erkennbar, die sich durch alle Bereiche, bis hin zur Ergebnisdarstellung, erstreckt: Die Wisconsin-Studie zeichnet sich durch einen ungemein hohen theoretischen Anspruch aus, sowohl was die Forschungsfragen, aber insbesondere auch die methodisch korrekte Umsetzung

betrifft, der dann in der Praxis der Therapie nicht völlig umgesetzt werden konnte. Die Schwierigkeiten lagen bereits in der Selektion der Personen (es gibt wohl kaum eine schwierigere Stichprobe für Psychotherapieforschung als chronische und dauerhospitalisierte Schizophrene), aber besonders auch in den Ausfällen über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg. Letztlich konnte das anspruchsvolle Design nur in Ansätzen realisiert werden, es gab zahlreiche unvollständige Datensätze, die Auswertungsstichprobe war deutlich reduziert.

Ein weiterer Anspruch der Studie lag im Bereich der Erfassung psychotherapeutischer Prozesse in einem personenzentrierten Sinn. Es wurden die in den späten 50er Jahren entwickelten Ratingskalen zur Erfassung prozessualer Merkmale von Psychotherapie überarbeitet und für unterschiedliche Ratingperspektiven (Therapeuteinschätzung, Klienteneinschätzung und Fremdbeobachtung) nutzbar gemacht. Zu den bis heute bekannten Skalen, die verwendet wurden, gehören z. B. die Truax Rating Scales (Truax 1961) zur Erfassung von „accurate empathy“ und „unconditional positive regard“, ein Instrument von Kiesler zur Messung von Kongruenz und die „Prozessskalen“ von Carl Rogers (1958); weiters kamen eine neu entwickelte „Experiencing-Skala“ von Eugene Gendlin (vgl. Klein / Mathieu-Coughlan / Kiesler 1986) sowie ebenfalls neu entwickelte Skalen zur Erfassung von Beziehungsqualität, von personalen Konstrukten und zum Problemausdruck zum Einsatz.

Bemerkenswert und sicher bis heute aktuell ist die Form der therapeutischen Prozesserfassung: Neben den (konventionellen) Selbsteinschätzungen durch Klienten und Therapeuten wurden sorgfältig konzipierte Fremdratings durchgeführt. Eine innovatives Merkmal der Wisconsin-Studie ist dabei, dass hier nicht vollständige Therapiesequenzen, sondern – im Sinne einer konsequenten methodischen Umsetzung eines phänomenologischen Forschungsansatzes – jeweils definierte kurze Ausschnitte (in der maximalen Länge einiger Minuten) analysiert wurden. Die hohe methodische Sorgfalt zeigt sich auch bei der Konzeption der Fremdratings, wo hohes Augenmerk auf die Ausbildung der Rater und vor allem auf die Übereinstimmung zwischen den Ratern gelegt wurde. Es wurden nicht therapeutisch gebildete Rater herangezogen und ausgebildet, um mögliche Verzerrungen in den Ratings durch therapeutische Vorerfahrungen auszuschließen. Insgesamt wurden mehr als 3000 Therapieabschnitte jeweils von mehreren Ratern analysiert.

Neben den verschiedenen methodischen Ansätzen zur Erfassung des therapeutischen Prozesses kamen auch konventionelle Fragebögen (z. B. der z. T. bis heute noch verwendete MMPI) sowie diverse objektivierbare Erfassungen des Therapieerfolgs zum Einsatz.

In personenzentrierter Tradition findet sich im Forschungsbericht auch ein von Rogers geschriebener Abschnitt über die „menschliche Seite“ des Projekts und den persönlichen Erfahrungen des Forscherteams (Rogers 1967b): Darin beschreibt Rogers sehr einfühlsam die Sichtweise der Patienten im Forschungsprojekt, die oft erstmals eine Erfahrung von Psychotherapie machten und durch die Vielzahl

³ Als eher akut wurden Patienten mit einer Hospitalisierung bis zu sechs Monaten, als eher chronisch solche mit längeren Hospitalisierungszeiten definiert.

der Fragebögen zusätzlich sehr gefordert wurden. Das Projekt war auch für die Therapeuten eine ganz besondere Herausforderung, da sie mit einer extrem schwierigen Klientenpopulation konfrontiert waren, die meist – auch für die erfahrenen Therapeuten – nicht nur eine völlig neuartige, sondern auch eine sehr intensive, persönlich sehr fordernde und langdauernde Erfahrung bedeutete.

4.2.4. Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen

An erster Stelle ist festzuhalten, dass die Studie zwar zahlreiche interessante und bis heute bedeutsame Teilergebnisse erbracht hatte, aber insgesamt einen Großteil der hochgesteckten Erwartungen – im Sinne einer klaren Bestätigung der Forschungshypothesen – nicht erfüllt hat.

Als vielleicht wichtigster „Befund“ in einem methodischen Sinne ist die Tatsache zu erwähnen, dass der methodische Ansatz konsequent und erfolgreich umgesetzt werden konnte. Insbesondere hat die Studie gezeigt, dass eine prozessuale Erfassung therapeutischer Prozesse auf eine ökonomische und prozessgerechte Art in der Form möglich ist, dass relativ kurze Ausschnitte eines Therapieprozesses genau analysiert werden können und es so auf eine verlässliche Art möglich ist, den gesamten Prozess zu bewerten. Dies wurde durch zahlreiche methodische Überprüfungen (Vergleich der Analysen unterschiedlicher Therapiesequenzen, Vergleich der Auswahlmethoden dieser Sequenzen, Übereinstimmungen der Rater etc.) nachgewiesen. Es konnte also der Nachweis erbracht werden – vielleicht sogar in einer Weise und Deutlichkeit wie in keiner anderen personenzentrierten Therapieforschungsarbeit – dass es möglich ist, die therapeutische Praxis und Umsetzung eines phänomenologisch verankerten Beziehungsmodells fundiert und vor allem adäquat wissenschaftlich zu überprüfen.

Die Haupthypothese der Studie (Hypothese 1) konnte allerdings nicht bestätigt werden. Dies bedeutet, dass kein kausaler Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Verwirklichung der Basisvariablen in der therapeutischen Beziehung und der Qualität des therapeutischen Prozesses nachgewiesen werden konnte. Es gibt vermutlich zahlreiche Ursachen für dieses unerwartete Ergebnis. Nachträglich betrachtet war es wohl ein „Planungsfehler“, dass im Studiendesign eine *kausale* Überprüfung der Hypothese gar nicht vorgesehen war. Die Analysen zu den Beziehungen innerhalb des Therapieprozesses konnten aus methodischen Gründen ja nur korrelativ durchgeführt werden. Eine interessante inhaltliche Überlegung findet sich im Forschungsbericht in einem kritisch reflektierenden Abschnitt der Ergebnisdarstellung (Kiesler/Mathieu/Klein 1967). Die Autoren weisen darauf hin, dass eine „objektivierte“ Analyse der Verwirklichung der Therapeutenvariablen gar nicht möglich ist, da sogar eine „objektive“ Fremdanalyse eines Therapieprozesses Merkmale wie z. B. die Kongruenz immer auf der Grundlage einer Interaktion beurteilen muss. So ausgelegt, entstehen die therapeutischen Bedingungen im therapeutischen Prozess, also

auch unter Beteiligung des Klienten, und sind daher nicht unabhängig von der Entwicklung des therapeutischen Prozesses. Insbesondere motivationale Aspekte (hohe Therapeuten- bzw. Klientenmotivation) dürften sich auf die therapeutischen Haltungen auswirken. Hier erwies sich auch die Patientenpopulation – schwere psychische Erkrankungen, verbunden oft mit nur sehr geringer Therapiemotivation – als ein zusätzliches Hindernis.

Daneben zeigten sich auch in der Wisconsin-Studie bereits damals bekannte Probleme bei der Erfassung der therapeutischen Grundhaltungen (vgl. Mitchell/Bozarth/Kraufft 1977); während bei der Empathie sehr gute Übereinstimmungen zwischen den Ratern verzeichnet wurden, waren diese bei der Beurteilung von Akzeptanz und insbesondere von Kongruenz verringert.

Was die Wertigkeit der Basishaltungen betrifft, kann aus der Studie abgeleitet werden, dass besonders Empathie und Kongruenz – jeweils aus der Wahrnehmung der Klienten – mit einem günstigen Therapieprozess einhergehen, wobei zwischen diesen beiden Basishaltungen in den Messungen hohe Korrelationen gefunden wurden. Der empirische Nachweis der Beziehung zwischen den Basisvariablen und dem Therapieprozess ist vermutlich – trotz aller methodischen Einschränkungen – das Hauptergebnis der Wisconsin-Studie.

Ein besonders bemerkenswerter und durchaus kritischer Befund bestand darin, dass es zwischen den Therapeuteneinschätzungen und den externen Prozessbeurteilungen zu signifikanten negativen Korrelationen kam. Besonders „überschätzt“ haben die Therapeuten ihre eigene Verwirklichung des Beziehungsangebots bei den Therapien, die keinen bzw. nur einen sehr geringen Therapieerfolg aufwiesen. Die Klienteneinschätzungen stimmten hingegen relativ gut mit den externen Prozessbeurteilungen überein, was aufgrund des schwierigen Klientels besonders bemerkenswert erscheint. Die Studie kann daher zumindest in gewisser Weise als Bestätigung dafür aufgefasst werden, dass ein therapeutischer Prozess dort zu beobachten ist, wo das Therapieangebot nicht nur vorhanden, also vom Therapeuten realisiert, sondern vom Klienten auch wahrgenommen wird.

Aufgrund der methodischen Schwierigkeiten konnte auch die zweite Hypothese letztlich nur in Ansätzen bestätigt werden. Es gab zwar – schon methodisch bedingt – Hinweise auf die Vergleichbarkeit der Prozesse bei „normalen“ Personen und solchen mit schweren psychischen Erkrankungen, kausal konnte die Hypothese jedoch nicht beantwortet werden.

Die dritte Hypothese fand zumindest in Ansätzen eine Bestätigung. Es gab Hinweise darauf, dass eine erfolgreiche Verwirklichung eines therapeutischen Prozesses einen positiven Effekt auf die Verringerung von Symptomen und auf die Verkürzung des Spitalsaufenthaltes hat. Streng genommen sind diese Befunde jedoch nur als Hinweise und nicht als kausale Zusammenhänge zu werten, da nur vereinzelt signifikante Beziehungen nachgewiesen werden konnten.

Ein signifikanter Effekt der psychotherapeutischen Behandlung auf die Patienten mit chronischer bzw. akuter Schizophrenie

konnte ebenfalls nicht nachgewiesen werden: Es fanden sich sowohl in der „Therapiegruppe“ als auch in der „Kontrollgruppe“ positive und signifikante Veränderungen über den Beobachtungszeitraum und keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die Autoren begründen dies damit, dass an der Mendota-Klinik in Madison, an der diese Studie durchgeführt wurde, insgesamt relativ günstige Betreuungsbedingungen vorhanden waren und daher auch Patienten ohne Psychotherapie von diesem Betreuungsangebot profitierten.

4.2.5. Bewertung der Studie

Die Wisconsin-Studie war ein engagiertes und mutiges Großprojekt der Psychotherapieforschung. Es ist aus heutiger Sicht nicht verwunderlich, dass nicht alle Hypothesen im Sinne der ursprünglichen Erwartung bestätigt werden konnten. Zu hoch war die Erwartung bezüglich der Möglichkeiten der Psychotherapie bei einem derartig schwierigen Klientel insgesamt, zu hoch auch der Realisierungsanspruch der Studie. Trotz aller Schwierigkeiten konnten jedoch zahlreiche Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Personenzentrierten Psychotherapie gewonnen werden.

Aus methodologischer und methodischer Sicht sind zahlreiche kritische Punkte an dieser Studie anzumerken. Insbesondere steht die relativ kleine Fallzahl in einem sehr problematischen Verhältnis mit der Anzahl an gemessenen Variablen. Dies bedeutet einerseits, dass aufgrund der kleinen Stichprobengröße in einigen Fällen keine signifikanten Ergebnisse gefunden wurden, obwohl vielleicht sogar ein Trend in der richtigen Richtung zu beobachten gewesen wäre, und andererseits – und dies ist als weitaus schwerwiegender zu beurteilen –, dass mit „zufälligen“, also unrichtig signifikanten Ergebnissen zu rechnen ist.

Die methodischen Probleme bei der Prozesserfassung und bei der Erfassung der Basisvariablen sind einem phänomenologischen Ansatz immanent. In diesen Bereichen kann die Studie als eine wichtige Lernerfahrung gewertet werden. Interessant erscheinen hier die Überlegungen von Kiesler/Mathieu/Klein im Forschungsbericht (1967), welche die lineare Studienlogik kritisch reflektieren und ein systemisches Denken hinsichtlich der Beziehungen der Basisvariablen (auch untereinander) und dem therapeutischen Prozess einfordern.

Der Forschungsbericht zur Studie bringt durch seinen Umfang und durch seine Heterogenität die Komplexität und Schwierigkeiten zum Ausdruck. Er ist insgesamt eine beeindruckende und in vielen Bereichen auch heute noch aktuelle Veröffentlichung. Unschön in diesem Bericht fällt allerdings auf, dass Rogers selbst in seiner Zusammenfassung der Ergebnisse (Rogers 1967a) eine ausgesprochen positiv verzerrte Darstellung der Befundlage gibt. Demgegenüber steht die weitaus differenziertere und methodisch fundiertere Ergebniseinschätzung von Kiesler et al. (1967). Die überzogene Ergebnisdarstellung von Rogers wurde auch von anderen personzen-

trierten Autoren als problematisch erkannt (Barrett-Lennard 1998; Mitchell et al. 1977).

Die bekannteste, auch von Rogers selbst abgeleitete, Erkenntnis aus der Wisconsin-Studie ist die neue Einschätzung der Kongruenz als wichtigste der drei Basishaltungen. Historisch betrachtet fällt auf, dass Rogers in allen Veröffentlichungen und Interviews nach dem Wisconsin-Projekt auf die besondere Bedeutung der Kongruenz hinweist.

Aus den Daten der Wisconsin-Studie ist die Neueinschätzung der Bedeutung der Kongruenz streng genommen nicht ableitbar. Es finden sich zwar einige Hinweise in diese Richtung, z. B. die gefundenen Beziehungen von Empathie und Kongruenz aus der Klientensicht mit der Entwicklung des therapeutischen Prozesses, aber kein kausaler, methodisch gut abgesicherter Befund in der dargestellten Richtung. Trotzdem scheint die veränderte Haltung von Rogers nach der Wisconsin-Studie nachvollziehbar und letztlich auch empirisch zumindest in Ansätzen verankert, ist sie doch, ganz in seinem Verständnis, eine erfahrungsbezogene Entwicklung, die nicht nur die empirischen Hinweise aus den Daten, sondern (und vor allem) auch die persönlichen Erfahrungen in diesem Projekt zum Ausdruck bringt.

Vieles an der Wisconsin-Studie ist auch aus heutiger Sicht noch als modern und aktuell zu beurteilen. Sie war ein typischer und damit auch heute noch aktueller Multimethodenansatz, in dem Therapieeinschätzungen, Klienteneinschätzungen, Fremdbeobachtungen, Fragebogendaten und objektive Erfolgsdaten auf eine konsequente Weise miteinander in Bezug gesetzt wurden. Auch der Prozessforschungsansatz ist aus heutiger Sicht sehr modern. Besonders interessant erscheinen hier der konsequent hermeneutisch-phenomenologische Ansatz der selektiven Auswahl von relativ kurzen Therapiesequenzen und die Kombination aus Therapeuten-, Klienten- und Fremdeinschätzungen. Es wäre hoch an der Zeit, dass innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes derartige Wegweisende und innovative Forschungsprojekte wieder vermehrt durchgeführt werden.

5. Resümee

Starke Eindrücke der Auseinandersetzung mit den Arbeiten zur Psychotherapieforschung von Carl Rogers und seinen Mitarbeitern sind vor allem die hohe Kreativität und Sorgfalt, mit der diese Arbeiten geplant und durchgeführt wurden. Noch bemerkenswerter erscheint, wie aktuell die Fragestellungen und Forschungsansätze auch nach mehr als einem halben Jahrhundert empirischer Psychotherapieforschung erscheinen.

In der gesamthaften Betrachtung wird ein konsequentes und vor allem konsistentes Forschungsprogramm erkennbar, das in Form und Umfang wohl einzigartig ist:

In der ersten Phase der Forschung - noch angelehnt an die so genannte non-direktive Phase - wurde ein mikroskopischer Blick auf

den Therapieprozess geworfen. Mit Konsequenz und methodischer Sorgfalt wurden Gesetzmäßigkeiten des Prozesses erkannt und beschrieben. Diese Befunde lieferten die Grundlage für die zweite Phase der Forschung, in der besonders Effektivität und Effizienz der therapeutischen Arbeit untersucht wurde. Gerade in diesem Zusammenhang fällt die Besonderheit des Forschungsansatzes von Carl Rogers auf, einerseits dem empirisch-naturwissenschaftlichen Ansatz verpflichtet, andererseits – vor allem nach dieser Forschungsperiode und in seinen späten Werken – das phänomenologisch-existenzielle Paradigma betonend. Die Gründe sind nicht mehr ganz auszuloten, könnten jedoch darin zu sehen sein, dass Rogers in seiner Weitsicht und durch die Begegnungen mit anderen namhaften Wissenschaftlern (z. B. Martin Buber) verstanden hat, dass Erkenntnisse über das menschliche Erleben und Verhalten im Allgemeinen und im Rahmen therapeutischer Bemühungen nicht nur durch die einseitige Betonung eines Paradigmas zu gewinnen sind, sondern durch die Nutzung verschiedener Ansätze und entsprechender Paradigmenanreicherungen.

Mit Sicherheit begründen sich darin auch unterschiedliche Auffassungen über den Personenzentrierten Ansatz zwischen verschiedenen Richtungen dieses Ansatzes.

Nachdem die Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie bestätigt war, versuchten Rogers und seine Mitarbeiter einerseits die Grenzen des Ansatzes auszuloten und andererseits ein vertieftes Verständnis über die Wirkmechanismen zu erlangen. Hier stießen sie auf Schwierigkeiten und Grenzen, die aus heutiger Sicht nicht unerwartet waren. Insbesondere die Arbeiten von Prouty (z. B. 1990) über die so genannte „Prätherapie“ im Umgang mit Menschen in psychotischen Lebenssituationen zeigten die Notwendigkeit der Weiterentwicklung des Personenzentrierten Ansatzes von Rogers.

Carl Rogers hat sich nach der Wisconsinstudie von der statistisch-empirischen Psychotherapieforschung völlig entfernt. In den rund 40 Jahren seit dieser Studie wurden zwar zahlreiche weitere Untersuchungen im Umfeld der Personenzentrierten Psychotherapie durchgeführt. Die meisten dieser Arbeiten sind jedoch Einzelbeiträge, die nicht in der großen Tradition der Psychotherapieforschung von Carl Rogers stehen. Im Vergleich zur Therapiepraxis und zur theoretischen Entwicklung ist insgesamt ein „Forschungsdefizit“ in der Personenzentrierten Psychotherapie zu festzustellen. Anregend und für die Weiterentwicklung des Personenzentrierten Ansatzes besonders interessant wäre der wissenschaftliche Diskurs über nicht erfolgreiche oder abgebrochene Therapien, für den uns Rogers und seine Mitarbeiter Mut gemacht haben. Denn gerade die nicht gelingenden oder gelungenen therapeutischen Prozesse zwingen uns zur vertieften Reflexion des professionellen Handelns.

Wir sehen dies als Auftrag und Vermächtnis von Carl Rogers, wenn diese umfassende und vorbildliche Forschungstradition konsequent aufgegriffen und kreativ weitergeführt würde.

Literatur:

- Barrett-Lennard, Godfrey T. (1959), *Dimensions of perceived therapist response related to therapeutic change*, Chicago (University of Chicago)
- Barrett-Lennard, Godfrey T. (1962), *Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change*, in: *Psychological Monographs* 76, 562
- Barrett-Lennard, Godfrey T. (1998), *Carl Rogers' helping system. Journey and substance*, London (Sage)
- Bown, Oliver H. (1954), *An investigation of therapeutic relationship in client-centered psychotherapy*, Chicago (University of Chicago)
- Butler, John M./Haigh, Gerard V. (1954), *Changes in the relation between self-concepts and ideal concepts consequent upon client-centered counseling in*, Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 55–75
- Carr, Arthur C. (1949), *An evaluation of nine nondirective psychotherapy cases by means of the Rorschach*, in: *Journal of Consulting Psychology* 13, 196–205
- Dymond, Rosalind F. (1954a), *Adjustment changes over therapy from self-sorts*, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 76–84
- Dymond, Rosalind F. (1954b), *Adjustment changes over therapy from Thematic Apperception Test ratings*, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 109–120
- Fiedler, Fred E. (1950a), *A comparison of the therapeutic relationship in psychoanalytic, non-directive and Adlerian therapy*, in: *Journal of Consulting Psychology* 14, 436–445
- Fiedler, Fred E. (1950b), *The concept of an ideal therapeutic relationship*, in: *Journal of Consulting Psychology* 14, 239–245
- Gendlin, Eugene T. (1961), *Initiating psychotherapy with 'unmotivated' patients*, in: *The Psychiatric Quarterly* 34, 1, 1–6
- Gendlin, Eugene T./Rogers, Carl R. (1967), *The conceptual context*, in: Rogers, Carl R./Gendlin, Eugene T./Kiesler, Donald J./Truax, Charles B. (Eds.), *The therapeutic relationship and its impact*, Madison, WI (The University of Wisconsin Press) 3–22
- Gordon, Thomas/Grummon, Donald L./Rogers, Carl R./Seeman, Julius (1954), *Developing a program of research in psychotherapy*, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 12–34
- Gordon, Thomas/Cartwright, Desmond S. (1954), *The effect of psychotherapy upon certain attitudes towards others*, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 1954, 145–166
- Grawe, Klaus (1995), *Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie*, in: *Psychotherapeut* 40, 130–145
- Grawe, Klaus (1998), *Psychologische Therapie*, Göttingen (Hogrefe)
- Grawe, Klaus/Donati, Ruth/Bernauer, Friederike (1993), *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*, Göttingen (Hogrefe)
- Groddeck, Norbert (2002), *Carl Rogers. Wegbereiter der modernen Psychotherapie*, Darmstadt (Primus)

- Grummon, Donald L. (1954a), Design, procedures, and the subjects for the first block, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 35–52
- Grummon, Donald L. (1954b), Personality changes as a function of time in persons motivated for therapy, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 238–255
- Grummon, Donald L./John, Eve S. (1954), Changes over Client-Centered Therapy evaluated on psychoanalytically based Thematic Apperception Test scales, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 35–52
- Haigh, Gerard V. (1949), Defensive behavior in client-centered therapy, in: *Journal of Consulting Psychology* 13, 181–189
- Heine, R. W. (1953), A comparison of patients' reports on psychotherapeutic experience with psychoanalytic, nondirective, and Adlerian therapists, in: *Psychotherapy* 7, 16–23
- Hogan, Richard A. (1948), The development of a measure of client defensiveness in the counseling relationship, Unpublished Ph.D. thesis (University of Chicago)
- Hoffman, Edward A. (1949), A study of reported behavior changes in counseling, in: *Journal of Consulting Psychology* 13, 190–195
- Kiesler, Donald J./Mathieu, Phillipa L./Klein, Marjorie H. (1967), A summary of the issues and conclusions, in: Rogers, Carl R./Gendlin, Eugene T./Kiesler, Donald J./Truax, Charles B. (Eds.), *The therapeutic relationship and its impact*, Madison, WI (The University of Wisconsin Press) 295–311
- Kirschenbaum, Howard (1979), *On becoming Carl Rogers*, New York (Delacorte)
- Klein, Marjorie H./Mathieu-Coughlan, Phillipa L./Kiesler, Donald J. (1986), The experiencing scales, in: Greenberg, Leslie S./Pinsof, William M. (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*, New York (Guilford Press) 21–71
- Klopfer, Bruno/Kelley, Douglas M. (1942), *The Rorschach technique*, New York (World Books)
- Mitchell, Kevin M./Bozarth, Jerold D./Krafft, Conrad C. (1977), A reappraisal of the therapeutic effectiveness on accurate empathy, non-possessive warmth and genuineness, in: Gurman, Andrew M. /Razin, Alan S. (Eds.), *Effective psychology: A handbook of research*, Oxford (Pergamon) 482–502
- Muench, George A. (1947), An evaluation of nondirective psychotherapy by means of the Rorschach and other indices, in: *Applied Psychology Monographs* 13, 1–163
- Prouty, Garry F. (1990), Pre-therapy: A theoretical evolution in the person-centered/experiential psychotherapy of schizophrenia and retardation, in: Lietaer, Germain/Rombauts, Jan/Van Balen, Richard (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*, Leuven (University Press) 645–658
- Raskin, Nathaniel J. (1949a), The development of the „parallel studies“ project, in: *Journal of Consulting Psychology* 13, 154–156
- Raskin, Nathaniel J. (1949b), An analysis of six parallel studies of the therapeutic process, in: *Journal of Consulting Psychology* 13, 206–220
- Rogers, Carl R. (1942), *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice*, Boston (Houghton Mifflin); dt.: *Die nicht-direktive Beratung*, München (Kindler) 1972
- Rogers, Carl R. (1949), A coordinated research in psychotherapy. A non-objective introduction, in: *Journal of Consulting Psychology* 13, 149–153
- Rogers, Carl R. (1954a), Introduction, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 3–11
- Rogers, Carl R. (1954b), Changes in the maturity of behavior as related to therapy, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 215–237
- Rogers, Carl R. (1954c), The case of Mrs Oak: A research analysis, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 259–348
- Rogers, Carl R. (1954d), The case of Mr. Bebb: The analysis of a failure case, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 349–409
- Rogers, Carl R. (1954e), An overview of the research and some questions for the future, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 413–434
- Rogers, Carl R. (1958), A process conception of psychotherapy, in: *American Psychologist* 13, 142–149
- Rogers, Carl R. (1967a), The findings in brief, in: Rogers, Carl R./Gendlin, Eugene T./Kiesler, Donald J./Truax, Charles B. (Eds.), *The therapeutic relationship and its impact*, Madison, WI (The University of Wisconsin Press) 73–96
- Rogers, Carl R. (1967b), The human side of the research, in: Rogers, Carl R./Gendlin, Eugene T./Kiesler, Donald J./Truax, Charles B. (Eds.), *The therapeutic relationship and its impact*, Madison, WI (The University of Wisconsin Press) 63–72
- Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), (1954), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press)
- Rogers, Carl R./Gendlin, Eugene T./Kiesler, Donald J./Truax, Charles B. (1967), *The therapeutic relationship and its impact. A study of psychotherapy with schizophrenics*, Madison, WI (University of Wisconsin Press)
- Rudikoff, Esselyn C. (1954), A comparative study of the changes in the concepts of the self, the ordinary person, and the ideal in eight cases, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 85–98
- Seeman, Julius (1949), A study of the process on nondirective psychotherapy, in: *Journal of Consulting Psychology* 13, 157–168
- Seeman, Julius (1954), Counselor judgements of therapeutic process and outcome, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 99–108

- Sheerer, Elisabeth T. (1949), A analysis of the relationship between acceptance of and respect for self and acceptance of and respect for others in ten counseling cases, in: *Journal of Consulting Psychology* 13, 169–175
- Snyder, William U. (1945), An investigation of the nature of nondirective psychotherapy, in: *Journal of General Psychology* 33, 193–223
- Snyder, William U. (1947), *Casebook of non-directive counseling*, Boston (Houghton Mifflin)
- Stock, Dorothy (1949), An investigation into the relationships between the self concept and feelings directed toward other persons and groups, in: *Journal of Consulting Psychology* 13, 176–180
- Tougas, Rolland R. (1954), Ethnocentrism as a limiting factor in verbal therapy, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 196–214
- Truax, Charles B. (1961), The process of group psychotherapy: Relationships between hypothesized therapeutic conditions and intrapersonal exploration, in: *Psychological Monographs* 75
- Vargas, Manuel J. (1954), Changes in self-awareness during Client-Centered Therapy, in: Rogers, Carl R./Dymond, Rosalind F. (Eds.), *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the Client-Centered Approach*, Chicago (The University of Chicago Press) 145–166
- Zundel, Edith (1987), Carl Rogers: Humanistische Psychologie, in: Zundel, Edith/Zundel, Rolf (Hg.), *Leitfiguren der neueren Psychotherapie*, München (Kösel) 49–65

AutorInnen:

Christian Korunka, 1959, Dr. phil., Universitätsprofessor am Institut für Psychologie der Universität Wien (Arbeitsschwerpunkte: Arbeits-Organisations- und Gesundheitspsychologie), Personenzentrierter Psychotherapeut, Supervisor, Leiter von Universitätslehrgängen an der Universität Wien, Ausbilder im IPS.

Nora Nemeskeri, 1955, Dr. phil, Personenzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Ausbilderin der Sektion Forum der APG, langjährige klinische Tätigkeit in den Bereichen Gynäkologie und Urologie, Wien.

Joachim Sauer, 1944, Dr. phil., Universitätsprofessor am Institut für Psychologie der Universität Salzburg (Arbeitsschwerpunkte: Sozialpsychologie, Pädagogische Psychologie, Klinische Psychologie), Klientenzentrierter Psychotherapeut, Supervisor, Leiter des Universitätslehrganges für Supervision an der Universität Salzburg, Ausbilder in der ÖGWG.

Korrespondenzadressen:

*A. Univ. Prof. Dr. Christian Korunka
Institut für Psychologie, Universität Wien
Liebiggasse 5
A-1010 Wien
E-Mail: christian.korunka@univ.ac.at*

*Dr. Nora Nemeskeri
Annagasse 2
A-1010 Wien
E-Mail: n.nemeskeri@aon.at*

*A. Univ. Prof. Dr. Joachim Sauer
Institut für Psychologie, Universität Salzburg
Hellbrunnerstraße 34
A-5020 Salzburg
E-Mail: joachim.sauer@sbg.ac.at*

Anna Auckenthaler

Die Gesprächspsychotherapie vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen in Klinischer Psychologie und Psychotherapie¹

Zusammenfassung: Der zunehmenden Ausgrenzung der Gesprächspsychotherapie aus den Lehrbüchern zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie wird die implizite Anerkennung gesprächspsychotherapeutischer Annahmen und Prinzipien im gegenwärtigen Psychotherapieverständnis gegenübergestellt.

Stichwörter: Klinische Psychologie, Psychotherapieforschung, Wirkannahmen der Gesprächspsychotherapie

Résumé: *La psychothérapie sur fond de développements récents en matière de psychologie clinique et de psychothérapie* – A la mise à l'écart croissante de la psychothérapie centrée sur la personne dans les manuels de psychologie et de psychothérapie cliniques est opposée la reconnaissance implicite des hypothèses et des principes de la psychothérapie centrée sur la personne dans la compréhension actuelle de la psychothérapie.

Mots clés: *psychologie clinique, recherches en psychothérapie, effets supposés de la psychothérapie centrée sur la personne*

1. Einleitung

Wer neuere Literatur zur Klinischen Psychologie und zur Psychotherapie aus der Perspektive einer Gesprächspsychotherapeutin oder eines Gesprächspsychotherapeuten liest, wird einerseits Belege für eine zunehmende Distanzierung von der Gesprächspsychotherapie finden, kann andererseits aber auch den Eindruck gewinnen, dass die Gesprächspsychotherapie noch nie so anerkannt war wie gerade jetzt. Während die Distanzierung fast immer offen erfolgt, bleibt die Anerkennung häufig implizit, und es ist oft auch nicht erkennbar, ob sie dem Ansatz vorenthalten wird, weil man sie ihm nicht gönnt oder weil man ihn zu wenig kennt.

Im Folgenden werde ich zunächst Belege für den Ausschluss der Gesprächspsychotherapie aus der (akademischen) Klinischen Psychologie bringen und versuchen, diesen Ausschluss in den Kontext gegenwärtiger Strömungen in der Klinischen Psychologie einzubetten. Das allmähliche Verschwinden der Gesprächspsychotherapie aus den Lehrbüchern zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie wird hier als logische und daher auch *verständliche* Konsequenz einer zunehmenden Medikalisierung der Klinischen Psychologie interpretiert. Anschließend werde ich auf einige Ergebnisse der

Psychotherapieforschung eingehen, die den Ausschluss der Gesprächspsychotherapie *unverständlich* erscheinen lassen. Am Beispiel einiger aktueller Entwicklungen im Verständnis von Psychotherapie soll schließlich aufgezeigt werden, dass es mitunter auch schwer zu beurteilen ist, ob denn überhaupt von einem Verschwinden der Gesprächspsychotherapie die Rede sein kann.

„Datenbasis“ für die folgenden Ausführungen sind die Bücher und Artikel, die ich lese, um meine Lehrveranstaltungen und Seminare zur Klinischen Psychologie vorzubereiten. In dieser ganz persönlichen Lesart liegen die Grenzen der folgenden Einschätzungen.

2. Vom „Paradigma“ zur psychotherapeutischen Methode. Varianten des Zurückdrängens der Gesprächspsychotherapie

Zwar gibt es unter den im Diplomstudiengang Psychologie am häufigsten verwendeten Lehrbüchern zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie (vgl. Köppe 2001) nur eines, in dem die Gesprächspsychotherapie *nicht* vorkommt (nämlich Ehlers/Hahlweg 1996), sie scheint aber gegenüber früheren Jahren an Ansehen eingebüßt zu haben. Am deutlichsten zeigt sich das meiner Meinung nach am Ausschluss des humanistischen Paradigmas aus den neueren Auflagen von Davison und Neale. Dieser Ausschluss wird von den Autoren damit begründet, dass die „Befürworter des humanistischen und

¹ Ist erschienen in: GwG (Hg.) (2001), Visionen für ein gesellschaftliches Miteinander, Köln (GwG) 132–139

existentialistischen Paradigmas es generell ablehnen, in Krankheitskategorien ... zu denken“ (Davison/Neale 1996, 28). Während weiterhin von psychoanalytischen, lerntheoretischen und kognitiven *Paradigmen* die Rede ist, wird der Gesprächspsychotherapie nur noch ein Platz im Abschnitt über *therapeutische Interventionen* zugestanden.²

Eine andere Variante, die Gesprächspsychotherapie als eine im Vergleich mit Psychoanalyse und Verhaltenstherapie weniger beachtenswerte Methode darzustellen, findet sich in einem der neuesten Lehrbücher zur Psychotherapie, die es im deutschsprachigen Bereich gibt: in der von Senf und Broda herausgegebenen 2. Auflage der „Praxis der Psychotherapie“ (Senf / Broda 2000). Während der Psychoanalytischen Psychotherapie 55 Seiten und der Verhaltenstherapie 42 Seiten eingeräumt werden und die systemische Therapie immerhin auf derselben Gliederungsebene wie Psychoanalyse und Verhaltenstherapie behandelt wird (wenn auch kürzer), bekommt die Gesprächspsychotherapie ihren Platz unter der Überschrift „Andere psychotherapeutische Methoden“ – mit gerade noch sechs Seiten übrigens ähnlich viel Platz wie sie auch die Katakthym-imaginative Psychotherapie, die Hypnosetherapie und Hypnose, übende und entspannende Verfahren und das Autogene Training bekommen, *weniger* Platz als körpertherapeutische Ansätze und die Familientherapie. Das könnte als kleinliche und wenig aussagekräftige Aufrechnung abgetan werden, gäbe es nicht weitere Hinweise auf eine Zurückstufung der Gesprächspsychotherapie auf den Status lediglich einer psychotherapeutischen Methode (im Sinne von psychotherapeutischer Intervention oder Technik). Die Einführung des Begriffs der „Fachpsychotherapie“ ist für mich ein Beispiel für diese Zurückstufung:

Sah man früher Psychotherapie als eine „Beeinflussung von Verhaltensstörungen“, mit dem Ziel einer „Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit“, und setzte man zur Erreichung dieses Ziels auf *psychologische* Mittel (Strotzka 1975, 4), wird jetzt „*Fachpsychotherapie* als etablierte Methode zur Behandlung von Krankheit“ entschieden von „*Lebenshilfe*“ abgegrenzt, „innerhalb derer einzelne psychotherapeutische Techniken und Methoden ihren jeweils eigenen Stellenwert haben können, allerdings ohne begründeten Anspruch auf Therapie“ (Senf/Broda 2000, 4). Psychotherapeutische Ansätze, die sich nicht als Methoden der Behandlung von *Krankheit* verstehen und die noch nicht „*etabliert*“ sind, können sich demnach nicht der Fachpsychotherapie zuordnen. „*Etabliert*“ aber sind nur die sogenannten Richtlinienverfahren.

Denn: „Die *Durchführung* von Fachpsychotherapie ist in den Psychotherapierichtlinien geregelt ...“ (Senf/Broda 2000, 4).

Ich hatte einleitend schon erwähnt, dass das allmähliche Verschwinden der Gesprächspsychotherapie aus den Lehrbüchern zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie vor dem Hintergrund der seit einiger Zeit verstärkt wahrnehmbaren Medikalisierungstendenzen in Klinischer Psychologie und Psychotherapie verständlich wird (vgl. dazu Auckenthaler 1997). Wenn die Durchführung der (Fach-)Psychotherapie an die Regeln der Psychotherapierichtlinien gebunden wird, muss das als Hinweis darauf gesehen werden, dass die Medikalisierung bereits die zweite Ebene erreicht hat, nämlich die *institutionelle* Ebene (vgl. Bruns 1992; Forster 1997, 154f). Während sich auf der ersten Ebene der Medikalisierung – der *konzeptuellen* Ebene – der Einfluss der Medizin lediglich darauf bezieht, dass zur Einordnung und zum Verstehen von Problemen medizinische Begriffe bzw. Modelle verwendet werden, bezeichnet Medikalisierung auf der institutionellen Ebene „bereits ein organisiertes, medizinisch legitimes Herangehen an ein bestimmtes Problem“ (Forster 1997, 154). Ärzte müssen hier zwar nicht selbst *behandeln*, sie *entscheiden* aber zumindest darüber, wer die erforderlichen Maßnahmen durchführen darf, welche Maßnahmen anzuerkennen sind und wer in den Genuss dieser Maßnahmen kommen darf.

Die Gleichsetzung von Psychotherapie mit der Behandlung von Krankheiten lässt aber sogar vermuten, dass bereits die *dritte* Ebene der Medikalisierung erreicht ist, nämlich die *interaktive* Ebene. Kennzeichnend für diese Ebene ist die „Berufung auf ein ätiologisches Paradigma der individuellen Störung und ein prozessuales Paradigma der indikativen Behandlung“ (Bruns 1992, 510); damit ist die Abfolge von Diagnose und Therapie gemeint, wie sie z. B. im Bemühen um störungsspezifische und standardisierte Therapiemanuale zum Ausdruck kommt (vgl. Auckenthaler 2000). Wer diese Orientierung an der Medizin übernimmt, *muss* die Gesprächspsychotherapie unzeitgemäß finden. Im Folgenden soll es nun aber um Fakten und Entwicklungen gehen, die den Ausschluss der Gesprächspsychotherapie aus der Klinischen Psychologie problematisch und unverständlich erscheinen lassen.

3. Untersuchungsergebnisse zur Wirkungsweise von Psychotherapie als Bestätigung von Rogers' Wirkannahmen

Die Distanzierung von der Gesprächspsychotherapie steht in auffälligem Widerspruch dazu, dass die Gesprächspsychotherapie in ihrer Wirksamkeit als „sehr gut bestätigt“ angesehen wird (Grawe/Donati/Bernauer 1994, 741) und dass explizit auf die Nähe zwischen den neuesten Ergebnissen zur Wirkungsweise von Psychotherapie und den Wirkannahmen von Rogers hingewiesen wird (Ambühl 1993; Orlinsky/Rønnestad 2000). Der Gesprächspsychotherapie wird bescheinigt, dass sie die einzige psychotherapeutische

2 Ein kurzer Blick in frühere Auflagen des Lehrbuchs zeigt allerdings, dass den Autoren die Trennung vom humanistischen Paradigma ohnehin nicht sehr schwergefallen sein dürfte: Erst zehn Jahre vorher (in der 4. amerikanischen Auflage aus dem Jahr 1986) war es in das Lehrbuch aufgenommen worden. Man muss sich also vielleicht eher fragen, wie es zu dieser vorübergehenden Öffnung gegenüber dem humanistischen Paradigma kommen konnte, als sich über seinen Ausschluss zu wundern.

Richtung sei, „die der Gestaltung einer guten Therapiebeziehung diejenige Beachtung schenkt, die ihr aufgrund ihrer nachgewiesenen Bedeutung für das Therapieergebnis zukommt“ (Grawe 1988, 246). Dennoch werden Rogers' Wirkannahmen häufig als „sehr unzureichend“ beurteilt (Grawe/Donati/Bernauer 1994, 138); die von Rogers für das Zustandekommen eines Therapieerfolges postulierten Bedingungen seien zwar notwendig, aber keineswegs hinreichend. Diese Sichtweise ist dann – und nur dann – möglich, wenn von den *sechs* Bedingungen für Persönlichkeitsveränderungen durch Psychotherapie, die Rogers (1957; 1959/1987) formuliert hat, nur die drei „Therapeutenvariablen“ – Empathie, bedingungslose Wertschätzung und Kongruenz – herausgegriffen werden und wenn man daraus, dass sich die Untersuchungen zur Gesprächspsychotherapie fatalerweise vorwiegend auf diese drei Variablen konzentriert hat, schließt, dass diese Untersuchungen Rogers' Wirkannahmen zum Gegenstand gehabt hätten (kritisch dazu vgl. Auckenthaler 1996; Auckenthaler/Helle 2001; Orlinsky/Rønnestad 2000; Watson 1984). In der Tat kann „nicht die Rede davon sein, dass die Verwirklichung dieser Variablen eine hinreichende Bedingung für einen guten Therapieerfolg darstellt“ (Grawe et al. 1994, 138). Aber die theoretischen Wirkannahmen der Gesprächspsychotherapie umfassen eben mehr als das, was in der auf die „Therapeutenvariablen“ gerichteten gesprächspsychotherapeutischen Forschung untersucht wurde, u. a. auch die Perspektive des Klienten: Der Klient muss die bedingungslose Wertschätzung und Empathie des Therapeuten wenigstens ansatzweise wahrnehmen, wenn der therapeutische Prozess in Gang kommen soll. Solange der Klient sich nicht empathisch verstanden und bedingungslos akzeptiert fühlt, so lange sind die therapeutischen Bedingungen noch nicht in der Beziehung zwischen Therapeut und Klient gegeben und können daher auch nicht wirksam werden (Rogers 1957, 99; Rogers 1959, 213).³

Dass – wie es die Ergebnisse der Psychotherapieforschung nahelegen – die gute therapeutische Beziehung, wahrgenommen aus der Perspektive des Klienten, der zuverlässigste Prädiktor für psychotherapeutische Erfolge ist, dass es Klienten bei ihrem Therapeuten vor allem auf Empathie, Respekt, Wertschätzung, Engagement, Glaubwürdigkeit und Echtheit ankommt (vgl. Orlinsky/Howard 1986; Orlinsky/Grawe/Parks 1994; Miller/Duncan/Hubble 2000) und dass sich der Beitrag des Klienten als für den Therapieerfolg wichtiger erwiesen hat als ein bestimmter Ansatz oder eine bestimmte Technik (vgl. z. B. Bohart/Tallman 1996; Lambert 1992; Miller et al. 2000), scheint also Rogers' Wirkannahmen eher zu bestätigen als in Frage zu stellen. So steht der expliziten Abgrenzung

von der Gesprächspsychotherapie auch eine Tendenz gegenüber, Prinzipien der Gesprächspsychotherapie zu neuen Ehren kommen zu lassen.

4. Zwischen offener Anerkennung und professioneller Amnesie

Wenn Bergin und Garfield die vorläufig letzte Auflage ihres Handbuchs (1994) Bandura, Frank und Rogers widmen, sprechen sie damit drei Theoretikern und Forschern ihre Anerkennung aus, die alle schon früh auf die Bedeutung ansatzübergreifender Wirkfaktoren hingewiesen haben. Die Aufwertung dieser frühen Erkenntnisse findet sich auch bei anderen Autoren: Rogers' Auffassung der therapeutischen Beziehung gilt als „bahnbrechend“; sie habe „die klinische Praxis für immer verändert“ und sei „Grundlage eines Großteils der Psychotherapieforschung“ der vergangenen vierzig Jahre gewesen (Miller/Duncan/Hubble 2000, 102). Darüber hinaus werden auch seine Absage an die Schulenorientierung in der Psychotherapie und seine Forschungsorientierung lobend hervorgehoben (vgl. z. B. Grawe et al. 1994, 743). Tatsächlich wirken Rogers' Aussagen zur Überwindung des Schulendenkens höchst aktuell: „In dem Maße, in dem wir solidere Kenntnisse darüber gewinnen, welche Bedingungen therapeutische Veränderungen begünstigen, welches die Natur des therapeutischen Prozesses ist, welche Bedingungen ihn blockieren oder hemmen und welche charakteristischen Ergebnisse die Therapie in bezug auf Persönlichkeits- oder Verhaltensänderungen zeitigt, in dem Maße werden dogmatische und rein theoretische Formulierungen an Bedeutung verlieren. Meinungsverschiedenheiten, unterschiedliche Behandlungsverfahren und unterschiedliche Beurteilungen der Ergebnisse werden empirischer Prüfung unterzogen, anstatt bloß Streitfragen in Debatten zu sein“ (Rogers 1961/1973, 264).

Eine nur implizite Anerkennung erfährt Rogers in letzter Zeit in Veröffentlichungen, in denen die für die Psychotherapie am Beginn des 21. Jahrhunderts kennzeichnenden Trends benannt werden: wenn z. B. die Absage an die Schulenorientierung oder die Bedeutung der ansatzübergreifenden Wirkfaktoren als typisch für die gegenwärtigen Entwicklungen bezeichnet werden (vgl. z. B. Silverman 2000) oder wenn auf die stärkere Ressourcenorientierung im gegenwärtigen Verständnis von Psychotherapie hingewiesen wird (vgl. z. B. Hermer 2000). Zumindest diejenigen, die mit der Gesprächspsychotherapie vertraut sind, werden hier so manches Aha-Erlebnis haben, auch wenn die Sprache nun eine andere ist: „Wenn der Therapeut den Ressourcenaspekt betont, erleichtert er es dem Patienten, auch die problematischen Seiten seines Erlebens und Verhaltens ins Auge zu fassen. Der Patient wird nicht von jemand anderem in seinem Selbstwert in Frage gestellt, sondern darin aktiv über das üblicherweise von ihm erfahrene Maß hinaus gestützt. In einem solchen ressourcenorientierten Kontext können auch

3 Hier zeigen sich übrigens ganz beachtliche Parallelen zum Verständnis von Wirkfaktoren, wie es bei Grawe (1999, 190) zum Ausdruck kommt: „Nur wenn es zu entsprechenden Erfahrungen aufseiten des Patienten kommt, wird ein Wirkfaktor realisiert, nicht schon dadurch, daß der Therapeut ihn mit seinem Verhalten zu realisieren versucht.“

Probleme ins Auge gefaßt werden, die so belastend für den Patienten sind, daß er eine Auseinandersetzung damit bisher vermieden hat“ (Grawe/Grawe-Gerber 1999, 70).

Wer keinen oder wenig Wert auf Schulendenken oder Urheberrechte legt, kann sich über diese Entwicklungen nur freuen: Die *Prinzipien* der Gesprächspsychotherapie sind offenkundig allgegenwärtig (vgl. auch Orlinsky/Rønnestad 2000). Dass die Gesprächspsychotherapie nicht mehr als eigenständiger *Ansatz* gesehen wird, wäre in bester Übereinstimmung mit den Hoffnungen von Rogers, der ja darauf gesetzt hat, dass mit der Zunahme empirisch gesicherten Wissens über Psychotherapie „Schulen“ – auch die klientenzentrierte – überflüssig werden könnten (Rogers 1961/1973, 264). Zwei Beobachtungen aber stimmen nachdenklich: Das Fortleben *anderer* Schulen und die *Art* der Übernahme gesprächspsychotherapeutischer Prinzipien durch andere Ansätze. Dass selbst Autoren, die Rogers' Schriften zitieren, überzeugt davon scheinen, etwas Neues entdeckt zu haben, wenn sie genau das betonen, was Rogers längst vor ihnen über die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für das Zustandekommen eines Therapieerfolges geschrieben hat, lässt sich vielleicht am besten mit der „professionellen Amnesie“ erklären, die für unseren Wissenschaftsbetrieb typisch und funktional sei (Goldfried 2000). Das dürfte wohl die *freundlichste* Interpretation sein. Beruhigend ist sie nicht.

Literatur

- Ambühl, Hansruedi (1993), Was ist therapeutisch an Psychotherapie?, in: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 41, 2, 285–303
- Ambühl, Hansruedi/Grawe, Klaus (1988), Die Wirkung von Psychotherapien als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klient/inn/en, in: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychopathologie 36, 308–327
- Auckenthaler, Anna (1996), Open rules and open individualized planning. An alternative to a reductionist understanding of therapist actions, in: Esser, Ulrich/Pabst, Hans/Speierer, Gert-Walter (Eds.), The power of the Person-centered-approach. New challenges, perspectives, answers, Köln (GwG) 55–64
- Auckenthaler, Anna (1997), Was bleibt von der Klinischen Psychologie? Medikalierungsprozesse und ihre Folgen, in: Journal für Psychologie 5, 3, 63–70
- Auckenthaler, Anna (2000), Die Manualisierung der Psychotherapie: Ziele und Implikationen, in: Hermer Mathias (Hg.), Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts, Tübingen (DGVT) 213–223
- Auckenthaler, Anna/Helle, Mark (2001), Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie: Entwicklungslinien, Schwerpunkte, Ergebnisse, in: Frenzel, Peter/Keil, Wolfgang W./Schmid Peter F./Stözl, Norbert (Hg.), Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen, Wien (WUV/Facultas) 393–411
- Bohart, Arthur C. / Tallman, Karen (1996), The active client: Therapy as self-help, in: Journal of Humanistic Psychology 36, 3, 7–30
- Bruns, Georg-J. (1992), Stille Macht und Samaritertum. Soziologische Beschreibung versus Selbstdefinition der Psychiatrie in den USA, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie 44, 503–518
- Davison, Gerald-C./Neale, John-M. (1996), Klinische Psychologie (4. neu bearbeitete Aufl.), Weinheim (Psychologie Verlags Union)
- Ehlers, Anke/Hahlweg, Kurt (Hg.) (1996), Grundlagen der klinischen Psychologie (Bd. 1), Göttingen (Hogrefe)
- Forster, Rudolf (1997), Psychiatriereformen zwischen Medikalisation und Gemeindeorientierung. Eine kritische Bilanz, Opladen (Westdeutscher Verlag)
- Goldfried, Marvin R. (2000), Consensus in psychotherapy research and practice: Where have all the findings gone?, in: Psychotherapy Research 10, 1, 1–16
- Grawe, Klaus (1988), Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie, in: Pfäfflin, Friedmann/Appelt, Hertha/Krausz, Michael/Mohr, Michael (Hg.), Der Mensch in der Psychiatrie, Berlin (Springer) 243–258
- Grawe, Klaus (1999), Wie kann Psychotherapie noch wirksamer werden?, in: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 31, 185–199
- Grawe, Klaus / Donati, Ruth / Bernauer, Friederike (1994), Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession, Göttingen (Hogrefe)
- Grawe, Klaus / Grawe-Gerber, Mariann (1999), Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie, in: Psychotherapeut 2, 63–73
- Hermer, Matthias (2000), Alte und neue Fragen nach hundert Jahren Psychotherapie, in: Hermer, Matthias (Hg.), Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts, Tübingen (DGVT) 11–40
- Köppe, Andrea (2001), Das Psychotherapieverständnis im letzten Viertel des 20. Jahrhunderts. Eine inhaltsanalytische Untersuchung zur Professionalisierung von Psychotherapie, Unveröffentl. Diplomarbeit, Freie Universität, Berlin
- Lambert, Michael J. (1992), Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists, in: Norcross, John C./Goldfried, Marvin R. (Eds.), Handbook of psychotherapy integration, New York (Basic Books) 94–129
- Miller, Scott-D./Duncan, Barry-L./Hubble, Mark-A. (2000), Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Orlinsky, David E. / Grawe, Klaus / Parks, Barbara K. (1994), Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal, in: Bergin Allen E./Garfield Sol L. (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed., New York (John Wiley) 270–376
- Orlinsky, David E./Howard, Ken I. (1986), Process and outcome in psychotherapy, in: Garfield, Sol L./Bergin Allen E. (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change, New York (Wiley) 311–381
- Orlinsky, David E. / Rønnestad, Michael H. (2000), Ironies in the history of psychotherapy research: Rogers, Bordin, and the shape of things that came, in: Journal of Clinical Psychology 56, 7, 841–851

- Rogers, Carl R. (1957), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: *Journal of Consulting Psychology* 21, 95–103; dt.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: Rogers, Carl R. / Schmid, Peter F., *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*, Mainz (Grünewald) 1991, 165–184
- Rogers, Carl R. (1959), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed by the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (Ed.), *Psychology: A study of a science*. Vol. 3, New York (McGraw-Hill) 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987
- Rogers, Carl R. (1973), *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*, Stuttgart (Klett); Orig.: *On becoming a person*, Boston (Houghton Mifflin) 1961
- Senf, Wolfgang / Broda, Michael (2000), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie*, Stuttgart (Thieme)
- Silverman, Wade-H. (2000), New trends for a new millennium, in: *American Journal of Psychotherapy* 54, 3, 312–316
- Strotzka, Hans (Hg.) (1975), *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*, München (Urban & Schwarzenberg)
- Watson, Neill (1984), The empirical status of Rogers's hypotheses of the necessary and sufficient conditions for effective psychotherapy, in: Levent, Ronald F./Shlien John M. (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach*, New York (Praeger) 17–75

Autorin:

Anna Auckenthaler, Prof. Dr., Hochschullehrerin für Psychologie an der FU Berlin, Leiterin des Arbeitsbereichs „Psychotherapie und Beratung“. Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin (DGSv, DGVT, GwG), Ausbilderin in Gesprächspsychotherapie. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Klinische Psychologie und Psychotherapie, Paartherapie und Paarberatung, Supervision, psychosoziale Versorgung.

Korrespondenzadresse:

*Univ.-Prof. Dr. Anna Auckenthaler
Freie Universität Berlin
Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie
Arbeitsbereich Psychotherapie und Beratung
Habelschwerdter Allee 45
D-14195 Berlin*

Peter F. Schmid

Herausforderungen

Neun Vignetten zum Stand eines Syntagmenwechsels

Zusammenfassung: Die Auswirkungen des Syntagmenwechsels¹, die durch das Werk von Carl Rogers in die Psychotherapie und darüber hinaus in die verschiedensten Bereiche zwischenmenschlichen Zusammenlebens gekommen sind, lassen sich auch hundert Jahre nach seinem Geburtstag noch nicht zur Gänze absehen. Sein Erbe ist bei weitem nicht ausgelotet: Auch wenn die Auswirkungen seiner reichen Arbeit oft nicht mehr mit seiner Person verbunden werden, sein Ansatz ist allenthalben zu finden. Allerdings wird dem emanzipatorischen Konzept – kränkend und bedrohlich für Autoritäten und Experten verschiedenster Art – nachhaltig Widerstand geleistet, der sich unter anderem von außen in Ignoranz und Verharmlosung, von innen in Verwässerung, Eklektizismus und Methodenvermischung zeigt. Der Autoritätsgläubigkeit und dem Kontrollbedürfnis setzt der Ansatz die humanistischen Vorstellungen von Vertrauen und Selbstkontrolle entgegen, was ihn auch politisch „gefährlich“ macht. In dieser Glosse werden einige der Herausforderungen skizziert, die vom Ansatz ausgehen und vor denen der Ansatz selbst steht.

Stichwörter: Carl Rogers, Fundamente des Personzentrierten Ansatzes, Personbegriff, Menschenbild, Politik, Syntagmenwechsel, Herausforderungen für den Ansatz und Herausforderungen des Ansatzes

Résumé: *Défis. Neuf vignettes sur l'état de transformation syntagmatique* – Les effets du changement de syntagme, suscités par l'œuvre de Carl Rogers dans la psychothérapie et, au-delà, dans les domaines les plus divers de la vie relationnelle entre les êtres humains, ne sont toujours pas visibles dans leur totalité, même cent ans après sa naissance. Son héritage n'a, il s'en faut de beaucoup, pas été entièrement sondé: même si les effets de son très riche travail ne sont souvent plus associés à sa personne, son approche se retrouve partout. A vrai dire, le concept émancipateur – vexant et menaçant pour les autorités et les experts de toutes sortes – rencontre une résistance persistante qui se manifeste entre autres, extérieurement en ignorance et minimisation, intérieurement en délayage, éclatisme et mélange de méthodes. A la foi en l'autorité et au besoin de contrôle, l'approche oppose les notions humanistes de confiance et de contrôle de soi, ce qui la rend aussi politiquement « dangereuse ». Le texte de Peter F. Schmid esquisse quelques-uns des défis qui découlent de l'approche et auxquels l'approche est elle-même confrontée.

Mots clés: Carl Rogers, fondements de l'approche centrée sur la personne, notion de personne, conception de l'homme, politique, changement de syntagme, défis pour l'approche et défis de l'approche

Aktueller denn je: „Die Person im Mittelpunkt des Handelns“ (EU-Charta)

Drei Vignetten:

1. Wien, Juni 1990, Parlament: Der österreichische Gesetzgeber verabschiedet — zufällig genau in jenem Monat, in dem der Personzentrierte Ansatz in der Psychotherapie sein fünfzigjähriges Jubiläum feiert —, das Psychotherapiegesetz.² Dieses listet nicht nur, wie es mittlerweile in einer Reihe anderer Länder der Fall ist, die Personzentrierte Psychotherapie selbstverständlich als anerkanntes Verfahren auf, sondern ist in seinen Grundzügen stark von einer personzentrierten Einstellung geprägt und liest sich in seinen Erläuterungen über weite Strecken wie ein Lehrbuch zum Personzentrierten Ansatz.³

2. Wien, Juli 1996 und 1999, Kongresszentrum Austria Center: Bei den ersten beiden Weltkongressen für Psychotherapie reden allenthalben Psychoanalytiker, Systemiker, Verhaltenstherapeuten, jeder in seiner Sprache natürlich, von der theoretisch wie praktisch immer deutlicher werdenden Bedeutung der Person, der realen Beziehung und des Subjekt-Subjekt-Bezuges in der Therapie. Sie stoßen auf breite Zustimmung bei den Zuhörern. Der Name Rogers fällt dabei nicht.

-
- 1 Griech. „paradeigma“ – „Beispiel, Muster“; „syntagma“ – „Zusammenordnung“ bzw. „syntaxis“ – „Zusammenstellung, Organisation“, von „syn-, xyntassein“ – „in ein Ganzes einordnen“ (Gemoll 1965). Der Begriff „Syntagmenwechsel“ (Adler et al. 1996) soll im Gegensatz zu einem bloßen Paradigmenwechsel zum Ausdruck bringen, dass nicht nur einzelne Modellvorstellungen durch neue ersetzt werden, sondern sich vielmehr die ganze Herangehensweise an den Forschungsgegenstand verändert, also auch die Auffassung von Wissenschaft an sich (Pennauer 2002).
- 2 Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz), BGBl. Nr. 361/1990, ST0151).

3. Nizza, Dezember 2000, Rat der Europäischen Union: Die Europäische Union proklamiert feierlich ihre Grundrechts-Charta und hält in deren Präambel fest: „In dem Bewusstsein ihres geistig-religiösen und sittlichen Erbes gründet sich die Union auf die unteilbaren und universellen Werte der Würde des Menschen, der Freiheit, der Gleichheit und der Solidarität. [...] Sie stellt die Person in den Mittelpunkt ihres Handelns“.⁴

Keine Frage: Person-orientiertes Denken hat sich in zahlreichen Handlungsfeldern immer mehr als Grundlage durchgesetzt.

Was Carl Rogers und seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Schülerinnen und Schüler für die Psychotherapie und eine Reihe weiterer psychosozialer, pädagogischer, theologischer und politischer Handlungsfelder konsequent durchgedacht und auf der Basis der jüdisch-christlichen Tradition in der europäischen Geistesgeschichte entwickelt haben, ist die kompromisslose Orientierung an der Person. Sie hat schulenübergreifend und interdisziplinär, theoretisch wie praktisch eine unumkehrbare Wende des Denkens und Handelns in den verschiedensten Bereichen eingeleitet. Dies lässt sich bis in die Wirtschaft einerseits, in Kunst und Kultur andererseits verfolgen (vgl. Schmid 1996, 403–409). Ein neues Verständnis von Wissenschaft und Forschung (ebd. 388–392) ist im Entstehen. Eine ethisch fundierte Anthropologie (und nicht umgekehrt; vgl. ders. 2002b; c; d), eine dialogische und empathisch-anerkennend ausgerichtete Erkenntnistheorie (ders. 2001a; b; c; 2002a) und eine emanzipatorische Praxis bilden eine ständige Herausforderung an die Vertreterinnen und Vertreter des Ansatzes ebenso wie an andere Orientierungen.

Freilich muss man nüchtern feststellen: Auch dort, wo Positionen und Entwicklungen nachvollzogen werden, die schon vor einem halben Jahrhundert beim abschätzig als „guten Menschen aus La Jolla“ (Rogers 1978c) qualifizierten, zweiten Pionier der modernen Psychotherapie neben Sigmund Freud zu finden sind, wird Carl Rogers – anders als Freud –, kaum erwähnt. Er wird nicht nur außerhalb der personzentrierten Fachliteratur selten zitiert, er ist vielfach gar nicht (mehr) bekannt. Der Ansatz, obschon längst nicht mehr Mode, ist auch heute noch in hohem Maße einflussreich, in Europa gegenwärtig mehr als in den USA, aber die Gedenkbeiträge in den Medien zum hundertsten Geburtstag seines Gründers halten sich in bescheidenen Grenzen.

3 Erläuterungen zur Regierungsvorlage (Kierein/Pritz/Sonneck 1991, 109–173), vgl. z. B.: „Überwindung der Gesundheits- und Krankheitsantinomie“; „basiert auf einem Akzeptieren der subjektiven Erlebniswelt des Betroffenen, dem Bemühen um Einfühlung und Zuwendung, einem methodisch fundierten Behandlungsstil und letztlich auf der Kongruenz dieser Haltungen“; „geht somit von einem, den verschiedenen Wurzeln der Psychotherapie gerecht werdenden umfassenden Verständnis des Menschen in seiner gesamten Persönlichkeit – ganz im Sinne der Weltgesundheitsorganisation – aus“ (ebd. 119).

4 Charta der Grundrechte der Europäischen Union, Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften, 18. 12. 2000, C 364/8 DE. Hervorh. pfs.

Brian Thorne (1992, 40) hat sich anlässlich des Internationalen Symposiums „50 Jahre Person-Centered Approach“ 1990 im niederösterreichischen Großrußbach gefragt, „ob Carl Rogers mich jemals wirklich etwas lehrte, was ich nicht schon wusste“. Und für viele einschlägig Interessierte erscheint es mittlerweile selbstverständlich, was bei Rogers zu lesen ist (und bei der Erstlektüre oft mit einem erstaunten „Genauso hab ich es selbst eigentlich immer empfunden!“ quittiert wird). Sein Verdienst war vielleicht auch „nur“: Er hat es gelehrt, allgemein verständlich, mit Nachdruck, mit wissenschaftlichem Anspruch. Anders als andere Begründer psychotherapeutischer Orientierungen war er bewusst undogmatisch, offen für Veränderungen und an der Gründung einer eigenen Schule nicht interessiert. Er hat nicht den Wunsch hinterlassen, dass in Chicago, an der Universität von Minnesota, in Madison oder La Jolla eine Gedenktafel angebracht wird mit den Worten: „Hier eröffnete sich dem Carl Rogers das Geheimnis professioneller zwischenmenschlicher Beziehungsgestaltung und Förderung von Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie.“⁵

„Ein Führer ist am besten, wenn man kaum weiß, dass es ihn gibt. [...] Von einem guten Führer, wenn sein Werk getan ist, sein Ziel erreicht, werden alle sagen: Wir haben es selbst getan.“, hat er mehrmals, Lao-tse zitierend, geschrieben (z. B. Rogers 1973b, 21).

Die Kränkung der „stillen Revolution“: Vom Obrigkeitsglauben zu Empowerment

Drei weitere Vignetten:

1. Wien, 22. Oktober 1998: Bei einem interdisziplinären Dialog bezeichnet die Ordinaria des Instituts für Tiefenpsychologie und Psychotherapie der Universität Wien, Marianne Springer-Kremser, die Verfahren der Humanistischen Psychotherapie deshalb als nicht ernst zu nehmend, weil ihnen ein Menschenbild als Grundlage fehle.

2. Wien, November 2001: Das zuständige Bundesministerium richtet an die APG eine Anfrage und möchte geklärt wissen, „welcher Stellenwert ‚Encounter-Gruppen‘ im Rahmen der Psychotherapieausbildung aus Sicht der APG zukommt“, weil in einer Publikation (Goldner 1997, 177) stehe, der Begriff sei weitgehend verschwunden und finde sich im deutschen Sprachraum „nur noch im Umfeld der Rajneesh-Bewegung, die ihn in den 70er Jahren schon okkupiert (und irreparabel in Verruf gebracht) hatte“. Entsprechende deutschsprachige Publikationen, auch solche von Rogers und aus anerkannten österreichischen Ausbildungsvereinigungen, scheinen der einschlägigen Aufsichtsbehörde ebenso unbekannt zu sein wie der Stellenwert von

5 Vgl. den Wunsch Freuds nach einer (spät, aber doch auch tatsächlich angebrachten) Tafel auf dem Kobenzl bei Wien des Inhalts, dass sich ihm dort das Geheimnis der Träume eröffnet habe.

Gruppenselbsterfahrung auf der Basis personaler Begegnung im Sinne der Begegnungsphilosophie zur Persönlichkeitsentwicklung im Rahmen der personenzentrierten Psychotherapieausbildung.⁶

3. *Brüssel, 9. November 2001*: Bei der Generalversammlung des „Network of the European Associations for Person-Centred and Experiential Psychotherapy and Counselling (NEAPCEPC)“ berichtet der Delegierte der deutschen GwG, der nach wie vor mitgliederstärksten psychotherapeutischen Vereinigung weltweit, dass die Mitgliederzahl seines Verbandes weiter dramatisch zurückgegangen ist, insgesamt nun etwa um ein Drittel. In Deutschland kommen neuerdings viele Ausbildungsgänge nicht mehr zustande. Nach vielen Versuchen, die staatliche Anerkennung und Zulassung zu erlangen, und einer bewegten Geschichte, zu der auch Unternehmungen gehörten, statt das Eigene zu betonen, sich mehr oder weniger als Varianten der anerkannten Verfahren Psychoanalyse und Verhaltenstherapie zu verstehen oder auszuweisen, hat es der Wissenschaftliche Beirat PTG (Psychotherapeutengesetz) neuerlich abgelehnt, der „Gesprächspsychotherapie“ den Status eines wissenschaftlich anerkannten Verfahrens zuzugestehen. Personenzentrierte Therapeutinnen und Therapeuten müssen sich weiterhin als Analytiker oder Verhaltenstherapeuten lizenzieren lassen, um ihren Klientinnen und Klienten die Chance zu geben, an Krankenkassengelder zu kommen.

Auch das ist offensichtlich: Ignoranz, Unverständnis und Widerstand sind allenthalben zu finden.

Der Ansatz wird als allgemein-menschliche Grundlage missdeutet, auf der erst die spezifischen Methoden aufzubauen seien. Er wird der Naivität und Unbedarftheit geziehen, weil seine erfahrungsnaher Theorie eine Bedrohung für die Exklusivität von Fachleuten darstellt, die sich zudem gar nicht erst der Mühe unterziehen, sich auch nur einigermaßen ernsthaft mit ihm auseinander zu setzen. Er wird als ergänzungsbedürftig betrachtet und durch eklektizistische „Kombination“ mit anderen Verfahren oder Methoden bis in die Wurzeln verstümmelt, weil ohne Rücksicht auf das Menschenbild Effizienz, Leistung und, nicht zuletzt, Geld zum Maßstab von Handeln und Anerkennung gemacht werden. Er wird mit dem Ansatz fremden und ihm widersprechenden Elementen in eins vermischt (was „Integration“ genannt wird), weil seine Radikalität und tiefe Humanität überfordern. Es wird ihm ein Aufgehen in eine „Allgemeine Psychotherapie“ prophezeit, weil ignoriert wird, dass es keine voraussetzungslose Psychologie und Psychotherapie geben kann. Durch die Behauptung der Notwendigkeit von Prozessdirektivität beispielsweise oder die reduktionistische Fixierung von Therapeut und Klient auf das Erleben statt auf die Person als ganze (vgl. Prouty 2001) entstehen Richtungen, die mit den genuinen Person-zentrierten Ansätzen (vgl. Schmid 1999b; 2002b; c; d) wenig zu tun haben, sich

dennoch aber des guten Namens bedienen wollen. Verschiedene Ansätze schmücken sich mit der Bezeichnung „personenzentriert“, auch dann, wenn zentrale Unterschiede bestehen; die Unterschiede werden, nicht zuletzt zugunsten der Breitenwirkung, auch von Vertretern des Ansatzes selbst übersehen, ignoriert oder verharmlost (ders. 2002c). Der expertenbestimmte Mythos der Notwendigkeit diagnostischen und spezifizierten, klassifizierenden Vorgehens lebt wieder auf (Bozarth 2000), weil die generelle Entmachtung der vermeintlichen Experten durch Carl Rogers (die er bereits 1957[a] genau voraussah) wohl doch zu groß war.

Nach wie vor scheint sich die These (Schmid 1989) zu bestätigen, Verharmlosung und Verwässerung seien auch als Zeichen des Widerstandes zu verstehen, den „die stille Revolution“ (Rogers 1977a) ausgelöst hat. Faktum ist nämlich: Der Personzentrierte Ansatz steht in scharfer Konkurrenz zu anderen Weltbildern. Er beruht auf einem, nicht-ideologischen, gegenwarts- und zukunftsorientierten, nicht auf einem vergangenheits-, fixierten“ Weltbild, welches das Leben als dem Wiederholungszwang ausgeliefert versteht; er beruht aber ebenso auf einem geschichtsbewussten Weltbild, welches das Verhalten als Ausdruck der Person und damit als „entwickelt“ und nicht als „beliebig“ (und damit nach Belieben – wessen? Derer, die Interessen zu verteidigen haben und derer, die an der Macht sind!) austauschbar ansieht. Emanzipatorische Bestrebungen, Befreiung von der Fixierung auf Autoritäten, eine pluralistische, konstruktivistische und damit zutiefst demokratische Weltsicht lösen Ängste um den Verlust von Pfründen aus. Nicht nur deterministische Ansichten verursachen Unbehagen bei denen, die sich frei wähnen (ein gut verständliches und nachvollziehbares Argument entsprechender tiefenpsychologischer und behavioristischer Orientierungen), auch umgekehrt ist es so: Wer an der Freiheit zu entscheiden festhält und damit seine Verantwortung wahrnimmt, stellt deterministische Weltbilder radikal („an der Wurzel“) infrage. Und entgegen den „Glücklichmachern“ und „Lebensmanagern“ gibt jedwede Person-orientierte, nicht Problem- oder Ziel- bzw. Lösungs-orientierte Psychotherapie auch dem Leid im Leben des Menschen einen entsprechenden Platz und betont damit Wert und Würde des Lebens jener, deren Leid nicht wegtherapierbar und deren Probleme nicht auflösbar sind, jener, die für Sozialversicherungen vorwiegend als Kostenfaktor und für Marketingstrategen als minder kaufkräftig gelten.

Durch Carl Rogers wurde nämlich, um eine vielzitierte Vergleichskette zu bemühen, nach Kopernikus („die Erde ist nicht der Mittelpunkt des Universum“), Darwin („der Mensch steht nicht außerhalb der Evolution“) und Freud („der Mensch ist nicht einmal Herr in seinem eigenen Haus“) den Menschen eine vierte Kränkung zugefügt. Genau genommen jenen, die gelernt hatten und daher gewohnt sind, Verantwortung auf andere zu übertragen oder sich als Opfer des Schicksals zu verstehen. Vor allem aber ist es eine Kränkung für diejenigen, die sich für die Gelehrten dieser Welt halten (und in den Medien gern bei mannigfachen Gelegenheiten den anderen erklären,

6 Vgl. Schmid 1994; 1996; dort auch zahlreiche Literaturangaben.

was los ist und wo es lang geht): Der Mensch bedarf zur Gestaltung seines Lebens keiner Experten, die ihm sagen, wie er mit sich selbst umgehen soll und wie er seine Probleme in den Griff bekommen kann; er hat die „personal power“ dazu in sich selbst, setzt Rogers (1977a) entgegen. Wohl aber bedarf er der personalen Gegenwart anderer, die Facilitator für die Aktualisierung dieses Potenzials sind. (Und eine solche Beziehung kann in vielen Fällen erst angeboten werden kann, wenn eine entsprechende professionelle Ausbildung stattgefunden hat.)

Die Befreiung von der Abhängigkeit an Autoritäten ist eine Kränkung also nur für „Lebensexperten“ und ihre Klientel. Denn für den Menschen, deren Leben selbst betroffen ist, ist es eine ermutigende, Selbstvertrauen stärkende Botschaft, die Potenz in sich selbst zu haben und sie auch aktivieren zu können, wenn die geeigneten Beziehungsbedingungen gegeben sind. War seit Freud die Botschaft der Psychotherapie an den Menschen vor allem diejenige, sich selbst (und damit den anderen) misstrauen zu müssen, seinem Unbewussten weitgehend ausgeliefert zu sein und nur über einen sehr engen Spielraum zu verfügen; war die Botschaft der Psychotherapie seit Skinner vor allem, dass es der Expertise und Kontrolle durch Verhaltensfachleute bedarf, um sich und andere nicht ständig selbst zu schädigen, lautet nun die grundlegende Philosophie: Du darfst dir selbst vertrauen, freilich nicht blind, solipsistisch, „ego-logisch“ (Levinas 1983, 189), sondern im Bewusstsein der Verbundenheit der Menschen miteinander und der Angewiesenheit aufeinander. Und damit ist das Lebenswerk von Carl Rogers auch politisch „gefährlich“, weil der Herrschaftsausübung und der Überwachung auf Seiten der Mächtigen ebenso wie der Autoritätsgläubigkeit und dem Kontrollbedürfnis auf der anderen Seite die humanistischen Vorstellungen von Vertrauen und Selbstkontrolle entgegengesetzt sind. Dass dies gerade im obrigkeitgläubigen deutschen Sprachraum einen besonderen Stellenwert hat und auf entsprechenden Widerstand stößt, braucht nicht eigens erläutert zu werden.

Globale Herausforderungen: Zur Zukunft eines Syntagmenwechsels

Carl Rogers, der damit entscheidend zu nicht mehr und nicht weniger als zur Wiederherstellung des Vertrauens des Menschen in sich selbst und seine Mit-Menschen beigetragen hat, hätte sich wohl eine Geburtstagsfeier und Jahrhundertkonferenzen gewünscht, die nicht als Huldigung an ihn selbst oder als Dogmatisierung seiner Sichtweisen, sondern als Gelegenheit verstanden werden, sich vertieft mit der Weiterentwicklung des Ansatzes zu beschäftigen. Denn einer solchen bedarf es, will sich der Ansatz selbst und damit den Intentionen seines Begründers treu bleiben.

Viel gibt es zu tun (vgl. Schmid 1997b, 2002e). Um nur einiges zu nennen:⁷ Die Forschung ist wiederzubeleben und zwar auf eine dem „Gegenstand“ angemessene Art und Weise, was nicht mehr und

nicht weniger heißt, als eine neue „menschengerechte“ Forschungsmethodologie zu entwickeln, in der die Beforschten zu Mitforschern werden. Die philosophischen (ethischen, anthropologischen, epistemologischen) Grundlagen sind „gründlich“ weiter zu studieren, zu entwickeln und fruchtbar zu machen. Der interdisziplinäre Dialog (mit anderen therapeutischen und psychosozialen Orientierungen ebenso wie mit anderen wissenschaftlichen Disziplinen und künstlerischen Bereichen) muss ernsthaft geführt werden, soll Gettoisierung und ein Abgleiten in den Elfenbeinturm vermieden und Kreativität gefördert werden. Vom reduktionistischen Image einer einseitig verbal verstandenen „Gesprächstherapie“ ist ebenso endgültig Abschied zu nehmen wie von immer noch anzutreffender Theoriefeindlichkeit oder -gleichgültigkeit. Eine adäquate und kohärente Wissenschaftstheorie ist zu entwickeln (vgl. Schmid 2001d; 2002f), die dialektisch als Basis für das Selbstverständnis des Ansatzes dient, weil sie als Konsequenz aus dem Selbstverständnis der in seinem Sinn handelnden Personen erwächst.

Themenbereiche sind zu bearbeiten, die entwicklungsbedingt vernachlässigt wurden: So brachte etwa die fehlende, weil nicht notwendige Auseinandersetzung mit den Gräueln der Nazizeit dem Ansatz, der im Mittelwesten des Amerikas der vierziger Jahre des 20. Jahrhunderts entstanden ist, eine gewisse, für europäisches Denken und Empfinden oft schmerzhaft „Naivität“, die beispielsweise den Phänomenen des „Bösen“, gesellschaftlich wie individuell, so gut wie nicht auf den Grund geht. Nicht zuletzt im Zuge der Ereignisse am und nach dem 11. September 2001 wurde deutlich, wie fatal sich sowohl die Ignorierung als auch die Simplifizierung in der Deutung und im Umgang damit auswirken. In Europa wäre hierzu nicht nur die Nase zu rümpfen, sondern zu forschen, zu schreiben und zu handeln.

Es bedarf des politischen Engagements, um den Dialog über eine Gesellschaft zu intensivieren, in der psychosoziale Selbsthilfe (statt „Versorgung“) kein Schlagwort bleibt. Der Dialog mit der Medizin, insbesondere der Psychiatrie, steht an. Im Zuge der Globalisierung bedarf es des Bedenkens der Auswirkungen weltweiter Kommunikation auf das Selbstverständnis der Menschen, ihrer Entwicklung, deren Störungen und Therapie. (Warum ist das Internet, von seiner Verwendung zur Nachrichtenübermittlung abgesehen, vor allem theoretisch weithin „kein Thema“ in einem kommunikationsorientierten Ansatz?) Die weltweite Zusammenarbeit personenzentrierter Organisationen und Einzelpersonen muss weiter intensiviert werden, obwohl gerade hier derzeit viel geschieht (WAPCEPC, NEAPCEPC; siehe Schmid 1997; 1999a; 2000). Die Öffentlichkeitsarbeit liegt (noch) im Argen, besonders wenn man sie mit der entsprechenden P.R.-Arbeit vergleicht, die Rogers selbst unternommen hat (Tonbänder, Filme, Videos, Publikationen, Vortragsreisen,

⁷ Für eine Auseinandersetzung, die über den Rahmen dieser Glosse hinausgeht, wird auf die zitierte Literatur verwiesen.

Demonstration Interviews usw.), um dem Ansatz die entsprechende Publizität und, damit verbunden, Einfluss zu verschaffen. Und so weiter, und so fort.

Carl Rogers hat einen grundlegenden Wandel im Bereich zwischenmenschlichen professionellen Handelns eingeleitet, der weit über Psychotherapie und Beratung hinaus reicht. Ihn kreativ weiterzuführen, steht aus.

Sechzig Jahre sind wirkungsgeschichtlich eine kurze Zeit, eine zu kurze, damit Syntagmenwechsel wirklich greifen können. Zum Schluss daher nochmals drei Vignetten:

1. *Berlin, Sommer 2011*: Beim erstmals wieder auf europäischem Boden stattfindenden Weltkongress für Psychotherapie berichten deutsche Psychotherapeutinnen und Psychiater verschiedener Orientierungen, welche Bereicherung die Psychotherapie im Besonderen, das Gesundheitswesen im Allgemeinen durch die Anerkennung der Personzentrierten Psychotherapie, vormals „Gesprächspsychotherapie“, erfahren hat und dass sie aus dem Gesamt der psychosozialen Versorgung ebenso wenig wegzudenken sei, wie die mittlerweile in „Gesellschaft für wissenschaftliche Personzentrierte Psychotherapie, Beratung und Gesprächsführung“ umbenannte GwG, die seit dieser Zeit auch von der Mitgliederzahl her wieder stark im Ansteigen begriffen ist. Personzentrierte Aus- und Fortbildungen, qualitativ anspruchsvoller denn je, genießen höchstes Ansehen.

2. *New York/Genf/Wien, 2015*: Die Vereinten Nationen kooperieren mit einer weltweit agierenden personzentrierten Organisation in grundsätzlichen Fragen der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens, der Sozialpolitik, der Friedenspolitik und anderer Themen, die unter anderem auch ökologische Fragen einschließen. Der Trend geht mittlerweile dahin, das Recht auf Psychotherapie ähnlich dem Recht auf eine entsprechende medizinische Versorgung als Menschenrecht anzuerkennen. Die Initiative dazu war von personzentrierten Verbänden ausgegangen.

3. *University of Minnesota, USA, 11. Dezember 2040*: Personzentrierte Wissenschaftler und Praktiker aus der ganzen Welt sind zur Hundertjahrfeier der Personzentrierten Psychotherapie versammelt. Sie findet dort genau einhundert Jahre nach jener denkwürdigen Gastvorlesung (Rogers 1940b) an ebendieser Universität statt, die Carl Rogers (Kirschenbaum 1979, 112) selbst als den Geburtstag des Ansatzes bezeichnet hat. Wesentliche Beiträge zum Kongress, an dem tausende Menschen weltweit über das Internet teilnehmen, kommen von den vernetzten Forschungsprojekten, die mittlerweile in Europa, Amerika (wo der Personzentrierte Ansatz im Zuge der Rückbesinnung auf die in der amerikanischen Verfassung festgehaltenen Werte eine neue Blüte erlebt) und Japan erfolgversprechend durchgeführt werden. In diesen Ländern sitzen seit einiger Zeit auf vielen Lehrstühlen der Psychologie und Pädagogik, aber auch anderer Institute Professoren mit personzentrierter Ausbildung. Erste

Berichte von Experimenten mit größeren therapeutischen Gemeinschaften machen Mut, dass die in jüngster Zeit verstärkten Forderungen personzentrierter Organisationen in mehreren Ländern nach öffentlichen Geldern für die individuellen Therapieeinrichtungen übersteigenden, bio-psycho-sozialen Kur- und Prophylaxezentren bald greifen werden. Einen weiteren inhaltlichen Schwerpunkt beim Jubiläumskongress bilden die Beiträge aus afrikanischen, asiatischen und südamerikanischen indogenen Kulturen, welche durch ihren Einfluss einen entscheidenden Bedeutungswandel im Verständnis des Selbst bewirkt haben. Dies war möglich geworden, nachdem der weltweite personzentrierte Theorieaustausch durch den technischen Fortschritt online und mithilfe von Übersetzungsprogrammen endlich auch den Zugang zu bislang kaum bekannten Theorien und Forschungsarbeiten problemlos ermöglicht und so die Zentrierung auf den angloamerikanischen Sprachbereich überwunden hatte. Es wird mit Genugtuung festgestellt, dass innerhalb des Ansatzes und in verwandten Bereichen fundamentale Fortschritte erzielt worden sind: Rogers' (1959a, 16) Hoffnung, dass seine Theorien in zehn Jahren überholt sein würden, haben sich nach hundert Jahren dergestalt erfüllt, dass sie als aufgehoben in einem hegelianischen Sinn gelten können.

Literatur

- Adler, Rolf / Herrmann, Jörg Michael / Köhle, Karl / Schonecke, Othmar W. / Uexküll, Thure von / Wesiack, Wolfgang (Hg.) (1996), Psychosomatische Medizin. 5. Aufl., München (Urban & Schwarzenberg)
- Bozarth, Jerold (2000), The specificity myth. The fallacious premise of mental health treatment, Vortrag gehalten am 15th Annual Meeting of the ADPCA „Power and the Person-Centered Approach“ im August 2000 in La Jolla
- Gemoll, Wilhelm (1965), Griechisch-deutsches Schul- und Handwörterbuch, 9. Aufl. München/Wien (Freytag/Hölder-Pichler-Tempsky)
- Goldner, Colin (1997), PSYCHO. Therapien zwischen Seriosität und Scharlatanerie, Augsburg (Pattloch)
- Iseli, Catherine/Keil, Wolfgang/Korbei, Lore/Nemeskeri, Nora/Rasch-Owald, Sylvia/Schmid, Peter F./Wacker, Paulus (Hg.) (2002), Identität – Begegnung – Kooperation. Person-Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG)
- Kierein, Michael/Pritz, Alfred/Sonneck, Gernot (1991), Psychologengesetz, Psychotherapiegesetz. Kurzkomentar, Wien (Orac)
- Kirschenbaum, Howard (1979), On becoming Carl Rogers, New York (Delacorte)
- Levinas, Emmanuel (1983), Die Philosophie und die Idee des Unendlichen, in: ders., Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie, Freiburg (Alber) ³ 1992, 185–208
- Pennauer, Josef (2002; in Druck), Entwicklung von Gesundheit. Zu einem personzentrierten Begriff von Krankheit und Gesundheit, in: Iseli, Catherine/Keil, Wolfgang/Korbei, Lore/Nemeskeri, Nora/Rasch-Owald, Sylvia/Schmid, Peter F./Wacker, Paulus (Hg.), Identität – Begegnung – Kooperation. Person-Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG)

- Prouty, Garry (2001), Carl Rogers und die experientiellen Therapieformen: eine Dissonanz?, in: PERSON 1, 52–57
- Rogers, Carl R. (1940b), Some newer concepts of psychotherapy, Manuskript 1940, publiziert als Kapitel 2 in: ders., *Counselling and psychotherapy. Newer concepts in practice*, Boston (Houghton Mifflin) 1942; dt.: *Die nicht-direktive Beratung*, München (Kindler) 1972
- (1957a), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: *Journal of Consulting Psychology* 21, 2, 95–103; dt.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: Rogers, Carl R./Schmid, Peter F., *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*, Mainz (Grünewald) 1991, ⁴2000, 165–184
 - (1959a), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (Ed.), *Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context*, New York (McGraw Hill) 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987; ²1989
 - (1973b), My philosophy of interpersonal relationships and how it grew, in: *Journal of Humanistic Psychology* 13, 2, 3–15; dt.: Meine Philosophie der interpersonalen Beziehungen und ihre Entstehung, in: Rogers, Carl R. / Rosenberg, Rachel L., *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*, Stuttgart (Klett) 1980, 185–198
 - (1977a), On personal power. Inner strength and its revolutionary impact, New York (Delacorte); dt.: *Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung*, München (Kindler) 1978
 - (1978c), Der gute Mensch von La Jolla, in: *Psychologie heute* 5, 37–42
- Schmid, Peter F. (1989), „Eine stille Revolution?“ Widerstand durch Verharmlosung und Verwässerung, in: *apg-kontakte* 2, 5–7
- (1994), *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch. Bd. I: Solidarität und Autonomie*, Köln (Edition Humanistische Psychologie)
 - (1996), *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Ein Handbuch. Bd. II: Die Kunst der Begegnung*, Paderborn (Junfermann)
 - (1997a), „to further cooperation on an international level in the field of psychotherapy and counseling ...“. Zur Gründung der World Association for Person-Centered Counseling and Psychotherapy, in: PERSON 2, 168–171
 - (1997b), „Einem Menschen begegnen heißt, von einem Rätsel wachgehalten werden.“ (E. Levinas). Perspektiven zur Weiterentwicklung des Personzentrierten Ansatzes, in: PERSON 1, 14–24
 - (1999a), „to further cooperation between person-centred institutions in Europe in the field of psychotherapy and counseling ...“. Zur Gründung des Network of the European Associations for Person-Centred Counselling and Psychotherapy, in: PERSON 1, 87–89
 - (1999b), Person-Centered Essentials – Wesentliches und Unterscheidendes. Zur Identität personzentrierter Ansätze in der Psychotherapie, in: PERSON 2, 139–141
 - (2000), World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling. Das Selbstverständnis. Die neuen Statuten, in: PERSON 2, 62–64
 - (2001a), Authenticity: the person as his or her own author. Dialogical and ethical perspectives on therapy as an encounter relationship. And beyond., in: Wyatt, Gill (Ed.), *Congruence*, Ross-on-Wye (PCCS) 217–232
 - (2001b), Comprehension: the art of not-knowing. Dialogical and ethical perspectives on empathy as dialogue in personal and person-centred relationships, in: Haugh, Sheila / Merry, Tony (Eds.), *Empathy*, Ross-on-Wye (PCCS) 53–71
 - (2001c), Acknowledgement: the art of responding. Dialogical and ethical perspectives on the challenge of unconditional personal relationships in therapy and beyond, in: Bozarth, Jerold / Wilkins, Paul (Eds.), *Unconditional positive regard*, Ross-on-Wye (PCCS) 49–64
 - (2001d), Knowledge or acknowledgement? Psychotherapy as „the art of not-knowing“. Vortrag Internationales Kolloquium zum hundertsten Geburtstag von Carl Rogers: „Advancing person-centred theory and practice: What is essential?“, in Wien am 24. November 2001
 - (2002a; in Druck), Presence: Im-media-te co-experiencing and co-responding. Phenomenological, dialogical and ethical perspectives on contact and perception in person-centred therapy and beyond, in: Wyatt, Gill / Sanders, Pete (Eds.), *Contact and perception*, Ross-on-Wye (PCCS)
 - (2002b; in Druck), Was ist personzentriert? Zur Frage von Identität, Integrität, Integration und Abgrenzung, in: Iseli, Catherine / Keil, Wolfgang / Korbei, Lore / Nemeskeri, Nora / Rasch-Owald, Sylvia / Schmid, Peter F. / Wacker, Paulus (Hg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*, Köln (GwG)
 - (2002c), Anspruch und Antwort. Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person, in: Keil, Wolfgang W. / Stumm, Gerhard (Hg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie*, Wien (Springer) 75–105
 - (2002d; in Druck), „The necessary and sufficient conditions of being person-centered.“ On identity, integrity, integration and differentiation of the paradigm, in: Watson, Jeanne C. (Ed.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century. Advances in theory, research and practice*, Ross-on-Wye (PCCS)
 - (2002e; in Druck), The ongoing challenge of becoming person-centered, in: *Infochange (American Counseling Association)*, special winter 2002 issue: 100th anniversary of Carl Rogers: our emerging vision
 - (2002f; in Druck), Défis pour l'Approche centrée sur la personne au commencement du 21^{ème} siècle d'un point de vue dialogique et éthique, in: *Carriérologie* 1
- Thorne, Brian (1992), Carl Rogers: Vermächtnis und Herausforderung, in: Stipsits, Reinhold / Hutterer, Robert (Hg.), *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Kritik und Würdigung zu ihrem 50jährigen Bestehen*, Wien (WUV Universitätsverlag) 39–53

Autor:

Peter F. Schmid, 1950, Univ.Do. HSProf. Mag. Dr., ist Begründer personzentrierter Ausbildung in Österreich, Personzentrierter Supervisor und Psychotherapeut und Ausbilder der Akademie für Beratung und Psychotherapie des Instituts für Personzentrierte Studien (IPS der APG). Zusammenarbeit mit Carl Rogers in den achtziger Jahren; zahlreiche Fachpublikationen. Vorstandsmitglied im Personzentrierten und Experientiellen Weltverband (WAPCEPC) und im Europäischen Netzwerk (NEAPCEPC).

Korrespondenzadresse:

*Dr. Peter F. Schmid
Koflergasse 4
A-1120 Wien
E-Mail: pfs@pfs-online.at; Website: pfs-online.at*

Zur Aktualität des Rogers-Ansatzes in der heutigen Psychotherapie-Ausbildung

Statements von Ausbildungsteilnehmern/innen aus der APG, ÖGwG und SGGT

Karin Hegar, Margret Katsivelaris, Martina Kucera, Frank Margulies, Michael Rehl, Michael Schwarz, Maria Theurer und Harald Erik Tichy

Anlässlich des Schwerpunktheftes 100 Jahre Carl R. Rogers entstand in der Redaktion die Idee, Ausbildungsteilnehmer/innen der Schweizer und Österreichischen Person-/Klientenzentrierten Fachverbände zu einem Roundtablegespräch einzuladen. Dabei sollte dargelegt werden, was die Ausbildungsteilnehmer/innen jeweils zu dieser Richtung gebracht hat, ob und wie sich die ursprünglichen Motive bestätigt haben, was dieser Ansatz ihnen in ihrer praktischen Arbeit bedeutet und ob und wie aktuell und zeitgemäß sie Rogers finden.

Für die SGGT führte Margarethe Letzel mit Karin Hegar, die am Kantonsspital Basel im Bereich Psychosomatik arbeitet, und Frank Margulies, der bei der Jugend- und Familienberatung „Samowar“ (Kanton Zürich) tätig ist, dieses Gespräch. Beide befinden sich zur Zeit in der Weiterbildungsphase 2 der Psychotherapieausbildung der SGGT.

Wir bringen hier zunächst dieses Gespräch, das Margarethe Letzel für PERSON aufgezeichnet hat. Im Anschluss daran erfolgt die Darstellung der Statements der österreichischen Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer.

***Interview et discussion table ronde** – A propos de l'actualité de l'approche rogérienne dans la formation psychothérapeutique d'aujourd'hui. Des participants à la formation rogérienne SPCP (Suisse), APG (Autriche) et ÖGwG (Autriche) s'expriment.*

1. Was hat Euch dazu bewogen, Eure Psychotherapieausbildung im Bereich des Personzentrierten Ansatzes zu absolvieren?

Karin Hegar: Für diese Entscheidung ließ ich mir ziemlich lange Zeit. Schließlich wurde mir klar, dass das personzentrierte Vorgehen die einzig richtige Möglichkeit ist, in meinem Arbeitsbereich der Psychosomatik überhaupt den Patienten zu begegnen. Gerade diese Patienten mit chronischen Erkrankungen kann man nicht in irgendein Schema drücken oder ihnen irgendetwas vorgeben, sondern man muss wirklich schauen: Was ist ihr Problem? Die Entscheidung traf ich übrigens ganz gegen den Mainstream der Klinik, die stark verhaltenstherapeutisch orientiert ist. Nach Gesprächen mit den PCA-AusbilderInnen war ich mir dann ganz sicher. Witzigerweise riet mir dann auch ein VT-Ausbilder zu dieser Ausbildung, der fand, dass in der VT-Ausbildung dem personzentrierten Vorgehen zu wenig Beachtung geschenkt werde.

Frank Margulies: Bei mir lief das ganz anders. Ich war zu Beginn sehr skeptisch. Ich hatte ziemlich Angst, dass der PCA bezüglich Theorie überhaupt nichts zu bieten hat im Vergleich mit der Psychoanalyse. Dass er der Psychoanalyse das Wasser nicht würde reichen können. Ich hatte große Angst, dass ich dann noch vieles zusätzlich würde machen müssen, und dass der Personzentrierte Ansatz weder

in der Praxis noch in der Theorie, reichen würde. Da ich gern auch theoretisch reflektiere, war das für mich zudem ein ziemlich kritischer Punkt. Ganz klar war für mich aber: auf keinen Fall Verhaltenstherapie. Letztlich war es dann ein ganz pragmatischer Grund, der mich die PCA-Ausbildung beginnen ließ. Sie fand bei mir in der Nähe statt und war bezahlbar. Ich sagte mir: Ich starte mal, bleibe aber sehr kritisch und schaue, ob ich auf die Rechnung komme. Bezeichnend scheint mir dann die Collage, die ich zu Beginn der Ausbildung fertigte: Ich schnitt das Bild eines Ringes aus, der noch nicht über den Finger gestreift war – das war mein Bild: Ich wusste noch nicht, ob ich mich damit „verheiraten“ will.

2. Wie vertiefen dann Eure Erfahrungen während der Ausbildung?

Frank Margulies: Mich verfolgte die Frage, ob die Gesprächspsychotherapie so viel hergibt, wie ich das von einem Psychotherapeuten erwarten konnte. Ich muss mich identifizieren können, um damit zu arbeiten.

Heute kann ich sagen: Ich habe sehr viel persönlich gelernt, bin ein bisschen „auf die Welt gekommen“, wie ich meine Rolle als Mitmensch begreife. Das hatte ziemliche Konsequenzen, auch für meine

Rolle als Berater und Therapeut. Ich habe entdeckt, dass dieses vermeintlich so einfache theoretische Grundschema sehr viel hergibt, so etwa im Bereich Entwicklungspsychologie, Psychopathologie etc. Je mehr ich mich damit auseinandersetze, desto mehr merke ich: Die Theorie ist tragfähig für die praktische Arbeit und das Reflektieren.

Es ist für mich eine große Herausforderung im Denken. Vom Typ her war ich wohl eher intellektualistisch. Die Weiterbildung brachte mich dazu, herunterzukommen vom Psychotherapieross. Wegzukommen vom Experten, der „weiß“. Das betrachte ich als echten Gewinn, diesen „Abstieg“. Ich spüre einfach, eine dialogische oder verstehende Begegnung erfordert Menschlichkeit, nicht Expertentum – trotz fachlichem Wissen im Hintergrund, das da sein muss, und trotz der Funktion, die man hat.

Karin Hegar: Ich musste mich während meiner Ausbildung ständig fragen, ob das, was ich mache, wirkt und ob die Klienten überzeugt sind – gerade auch, weil meine Abteilung so skeptisch war. Dann stellte ich fest, dass meine Klienten gern zu mir kommen und spüren, dass sich etwas verändert, und das überzeugte mich. Wir hatten zudem eine sehr breitgefächerte Schulung während der Grundausbildung und mehr und mehr merkte ich, wie ich das auf meinem Gebiet anwenden konnte. Damit erwarb ich Fertigkeiten, mit denen ich mich auch in der Supervision in der Klinik, wo man ja sehr skeptisch war, behaupten konnte. Ich gewann Sicherheit, konnte argumentieren. Inzwischen kann ich antworten, wenn mir jemand sagt: „Die Methode wirkt nicht“ – „Nein, es ist nicht die Methode, die nicht wirkt, sondern du bist nicht überzeugt in dieser Haltung. Wenn du nicht warten kannst, wenn du nicht auf den anderen vertraust, dass es schon kommt, dann wirkt es sicher nicht.“ Inzwischen wird meine Sichtweise auch in der Supervision in der Klinik gehört.

Frank Margulies: Noch etwas zu mir persönlich: Ich stelle bei mir generell eine radikale oder radikalisierende Tendenz in meiner Person fest. Das äußerte sich so, dass ich mich auch politisch intensiv engagiere, mich z. B. auch mit Marxismus und überhaupt radikalen Gedanken auseinander setzte. Total überraschend war für mich dann zu sehen, wie radikal der Personzentrierte Ansatz ist, aber zugleich so unglaublich konstruktiv und tiefgreifend. Ich habe gar nicht gedacht, dass es so etwas gibt. Die anderen radikalen Einstellungen haben oft etwas Kritisierendes, Abwertendes und dass es so etwas anderes Konstruktives und zugleich Radikales gibt, das kann ich jetzt noch kaum fassen.

Karin Hegar: Mir ging es so, dass mir das Basistraining viel mehr Spielraum im persönlichen Verhalten aufzeigte. Anfangs habe ich mich oft recht unsicher gefragt: Darf ich denn das? Ist solches Verhalten personenzentriert? Und zu merken, dass das, was ich einbrachte, in Ordnung war, dass ich so, wie ich da war, sein durfte, das hat mich ebenfalls immer nachhaltiger vom Personzentrierten An-

satz überzeugt. Dass ich als Therapeutin, dass mein Befinden ebenfalls eine wichtige Rolle spielt, das hat mich immer eingehender überzeugt.

3. Wie erlebt(et) ihr die Auseinandersetzung mit der Theorie und mit der Praxis?

Karin Hegar: Theorie nützt mir dort am meisten, wenn ich mich frage: Wirkt Personzentrierte Psychotherapie? Manchmal werde ich unsicher und frage mich: Muss ich jetzt eingreifen, damit die Therapie funktioniert? Wenn ich mich dann etwa mit Literatur über die Aktualisierungstendenz auseinandersetze, dann bestärkt mich das, dem Prozess zu vertrauen und dass dieses Vertrauen funktionieren kann, und ich sehe meine Linie wieder klarer.

Frank Margulies: Das mit dieser Sicherheit, das beschäftigt mich auch. Sicherheit in meiner Arbeit, die suche ich auch. Anfangs ging ich davon aus: Wenn es nicht greift, dann kann man ja immer noch mit Techniken kommen. Inzwischen bin ich da immer skeptischer. Und gehe immer mehr davon aus: Veränderung passiert in der verstehenden Begegnung. Ich denke ständig am Wort „verstehen“ herum. Ein ganz einfaches Wort. Aber was für eine Rolle spielt es für die Entstehung eines psychischen Problems: Wenn man sich selbst nicht versteht, muss man zuerst wieder verstanden werden, damit es weitergeht. So einen Begriff, den drehe und wende ich, sehe seine Facetten, die Auswirkungen in der Realität: Was heißt das für eine persönliche Entwicklung, angenommen zu sein oder nicht etc. Mit so wenigen grundlegenden Begriffen kann man so weite Bereiche problematischen menschlichen Erlebens zutiefst differenziert erfassen. Dank solcher theoretischen Überlegungen kann ich im Kontakt mit dem Klienten vieles ausschließen und einfach auch darauf vertrauen, selbst wenn wir in ein Gesprächsloch fallen, dass schon wieder etwas auftauchen wird, das uns heraushilft.

Zur Theorievermittlung während der Grundausbildung habe ich übrigens noch kritisch anzumerken: Hier in der Westschweizer Gruppe (frankophon) kamen die neueren Entwicklungen, die z. B. in Österreich erarbeitet wurden, oder die neueren Arbeiten über Entwicklungspsychologie, nicht vor. Ich empfand klar, dass die theoretische Auseinandersetzung mit diesen wertvollen neuen Impulsen zu wenig lief.

Karin Hegar: Das war bei uns ganz anders. Wir Teilnehmenden erarbeiteten die neuere Literatur und die AusbilderInnen brachten die klassische Sichtweise dazu in die Diskussion ein. Diese stellten dann auch die Verbindung her zwischen den älteren Theorieteilchen und den neuen.

Frank Margulies: Was die Praxis in unserer Form der Weiterbildung angeht: Insgesamt fand ich unsere Ausbildung in Gruppen sehr gut.

Fraglich ist für mich, ob so viel Supervision, wie es jetzt vorgeschrieben ist, tatsächlich nötig ist. Lernen in Form von Selbsterfahrung ist klar das nachhaltigste. Immer allergischer reagiere ich übrigens auf bevormundende Tipps in Supervisionen, die nicht personenzentriert laufen. Wenn ich da mein Erleben preisgebe und dann kommt irgend so ein blöder Kommentar, das vertrage ich einfach nicht. Dabei denke ich überhaupt nicht an meine PCA-Supervisionen, sondern vor allem an jene der Arbeitsstellen, die ich hatte.

Karin Hegar: Das betrachte ich übrigens bei mir als Erfolg: Ich habe für mich klar gelernt zu diskriminieren: Welche Therapiesituation bringe ich in welcher Supervision? Bei klaren Klinikproblemen, bei denen ich klare Antworten will – dann ist es die Kliniksupervision. Aber wenn ich selbst vorkommen will, dann bringe ich das in der PCA-Supervision. Selbst als Person ernst genommen zu werden, das halte ich gerade in unserem Berufsfeld für enorm wichtig. In der Supervision erwarte ich keine Antworten.

Frank Margulies: ... sondern, dass Antworten in mir selber entstehen. Ich will nichts mehr anderes.

Karin Hegar: ... ja, eine Hilfe oder Begleitung beim Reflektieren.

Frank Margulies: Ich frage mich gerade, warum ich so allergisch bin auf Tipps. Das war zu Beginn meiner Ausbildung noch ganz anders. Das scheint mir eine richtig typische Entwicklung. Heute nervt es mich, wenn mein Erleben nicht vorkommen darf. Entscheidend um weiterzukommen, ist für mich, dass jemand mit mir empathisch ist.

Karin Hegar: Ich reagierte nicht genervt, sondern zurückgezogen in der Kliniksupervision. Als ich merkte, ich komme nicht zu dem, was ich brauche, beschloss ich einfach, diese Tipps nicht umzusetzen.

4. Wie seht ihr denn überhaupt den Stellenwert, den Rogers und sein Personenzentrierter Ansatz heute haben?

Karin Hegar: Immer weniger Leute aus unserem Fachgebiet können heute dazu stehen, welch enormen Stellenwert es hat, „nur“ in Beziehung zu treten. Dieser Stellenwert wird in der allgemeinen Auffassung innerhalb der derzeitigen Psychotherapiediskussion immer geringer.

Frank Margulies: Apropos dieses „nur“: Auch die KollegInnen der anderen Richtungen versuchen, verstehend und akzeptierend umzugehen. Sie meinen allerdings, dies reiche nicht. Mich hingegen beschäftigt mittlerweile vielmehr die Frage: Weshalb reicht es? Denn es reicht. Natürlich kann man auch Therapietechniken integrieren und vieles daraus entwickeln, aber im Grunde ist das doch alles zweitrangig. Faszinierend finde ich die Frage: Weshalb reicht es?

Karin Hegar: Diese Frage stellt sich doch heute praktisch fast niemand mehr. Auch für mich persönlich wird meine Einstellung zum PCA immer überzeugter. Gesellschaftlich sieht es jedoch ganz anders aus. Die entstandenen universitären Postgraduiertenausbildungen sind stark verhaltenstherapeutisch geprägt. Hier fällt aus deren praktischer Arbeit, da so eng mit der Uni verbunden, sehr schnell auch mal wieder ein Forschungsergebnis ab, das sich publizieren lässt. So bleiben die sichtbar. Das ist bei den nicht-universitären Postgraduiertenausbildungen wie der unseren nicht in der Form möglich. Damit gerät zum Beispiel unser Ansatz ins Hintertreffen und ich habe Angst, dass er so mehr und mehr verloren geht. Davor habe ich ziemliche Angst. Ich traue uns einzelnen nicht zu, nur mit solchen Einzelbeispielen zu überzeugen. Diese Perspektive erschreckt mich.

Frank Margulies: Da bin ich optimistischer: Wenn wir richtig liegen, können die uns gar nicht ignorieren.

Karin Hegar: Da hast du natürlich recht. Meine Beobachtung in meiner Arbeit ist auch so. Patienten geben sich mit Symptombekämpfung nicht mehr zufrieden. Nach einigen Jahren und nach vorangegangener Verhaltenstherapie sagen viele: „Die bisherige Therapie, das wirkt nicht lange. Ich will jetzt wissen, was dahinter ist.“ Das finde ich durchaus ermutigend. Nur: Diese Phase kommt dann in den Forschungsstudien der Verhaltenstherapieforscher nicht mehr vor. Diese Reaktionen der Patienten werden nicht mehr erhoben. In der Studie kommt nur vor: Er hatte 20 Sitzungen und dann keine Symptome mehr.

Frank Margulies: Ich reagiere hier eher kämpferisch. Ich kann hinstehen und sagen: Euer Vorgehen überzeugt mich nicht. Und ich stelle für mich persönlich immer wieder fest: Ich scheiterte bisher nicht an dem, was der Personenzentrierte Ansatz bietet, sondern mehr daran, mich auch immer auf der Höhe dieses Angebotes zu fühlen. Unseren Ansatz finde ich aber so gut, dass ich den Anderen sagen kann: Das was ihr macht, das will ich für mich nicht mehr.

Karin Hegar: Das sehe ich zwar auch so, nur was die gesundheitspolitische Situation betrifft, so packen mich manchmal Existenzängste. Was passiert, wenn es weiter mit der gesellschaftlichen Anerkennung so bergab geht? Es dauerte lang, bis ich mich finanziell über Wasser halten konnte. Und wenn der Ansatz gesundheitspolitisch noch weniger wert wird?

Frank Margulies: Das ist sicher kritisch und bräuchte unseren politischen Einsatz.

5. Welchen Stellenwert des PCA seht ihr denn gesamtgesellschaftlich?

Frank Margulies: Mir tut es manchmal richtig weh, wie viele Möglichkeiten ungenutzt bleiben, die der PCA bietet, wenn ich an politische Konflikte denke. Es würde so vieles konstruktiver ablaufen, wenn diese Ideen begriffen worden wären.

Karin Hegar: Ja, der Personenzentrierte Ansatz ist doch der, der die oft beschworenen Win-win-Lösungen ermöglichen würde. Es gäbe mehr Kompromisse und nicht wie zur Zeit immer noch das Gerangel um den Gesprächssieger. Ich finde, wir brauchen den Ansatz fest verankert in unseren Schulen.

6. Und wie sieht Euer persönliches Fazit aus, wenn ihr an eure Erfahrungen mit dem Personenzentrierten Ansatz denkt?

Frank Margulies: Ich hatte befürchtet, ich müsste mit dieser Weiterbildung so eine Art Durchschnitts-GT-ler werden. Und stellte fest, dass das überhaupt nicht so ist. Eigentlich entwickelt jeder mit der Zeit immer mehr seine Eigenheiten, bei jedem kommen bestimmte Züge hervor. Es gibt so viele unterschiedliche Profile und doch auch sehr viel Gemeinsames. Ich denke, es ist die Zeit, die die AusbilderInnen auf das Verstehen verwendet haben, die es ausmacht. Es gefällt mir festzustellen: Ich kann so werden, wie ich bin und gerade deshalb Rogers machen.

Ich weiß, ich mag Menschen. Es braucht aber viel, das auch wirklich zu leben. Der Personenzentrierte Ansatz hilft mir dabei, das umzusetzen. Es ist auf eine Art ein Weg. Ich weiß auch nicht, wie ich das in meinem weiteren Leben noch kombinieren werde. Aber es ist ein schöner Weg.

Gesellschaftlich gesehen steht der Personenzentrierte Ansatz natürlich nirgends. Das ist schade. Wir müssen sogar die Kerngeschäfte schon verteidigen – und das immerhin sollten wir mit Nachdruck!

Karin Hegar: Für mich ist das nicht einfach nur eine Therapierichtung, sondern eine Lebensphilosophie, eine Lebensweise. Für mich brachte es große Veränderungen. Ich war vom Typ her sehr direktiv, habe viel von anderen verlangt, war viel kritisierender. Jetzt warte ich mehr ab, warte zu mit meinem Urteil, verstehe mehr. Das ist gewachsen, nicht gelernt. Und das ist das Schönste am Ganzen.

Für die österreichischen Vereine ÖGWG, Forum der APG bzw. IPS der APG haben Sylvia Gaul und Wolfgang Keil je zwei Ausbildungsteilnehmer/innen zu einer Gesprächsrunde eingeladen.

An dem Gespräch haben Mag. Harald Erik Tichy und DSA Margret Katsivelaris vom IPS, Mag. Michael Rehl und Maria Theurer von der ÖGwG sowie Martina Kucera und Michael Schwarz vom Forum teilgenommen.

Nach einem anregenden Gesprächsabend haben sich die Ausbildungsteilnehmer/innen in einem weiteren Treffen entschieden, ihre Stellungnahmen als eigene Statements für PERSON niederzuschreiben.

Diese sehr persönlichen Gedanken und Reflexionen haben wir im Folgenden zusammengestellt:

Harald Erik Tichy: Mein Weg zum Personenzentrierten Ansatz verlief kurvenreich. Einige Jahre in Indien und Thailand, wo ich Yoga lernte und bei Achan Buddhadasa Buddhismus studierte; eine transpersonal orientierte Ausbildung in Maieutik bei Arnold Keyserling, einem der letzten lebenden Schüler Gurdjieffs; intensive Beschäftigung mit Kung Fu, Tai Chi und Butoh; Arbeit mit behinderten und nicht-behinderten Kindern und Jugendlichen. Nachdem ich zehn Jahre lang meine Heimat mehr in Asien als in Europa wahrgenommen hatte und mich mit 33 Jahren dementsprechend entwurzelt fühlte: Entscheidung für ein Universitätsstudium in Pädagogik, Religionswissenschaft und Philosophie in Wien mit persönlich gesetztem Schwerpunkt in östlicher Spiritualität und interreligiösem Dialog und der Beginn einer freiberuflichen Lehrtätigkeit von Yoga und buddhistischer Meditation. Aus heutiger Perspektive sehe ich diese Zeit als einen der wesentlichen Wendepunkte meines Lebens, da mir langsam zu dämmern begann, dass ich eine Menge seelischer Probleme hatte, auf die buddhistische Meditation keine adäquate Antwort war. Als der Leidensdruck unerträglich wurde, begab ich mich in Psychotherapie.

Mit den Gedanken Carl Rogers' wurde ich über befreundete Psychotherapeuten vertraut. Karl Garnitschnig, einer meiner Professoren am Pädagogischen Institut, bot mir an, gemeinsam mit ihm Selbsterfahrungsseminare zu leiten und ermutigte mich später zur personenzentrierten Beratungstätigkeit unter seiner Supervision als Pädagoge. So war mein Zugang zum PZA zunächst vor allem ein praktischer und ich ahnte bald die Chancen, wie meine – generell auf Entfaltung abzielende – Arbeit mit Menschen und mein eigenes Leben durch das psychologische Verständnis Rogers' bereichert, verfeinert und vertieft werden könnte. Aus diesem Anliegen, meine Kompetenz zu erweitern und meinem Wunsch nach einer klaren beruflichen Identität wuchs meine Entscheidung für die Ausbildung zum Personenzentrierten Psychotherapeuten und eine Dissertation, in der ich den PZA mit dem Buddhismus ins Gespräch bringe.

Mittlerweile bin ich mit dem Fachspezifikum fast fertig und sehr glücklich darüber, wie sich mein Leben hier fügte. Ich erlebe den Personenzentrierten Ansatz als ebenso herausfordernd wie wirkungsvoll in meiner Arbeit mit Klienten, und auch meine Weise, Yoga und

buddhistische Meditation zu vermitteln, erfuhr durch mein neu gewonnenes Verständnis entscheidende Veränderungen. Allerdings blicke ich auf stürmische Zeiten zurück, viel Leid brach auf und es ist noch gar nicht so lange her, dass ich nicht wusste, wann der Boden wieder trägt. Mittlerweile trägt er jedoch nicht nur besser, er trägt vor allem auf eine Weise, wie ich sie vorher kaum kannte. Mein Lebensgefühl fühlt sich lichter an. Es ist heller geworden, auch klarer. Ich fühle mich anderen wie auch mir selbst näher und meine Empfindsamkeit für das, was sich in mir und zwischen anderen und mir ereignet, ist größer. Carl Rogers' Überzeugung, dass es für Entwicklung und Heilung einer bestimmten Qualität in zwischenmenschlichen Beziehungen bedarf – und nicht der Anwendung störungsspezifischen Experten-Wissens – leuchtet mir immer mehr ein. Ganz deutlich zeigt sich dies für mich in jenen kostbaren Sternstunden, wenn es mir möglich ist, einen Klienten dermaßen unmittelbar empathisch zu begleiten, dass sich in ihm wesentliche neue Einsichten im wahrsten Sinn des Wortes „natürlich“ entfalten. Allerdings glaube ich, dass wir im Grunde genommen erst ganz am Anfang stehen, jene Beziehungs-Qualität, die dies erlaubt, auf zeitgemäße Weise zu verstehen, da es für das differenzierte Beschreiben von empathischer Erkenntnis einer völlig anderen epistemologischen Fundierung bedarf als jener, wie wir sie im aktuellen psychologischen Diskurs zumeist vorfinden. So wird das Revolutionäre des Personenzentrierten Ansatzes oft weit unterschätzt oder auch gar nicht erkannt, wenn dieser Unterschied, in der Symbolisierung Ute Binders etwa, jener zwischen „Empathie“ und „kognitiver sozialer Perspektivenübernahme“, nicht in seiner vollen Tragweite realisiert – im Doppelsinn von erkannt und verwirklicht – wird.

Vor dem Hintergrund meiner biografischen Skizze wird vielleicht nachvollziehbar, dass mir der PZA vor allem als „a way of being“ einleuchtet und dass es gerade diese Facette der Gedanken Rogers' ist, die mich fasziniert und anzieht. In diesem Sinn verstehe ich den PZA als Kunst, nämlich die Kunst, anderen authentisch und anteilnehmend derart zu begegnen, dass ihnen mein Bemühen, sie aus ihrem inneren Bezugssystem zu verstehen, erlaubt, bislang nicht realisierte Freiräume in ihrem Leben wahrzunehmen. Wenn ich einen Schritt zurücktrete und darüber nachdenke, wie es mir möglich war und ist, diese Kunst der Begegnung anzueignen, staune ich über die hohen menschlichen Qualitäten meiner Auszubildner – in Zeiten wie diesen erachte ich dies nicht als Selbstverständlichkeit –, ihre fachliche und nicht zuletzt ihre organisatorische Kompetenz. In meinen Augen ist es eine ziemliche Leistung, eine Ausbildungsordnung zu entwerfen und umzusetzen, die einerseits den vom Psychotherapie-Gesetz verlangten Anforderungen entspricht und doch dem eigenen „Person-orientierten“ liberalen Geist die Treue zu bewahren vermag. So, wie ich es verstehe, kann der PZA nur über das Lernen am „leibhaftigen“ eigenen Beispiel angeeignet werden. Indem ich meinen Interessen folgte und begann, die am Verständnis Rogers' orientierten Beziehungsangebote in der Ausbildung wahrzunehmen und nach und nach immer mehr zu schätzen, sensibilisierte ich

mich für eine Beziehungs-Qualität, in deren Wesen es liegt, meine wie auch die Entfaltung anderer zu ermöglichen. Von Gregory Bateson stammt die Metapher: das Muster, das verbindet. In diesem Sinn könnte ich die Ausbildung auch als Muster verstehen, in dem all die verschiedenen Teile wie Selbsterfahrung, Theorie, Praxis und Supervision durch ein aus unzähligen personenzentrierten Beziehungen geknüpftes Netz miteinander verbunden sind, das sie konstituiert wie trägt und im Zusammenspiel von Erleben und Reflexion das Entwickeln eines persönlichen Therapiestils erlaubt.

Margret Katsivelaris: Die Entscheidung für das Fachspezifikum in Personenzentrierter Psychotherapie basierte in erster Linie auf meinen Erfahrungen im Propädeutikum bei der APG.

Personenzentrierte Haltung, welche mir von der Ausbildung an der Akademie für Sozialarbeit in Ansätzen bekannt war, fand ihren Ausdruck sowohl bei den Lehrenden als auch im Curriculum. Letzteres war einerseits wegen der großen organisatorischen Flexibilität aus rein praktischen Gründen reizvoll. Die Auswirkungen der inhaltlichen Flexibilität wurden erst im Verlauf der Ausbildung sukzessive erkennbar.

Der Austausch und die Zusammenarbeit mit KollegInnen unterschiedlicher professioneller Herkunft war rückblickend gesehen eine große Bereicherung. Er stellte allerdings auch eine große, letztlich lehrreiche Herausforderung dar, mich in der „Kunst des Nichtwissens“ zu üben.

Aufgrund meiner psychoanalytischen Vorerfahrungen (post graduate-Lehrgang in psychoanalytisch orientierter Familientherapie und langjährige Tätigkeit in der tiefenpsychologisch ausgerichteten Child Guidance Clinic) implizierte die Ausbildung einen risikoreichen Umstellungsprozess.

Risikant war aus heutiger Sicht der Mut zur realen, unmittelbaren Begegnung ohne Rückzugsmöglichkeiten auf Übertragung und Abstinenz als Distanz schaffende Beziehungsregulative.

Die von Rogers postulierten Grundeinstellungen als hinreichende Voraussetzung der idealen Therapeutenhaltung scheinen leicht nachvollziehbar, eigentlich selbstverständlich. Ihre konsequente praktische Umsetzung schien mir gefährlich und ließ immer wieder Zweifel an der Richtigkeit meiner Entscheidung aufkommen.

Der vielfach erhobene Vorwurf fehlender bzw. unzureichender Theorie wurde zunächst auch von mir selbst geteilt und verunsicherte mich auch noch in jenem Ausbildungsstadium, wo sich meine praktische Arbeit mit den Klienten deutlich positiv veränderte. So ließen sich z. B. äußerst schwierige Klienten, denen sehr geringe Reflexionsfähigkeit attestiert wurde, leichter zur Mitarbeit motivieren.

Die Kluft zwischen dem (vermeintlichen) Mangel an Theorie und den überzeugenden praktischen Auswirkungen verringerte sich mit meinem fortschreitenden Ausbildungsprozess. Die endgültige Bestätigung für die Richtigkeit meiner Wahl erhielt ich durch den intensiven Prozess meiner Abschlussreflexion zum Thema „Problematische Nähe“.

Ich fand jene theoretische Annahme von Rogers bestätigt, der zufolge die beste Therapietheorie jene ist, die der Therapeut selbst entwickelt. Entscheidend für die Überwindung der oben angesprochenen Kluft zwischen Theorie und Praxis war für mich die Entwicklung einer differenzierten, eigenen Sprache.

Unentbehrlich für die Vielfalt der Erfahrungen im Rahmen meiner Ausbildung war das Lernen in Gruppen von unterschiedlicher Zusammensetzung.

Michael Rehr: Wie ich zu Rogers gefunden habe: Ich war bei einer klientenzentrierten Therapeutin und im Laufe der Therapie bin ich auf die Idee gekommen, selbst diesen Beruf anzustreben. Was jedoch klientenzentriert bedeutet oder wer Rogers ist, wusste ich damals noch nicht. Im Propädeutikum wurden dann die verschiedenen Fachrichtungen vorgestellt. Das war meine erste bewusste Begegnung mit dem Menschenbild Carl Rogers'. Im Vergleich zu den anderen Fachrichtungen spürte ich eine innere Zufriedenheit und wusste nun auch den Hintergrund für meine positiven Erfahrungen in der Therapie. Dieses Spüren und Wissen war somit auch eine Entscheidung für das Fachspezifikum bei der ÖGWG.

In 7 Jahren Ausbildung durfte ich einiges an Erfahrungen sammeln. Die Frage nach der Aktualität von Carl Rogers habe ich als Anlass genommen, mich damit auseinander zu setzen, was Rogers zum Thema Lehren und Lernen sagt. Und prompt befand ich mich im Spannungsverhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft, zwischen Eigenverantwortlichkeit und staatlicher Reglementierung.

Rogers beschreibt in mehreren Artikeln und Büchern seine Erfahrung mit Lehren und Lernen und welche Schlüsse er daraus zieht. Wie er selbst berichtet, handelt es sich dabei um sehr explosive Gedanken. Und ich glaube, sie sind heute mindestens so aktuell wie damals.

Das Umlegen der therapeutischen Haltung auf die Pädagogik und die Implikationen haben für mich eine Faszination, der ich mich nicht entziehen kann und will.

Verkürzt und in meiner Interpretation heißt das: Gelernt wird durch Erfahrung, dann wenn ein Bedarf besteht [„Die Menschen würden sich zusammensetzen, wenn sie lernen wollten“; Rogers, Carl (1961/1973), *Entwicklung der Persönlichkeit*, Stuttgart (Klett) 272], es gäbe keine Prüfungen, keine Titel, und keinen Abschluss, denn das wäre das Ende des Lernprozesses.

Diese Ideen übers Lernen gehen natürlich an der Realität unserer Gesellschaft vorbei. Wir sind bemüht, Dinge zu objektivieren, das heißt, Dinge messbar zu machen, die meiner Meinung nach nicht messbar sind. Und da finde ich es ganz wichtig, so wie Rogers es macht, den Menschen, das Subjekt in den Mittelpunkt zu stellen.

Wir haben in Österreich ein Psychotherapiegesetz. Im Vergleich zu anderen Ländern dürfen wir über dieses Gesetz sehr froh sein. Viele Fachrichtungen sind anerkannt. Der Zugang zur Ausbildung ist offen, gerade für mich als Nichtquellenberufler ist das sehr wichtig. Und wir sind ein anerkannter heilender Beruf mit Versorgungsauftrag

der Kassen. Das alles ist berufspolitisch bedeutend. Die gesetzlichen Regelungen müssen umgesetzt werden und nehmen dadurch naturgemäß wenig Rücksicht auf Individuelles. Die individuelle Freiheit, sich dann zusammensetzen, wenn man lernen will, in dem Ausmaß, das einem als nötig erscheint, bleibt hier auf der Strecke.

Diese Freiheit impliziert, dass man manchmal keine Lust hat zu lernen und auch nichts lernen will. Und so ist das auch bei mir. Meine Erfahrung ist, dass es mich wirklich weiter bringt, wenn ich nicht im Elfenbeinturm sitze und „Theorie“ lese und lerne, sondern wenn ich in der Begegnung mit dem Klienten merke, dass etwas schwierig wird oder das nichts weitergeht oder ich an meinen Fähigkeiten zu zweifeln beginne (diese Liste ist weiter fortsetzbar und vielen von uns sehr bekannt). Dann stimmt für mich Rogers' oben zitierter Satz völlig. Dann will ich etwas lernen und setze mich mit anderen zusammen. Und nicht weil ich einem Gesetz und somit der Gesellschaft oder AusbilderInnen genügen will, sondern weil ich mich entwickeln will.

Das Zentrieren auf einen Menschen entspricht zutiefst Rogers, wie ich ihn verstehe – und immer provokant für eine Gesellschaft. Aber genau darin liegt für mich eine Freiheit, die Entwicklung erlaubt, und daher ist Rogers meines Erachtens immer aktuell. Und zwar in jeglichem Bereich.

Es ist mir bewusst, dass es sich beim Lernen in Freiheit um eine Idee handelt, also ein Ideal, das wie die „fully functioning person“ nicht erreichbar ist. Aber es benennen und eventuell einen kleinen weiteren Schritt in diese Richtung zu machen, ist ein Wunsch meinerseits.

Maria Theurer: Die Frage nach den Beweggründen für eine Ausbildung in Klientenzentrierter Gesprächstherapie nach Rogers möchte ich so beantworten, dass ich zunächst etwas von meiner persönlichen Entwicklung und meinem therapeutischen Werdegang erzähle.

Im Alter von 24 Jahren begann ich eine körpertherapeutische Ausbildung in Posturaler Integration, die mir als gutes Fundament für das Arbeiten mit Menschen erschien; als alleiniges therapeutisches Handwerkszeug empfand ich die Ausbildung aber als unzureichend, und so beschäftigte ich mich als „Zaungast“ mit diversen psychotherapeutischen Methoden. Da ich als Legasthenikerin in der Schule meine liebe Not gehabt hatte, wick ich einer Ausbildung in den etablierten Strukturen aus und bewährte mich zunächst nur im alternativen Bereich. Im Laufe der Zeit und mit wachsendem Erfolg in der eigenen Praxis wurde in mir der Wunsch stärker, doch ein psychotherapeutisches Fachspezifikum zu absolvieren. Im Zuge der Übergangsregelung beschloss ich, das Wagnis einzugehen.

Für die Ausbildung nach Rogers habe ich mich intuitiv entschieden. Mein positiver Eindruck von Rogers begründete sich darin, dass mich sein humanistisches Weltbild und sein Prinzip der Wahrung und Achtung für das Individuelle im Menschen sehr angezogen hat. Ausgehend von meinem körpertherapeutischen Hintergrund, wo

sehr viel mit Emotionen und authentischem, lebendigem Ausdruck gearbeitet wird, hegte ich anfangs das Vorurteil, Rogers wäre vielleicht ein wenig verstaubt und langweilig – im Sinne dessen, dass sich die Rolle des Therapeuten auf die wohlwollende Unterstützung des Klienten beschränkt und darauf, ab und zu empathisch „Mhmm“ zu sagen.

Mit diesem ersten Eindruck war ich nicht allein. Die Ursache dafür liegt meiner Ansicht nach darin, dass zwei der drei Rogerianischen Grundhaltungen (Empathie und unbedingte Wertschätzung) zu einem Allgemeingut in der therapeutischen Szene geworden und dadurch im Sinne von Rogers verflacht sind. In anderen Therapie-richtungen werden die beiden Grundhaltungen als bloße Rahmenbedingungen angesehen, innerhalb derer mit spezifischen Methoden gearbeitet wird. Bei Rogers sind eben die drei Grundhaltungen die Basis für das therapeutische Handeln. So sieht er z.B. Empathie nicht nur als reines Mitschwingen mit dem Klienten; das hat sich in der Ausbildung klar gezeigt, und für mich persönlich hat es sich besonders deutlich in Ute Binders störungsspezifischem Empathieverständnis manifestiert. Nur über dieses erweiterte Verständnis kann ich als Therapeut dem inneren Bezugsrahmen des Klienten gerecht werden und ihn in einer für ihn annehmbaren Form mit seiner Inkongruenz konfrontieren.

Aus meiner heutigen Sicht stellt sich der Rogerianische Ansatz als ganz und gar nicht verstaubt dar – im Gegenteil: Das Schwerk-
gewicht der Therapie liegt auf der Beziehungsgestaltung und nicht auf Methoden, die irgend etwas bewirken sollen. In meinem Verständnis von klientenzentrierter Arbeit begegnet der Therapeut dem Klienten mit seiner eigenen Persönlichkeit; er ist mit seiner inneren Herkunft in Kontakt und kann nicht als distanzierter „Superman“ agieren. Das empfinde ich als wirklich wesentlich, da die Nachfrage nach magischen Instantlösungen in der heutigen Zeit besonders groß ist.

Dieser Anspruch auf eine kongruente Beziehungsgestaltung birgt meiner Ansicht nach die größte Herausforderung und auch die größte Gefahr für den Therapeuten. Die Chance besteht darin, dass man als Therapeut aufgefordert ist, sich selbst der Unsicherheit des eigenen Entwicklungsprozesses auszusetzen, solange man in dem Beruf tätig ist. Als Gefahr sehe ich, dass der Therapeut in diesem offenen Raum, den die Rogerianische Gesprächstherapie bietet, seine eigenen Anteile nicht mehr als solche erkennen kann. Das Fehlen von Strukturen und die Gewichtung auf die eigene Person kann zu einer Überschätzung der eigenen Wahrnehmung führen, vor allem dann, wenn der Therapeut sich selbst dem Klienten gegenüber zuviel falsch verstandene unbedingte Wertschätzung an den Tag legt. Das führt dazu, dass er sich selbst zu wenig hinterfragt, und so wird seine Wahrnehmung des Klienten in hohem Maße von seinem eigenen Weltbild überlagert. Dann besteht die Gefahr, dass er wichtige Entwicklungsschritte bei seinem Klienten blockiert.

Rogers geht nicht davon aus, dass der Therapeut in allen Lebenslagen kongruent sein muss, aber in der Beziehungsgestaltung zum

Klienten muss er es sein. Diesem Anspruch kann er langfristig nur dann gerecht werden, wenn er einen guten Umgang mit seinem eigenen Sein entwickelt. Diese Herangehensweise kommt mir in der Arbeit sehr entgegen, da mir der sorgfältige Umgang mit Eigenresonanz ganz wichtig ist. In dieser Form wird die Arbeit auch für mich als Therapeutin zu einem sehr persönlichen, lebendigen und bereichernden Prozess. Weiters war es mir schon immer sehr wichtig, gut auf die Grenze Klient-Therapeut zu achten. Bei Rogers erlebe ich diese Grenze nicht als Abgrenzung, sondern als eine Erweiterung der Möglichkeiten therapeutischen Handelns. So fühle ich mich bei Rogers gut aufgehoben und habe eine therapeutische und geistige Heimat gefunden.

Zum Abschluss möchte ich Wolfgang Keil erwähnen, der die Sonderausbildung geleitet hat und für mich ein wahrer Rogers-Kenner ist. Er hat mir auf sehr feine Art Rogers' Grundwerte nähergebracht und so meine Möglichkeiten für den sorgfältigen Umgang mit meinen Klienten erweitert. Im Zuge der Ausbildung und besonders der Lehrtherapie konnte ich auch das Kämpfen gegen etablierte Strukturen sein lassen und eine neue und spannende Herangehensweise an therapeutisches Handeln finden. So freue ich mich, bald Klientenzentrierte Gesprächstherapeutin zu sein und dies dann mit einem offiziellen Schild an meiner Tür zu bekunden.

Martina Kucera: Mein Verhältnis zu Carl Rogers, meine Zuneigung illustrierend, folgende kleine Episode:

Ich sitze im Cafehaus, blättere im „Forum“- Programm und lese, dass C. Rogers am 8. 1. 1902 geboren wurde. Ich bin begeistert. Am selben Tag, also ebenfalls am 8. Jänner, hat meine jüngste Tochter Geburtstag! So ein Zufall! Ich freue mich.

Ich hatte in meiner Lebensgeschichte Erfahrungen gemacht, die mir drängende, oft quälende Fragen beschert haben. Wie konnte etwas so Zerrissenes, Schmerzvolles, Verirrtes wie das Leben, das ich kannte, das ich in mir und bei anderen beobachtete, wie konnte dieses Dasein so etwas wie Heilung erfahren?

Gab es da einen Weg, manches zu heilen, wieder-gut-zu-machen?

In mir selber fühlte ich dieses Bedürfnis und auch in meinem Umfeld, bei meinen Mitmenschen.

Die Wahl hin in diese Ausbildung, zuerst einmal ins Propädeutikum, erfolgte zu Beginn eher intuitiv, nicht wohlüberlegt, dann jedoch gänzlich ohne Zweifel hinsichtlich der Entscheidung.

Während des Propädeutikums entdeckte ich dann C. Rogers. Es war tatsächlich so, dass ich voller Freude mein erstes Buch von C. Rogers las, voller Glück, dass ich endlich die Formulierungen meiner ureigensten Fragen, Antworten, Vermutungen zu lesen bekam.

Ihn über seine Bücher zu entdecken, und vor allem über die Art und Weise, wie meine Lehrer und Ausbilder seinen Ansatz lehren und vermitteln, war, als hätte ich meinen intellektuell-emotionalen Heimathafen gefunden. Zusätzlich zur Freude über das Gelesene repräsentierten die Ausbilder der neu gegründeten Sektion Forum in der APG – und tun es heute noch –, die Haltungen, die

der Personzentrierte Ansatz vertritt, auch außerhalb der therapeutischen Situation.

Dieser Umstand ist ein entscheidendes, notwendiges Kriterium für mich, eine jahrelange Ausbildung zu beginnen und selbstverständlich mit den Lehrenden zu „leben“, sie auch in mein Leben zu integrieren.

Ich würde keine Methode erlernen wollen, die von Menschen gelehrt wird, die sich mit den Grundsätzen derselben im Umgang mit den Ausbildungskandidatinnen nicht verpflichtet und angehörig fühlen. Insbesondere die Wertschätzung und die Transparenz sehe ich in diesem Zusammenhang als besonders wichtig an.

Was die Frage „Der Personzentrierte Ansatz heute“ betrifft:

„Kontakt über Verstehen - Verstehen über Kontakt“ herzustellen scheint mir die intelligente, logische Antwort auf Konflikte zu sein, egal auf welcher gesellschaftlichen Ebene, im Kleinen wie in großen politischen Zusammenhängen.

Menschen zu unterstützen, ihr Eigenes, ihr Selbst zu entwickeln, nicht-integrierte Anteile wieder zu entdecken, auferstehen zu lassen. Das kann nur gut sein.

Es entspricht meiner Erfahrung, dass Gefühle, Gedanken, Empfindungen, die erspürt und symbolisiert werden können – haben sie noch so bedrohlich gewirkt, solange sie „Theorie“ waren –, ihren Schrecken verlieren, wenn sie ans Tageslicht kommen können.

„Es gibt nichts Böses, außer man lässt es nicht zu“, vielleicht so.

Meines Erachtens sind die Ausführungen von Rogers schlicht erfahrbare Tatsachen. „Seine Variablen“ wirken genau so, wie er es beschrieben hat, sie sind hinreichende Bedingungen, um einen stagnierenden Prozess der Entwicklung wieder in Gang zu bringen.

Die Aktualisierungstendenz gibt es, man kann sie erfahren und spüren.

Nach meiner Erfahrung sind Techniken dagegen nebensächlich. Sie können für sich keinen Weg bahnen, um im Rahmen des inneren Bezugssystems des Klienten empathisch zu verstehen und Prozesse zu begleiten.

Ich meine, dass es gerade auch in diesem Sinn einer ausführlichen, sehr genau genommenen Ausbildung und Entwicklung von Menschen bedarf, um über die Fähigkeit des „Facilitating“ jenseits von Techniken im Sinne von vorgefertigten Handlungsabläufen, zu verfügen.

Ich sehe diese Anforderungen an mich als Ausbildungskandidatin ausreichend gestellt und begrüße die Dauer und Intensität der Ausbildung zur personzentrierten Psychotherapeutin.

Michael Schwarz: Ich wusste, dass ich Therapeut werden wollte, oder sollte ich besser sagen, eine Therapieausbildung machen wollte. In Frage kamen allerdings mehrere Ansätze, neben dem Personzentrierten auch Psychodrama und Psychoanalyse

Mir fallen auch die vergleichsweise geringen Kosten und die kurze Mindestdauer ein sowie die „notwendigen und hinreichenden Bedingungen“, wie C. Rogers sie formuliert. Soweit sie sich mir im

Propädeutikum vermittelten, klang das doch recht einfach, fast wie eine „g'mahte Wies'n“. Schließlich lernte ich durch eine einjährige Supervisionsgruppe und einen Kurs im Propädeutikum den Ansatz etwas näher kennen. Ausschlaggebend waren schließlich Personen, die AusbilderInnen im Forum sind und die ich in Propädeutikumszeiten kennengelernt hatte.

Am Beginn hatte ich keine konkreten Erwartungen. Groß war jedenfalls meine Neugier auf das Kommende.

In meiner Ausbildung sollte sich bald herausstellen, dass die „Wiese“ der notwendigen und hinreichenden Bedingungen keineswegs so „g'maht“ war, wie ich anfangs gedacht hatte. Vielmehr habe ich mit fortschreitender Ausbildung gemerkt, wie anspruchsvoll diese Variablen tatsächlich sind und welche Herausforderung sie an den Therapeuten stellen. Heute wundere ich mich ein bisschen über meine damalige Naivität, denn inzwischen hat sich mir diese Richtung auch in der Theorie als sehr viel komplexer dargestellt. Die Selbsterfahrung – in der Gruppe und in der Einzeltherapie – ist zum zentralen Punkt für mich in der Ausbildung geworden.

Ich merke, dass ich aus der Theorie nur in dem Maße Nutzen ziehen kann, als ich sie mit persönlichen Erfahrungen in Beziehung setzen kann. Ebenso aber wächst mein Interesse an Primärliteratur, da ich da wohl noch viel mehr herausholen könnte, als ich bisher getan habe. Für mich als Person, aber auch für mich als Therapeut. Wie groß die Bedeutung ist, die Carl Rogers für mich hat, wird mir erst zunehmend klar. Spannend und erstaunlich!

Zuletzt noch ein Begriff, den ich in diesem Text unbedingt erwähnen will: Vertrauen in Entwicklung, insbesondere: Vertrauen in meine Entwicklung. Das erfahren zu haben, gehört zum Schönsten, das mir durch diese Ausbildung „passierte“.

Natürlich ist es nicht „passiert“, und es beschränkt sich auch nicht auf die Ausbildung, sondern spielt eine zentrale Rolle in meinem Leben.

Autoren/innen bzw. Interviewpartner:

Karin Hegar, 1966, lic. phil. Psychologin, Tätigkeit: Psychotherapie und Forschung an der Psychosomatischen Abteilung des Kantonsspitals Basel, Spezialgebiet: Psychologische Beratung und Psychotherapie für DiabetikerInnen; zur Zeit in der Weiterbildungsphase 2 der Psychotherapie-Ausbildung der SGGT.

Adresse: Baselstrasse 11a, CH-4124 Schönenbuch

E-Mail: karin.hegar@balcab.ch

Margret Katsivelaris, 1955, Sozialarbeiterin an der Child Guidance Clinic Wien, Personzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis.

Adresse: Hochbuchstraße 22, A-3003 Gablitz

Martina Kucera, 1967, *Gesangsstudium, Personzentrierte Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision in freier Praxis, im Fachspezifikum der APG/Sektion Forum, Trainerin für Berufsorientierung mit verhaltensauffälligen/behinderten Jugendlichen.*
Adresse: Storchengasse 15/12, A-1150 Wien

Frank Margulies, 1968, *lic. phil., Psychologe FSP. Psychologiestudium in Fribourg (CH), arbeitet in der ambulanten Jugendberatungsstelle SAMOWAR des Bezirks Horgen (Zürich), in Ausbildung zum personzentrierten Psychotherapeuten seit 1997; Arbeitsfeld: Jugendliche, Familien, Kinder.*
Adresse: Berninastrasse 8, CH-8057 Zürich
E-Mail: frankmargulies@bluewin.ch

Michael Rehr, 1961, *Mag., Klientenzentrierter Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision in freier Praxis in Wien.*
Adresse: Anton-Burg-Gasse 2/20, A-1040 Wien

Michael Schwarz, 1961, *Personzentrierter Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision in freier Praxis; im Fachspezifikum der APG/Sektion Forum.*
Adresse: D'Orsay-Gasse 7/28, A-1090 Wien

Maria Theurer, 1958, *Klientenzentrierte Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision in freier Praxis.*
Adresse: Margaretenstraße 96/4, A-1050 Wien

Harald Erik Tichy, 1958, *Mag. phil., Diplompädagoge, Personzentrierter Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision, im Fachspezifikum in der APG/Sektion IPS; Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapie in freier Praxis, Unterricht in Yoga und buddhistischer Meditation und das Forschen nach Möglichkeiten wechselseitiger Vertiefung von moderner Psychologie und traditioneller Spiritualität in einem postkonfessionellen Kontext.*
Adresse: Sturzgasse 40/2, A-1150 Wien

Profil zeigen – zum Hundertsten ein Institut

Interview zur Eröffnung des PCA-Institutes in Zürich

Im Jahr 2002, in dem Carl R. Rogers seinen 100. Geburtstag feiern könnte, wird in der Schweiz, in Zürich, das „PCA-Institut“ eröffnet. Es entwickelte sich aus der SGGT (Schweizerische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie). Dem Personenzentrierten Ansatz mehr Öffentlichkeit zu verschaffen, gerade auch gesellschaftspolitisch, ist das erklärte Anliegen. Die Räumlichkeiten sind gefunden und können bereits benützt werden. Die Eröffnungsfeier wird im Laufe des Jahres 2002 stattfinden. Als Trägerschaft musste eine Stiftung gegründet werden. Dem Stiftungsrat gehören Personen aus Politik, Wirtschaft und der SGGT an. Stiftungsratspräsidentin ist Bettina Bacher, Gesprächspsychotherapeutin und Vorstandsmitglied SGGT. Mit ihr führte Kathrin Roth-Staudacher das folgende E-Mail-Interview.

Montrer qui on est – pour le centième anniversaire un Institut. Interview à l'occasion de l'inauguration de l'Institut PCA à Zurich.

Frau Bacher, was zeichnet den Personenzentrierten Ansatz nach Carl Rogers aus, dass es Sinn macht, ein Institut zu gründen?

Die Basis, die Carl Rogers mit den drei Variablen Echtheit/Kongruenz, Empathie und Wertschätzung gelegt hat. Meines Erachtens ist der Grad der Verwirklichung dieser Haltung ausschlaggebend für die Qualität jeder Therapie, sei sie nun körperorientiert, kreativ oder eine Ärztin-Patient-Beziehung, etc. Ich möchte aber noch viel weitergehen: Wenn es uns gelingt, diese Haltung in unserem Alltag zu leben, andere damit anzustecken, werden unsere Beziehungen in unseren Partnerschaften, Familien, Geschäftskontakten, in der Politik und im Umgang mit anderen Ethnien oder mit anderen Werthaltungen konstruktiver, toleranter und friedfertiger.

Wie kann und soll diese Haltung mit einem Institut umgesetzt werden?

Ein Institut bietet ganz neue Möglichkeiten, den Personenzentrierten Ansatz zu leben und bekannt zu machen. Die Berufsverbände sind mit der Zeit immer mehr in den Sog standespolitischer Auseinandersetzungen gekommen. Inhalte wurden fast ganz an den Rand gedrängt. Das Institut bietet eine geistige Heimat, in der wir uns praktisch ausschließlich wieder den Anliegen des Personenzentrierten Ansatzes widmen können. Es bietet Raum für persönliche Treffen, bei denen Ideen entstehen können. Ohne großen organisatorischen Aufwand entstehen Gesprächszyklen, die sich mit aktuellen Themen, wie demjenigen der Terroranschläge in New York und des Kriegs in Afghanistan unter unserem ganz spezifischen Blickwinkel befassen.

Der gelebte Personenzentrierte Ansatz innerhalb dieses Institutes scheint etwas ganz Besonderes zu sein. Könnten Sie diesen anhand eines Beispiels noch etwas ausführlicher illustrieren?

Bleiben wir gleich bei diesem Beispiel. Die Menschen in Ost und West waren erschüttert über die Ereignisse in New York vom 11. September 2001 und sie bewerten sie naturgemäß völlig verschieden.

Ein Mitglied der SGGT hat spontan eine Zusammenkunft einberufen. Etwa 18 Teilnehmende sind am ersten Treffen erschienen und haben ihre Betroffenheit ausgetauscht. Die auf Amerika fokussierte Sicht hat schnell einer differenzierteren Auseinandersetzung Platz gemacht. Die Anwesenden begannen sich vorzustellen, wie denn die Menschen in diesen ganz armen und unterdrückten Zonen der Erde dazu kommen, sich zu radikalieren. Sie sind dabei zum Schluss gekommen, dass es wirklich ein Verstehen ganz anderer Werthaltungen braucht, um etwas zum Frieden beitragen zu können. Das Verstehen führt dann hoffentlich auch zu wertschätzenderem Handeln allgemein anderen Kulturen gegenüber. Dieser durch den 11. September ausgelöste Austausch ist bereits zu einer vorläufig festen Einrichtung am Institut geworden.

Dieses eindruckliche Beispiel zeigt auf, was der Personenzentrierte Ansatz bewirken kann. Schade, dass er nicht bekannter ist! Was und wie trägt das Institut nach außen dazu bei?

Meine Hoffnung ist es, dass wir am Institut einen reichhaltigen Veranstaltungskalender für die verschiedensten Berufsgruppen und sonstige Interessentinnen und Interessenten aufstellen können. Die Angebote sollen mit der Zeit eine Magnetwirkung entfalten. Auch wenn wir öfter über den Gartenzaun blicken werden, wäre es mein Wunsch, dass wir uns aus der Optik des Personenzentrierten Ansatzes mit anderen „Methoden“ und neuen Einsatzgebieten auseinandersetzen. So könnte ich mir vorstellen, dass wir uns der Frage zuwenden: „Wie wirkt der Personenzentrierte Ansatz in Systemen?“. Oder: „Ab welcher Eskalationsstufe in Konflikten braucht es vorerst andere Maßnahmen, bevor personenzentriert gearbeitet werden kann?“ (wobei die personenzentrierte Haltung natürlich immer gelebt werden sollte). Oder ein Feld, für das wir geradezu prädestiniert scheinen und das bis jetzt links liegen gelassen wurde, ist die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen. Ich glaube, der Personenzentrierte Ansatz wird am besten bekannt, wenn wir ihn überall, wo wir hingehen, leben und viele einladen, ihn kennen zu

lernen. Ein Institut bietet hierfür natürlich noch zusätzliche, geeignete Möglichkeiten.

Sie wollen von ganz verschiedenen Seiten her den Personenzentrierten Ansatz bekannt machen und möglicherweise weiter entwickeln. Wo sehen Sie Gründe, weshalb für dieses Vorhaben gerade jetzt ein günstiger Zeitpunkt sein könnte?

Ob der Zeitpunkt gerade heute günstig ist, weiß ich nicht. Dass er heute aber Not tut, dessen bin ich sicher. Es ist eine Binsenweisheit, dass wir heute in einer Welt leben, in der es immer mehr um Effizienz geht. Auf den meisten Menschen lastet zur Zeit ein enormer Erfolgsdruck, das Leben wird immer mehr beschleunigt. Mit dem Personenzentrierten Ansatz kann ich wieder zur Ruhe kommen, kann etwas wachsen und werden lassen. Es ist nur zu hoffen, dass viele unter uns sich dazu die Zeit nehmen.

Inwieweit sind diese Überlegungen auf das Institut übertragbar?

Es bietet Raum für die Sitzungen der SGGT, für Encounters, Kurse,

Vorträge, Feste und vieles andere mehr. Die zahlreichen Mitglieder, die sich bis jetzt engagiert haben, sind alle dem Ansatz verpflichtet und stellen damit sicher, dass Begegnung am Institut echt, mit Wertschätzung und Empathie füreinander stattfindet. Meine Kolleginnen und Kollegen sind begeistert von der Ausstrahlung des Instituts und von den Möglichkeiten, die es bietet.

Welches sind Ihre Visionen für das „PCA-Institut“ im Jahr 2012, also in zehn Jahren?

Das Institut soll eine Ausstrahlung nach außen haben, bei der deutlich wird, dass der Personenzentrierte Ansatz in allen Lebensbereichen zu lebendigen, ehrlichen, respektvollen Beziehungen führt. In diesem Hause ist Platz für Begegnung, Weiterentwicklung, Bildung, wissenschaftliches Arbeiten, Therapie, Kreativität und Friedensarbeit. Der Stiftungsrat und die Institutsleitung sorgen dafür, dass es auf eine gute wirtschaftliche Basis gestellt wird, damit es wachsen kann. Die vielen Kolleginnen, Kollegen und Interessierten werden es so beleben, dass eine breite faszinierende Angebotspalette entsteht.

SGGT
Schweizerische Gesellschaft für
Gesprächspsychotherapie
und Personenzentrierte Beratung
 Josefstrasse 79
 CH - 8005 Zürich

PCA-Institut
Swiss Institute of
Person-Centered Approach
 Josefstrasse 79
 CH - 8005 Zürich

Neues Institut für den Personenzentrierten Ansatz in der Schweiz

Die SGGT hat am 12.6.01 die „Stiftung für die Erhaltung, Förderung und Weiterentwicklung des Personenzentrierten Ansatzes nach Carl Rogers“ gegründet. Ihr erklärtes Ziel ist es, ein Institut zu führen, um auf unterschiedlichsten gesellschaftlichen Ebenen die Verbreitung des Personenzentrierten Ansatzes aktiv zu fördern und vermehrte Anstrengungen im Bereich der Theoriebildung als auch in der wissenschaftlichen Forschung zu unterstützen.

Eröffnungsfeier: 22. Juni 2002

Vorankündigung: Voraussichtlich im Herbst 2002 organisiert das PCA-Institut eine erste Fachtagung.

Interessierte wenden sich bitte an das Swiss Institute of Person-Centered Approach, Josefstrasse 79, 8005 Zürich, SPPA@email.ch

Rezension

Margarethe Letzel

P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid, N. Stözl (Hg.): Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen

Facultas, Wien, 2001, 488 Seiten, € 36.-

Einen Überblick zu geben über den Stand der Klientenzentrierten respektive Personzentrierten psychotherapeutischen Dinge – so könnte man das Anliegen der österreichischen KollegInnen kurz auf einen Nenner bringen. Und dass dieser Stand der Dinge ein komplexer ist, das macht bereits die Titelwahl deutlich. Der aufgefächerte Name ist Buchprogramm: Das, was da Personzentrierte oder Klientenzentrierte Psychotherapie heißt, soll fassbar gemacht, in seiner Vielfalt eindeutig dargestellt und das Profil noch prägnanter herausgearbeitet werden.

Dass das kein einfaches Unterfangen ist, wird den aufmerksam Lesenden schnell klar. Was ist eigentlich „personzentriert“? Was darf sich so nennen und was nicht? Muss alles gehen dürfen oder doch eher nicht? Die Autorinnen argumentieren, verfechten ihren Standpunkt und es schimmert immer wieder durch: Da wird um Positionen gerungen. Was die Einen als Widersprüchliches und nicht vereinbar mit einer personzentrierten Grundhaltung empfinden, erleben die Anderen als bereichernde und unverzichtbare Vielfalt. Und wie Peter Schmid in seiner Einleitung schreibt, soll die Lektüre ermöglichen, die Vielzahl der Facetten personzentrierten Arbeitens zu überblicken, auf dass die Lesenden sich ihr eigenes Bild und ihr eigenes Verständnis davon entwickeln, was personzentriertes Arbeiten heißt.

Ihren Anspruch haben die AutorInnen eingelöst. Mit übersichtlich gegliederten Kapiteln, griffigen Titeln und klaren Abstracts erleichtern sie den Lesenden schnelle Orientierung. Das Buch ist – wie man es bei diesen AutorInnen bereits gewohnt ist – sorgfältig aufgebaut und ermöglicht damit einen konzisen Überblick über die Geschichte, die Theorie, die gelebte Praxis der Personzentrierten Psychotherapie in ihren unterschiedlichen Aspekten und Verständnissen heute und wie die Personzentrierte Psychotherapie im Vergleich mit den anderen psychotherapeutischen Richtungen heute zu verorten ist. Die Kontroverse um die „internen“ Positionen schimmert immer wieder auf, verhalten oder klar benannt, und regt an zu intensiver Auseinandersetzung mit der eigenen Auffassung.

Sich durch das Buch hindurchzuarbeiten braucht allerdings Geduld und Standvermögen. Die AutorInnen haben enorm viel Material zusammengetragen – was den Lesenden als Lohn wiederum ihrer Mühen das reiches Spektrum der aktuellen Theoriediskussion und ihren geschichtlichen und philosophischen Wurzeln präsentiert. Blättern, nachschlagen, sich anmuten lassen – wer benutzt welche Begriffe: klientenzentriert, personzentriert, experienziell, welches Verständnis spiegelt sich darin? Das Buch regt zum Fragen an und dazu, die Antworten selbst zu suchen – und steht somit wohl in bester personzentrierter Tradition – welche Seite auch immer man in der Kontroverse beziehen will.

Howard Kirschenbaum¹

Carl Rogers' Leben und Werk: Eine Einschätzung zum 100. Jahrestag seines Geburtstags²

Zusammenfassung: Dieser Artikel gibt einen Überblick über das Leben und Werk von Amerikas einflussreichstem Berater und Psychotherapeuten Carl Rogers (1902–1987) und seinen zahlreichen Beiträgen auf dem Gebiet der Beratung. Er entwickelte den nicht-direktiven, Klientenzentrierten bzw. Personenzentrierten Ansatz für Beratung und die helfende Beziehung. Er machte den Begriff „Klient“ populär, war die erste Person, die Beratungssitzungen auf Tonträger aufzeichnete, verwischte die Grenzen zwischen Beratung und Psychotherapie und führte mehr Forschung zu Beratung und Psychotherapie durch, als je zuvor gemacht worden war. Er war eine Leitfigur in der humanistischen psychologischen Bewegung. In seinen späteren Jahren wandte er den Personenzentrierten Ansatz an, um Konflikte zwischen Gruppen sowie internationale Konflikte zu lösen. Sein Einfluss ist sowohl ein geschichtlicher als auch ein gegenwärtiger, da die Arbeit zum Klientenzentrierten Ansatz weitergeht und die aktuelle Forschung viele von Rogers' früheren Beiträgen validiert.

Stichwörter: Therapie, Beratung, personenzentriert, klientenzentriert, Carl Rogers

Résumé: *La vie et l'oeuvre de Carl Rogers: une évaluation à l'occasion du 100^e anniversaire de sa naissance* – Cet article donne un aperçu de la vie et de l'oeuvre du praticien de la relation d'aide et psychothérapeute le plus influent d'Amérique, Carl Rogers (1902–1987), et de ses nombreuses contributions dans le domaine de la relation d'aide. Il a développé l'approche non directive, centrée sur le client ou centrée sur la personne pour le conseil psychologique et la relation d'aide. Il a rendu la notion de « client » populaire et fut le premier à enregistrer les séances de psychothérapie sur supports de son; il a atténué les frontières entre relation d'aide et psychothérapie, et a mené plus de recherches sur la relation d'aide et la psychothérapie que jamais auparavant. Il fut une personnalité de premier plan dans le mouvement de la psychologie humaniste. Dans ses dernières années, il a appliqué l'approche centrée sur la personne pour résoudre des conflits entre des groupes de même que des conflits internationaux. Son influence est aussi bien historique que présente, car le travail autour de l'approche centrée sur la personne continue et la recherche actuelle valide beaucoup des contributions antérieures de Rogers.

Mots-clés: *Thérapie, relation d'aide, centré sur la personne, centré sur la cliente/le client, Carl Rogers*

Carl Rogers war Amerikas einflussreichster Berater und Psychotherapeut – und einer seiner prominentesten Psychologen. Zum Anlass des 100. Jahrestages seines Geburtstages scheint ein Rückblick auf sein Leben, sein Werk und seine beruflichen Beiträge passend, und es soll darum gehen, seinen geschichtlichen sowie heutigen Einfluss auf Beratung und die Psychologie der Beratung zu beurteilen.

Frühe Jahre

Geboren in Oak Park, Illinois, einem Vorort von Chicago, war Rogers der dritte Sohn in einer Familie mit fünf Brüdern und einer Schwester. Seine Eltern, Walter and Julia Rogers, waren konservative Protestanten des Mittleren Westens, die täglich mit der Familie beteten und versuchten, ihre Kinder von den korrupten Einflüssen der Ge-

sellschaft fernzuhalten. Daher hatte Carl wenig echte Freunde außerhalb der Familie. Er war ein sensibles Kind, schnell verletzt durch die Hänseleien der Familie. Gefühle zu zeigen wurde bei Familie Rogers nicht gefördert, daher drückte Carl seine Emotionen und Fantasien oft in kreativen Schulaufsätzen und Kinderspielen aus (biografische Details alle aus Kirschenbaum 1979; 1995; Rogers 1965; Rogers/Russell 2002).

Walter Rogers war Besitzer einer erfolgreichen Baufirma. Als Carl ein Teenager war, kaufte sein Vater eine Farm in Glen Ellen, Illinois,

¹ Ins Deutsche übersetzt von Margarethe Letzel

² Geringfügig veränderte Fassung von: Kirschenbaum, H. (in press), Carl Rogers' life and work: An assessment on the 100th anniversary of his birth, *Journal of Counseling and Development*; wird gedruckt mit freundlicher Genehmigung der American Counseling Association; alle Rechte vorbehalten.

und zog mit seiner Familie dorthin. Hier entwickelte Carl seine Liebe zur Natur sowie tiefgehende Kenntnisse zu wissenschaftlicher Methodik, indem er und sein jüngerer Bruder auf einem Flecken Land, den sie bewirtschafteten, landwirtschaftliche Experimente durchführten. In der Folge beschloss Rogers, Bauer zu werden.

Er schrieb sich an der Universität von Wisconsin in Madison ein und folgte damit den Fußstapfen seines Vaters und denen seiner älteren Geschwister. Hier fand er seine ersten engen Freunde, und als er an einer Reihe von christlichen Erweckungstreffen teilnahm, erlebte er einen Ruf zu religiöser Tätigkeit und wechselte vom Hauptfach Agrarwissenschaften zu Geschichte, als einer besseren Vorbereitung für den Pfarrdienst. Im ersten Studienjahr wurde er als einer von zehn amerikanischen Studenten ausgewählt, um an einer christlichen Jugendkonferenz in China teilzunehmen – eine Reise, die sechs Monate dauerte und dazu beitrug, seine religiöse und soziale Weltanschauung zu erweitern. Da er nun stärker vom „sozialen Evangelium“ als von theologischer Überzeugung motiviert war, bewarb er sich am liberalen Union Theological Seminary in New York. Nach seinem Collegeabschluss heiratete er seine Kindheitsfreundin und Partnerin aus der Collegezeit, die Kunststudentin Helen Elliott – eine Verbindung, die 55 Jahre dauern sollte.

New York – Berufswahl

Zusätzlich zum Studium am Seminar hatte Rogers Psychologievorlesungen am angrenzenden Teachers College der Columbia Universität belegt. Hier verbanden sich seine religiösen Zweifel mit seiner Faszination an Psychologie und fortschrittlicher Erziehung. Beeinflusst von den Dozenten Leta Stetter Hollingworth, Goodwin Watson und William Heard Kilpatrick, dem führenden Experten von John Deweys Philosophie der Erziehung, wechselte Rogers auf das Teachers College, um in Klinischer Psychologie zu promovieren.

Am Columbia College war er konfrontiert mit E. L. Thorndikes Arbeit zu Tests und Messungen; ein Ausgleich dazu war seine klinische Anstellung am Institute for Child Guidance, wo er mit Freudschem Gedankengut in Berührung kam, eine Vorlesung von Alfred Adler hörte, Rorschach-Tests und andere psychoanalytische und psychiatrische Ansätze kennen lernte. Da er psychologisches Messen mit der klinischen Praxis verbinden wollte, fand Rogers heraus, wie wichtig es war, die innere Welt des Klienten zu verstehen, während er gleichzeitig objektiv die Resultate der Behandlung erhob.

Seine Dissertation (Rogers 1931a), mit der er einen Test entwarf, um die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern zwischen 9–13 Jahren zu messen, verband sowohl subjektive als auch objektive Messungen, von Selbsteinschätzungen der Kinder über ihre Gefühle bis zu Einschätzungen von außenstehenden Beobachtern. Rogers' (1931b) „Personality Adjustment Inventory“, das auf seiner Doktorarbeit basiert, wurde von YMCA publiziert und 50 Jahre lang bis zu einer halben Million Mal verkauft.

Rochester – Jahre des Experimentierens

Während er an seiner Dissertation arbeitete, musste Rogers eine Arbeit finden, um sich, Helen, den zweijährigen David und Natalie, mit der Helene zu dieser Zeit schwanger war, unterhalten zu können. 1928 jedoch waren Stellen für klinische Psychologen rar und so landete er schließlich an einer Stelle in Rochester, New York, ungefähr 300 Meilen von New York entfernt, was seine Kollegen orakeln ließ, dass er ab nun verschollen wäre. Hier verbrachte er die nächsten zwölf Jahre – als Direktor des Child Study Department der Rochester Society zur Prävention von Grausamkeit an Kindern und dann als Direktor des neuen Rochester Guidance Center.

Rogers' Jahre in Rochester wurden für ihn zu einem Labor, in dem er mit Tausenden von auffälligen Kindern und Erwachsenen arbeitete und allmählich seine eigenen Ideen zu Beratung und Psychotherapie entwickelte. Während dieser Zeit wurde er von Schülern Otto Ranks beeinflusst, insbesondere Jessie Taft (1933), deren „Beziehungstherapie“ die Betonung von der Vergangenheit weg hin zum Fokus auf die Selbsteinsicht und Selbstakzeptanz des Patienten in der therapeutischen Beziehung verlagerte. Später beschrieb er oft drei Erfahrungen in Rochester, die allmählich sein Denken beeinflussten (Rogers 1961b; 1967):

In der einen arbeitete er mit einem jungen Knaben, der ein zwanghafter Brandstifter war. Zu dieser Zeit war Rogers von der Arbeit eines bekannten Psychotherapeuten beeindruckt, dessen Theorie es war, dass Jugenddelinquenz auf ungelöste sexuelle Konflikte zurückgeht. Über mehrere Sitzungen hinweg, verwendete Rogers Leitfragen und kunstvolle Interpretationen, um dem Jungen zur Einsicht zu verhelfen, dass seine Pyromanie das Resultat eines sexuellen Impulses zur Masturbation war. Rogers dachte, dass der Fall gelöst war, aber als der Junge auf Bewährung entlassen wurde, beging er weitere Brandstiftungen. Dieses Ereignis brachte ihn dazu, sagte Rogers, skeptischer zu sein, was Expertentheorien anging, und er begann zu vermuten, dass er vielleicht eine Rolle darin spielen könnte, neues Wissen darüber zu entdecken, wie man Menschen helfen kann.

Bei anderer Gelegenheit beobachtete Rogers, wie ein bekannter Hypnotherapeut mit einem jungen Bettnässer arbeitete. Es gelang dem Therapeuten, einen Trancezustand bei dem Jungen zu induzieren, aber als er begann, post-hypnotische Suggestionen zu geben, die das Bettnässen betrafen, verweigerte sich der Junge bis an den Punkt, dass er nicht mehr in den Trancezustand überwechselte. Rogers war beeindruckt, wie stark der menschliche Wille ist und wie sich Patienten sogar den kunstvollsten Therapeuteninterventionen verschließen werden, wenn es gegen ihre Absichten geht oder wenn sie nicht beschlossen hatten, sich zu ändern.

In der bezeichnendsten Anekdote hatte Rogers mit der Mutter eines gestörten Jungen gearbeitet. Er untersuchte mit ihr – kunstvoll – wie er dachte, wie ihre Zurückweisung des Sohnes viele der Schwierigkeiten verursachte, aber sie verweigerte weiterhin seine

Deutung, Schließlich gab er ihr gegenüber zu, dass sie keinerlei Fortschritt machten, und sie einigten sich, die Sitzungen zu beenden. Auf dem Weg zur Tür drehte sie sich zu ihm um und fragte: „Nehmen Sie auch Erwachsene hier zur Beratung?“. Als er bejahte, ging sie zu ihrem Stuhl zurück und begann, ihm wegen ihrer Eheprobleme und ihrem Gefühl des Versagens das Herz auszuschütten. Als sie diese Themen explorierten, machte sie mit der Zeit echte Fortschritte, ihrem Sohn zu helfen. Dieses Ereignis „half mir, die Tatsache zu erleben – erst später habe ich es voll bewusst erkannt – dass es der Klient ist, der weiß, was weh tut, in welche Richtung er gehen will, welche Probleme entscheidend sind, welche Erfahrungen tief vergraben sind. Es dämmerte mir, dass – außer ich hätte das Bedürfnis, meine eigene Klugheit und mein Wissen zu demonstrieren – dass ich mehr Erfolg hätte, wenn ich mich auf den Klienten verließ, wenn es um die Richtung geht, in die sich der Prozess bewegen soll“ (Rogers 1961b, 11).

In seinem letzten Jahr in Rochester schrieb Rogers (1939) sein erstes Buch „*Clinical Treatment of the Problem Child*“. Es beschrieb das Spektrum der Methoden, mit dem man mit jungen Leuten arbeiten kann – von Heim- und Pflegeplätzen bis hin zu Themen, wie ihr Schulprogramm modifiziert wird, über den Einsatz von Klubs, Gruppen und Lagern bis zu Behandlungsgesprächen auf der Basis von Erziehung, Überredung und Freilassen bis hin zu tieferen Therapien. Aufgrund der Überzeugungskraft dieses Buches und seiner Lehrerschaft an der Universität Rochester wurde ihm eine volle Professur an der Ohio State University angeboten, die er annahm.

Ohio – der nicht-direktive Ansatz

An der Universität Ohio waren Rogers' Studierende nicht zufrieden damit, dass er einfach einen Überblick über all die Methoden gab, wie man Kindern hilft und Erwachsene berät. Sie wollten wissen, was er glaubte, dass effektiv sei. Und daher begann Rogers seine eigene Sicht zu Beratung und Psychotherapie zu formulieren, die in einem zweiten Buch von ihm mit dem nämlichen Titel resultierte (Rogers 1942). Es war ein Buch, welches das Gebiet der Psychotherapie im Kern herausforderte und, wie die meisten einführenden Lehrbücher zu Beratung konstatieren, im eigentlichen Sinn das Gebiet professioneller Beratung begründete (Capuzzi/Gross 2001; Gibson/Mitchell 1999; Gladding 2000; Nugent 2000). Wie konnte ein einziges Buch so einen tiefgreifenden Einfluss haben?

Erstens: Zwar war Rogers nicht der erste Autor, der den Begriff „Klient“ für den Empfänger einer Therapie gebrauchte. Mit seinem Buch *Counseling and Psychotherapy* (dt.: Die nicht-direktive Beratung) popularisierte Rogers aber diesen. Mehr als einen semantischen Unterschied beinhaltet das Wort auch, das medizinische Krankheitsmodell zu verlassen, und betont, dass eine hilfeschuchende Person nicht als *abhängiger Patient*, sondern als verantwortlicher Klient angesehen wird, und dass Leute in psychischer

Not nicht notwendigerweise „krank“ wären und deshalb Behandlung durch medizinische Spezialisten bräuchten. Vielmehr könnte man allen Leuten durch den wachstumsfördernden Prozess der Beratung helfen und man könnte Berufsangehörige verschiedener Sparten schulen, um diese Hilfe anzubieten. Damit könnten Berater, Sozialarbeiter, Klerus, medizinisch Arbeitende, Jugend- und Familienbetreuer und andere helfende Berufsgruppen Beratungsmethoden anwenden.

Zweitens führte Rogers damit seine „nicht-direktive“ Methode ein. Er sah, dass andere in derselben Richtung arbeiteten, aber seine Position war die extremste und das, was er als die „neuere Richtung im Bereich Therapie“ bezeichnete, identifizierte man mit ihm. Seine Methode beruhte auf einer Kernhypothese über menschliches Wachstum und Persönlichkeitsveränderung, die er einige Jahre später zusammenfasste (Rogers 1950):

„Diese Hypothese ist, dass der Klient die Fähigkeit in sich trägt, latent, wenn nicht sogar evident, alle Aspekte seines Lebens und seiner selbst, die ihm Schmerz verursachen, zu verstehen, und dass er fähig ist und die Tendenz hat, sich selbst und seine Beziehung zum Leben in Richtung auf Selbstaktualisierung und Reife auf die Art zu reorganisieren, dass es ihm einen höheren Grad an innerem Wohlfühl verschafft. Die Funktion des Therapeuten ist dabei, eine solche psychologische Atmosphäre zu schaffen, die ermöglicht, dass diese Fähigkeit und diese Stärke zum Tragen kommt, statt latent oder potenziell zu bleiben“ (S. 443).

Andere Therapien bekennen sich vielleicht zu ähnlichen Überzeugungen, aber Rogers' Methode, diese therapeutische psychologische Atmosphäre zu schaffen, unterschied sich doch radikal von anderen sonst angewandten Ansätzen. Rogers' ursprüngliche „nicht-direktive Methode“ vermied jegliche Fragen, Interpretationen, Vorschläge, Ratschläge oder andere direktive Techniken. Stattdessen verließ sie sich ausschließlich auf einen Prozess des sorgfältigen Zuhörens und darauf, die Klientin als die zu akzeptieren, die sie war – ganz egal, wie verwirrt oder unsozial das im Moment der Fall sein mochte – und darauf, die Gefühle der Klientin dieser kunstvoll zu spiegeln. Das Akzeptieren und das Reflektieren der Gefühle schuf dann eine sichere Basis für das tiefere Erkunden und einen Spiegel, in dem sie ihr Verstehen vertiefen und über ihre eigene Erfahrung nachdenken konnte, was die Klientin zu tieferer Einsicht und zu positivem Handeln führte.

Rogers' „nicht-direktive Methode“ war nicht nur eine extremere These dessen, was er die „neuere Richtung“ in der Psychotherapie nannte; sie verwischte auch die Grenze zwischen Beratung und Psychotherapie. Vor Rogers ging man davon aus, dass „Beratung“ etwas für leichte Anpassungsprobleme oder für Berufsberatung war, während „Psychotherapie“ für tiefsitzendere psychologische Probleme nötig war. Die *nicht-direktive Beratung* schlug vor, dass dieselbe nicht-direktive Methode des Helfens für alle Anpassungsprobleme entlang des Störungskontinuums angewandt werden kann. Denken Sie zum Beispiel an den Fall von Loretta – eine hospitalisierte Frau

mit der Diagnose Schizophrenie, die Rogers beriet. Sie besprach mit ihm, ob für sie nun eine Veränderung im Sinne einer Arbeitstherapie innerhalb der Klinik möglich wäre. Die nächsten sechs Minuten der Beratungssitzung folgen hier im Wortprotokoll. Die Klientin spricht schnell. Rogers hingegen nimmt sich Zeit zu antworten und lässt damit die Bedeutung ihrer Worte in sie einsinken, währenddem sie versucht, ihre Erfahrung zu verstehen:

L: ich glaube nicht, dass ich gern in der Wäscherei arbeiten werde – das weiß ich. Weil ich es vorher schon zweimal auch nicht gern machte. Und mir liegt, glaube ich, auch nicht viel daran, im Küchenbereich da drüben zu arbeiten, weil ich da schon gearbeitet habe und ich es nicht gern machte. Nun, ich hatte nicht ... ich ... am ersten Tag arbeitete ich gut, den zweiten Tag arbeitete ich. Aber eine halbe Stunde und dann wurde mir schwarz vor Augen und ich versuchte es noch drei Tage und jeden Tag wurde es mir schwarz, da gab ich es einfach auf, es noch weiter zu versuchen. Es gab da zu viel Elektrizität oder so etwas.

R: Mhm, mhm. Sie haben das Gefühl ... irgendetwas war da drüben nicht in Ordnung, zu viel Elektrizität oder so etwas. *Es hatte wirklich eine ganz schlechte Auswirkung auf mich ...*

L: Genau! Mir wurde total schwarz! Wenn ich mich nicht sofort gesetzt hätte, wäre ich ohnmächtig geworden.

R: Sie haben das Gefühl, Sie waren da in einer ganz verzweifelten Lage in diesen Momenten.

L: Nein, ich fühlte mich nicht verzweifelt. Ich habe, ich habe einfach nicht verstanden, warum ich nicht wusste, warum mir schwarz wurde.

R: Ich verstehe.

L: Es machte mir aber Angst. Ich konnte nicht arbeiten, daher ...

R: Sie hatten mehr das Gefühl, dass Ihnen etwas Seltsames passierte ...

L: Weil ich keine epileptischen Anfälle habe oder so etwas, konnte ich mir gar nicht vorstellen, was das war. Und ich habe keine, ich bin nicht, ich habe normalerweise keine Ohnmachtsanfälle.

R: Es verwirrte Sie richtig. *Was passiert da mit mir?*

L: Ja, so war's. Ich versuchte zu arbeiten und ich konnte nicht und sie wollten, dass ich arbeite, also ... Manchmal denke ich, dass sie einen wieder auf Behandlung setzen, wenn man sich weigert zu arbeiten.

R: Hmhh. Also vielleicht, vielleicht ist Elektroschockbehandlung wirklich etwas, was sie vielleicht zur Bestrafung einsetzen, wenn man nicht die Dinge macht, die sie von einem wollen ...

L: Na, es sieht ganz danach aus, von dem her, was die Leute sagen, aber ich glaube nicht, dass es das – ich weiß nicht mal, wieso sie das überhaupt mit mir machten damals. Ich war gerade klar genug geworden, um zu begreifen, dass ich in einer Institution war, glaube ich, und das Nächste, und ich wusste, das Nächste, was sie sagten, war „Sie sind hier zur Behandlung“ und ich sagte „Warum? Ich habe nichts gemacht. Ich hatte keine Schlägereien oder so was mit irgendjemandem.“ Und sie sagten: „Nun, Anweisung des Arztes,“ und ich sagte: „Aber ich habe nicht mal mit einem Arzt geredet.“ Weil ich mit keinem geredet hatte, jedenfalls nicht, dass ich wusste ... Und dann ...

R: Also für Sie hat es so ausgesehen: *Da war ich gerade dabei, wieder etwas von meinen Lebensgeistern zu spüren, gerade dabei, ein bisschen zu wissen, was los war ...*

L: Ich war gerade dabei zu merken, dass ich in der Klinik war, als sie mir das verabreichten. Und sie setzten mich am gleichen Tag an die Arbeit.

R: Und dann, so haben Sie das Gefühl, dass aus keinem für Sie ersichtlichen Grund, zack, waren Sie mitten...

L: Und ich begann wirklich ganz mies zu reden und all das und ich hab immer noch einige der Sachen vergessen, die sie damals sagten.

R: Es fühlt sich so an, als ob das irgendwie auf eine Art das Schlimmste aus Ihnen zu Tage brachte, ist es das, was Sie meinen?

L: Wenn ich überhaupt einen schlimmsten Teil hatte. Äh, äh, es war so, als ob ich es nicht mal selbst gewesen wäre, die da sprach.

R: Äh, äh. Es schien fast, als ob dies ...

L: Und dann ging ich an den Wochenenden nach Hause und das gab Probleme, weil ich so viel redete. Natürlich bekam ich auch Sodium Amytol, also es könnte auch die Kombination der beiden Sachen gewesen sein – nicht nur das eine.

R: Aber da auch, ich meine, ich bekomme den Eindruck, dass Sie so gern den Teil von Ihnen in sich verstehen könnten, warum es da dieses Etwas gibt, das gar nicht Sie waren, die da redete, oder war es nur die Wirkung der Medikamente oder was war es, das Sie ...

L: Es war die Kombination, denke ich, von allem ... Wie Sie merken, bewege ich meine Füße ... da ich ...

R: Ja, das habe ich tatsächlich bemerkt.

L: wie schon gesagt, meine Knie sind so kitzelig.

R: Mhm, mhm ...

L: Und ich weiß nicht, ob es die Medikamente sind, die ich bekomme, oder was, aber es ist etwas, gegen das ich gar nichts machen kann. Es ist nicht, dass ich so nervös bin, dass ich nicht still sitzen kann. Das ist es nicht. Ich tu das bei den Gruppengesprächen oder so und ich kann sie nicht kontrollieren. Und das ist ziemlich peinlich.

R: Mhm, mhm. Und Sie möchten gern, dass ich verstehe, dass es nicht einfach Anspannung oder so etwas ist.

L: Nein.

R: Es ist, äh, einfach ...

L: Ich kann es nicht kontrollieren.

R: [ein] unkontrollierbares kitzliges Gefühl.

L: In meinen Knien und daher bewegen sich meine Füße einfach. Wenn ich allein dort in der Ecke sitze, ist es nicht so stark, aber meine Knie sind trotzdem kitzlig.

R: Mhm-mhm.

L: Aber wenn ich in die Gruppe komme und das ist mein... also ich weiß nicht, sie bewegen sich einfach.

R: Es scheint, als ob es das verschlimmert, in der Gruppe zu sein.

L: Nun, ich habe es auch manchmal, wenn ich allein bin. Ich denke, es liegt an den Medikamenten, die ich bekomme.

R: Sie haben das Gefühl, vielleicht sind es einfach die Medikamente.

L: Ich denke, es sind die grünen Medikamente, die ich kriege. Ich weiß nicht mal, was es ist, weil ich nicht gefragt habe. Ich fragte einmal, aber dann ...

R: Mh-mhm.

L: [Nach einer langen Pause] ... Ich meine, diese Treffen hier sind sehr erhellend.

R: Finden Sie?

L: Nun, wenn man im Moment nicht ganz klar denken kann, dann kann man später darüber nachdenken.

R: Mh-mhm. Mh-mhm. Und in der Hinsicht sind sie, sind sie irgendwie hilfreich, dass Sie ...

L: Ich denke, mir wurde sehr viel mehr mit Gesprächen geholfen als mit den Pillen und so.

R: Mh-mhm, mh-mhm ... Es scheint wirklich, als ob, wenn Sie Sachen irgendwie in gewissem Maß sagen können ...

L: Scheint zu erleichtern, was immer die Situation ist.

R: Mh-mhm

L: Wie immer auch die Situation entstanden ist, das jedenfalls scheint es zu erleichtern ...

(„Carl Rogers and Lorretta“; Tonband der American Academy of Psychotherapists, Champaign, IL, 1955)

Ein Grund, weshalb Rogers die Thesen der nicht-direktiven Therapie so schlagend beweisen konnte, war, dass er überhaupt der Erste war, der ganze Psychotherapieverläufe auf Band aufnahm und veröffentlichte. Diese vierte Innovation von „*Counseling and Psychotherapy*“ illustrierte er auf den letzten hundertundsiebzig Seiten des Buches – „Der Fall von Herbert Bryan“, der wortwörtlich jede Klienten- und jede Therapeutenäußerung der acht Beratungssitzungen beinhalten. Das war eine bemerkenswerte Leistung vor der Erfindung der Tonbandgeräte. Es erforderte ein Mikrofon im Beratungszimmer, das mit zwei abwechselnd laufenden Phonographengeräten im angrenzenden Zimmer verbunden war. Diese schnitten Vertiefungen in leere Tonträgerplatten, die alle drei Minuten gewechselt werden mussten. Mit dem Studenten Bernard Covner zeichnete Rogers Tausende von Platten auf, was eine Unmenge von Klienten einbezog. Diese Aufzeichnungen wurden entscheidend für das klinische Training von Psychotherapeuten, das Rogers wohl als Erster in den 1940er Jahren im Rahmen einer amerikanischen Universität angeboten hatte. Die Aufzeichnungen und Transkripte erlaubten Rogers und seinen Studierenden auch, wissenschaftliche Untersuchungen zum Therapieprozess zu beginnen – ein weiterer wichtiger Beitrag von „*Counseling and Psychotherapy*“. So konnte Rogers zum Beispiel Beraterantworten klassifizieren, was den Grad an Direktivität angeht, deren Häufigkeit zählen und diese mit den folgenden Klientenäußerungen bezüglich Einsicht korrelieren. Er beunruhigte viele Berater, als er berichtete, dass direktive Berater sechsmal so viele Wörter verwenden wie nicht-direktive.

Chicago – Der Klientenzentrierte Ansatz und Forschung

Da er viel mehr Forschung zum Prozess und zu Resultaten von Beratung und Psychotherapie machen wollte, verließ Rogers die Ohio State Universität nach bereits vier Jahren und ging an die Universität von Chicago, wo er von 1945–57 das international bekannte

Beratungszentrum aufbaute und leitete und im Fachbereich Psychologie lehrte.

Aber zuerst verbrachte er ein Zwischenjahr, in dem er Leute, die für die United Service Organization (USO) arbeiteten, ausbildete, um aus dem Krieg zurückgekehrte Soldaten zu beraten, die Probleme hatten, sich wieder an das Zivilleben anzupassen (Rogers/Wallen 1946). Als er an der Universität von Chicago lehrte, schrieb und darüber forschte, was er bald den Klientenzentrierten Ansatz für Beratung und Psychotherapie nannte, wurde ihm bald Folgendes klar: Obwohl er selbst vorwiegend nicht-direktiv blieb, was seine eigene Arbeit anging, erkannte Rogers rasch, dass die *Haltungen* ebenso wichtig waren wie seine speziellen Techniken. Die Techniken oder Methoden waren der Weg, wie man die förderlichen Haltungen von *Akzeptieren* und *Verstehen* umsetzen konnte. Zudem: Wenn diese Haltungen des Beratenden nicht echt waren, würde alles Reflektieren der Welt dem Klienten kaum helfen.

Später dann stellte Rogers klar, dass es die therapeutische *Beziehung* ist, welche dazu verhilft, die Haltungen zu schaffen, die am meisten zum Wachstum beitragen. Er verfeinerte die drei Grundbedingungen der klientenzentrierten Beziehung, die den Klienten positiv verändern. Erstens bedeutet das, die Klientin zu akzeptieren, wie sie ist, als eine Person eigenen Werts, die sowohl positive wie negative Gefühle und Impulse hat. Rogers übernahm einen Begriff seines Studenten Standal (1954) und nannte diese Akzeptanz und dieses Wertschätzen der Person „bedingungsloses positives Beachten“. Das Zweite ist *Empathie* – „die Bereitschaft des Therapeuten und seine einfühlsame Fähigkeit, die Gedanken, Gefühle und Kämpfe der Klientin aus deren Sichtweise heraus zu verstehen ... ihren Bezugsrahmen zu übernehmen“ (Rogers 1949, 84). Das Dritte ist *Kongruenz* – echt, real, authentisch oder kongruent in der Beziehung zu sein. Rogers (1956, 199-206) schrieb: „Nur insoweit [der Therapeut] in dieser Beziehung eine ganzheitliche Person ist, mit seinen wahrgenommenen Gefühlen, mit seiner Bewusstheit von seinen Gefühlen und dem kongruenten oder angemessenen Ausdruck dieser Gefühle, ist er am ehesten in der Lage, Therapie zu ermöglichen“.

Rogers' Gewichtung der Kongruenz wurde verstärkt durch seinen eigenen Kampf von 1949–51, als eine schwierige Beziehung mit einer schizophrenen Klientin verursachte, dass er in Verwirrung über seine eigenen Gefühle für sich selbst geriet. Das führte fast zum Zusammenbruch, zu einer Fluchtreise von mehreren Monaten Dauer mit Helen und zu ungefähr einem Jahr eigener Therapie, die er in Anspruch nahm. Die Kindheitshänseleien, die Unterdrückung von Gefühlen und die Isolation von den Gleichaltrigen hatten ihre Spuren hinterlassen. Durch die Beratung entwickelte Rogers eine neugefundene Selbstachtung, die Fähigkeit, mehr von seinen Gefühlen zu erleben, und die Fähigkeit, zunehmend kongruenter in persönlichen wie beruflichen Beziehungen zu sein. In einem seiner wichtigsten Aufsätze (1957a) schrieb Rogers, dass, wenn ein Berater diese Kongruenz, das bedingungsfreie positive Beachten und

das empathische Verstehen so mitteilt, dass sie der Klient zumindest in einem minimalen Ausmaß wahrnimmt, dass dann die „notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie“ gegeben sind. Rogers legte dar und demonstrierte, dass der Klient aus sich selbst heraus fähig ist und die Tendenz hat, seine Bedürfnisse und Probleme zu verstehen, Einsicht zu gewinnen, seine Persönlichkeit zu reorganisieren und konstruktiv zu handeln. Was Klienten brauchen, ist nicht Urteil, Interpretation, Rat oder Anweisung von Experten, sondern Unterstützung durch Berater und Therapeuten, die ihnen helfen, ihr „inneres Erleben“ (ein Konzept, das er 1958 von Gendlin lieh) wiederzuentdecken und darauf zu vertrauen, dass sie ihre eigenen Einsichten erlangen und ihre eigene Richtung finden. Rogers' nächstes Buch „*Client-Centered Therapy*“ (1951) und nachfolgende Artikel beschrieben diese Prinzipien effektiver Therapie und präsentierten reiche Fallstudien von aufgezeichneten Sitzungen, um seine Argumente zu illustrieren. Von Tonaufzeichnungen zu Therapiesitzungen und darüber hinaus war Rogers einer der Ersten, die Filmaufzeichnungen von Beratung und Psychotherapie machten. Die American Academy of Psychotherapists wurde ein führender Verleiher von Ausbildungstondträgern und -filmen, in denen Rogers der Therapeut war, der am häufigsten zu hören und zu sehen war. Ein immer noch weit verbreitetes Set von Ausbildungsfilmen zeigt Rogers, den Gestalttherapeuten Frederick Perls und den rational-emotiven Therapeuten Albert Ellis. Jeder von ihnen illustriert seine Methode mit der gleichen Klientin („Gloria“).

Die Ton-Bildaufzeichnungen realer Therapiesitzungen lieferten die Daten, die Ford-, die Rockefeller- und andere Stiftungen lieferten die finanzielle Unterstützung (ungefähr \$ 650.000, was in den 1940ern und 50ern ein Vermögen war), womit Rogers und seine Kollegen mehr therapeutische Forschung zu einem therapeutischen Ansatz durchführten, als es je zuvor gab (z. B. Rogers/Dymond 1954). Rogers und sein Team entwickelten und verwendeten zahlreiche Instrumente, um die Variablen Klientenzentrierter Therapie und deren Resultate zu messen, einschließlich der Messung zur Akzeptanz des Therapeuten, seiner Empathie und Kongruenz bzw. wie der Klient seine Gefühle, seine Einsicht, sein Selbstkonzept, seine Selbstakzeptanz und sein Selbstideal ausdrückt sowie die positiven Handlungen des Klienten, seine emotionale Reife, seine soziale Anpassung und viele andere Variablen. 1956 verlieh die American Psychological Association (1957) Rogers ihren ersten „Distinguished Scientific Contribution Award“

„... für die Entwicklung einer neuen Methode, um die Beschreibung und die Analyse des psychotherapeutischen Prozesses zu objektivieren, für die Formulierung einer überprüfbareren Theorie der Psychotherapie und deren Effekte auf die Persönlichkeit und deren Verhalten und für die extensive systematische Erforschung, um den Wert dieser Methode zu zeigen und die Implikationen der Theorie zu erforschen und zu prüfen. Seine Vor-

stellungsgabe, seine Beharrlichkeit und seine flexible Anpassung wissenschaftlicher Methode ... haben dieses Gebiet psychologischen Interesses innerhalb der Grenzen wissenschaftlicher Psychologie gerückt“ (S. 128).

Wie das Zitat der Preislaudatio zeigt, war Rogers an psychologischer Theorie interessiert und an den Effekten von Therapie auf die *Persönlichkeit* sowie deren Verhalten. Er baute auf der Gestalttheorie und den phänomenologisch orientierten Bewegungen in der Psychologie auf sowie auf der Arbeit seiner Studenten Victor Raimy (1943; 1948) bzw. Donald Snygg und Arthur Combs (1949) und entwickelte eine „Selbst-Theorie“ der Persönlichkeit, die immer noch in vielen psychologischen Lehrbüchern zu finden ist. Die Theorie beschreibt, wie das Konzept eines Individuums über sich selbst entsteht, wie der Sozialisierungsprozess die Individuen veranlasst, ihren Gefühlen und ihrem Empfinden über sich selbst zu misstrauen, wie Erfahrungen, die inkonsistent mit dem Selbstkonzept sind, verleugnet und verzerrt werden und dann persönlichen Kummer und psychologische Probleme verursachen und wie die therapeutische Beziehung dem Individuum helfen kann, das Empfinden über sich selbst zu restrukturieren und damit zuzulassen, dass früher verleugnete und verzerrte Erfahrung ins Bewusstsein gelangt, was zu einer Stressreduktion und zu einer Offenheit für neue Erfahrungen führt.

Rogers' Einfluss auf die Psychologie und die helfenden Berufe kam nicht nur aufgrund von Forschung, Lehre und Praxis zustande, sondern auch dadurch, dass er vielen Berufsverbänden vorstand. Zu Beginn seiner Karriere war er auf dem Gebiet der Sozialarbeit aktiv – er bekleidete auf nationaler Ebene Stellungen in der American Association of Social Workers und in der American Association of Orthopsychiatry. In den 1940ern und 50ern war er Präsident der American Psychological Association, der American Association of Applied Psychology und der American Academy of Psychotherapists, neben anderen renommierten Positionen und Ehrungen.

Wisconsin – Forschung und Humanistische Psychologie

Scheinbar auf der Höhe seiner Karriere nach 12 Jahren in Chicago überraschte Rogers seinen Berufsstand, indem er 1957 an die Universität von Wisconsin wechselte. Die Kinder waren nun erwachsen. David hatte sein Medizinstudium begonnen, war auf dem Weg zu einer ausgewiesenen Karriere, was schließlich die Position des Dean of Medicine an Johns Hopkins bedeutete sowie die des Präsidenten der Robert Wood Johnson Foundation. Natalie wurde Kunsttherapeutin, „klientenzentrierte Ausdruckstherapeutin“ und Autorin. Helen Rogers beschäftigte sich weiter mit ihrer Liebe zur Kunst und übernahm die Hauptverantwortung für die Erziehungs- und Hausarbeit. Als die Kinder das Zuhause verließen, machten sie und Carl jeweils lang Ferien in der Karibik und reisten weit – in die Ferien, zu

Besuchen bei den Kindern und schließlich bei sechs Enkeln und in Verbindung mit beruflichen Aktivitäten.

Mit dem Umzug nach Wisconsin hatte Rogers zwei Lehrstühle in den Abteilungen für Psychologie und Psychiatrie. Das gab ihm Gelegenheit, weitere Forschung zur Therapie mit Patienten durchzuführen, die als schizophrene diagnostiziert und in der psychiatrischen Klinik von Mendota hospitalisiert waren, eine Arbeit, von der er hoffte, dass sie auf dem Gebiet der Psychiatrie Einfluss haben würde. Das massive und sehr gut dotierte Forschungsprojekt schritt voran und nach Jahren der Verzögerung aufgrund von Komplikationen rund um Urhebererschaft und dem unethischen Verhalten von einem der Teammitglieder wurde es schließlich publiziert (Rogers/Gendlin/Kiesler/Truax 1967). Die Resultate waren wichtig. Die klientenzentrierten Therapeuten erzielten keine besseren Resultate als die Therapeuten anderer Richtungen. Aber: unabhängig von der Schule des Therapeuten: Die Therapeuten, die in einem höheren Maß bedingungsfreie positive Beachtung, Empathie und Kongruenz zeigten, erreichten bessere Resultate bei den Patienten als Therapeuten, die die drei Grundbedingungen in einem geringeren Maß verwirklichten. Dies war nur eins von mehreren wichtigen Ergebnissen.

In Wisconsin schrieb Rogers (1961) sein berühmtestes Buch „*On Becoming a Person*“. Die Sammlung von Aufsätzen, die über etwas mehr als ein Jahrzehnt hinweg entstanden war, war sowohl an Berufsleute wie an Laien gerichtet und in persönlichem Stil verfasst. Sie untersuchte Rogers' Erkenntnisse über Beratung und Psychotherapie und ihre Anwendung auf andere helfende Berufe und auf die Gebiete von Kreativität, Philosophie und die Verhaltenswissenschaften. Ein Grund, wieso das Buch so populär war und heute immer noch weit verbreitet gelesen wird, war das wachsende Interesse der Öffentlichkeit an Psychologie im Allgemeinen und daran, was Abraham Maslow als „die dritte Kraft“ in der Psychologie beschrieb, die in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts herausragend wurde. Sie wurde unter dem Begriff „Humanistische Psychologie“ bekannt und unterschied sich von Psychoanalyse und Behaviorismus auf mindestens drei Arten: Erstens gab diese Psychologie dem *phänomenalen Feld* des Individuums mehr Bedeutung und mehr Glaubwürdigkeit – zum Beispiel indem die Klientenzentrierte Therapeutin mit dem Bezugsrahmen des Klienten empathisch ist, statt von außen zu bewerten oder zu diagnostizieren, oder indem die existenzielle Psychotherapeutin dem Klienten hilft, Sinn in seinem Leben zu finden – Sinn, wie ihn der *Klient* empfindet. Zweitens fokussierte diese Psychologie nicht einfach auf der Heilung psychologischer Probleme, sondern auf psychologischer Gesundheit, Wohlbefinden, Kreativität, Selbst-Aktualisierung, oder was Rogers (1957b) als die „fully functioning person“ beschreibt. Das Ziel war mehr als einfach „Anpassung“, sondern es ging darum, dass die Menschen ihr volles menschliches Potenzial erfahren. Drittens war es eine Psychologie, die daran interessiert war, was den Menschen von anderen Spezies unterscheidet. Wahlfreiheit, Wille,

Freiheit, Werte, Gefühle, Ziele und andere humanistische Anliegen waren zentrale Themen der Forschung.

Auch wenn Rogers' Karriere und die des führenden behavioristischen Psychologen B. F. Skinner parallel liefen, was die Zeit, die Produktivität und den Einfluss anging, so waren doch ihre Sichtweisen unvermeidlich gegensätzlich. Sie trafen sich bei verschiedenen Gelegenheiten, einschließlich einer sechsstündigen Debatte/eines Dialoges (Rogers/Skinner 1962), ihrem frühesten Gedankenaustausch über „Einige Streifragen, die die Kontrolle menschlichen Verhaltens betreffen“ („Some Issues Concerning the Control of Human Behavior“; Rogers/Skinner 1956). Dieser wurde einer der am häufigsten wieder aufgelegten Artikel in den Verhaltenswissenschaften und Rogers wurde zu einem führenden Exponenten für die Bewegung der Humanistischen Psychologie.

Kalifornien – Der personzentrierte Ansatz

Da sich Rogers' berufliche Interessen und sein Einfluss zunehmend über das Feld von Beratung und Psychotherapie hinaus ausdehnte und ihn das Forschungsprojekt in Wisconsin frustriert hatte, zogen die Rogers 1963 nach La Jolla, Kalifornien, wo sich Rogers dem Western Behavioral Sciences Institute anschloss. Nach zehn Jahren gründeten er und andere ihre eigene Organisation, das Center for Studies of the Person, wo Rogers weitere 15 Jahre blieb.

In Kalifornien verbreitete Rogers ein weiteres Vierteljahrhundert lang den Klientenzentrierten Ansatz und weitete seine Theorie und Methode auf andere Gebiete aus – Erziehung, Elternschaft, Gruppenleitung und die Gesundheitsberufe, um nur einige zu nennen. Jedes Mal demonstrierte er, wie die förderlichen Bedingungen des positiven Beachtens, der Empathie und der Kongruenz bei Kindern, Schülern, Gruppenmitgliedern, Patienten und anderen Personengruppen Wachstum, Kreativität, Lernen und Heilungsprozesse freisetzte. Ausgehend von früheren Aufsätzen erweiterte er seine Ideen in vielen neuen Büchern, die die Implikationen seines Denkens auf verschiedenen Gebieten erforschten.

Angewandt auf Erziehung zeigte seine Arbeit zu „Schülerzentriertem Lernen“, wie eine Lehrperson oder, wie er lieber sagte, ein „Facilitator des Lernens“ Vertrauen, Verstehen und Echtheit vermitteln konnte, um die Schüler frei werden zu lassen, auf für sie bedeutsame Art zu lernen. Seine Arbeit war zeitgleich mit der Bewegung des „Offenen Lernens“ in den Vereinigten Staaten, Großbritannien und anderswo und trug dazu bei. Sein Buch „*Freedom to Learn*“ (Rogers 1969) erlebte zwei Neuauflagen während der folgenden 25 Jahre (einschließlich posthum erschienen: Rogers/Freiberg 1994).

Sein Buch über Partnerschaft (Rogers 1972) verwendete Fallstudien von Paaren, um neue Formen von Beziehungen zu ergründen, die junge Leute in den Siebzigerjahren lebten. Auf eine Art naiv und gleichzeitig akkurat, sagte er voraus, dass die traditionelle

Ehe künftig nur eine von vielen Alternativen sein würde für die, wie er es manchmal nannte, „Person von morgen“.

Vor allem aber ergründeten Rogers und seine Kollegen in den späten Sechzigerjahren und den Siebziger die Anwendungen des Klientenzentrierten Denkens auf Gruppen und Gruppenleitung. In den 1940ern und 50ern hatten er, Thomas Gordon (1951) und Kollegen von der Universität Chicago mit dem „gruppenzentrierten Leiten“ experimentiert, wonach das Akzeptieren durch die Leitungsperson und deren Verstehen, Echtheit und Bereitschaft, zuzulassen, dass sich die Gruppe die eigene Richtung wählt, große Energie bei den Gruppenmitgliedern wachgerufen hatte. In den späten Fünfzigerjahren und Sechzigern erweiterten Gordon, Richard Farson, Rogers und andere diesen Ansatz, was Rogers die „grundlegende Encountergruppe“ nannte – eine unstrukturierte Gruppenerfahrung, in der sogenannte „normale“ Gruppenmitglieder zu größerem Selbstverstehen, größerer Spontaneität, verbesserter Kommunikation und Echtheit in Beziehungen fanden. Rogers leitete eine große Zahl von Encountergruppen in den verschiedensten Bereichen wie Wirtschaft, Religion, Medizin, Wissenschaft, Selbsterfahrung, Betriebsorganisation. Die Zeitschrift „*Look*“ nannte Rogers einen „elder statesman der Encountergruppen“. Sein Buch „*On Encounter Groups*“ (1970) wurde viel verkauft und Bill McGaws gefilmte Encountergruppe „*Journey Into Self*“ (Reise ins Selbst), in dem Rogers und Dick Farson die Gruppenfacilitatoren waren, gewann 1968 einen Academy Award, einen „Oscar“ als bester Dokumentarfilm.

Da Rogers und seine Kollegen am Center for Studies of the Person die immer breitere Anwendbarkeit des Klientenzentrierten, schülerzentrierten, gruppenzentrierten Ansatzes erkannten, verwendeten sie mehr und mehr einen umfassenderen Begriff – personenzentriert – um ihre Arbeit zu beschreiben. (In der Beratungsliteratur von heute werden die Begriffe personenzentriert und klientenzentriert oft austauschbar verwendet.)

Internationale Konfliktlösungen und Frieden

In den Siebziger- und Achtzigerjahren experimentierte Rogers mit seinem Personenzentrierten Ansatz, um Konflikte zwischen Gruppen und internationale Konflikte zu lösen. Mit Workshops und gefilmten Encountergruppen mit multikulturellen Populationen wie Katholiken und Protestanten in Nordirland und Schwarzen und Weißen in Südafrika demonstrierte Rogers wie positives Beachten, Empathie und Kongruenz – dieselben wachstumsfördernden Bedingungen, die in allen helfenden Beziehungen nützlich sind – Kommunikation und Verstehen zwischen gegensätzlichen Gruppierungen fördert. Er und seine Kollegen leiteten personenzentrierte Workshops in der ganzen Welt für Gruppen von 100 bis 800 Teilnehmern wie etwa in Brasilien, Mexiko, Südafrika, Ungarn, der Sowjetunion (Rogers 1987) und in anderen sich neu bildenden Demokratien. Sie veranstalteten eine Versammlung internationaler Führungspersönlichkeiten in

Rust, Österreich, dazu, wie Spannungen in Zentralamerika zu lösen wären – eine Erfahrung, die das Potenzial des Personenzentrierten Ansatzes für die Lösung internationaler Konflikte anschaulich demonstrierte (Rogers 1986).

Berichte legen nahe, dass diese Bemühungen um professionelle Entwicklung und Diplomatie auf der Ebene der Staatsbürger halfen, den Frieden und die Demokratisierung in verschiedenen Ländern zu fördern. Über das Treffen in Österreich schrieb später Rodrigo Carazo, vormals Präsident von Costa Rica und der United Nations University for Peace:

„Frühere Bemühungen, um Frieden in Zentralamerika zu erreichen – von denen es viele gab – kulminierten im Treffen in Österreich ... Carl machte es möglich. Hier, erstmals, so wiederhole ich, trafen sich Vertreter aller Konfliktgruppen, und der erste Schritt in Richtung Frieden in Zentralamerika wurde gemacht. Das war der Beginn von Vielem in Richtung Frieden. Ein Bild von Carl Rogers hängt im Hauptgebäude der University for Peace. Carl Rogers ist uns in Erinnerung und der Meister in unseren Herzen“ (Carazo 2002).

Zu Rogers' 85. Geburtstag schickte der frühere Präsident der USA Jimmy Carter diese Worte:

„Für Carl Rogers – Gratulation und die allerbesten Wünsche zur Feier Ihres 85. Geburtstages. Es ist wunderbar, dass so viele Ihrer Freunde und Anhänger heute bei Ihnen sein können. Ihre Arbeit als Friedensstifter ist international bekannt und hoch geachtet. Da Sie bereits wieder zu einer anderen Mission aufbrechen, diesmal nach Südafrika – bitte denken Sie daran, dass wir in Gedanken bei Ihnen sind. Gott möge Ihre Reise fördern. Die Welt kann mehr solche Weltbürger wie Sie gebrauchen. Mit herzlichen Grüßen, Jimmy Carter“.

Als Anerkennung für seine Bemühungen, internationales Verstehen und Konfliktlösung zu fördern, wurde Carl Rogers (obwohl er letztlich dann nicht der Preisträger wurde) 1987 posthum für den Friedensnobelpreis vorgeschlagen.

In seinen späten Jahren pflegte Rogers weiterhin seine Hobbies Fotografieren, Mobilebasteln und Gärtnern, wie schon sein ganzes Leben hindurch. Als Helen mit ca. siebzig Jahren krank wurde, sorgte Carl für sie bis zu ihrem Tod. Danach blieb er weiter in seiner Arbeit engagiert – Schreiben (z. B. Rogers 1980), Reisen in die ganze Welt, Leitung von Gruppen und Workshops zum Personenzentrierten Ansatz und die Entwicklung des Carl Rogers Peace Project. Er hatte bereichernde Freundschaften mit Männern und Frauen und seine Tochter Natalie war eine ständige Kollegin und Begleiterin. Rogers war bis zu seinem Tod im Alter von 85 aktiv. Er starb an den Komplikationen einer Hüftverletzung, die er sich durch einen Sturz zu Hause in La Jolla zugezogen hatte.

Weiterer Einfluss

Nicht alle würden zustimmen, dass Rogers' weiter andauernder Einfluss ein positiver sei. So begann etwa der Kritiker Christopher

Lasch (1979) seine Buchrezension über die erste englischsprachige Biographie zu Rogers (Kirschenbaum 1979) mit den Worten: „Als ein Gründervater der Humanistischen Psychologie, des Human Potential Movement und der Encountergruppen bleibt Rogers viele Antworten schuldig“ (S. 30). Kritiker von Rogers haben argumentiert,

- dass Klientenzentrierte Therapie oberflächlich sei (DeMott 1979; Friedenbergr 1971), unbrauchbar für manche Gruppierungen und ohne Bewusstsein für multikulturelle und feministische Themen (Usher 1989; Waterhouse 1993), den sozialen Kontext und die kürzlich erzielten Fortschritte in Verhaltens-, Drogen- und anderen Therapien;
- dass Rogers' Sicht der menschlichen Natur unrealistisch optimistisch sei und das menschliche Böse unterschätze (May 1982);
- dass Encountergruppen und Humanistische Psychologie eine weit verbreitete Selbstbezogenheit, Narzissmus und moralische Permissivität förderten (Coulson 1988; Lasch 1979) und
- dass Rogers' Experimente zu Veränderungen von Organisationen naiv waren (Kirschenbaum 1979) und kontraproduktiv (Coulson 1988).

Solche Kritik war manchmal fair, denn Rogers war wie jeder andere ein Produkt seiner Zeit, mit persönlichen und geschichtlich bedingten Grenzen. Genauso oft ließ die Kritik an Rogers zu wünschen übrig, weil der Kritiker mit der ganzen Spannbreite von Rogers' Theorie, Forschung und sich ständig erweiternder Praxis nicht vertraut war.

Abgesehen von der Kritik half Rogers mehr als jeder andere, professionelle Beratung und Psychotherapie über Psychiatrie und Psychoanalyse hinaus auf Psychologie und andere helfende Berufe zu verbreiten. Kurz vor seinem Tod listeten Untersuchungen im „*Journal of Counseling Psychology*“ (Heesacker/Heppner/Rogers³ 1982) und „*American Psychologist*“ (Smith 1982) Carl Rogers immer noch als den einflussreichsten Autor und Berater/Psychotherapeut auf.

Eine Generation später hat der Klientenzentrierte/Personenzentrierte Ansatz weiterhin einen bedeutenden Einfluss auf das Gebiet der Beratung und Psychotherapie, obwohl er nicht mehr unter den führenden Ansätzen für Theorie und Forschung in der Psychotherapie ist. So zählt zum Beispiel die PsycINFO database viel mehr Zitierungen für kognitiv-behaviorale, kognitive und Verhaltenstherapie auf als für den Klientenzentrierten oder Personenzentrierten Ansatz. Trotzdem wird der Personenzentrierte Ansatz weiterhin stark beachtet. Es erschienen in den letzten 15 Jahren seit Rogers Tod mehr Bücher, Artikel und Forschungsstudien zum Klientenzentrierten/Personenzentrierten Ansatz als in den 40 Jahren zuvor (Kirschenbaum/Jourdan 2002). Außerdem dient Rogers' Werk weiter als Grundlage für die beratenden Berufe (Capuzzi/Gross 2001; Gibson/

Mitchell 1999; Gladding 2000; Nugent 2000). Es spielt eine wesentliche Rolle in der Praxis einer enormen Reihe von Beratern, Klinischen Psychologen und Psychotherapeuten, die ihre Praxis als „eklektisch“ oder „integrativ“ beschreiben, einschließlich derer, die den Klientenzentrierten Ansatz als Hauptkomponente ihres Repertoires verwenden (Aspy/Aspy/Russel/Wedel 2000; Bergin/Garfield 1994; Sharf 2000). Und es hat weiterhin einen bedeutenden Einfluss auf zahlreiche helfende Berufe, von der Sozialarbeit zu pastoraler Beratung bis zu den Gesundheitsberufen.

Interessanterweise deuten die Daten von zunehmenden Meta-Analysen von Psychotherapiestudien (Zusammenfassungen in Sexton/Whiston/Bleuer/Walz 1997; Wampold 2001) darauf hin, dass der Erfolg von Beratung und Therapie nicht aufgrund einer bestimmten Methode eintritt, sei es Verhaltenstherapie, psychodynamische oder Klientenzentrierte Therapie oder andere. Die Forschung zeigt vielmehr, dass es eine Anzahl „allgemeiner Faktoren“ im Zusammenhang mit der therapeutischen Beziehung gibt, die die Ursache für den Erfolg in der Therapie sind (z. B. Grencavage/Norcross 1990; Lambert 1992). Und welches sind diese allgemeinen Faktoren? Viele deuten auf die Unterstützung durch den Therapeuten, das empathische Verstehen und seine Fähigkeit, mit dem Klienten eine therapeutische Allianz zu bilden. Ironischerweise werden Rogers' Grundbedingungen für therapeutische Veränderung nun Jahrzehnte später von der jüngsten Forschergeneration bestätigt (z. B., Elliott/Greenberg/Lietaer 2003; Norcross 2002). Während diese Forschung nahe legt, dass positives Beachten, Empathie und Kongruenz nicht in jedem Fall absolut notwendig sind und auch nicht hinreichend für alle beratenden Beziehungen, so bestätigen sie doch erstens Rogers' erste Einsichten über die Bedeutung der therapeutischen Beziehung, zweitens die Bedeutung und die Praktikabilität der Grundbedingungen, um die wesentliche therapeutische Allianz zu bilden, und drittens die Wirksamkeit von zweien (Empathie, positive Beachtung) und möglicherweise der dritten (Kongruenz), um positive Beratungsergebnisse zu erzielen.

Seit Rogers' Tod 1987 lag vielleicht das größte Interesse an seinem Werk außerhalb der Vereinigten Staaten. Es gibt große Organisationen und Zentren für personenzentrierte Forschung und Praxis in ganz West- und Zentraleuropa. Ähnlich bedeutsam ist, dass es großes Interesse am Personenzentrierten Ansatz in den entstehenden Demokratien in Osteuropa, Russland und Lateinamerika gibt. Wie ein japanischer Berater in den Sechzigerjahren erklärte, hatte Rogers ihm geholfen, „zu lehren ... demokratisch zu sein und nicht autoritär.“ Rogers hat die politischen Implikationen seiner Theorien und Methoden schließlich erkannt und erforschte diese in „*Carl Rogers on Personal Power*“ (1980). Sein Lebenswerk demonstrierte, wie unterstützende, wachstumsfördernde Bedingungen Heilungsprozesse, verantwortungsvolle Selbststeuerung und Kreativität in Individuen und Gruppen in allen Lebenslagen freisetzen kann. Länder rund um die Welt ringen darum, Spannungen zwischen Gruppierungen zu lösen und Selbstverwaltung und Selbstbestimmung zu

3 nicht verwandt mit Carl Rogers

praktizieren und viele haben in Rogers' Werk nicht nur nützliche Methoden für Personen in helfenden Berufen erkannt, sondern auch eine positive personenzentrierte, stärkende, demokratische Philoso-

phie, die mit ihren nationalen Zielen konsistent ist. An Rogers' Trauerfeier (und früher: 1975) beschrieb Richard Farson Carl Rogers als ... „einen stillen Revolutionär.“

Literatur

- American Psychological Association (1957), Distinguished Scientific Contribution Awards for 1956 – Carl R. Rogers, in: *The American Psychologist* 12, 125–133
- Aspy, D./Aspy, C./Russel, G./Wedel, M. (2000), Carkhuff's human technology: A verification and extension of Kelly's (1997) suggestion to integrate the humanistic and technical components of counseling, in: *Journal of Counseling and Development* 78, 1, 29–37
- Bergin, A. E./Garfield, S. L. (1994), Overview, trends, and future issues, in: Bergin, A. E./Garfield, S. L. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.), New York (Wiley) 821–830
- Capuzzi, D./Gross, D. R. (2001), Introduction to the counseling profession (3rd ed.), Needham Heights, MA (Allyn and Bacon)
- Coulson, W. (1988), Memorandum to Federal Drug Education Curriculum Panel (vom 23. April)
- De Mott, B. (1979), Mr. Rogers' neighborhood, in: *Psychology Today* 12, 8, 90 and 94–95
- Elliott, R./Greenberg, L./Lietaer, G. (2003; in press), Research on experiential and person-centered therapies, in: Lambert, M./Bergin A./Garfield, S. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th edition), New York (Wiley)
- Farson, R. (1975), Carl Rogers. A quiet revolutionary, in: Evans, R. I. (Ed.), *Carl Rogers: The man and his ideas*, New York (Dutton) 28–43
- Friedenberg, E. Z. (1971), Review of C. R. Rogers' „Freedom to Learn“, in: *Journal of Higher Education* 42, 239–242
- Gendlin, E. T. (1958), The function of experiencing in symbolization, Unpublished doctoral dissertation, University of Chicago, Gibson, R. L./Mitchell, M. H. (1999), Introduction to counseling and guidance (5th ed.), Upper Saddle River, NJ (Prentice Hall)
- Gladding, S. T. (2000), *Counseling: A comprehensive profession*, Upper Saddle River, NJ (Merrill/Prentice Hall)
- Gordon, T. (1951), Group-centered leadership and administration, in: Rogers, C. R., *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*, Boston (Houghton Mifflin) 320–383
- Grencavage, L. M./Norcross, J. S. (1990), Where are the commonalities among the therapeutic common factors?, in: *Professional Psychology: Research and Practice* 21, 372–378
- Heesacker, M./Heppner, P./Rogers, M. E. (1982), Classics and emerging classics in counseling psychology, in: *Journal of Counseling Psychology* 29, 4, 400–405
- Kirschenbaum, H. (1979), *On becoming Carl Rogers*, New York (Delacorte Press), Kirschenbaum, H. (1995), Carl Rogers, in: Suhd, M. (Ed.), *Carl Rogers and other notables he influenced*, Palo Alto, CA (Science and Behavior Books) 1–90
- Kirschenbaum, H./Henderson, V. L. (Eds.) (1989), *Carl Rogers: Dialogues: Conversations with Martin Buber, Paul Tillich, B. F. Skinner, Gregory Bateson, Michael Polanyi, Rollo May, and others*, Boston (Houghton Mifflin)
- Kirschenbaum, H./Henderson, V. L. (Eds.) (1989), *The Carl Rogers reader*, Boston (Houghton Mifflin)
- Kirschenbaum, H./Jourdan, A. (2002; in press), Carl Rogers' current influence, in: *InfoChange* [Newsletter of the Counseling Association for Humanistic Education and Development, American Counseling Association]
- Lambert, M. J. (1992), Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists, in: Norcross, J. C./Goldfried, M. R. (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*, New York (Basic Books) 94–129
- Lasch, C. (1979), [Review of] „On becoming Carl Rogers“ by Howard Kirschenbaum, in: *New Republic* 30–31 (March 31)
- May, R. (1982), The problem of evil: An open letter to Carl Rogers, in: *Journal of Humanistic Psychology* 22, 3, 10–21
- Norcross, J. (2002), *Psychotherapy: Relationships that work*, London (Oxford University Press)
- Nugent, F. A. (2000), *Introduction to the profession of counseling* (3rd ed.), Upper Saddle River, NJ (Merrill)
- Raimy, V. (1943), The self-concept as a factor in counseling and personality organization, Unpublished doctoral dissertation, Ohio State University
- Raimy, V. (1948), Self-reference in counseling interviews, in: *Journal of Consulting Psychology* 12, 153–163
- Rogers, C. R. (1931a), Measuring personality adjustment in children nine to thirteen years of age, New York City (Teachers College, Columbia University)
- Rogers, C. R. (1931b), A test of personality adjustment, New York (Association Press)
- Rogers, C. R. (1939), *The clinical treatment of the problem child*, Boston (Houghton Mifflin)
- Rogers, C. R. (1942), *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice*, Boston (Houghton Mifflin)
- Rogers, C. R. (1949), The attitude and orientation of the counselor in client-centered therapy, in: *Journal of Consulting Psychology* 13, 82–94
- Rogers, C. R. (1950), A current formulation of client-centered therapy, in: *Social Service Review* 24, 442–450
- Rogers, C. R. (1951), *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*, Boston (Houghton Mifflin)
- Rogers, C. R. (1956), *Client-centered therapy: A current view*, in: Fromm-Reichmann, F./Moreno, J. L. (Eds.), *Progress in psychotherapy*, New York (Grune and Stratton) 199–209
- Rogers, C. R. (1957a), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: *Journal of Consulting Psychology* 21, 2, 95–103
- Rogers, C. R. (1957b), A therapist's view of the good life, in: *The Humanist* 17, 291–300; expanded in: *A therapist's view of the good life: The fully functioning person*, in: Rogers, C. R. (1961a), *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*, Boston (Houghton Mifflin) 184–196

- Rogers, C. R. (1961a), *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*, Boston (Houghton Mifflin)
- Rogers, C. R. (1961b), This is me, in: Rogers, C. R., *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*, Boston (Houghton Mifflin) 3-27
- Rogers, C. R. (1967), *Autobiography*, in: Boring, E. W./Lindzey, G. (Eds.), *A history of psychology in autobiography*. Vol. V, New York (Appleton-Century-Crofts) 345-384
- Rogers, C. R. (1969), *Freedom to learn: A view of what education might become*, Columbus, OH (Charles Merrill)
- Rogers, C. R. (1970), *Carl Rogers on encounter groups*, New York (Harper & Row)
- Rogers, C. R. (1972), *Becoming partners: Marriage and its alternatives*, New York (Delacorte Press)
- Rogers, C. R. (1977), *Carl Rogers on personal power: Inner strength and its revolutionary impact*, New York (Delacorte Press)
- Rogers, C. R. (1980), *A way of being*, Boston (Houghton-Mifflin)
- Rogers, C. R. (1986), *The Rust workshop*, in: *Journal of Humanistic Psychology* 26, 3, 23-45
- Rogers, C. R. (1987), *Inside the world of the Soviet professional*, in: *Journal of Humanistic Psychology* 27, 3, 277-304
- Rogers, C. R./Coulson, W.R. (1968), *Man and the science of man*, Columbus, OH (Charles Merrill)
- Rogers, C. R./Dymond, R. F. (Eds.) (1954), *Psychotherapy and personality change: Coordinated research studies in the client-centered approach*, Chicago (University of Chicago Press)
- Rogers, C. R./Freiberg, H.J. (1994), *Freedom to learn* (3rd ed.), Columbus, OH (Charles Merrill)
- Rogers, C. R./Gendlin, E. T./Kiesler, D.J./Truax, C. B. (Eds.) (1967), *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*, Madison (University of Wisconsin Press)
- Rogers, C. R./Russell, D. (2002), *Carl Rogers: The quiet revolutionary: An oral history*, Roseville, CA (Penmarin Books)
- Rogers, C. R./Skinner, B.F. (1956), *Some issues concerning the control of human behavior*, *Science* 124, 3231, 1057-1066
- Rogers, C. R./Skinner, B.F. (1962), *A dialogue on education and the control of human behavior*, in: Kirschenbaum, H./Henderson, V. (Eds.) (1989), *Carl Rogers: Dialogues*, Boston (Houghton Mifflin) 79-152
- Rogers, C. R. / Wallen, J.L. (1946), *Counseling with returned servicemen*, New York (McGraw-Hill)
- Sharf, R.S. (1999), *Comparison, critique, and integration*, in: Sharf, R.S., *Theories of psychotherapy and counseling: Concepts and cases* (2nd ed.), Pacific Grove, CA (Brooks/Cole) 599-645
- Sexton, T./Whiston, S./Bleuer, J./Walz, G. (1997), *Integrating outcome research into counseling practice and training*, Alexandria, VA (American Counseling Association)
- Smith, D. (1982), *Trends in counseling and psychology*, in: *American Psychologist* 37, 7, 802-809
- Snygg, D./Combs, A.W. (1949), *Individual behavior*, New York (Harper)
- Standal, S. (1954), *The need for positive regard: A contribution to client-centered theory*, Unpublished doctoral dissertation, University of Chicago
- Taft, J. (1933), *The dynamics of therapy in a controlled relationship*, New York (Macmillan)
- Usher, C.H. (1989), *Recognizing cultural bias in counseling theory and practice: The case of Rogers*, in: *Journal of Multicultural Counseling & Development* 17, 2, 62-71
- Wampold, B. (2001), *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*, Mahwah, NJ (Lawrence Erlbaum)
- Waterhouse, R.L. (1993), *Wild women don't have the blues: A feminist critique of „person-centred“ counselling and therapy*, in: *Feminism & Psychology* 3, 1, 55-71

Autor:

Howard Kirschenbaum, Ed.D., Chair des Department of Counseling and Human Development, Warner Graduate School of Education and Human Development, University of Rochester (NY, USA). Autor der ersten ausführlichen Biographie über Carl Rogers, „On Becoming Carl Rogers“ (1979), die er gerade überarbeitet und erweitert; Mit-herausgeber des „Carl Rogers Reader“ und des Bandes: „Carl Rogers: Dialogues“; außerdem einer der führenden Kenner von Carl Rogers' Leben und Werk.

Kontaktadresse:

*Prof. Howard Kirschenbaum
Warner Graduate School of Education and Human Development
University of Rochester, Rochester, NY 14627, USA
E-Mail: Howard.Kirschenbaum@rochester.edu*

Peter F. Schmid

Die Person im Zentrum der Therapie. Zu den Identitätskriterien Personzentrierter Therapie und zur bleibenden Herausforderung von Carl Rogers an die Psychotherapie

Zusammenfassung: *Carl Rogers hat nachdrücklich die Person ins Zentrum der Psychotherapie gestellt. Damit steht der Mensch in seiner unaufgebbaren Dialektik von Selbstbestimmung und Beziehungsangewiesenheit im Mittelpunkt von therapeutischer Wissenschaft, Forschung und Praxis, und es gehört zum unaufgebbaren State of the Art, Psychotherapie als Kunst der personalen Begegnung zu verstehen. Mit seinem Person-zentrierten Ansatz gab Rogers somit entscheidende Impulse für die Entwicklung der Psychotherapie insgesamt. Wenngleich sich gegenwärtig ziel- und methodenorientierte Richtungen aufgrund der Forderungen nach Effizienzmaximierung und Erfolgsorientierung als quotenträchtig erweisen, so greifen zunehmend auch ganzheitliche Konzepte und ein beziehungsorientiertes Verständnis in verschiedenen Schulen Platz. Dies ist durchaus als Einfluss des Personzentrierten Ansatzes zu sehen. Dennoch bleiben diese Tendenzen, oft weit, hinter dem radikalen Syntagmawechsel von Rogers zurück. Dasselbe gilt auch für Entwicklungen innerhalb des Ansatzes, die ihn selbst verwässern oder verharmlosen und für solche, die ihn vereinnahmen. Rogers hat mit seinem Werk für die gesamte Zunft einen reichen Auftrag hinterlassen – mit einem Ansatz, dessen tiefer Humanismus und dessen kritisches Potenzial innerhalb und außerhalb des Personzentrierten Ansatzes bei weitem nicht eingeholt ist.*

Zudem hat sich Rogers wiederholt eine Weiterentwicklung seiner Theorie gewünscht. Der folgende Beitrag anlässlich des hundertsten Geburtstages versteht sich in diesem Sinne und unternimmt eine doppelte Standortbestimmung: Zum einen nach außen hin als Anfrage an die verschiedenen Schulen der Psychotherapie, wieweit sie sich den Herausforderungen von Carl Rogers stellen, und an den Ansatz selbst, wie weit er sich als eine solche Herausforderung an die Psychotherapie und Gesundheitspolitik der Gegenwart versteht. Zum anderen nach innen hin, an die „person-zentrierte und experienzielle Familie“, als Frage, wo wir stehen und wohin wir gehen, somit als ein Beitrag zur Frage der Identität und Zukunft. Angesichts der verwirrenden Positionsvielfalt in der Psychotherapie im Allgemeinen und deren personzentrierter Ausrichtung im Besonderen wird die Frage nach den Kriterien für eine Identitätsbestimmung gestellt. Dieser Frage nach dem „Gesicht“ und damit der Erkennbarkeit des Personzentrierten Ansatzes wird sodann anhand von unterscheidenden Charakteristika nachgegangen, die ihrerseits wieder als identitätsstiftend verstanden werden. Aus einem am Begründer orientierten Verständnis personzentrierter Anthropologie, Erkenntnistheorie und Ethik und den aktuellen gesellschaftlichen Verhältnissen ergeben sich provokante Anforderungen für weitere Entwicklungen in Gesellschaft und Psychotherapie. Durch die Frage nach den unterscheidenden Kriterien werden einige dieser Herausforderungen für den Personzentrierten Ansatz selbst wie für andere therapeutische Orientierungen sichtbar.¹

Stichwörter: *Schulenvielfalt, Pluralität personzentrierter und experienzieller Ansätze und Therapien, Kriterien zur Identitätsbestimmung, Identifizierbarkeit des Personzentrierten Ansatzes, Menschenbild, Personbegriff, Wir, historische und politische Perspektive, Priorität des Klienten, der Klient als Kunde und Experte, Gegenwärtigkeit (Präsenz), Kooperation, Korrespondenz, Kokreativität, Authentizität, Umfang, Anerkennung, Nichtdirektivität, ethische Grundlegung, existenzielle Entscheidung, Politik, Futurologie.*

Résumé: *La personne au centre de la thérapie. A propos des critères d'identité de la thérapie centrée sur la personne et du défi permanent de Carl Rogers à la psychothérapie – Carl Rogers a explicitement placé la personne au centre de la psychothérapie. Ainsi l'être dans sa dialectique inaliénable d'autodétermination et de dépendance des relations est au centre de la science, de la recherche et de la pratique thérapeutiques, et il appartient au essential state of the art de comprendre la psychothérapie comme l'art de la rencontre personnelle. Avec son approche*

1 Überarbeitete und erweiterte Fassung des Hauptvortrags („The person in the center of therapy. The ongoing challenge of Carl Rogers for psychotherapy“) beim 3. Weltkongress für Psychotherapie in Wien („Anima mundi – The challenge of globalisation“) am 16. Juli 2002. Für die kritische Lektüre und für weiterführende Anmerkungen bin ich Hermann Spielhofer dankbar.

centrée sur la personne, Rogers a ainsi donné des impulsions décisives pour le développement de la psychothérapie dans son ensemble. Même si à l'heure actuelle les directions axées sur l'objectif et sur la méthode ont la faveur du public du fait des exigences de maximisation de l'efficacité et de l'orientation vers le succès, des concepts holistiques et une compréhension centrée sur la relation se répandent de plus en plus dans différentes écoles. Ceci est à considérer absolument comme une influence de l'approche centrée sur la personne. Pourtant ces tendances restent, souvent loin, derrière le changement de syntagme radical de Rogers. La même chose vaut également pour des développements à l'intérieur de l'approche, qui l'affadissent ou la minimisent, et pour ceux qui se l'accaparent. Rogers a laissé avec son oeuvre une vaste mission pour toute la profession – avec une approche dont le profond humanisme et le potentiel critique à l'intérieur et à l'extérieur de l'approche centrée sur la personne n'ont, loin s'en faut, pas été dépassés.

De plus, Rogers a souhaité à maintes reprises un développement de sa théorie. L'article écrit à l'occasion du centième anniversaire de sa naissance, s'entend dans ce sens et entreprend une double détermination de la position: d'une part vers l'extérieur sous la forme d'une demande aux différentes écoles de la psychothérapie, dans quelle mesure elles relèvent les défis de Carl Rogers, et à l'approche même, dans quelle mesure elle se comprend comme un tel défi à la psychothérapie et à la politique de la santé du présent. D'autre part, vers l'intérieur, à la „«famille centrée sur la personne et expérientielle», en tant que question: où sommes-nous et où allons-nous, donc comme une contribution à la question de l'identité et du futur. Compte tenu de la diversité déconcertante des positions dans le domaine de la psychothérapie en général et de son orientation centrée sur la personne en particulier, la question est posée des critères pour une détermination de l'identité. Cette question du «visage» et par conséquent de la perceptibilité de l'approche centrée sur la personne est ensuite étudiée s'appuyant sur des caractéristiques distinctives, qui sont ensuite à leur tour comprises à nouveau comme créatrices d'identité. Une compréhension, axée sur le fondateur, de l'anthropologie, de la théorie de la perception et de l'éthique centrées sur la personne et des relations sociales actuelles, fait ressortir des exigences provocantes pour d'autres développements dans la société et au niveau de la psychothérapie. A travers la question des critères distinctifs, certains de ces défis à l'approche centrée sur la personne deviennent visibles tout comme pour d'autres orientations thérapeutiques.

Mots-clés: diversité des écoles, pluralité des approches et des thérapies centrées sur la personne et expérientielles, critères pour la détermination de l'identité, identifiabilité de l'approche centrée sur la personne, conception de l'homme, notion de personne, Nous, perspective historique et politique, priorité du client, le client dans sa capacité de client et d'expert, présence, coopération, correspondance, co-créativité, authenticité, compréhension, reconnaissance, non-directivité, fondement éthique, décision existentielle, politique, futurologie.

Kairologie: Eine verwirrende Vielzahl von Positionen und Interpretationen

Was Maureen O'Hara (1998) für unser postmodernes Zeitalter zu treffend festgestellt hat, gilt auch innerhalb der Psychotherapie ganz allgemein und der Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapien speziell: Wir sind mit einer Vielzahl von Positionen und Interpretationen konfrontiert, die nicht nur auf den ersten Blick beträchtlich zu verwirren imstande sind.

Zwei divergierende Trends in der Psychotherapie: Erfolgsorientierung und Beziehungsorientierung

Trotz des ziel- und methodenorientierten, ja – fixierten und einseitig am raschen „Erfolg“ der Symptombeseitigung ausgerichteten Trends im Gesundheitswesen westlicher Gesellschaften finden ganzheitliche und offene Konzepte und ein beziehungsorientiertes Verständnis in der Psychotherapie immer mehr Beachtung – unzweifelhaft ein Einfluss des Personzentrierten Ansatzes (auch wenn dies

selten erwähnt, ja oft nicht einmal eingestanden wird). Ein rezentes Beispiel dafür mag die Eröffnungsrede des bekannten Psychoanalytikers Horst Eberhard Richter beim Dritten Weltkongress für Psychotherapie im Juli 2002 in Wien sein. Unter dem Titel „Das Ende der Egomane“ betonte Richter, dass er im Gegensatz zum Freud'schen Modell, mit dem er Psychoanalyse zu verstehen gelernt hatte, schrittweise zu der Überzeugung gekommen sei, dass das „Wir“ die primäre Größe sei, in der sich das „Ich“ entwickle, und dass dies ganz allgemein eine Grundlage für die Psychotherapie von heute zu bilden habe.

Viele psychotherapeutische Schulen betrachten dementsprechend mittlerweile die aktuelle und reale Therapeut-Klient-Beziehung und die Authentizität des Therapeuten bzw. der Therapeutin² als bedeutsam oder gar wesentlich mitentscheidend für das Gelingen des psychotherapeutischen Unterfangens. Dies gilt beispielsweise für die intersubjektiven Ansätze der Psychoanalyse, für syste-

2 Der Lesbarkeit halber wird darauf verzichtet, immer weibliche und männliche Formen anzuführen, auch wenn stets beide gemeint sind.

mische Ansätze, die meisten humanistischen Therapieformen und auch etliche kognitiv-behavioristische Positionen. Trotzdem bleiben diese theoretischen und praktischen Errungenschaften weit hinter dem radikalen Syntagmenwechsel (Schmid 2002a) von Carl Rogers zurück, weil sie die therapeutische Begegnungsbeziehung nach wie vor bestenfalls als Voraussetzung für das Gelingen der Therapie, nicht aber als die Therapie selbst verstehen.

Die aktuelle Kontroverse innerhalb der „rogerianischen Familie“: Wie nicht-direktiv ist personenzentriert?

Auch innerhalb der sogenannten „rogerianischen Therapiefamilie“³ gibt es eine große Bandbreite an Ansätzen und Therapien. Seit der Begründung durch Rogers haben Entwicklungen mit unterschiedlichen Akzentsetzungen stattgefunden, und Orientierungen sind entstanden, die zu Rogers in einer gewissen (stärkeren oder geringeren) Beziehung stehen, aber zu anderen Konsequenzen gelangen als er. So gibt es, um nur einige zu nennen, Experienzielle Psychotherapien, Focusing-orientierte Therapie, Focusing-Therapie, Prozessdirektive Therapie, Zielorientierte Gesprächspsychotherapie sowie eklettische und so genannte integrative Formen. Eine Reihe von Autorinnen und Autoren, die dem ursprünglichen Menschenbild von Rogers verpflichtet sind, befürchten sogar, dass manche schlicht und einfach den guten Namen des Ansatzes verwenden, um darunter ihre eigenen, damit inkompatiblen Theorien und Praktiken zu „verkaufen“.⁴

Die Diskussion hat sich in letzter Zeit zugespitzt und verschärft. Zwei Beispiele aus jüngster Zeit, die anlässlich des Jubiläums-Symposiums⁵ in La Jolla im Juli 2002 eingebracht wurden und hier im Original wiedergegeben werden, beleuchten die Aktualität und Brisanz der weltweit geführten Kontroverse:⁶

Jerold Bozarth (2002) forderte in einem Beitrag eine Rückbesinnung auf die theoretische Basis der grundlegenden Theoriearbeit von Rogers im Jahre 1959(a): „Carl R. Rogers delineated a theory of therapy that he chose not to change over the thirty years of the remainder of his life. This was his self-proclaimed magnum opus formal theory statement of 1959. His theory is revolutionary in the

extraordinary inherent trust of the organismic constructive direction of human beings (the actualizing tendency). His therapy is revolutionary in that the *only* intention of the therapist is to be congruent and to experience unconditional positive regard and empathic understanding towards the client. The therapist's experiencing and manner of offering of these conditions is inherently non-directive and creates a client/therapist relationship that maximizes the self-directive capacities of the client. Rogers re-confirmed his theory in 1989 in a posthumous publication with Nat Raskin (Raskin/Rogers 1989). Unfortunately, brilliant scholars, competent researchers, and quite sincere individuals have simply missed the point in their deviations from Rogers' basic theory. The 100th anniversary of Carl Rogers might be a good time to re-consider his basic theory.“

Barbara Brodley (2002) verwahrte sich mit scharfen Worten gegen die Behauptung, dass systematisch-direktives Vorgehen die ursprüngliche „Nichtdirektive Klientenzentrierte Therapie“ von Rogers abgelöst habe und strich hervor, dass diese Therapieformen eine Veränderung in der Theorie darstellten und es nicht legitim sei, „Klientenzentrierte Therapie“ nun nach Maßgabe dieser anderen Theorien zu definieren: „There is a fundamental difference between directive and non-directive schools of therapy in the person-centered community. Some of us practice a therapy that is similar to Rogers' non-directive client-centered psychotherapy (Rogers 1959a), and emphasize the non-directive attitude (Raskin 1948). Non-directive client-centered involves the therapist in having unique intentions when relating to clients. We think these intentions create a different quality of relationship than any therapy with systematic directive procedures. We also think that it offers distinctive benefits to clients.“

All other schools of therapy in the person-centered community have abandoned the non-directive attitude by adopting *directive theories* and *directive procedures*. The most prominent of these directive schools are 'experiential-focusing therapy' (Gendlin 1996), 'experiential-eclectic therapy' (Lietaer 1998), 'process-directive therapy' (Elliott/Greenberg 2002), and 'micro-processing-directive therapy' (Sachse 1990).

Non-directive client-centered therapists understand that directive therapists in the person-centered community have been doing what Rogers always supported. They are following their own ways to

3 Eine, wie mir scheint, gut brauchbare Metapher, bestehen doch Verwandtschaftsbeziehungen bei aller (auch grundsätzlichen) Unterschiedlichkeit. Außerdem ist es tatsächlich wie in Familien: Man kann sich vielfach nicht aussuchen, wer aller zur Familie gehört und ist in gewisser Weise aufeinander angewiesen.

4 So z.B. der jüngst verstorbene John Shlien in vielen E-Mails und persönlichen Mitteilungen (vgl. auch Bozarth 2002; Brodley 2002). Ähnlich betont beispielsweise Prouty (2001), ein Gendlin-Schüler, den gravierenden Unterschied.

5 „Honoring 100 Years of Carl Rogers: His Life, Our Work, A Global Vision“.

6 Eine Reihe weiterer Beiträge zu diesem Streit wurden am Wiener Weltkongress und beim Hundertjahr-Symposium in La Jolla vorgetragen. Die zu den hier abgedruckten Ausschnitten gegenteilige Position wird prominent vertreten von Germain Lietaer (1998; 2002; s. u.). Weitere Beiträge dazu gab es u. a. von Pete Sanders (2000) und Martin van Kalmthout (2002a) bei der 5. Internationalen Konferenz (ICCEP)

in Chicago 2000 (Watson/Goldman/Warner 2002) sowie im deutschsprachigen Raum beim Salzburger Jubiläumskongress der deutschsprachigen Vereinigungen (Iseli et al. 2002). Der Disput war Thema des Internationalen Kolloquiums in Wien im Herbst 2001 („Advancing person-centred theory and practice: What is essential?“) mit Ute Binder, Polly Iossifides, Martin van Kalmthout, Elke Lambers, Dave Mearns und Peter F. Schmid und des 3. Internationalen Kolloquiums der Person-Centered Association in Austria (PCA) im Juli 2002 in Wien zu einem ähnlichen Thema („What is essential? Person-centered and experiential psychotherapy – perspectives and prospects“) mit Ute Binder, Jobst Finke, Charlotte Gröflin-Buitink, Mary Hendricks Gendlin, Germain Lietaer, Margaret Warner und österreichischen Therapeutinnen und Therapeuten aus ÖGWG und IPS. Auch dem Thema der nächsten, vom Weltverband (WAPCEPC) veranstalteten Konferenz in Holland 2003 liegt die Kontroverse zugrunde („Process Differentiation and Person-Centeredness“).

develop effective therapies. No non-directive proponents have a desire to inhibit the development of directive approaches. We disagree with the changes they make in Rogers' theory and with their directive practices, but we are not antagonistic to their existence or their successes. Our goal has been to clarify, preserve and develop non-directive client-centered therapy as an option for clients and for students. But, there has been some conflict, and there are reasons for it.

First. Some directive therapists make claims that dismiss non-directive client-centered therapy by defining ‚client-centered‘ in terms of their own theories. In particular, experiential therapy proponents have made the claim that focused experiential process is necessary for therapeutic change (Friedman 1982); that it is the *essence* of client-centered therapy (Gendlin 1974); that experiential focusing-oriented therapy is client-centered therapy (Gendlin 1996) or that client-centered therapy has become an experiential therapy (Lietaer 1998).

These claims are not true. They represent the views of some therapists within the person-centered community. Many non-directive client-centered therapists do not agree with any of these claims (e.g. Bozarth 1998; Brodley 1997; Moon 2002; Schmid 2002h). These kinds of claims have been the reason behind a piracy accusation (Shlien, personal communication).

Second. Some directive therapists dismiss the theory and practice of non-directive client-centered as old and past. They claim that Rogers' therapy after the 1940s was not a non-directive therapy (Lietaer 1998). They disparage the non-directive approach, viewing it as limited and constricted, and claim that non-directive client-centered damages the reputation and status of the whole person-centered therapy community (Cain 1993).

Third. Some therapists describe a *straw man*; they criticize features of a non-directive therapy that they have invented (e.g. Kahn 1999). In fact, critics within the person-centered therapy community, where we expect understanding, universally misrepresent the approach. I have not yet heard or read a criticism of non-directive client-centered that accurately represents it.

In conclusion, what may appear to be antagonism from proponents of the non-directive position is actually *objection and resistance* to false claims.

Nevertheless, there is the possibility of constructive discourse. Proponents of directive approaches need to do three things: (1) Stop representing their own theories of therapy as the client-centered therapy. (2) Stop deprecating non-directive client-centered therapy. (3) Learn something about what it actually is before they make criticisms.⁷

7 Vgl. dazu auch Brodley (1997) sowie die rezente Diskussion im Journal of Humanistic Psychology 42, 2 (2002) 66–96 mit Beiträgen von Tony Merry, Barbara Brodley, Jerold Bozarth, Lisbeth Sommerbeck und Edwin Kahn.

Versuche, die Kontroverse zu einem fruchtbaren Dialog zu bringen, stellen unter anderem die Gründung des Weltverbandes (WAPCEPC) und des Europäischen Netzwerks (NEAPCEPC) dar⁸, die sich der Aufgabe verschrieben haben, einerseits die Unterschiede zu benennen und zu diskutieren, andererseits eine Zusammenarbeit der verschiedenen Ansätze zu fördern.

Die Kontroverse, die sich in verschiedenen Themen und Spielarten zeigt, ist m. E. von grundlegender Bedeutung und bietet die Chance zu einer Weiterentwicklung der Ansätze und zu ihrer Klärung innerhalb der Psychotherapie. Mit einer Reihe von Kolleginnen und Kollegen (z. B. zuletzt Spielhofer 2001; Lietaer 2002b; van Kalmthout 2002b) stimme ich nämlich dahingehend überein, dass die Identifizierbarkeit des Ansatzes, der sich auf Carl Rogers beruft, für seine Eigenständigkeit und Wahrnehmbarkeit entscheidend ist.⁹

Das ist, in anderer Sprache formuliert, die Frage nach dem „Gesicht“ des Ansatzes bzw. den „Gesichtern“ der Ansätze.¹⁰

Welches „Gesicht“ hat der Ansatz? – Die Notwendigkeit von Identität und Identifizierbarkeit

Diese Auseinandersetzungen sind keineswegs irrelevant, weder in theoretischer, noch in praktischer Hinsicht. Eine Reihe von Gründen machen es notwendig, die Frage nach den Identitätskriterien zu stellen. Zu ihnen zählen:

- Die Klarheit in der *Begründung und Entwicklung der eigenen Identität*: d. h. zu wissen, wo man steht, was gemeinsam mit anderen und was verschieden von anderen ist.
- Die Notwendigkeit einer *identifizierbaren Position*: um erkennbar zu sein, also ein Gesicht zu haben: Damit ist verbunden, dass Menschen, die den Ansatz (als Klienten oder Therapeuten) wählen, dies aufgrund eindeutig erkennbarer Merkmale tun können.
- Ein *verlässliches Angebot an die Klienten* – das vielleicht wichtigste Kriterium: ein konsistentes, vertrauenswürdiges, klares und transparentes Beziehungsangebot, auf das Verlass ist.
- *Intellektuelle Konsistenz*, d. h. Übereinstimmen von Anthropologie, Persönlichkeitstheorie und Therapietheorie: Anders ist ein Ansatz weder wissenschaftlich noch in seiner Praxis seriös.
- *Eine verlässliche Partnerschaft in Dialog und Auseinandersetzung*: um auch für Diskussionen, in der Kooperation und in der Konkurrenz mit anderen Ansätzen ernst genommen zu werden.

8 PERSON hat darüber berichtet und die Statuten dokumentiert: 2 (1997) 168–171; 1 (1999) 87–89; 2 (2000) 62–64.

9 Meine Positionen zu der genannten Kontroverse finden sich u. a. in Schmid 2002b; c; d; e; f.

10 Hier werden lediglich die philosophisch-anthropologischen und ethischen Grundpositionen dargestellt; darüber hinaus ist eine konsistente Ableitung der Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie sowie einer Theorie der leidenden Person („Störungslehre“) zu leisten. Ansätze dazu finden sich in Schmid 1992; 1996;

- Die Möglichkeit der *Einflussnahme auf die Philosophie des Gesundheitswesens und auf die Gesundheits- und Sozialpolitik*: um den eigenen Standpunkt attraktiv vertreten und für ihn werben zu können.

Aus diesen und anderen Gründen bedarf es eines „Gesichts“ (sonst läuft man Gefahr gesichtslos zu werden oder, je nachdem, jeweils ein anderes Gesicht zu haben, was bedeutet, dass nicht mehr auszumachen wäre, was nun unter personenzentriert zu verstehen sei). Am Gesicht erkennt man eine Person. Und eine Person hat normalerweise ein Gesicht, an dem sie identifizierbar ist.¹¹

Anders formuliert: Die oben erwähnte Vielfalt und Verwirrung hinsichtlich der Positionen werfen – im Dialog mit anderen Schulen und im internen Dialog – die kairologische Frage auf: Was macht den Personenzentrierten Ansatz zum Personenzentrierten Ansatz? Was macht ihn einzigartig und unverwechselbar innerhalb all der Schulen? Was bildet das Kernstück seiner Identität? Was ist das Wesentliche, worauf kommt es an? Oder eben bildlich: Was ist sein Gesicht?

Um diese Frage zu beantworten, bedarf es Kriterien, anhand derer die Identität bestimmt werden kann. Wenn das übersehen wird, wie es oft geschieht, sind die einschlägigen Diskussionen der Beliebigkeit preisgegeben und fruchtlos. Nur klar definierte und verständliche Kriterien können als Leitlinie dienen, wenn man herausfinden will, worum es dem Personenzentrierten Ansatz in Therapie und Beratung geht, ja mehr noch: was er überhaupt ist.

Kriteriologie: Woran sich bestimmen lässt, was personenzentriert heißt

Ein prominente Stimme in der angesprochenen Kontroverse ist Germain Lietaer. Er präsentierte eine Liste von Identitätsaspekten für das – wie er es nun stets nennt – „personenzentrierte/experienzielle Paradigma“ erstmals in Chicago im Rahmen der International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy (ICCEP) im Jahr 2000 (publiziert 2002a; b) und dann wieder beim Wiener Weltkongress und in La Jolla 2002.

Darin unterscheidet er Aspekte erster und zweiter Ordnung: „Aspekte erster Ordnung sind Elemente, die ich als spezifisch für

unser Paradigma ansehe; sie gehören zum innersten Kern unserer Identität. Aspekte zweiter Ordnung werden in unserer Therapie ausdrücklich betont, doch sind sie auch für andere Paradigmata oder einige ihrer Suborientierungen charakteristisch. [...] Erlebenszentrierung [experience-centeredness] fällt unter die Aspekte erster Ordnung, während Personenzentrierung [person-centeredness] unter die Aspekte zweiter Ordnung fällt. Dies deshalb, weil die meisten offenen Forschungsrichtungen in der Psychotherapie gleichfalls nicht symptomgeleitet, sondern personenzentriert sind. [...] Was die Charakteristika des Menschenbildes betrifft, reihe ich sie auch unter die Aspekte zweiter Ordnung, wiederum, weil sie nicht einzigartig für unser Paradigma sind: Selbststeuerung ist sicher in vielen anderen Ansätzen enthalten und die prosoziale Natur des Menschen wird auch in den objektbeziehungstheoretischen und selbstpsychologischen Flügeln des psychoanalytischen Paradigmas anerkannt.“ (Lietaer 2002a, 12f; 2002b, 11; Übers. pfs).

Lietaer nennt gute Gründe für seinen Standpunkt, die zu respektieren sind. Schlüssig sind sie, wenn man seine Ansicht teilt, dass Erlebenszentrierung erstrangig und konstitutiv sei, während Personenzentrierung zweitrangig und als Identitätsmerkmal unspezifisch sei. Im Gegensatz dazu bin ich jedoch davon überzeugt, dass die für den Personenzentrierten Ansatz charakteristischen Identitätsaspekte gerade jene sind, die Lietaer als nicht einzigartig ansieht – ja nicht als einzigartig ansehen kann, weil er das personenzentrierte und das experienzielle Paradigma in eins setzt. Gerade im Menschenbild unterscheiden sich die beiden aber wesentlich. Und Personenzentrierung in des Wortes originärer Bedeutung ist eben das, was den Personenzentrierten Ansatz ausmacht.

An dieser Stelle sei einmal mehr ausdrücklich betont, dass es um Verschiedenheit geht und nicht um die Frage, ob einer der Ansätze besser oder schlechter, richtig oder falsch sei. Da es sich bei Menschenbildern um „basic beliefs“, also Glaubensannahmen, handelt (siehe unten), die jedweder wissenschaftlichen Position zugrunde liegen und voraus gehen, wäre eine Diskussion darüber, ob die eine Weltsicht und das eine Menschenbild richtiger oder weniger richtig sind, ein Glaubensstreit. Da aber niemand sagen kann, er habe den richtigen Glauben und der andere einen falschen, ist eine solche Diskussion obsolet. (Was hingegen Sinn macht, ist, wissen-

11 So auch Stumm und Keil (2002, 3): „Der Anspruch“, personenzentriert zu sein, „muss auch in Theorie und Praxis identifiziert werden können, damit eine personenzentrierte Identität nicht nur ein Lippenbekenntnis oder ein rein subjektiv erlebter Wert bleibt“. – Das Problem der Postulierung einer Vielgesichtigkeit (Keil/Stumm 2002) scheint mir vor allem darin zu liegen, dass sie ohne Grundlagenreflexion paradoxerweise letztlich sogar auf die Position einer Allgemeinen Psychotherapie hinausläuft, die – von einem philosophischen und wissenschaftstheoretischen Standpunkt aus – ähnlich unsinnig, ja un-menschlich (d. h. dem Menschen in seiner jeweiligen Eigenart nicht gerecht werdend) erscheint wie eine allgemeine Religion oder eine allgemeine Kultur. Leider wird aufgrund des vorgängigen Postulats von „Pluralismus und Offenherzigkeit“ (ebd. VI) dabei die kritische Diskussion der den einzelnen „Gesichtern“ zugrunde liegenden Welt- und Menschenbilder und ihrer ethischen Positionen verabsäumt, weil die Darstellung

im Wesentlichen erst auf der Ebene der Störungslehre und Therapietheorie beginnt. Wenn philosophische Prämissen zwar ganz kurz referiert (ebd. 9–11), aber nicht weiter reflektiert werden, scheint zwar vieles, wenn nicht alles möglich, aber es ist nichts mehr klar erkennbar. Und damit ist die Gefahr der Profil- oder eben Gesichtslosigkeit gegeben. — Vgl. dazu ganz ähnlich Spielhofer (2002) in seiner Rezension: „Dabei wird meines Erachtens die Problematik einer eklektizistischen Verflachung und einer Einebnung in Richtung auf eine ‚allgemeine Psychotherapie‘ (etwa im Sinne von K. Grawe) zu wenig thematisiert, verbunden mit der Gefahr, dass dabei verloren geht, wofür der Personenzentrierte Ansatz eigentlich steht. Um der Tendenz entgegenzuwirken, dass das Bestreben nach Effizienz und wissenschaftlicher Anerkennung auf Kosten des eigenständigen Paradigmas und der ethischen Implikationen dieses Ansatzes geht, ist vor allem die Diskussion über die ‚grundlegenden Leitsätze‘ zu führen.“

schaftlich zu untersuchen, ob Menschenbild, Theorie und Praxis konsistent sind, ob einer also auch tut und vertritt, was er glaubt.¹²) Es gilt vielmehr, die verschiedenen Standpunkte zu respektieren und sie für die Auseinandersetzung und Weiterentwicklung der eigenen Überzeugungen fruchtbar zu machen. Nichtsdestoweniger ist es wichtig, die Unterschiede herauszuarbeiten und klarzustellen, weil erst dies den Dialog und die Weiterentwicklung des je eigenen Menschenbildes ermöglicht.

Meine Überzeugung ist also, dass es sich gerade umgekehrt verhält, als es Lietaer darstellt: Der Personzentrierte Ansatz stellt – sein Name drückt es aus! – den Menschen als Person in den Mittelpunkt. Das beinhaltet all die anderen Aspekte, inklusive des Fokus auf das erlebende Selbst. Und die wissenschaftliche Forschung ergibt eindeutig (Schmid 1991; 1994), dass „Person“ eine ganz bestimmte Sichtweise des Menschen bedeutet: Mit dem Begriff „Person“ ist ein spezifisches Menschenbild verbunden, das sich von allen anderen Ansätzen, den experientiellen eingeschlossen, wesentlich und daher auch hinsichtlich der therapeutischen Konsequenzen unterscheidet.

Der Unterschied besteht also zunächst darin, dass der Generalnenner „personzentriert/experientiell“ eine andere (und unspezifischere) Schnittmenge an Gemeinsamem und Wesentlichem aufweist, weil die dem Personzentrierten Ansatz zugrunde liegende Anthropologie in wesentlichen Punkten von den Vertretern experientieller Orientierungen nicht geteilt wird, wie nicht zuletzt an deren therapeutischen Vorgangsweisen deutlich abzulesen ist.

Was ist ein Kriterium?

Bevor aber aufgrund dieser Behauptung weiter argumentiert wird, ist zu begründen, warum es auf das Menschenbild ankommt. Wie bereits oben betont: Um Unterschiede festzumachen, braucht man Kriterien, die als Richtschnur für die Differenzen dienen.

Ein Kriterium ist ein Prüfstein. Es hat eine beschreibende und eine existenzielle Dimension. Der Begriff ist abgeleitet vom griechischen „κριτικός [kritikós]“ („κρινειν“ heißt „unterscheiden; auswählen; entscheiden“ [Gemoll 1965, 453]) und bedeutet zweierlei: Erstens „ein unterscheidendes Merkmal als Bedingung für einen Sachverhalt“ und zweitens eine „Entscheidung“ (Meyer 1997). Beide Bedeutungen sind für unseren Zusammenhang wichtig: Ein Kriterium hebt Unterscheidendes als Charakteristisches hervor und stellt damit eine existenzielle Entscheidung dar.

Für die Frage nach dem unterscheidenden Kriterium Personzentrierter Psychotherapie (und analog personzentrierten Handelns

generell) stellt sich somit eine zweifache Frage (die aber eine untrennbare Einheit bildet):

1. Was ist das unterscheidende Merkmal, das eine bestimmte Art psychotherapeutischen Handelns als personzentriert qualifiziert?
2. Was ist die Grundlage für die (existenzielle) Entscheidung, Psychotherapie auf eine bestimmte Weise (also etwa personzentriert) zu machen und nicht auf eine andere Art und Weise?

Was ist das Kriterium für „personzentriert“?

Fragt man einen x-beliebigen Personzentrierten Therapeuten oder eine Personzentrierte Therapeutin, was es heißt, personzentriert zu sein, so wird man in den meisten Fällen zur Antwort bekommen, dass es dabei nicht um bestimmte Techniken oder Fertigkeiten gehe, sondern um Haltungen und man bekäme höchstwahrscheinlich die Grundbedingungen oder „Kernvariablen“ Echtheit, bedingungslose Wertschätzung und Empathie genannt, die bereits durch ihre landläufige Bezeichnung auf den „Grund“ oder „Kern“ verweisen. Fragte man nach, warum diese Haltungen wichtig seien, so würden sie wohl mit dem Vertrauen in die Aktualisierungstendenz und der daraus folgenden förderlichen Beziehungsgestaltung begründet. Es würde also angeführt, dass die Grundhaltungen nur Sinn machen, wenn sie in einem bestimmten Menschenbild wurzeln.

Würde man dann – um der zweiten Bedeutung von Kriterium“ gerecht zu werden – den interviewten Praktiker weiter fragen, warum gerade diese Haltung für das eigene therapeutische Handeln gewählt worden sei und weshalb der oder die Betreffende gerade ein Personzentrierter Therapeut geworden sei, so würde man vermutlich wiederum eine ähnliche Antwort erhalten wie: „Ich bin dazu gekommen, weil es mir entspricht und weil es mir gefällt, wie die Klienten hier behandelt werden, und weil ich selbst so behandelt werden möchte, wenn ich Klient bin.“ Es sind also erneut die Haltungen, die als Begründung angeführt würden. Auch hier ließe sich bei weiterem Nachfragen unschwer das Menschenbild als Grundlage herausfinden. Die Begründung für die Wahl und Entscheidung, personzentriert zu arbeiten, wäre also eine existenzielle.

Diese Antworten sind nun nicht nur die des durchschnittlichen Praktikers, sondern auch die Antworten, die dem State of the Art der Wissenschaftstheorie entsprechen: Eine bestimmte Praxis, die entsprechende Praxeologie und die dazugehörige Theorie beruhen stets auf einem Menschenbild (vgl. z. B. Hagehülsmann 1984; Korunka 2001).

Das bedeutet, dass das Kriterium, warum jemand redlicherweise beanspruchen kann, personzentriert zu arbeiten, nicht darin liegen kann, dass er es selbst so sieht und sich daher so bezeichnen möchte oder dass er ein bestimmtes Zertifikat in Händen hält, sondern dass es darin liegt, ob seine Art und Weise, therapeutisch zu handeln auf einem bestimmten Menschenbild beruht und ob sein konkretes Handeln und seine Persönlichkeits- und Beziehungstheorie,

12 Außerdem ist für ein intellektuell verantwortbares Menschenbild der Anspruch zu erheben, dass es nicht im Widerspruch zu empirischen Sachverhalten steht, also im Lichte wissenschaftlicher Erkenntnisse zu diskutieren ist.

seine Störungs- und Therapietheorie usw. mit diesem Menschenbild konsistent sind, mit anderen Worten, ob *Menschenbild, Theorie und Praxis kongruent sind*, zusammenstimmen.

Um der Frage weiter nachgehen zu können, bedarf es noch der Erklärung, was unter einem „Menschenbild“ eigentlich zu verstehen ist.

Was ist ein Menschenbild?

Mit einfachen Worten, vorwissenschaftlich, ausgedrückt ist ein Menschenbild das Bild, das jemand davon hat, wer oder was ein Mensch ist. Es ist die jeweils persönliche Antwort auf die Frage: „Was ist ein Mensch?“

Wissenschaftlich beschrieben handelt es sich bei einem Menschenbild (als Teil eines Weltbildes) um eine zusammenhängende Reihe von Annahmen, wie Menschen sind (was ihre „Natur“ ist, ihr „Wesen“, ihre Eigenart, ihr „Sinn im Leben“ usw.), wie sie sich entwickeln, wie sie in Schwierigkeiten geraten und wie ihnen dann geholfen werden kann usw. Beispiele für Fragen des Menschenbildes sind etwa: ob Menschen in ihrem Willen frei sind oder nicht (und daher für ihre Handlungen verantwortlich oder nicht), oder: ob sie gut, böse oder gut und böse sind. Niemand kann dies objektiv feststellen. Man kann dazu nur eine bestimmte Meinung haben; mit einem Wort: Es ist eine Glaubensfrage.¹³

- Menschenbilder sind *Modelle* (Repräsentationen von Ideen einer bestimmten typologischen Natur).
- Sie haben einen *repräsentativen, selektierenden und „Realität“ konstruierenden Charakter* (d. h. sie sind keineswegs selbst die Realität).
- Ihnen kommt eine heuristische Funktion zu (sie helfen, neue Perspektiven zu finden).
- Sie dienen als Orientierungslinien für die Praxis.
- Und, in unserem Zusammenhang am wichtigsten, sie sind *empirietranszendent*, d. h. sie können nicht bewiesen werden.¹⁴ Daher macht es, wie bereits betont, keinen Sinn, darüber zu streiten, ob ein bestimmtes Menschenbild richtig ist; denn über Glaubensfragen zu streiten, um Recht zu haben, ist schlicht unsinnig.

Ein Menschenbild ist somit eine Matrix, die Grundlage für eine Wissenschaft, für Theorien und Praktiken.

Was ist ein personzentriertes Menschenbild?

Bezieht man dies auf den Personzentrierten Ansatz, so scheint die Antwort auf die Frage, wann ein Ansatz personzentriert ist oder

worin das entscheidende Kriterium dafür liegt, dass ein Ansatz als personzentriert anzusehen ist, einfach zu sein: Ein Ansatz ist personzentriert,

- wenn der Ansatz den Menschen als Person in den Blick nimmt (d. h. sich am Menschen als Person orientiert – wie die korrekte Übersetzung von „person-centered“ lauten müsste)
- und entsprechend handelt.

Das ist schnell und einfach gesagt; doch was bedeutet es wirklich? Die Antwort ist nämlich nur scheinbar einfach, nur scheinbar selbstverständlich und kann nur scheinbar von jedermann leicht für seine Theorien und seine Praxis beansprucht werden. Tatsächlich birgt sie jedoch eindeutige Festlegungen auf ein ganz bestimmtes Menschenbild in sich (und nur wer dies teilt, kann redlicherweise für sich in Anspruch nehmen, personzentriert zu sein), nämlich das in der abendländischen Geistesgeschichte entwickelte Menschenverständnis, das mit dem anthropologisch-philosophischen Begriff der „Person“ verbunden ist.

Dieses „Person“-zentrierte Menschenverständnis liegt nämlich, wie unzweifelhaft gezeigt werden kann (Schmid 1991; 1994; 1996; 1998), dem Menschenbild von Carl Rogers und der von ihm entwickelten Personzentrierten Psychotherapie und dem gleichnamigen Ansatz generell zugrunde.

Was heißt „Person“-zentriert?

Mit der Frage nach dem Personbegriff sind wir an die Wurzeln der Fragestellung gelangt, was es bedeutet, personzentriert zu sein, und wir sind dabei nicht zufällig beim Namen des Ansatzes angelangt. Der Name eines Ansatzes ist wie das Gesicht eines Menschen. Wenn man jemandem ins Gesicht blickt, so kann man erkennen, wer das ist. Bei einem aussagekräftig gewählten Namen, kann man verstehen, worum es sich bei einer Sache handelt. Daher ist es wichtig, Namen sorgfältig und zutreffend auszuwählen – wie das bei „personzentriert“ geschehen ist; genauso übrigens bei „experienziell“, was heißt, dass dieser Ansatz zum Unterschied vom „personbezogen“ eben „erlebensbezogen“ ist.

Hier ist nicht der Ort, die wiederholt dargestellte Begriffsgeschichte und heutige begriffliche Bedeutung von Person näher auszuführen (siehe zuletzt Schmid 2001d; 2003a; 2003b), weshalb nur das Wesentliche kurz zusammengefasst sei: „Person“ ist der Mensch nach zwei einander entgegenstehenden, dialektisch jedoch miteinander verschränkten Traditions- und Bedeutungssträngen, wenn er sowohl in seiner individuellen Einmaligkeit, in seinem unaustauschbaren Wert und seiner unabdingbaren Würde gesehen wird (*substantiales Personverständnis*) wie auch in seiner Beziehungsangewiesenheit, also in seinem Von-Anderen-her- und seinem Auf-die-Anderen-hin-Sein verstanden wird (*relationales Personverständnis*). Damit ist die Person ebenso durch Autonomie wie Solidarität, durch Souveränität wie Engagement gekennzeichnet. Im Personzentrierten

13 Das ist hier natürlich nicht im religiösen Sinn gemeint, sondern im Sinn von „basic beliefs“, Grundannahmen.

14 vgl. dazu Hagehülsmann (1984)

Ansatz von Rogers sind beide Sichtweisen in für die Psychotherapie einzigartiger Weise miteinander verbunden. So weisen etwa die Begriffe Aktualisierungstendenz, Erfahrung und Symbolisierung, Selbst und Selbstaktualisierung, (In-)Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung, der Andere¹⁵ oder jener der „fully functioning person“ auf das Selbstständig-Sein hin, während beispielsweise Begegnung, Präsenz (Authentizität, bedingungsfreie Anerkennung, empathisches Verstehen), Un-Mittel-barkeit, Kontext (der Dritte, Gruppe, Gesellschaft) oder „way of being with“ auf Person als In-Beziehung-Sein verweisen.

Diese Dialektik zeigt sich in allen Bereichen: Die personenzentrierte Persönlichkeits- und Beziehungstheorie (inklusive der Entwicklungstheorie) sieht Personalisation als Prozess des Selbstständigwerdens *und* des Beziehungsgestaltens. Die Theorie der leidenden Person („Störungslehre“) geht sowohl von der Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung („Souveränitätsmängel“) wie *auch* von jener zwischen Person und Anderen in der Gesellschaft („Beziehungsmängel“) aus. Die Therapietheorie versteht Therapie als Persönlichkeitsentwicklung *und* als personale Begegnung und die Therapiepraxis (z. B. in Setting und „Methode“) ist durch nicht-direktive Absichtslosigkeit¹⁶ und Aufmerksamkeit (Mit-Sein) gekennzeichnet *wie ebenso* durch engagiertes Encounter (Gegenüber-Sein).

Charakterologie: Die unterscheidenden Merkmale des Personenzentrierten Ansatzes

Wenn „der Mensch als Person“ in der eben genannten Bedeutung nun das der Personenzentrierten Psychotherapie zugrunde liegende Menschenbild ist, dann können die unterscheidenden Charakteristika eines Person-zentrierten Ansatzes in folgenden drei kurzen Sätzen pointiert zusammengefasst werden:

1. *Klient und Therapeut entspringen einem fundamentalen „Wir“.*
2. *Der Klient kommt zuerst.*
3. *Der Therapeut ist gegenwärtig.*

So einfach diese Statements klingen, so revolutionär ist der Wechsel, der mit ihnen in der Psychotherapie verbunden ist. Im Einzelnen bedeutet das Folgendes:

1. Klient und Therapeut entspringen einem fundamentalen „Wir“

Personenzentrierte Psychotherapie beginnt mit einem grundlegenden „Wir“. Das ist bereits in Rogers' zentralem Artikel 1957(a, 169) als erste der Bedingungen für eine „notwendige und hinreichende Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie“ zu finden: „Ich stelle die Hypothese auf, dass eine positive Persönlichkeitsveränderung von Bedeutung nur in einer Beziehung zustande kommt.“ Am Anfang ist Kontakt – und das bedeutet, zu Ende gedacht: Im Anfang ist Gemeinsamkeit, ja Gemeinschaft. In seinen basalen Statements ist der Personenzentrierte Ansatz in der Überzeugung begründet, dass wir nicht einfach akontextuelle Individuen sind, sondern als Teil eines „Wir“ existieren. Der Ausgangspunkt personenzentrierter Praxis und Theorie ist nicht „der Mensch als Individuum“, sondern „der Mensch mit dem Menschen“.

Ohne dass er es ausdrücklich betont, ist das in Rogers' Theorie von allem Anfang an enthalten. Er beginnt seine Beschreibung der ersten der sechs Bedingungen mit dem Satz: „Zwei Personen befinden sich in psychologischem Kontakt“ (ebd. 168). Tatsächlich beginnen die Bedingungen mit „Kontakt“ und enden mit „Kommunikation“: „6. Die Kommunikation des empathischen Verstehens und der bedingungslosen positiven Zuwendung des Therapeuten dem Klienten gegenüber wird wenigstens in einem minimalen Ausmaß erreicht.“ (ebd.).

Das lateinische Wort „communis“ bedeutet „gemeinsame Mauern [munera] haben“. Man braucht nur an eine mittelalterliche Stadt als eine solche Kommune zu denken. Wir sind alle in der gleichen Kommunität, wir sitzen in einem Boot. Niemand kam von außen zu uns, jeder wurde in diesem und in dieses „Wir“ geboren. Wenn wir das außer Acht lassen, lassen wir außer Acht, dass wir unabdingbar ein Teil dieser Welt und der Menschen sind; wir vernachlässigen unsere Wurzeln, unsere Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Es würde zu jener Kontext verleugnenden Sicht des Menschen führen, die in zahlreichen so genannten humanistischen Konzepten zu finden ist: zu einem simplifizierenden Hier und Jetzt. Damit ignorieren wir unsere Begrenzungen, unsere Endlichkeit, letztlich den Tod. Dann ist im Menschenbild und in der Theorie (und entsprechend im Bewusstsein und in der Therapie) kein Platz für Grenzen, für die Unfreiheit, die wir in unserem Leben auch erfahren, für physische Krankheit, Leiden, Trauer, Vergänglichkeit usw.¹⁷ Mit einem Wort: Wir missachten die *conditio humana*, unsere menschlichen Lebensbedingungen.

Solche Verkürzungen haben im Übrigen nachhaltige Konsequenzen beispielsweise für eine Theorie der Aggression, die so oft ein Tabu in der personenzentrierten Sichtweise ist (Schmid 1996, 469–486). Sie wirken sich auch auf den ökonomischen und ökologischen Kontext

15 Wo es als begegnungsphilosophischer Begriff gebraucht ist, wird „der/die Andere(n)“ groß geschrieben.

16 „Absichtslosigkeit“, gleichfalls ein Terminus aus der Begegnungsphilosophie, meint hier, keine vorgefassten Absichten zu verfolgen, ausgenommen jene, den notwendigen und hinreichenden Bedingungen zu entsprechen und damit auf den Anspruch des Klienten möglichst professionell zu antworten. Genauer gesagt, bedeutet das, die ja immer schon vorhandenen Absichten zu entdecken und in Frage zu stellen bzw. stellen zu lassen. Das heißt in der Praxis, die Absichten zu reflektieren und immer wieder offen zu legen, um bei Bedarf auch ihre Zurückweisung bzw. Durchkreuzung durch den Klienten zu ermöglichen.

17 Hans Swildens (1988; 2002) hat dies als Erster prominent hervorgehoben.

in unserem globalen System an Waren und Ressourcen aus – mit all den Konsequenzen, die in unserer globalisierten Welt an Einseitigkeit und daraus resultierendem Bedrohungspotenzial sichtbar werden.

Wenn wir dieses Wir missachten, lassen wir auch außer Acht, dass es Andere gibt, die nicht nur „mit“ uns sind, sondern auch „gegen“ uns; denn Andere sind auch Rivalen, mit denen wir unsere Ressourcen teilen. Und ohne „gegen“ gibt es, wie schon mehrfach ausgeführt (Schmid 1994; 2002e), keine „Be-geg(e)n-ung“.

Missachtet man diese Tatsachen, bekäme der ganze Personenzentrierte Ansatz jenen naiven Anstrich, der ihm bisweilen vorgeworfen wird, weil er dann auf unrealistischen Grundlagen basierte.

Eine personale Therapie

Die Entwicklung in Rogers' Werk geht von einer allgemein-humanistischen zu einer personalen Sichtweise. Er hat damit einen Sprung, einen wahrhaften Syntagmenwechsel vollzogen. Es haben sich ja weit verbreitet vier mögliche Standpunkte zu der Beziehung zwischen „Ich“ und „Wir“ herausgebildet:

- *Ich + Ich = [Wir]: der individualistische Standpunkt*

Er zählt „Ichs“ zusammen und kommt trotzdem niemals zu einem wirklichen „Wir“, weil es bei einer Ansammlung von Individuen bleibt.

- *Wir = [Ich] + [Ich]: die kollektivistische Position*

Hier werden alle dem Kollektiv, der Totalität, untergeordnet, womit eine Eigenständigkeit des Einzelnen nicht aufkommen kann.

- *Wir = Ich + Du (als Alter Ego): die „allgemein-humanistische“ Anschauung*

Der so genannte humanistische Standpunkt, der weit verbreitet ist und zu der Zeit, als der Personenzentrierte Ansatz entwickelt wurde, hoch in Mode war, sieht die anderen bloß als andere Ichs, als Alter Egos: Andere werden nur vom Standpunkt des Ichs aus wahrgenommen.

- *Wir = Du (als ein wirklich Anderer) + Ich: die personale, dialogische Sichtweise*

Erst sie hat die Funktionalisierung bzw. Verzweckung des Anderen überwunden, weil sie ihn als einen wahrhaft „Anderen“, d. h. von mir wesentlich Verschiedenen, anerkannt hat. Dies ist der innerste Kern des Personenzentrierten Ansatzes (wenn das auch im Lauf der Entwicklung von Rogers und des Ansatzes erst schrittweise herausgebildet wurde). Damit wurde die Perspektive grundlegend verändert. Nun wird das Ich vom Standpunkt des Anderen aus gesehen: Du kommst zuerst. Dieser Blickwinkel folgt schon aus rein physischen und entwicklungspsychologischen Überlegungen: Ich werde gesehen, bevor ich sehen kann, empfangen, erwartet, angenommen, geliebt, bevor ich selbst sehen und lieben kann. Das ist der rogerianische Sprung im Verständnis von Therapie, der insofern eine erkenntnistheoretische Revolution für die Psychotherapie darstellt, als damit nicht nur eine Instrumentalisierung des Anderen endgültig überwunden werden kann, sondern auch, weil dies der

einzigste Weg ist, wirklich ein „Wir“ wahrzunehmen und auf ihm aufzubauen.

Eine politische Perspektive

Ein solches „Wir“ schließt unsere Geschichte und Kultur mit ein. Es ist weder eine undifferenzierte Masse noch eine Ansammlung von „Ichs“; es schließt vielmehr Gemeinsamkeit und Unterschiedlichkeit mit ein und schätzt beide gleichermaßen. Erst durch diese gemeinsame Wertschätzung der Verschiedenheit wird ein solches „Wir“ konstituiert bzw. akzeptiert.

Wird dieses Wir ignoriert, geschehen all die scheußlichen und schrecklichen Dinge, die wir aus der Geschichte der Menschheit bis zu den totalitären Regimes des 20. Jahrhunderts kennen, vom 11. September 2001 und von jüngsten politischen Entwicklungen in den USA, in Österreich und andernorts. Dies alles geschah nicht in unterentwickelten oder „primitiven“ Kulturen; es geschah in unserer Kultur. Aufklärung und Humanismus haben die Terrorregime des 20. Jahrhunderts nicht verhindern können. Dasselbe gilt für eine Reihe von Gründen für den gegenwärtigen Terrorismus: Zu einem guten Teil liegen die Wurzeln in der Unfähigkeit des Abendlandes, das „Wir“ einer globalen Welt zu sehen (jedenfalls dort, wo es nicht um Märkte geht).

Im Übrigen ist eine Psychotherapie ohne politisches Bewusstsein und ohne politische Überzeugungen nicht nur naiv und oft ineffizient, sondern sogar gefährlich; man denke etwa an die Arbeit mit Opfern jeder Art.¹⁸

Das Gegenteil dieses differenzierten „Wir“ ist ein plumpes, undifferenziertes „Wir“ aus einem Abwehrreflex heraus (in Wien treffend charakterisiert mit dem Dialektausdruck „mia“ in einer bestimmten Betonung: „Mia san mia“ ist denn auch als eine gefährliche Drohung zu verstehen ...). Es kommt aus einer Überidentifikation mit der Gleichheit und einer Verlagerung der Unterschiedlichkeit nach außen (zu „Den anderen“, zu „Denen“). Gleichheit wird dann positiv und Verschiedenheit negativ. Es ist leicht, das kritisierend festzustellen, aber schwer, dem in der Praxis zu entkommen: Die Herausforderung besteht nämlich darin, dieses „Mia san mia“ und „Die anderen sind die dort“ nicht als außen liegende Dichotomie, sondern in uns selbst als einen fortwährenden Prozess zu erkennen, mit dem es sich auseinander zu setzen gilt: Jeder tendiert zu solchen Vereinfachungen und jeder ist jemandes anderen Anderer, der eine solche Herausforderung darstellt.

Personenzentrierte Therapie anerkennt die Unterschiede und baut Brücken zwischen ihnen. Das heißt, sie verkennt die Unterschiede nicht und ignoriert sie nicht, noch versucht sie, sie zu beseitigen oder zu verwischen: sie baut Brücken.

18 vgl. dazu die Vorlesung von Klaus Ottomeyer (2002) auf dem Weltkongress für Psychotherapie.

- Sie respektiert den Anderen als einen wahrhaft Anderen, nicht als bloßes Alter Ego, und kommt vom Nebeneinanderleben zum Miteinanderleben, in Begriffen der Daseinsphilosophie: vom Mitsein zum Miteinandersein.
- Sie ist sich dessen bewusst, dass der akontextuelle Dual ein artifizielles Konstrukt ist. Es gibt stets „den Dritten“, mehrere Andere, die Anderen der Anderen, Gruppen, Gemeinschaften, Gesellschaften, Interessen, Nationen, die Menschheit als solche. Diese Anderen und dieses Andere ist natürlich auch in der Einzeltherapie „präsent“, d. h. es übt einen wesentlichen Einfluss aus.
- Es gibt daher immer eine gemeinsame Perspektive, eine *Ko-Perspektive* in der Personzentrierten Therapie: Klient(en) und Therapeut(en) erleben gemeinsam (co-experiencing), sie ko-respondieren, d. h. sie entsprechen, sie antworten gemeinsam auf das, was aufkommt, was sich zeigt; sie ko-operieren und ko-kreieren die Beziehung und ihre jeweilige Zukunft.

2. Der Klient kommt zuerst

Innerhalb dieses Wir nun kommt, wie bereits erwähnt, zuerst der Klient. – So selbstverständlich das klingen mag, seltsamerweise ist es in der Psychotherapie gar nicht selbstverständlich.

Im traditionellen (objektivierenden) Ansatz der Psychotherapie lauten die Fragen: Was sehe ich (der Therapeut)? Was kann ich beobachten? Was ist da drüben (beim Klienten) los? Was kann ich tun? Wie kann ich helfen?

In Rogers' (phänomenologischem) Ansatz sind die Fragen genau umgekehrt: Was zeigt er oder sie (der Klient oder die Klientin)? Was eröffnet er? Was offenbart sie? Was möchte er oder sie verstanden haben?

Das heißt:

- Der Klient kommt zuerst (deshalb heißt der Ansatz ja „klientenzentriert“).
 - Der Therapeut antwortet auf einen Anruf.
 - Und die Beziehung entwickelt sich vom bloßen Kontakt zur Gegenwärtigkeit (Präsenz), vom Auf-den-Anderen-aufmerksamsein zum Miterleben (co-experiencing) und Miteinandersein.
- Dass der Klient zuerst kommt, bedeutet Vielfältiges:
- Er kommt zuerst, weil Therapie für den Klienten da ist.
 - Es bedeutet, sich die Frage zu stellen: Was ist der An-Ruf, der An-Spruch des Klienten? (Und sich daher die Fähigkeit zu erhalten, überrascht und berührt zu werden.)
 - Und es bedeutet, präsent, d. h. gegenwärtig zu sein (s. u.).

Dies sind genau die Charakteristika eines phänomenologischen Ansatzes. Der aus dem Griechischen kommende Begriff „Phänomen“ bedeutet, in der aktiven Form (φαίνειν [phainain]) „zeigen, ans Licht bringen, erscheinen lassen, kundtun“, in der passiven Form (φαίνεσθαι [phainesthai]) „sich zeigen, ans Licht kommen, erscheinen, entstehen“. Phänomenologisch ist ein Ansatz also,

wenn epistemologisch die Bewegung vom Klienten zum Therapeuten geht: Der Klient zeigt sich, „gibt wahr“¹⁹, der Therapeut versucht zu verstehen, wahrzunehmen. Damit wird eine Du-Ich-Beziehung bezeichnet, die der „Egologie“ – wie Levinas (1957, 189) die übliche abendländische Sichtweise bezeichnet hat – der traditionellen humanistischen Ansätze genau entgegen steht. Personzentrierte Psychotherapie geht daher weit über diese traditionellen Ansätze der Humanistischen Psychologie hinaus.

Für das Verständnis von „Person“ bedeutet das: „Person sein“ heißt nicht nur, sich selbst gegenüber aufzumachen, sondern vor allem, sich dem Anderen zu eröffnen, sich dem Anderen zu zeigen, zu „offenbaren“ und damit Co-Experiencing, gemeinsames Erleben, möglich werden zu lassen. Dies stellt eine ganz bestimmte Bedeutung von „Person“ dar, die, auf der Basis der oben erwähnten Verständnisgeschichte, dem Personzentrierten Ansatz inhärent ist und ihn damit auch eindeutig von anderen Ansätzen unterscheidet. Es geht im Verständnis weit über das hinaus, was als Gemeinsames aller so genannten humanistischen Ansätze in der Psychologie bezeichnet werden kann, nämlich dass der Mensch als Mensch in den Blick kommt (daher der Name „humanistisch“), und nicht nur nach traditionellen naturwissenschaftlichen Kriterien. Die Entwicklung dieser Sicht war zweifelsohne ein wichtiger Schritt in der Überwindung eines objektivierenden Therapieverständnisses. Auch meinen genau das Viele, wenn sie sagen, etliche Therapierichtungen würden den Menschen als Person sehen (s. o., Lietaer), und viele Therapeuten würden es von sich selbst so sagen (und auch innerhalb derer, die sich auf Rogers berufen, ist es oft nur in diesem Sinn gemeint). Die Bedeutung des Personbegriffes des Personzentrierten Ansatzes ist jedoch viel spezifischer und radikaler: Der erwähnte erkenntnistheoretische Perspektivenwechsel impliziert nämlich, dass der Experte im therapeutischen Geschehen – und zwar in jeder Hinsicht – der Klient ist.

Der Klient als „Kunde“

Für die Betonung des Expertentums steht im Deutschen ein Wort zur Verfügung, das sich auch im personzentrierten Sprachgebrauch hervorragend eignen würde. Wie Rogers vom „Patienten“ zum „Klienten“ gewechselt hat, um die Selbstständigkeit desselben in der Psychotherapie zu betonen (ein Sprachgebrauch, der heute, weil selbstverständlich geworden, längst nicht mehr aufhorchen lässt), so könnte ein gleichbedeutender Wechsel in der Terminologie

19 Es ist eigentlich eine falsche Etymologie, die diesem im Systemischen gern verwendeten Wortspiel zugrunde liegt: Das Verb „wahrnehmen“ setzt sich aus dem Substantiv „Wahr“ und dem Verb „nehmen“ zusammen. „Wahr“ heißt „Aufmerksamkeit, Acht, Hut, Aufsicht“ („wahren“ = „beachten“; vgl. etwa „gewahr“, „aufbewahren“, „verwahrlosen“, „Wahrzeichen“). „Wahrnehmen“ bedeutet also „in Hut bzw. Aufmerksamkeit nehmen“, also „Aufmerksamkeit schenken“ und hat mit „Wahrheit“ nichts zu tun.

dies wieder bewusst machen. Den Klienten als Kunden zu bezeichnen – wie es manche Systemiker tun (vgl. z. B. Ludewig 1992; Hargens 1993) – stellt m. E. für das heutige Bewusstsein eine ebensolche Herausforderung dar, wie es einst war, als Carl Rogers von „Patient“ auf „Klient“ wechselte. Der Kunde ist nämlich nach der Etymologie²⁰ sowohl „der Kundige“ (also der, der weiß und versteht) als auch der, „der etwas kund gibt“, d. h. der Wissen lässt und etwas zu verstehen gibt.

Der Klient ist „Kunde“, d. h.

- der Kundige (der, der das Vermögen und die Kenntnis hat) und
- der Kundgebende (der Kunde Gebende, d. h. der, der sich zeigt und öffnet).

Der Therapeut ist

- der, der sich er-kündigt, d. h. sich Kunde geben lässt und
- der, der den Kunden an-erkennt (nicht aber Erkenntnis über ihn gewinnt).

Therapie ist, so gesehen, eine Erkundungsreise des Kunden und die Reisebegleitung sowie das anerkennende Entgegennehmen der Kunde durch den Therapeuten (und nicht ein Auskundschaften oder Erkundigen im landläufigen Sinn). Es wäre also in diesem Sinne höchst adäquat für den Personzentrierten Ansatz, den Klienten „Kunden“ zu nennen, denn es drückt jenen Aspekt von Selbstständigkeit aus, den Rogers mit „Klient“ angepeilt hat: Der Kunde weiß, was er will.

Dazu passt auch das auch für die Psychotherapie bemerkens- und beherzigenswerte Sprichwort „Der Kunde ist König“. Es heißt auf Englisch im Übrigen: „The customer knows best“. [„Der Kunde weiß es am besten.“]

Der Klient ist Experte

Drei Positionen finden sich in Bezug auf das Expertentum in der Psychotherapie:

1. Der Therapeut ist der Experte für den Inhalt (das Thema, das Problem) und den Prozess (die Art und Weise, wie die Therapie durchgeführt wird, die Vorgangsweise, Methoden, Mittel, Techniken). Diese Position wird beispielsweise prinzipiell in der Verhaltenstherapie vertreten.
2. Die zweite Position behauptet, der Klient sei der Experte für den Inhalt und der Therapeut (wenigstens teilweise) der Experte für die Vorgangsweise („process expert“). Das ist etwa in der Gestalttherapie und in den Experienziellen Therapien vorzufinden.

20 Das Wort „kund“ bedeutet „erfahren, bewandert, gut unterrichtet, kenntnisreich“; es kommt von „können“, was „geistig vermögen, wissen, verstehen“ heißt (indogerm. *ǵen*, griech. *gi-gnoskein*, lat. [*g*]noscere) und mit „kennen = wissen lassen, verstehen machen“, „kühn = wissend, erfahren, weise“ und „Kunst = Wissen, Verstehen“ verwandt ist. Damit zusammenhängende Ausdrücke sind etwa „sich erkundigen“ (= festzustellen suchen, herausfinden, aus-kund-schaften), „(ver)künden“ (= bekannt machen, Kunde geben, anzeigen, demonstrieren) oder „bekunden“ (= Zeugnis ablegen, aussagen, zum Ausdruck bringen).

3. Die Einstellung genuin²¹ Personzentrierter Therapie ist die dritte Möglichkeit und geht davon aus, dass der Klient Experte für beides, Inhalt und Methoden, ist und der Therapeut der Facilitator, eine dieses Expertentum fördernde Person.²² Diese Position ist nur in der Personzentrierten Psychotherapie zu finden, ja sie ist geradezu ein Kriterium dafür, eine Psychotherapie als personzentriert zu verstehen.

Vom vorrangigen Anspruch zur existenziellen Antwort

Zusammenfassend: In der Personzentrierten Psychotherapie kommt der Klient zuerst

- phänomenologisch (es ist eine Du-Ich-Beziehung),
- in Bezug auf den Inhalt (der Klient weiß, worum es geht) und
- in Bezug auf die Mittel, auf den Prozess (also die Art und Weise der Kommunikation, die „Sprachen“, in denen die Therapie stattfindet).

Der Therapeut antwortet auf den Klienten existenziell, d. h. als Person. Indem er dem Klienten als Person begegnet, anerkennt er das oben betonte „Wir“.

3. Der Therapeut ist gegenwärtig

Was heißt es, „existenziell zu antworten“? Die existenzielle Antwort des Therapeuten ist seine ungeteilte Gegenwärtigkeit oder Präsenz. Sie ist jene personale Haltung, die zum Ausdruck bringt, dass der Therapeut dem Klienten „von Person zu Person begegnet“, wie Rogers (1975e, 26) es genannt hat. Alles, was es bedeutet, als Person auf eine Person zu antworten, läuft auf diese fundamentale, existenzielle Seinsweise hinaus.

Der Begriff „Präsenz“ leitet sich etymologisch aus dem Lateinischen ab: „Esse“ heißt „sein“ und „prae“ (wörtlich „vor“) ist eine Verstärkung; „prae-esse“ heißt daher mehr als einfach sein, nämlich „da sein, wirklich sein, tat-sächlich sein, wirksam sein. Präsenz heißt, authentisch als Person zu sein; ganz selbst und ganz offen;

21 „Genuin“ meint hier, im Zusammenhang mit einem „Ansatz“, einerseits „im Sinne des Erfinders“, d. h. dass ausgewiesen werden muss, warum sich ein wissenschaftlicher Ansatz oder eine Praxis zu Recht auf jemanden als ihren Gründer beruft, und andererseits „echt, unverfälscht“, d. h. dass die wesentlichen anthropologischen Voraussetzungen und Zielsetzungen unverkürzt Geltung haben. (Auf dieser Basis bedarf es natürlich der Weiterentwicklung, damit ein Ansatz sich selbst unter veränderten Bedingungen und bei fortschreitenden Erkenntnissen treu bleibt.) Ist eines davon nicht gegeben, so kann man auch nicht sinnvollerweise von Weiterentwicklung sprechen, sondern es handelt sich dann um einen anderen Ansatz. Nicht umsonst werden diese anderen Ansätze von ihren Begründern ja auch jeweils mit eigenen Bezeichnungen versehen („experienziell“, „Focusing-orientiert“, „Focusing-Therapie“, „zielorientiert“, „prozess-direktiv“ usw.).

22 Diese Förderung kann in der Praxis natürlich in verschiedener Weise und vielfältig geschehen, was – neben anderen Gründen – den Plural „personzentrierte Ansätze“ zutreffend macht.

ganz das Individuum, das ich bin, und ganz die Beziehung lebend, in der ich bin, ja die ich im Augenblick bin. (Wir sind nicht nur in Beziehung; wir sind Beziehung.) Das deutsche „Gegenwärtigkeit“ beinhaltet von der Wortherkunft zudem nicht nur dasselbe „Gegen“ wie „Begegnung“, sondern zeigt zudem den Prozesscharakter dieser Seinsweise an, weil der Wortteil „-wart“ zur Wortgruppe von „werden“ gehört und von „-wärts“ herrührt (wörtlich: „auf etwas hin gewendet oder gerichtet“), also eine Bewegung bedeutet (vgl. „vorwärts“).²³

Gegenwärtigkeit ist nur aus der angesprochenen Wir-Perspektive her möglich. Es ist die fundamentale Haltung, die die Wurzel der bekannten „Grundhaltungen (core conditions)“ ausmacht, eine Art und Weise zu sein, mehr noch: miteinander zu sein („a way of being with“), wie es schon Rogers (1975a, 4) ausgedrückt hat.

Kooperation, Korrespondenz, Kokreativität

Präsenz bedeutet

- Kooperation aus Koexistenz (Zusammenarbeit auf der Basis des im Augenblick gegebenen Zusammenlebens),
- Korrespondenz, „Ko-respondenz“ („Ent-sprechung“) mit gegebenen Erfahrungen aus gemeinsamem Erleben heraus (co-experiencing),
- Ko-kreativität aus der (im günstigen Fall wechselseitigen) Begegnung (gemeinsames Erschaffen neuer Handlungsspielräume).

Interessanterweise hat ein Stück Forschungsarbeit von Shari Geller und Leslie Greenberg (2002) dies jetzt auf empirischer Basis bestätigt. Die Autoren kommen durch empirische Forschung zu einem ähnlichen Resultat, wie ich auf phänomenologischer bzw. begegnungsphilosophischer Ebene gekommen bin (Schmid 1994): Präsenz ist die den „core conditions“ zugrunde liegende Haltung. Die sogenannten „Grundhaltungen“ sind verschiedene Dimensionen einer fundamentalen Einstellung, die zutreffend als „Präsenz“ oder „Gegenwärtigkeit“ bezeichnet werden kann (ähnlich Brodley 2000).

Die tief reichende anthropologische Bedeutung dieser Haltungen²⁴ wurde andernorts ausgelotet und ausführlich beschrieben (Schmid 2001a; b; c; 2002g). Die begegnungsphilosophische Begrifflichkeit – viele Begriffe stammen von Martin Buber – vermag dabei einiges von dem deutlich werden zu lassen, worauf sie

(jenseits ihrer reichlich abgegriffenen Verwendung im Psychojar-gon) ursprünglich zielen.

Authentizität, Umfassung, Anerkennung

- *Authentizität* meint, wie das Wort sagt, dass die Person ihr eigener Autor ist. Sie ist die Grundlage für Vertrauen, und zwar vom Klienten aus dem Therapeuten gegenüber in dessen redlicher Absicht, wie – vom Therapeuten aus gesehen – dem Klienten gegenüber. Das Vertrauen richtet sich darauf, von der Person hinter der „Persona“, der fassadenhaften Maske, angesprochen zu werden und seinerseits existenziell antworten zu können. Authentizität nimmt den Anderen und sich selbst ernst und ist damit Vorbedingung für Dialog.

- Mit *Umfassung* wird in der Begegnungsphilosophie anthropologisch jene Haltung umfassend bezeichnet, die im Personenzentrierten Ansatz als Empathie psychologisch beschrieben wird. Sie entspricht jener „Kunst des Nichtwissens“ (Schmid 2002f), die an Husserls (1950) „gelehrte Unwissenheit“ anschließt – eine Grundhaltung jedes Phänomenologen und eine entscheidende Stütze personenzentrierter Theorie und Praxis, wie John Shlien²⁵ betont.

Empathie unterscheidet sich dabei (was oft übersehen wird) grundsätzlich von anderen Formen, die darauf zielen zu verstehen, was in anderen vorgeht, weil sie prinzipiell und konstitutiv mit einer prosozialen Motivation verbunden ist. Auf diesen wichtigen Unterschied hat Ute Binder (1996) immer wieder hingewiesen und Empathie in der Psychotherapie deutlich von kognitiver sozialer Perspektivenübernahme abgegrenzt, die sich schon rein entwicklungspsychologisch unterscheidet. Letztere zielt auf die Bedeutung der inneren Befindlichkeit des anderen für das Ich, während Empathie auf das Verstehen der inneren Welt des Anderen unabhängig von der eigenen Befindlichkeit gerichtet ist, d. h. darauf, was etwas für den Anderen bedeutet. Deshalb ist es auch falsch, etwa Kohuts Verständnis von Empathie mit dem von Rogers zusammen zu bringen, weil die vom Psychoanalytiker beschriebene Haltung in ihrer Intention eben nicht der Empathie, sondern der kognitiven sozialen Perspektivenübernahme entspricht. Das hat schon Rogers (Rogers/Sanford 1984) deutlich angemerkt. Empathie, als Berührtwerden vom Anderen und Berühren des Anderen, ist vielmehr die Kunst der interessierten und absichtsfreien Teilnahme am Unverstandenen und Noch-nicht-Verstandenen.

- *Anerkennung* ist eine Haltung, die Achtung und Ehrerbietung ausdrückt. Personenzentrierte Therapie kann nur in einer solchen rücksichtsvollen und wertschätzenden Einstellung gegenüber dem

23 Dazu ausführlich Schmid (1994, 212).

24 Neben „Person“ scheint „Präsenz“ eines der am meisten verkürzten Konzepte in manchen aktuellen Diskussionen zu sein. Wenn der Zusammenhang zwischen dem auf Rogers zurückgehenden Verständnis von „Präsenz“ und einem bestimmten (und eben nicht beliebigen) Menschenbild nicht in den Blick kommt, so ist nur konsequent, dass die Widersprüche verschiedener therapietheoretischer Modelle nicht reflektiert werden und sich Praktiker bei verschiedenen Konzepten nach Belieben bedienen, wobei auch der Anspruch der Konsistenz in der Theorie und die Kongruenz von Anthropologie, Theorie und Praxis als anzustrebender Wert in Frage stehen (vgl. Gaul/Macke-Bruck 2002).

25 „[...] ‘the art of not knowing’ [...] in Peter Schmid’s chapter, in the new PCCS volume on empathy [Schmid 2001b]. It is a wonderful phrase, puts ‘not knowing’, suspending judgement etc. in a proper light. It connects with Husserl’s idea of ‘sophisticated naïveté’. It is the posture of any phenomenologist. And of course a mainstay of the Rogerian position in general.” (Shlien 2001)

Anderssein des Anderen und seinem „Geheimnis“, seinem „Rätsel“, geschehen, wie es Levinas (1959, 120) formuliert hat. Es ist eine Art und Weise, proaktiv mit dem Anderen zu sein und ihn anzuerkennen, ohne dies von irgendwelchen Bedingungen abhängig zu machen. Es handelt sich dabei um An-Erkennung statt Erkenntnisgewinnung, eine für die Psychotherapie entscheidende Wende im Verständnis. Versteht man den Begriff richtig, kann man diese Einstellung als Liebe im Sinne der „Agape“ bezeichnen, wie es Rogers (1962a, 186 und öfter) selbst getan hat.

Dimensionen der Präsenz

Wenn man einige der Dimensionen von Gegenwärtigkeit zusammenfasst, so ist sie gekennzeichnet durch:

- eine *prinzipielle Nicht-Direktivität*: Diese ist keineswegs überholt, sondern gehört zum Grundbestand personenzentrierten Arbeitens. Positiv formuliert bedeutet Nicht-Direktivität „*facilitative responsiveness*“, ein hilfreiches Empfänglichkeitsein, eine unterstützende Ansprechbarkeit und Berührbarkeit.
- *Kairotizität*: Der griechische Gott Kairos galt als der Gott des fruchtbaren Augenblicks, der günstigen Gelegenheit (vgl. Schmid 1994, 204–212). Davon leiteten sich „*καιρός* [kairós]“ als griechisches Wort für die Qualität der Zeit ab und die Kairologie als Wissenschaft vom richtigen Handeln zur rechten Zeit (etwa Kierkegaard 1855). Sie versteht den jeweils jetzt gegebenen als den richtigen Augenblick, aus dem Neues entstehen kann. Er ist der Ausgangspunkt für Veränderung, für das Gewinn bringende Verständnis der Vergangenheit und den Einfluss auf die Zukunft. Es gibt ja, genau genommen, nur jeweils eine Zeit, in der wir leben: die Gegenwart. Wir existieren jetzt und wir existieren hier. Die Zukunft ist die Vorweg-Nahme dessen, was kommen wird, und zwar jetzt, in der Gegenwart, und Vergangenheit ist die Er-Innerung des Gewesenen, gleichfalls in der Gegenwart. In der Gegenwart also gilt es zu handeln und die Chancen zu ergreifen. Die Frage, gerade in der Therapie, lautet stets: Was zeigt sich, was eröffnet sich gerade jetzt?
 - *Begegnung*: Wie bereits erwähnt, verweist das „Gegen“ in „Begeg(e)n-ung“ auf das Anderssein des Anderen und schafft so den Raum für dessen Anerkennung wie für die Auseinandersetzung mit ihm. Ein solcher Zugang gibt auch, wie ebenfalls bereits erwähnt, einem konstruktiven Verständnis von Aggression Platz.
 - *Un-Mittel-barkeit*: Gegenwärtigkeit geschieht un-mittel-bar, d. h. ohne (vorgefasste) Mittel, ohne Vermittelndes, ohne Werkzeug oder Instrument, weil das einzige „Instrument“ der Therapeut selbst als Person ist. Methoden und Techniken sind völlig nebensächlich, ja irrelevant, weil Personenzentrierte Therapie nie auf ein bestimmtes Ziel aus ist, niemals handelt, „um zu ...“.²⁶

- *Realisierung*: Wie bereits beschrieben, geht die Bewegung in der Therapie von bloßem Kontakt zu Präsenz; sie geht damit auch von der Wahrnehmung zur Realisierung. „Realisierung“ meint dabei, nicht nur das zu umfassen, was bereits ist, sondern auch das, was noch werden kann, nicht nur das Faktische, sondern auch das Mögliche, die Gelegenheiten und offenen Chancen, das in Aussicht Stehende und die künftigen Ressourcen. Damit geht eine Therapie, die den Fokus auf die Person legt, weit über eine mit dem Fokus auf „*Experiencing*“ hinaus.²⁷ Deshalb ist Person-zentrierte Therapie eben an der Person orientiert und nicht am erlebenden Selbst wie die *Experienciellen* (Erlebens-zentrierten) Therapien (Lietaer 2002a; b).²⁸
- *Ant-Wort*: Gegenwärtigkeit korrespondiert – ko-respondiert! – mit Personalisation, mit Persönlichkeitsentwicklung: Als Person gegenwärtig zu sein, ist die Antwort auf eine andere Person. Personsein bedeutet, auf einen Anruf zu antworten, einem An-Spruch zu ent-sprechen (Schmid 2002b; e; s. o.). Das ist der innerste Kern dessen, was Personsein und Personwerden bedeutet. Die entsprechende personenzentrierte therapeutische Haltung steht in Übereinstimmung mit dem personalistischen (begegnungsphilosophischen, dialogischen) Personbegriff und dem Personverständnis von Carl Rogers. Dies kann innerhalb der therapeutischen Richtungen so nur im Personzentrierten Ansatz vorgefunden werden.

27 Es ist dabei gerade Gendlin zu verdanken, dass wir den Prozess des Erlebens im Klienten (und im Therapeuten) besser verstehen können, was einen entscheidenden Fortschritt in der personenzentrierten Theorie bedeutet und ohne „bewusste Beachtung des inneren Erlebens der Personzentrierten Therapie Wesentliches fehlen würde“, wie Keil (2001, 91) zutreffend schreibt.

28 Eine Position, die das erlebende Selbst in den Mittelpunkt stellt, ist von einem personenzentrierten Standpunkt aus reduktionistisch, weil sie eine Reduktion der Person auf ihr Erleben darstellt. Deutlich wird das in einem Satz wie „Die Person ist ihr Erleben“ (Keil 2001, 95). Das Erleben ist hingegen eine abhängige Variable der Person. Diese ist nicht nur ihr aktuelles Innenleben, sie ist unter anderem auch, was sie noch werden kann (und vielleicht selbst noch nicht ahnt); zu ihr gehören auch ihre Möglichkeiten. Sie ist zudem bestimmt durch ihren eigenen Wert, der ihr in jedem Fall unabhängig von ihrem Erleben zukommt. Auch reflektierende Gedanken über sich selbst und über das *Experiencing*, also das Bedenken von Erleben, gehören zur Person usw. Vor allem aber ist die Person auch ihre Beziehungen (und ist nicht nur, wie sie diese Beziehungen erlebt oder was sie in ihnen erlebt). Es handelt sich dabei also um einen mehrfachen Reduktionismus: Anthropologie wird auf Psychologie reduziert (Keil 2001, 90, 95), womit eine wichtige Errungenschaft von Rogers für die Positionierung der Psychotherapie preisgegeben wird. Die Person wird auf ihr Erleben und ihren Prozess verkürzt und auf den substanzialen und intrapsychischen Aspekt eingeeengt (z.B. wenn der relationale Aspekt im Bedürfnis nach Anerkennung gesehen wird – wie bei Stumm/Keil 2002a, 11 –, ein „*egologischer*“ Standpunkt, der die begegnungsphilosophische Dimension „des Anderen“ nicht ansatzweise erfasst, also in einer individualistischen Sicht bleibt). In dialogischer Hinsicht wird so auch Begegnung durch eine einseitige Betonung des substanzialen Aspektes und eine absichtsgeladete Beziehung instrumentalisiert (Keil 2001, 92f: „Das Zentrale ist das innere ‚Checken‘ des Klienten, welches die Therapeutin ermöglichen [...] soll. Nur wenn es zu diesem ‚Checken‘ kommt, kann überhaupt von therapeutischer Beziehung gesprochen werden. [...] Überspitzt ausgedrückt geht es dann [bei Gendlin] in erster Linie darum, ein solches Erleben zu erreichen [...] und nicht darum, die therapeutischen Grundhaltungen zu verwirklichen und zu kommunizieren“; ebd., 96: „In der Psychotherapie kommt

26 Siehe dazu Fußnote 16 zur „Absichtslosigkeit“.

Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen als ethische Grundlegung

Daraus folgt auch, dass die bereits 1957 formulierten „notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie“ nicht nur *Hypothesen für empirische Forschungsarbeit* darstellen, sondern auch ein *philosophisches Statement* bedeuten, das eine anthropologische und epistemologische Grundlage für den Personzentrierten Ansatz in der Psychotherapie bildet. Obwohl sie als Metatheorie konzipiert sind, wird ihnen bislang ausschließlich in der Personzentrierten Therapie entsprochen.

Damit ist zugleich eine *ethische Grundlegung* für Personzentrierte Psychotherapie gegeben: Von einem Anderen, der in Not ist, angesprochen zu werden in der Erwartung, dem Anspruch zu entsprechen, konstituiert für die Psychotherapie eine ethische Position, die den Angesprochenen vor die Herausforderung stellt, ob dem Anspruch entsprochen wird, und, wenn ja, *wie* ihm entsprochen wird. Psychotherapie ist die professionelle Antwort auf diesen Anspruch. Personzentrierte Psychotherapie ist die professionelle *personale* Antwort auf diesen Anspruch (der seinerseits als *personaler* Anspruch, d. h. als Anrede einer Person, und nicht als Krankheit, Problem oder Störung gesehen wird) (vgl. ausführlich Schmid 2001d; 2002c; e).

Die drei angeführten Grund-Sätze Person-zentrierter Theoriebildung und Praxisgestaltung als unterscheidende Grundlagen für einen genuin Person-zentrierten Ansatz lassen sich dementsprechend auch so formulieren:

1. *Klient und Therapeut kooperieren auf der Basis eines fundamentalen „Wir“.*
2. *Vom Klienten geht der Anspruch aus; er ist der Experte, der „Kunde“.*
3. *Der Therapeut antwortet existenziell auf diesen Anspruch mit seiner Präsenz.*

man gar nicht umhin, die Beziehung zu *benützen*.“ Veränderung wird so letztlich auf intrapsychisches Geschehen reduziert, die Beziehung dient bloß als Mittel zum Zweck). Präsenz wird funktionalisiert (Keil 1998, 34). Psychotherapie wird wie bei den objektivierenden Verfahren wesentlich defizitorientiert verstanden (Keil 2001, 96: „Psychotherapie ist wesentlich Befassung mit abwehrendem und inkongruentem Erleben.“; Stumm/Keil 2002b, 1: „Arbeit an der Inkongruenz“ als Merkmal). Durch die Betonung eines systematisierbaren „Sets an therapeutischem Handwerkszeug“ (Keil 1998, 33; s. ders. 2002a) und dessen Vermittlung entsteht im Gegensatz zu Rogers eine zielorientierte und strategische (ders. 1998, 34, 43; 2002a, 215) Auffassung von Psychotherapie. Die hier aufgeführte Argumentation ist ausführlicher dargestellt in Schmid (2001d; 2002b; e). — Angemerkt sei noch, dass Wolfgang Keil und Gerhard Stumm das Verdienst der wertvollen Zusammenstellung der verschiedenen Positionen innerhalb der „Familie“ (Keil/Stumm 2002) zukommt, jedoch auch, dass m.E. in dieser Kontroverse nur Argumente weiterführen und nicht eine verkürzende oder schlicht falsche Darstellung anderer Ansätze, diesfalls meines Ansatzes (z. B.: Stumm/Keil 2002a, 33f; Keil/Stumm 2002a, 65f; Keil 2002a, 197; 2002b und öfter) oder gar (noch dazu unzutreffende) Polemik (s. Keil 2001, 94f).

Futurologie: Das Menschenbild als ent-scheidendes Kriterium und als Herausforderung

Als das entscheidende und unterscheidende Kriterium für einen seinem Namen gerecht werdenden Person-zentrierten Ansatz lässt sich also das ihm entsprechende Menschenbild identifizieren, das innerhalb der psychotherapeutischen Schulen einzigartig ist. Es ent-scheidet, ob ein Ansatz personzentriert ist oder nicht.

Konkret bedeutet das, den Menschen als Person zu verstehen und ihm als Person gegenüberzutreten.

Darin ist die substanziale Dimension eingeschlossen: Die Aktualisierungstendenz des „Experten“, des Kunden, wird ernst genommen, statt dass etwas mit ihm „gemacht“ wird, statt über ihn zu wissen, ihn zu interpretieren oder anzuleiten usw. ... Und darin ist die relationale Dimension eingeschlossen: Aufgrund des mit dem Personbegriff zusammenhängenden Verständnisses von Beziehung als Begegnung wird von der unaufgebbaren „Wir“-Position ausgegangen, statt in die Trennung des Therapeuten als Experten und des Klienten als Behandelten zurückzufallen. Es ist ausschlaggebend, auf die Balance zwischen der substanzialen und der relationalen Dimension zu achten.

Mit anderen Worten: Das entscheidende und einzigartige Kriterium für einen Person-zentrierten Ansatz in der Psychotherapie ist es, die von Rogers aufgestellten Bedingungen nicht nur als notwendig, sondern als hinreichend zu verstehen.

Das kann auf allen Ebenen bzw. in allen Sprachen der Theoriebildung und Praxis durchbuchstabiert bzw. ausformuliert werden:

- In der Sprache der *Anthropologie* heißt das: Es geht dabei um die Person statt um (die eingeschränkte Sicht auf) den Patienten oder Klienten.
- In der Sprache der *Begegnungsphilosophie* formuliert, geht es um eine Du-Ich-Beziehung statt um eine Ich-Du-Beziehung.
- In der Sprache der *Phänomenologie*: Es kommt darauf an, was sich zeigt, und nicht darauf, was man beobachten will.
- In *erkenntnistheoretischer* Sprache ausgedrückt, geht es um Anerkennung statt um Erkenntnis.
- In so genannter *störungstheoretischer* Sprache heißt das: Der Fokus liegt auf den Ressourcen statt auf den Problemen des Menschen, auf den Wachstumsmöglichkeiten statt auf Störungen oder Krankheiten.²⁹
- In *beziehungstheoretischer* Sprache: Es geht um Begegnung statt um Beziehungsherstellung.
- In *existenzieller* Sprache: Es geht darum, berührt zu werden und präsent zu sein, statt absichtsgeliebt zu suchen, statt etwas herauszufinden, „um“ damit etwas machen „zu“ können und so die Beziehung und die Personen zu instrumentalisieren.

29 Daher könnte wohl zutreffender statt nach störungsspezifischen nach wachstumsspezifischen Differenzierungen gesucht werden.

- In der Sprache der *Technik* ausgedrückt, geht es um Zuhören und um die Haltung eines Facilitators statt um Anleitung, Lenkung oder Prozessratschläge.³⁰
- In *ethischer* Sprache heißt das, wie bereits gesagt, auf einen Anspruch zu antworten, statt Ratschläge zu geben oder zu moralisieren.
- In *pädagogischer* bzw. *didaktischer* Sprache: Personzentriertes Lernen heißt (Her-)Aus-bildung und nicht Ein-übung oder Training. – Hier wird zwar oft eingewendet, dass das die Auszubildenden überfordere und eine personale Haltung als solche nicht gelernt werden könne, weshalb ein Training spezieller Fertigkeiten bzw. Skills (in der Bedeutung von Werkzeugen) erforderlich sei. Die Erfahrung mit einer auf Persönlichkeitsentwicklung ausgerichteten Ausbildung zeigt jedoch ganz anderes: Wie es in der Therapie bisweilen nötig ist, statt auf die Wünsche des Klienten nach einfachen Lösungen einzugehen, nicht nachzugeben und die Klienten herauszufordern, so ist es auch in der Ausbildung. Dort geht es darum, die Ausbildungsteilnehmer auf förderliche Art und Weise herauszufordern, ihre eigenen Wege der Beziehungsgestaltung und therapeutischen Kommunikation herauszufinden und zu entwickeln.

Das alles stellt eine fundamentale, aber keine fundamentalistische Position dar, im Gegenteil: Es handelt sich um eine revolutionäre und auf ständige Entwicklung ausgerichtete Einstellung.

Darin liegt das einzigartige „Gesicht“ des Personzentrierten Ansatzes.

Personzentrierte Futurologie

Was werden die nächsten „hundert Jahre“ bringen? Worin liegt die künftige Aufgabe Personzentrierter Psychotherapie jenseits der immer besseren Herausarbeitung von Theorie und Praxis der Therapie?

Letztlich wird es nicht um die Personzentrierte Psychotherapie als solche gehen, nicht um einen Schulenstreit, auch nicht nur um die standespolitischen Interessen von Psychotherapie als Profession. Letztlich wird es vor allem darum gehen, was die Psychotherapie zur Veränderung der Menschen und der Gesellschaft, also des Zusammenlebens, beitragen kann. Das herausgearbeitete Kriterium liefert nämlich auch einen futurologischen Standpunkt. Damit ist hier jener Zweig der Futurologie angesprochen, der sich insofern als Philosophie der Zukunft versteht, als es zu seinen hervorragenden Aufgaben gehört, Ideologie- und Utopiekritik zu betreiben, um alternative Entwicklungsmöglichkeiten aufzuzeigen und dadurch Entscheidungsgrundlagen zu liefern.

Carl Rogers hat sich nicht zufällig gegen Ende seines Lebens der Konfliktforschung und Friedensarbeit zugewandt. Das Menschenbild, seine kritische Reflexion, die damit ausgelöste Forschung und die ihm entsprechende praktische Umsetzung werden nicht nur darüber entscheiden, welchen Stellenwert die Psychotherapie in der Gesellschaft der Zukunft haben wird; sie werden letztlich auch darüber entscheiden, wie weit wir es umzusetzen imstande sind, einander im Kleinen wie im Großen respektvoll und wertschätzend zu begegnen. Es steht noch dahin, wie weit es uns gelingen wird, statt den Trend der Globalisierung zur Gleichschaltung und Vereinnahmung zu missbrauchen und so gegen das Fremde ängstlich vorzugehen, dem fundamentalen „Wir“ zu entsprechen und dem Menschen als Person zu vertrauen. Die Psychotherapie kann ihren Teil dazu beitragen, dass durch Verstehen Entscheidungsmöglichkeiten eröffnet werden, für den Einzelnen wie für die Gesellschaft.³¹

Auch darin liegt die bleibende Herausforderung des personenzentrierten Paradigmas von Carl Rogers. Für die anderen therapeutischen Schulen lautet sie, den Menschen wirklich als Menschen in den Blick zu bekommen und damit das Gründungsideal aller emanzipatorischen Therapierichtungen einzulösen. Die andauernde Herausforderung an die Vertreter und Vertreterinnen des Personzentrierten Ansatzes selbst aber liegt darin, dem Menschenbild auch tatsächlich zu entsprechen und die Grundlagen, die Philosophie, die Theorie und die Praxis weiter auszuarbeiten – in Dialog mit anderen Orientierungen und durch Zusammenarbeit innerhalb der „Familie“.

So bleibt die Wertschätzung der Person als zentraler Wert und als einzulösende Aufgabe für die Psychotherapie bestehen, wie es Carl Rogers (1989d, 106) gegen Ende seines Lebens in einem Interview zum Ausdruck gebracht hat: „I’m willing to stand by valuing the person above anything else.“

30 Wenn man nur oder vorwiegend auf das *Experencing* konzentriert ist und die Beziehung dazu „gebraucht“, um den Klienten auf sein Erleben hinzuweisen und Gebrauch davon machen zu können, wird das fundamentale „Wir“ des personenzentrierten Menschenbildes verfehlt.

31 Allerdings bedarf es zur Veränderung der Gesellschaft auch einer Gesellschaftstheorie, die die relevanten gesellschaftlichen und ökonomischen Interessen berücksichtigt. Ohne Reflexion der bestehenden Ideologien gerät Psychotherapie leicht zur Anpassung an bestehende Verhältnisse und verliert ihren emanzipatorischen Anspruch.

Literatur

- Binder, U. (1996) Die Bedeutung des motivationalen Aspekts von Empathie und kognitiver sozialer Perspektivenübernahme in der personenzentrierten Psychotherapie, in: Hutterer, R./Pawlowsky, G., Schmid, P.F./Stipsits, R. (Hg.), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy. A paradigm in motion*, Frankfurt/M. (P. Lang) 347–362
- Bozarth, J. (1998), *Person-centered therapy. A revolutionary paradigm*, Ross-on-Wye (PCCS Books)
- (2002) [Beitrag ohne Titel], *Colloquium on Psychotherapy and Counseling*, Carl Rogers Centennial Conference, Manuskript
- Brodley, B.T. (1997), The nondirective attitude in client-centered therapy, in: *Person-Centered Journal* 4, 1, 18–30
- (2000), Personal presence in client-centered therapy, in: *Person-Centered Journal* 7, 2, 139–149
 - (2002), Five minute invited presentation, *Colloquium on Psychotherapy and Counseling*, Carl Rogers Centennial Conference, Manuskript
- Cain, D.J. (1993), The uncertain future of client-centered counseling, in: *Journal of Humanistic Education and Development* 31, 133–139
- Elliott, R./Greenberg, L.S. (2002), *Process-experiential psychotherapy*, in: Cain, D.J./Seeman, J. (Eds.), *Humanistic psychotherapies. Handbook of research and practice*, Washington, D.C. (American Psychological Association) 279–306
- Frenzel, P./Keil, W.W./Schmid, P.F./Stölzl, N. (2001) (Hg.), *Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*, Wien (Facultas Universitätsverlag)
- Friedman, N. (1982), *Experiential therapy and focusing*, New York (Holt Rinehart & Winston)
- Gaul, S./Macke-Bruck, B. (2002), Gedanken zum Anspruch „gegenwärtig zu sein“, Die Vielfalt der Modelle aus der Sicht von zwei Praktikerinnen, in: Iseli, C. Keil, W.W./Korbei, L./Nemeskeri, N./Rasch-Owald, S./Schmid, P.F./Wacker, P. (Hg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*, Köln (GwG) 257–269
- Geller, S./Greenberg, L. (2002), Therapeutic Presence. Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter, in: *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 1, 1/2, 71–86
- Gemoll, W. (1965), *Griechisch-deutsches Schul- und Handwörterbuch*, München/Wien (Freytag/Hölder-Pichler-Tempsky)
- Gendlin, E.T. (1974), *Client-centered and experiential psychotherapy*, in: Wexler, D.E./Rice, L.N. (Eds.), *Innovations in client-centered therapy*, New York (Wiley) 211–246
- (1996), *Focusing-oriented psychotherapy*, New York (Guilford); dt.: *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebnisbezogenen Methode*, München (Pfeiffer) 1998
- Hagehülsmann, H. (1984), Begriff und Funktion von Menschenbildern in Psychologie und Psychotherapie. Wissenschaftstheoretische Überlegungen am Beispiel der Humanistischen Psychologie, in: Petzold, H. (Hg.), *Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch*, Bd. I, Paderborn (Junfermann) 9–44
- Hargens, J. (1993), KundIn. KundigE, KundschafterIn. Gedanken zur Grundlegung eines helfenden Zugangs, in: *Zeitschrift für systemische Therapie* 1, 14–20
- Husserl, E. (1950), *Husserliana. Husserls Gesammelte Werke*, Den Haag (Nijhoff)
- Iseli, C./Keil, W.W./Korbei, L./Nemeskeri, N./Rasch-Owald, S./Schmid, P.F./Wacker, P. (Hg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*, Köln (GwG)
- Kahn, E. (1999), A critique of nondirectivity in the person-centered approach, in: *Journal of Humanistic Psychology* 39, 4, 94–110
- Keil, W.W. (1998), Der Stellenwert von Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Psychotherapie, in: *PERSON* 1, 32–44
- (2001), Das für Psychotherapie notwendige Erleben. Oder: Personenzentrierter und Experientieller Ansatz gehören zusammen, in: *PERSON* 2, 90–97
 - (2002a), Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Psychotherapie, in: Iseli, C./Keil, W.W./Korbei, L./Nemeskeri, N./Rasch-Owald, S./Schmid, P.F./Wacker, P. (Hg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*, Köln (GwG) 181–218
 - (2002b), Zur Erweiterung der Personzentrierten Therapetheorie, Vortrag am 3. Weltkongress für Psychotherapie in Wien 2002 (modifizierter Artikel dazu abgedruckt in diesem Heft)
- Keil, W.W./Stumm, G. (2002) (Hg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie*, Wien (Springer)
- Kierkegaard, S. (1855), *Øieblikket*, Kopenhagen; dt.: *Der Augenblick. Eine Zeitschrift*, Nördlingen (Grenos) 1988
- Korunka, C. (2001), Die philosophischen Grundlagen und das Menschenbild des Personzentrierten Ansatzes, in: Frenzel, P./Keil, W.W./Schmid, P.F./Stölzl, N. (2001) (Hg.), *Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*, Wien (Facultas Universitätsverlag) 33–56
- Levinas, E. (1957), Die Philosophie und die Idee des Unendlichen, in: ders., *Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie*, Freiburg i. Br. (Alber) 1983, 185–208
- (1959), Der Untergang der Vorstellung, in: ders., *Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie*, Freiburg i. Br. (Alber) 120–139
 - (1983, 1992), *Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie*, Freiburg i. Br. (Alber)
- Lietaer, G. (1998), From non-directive to experiential. A paradigm unfolding, in: Thorne, B./Lambert, E. (Eds.), *Person-centered therapy. A European perspective*, London (Sage) 62–73
- (2002a), The client-centered/experiential paradigm in psychotherapy: Development and identity, in: Watson, J.C./Goldman, R.N./Warner, M.S. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century. Advances in theory, research and practice*, Ross-on-Wye (PCCS Books) 1–15
 - (2002b), The united colours of person-centered and experiential psychotherapies, in: *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 1, 1/2, 4–13
- Ludewig, K. (1992), *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Praxis*, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Meyer (1997), *Meyers Lexikon in drei Bänden*, Mannheim (Bibliographisches Institut & Brockhaus) (Fassung LexiROM, CD-ROM, Microsoft 41999)
- Moon, K. (2002), Nondirective client-centered work with children, in: Watson, J.C./Goldman, R.N./Warner, M.S. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century. Advances in theory, research and practice*, Ross-on-Wye (PCCS Books) 485–492
- Ottomeyer, K. (2002), *Psychotherapeutische Praxis und politische Verantwortung*, Referat am 3. Weltkongress für Psychotherapie in Wien am 15.7.2002
- O'Hara, M. (1998), Personzentrierte und experientielle Psychotherapie in einem kulturellen Übergangszeitalter, in: *PERSON* 1, 5–14

- Prouty, G. (2001), Carl Rogers und die experienziellen Therapieformen: eine Dissonanz?, in: PERSON 1, 52–57
- Raskin, N.J. (1948), The development of non-directive therapy, in: Journal of Consulting Psychology 12, 92–110
- Raskin, N.J./Rogers, C.R. (1989), Person-centered therapy, in: Corsini, R.J./Wedding, D. (Eds.) Current psychotherapies, Itasca, Ill. (Peacock) 155–194
- Rogers, C.R. (1957a), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: Journal of Consulting Psychology 21, 2, 95–103; dt.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: Rogers, C.R./Schmid, P.F., Personzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz (Grünwald) 1991, 2000, 165–184
- (1959a), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, S. (Ed.), Psychology. A study of science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987, 3, 1991
 - (1962a), The interpersonal relationship. The core of guidance, in: Harvard Educational Review 4, 32, 416–429; dt.: Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie, in: Rogers, C.R., Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie, München (Kindler) 1977b, 180–196
 - (1975a), Empathic — an unappreciated way of being, in: The Counseling Psychologist 5, 2, 2–10; dt.: Eine neue Definition von Einfühlung, in: Jankowski, P./Tschulin, D./Fietkau, H.–J./Mann, F. (Hg.), Klientenzentrierte Psychotherapie heute, Göttingen (Hogrefe) 1976, 33–51
 - (1975e), Client-centered psychotherapy, in: Freedman, A.M./Kaplan, H.I./Sadock, B.J. (Eds.), Comprehensive textbook of psychiatry, II, Vol. 2, Baltimore, MD (Williams and Wilkins) 2, 1975, 1831–1843; dt.: Klientenzentrierte Psychotherapie, in: Rogers, C.R., Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie, München (Kindler) 1977b, 15–52
 - (1977b), Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie, München (Kindler) 1977; 4, 1999
 - (1989d), An interview with Carl Rogers, von David Ryback, in: Person-Centered Review 4, 1, 99–112
- Rogers, C.R. / Sanford, R.C. (1985), Client-centered psychotherapy, in: Kaplan, H.I. / Sadock, B.J. (Eds.), Comprehensive textbook of psychiatry, IV, Vol. 2, Baltimore (Williams and Wilkins) 1374–1388
- Sachse, R. (1990), Concrete interventions are crucial. The influence of the therapist's processing proposals on the client's intrapersonal exploration in client-centered therapy, in: Lietaer, G./Rombauts, J./Van Balen, R. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties, Löwen (Leuven University Press) 295–308
- Sanders, P. (2000), Definitions of principles and practice acceptable to person-centered practitioners, Vortrag an der 5. International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy (ICCCPEP) in Chicago 2000
- Schmid, P.F. (1991), Souveränität und Engagement. Zu einem personzentrierten Verständnis von „Person“, in: Rogers, C.R./Schmid, P.F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz (Grünwald) 3, 1998, 15–164
- (1992), Das Leiden: Herr Doktor, bin ich verrückt? Eine Theorie der leidenden Person statt einer „Krankheitslehre“, in: Frenzel, P./Schmid, P.F./Winkler, M. (Hg.), Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie, Köln (EHP) 83–125
 - (1994), Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch. Bd. I: Solidarität und Autonomie, Köln (Edition Humanistische Psychologie)
 - (1996), Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Ein Handbuch. Bd. II: Die Kunst der Begegnung, Paderborn (Junfermann)
 - (1998), Im Anfang ist Gemeinschaft. Personzentrierte Gruppenarbeit in Seelsorge und Praktischer Theologie. Bd. III: Beitrag zu einer Theologie der Gruppe, Stuttgart (Kohlhammer)
 - (2001a), Authenticity: the person as his or her own author. Dialogical and ethical perspectives on therapy as an encounter relationship. And beyond, in: Wyatt, G. (Ed), Congruence, Ross-on-Wye (PCCS Books) 217–232
 - (2001b), Comprehension: the art of not-knowing. Dialogical and ethical perspectives on empathy as dialogue in personal and person-centred relationships, in: Haugh, S./Merry, T. (Eds.), Empathy, Ross-on-Wye (PCCS Books) 53–71
 - (2001c), Acknowledgement: the art of responding. Dialogical and ethical perspectives on the challenge of unconditional personal relationships in therapy and beyond, in: Bozarth, J./Wilkins, P. (Eds.), Unconditional positive regard. Ross-on-Wye (PCCS Books) 49–64.
 - (2001d), Personzentrierte Persönlichkeits- und Beziehungstheorie, in: Frenzel, P./Keil, W.W./Schmid, P.F./Stözl, N. (2001) (Hg.), Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen, Wien (Facultas Universitätsverlag) 57–95
 - (2002a), Herausforderungen. Neun Vignetten zum Stand eines Syntagmenwechsels, in: PERSON 2, 98–103
 - (2002b), Was ist personzentriert? Zur Frage von Identität, Integrität, Integration und Abgrenzung, in: Iseli, C./Keil, W.W./Korbei, L./Nemeskeri, N./Rasch-Owald, S./Schmid, P.F./Wacker, P. (Hg.), Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG) 219–254
 - (2002c), „The necessary and sufficient conditions of being person-centered“. On identity, integrity, integration and differentiation of the paradigm, in: Watson, J.C./Goldman, R.N./Warner, M.S. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century. Advances in theory, research and practice, Ross-on-Wye (PCCS Books) 36–51
 - (2002d), Person-Centered Psychotherapy, in: Pritz, A. (Ed.), Globalized psychotherapy, Wien (Facultas) 701–713
 - (2002e), Anspruch und Antwort. Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person, in: Keil, W.W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien (Springer) 75–105
 - (2002f), Knowledge or acknowledgement? Psychotherapy as ‘the art of not-knowing’ – Prospects on further developments of a radical paradigm, in: Person-Centered and Experiential Psychotherapies 1, 1/2, 56–70
 - (2002g), Presence: Im-media-te co-experiencing and co-responding. Phenomenological, dialogical and ethical perspectives on contact and perception in person-centred therapy and beyond, in: Wyatt, G./Sanders, P. (Eds.), Contact and Perception, Ross-on-Wye (PCCS Books) 182–203
 - (2002h), The characteristics of a person-centered approach to therapy and counselling, Criteria for identity and coherence. Vortrag beim

- Symposium „Honoring 100 years of Carl R. Rogers. His life, our work, a global vision“ in La Jolla 2002 (Manuskript)
- (2003a; in Druck), Beratung als Begegnung von Person zu Person. Theologie und Beratung, in: Nestmann, F./Engel, F./Sickendiek, U. (Hg.), Das Handbuch der Beratung, Bd. I: Disziplinen und Zugänge, Tübingen (dgv)
 - (2003b; in Druck), De connaître à reconnaître. Défis pour l'Approche centrée sur la personne au commencement de 21ème siècle d'un point de vue dialogique et éthique, in: Carriérologie (UQÀM, Montreal)
- Shlien, J. (2001), pers. Mitteilung (E-Mail v. 27. 10. 2001)
- Spielhofer, H. (2001), Organismisches Erleben und Selbst-Erfahrung. Ein Beitrag zur Diskussion der anthropologischen und persönlichkeits-theoretischen Grundlagen im personenzentrierten Ansatz, in: PERSON 1, 5–18
- (2002), Rezension von Keil/Stumm 2002, in: Psychotherapie Forum 3, 185–187
- Stumm, G./Keil, W. W. (2002a), Das Profil der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie, in: Keil, W. W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien (Springer) 1–62
- (2002b), Personzentrierte Psychotherapie. Vielfalt einer Einheit, Vortrag am 3. Weltkongress für Psychotherapie in Wien 2002 (Handout)
- Swildens, H. (1988), De cliëntgerichte gesprekstherapie in existentieel perspectief, in: Debats, D. (Hg.), Psychotherapie en zingeving. Een breed spectrum van visies, Leuven (Acco)
- (2002), Where did we come from and where are we going? The development of person-centered psychotherapy, in: Person-Centered and Experiential Psychotherapies 1/2, 118–131
- van Kalmthout, M. (2002a), The farther reaches of person-centered psychotherapy, in: Watson, J. C. / Goldman, R. N. / Warner, M. S. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century. Advances in theory, research and practice, Ross-on-Wye (PCCS Books) 127–143
- (2002b), The future of Person-Centered therapy. Crisis and possibility, in: Person-Centered and Experiential Psychotherapies 1, 1/2, 132–143
- Watson, J. C. / Goldman, R. N. / Warner, M. S. (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century. Advances in theory, research and practice, Ross-on-Wye (PCCS Books)

Autor:

Peter F. Schmid, Univ.-Doz. HS-Prof. Mag. Dr., Begründer personenzentrierter Ausbildung in Österreich, Personenzentrierter Psychotherapeut und Ausbilder der Akademie für Beratung und Psychotherapie des Instituts für Personzentrierte Studien (IPS der APG); Zusammenarbeit mit Carl Rogers in den achtziger Jahren; zahlreiche Fachpublikationen; Vorstandsmitglied im Personzentrierten und Experientialen Weltverband (WAPCEPC) und im Europäischen Netzwerk (NEAPCEPC), Mitherausgeber des Journal für „Person-Centered and Experiential Psychotherapies“.

Kontaktadresse:

*Mag. Dr. Peter F. Schmid
Koflergasse 4
A-1120 Wien
E-Mail: pfs@pfs-online.at; Website: pfs-online.at*

Wolfgang W. Keil

Zur Erweiterung der personenzentrierten Therapietheorie

Zusammenfassung: *Um die klinischen Aspekte der Personenzentrierten Psychotherapie deutlicher abzubilden, sollte deren Therapietheorie erweitert werden, dies jedoch nicht im Sinn einer Ergänzung durch andere Konzepte, sondern im Sinn einer Explikation des implizit Enthaltenen. Eine erste Erweiterung des Konzepts von Rogers kann in Gendlins Experiencing-Theorie gesehen werden. Hier wird die von den Grundeinstellungen des Therapeuten auszulösende Art und Tiefe des inneren Erlebens der Klientin, die für Psychotherapie erforderlich ist, und die von Rogers nicht ausformuliert wurde, voll ausgearbeitet.*

Weitere klinische Aspekte werden explizit, wenn – ausgehend von Rogers' Persönlichkeitstheorie – bedacht wird, dass und auf welche Weisen der Psychotherapeut ermöglichen soll, dass inkongruentes, abwehrendes oder leeres Erleben der Klientin sich zu implizit wirksamem, authentischem Erleben verändern kann. Der Therapeut muss hierbei das Erleben der Klientin im Sinn einer prozessualen Diagnostik wahrnehmen und dieses allmählich mittels hermeneutischer Empathie aus der lebensgeschichtlichen Bedeutung heraus verstehen lernen. Darüber hinaus ist hier auch zu denken an schwer zu verstehende Erlebensformen, wie sie von frühen Störungen und Entwicklungsstagnationen her bedingt sind (u. a. „fragile processes“ nach Warner) sowie an „präsymbolische“ Erlebensformen (nach Prouty). Eine erweiterte personenzentrierte Therapietheorie sollte – und dazu wird in diesem Beitrag ein Versuch unternommen – demnach generell darlegen, wie der Therapeut solches Erleben wahrnehmen kann (diagnostisches Moment) und v. a. auf welchen Wegen die Veränderung solchen Erlebens zu implizit wirksamem Experiencing und kongruentem Erleben geschehen kann (Änderungswissen). Darüber hinaus ist auch zu umreißen, welche professionelle Kompetenz der Therapeut aufzuweisen hat, um derartige Veränderungen in der Praxis zu ermöglichen bzw. zu fördern. Diese Kompetenz wird hier v. a. in der Fähigkeit, eine intensive Arbeitsbeziehung herzustellen, sowie in der Fähigkeit, auf vielen verschiedenen Ebenen von Symbolisierung arbeiten zu können, gesehen.

Stichwörter: *Dysfunktionales Beziehungsangebot, hermeneutische Empathie, (für Psychotherapie nötiges) Erleben, Hypothesen zur Persönlichkeitsstruktur, Personenzentrierte Psychotherapie, prozessuale Diagnostik, Symbolisierung, therapeutisches Handwerkszeug, Therapietheorie*

Résumé : *A propos de l'extension de la théorie de la thérapie centrée sur la personne – Pour représenter de manière plus claire les aspects cliniques de la psychothérapie centrée sur la personne, il convient d'en étendre la théorie de la thérapie, ceci cependant non pas dans le sens d'un complément par d'autres concepts, mais dans le sens d'une explication de son contenu implicite. Une première extension du concept de Rogers peut être vue dans la théorie du Gendlin's Experiencing. Sont élaborées ici dans le détail la nature et la profondeur de la vie intérieure de la cliente – à mettre en lumière par les attitudes fondamentales du thérapeute – ce qui est nécessaire pour la psychothérapie et n'a pas été formulé par Rogers.*

D'autres aspects cliniques deviennent explicites lorsque – partant de la théorie de la personnalité de Rogers – on considère que et de quelles manières le psychothérapeute doit permettre que des expériences incongrues, défensives ou vides de la cliente puissent être transformées en expériences implicitement efficaces et authentiques. Le thérapeute doit en même temps percevoir l'expérience de la cliente dans le sens d'un diagnostic processuel et apprendre à comprendre progressivement ce processus par une empathie herméneutique à partir de la signification de l'histoire personnelle de la cliente. En outre, il convient de penser ici aussi aux formes d'expériences difficiles à comprendre, telles qu'elles sont conditionnées par des troubles de la petite enfance et des stagnations du développement (entre autres les « fragile processes » selon Warner) de même qu'aux formes d'expériences « pré-symboliques » (selon Prouty). Une théorie étendue de la thérapie centrée sur la personne devrait – et un essai dans ce sens est tenté dans cet article – par conséquent exposer d'une manière générale comment le thérapeute peut percevoir une telle expérience (moment diagnostique) et surtout par quelles voies la transformation de telles expériences en un experiencing implicitement efficace et congruent, peut se faire (savoir-faire transformationnel). Il convient par ailleurs également d'ébaucher de quelle compétence professionnelle le thérapeute doit faire preuve pour permettre ou favoriser de telles transformations dans la pratique. Cette compétence est vue ici surtout dans la capacité d'établir une relation de travail intense, de même que dans la capacité de travailler à de nombreux niveaux de symbolisation différents.

Mots-clés : *Offre de relation dysfonctionnelle, empathie herméneutique, expérience (nécessaire pour la psychothérapie), hypothèses concernant la structure de la personnalité, psychothérapie centrée sur la personne, diagnostic processuel, symbolisation, outil thérapeutique, théorie de la thérapie*

1. Einleitung¹

Die größte Bedeutung von Carl Rogers kann wohl darin gesehen werden, dass er einen Paradigmenwechsel im Verständnis von Psychotherapie herbeigeführt hat. Er selbst beschreibt dies (1961a, 46) so, dass er von der Frage, wie er einen Menschen behandeln oder heilen könne, zur Frage gekommen sei, wie er eine Beziehung herstellen könne, die dieser Mensch zu seiner eigenen Persönlichkeitsentfaltung benutzen kann². Psychotherapie wird also nicht als einseitige Behandlung eines „Patienten“ durch einen Experten, sondern als persönliche Beziehung verstanden, wobei der „Klient“ als Experte (für sich selbst) angesehen wird. Rogers hat damit ein Modell geschaffen, das Psychotherapie als Wachstums- und Reifungsprozess versteht und er sieht den größten Unterschied zu den meisten anderen Therapieformen darin, „daß das medizinische Modell – mit Einschluß der Diagnose pathologischen Verhaltens, der Spezifizierung von Behandlungsmethoden sowie der Erwünschtheit von Genesung – ein völlig inadäquates Modell für den Umgang mit psychisch notleidenden oder im Verhalten abweichenden Personen ist“ (1980b, 188)³.

Der Paradigmenwechsel für die Psychotherapie kann also primär in der wesentlichen Hervorhebung der personalen Faktoren an Stelle der rein professionellen, diagnostischen und technischen Fähigkeiten des Therapeuten gesehen werden. So hat Rogers etwa nachdrücklich vertreten, „daß der therapeutische Erfolg nicht in erster Linie von der Ausbildung in Techniken oder von Fachkenntnissen abhängt, sondern vielmehr vom Vorhandensein bestimmter Einstellungen auf seiten des Therapeuten“ (1980b, 192). Die genauere Definition dieser Einstellungen und damit die Formulierung seiner Therapietheorie hat Rogers (1957a; 1959a) in seinen längst klassisch gewordenen sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie zusammengefasst.⁴

2. Eindimensionales Missverständnis des Konzepts von Rogers

In der Folge wurde diese Wende, die Rogers in der Psychotherapie herbeigeführt hat, m. E. oft missverstanden. Ein erstes Missverständnis ist schon in der weit verbreiteten Auffassung zu sehen, dass diese Wende eben nur für die spezifische Richtung der Personzentrierten Therapie gelten würde. Rogers hat aber seine sechs Bedingungen als Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch jede Art von Psychotherapie postuliert.

Das größere Missverständnis sehe ich aber in Form einer rigid eindimensionalen Auffassung vom personzentrierten Therapiekonzept. Dieses wird dabei so verstanden, dass therapeutische Intentionen und Absichten hier keinen Platz hätten, weil sie dem Vertrauen in die Aktualisierungstendenz und das Selbstheilungs- und Entwicklungspotenzial des Klienten widersprechen würden. In diesem Verständnis verhindert Experte-Sein das Person-Sein. Therapeutische Diagnosen, therapeutische Methoden und Techniken, störungsspezifisches oder zielorientiertes therapeutisches Vorgehen u. Ä. werden als mit einer Personzentrierten Psychotherapie wesentlich unvereinbar angesehen. Diese sei vielmehr ausschließlich als un-mittelbare und absichtslose personale Begegnung zu verstehen. Weiterentwicklungen wie das Experiencingkonzept und die experiential therapy von Gendlin oder gar der Prozess-Experiencing-Ansatz von Greenberg sollen demnach als von essenziell anderen Ansätzen ausgehend vom Personzentrierten Ansatz ausgeschieden werden, wobei sie diesem allerdings immer noch näher stehen als andere Therapiekonzepte.⁵

Zusammenfassend möchte ich all diese Auffassungen so charakterisieren, dass sie gerade die professionell-klinischen Aspekte der Psychotherapie ablehnen. Die Folgen eines solchen Ausschlusses klinischer Aspekte aus dem Therapiekonzept zeigen sich übrigens m. E. in der Auffassung von Gesprächspsychotherapie bei Reinhard Tausch, der doch den Rogersansatz im deutschen Sprachraum überhaupt eingeführt hat. Wenn Gesprächspsychotherapie nur als eine bestimmte Art kurzzeitiger förderlicher Einzel- oder Gruppengespräche angesehen wird, dann entsteht folgerichtig die „klientenzentrierte Notwendigkeit“ (Tausch 1989), sie durch Verhaltenstherapie (Tausch 1994), durch andere psychotherapeutische Methoden oder überhaupt durch außetherapeutische Übungs- und Gesundheitsprogramme (Tausch 1991) zu ergänzen.

1 Wenn in diesem Beitrag von „dem Therapeuten“ oder „der Klientin“ die Rede ist, so sind immer beide Geschlechter gemeint.

2 „One brief way of describing the change which has taken place in me is to say that in my early professional years I was asking the question, How can I treat, or cure, or change this person? Now I would phrase the question in this way: How can I provide a relationship which this person may use for his own personal growth?“ (Rogers 1961a, 32).

3 Eine weitere deutsche Übersetzung dieses Artikels von Rogers liegt in der deutschen Fassung des Handbuchs von Corsini (1983 bzw. 1994⁴, 471–512) vor.

4 „For therapy to occur it is necessary that these conditions exist:

1. That two persons are in *contact*.
2. That the first person, whom we shall term the client, is in a state of *incongruence*, being *vulnerable*, or *anxious*.
3. That the second person, whom we shall term the therapist, is *congruent* in the *relationship*.
4. That the therapist is *experiencing unconditional positive regard* toward the client.

5. That the therapist is *experiencing an empathic understanding* of the client's *internal frame of reference*.

6. That the client *perceives*, at least to a minimal degree, conditions 4 and 5, the unconditional *positive regard* of the therapist for him, and the empathic understanding of the therapist.“ (Rogers 1959a, 213)

5 Belege und eine ausführlichere Erörterung dieser Auffassungen finden sich in Keil (2001).

Dem allen ist entgegenzuhalten, dass Psychotherapie per definitionem immer ein professionell strukturiertes, für bestimmte Zwecke eingerichtetes und zielorientiertes Unternehmen darstellt. In aller Deutlichkeit kommt dies etwa in der juristischen Interpretation der psychotherapeutischen Beziehung als „freier Dienstvertrag“ zum Ausdruck, bei welchem sorgfältiges und sachkundiges Wirken – im Unterschied zum am Ergebnis orientierten „Werkvertrag“ – gegen Entgelt vereinbart wird. Psychotherapie versteht sich darüber hinaus zunehmend als eigenständige Wissenschaft, die Konzepte vom Menschen und seinem psychischen Leben und Funktionen erarbeitet, untersucht, überprüft, in lehr- und lernbarer Form weitergibt und schließlich in Form der persönlichen therapeutischen Beziehung den Klientinnen und Klienten vermittelt und zumutet.

Wenn Rogers als hoch kompetenter Professionalist sein Expertentum radikal in den Hintergrund rückt, so darf man daraus keineswegs auf den Ausschluss dieser Dimensionen aus dem Therapiekonzept schließen. Man verfehlt das Wesen von Psychotherapie, wenn man diese einseitig entweder nur als technologisches „Interventionscluster“ (vgl. Baumann 2000) oder einseitig als absichtslose personale Begegnung versteht. Um Psychotherapie zu sein, muss auch eine Personenzentrierte Therapie beide Pole in dialektischer Verschränktheit integrieren. Dementsprechend ist es notwendig, dass die von Rogers geforderte Seinsweise oder die Grundhaltungen des Therapeuten so verstanden werden, dass die professionelle Kommunikationskompetenz, die dafür erforderliche diagnostische Wahrnehmungsfähigkeit und andere klinische Aspekte darin enthalten sind und nicht als Widerspruch deklariert und ausgeschaltet werden.

3. Erweiterung der personenzentrierten Therapietheorie

Um jedoch die klinische Dimension der Personenzentrierten Psychotherapie deutlicher abzubilden und damit zugleich die Integration der Gegenpole des Persönlichen und des Professionellen sicher zu stellen, plädiere ich für eine Erweiterung der Therapietheorie von Rogers. Etliche mehr oder weniger umfassende Erweiterungen wurden im Lauf der Weiterentwicklung des Ansatzes ja auch längst schon versucht. Ich verweise hier etwa auf die Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie von Hans Swildens (1991; 2002), auf das Modell der Interaktionellen Orientierung (van Kessel / van der Linden 1991; van Kessel/ Keil 2002), auf das Differenzielle Inkongruenzmodell von Gert-Walter Speierer (1994; 2002) oder auf die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie von Rainer Sachse (1992; 2002). Viele dieser Konzepte versuchen aber – m. E. in unnötiger Weise – sich von der ursprünglichen Konzeption von Rogers abzugrenzen, indem sie diese als auf eine bloße „Basisvariablentherapie“ (Speierer 1994, 104), eine reine „Haltungskonzeption“ (Sachse 1992, 60ff.) oder eine das Existenzielle des Menschen nicht berührende „klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie“ (Swildens

1991) eingeschränkt verstehen und diese dann durch andere geeignete Konzepte rekonstruieren oder ergänzen möchten.

Ich möchte hingegen für eine Erweiterung der personenzentrierten Therapietheorie v. a. im Sinn einer Weiterentwicklung des durch sie Grundgelegten und weniger im Sinn einer Ergänzung durch fremde Konzepte plädieren. In Beachtung des von Rogers in den Hintergrund gestellten professionell-technischen Pols von Psychotherapie sollten dabei in erster Linie die klinischen Dimensionen der Personenzentrierten Psychotherapie zum Ausdruck kommen.

Ein in dieser Weise erweitertes Konzept, soll – ausgehend von den von Rogers formulierten Bedingungen der therapeutischen Beziehung – die folgenden therapeutischen Vorgänge und praxeologischen Aspekte beschreiben:

- Zunächst soll die klinische Konsequenz des wertschätzenden und empathischen Verstehens des Therapeuten dargestellt werden. Ich sehe sie darin, dass der Therapeut (zusammen mit der Klientin) über die Bildung und laufende Prüfung von Hypothesen bzgl. der Persönlichkeitsstruktur der Klientin zum Erfassen der Inkongruenz kommt (Kap. 5).
- Dies geschieht durch fortlaufende prozessuale Diagnostik, für welche ich mehrere Wege aufzeigen möchte (Kap. 6).
- Dafür sind spezifische therapeutische Fertigkeiten notwendig, die in ihrer generellen Charakteristik zu beschreiben sind (Kap. 7).
- Grundlegend dafür, dass die Veränderung in der Klientin zur Wirkung kommt, ist das Erreichen der für Psychotherapie nötigen Tiefe des Erlebens. Letzteres hat Gendlin bereits ausgearbeitet und ich sehe dessen Experiencing-Konzept als eine erste Erweiterung des Therapiekonzepts von Rogers. Dieses möchte ich im Folgenden erörtern (Kap. 4).

4. Das für Psychotherapie nötige Erleben

Ein psychotherapeutischer Prozess bedarf notwendigerweise einer bestimmten Art und Tiefe des inneren Erlebens. Rein kognitive Reflexion, bloß freundliche Kontaktnahme und oberflächliche Emotionen oder auch Suggestion allein reichen hier nicht aus. Klientin (wie Therapeut) müssen sich vielmehr auf sich selbst (und auf einander und auf die Welt) „wirklich“ einlassen können und wollen. Es geht dabei um ein spürbares Betroffensein und existenzielles Ernstnehmen. Zugleich ist es wichtig, das eigene innere Erleben in empathischer Aufmerksamkeit (also in einer gewissen inneren „Distanz“) präsent halten zu können und nicht etwa davon überschwemmt zu werden oder es in einer unwirklichen und „fremden“ Weise zu erleben. Eine solche für Psychotherapie nötige Art und Tiefe des Erlebens wurde von Gendlin sehr prägnant mit den Begriffen des implizit wirksamen Experiencing bzw. des Felt Sense definiert. Diese Begriffe wurden auch von Rogers übernommen und in sein Therapiekonzept integriert. Meines Erachtens ist hier bereits eine erste Erweiterung des Therapiekonzepts von Rogers eingeleitet worden,

die aber vielfach unerkannt geblieben ist und die auch Rogers selbst (m. E. vermutlich wegen seines nicht ausgetragenen Konflikts mit Gendlin) nicht deutlich und konsequent genug ausgearbeitet hat.

Bei der Umarbeitung seines Verständnisses von Empathie definiert Rogers (1975a) den Bezugspunkt, auf den sich die therapeutische Empathie richten soll, nicht mehr als „Zustand“, nämlich den inneren Bezugsrahmen der Klientin, sondern als einen „Prozess“, nämlich den Experiencing-Prozess der Klientin, der durch das empathische Miterleben des Therapeuten zugleich angestoßen und vertieft wird. Hier bezieht sich Rogers ausdrücklich auf Gendlin. „Wenn ich eine allgemein gültige Beschreibung darlegen sollte, würde ich das ‚Experiencing‘-Konzept von Gendlin (1962) heranziehen. ... Seine Auffassung ist, kurz zusammengefaßt, daß im menschlichen Organismus andauernd ein Strom von Erleben vorhanden ist, zu dem sich das Individuum immer wieder hinwenden, sich darauf beziehen kann, um dadurch die Bedeutung seines augenblicklichen Erlebens zu entdecken. Gendlin versteht Einfühlung als besonders sensibles Mittel, mit dem der Therapeut auf die vorbegriffliche Gefühlsbedeutung (felt meaning) hinweisen kann, um dem Klienten zu helfen, sich auf diese Gefühlsbedeutung zu konzentrieren und sie bis zu ihrem vollständigen und ungehinderten Erleben weiterzubringen.“ (1975a, 35f.)⁶

Meines Erachtens ist Rogers nun insofern inkonsequent geblieben, als er weiterhin nicht auch das für Psychotherapie nötige Erleben der Klientin, sondern nur das des Therapeuten als wesentlichen Wirkfaktor ansieht. Gendlin sieht dagegen den eigentlichen Wirkfaktor weniger im Therapeuten(erleben), sondern in einer bestimmten Art und Weise des Klientenerlebens.

Der Therapeut ist dabei dennoch nicht unwichtig, denn ein solches Erleben wird nur im Rahmen einer intensiven persönlichen Beziehung möglich. „Self-responding alone, in the absence of interaction, tends to circle and make problems“ (Gendlin 1974, 217). Die therapeutische Beziehung ist auch bei Gendlin als „notwendige Bedingung“ anzusehen. Die Akzentverschiebung gegenüber Rogers liegt jedoch darin, dass es dabei nicht um die Verwirklichung der Grundhaltungen und deren Kommunikation *als solche* geht, sondern darum, dass diese eine wirkliche *Interaktion*, ein Berühren, eine „Antwort“ darstellen, eine Reaktion auf den fortlaufenden Prozess, der durch diese weiterentwickelt wird.

Die Integration dieses Konzepts von Gendlin in die personzentrierte Therapietheorie beschreibt somit das für Psychotherapie nötige innere Erleben des Therapeuten *und* der Klientin als zentrales Element. Die Interpretation des Therapeutenerlebens als alleinig verursachende, *unabhängige Variable* und die des Klientenerlebens als *abhängige Variable* (vgl. Prouty 1999/2001; Schmid 2002) halte ich dementsprechend für unangebracht dichotomistisch. Gegen diese Einseitigkeit spricht auch die durch empirische Unter-

suchungen belegte Erfahrung in vielen Psychotherapien, in denen trotz verwirklichter therapeutischer Grundhaltungen das für psychotherapeutische Veränderung nötige Erleben der Klientin sich nicht quasi automatisch entwickelt.

Beide Pole gehören zusammen und sollten als integrale Bestandteile des personzentrierten Therapiekonzepts bzw. als voneinander abhängige Wirkfaktoren betrachtet werden. So verstehe ich übrigens auch das Forschungsdesign im Wisconsin-Projekt⁷, welches ausdrücklich aus einem Konzept abgeleitet wird, das dezidiert *sowohl* die habituell-personalen Einstellungen (und das daraus folgende Erleben und Verhalten) der Therapeuten *als auch* die Erlebensformen der Klienten als die wesentlichen Faktoren für therapeutische Veränderung enthält. Die Bedeutsamkeit dieser Sichtweise wird vielleicht noch dadurch unterstrichen, dass sowohl Rogers wie Gendlin diese beiden Elemente ausdrücklich als Wirkfaktoren in *jeder Art von Psychotherapie* und nicht nur als Merkmale der klientenzentrierten oder einer experientiellen Richtung verstehen (vgl. Gendlin / Rogers 1967).

5. Bildung von Hypothesen zur Persönlichkeitsstruktur der Klientin

Jobst Finke (1999) hat darauf hingewiesen, dass Rogers' therapietheoretische und behandlungspraktische Konzepte keinen unmittelbaren Bezug nehmen auf sein im Rahmen der Persönlichkeitstheorie entwickeltes Störungskonzept, in welchem es u. a. um die Entstehung von Inkongruenz, von Abwehr und von Erleben, das der Symbolisierung entzogen ist, geht. Finke weist darauf hin, dass dieser unthematisierte Gegensatz die Gefahr in sich birgt, „die beiden Antipoden dieses Widerspruchs undialektisch auseinanderfallen zu lassen, was sich nicht selten in Diskussionen zwischen ‚Technikern‘ einerseits und haltungs- bzw. einstellungsorientierten Gesprächspsychotherapeuten andererseits ... zeigt“ (ebd., 132).

Welche Konsequenzen könnten sich nun ergeben, wenn wir einen direkten Bezug zwischen dem Störungskonzept in Rogers' Persönlichkeitstheorie und seiner Therapietheorie herstellen? Meiner Meinung nach kann dann Personzentrierte Psychotherapie nicht einfach als unterschiedslose Begleitung der Klientin in ihrem Erleben, gleichgültig, ob dieses kongruent oder inkongruent ist, angesehen werden. Es geht hier ja gerade darum, die „tiefenpsychologische“ Dynamik des inkongruenten Selbst bzw. des Abwehrverhaltens und der Verleugnung von Erfahrung zu erfassen, mit dem Ziel des Gewährwerdens und damit der Überwindung von Inkongruenz.

6 auch in Rogers / Rosenberg (1980, 78)

7 Auch hier findet sich übrigens der explizite Verweis auf das Experiencing-Konzept von Gendlin: „The basic theory of experiencing as defined by Gendlin (1962) is fundamental to the whole conception.“ (Gendlin / Rogers 1967, 11f).

Wenn man aber einen Unterschied zwischen kongruentem und inkongruentem Erleben machen muss, dann beinhaltet Personzentrierte Psychotherapie immer auch einen wesentlichen *diagnostischen* Aspekt. Dieser ist allerdings nicht im Sinne einer etikettierenden Status-Diagnostik, sondern vielmehr als fortlaufende *prozessuale Diagnostik* zu verstehen⁸. Das Charakteristikum eines „profoundly non-diagnostic mindset“ kann demnach m. E. auf keinen Fall so, wie dies etwa Barbara Brodley und Anne Brody (1996, 371) postulieren, als Wesenmerkmal der Personzentrierten Psychotherapie betrachtet werden.

Diagnostik bedeutet darüber hinaus immer, dass man nicht beim bloßen Registrieren von Phänomenen stehen bleibt, sondern dass man in den Phänomenen und aus diesen heraus die Muster und Strukturen erschließt, welche jene in ihrer Eigenart charakterisieren. Dabei geht es weniger darum, individuelle Erlebensprozesse in überindividuelle (z. B. störungsspezifische) Kategorien einzuordnen, sondern vielmehr darum, den inneren Bezugsrahmen dieses Individuums, die jeweils relevanten Strukturen dieser Persönlichkeit zu erfassen, mit dem Ziel, zu einem empathischen Verstehen derselben zu kommen. In seiner Definition von innerem und äußerem Bezugsrahmen drückt Rogers dies so aus: „Empathische Schlussfolgerungen voll auszuschöpfen, führt zu einem Wissen über die subjektive Welt des Klienten, das die Grundlagen des Verhaltens ... besser verstehen läßt“ (1959a, 38)⁹.

Ich möchte demnach prozessuale Diagnostik definieren als laufende *Bilden und Überprüfen von Hypothesen über die Persönlichkeitsstruktur* der Klientin. Die Expertise des Personzentrierten Psychotherapeuten besteht darin, aus seinen Wahrnehmungen vom Erleben und vom Kontext der Klientin sowie von seiner eigenen Resonanz darauf laufend *Verstehenshypothesen über die Persönlichkeitsstruktur* der Klientin zu bilden und das Verstandene kontinuierlich mit der Klientin zu überprüfen.

Diese Überprüfung geschieht einerseits dadurch, dass die in den Hypothesen enthaltenen persönlichen Bedeutungen vom Therapeuten probeweise ausgedrückt und fortlaufend in einem hermeneutischen Zirkel gegen die Bedeutungen der Klientin ausgetauscht werden. Zum anderen entwickelt sich besseres Verstehen der Klientin durch das zunehmende Erfassen und Verstehen der lebensgeschichtlichen Perspektive (Finke 1990), also des So-geworden-Seins und der Zukunftsentwürfe dieser Person. Von besonderer Bedeutung ist es dabei, die inkongruenten Anteile von ihrer Entstehung her, nämlich als notwendige („not-wendende“) Reaktionen in einer schwer zu bewältigenden Situation zu verstehen. Es sollten also Vorstellungen davon gefunden werden, wie familiäre Struk-

turen und Atmosphären sich anfühlen, die so eng oder so bedrohlich empfunden wurden, dass die inkongruenten Reaktionen einen überlebensorientierten Ausweg daraus darstellten. Es sollten Annahmen, Bilder und Hypothesen im Therapeuten entstehen, wie eine Person weiterhin an inkongruenten Mustern festhalten und darin ihre Identität und ihre phänomenale Welt in ihrer fixierten Selbstverständlichkeit erleben kann. Ein volles Verstehen gerade von inkongruenten Persönlichkeitsstrukturen wird vielfach erst dann möglich, wenn deren Entstehung in ihrer psychologischen Notwendigkeit intuitiv nachvollzogen werden kann.

6. Vier Wege der prozessualen Diagnostik

Begriffe wie Hypothesenbildung oder Diagnostik können in unserem Zusammenhang leicht einseitig technizistisch missverstanden werden. Ich möchte daher betonen, dass es besonders wichtig ist, *auf welche Art und Weise* Personzentrierte Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu dieser Hypothesenbildung kommen und wie sie mit den Hypothesen arbeiten. Hier erweist es sich, ob die Integration bzw. die dialektische Verschränkung von personalem Begegnen und technisch-professionellem Vorgehen gelingt oder nicht. Grundsätzlich geht es dabei jedenfalls immer um unbedingt wertschätzendes und empathisches Verstehen. Dieses ist aber praktisch nie vom Anfang des Therapieprozesses an gegeben. Es soll vielmehr mittels prozessualer Diagnostik erreicht werden. Für eine prozessuale Diagnostik in der Personzentrierten Psychotherapie sehe ich vier konkrete Wege. Dabei handelt es sich um:

- *Psychologisches Verstehen aus direktem empathischen Mitfühlen*
- *Hermeneutische Empathie durch Verstehen aus der eigenen Resonanz heraus*
- *Verstehen des dysfunktionalen Beziehungsangebots der Klientin*
- *Diagnostisches Einordnen in störungsspezifische Kategorien*

6.1. Psychologisches Verstehen aus direktem empathischen Mitfühlen

Dies ist der Königsweg der Personzentrierten Psychotherapie in seiner klassischen Form. Der Therapeut kann das Erleben der Klientin empathisch mitfühlend wahrnehmen und die persönlichen Bedeutungen in deren Erlebensstrom von deren innerem Bezugsrahmen her verstehen, und zwar gerade so als ob er die andere Person wäre. Im Verlauf des fortwährenden Mitschwingens mit dem Erleben der anderen Person kommt es zu einem zunehmenden psychologischen Verstehen der Strukturen, die dieses Erleben charakterisieren und gestalten. Und indem der Therapeut dieses Verstehen in aller Offenheit für die Resonanz der anderen Person ausdrückt, prüft und erweitert er bzw. checken und erweitern beide zusammen dieses Verstehen. Mit dem zunehmenden empathischen Verstehen des

8 Zum Verständnis von Diagnostik in der Personzentrierten Psychotherapie vgl. Sauer (2001)

9 „Utilizing empathic inference to the fullest, the knowledge thus gained of the client's subjective world has led to understanding the basis of his behavior ...“ (1959a, 212).

Therapeuten wächst so zunehmend das empathische Selbstverstehen der Klientin.

Zu bedenken ist hier allerdings, dass das spontane empathische Mitfühlen des Therapeuten nur soweit reichen kann, als es ihm die Grenzen seiner eigenen Erfahrung ermöglichen. Der Therapeut muss aber andererseits auch bei ihm fremden und unverständlichen Erlebensformen zu einem empathischen Verstehen kommen und damit therapeutisch arbeiten können. Die im Folgenden vorgeschlagenen Vorgehensweisen sollen dies ermöglichen.

6.2. Hermeneutische Empathie durch Verstehen aus der eigenen Resonanz heraus

Das empathische Mitschwingen des Therapeuten hat seine Grenzen zunächst einmal dort, wo das Erleben der Klientin in ihm eine nicht-akzeptierende Resonanz weckt. Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995) haben dargelegt, dass die unbedingte Wertschätzung den funktionalen Charakter einer Kontrollbedingung für das empathische Verstehen hat. Wenn die Klientin bestimmte Gefühle oder Werthaltungen erkennen lässt, die im Therapeuten Gefühle wie etwa Angst oder Ablehnung auslösen, kann dieser seine unbedingte Wertschätzung nicht aufrecht erhalten und sein Verstehen der Klientin wird eingeschränkt. Der Therapeut kann somit an seiner vorhandenen oder fehlenden Wertschätzung den Grad seines empathischen Verstehens ablesen.

Das Nicht-wertschätzen-Können ist nun nicht als Fehler oder Versagen des personzentrierten Therapeuten anzusehen, es hat vielmehr eine ganz wesentliche diagnostische und hermeneutische Funktion für den Therapieprozess. Aus der Theorie der zwischenmenschlichen Beziehung von Rogers (1959a) ergibt sich, dass Inkongruenz von Kommunikationspartnern besser wahrgenommen werden kann, als vom Betroffenen selbst, und dass Inkongruenz bei Kommunikationspartnern tendenziell negative Reaktionen auslöst. Die Spirale einer durch Inkongruenz zunehmend gestörter werden Beziehung ist allerdings unterbrechbar, wenn der Kommunikationspartner kongruent genug ist, um der Inkongruenz des anderen gewahr zu werden. Auf die Therapiesituation übertragen bedeutet dies, dass der Therapeut die Inkongruenz der Klientin tendenziell besser spüren und wahrnehmen kann als diese selbst.

Der Zugang dazu eröffnet sich vorzugsweise in den nicht-wertschätzenden und nicht-verstehenden Reaktionen des Therapeuten. Wenn es ihm gelingt, dieser Reaktionen selbstwertschätzend und exakt gewahr zu werden und wenn es ihm weiter gelingt, in aller Redlichkeit auszumachen, welches Erleben und Agieren der Klientin genau seine Resonanz ausgelöst haben mag, bekommt er eine Ahnung davon, was bei der Klientin inkongruent sein könnte. Und damit beginnt er, Hypothesen von deren Persönlichkeitsstruktur zu bilden. In dem Maß, in dem in der Folge die darin enthaltenen Bedeutungen vom Therapeuten probeweise ausgedrückt und in

einem hermeneutischen Zirkel gegen die Bedeutungen der Klientin ausgetauscht werden, entwickelt sich aus dem Verstehen der eigenen nicht-wertschätzenden Resonanz des Therapeuten hermeneutische Empathie¹⁰ für die Klientin.

Für ein derartiges Vorgehen wurden im Übrigen innerhalb der Personzentrierten Richtung bereits einige spezifische Konzepte entwickelt. Ich verweise hier auf die sogenannte Interaktionelle Orientierung (van Kessel/van der Linden 1991; van Kessel/Keil 2002) oder auf die prozessuale Diagnostik durch szenische Rekonstruktion von Karl Sommer (2001).

6.3. Verstehen des dysfunktionalen Beziehungsangebots der Klientin

Die Möglichkeit des Therapeuten, die eigenen nicht-wertschätzenden Reaktionen wahr- und ernst zu nehmen, kann ebenfalls auf Grenzen stoßen. Eine solche Grenze wird erreicht, wenn der Klient in einer Weise auf den Therapeuten reagiert, in welcher dieser sich überhaupt nicht wiederfinden oder sehen kann, oder wenn der Klient den Therapeuten in eine Rolle drängen möchte bzw. in einer Rolle auf keinen Fall haben kann, die für den Therapeuten gänzlich unmöglich ist. Es kann hier beispielsweise an Erlebensformen und Reaktionen von Personen mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen, borderline-artigen Erlebensmustern u. Ä. gedacht werden.

Sachse (1997) bezeichnet solche Reaktions- und Erlebensmuster als dysfunktionale Interaktionsstile und sieht diese als Kern der sogenannten Persönlichkeitsstörungen. Ein dysfunktionaler Interaktionsstil wird klar, wenn der Therapeut sich bewusst macht, was genau der Klient auf der Ebene seiner (unbewussten) Interaktionsdynamik vom Therapeuten wollen bzw. nicht haben kann. Was möchte der Klient, das ich glauben oder tun soll? Was möchte der Klient, was ich auf keinen Fall denken, glauben oder tun sollte? Es geht also darum, die Position des für den Klienten bedeutsamen (imaginären, gewünschten) Anderen zu erfassen. Der Selbstpsychologe James Fosshage (1999) nennt dies „Zuhören aus der Position des (für den Patienten) bedeutungsvollen Anderen“ im Unterschied zum „empathischen Modus der Wahrnehmung“.

Eine gute Hilfe zum Verstehen solcher dysfunktionaler Beziehungsangebote bietet Margaret Warners Konzept der „fragile processes“ (1991; 1997). Dabei werden diese dysfunktionalen Interaktionsformen zurückgeführt auf fragile Formen des Processings eigenen Erlebens. Die Fragilität besteht darin, dass eigenes Erleben nicht innerlich in empathischer Aufmerksamkeit gehalten werden kann und dass die Perspektiven von Kommunikationspartnern innerlich nicht ohne die Angst, dass dabei die eigenen Erfahrungen völlig

10 Eine ausführliche Darstellung des Konzepts der Hermeneutischen Empathie findet sich in Keil (1997), eine kritische Ergänzung dazu in Spielhofer (1999).

vernichtet werden, übernommen werden können. Besonders von Letzterem her wird es verständlich, warum viele kommunikative Reaktionen eines Gegenüber so bedrohlich empfunden und abgewehrt werden müssen. Dieses völlig ungenügende Processing eigenen Erlebens wird zurückgeführt auf gravierende Mankos im Erleben von Empathie durch die relevanten frühkindlichen Bezugspersonen. In ähnlicher Weise haben auch Biermann-Ratjen / Eckert / Schwartz (1995) die sogenannten frühen Störungen definiert und als existenzielle Blockaden und Stagnationen bei der Entwicklung des Selbst beschrieben. Um dies besser verstehen zu können, ist somit der Einbezug der lebensgeschichtlichen Perspektive unerlässlich.

Was das therapeutische Vorgehen betrifft, ist es hier besonders wichtig, dass der Therapeut ohne Ablehnung oder Aggressivität eine kontinuierlich wertschätzende und empathische Beziehung aufrecht erhalten kann. Nur unter solchen Bedingungen kann ein Nachreifen der blockierten und abgebrochenen Entwicklung des Selbst der betroffenen Person in Gang kommen. Zusätzlich ist es wesentlich, dass der Therapeut – wie es etwa Sachse (1997) formuliert hat – dabei die ihm auf der Ebene des Interaktionsspiels zugeordnete komplementäre Rolle zwar voll und ganz wahrnehmen muss, aber sie in keiner Weise einnehmen und erfüllen darf, da sonst jede therapeutische Veränderung ausgeschlossen würde.

6.4. Diagnostisches Einordnen in störungsspezifische Kategorien

Das Bemühen um empathisches Verstehen kann über alle bisher beschriebenen Möglichkeiten hinaus immer noch an die Grenzen von fremden und nicht mitvollziehbaren Erlebens- und Verhaltensformen stoßen. Hier ist nicht nur etwa an psychotisches oder „prä-expressives“ (Prouty 1998) Erleben zu denken, sondern auch an die hartnäckige Nicht-Veränderung von Erlebensmustern oder an kaum nachvollziehbare Motive und Impulse innerhalb von sonst gut mitfühlbarem Erleben. Ein Beispiel für Letzteres bilden etwa die von Ute und Johannes Binder (1991) so hervorragend beschriebenen Motivbildungen wie Ewigkeitsnorm, Basisharmonie, Omnipotenzpflicht u. a. m. im Rahmen von depressivem Erleben. Ähnliches lässt sich in fast allen Störungsformen finden. Darüber hinaus sind auch Erlebensformen, bei welchen massiv-negative emotionale Schemata („primary maladaptive emotions“ nach Greenberg / Rice / Elliott 1993) aktiviert werden, wie sie bei grundlegenden frühen Bindungsstörungen, nach Missbrauch oder nach Trauma-Erfahrungen entstehen, ebenfalls schwer bis gar nicht wirklich mitvollziehbar.

Bei derartigem Erleben und Verhalten gilt, dass unbedingte Wertschätzung und empathisches Verstehen ohne ein genügendes klinisches Wissen um die Motive, Formen und Entstehungssituationen dieser Erlebensformen kaum möglich sind. Dies bedeutet, dass der Psychotherapeut solche Erlebensformen zunächst überhaupt erst einmal einer zutreffenden störungsspezifischen Kategorie in der Art einer Status-Diagnose zuordnen muss. Der Begriff der

Status-Diagnose ist hier allerdings insofern missverständlich, als es eben nicht um eine Etikettierung, sondern um den Beginn eines wechselseitigen Verstehensprozesses geht. „Überall, wo Erleben und Verhalten den gewöhnlichen Kommunikationsstandards und den alltagsweltlich eingespielten Bedeutungszuschreibungen nicht mehr entsprechen, wo es also zunächst ‚unverständlich‘ ist, kann das ‚Vor-Wissen‘ um solche Störungen den verstehenden Zugang zu diesen Patienten erleichtern“ (Finke / Teusch 2002, 154). Empathie wird hier also erst durch „mitfühlendes Wissen“¹¹ ermöglicht.

Im therapeutischen Umgang mit den hier gemeinten Erlebensformen muss unbedingt beachtet werden, dass es dabei oft wichtig ist, dieses Erleben nicht noch zu intensivieren, zu vertiefen oder ausführlich zu explorieren. Dies gilt speziell für „maladaptive emotion schemes“, basale negative Erfahrungen, für die ein besserer bzw. erträglicher Umgang gefunden werden muss und die nicht immer wieder neu belebt werden sollen. Darüber hinaus hat Prouty (1998) eindrücklich beschrieben, dass psychotisches oder geistig behindertes Erleben zu einem großen Teil präsymbolisches Erleben ist, d. h. ein Erleben, in welchem die Person zu sich selbst noch keinen wirklichen Kontakt hat und daher auch mit Anderen nicht in Kontakt kommen kann. Hier geht es zunächst darum, die relevanten Kontaktfunktionen wieder herzustellen. Proutys Prätherapie bietet hierfür ein hervorragendes theoretisches und praxeologisches Konzept. Es dürfte jedenfalls einleuchtend sein, dass das therapeutische Vorgehen in diesem gesamten Bereich sich wesentlich an störungsspezifischen Konzepten orientieren muss.

7. Therapeutisches Handwerkszeug

Die entscheidende und wesentliche Grundlage für die Personenzentrierte Psychotherapie bilden bestimmte persönliche Einstellungen auf Seiten des Therapeuten. Rogers weist aber auch explizit darauf hin, dass eine Grundeinstellung allein, ohne passende Methoden nichts bewirkt. Es „kann der Berater, dessen Einstellungen so beschaffen sind, dass sie die Therapie fördern, nur teilweise erfolgreich sein, wenn sich seine Einstellungen nur unzulänglich in geeigneten Methoden und Techniken durchführen lassen“ (1951a, 34).¹²

Um die Bedeutung der Grundhaltung zu sichern, wurden Methoden und Techniken im Rahmen der Personenzentrierten Psychotherapie jedoch immer wieder (auch z. T. von Rogers selbst) abgewertet oder gänzlich abgelehnt. Dem möchte ich entgegenhalten, dass es in professioneller wie in ethischer Hinsicht unververtretbar ist, auch nur den Anschein zu erwecken, Personenzentrierte Therapie könne ohne methodische Kompetenz oder ohne professionelle Kommunikations-

11 Dieser Begriff wurde von Jochen Eckert (1985) geprägt.

12 „... the counselor whose attitudes are of the type which facilitate therapy may be only partially successful, because his attitudes are inadequately implemented by appropriate methods and techniques.“ (Rogers 1951a, 19f.).

fertigkeit betrieben werden. Die Entwicklung therapeutischer Interventionsformen kann nicht einfach der Intuition des Augenblicks bzw. der individuellen Kreativität des einzelnen Therapeuten überlassen werden. Abgesehen davon, dass dies auch eine ungerechtfertigte Überforderung für den Einzelnen darstellen würde, muss therapeutisches Handeln immer *theoriegeleitet* sein. Genauer gesagt: es ist dabei immer die dialektische Verschränkung und Integration von zwei Gegenpolen gefordert. Therapeutisches Handeln muss intuitives und persönliches Sich-auf-den-Anderen-Einlassen sein und sich zugleich als aus einem überindividuell überprüften Konzept ableitbar erweisen.¹³

Es sollte klar sein, dass hier nicht die Verwendung bestimmter einzelner Techniken wichtig ist, sondern eine generelle professionelle Fähigkeit, die erst gelernt und ausgebildet werden muss. Für diese professionelle Fähigkeit verwende ich auch die Bezeichnung *therapeutisches Handwerkszeug*.

7.1. Zugänge zu innerem Erleben

Die wichtigste Fähigkeit eines personzentrierten Therapeuten sehe ich darin, dass er den für Psychotherapie nötigen Erlebensprozess ermöglichen, aufrecht erhalten, gestalten und vertiefen kann. Welche Wege dafür generell genommen werden können, haben etwa Greenberg/Rice/Elliott (1992) umrissen, indem sie vier Zugänge der Person zum eigenen inneren Erleben ausgemacht haben. Der Therapeut sollte dabei wahrnehmen, welche Zugänge für welche Klientin in welchen Situationen angebracht und hilfreich sind. Die vier Zugänge sind:

- Aufmerksames Gewahren von Sinnesempfindungen und Körpersituationen
- Bewusstes und aktives Ausdrücken von innerem Empfinden
- Bewusst erlebter Kontakt mit dem Gegenüber, ohne dabei das eigene innere Erleben zu verlieren
- Direkte Bezugnahme auf das innere Erleben (i. S. des Felt Sense) sowie Explizieren der persönlichen Bedeutung (i. S. von „*carrying forward*“ und „*felt shift*“)

7.2. Ebenen von Symbolisierung

Die Entwicklung vom noch unklar-bedeutungsvollen Felt Sense zum bewussten Gewahrsein persönlicher Bedeutung stellt die wichtigste

Form von Symbolisierung inneren Erlebens dar. Es ist dabei jedoch zu beachten, dass dieser Symbolisierungsprozess nicht in einem einzigen Schritt vom impliziten Fühlen zum sprachlich gefassten Gewahrsein besteht. Dieser Prozess umfasst vielmehr viele Zwischenstufen der Symbolisierung inneren Erlebens. Der ganze Reichtum und die Vielfalt menschlicher Ausdrucksformen und bedeutungstragender Symbolisierungen sind hier mit einzubeziehen. Als solche Zwischenstufen oder Ebenen von Symbolisierung erachte ich etwa die folgenden:

- Nonverbale Ausdrucksformen (Mimik, Gestik, aber auch individuelle Bilder, Töne, Musik, Tanz u. Ä.)
- Alle Formen von Imagination (Fantasien, Personifizierung von eigenen Impulsen und anderen Ich-Teilen, kreative Gestaltungen, Szenen, Spiele u. v. a. m.)
- Kognitive Konstrukte (Selbstbilder, persönliche Glaubenssätze usw.)
- Emotionen (was Gefühle mir sagen, was hinter ihnen verborgen ist usw.)
- Träume
- Körperliche Prozesse und Gestalten (Körpergestalt, Bewegungsformen, Krankheiten und Gesundheit usw.)
- Gestaltung der eigenen Beziehungen und des eigenen sozialen Netzes
- Gestaltung und Umgang mit den eigenen realen Lebenswelten

Der Therapeut sollte dementsprechend auf allen diesen Ebenen von Symbolisierung arbeiten können. Er muss dabei grundsätzlich zwei Fähigkeiten haben. Einmal muss er fähig sein, den Felt Sense der Klientin (besonders dann, wenn dieser sich nicht von selbst einstellt) hervorzurufen und zu berühren, d. h. er muss verstehen, dass und wie man über schon gegebene oder auch nur fantasierte Symbolisierungen zu einem weiteren Felt Sense kommt. Zum Anderen muss er die Explikation und Entfaltung von Symbolen in der Vielfalt und Differenziertheit von persönlicher Bedeutung und Sinnfindung begleiten können. Es geht dabei nicht um einen Maximalanspruch in dem Sinn, dass jeder Therapeut in jeder Therapie über alle Formen von künstlerischer Gestaltung verfügen müsste, sondern darum, dass ausgehend von den eigenen Vorlieben und Neigungen ein ausreichendes, kommunikatives Repertoire für eine wirklich Personzentrierte Psychotherapie erworben und ausgebildet wird.

7.3. Ebenen des therapeutischen Prozesses

Wenn der Personzentrierte Therapeut mit dem inneren Erleben arbeiten soll, dann ist es ganz wichtig, zu verstehen, ob und wann und in welcher Form der Klientin der Umgang mit ihrem inneren Erleben jeweils möglich ist bzw. werden kann. Für die Entwicklung geeigneter Kriterien hierfür scheint mir die Sichtweise von Rainer Sachse (1992; 2002) hilfreich, der den therapeutischen Prozess unter drei Perspektiven betrachtet. Sachse unterscheidet drei Ebenen, auf

¹³ Auf einer konkreteren Ebene hat Tschudin (1992) die Integration der Gegenpole in seinem Konzept einer Differenziellen Klientenzentrierten Therapie dargestellt. Demnach soll jede therapeutische Intervention immer zugleich sowohl das „Basisverhalten“ (z. B. Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung) als auch die jeweilige „differenzielle“ therapeutische Intention (z. B. Konfrontation vs. Bestätigung) zum Ausdruck bringen.

denen der Therapeut spezifische Informationen gewinnen, spezifische therapeutische Ziele verfolgen und spezifische Interventionen setzen kann. Diese drei Ebenen sind:

- die Inhaltsebene
- die Bearbeitungsebene
- die Beziehungsebene

Inhaltsebene meint dabei die gesamte Auseinandersetzung und Explikation im Erleben von Problemen, Motiven, Gefühlen, Situationen usw., während auf der Bearbeitungsebene die Aufmerksamkeit darauf gerichtet wird, *wie* die Klientin (und der Therapeut) sich mit diesen Inhalten auseinandersetzen. Die Bearbeitungsebene stellt somit ebenso wie die Beziehungsebene eine Meta-Ebene für die Inhaltsebene dar. Das bedeutet, dass es notwendig ist, immer dann auf die Metaebene zu wechseln, wenn das fortlaufende empathische Erleben und das Gewährwerden von dessen Bedeutungen gestört, blockiert oder noch gar nicht möglich ist. Es müssen dann zunächst die Formen von Blockierung und Vermeidung (auf der Bearbeitungsebene) oder von dysfunktionaler Interaktion (auf der Beziehungsebene) wahrgenommen, angenommen, in ihrem Sinn verstanden und damit allmählich verändert werden.

Zum Handwerkszeug des Therapeuten sollte es dementsprechend gehören, dass er verschiedenste Formen von dysfunktionalem Erlebens-Processing oder von dysfunktionaler Beziehungsgestaltung sensibel wahrnehmen und verstehen kann, sowie dass er genügend spezifische Vorgehensweisen zur Verfügung hat oder entwickeln kann, um damit therapeutisch umzugehen.

7.4. Phasen des therapeutischen Prozesses

Hans Swildens (1991; 2002) hat eine existenzielle Perspektive von den Blockaden und Störungen ausgearbeitet, die ein authentisches Erleben und ungestörtes Gewährwerden auf der Inhaltsebene verhindern. Demnach stagniert dann, je nach gegebener Psychopathologie, Persönlichkeitsstruktur und Eigenart des inneren Erlebens, im Wesentlichen der *existenzielle „Prozess, der die Person ist“*. Psychotherapie soll die Wiederaufnahme dieses Werdensprozesses ermöglichen. Dazu muss aber überhaupt erst der existenzielle Bedeutungszusammenhang der Symptome erkundet bzw. die Bereitschaft und Motivation des Klienten hiezu geweckt und gefunden werden. Die existenziell-phänomenologische Betrachtungsweise des therapeutischen Geschehens ergibt dabei die Unterscheidung von Prozessphasen, die von sehr unterschiedlichen Zielsetzungen und Vorgangsweisen gekennzeichnet sind. Swildens definiert hier neben der Prämotivations- und der Symptomphase, die eigentlich als Prätherapie aufzufassen sind, die Konflikt-, die existenzielle und die Abschiedsphase.

Darüber hinaus möchte ich darauf hinweisen, dass jeder Therapieverlauf in seiner gesamten Eigenart immer erst spezifisch konstituiert werden muss. Dazu gehört etwa zu Beginn, dass in den Erst-

kontakten und im Erstgespräch die Indikation abgeklärt, das Setting bestimmt, ein Therapievertrag erarbeitet und die Aushandlung der Therapieziele begonnen wird, was sich ja auch noch weit in den Therapieverlauf hinein erstrecken kann. Für den Therapeuten beginnt gleichzeitig die fortlaufende prozessuale Diagnostik, die Bildung und Weiterentwicklung von Hypothesen zur Persönlichkeitsstruktur der Klientin und die dementsprechende Therapieplanung. Gegen Ende der Therapie geht es darum, eine eigene Phase einzurichten, in der das gemeinsam Erlebte im Hinblick auf die Ziele reflektiert werden und dann auch bewusst Abschied genommen werden kann.

Alle diese verschiedenen Phasen in ihrer tieferen Bedeutung zu verstehen und adäquat konstituieren und gestalten zu können gehört ebenfalls zum therapeutischen Handwerkszeug.

8. Schlussbemerkung

Nach diesen kurzen Hinweisen auf das für eine Personzentrierte Psychotherapie nötige therapeutische Handwerkszeug möchte ich mein Anliegen für eine erweiterte Ausformulierung der Therapetheorie noch einmal abschließend zusammenfassen. Carl Rogers hat das Verständnis von Psychotherapie sozusagen vom Kopf auf die Füße gestellt. Psychotherapie ist demnach eine persönliche Beziehung, die wesentlich von einer bestimmten operationalen Philosophie, von einer Seinsweise, getragen ist. Diese Grundanschauung hat Rogers immer wieder in Form einer zentralen Hypothese seines Ansatzes zu formulieren versucht. Die letzte Fassung davon lautet: „Der oder die einzelne besitzt in sich selbst unermeßliche Hilfsmittel für das Verständnis seiner oder ihrer selbst, für die Änderung des Selbstkonzepts, der Einstellungen und des selbstbestimmten Verhaltens – und: Diese Mittel können erschlossen werden, wenn nur ein definierbares Klima förderlicher psychologischer Haltungen zur Verfügung gestellt werden kann“ (1986h, 239).¹⁴ Dieses Beziehungsklima hat Rogers in seinen sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie definiert. Dabei werden die therapeutischen Grundhaltungen betont und die eigentlichen fachlichen bzw. klinischen Aspekte bleiben im Hintergrund. Wenn dieser Hintergrund aber nicht gesehen wird, kommt es zu einem eindimensionalen Missverständnis in Richtung professioneller Inkompetenz. Mein Anliegen ist es hingegen, die klinische Potenz der Personzentrierten Therapie zum Ausdruck zu bringen und v. a. der praktischen Umsetzung der Personzentrierten Therapie eine adäquate konzeptuelle Hilfestellung zu bieten.

14 „It is that the individual has within himself or herself vast resources for self-understanding, for altering his or her self-concept, attitudes, and self-directed behavior – and that these resources can be tapped if only a definable climate of facilitative psychological attitudes can be provided“ (Rogers 1986h, 197).

Literatur

- Baumann, U. (2000), Wissenschaftlich anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren – was ist das?, in: *Fundamenta Psychiatrica* 4, 14, 162–171
- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J./Schwartz, H.-J. (1995), *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. 7. Aufl., Stuttgart (Kohlhammer)
- Binder, U./Binder, J. (1991), Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie. Schizophrene Ordnung, Psychosomatisches Erleben, Depressives Leiden, Eschborn (Klotz)
- Brodley, B./Brody, A. (1996), Can one use techniques and still be Client-centered?, in: Hutterer, R./Pawlowsky, G./Schmid, P.F./Stipsits, R. (Hg.), *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion*, Frankfurt/M. (Lang) 369–374
- Corsini, R.J. (1983), *Handbuch der Psychotherapie*. 2 Bde, Weinheim (Beltz) bzw. Weinheim (Psychologie Verlags-Union) 1994⁴, 471–512
- Eckert, J. (1985), Reicht das klientenzentrierte Konzept in seiner Allgemeinheit aus oder brauchen wir auch störungsspezifische Ansätze?, in: *GwG-info* 59, 115–122
- Finke, J. (1990), Die lebensgeschichtliche Perspektive im klientenzentrierten Therapieprozeß, in: Meyer-Cording, G./Speierer, G.-W. (Hg.), *Gesundheit und Krankheit*, Köln (GwG) 115–129
- Finke, J. (1999), Das Verhältnis von Krankheitslehre und Therapietheorie in der Gesprächspsychotherapie, in: *PERSON* 3, 2, 131–138
- Finke, J./Teusch, L. (2002), Die störungsspezifische Perspektive in der Personzentrierten Psychotherapie, in: Keil, W.W./Stumm, G. (Hg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie*, Wien (Springer) 147–162
- Fosshage, J. L. (1999), Zuhör- und Erlebensperspektiven im Hinblick auf die fördernde Responsivität, in: Bartosch, E./Hinterhofer, H./Pellegrini, E. (Hg.), *Aspekte einer neuen Psychoanalyse. Ein selbstpsychologischer Austausch*, Wien-New York (Verlag Neue Psychoanalyse) 21–36
- Gendlin, E. T. (1962), *Experiencing and the creation of meaning. A philosophical and psychological approach to the subjective*, New York (Free Press of Glencoe)
- Gendlin, E. T. (1964), A theory of personality change, in: Worchel, P./Byrne, D. (Eds.), *Personality change*, New York (Wiley) 206–247; dt.: Eine Theorie der Persönlichkeitsveränderung, in: Bommert, H./Dahlhoff, H.-D. (Hg.), *Das Selbsterleben in der Psychotherapie*, München (Urban & Schwarzenberg) 1978, 1–62
- Gendlin, E. T. (1974), *Client-centered and experiential psychotherapy*, in: Wexler, D.A./Rice, L.N. (Eds.), *Innovations in client-centered therapy*, New York (Wiley) 211–246
- Gendlin, E.T./Rogers, C. R. (1967), The conceptual context, in: Rogers, C. R./Gendlin, E. T./Kiesler, D.J./Truax, C.B. (Eds.), *The therapeutic relationship and its impact. A study of psychotherapy with schizophrenics*, Madison (University of Wisconsin Press) 3–22
- Greenberg, L.S./Rice, L.N./Elliott, R. (1993), *Facilitating emotional change. The moment-by-moment process*, New York (Guilford Press)
- Keil, W.W. (1997), Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Therapie, in: *PERSON* 1, 1, 5–13
- Keil, W.W. (2001), Das für Psychotherapie notwendige Erleben. Oder: Personzentrierter und Experienzieller Ansatz gehören zusammen., in: *PERSON* 5, 2, 90–97
- Prouty, G. (1998), Die Grundlagen der Prä-Therapie, in: Prouty, G./Pörtner, M./van Werde, D., *Prä-Therapie*, Stuttgart (Klett-Cotta) 15–83
- Prouty, G. [1999] (2001), Carl Rogers und die experienziellen Therapieformen: eine Dissonanz?, in: *PERSON* 5, 1, 52–58
- Rogers, C. R. (1951a), *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory*, Boston (Houghton Mifflin); dt.: *Die klient-bezogene Gesprächspsychotherapie*, München (Kindler) 1973; ab 1983: *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*, Frankfurt/M. (Fischer)
- Rogers, C. R. (1957a), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: *Journal of Consulting Psychology* 21, 2, 95–103; dt.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: Rogers, C. R./Schmid, P.F., *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*, Mainz (Grünewald) 1991, 165–184
- Rogers, C. R. (1959a), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, S. (Ed.), *Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context*, New York (McGraw Hill) 184–256; dt.: *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*, Köln (GwG) 1987
- Rogers, C. R. (1961a), On becoming a person. A therapists view of psychotherapy, Boston (Houghton Mifflin); dt.: *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*, Klett-Cotta (Stuttgart) 1973
- Rogers, C. R. (1975a), Empathic – An unappreciated way of being, in: *The Counseling Psychologist* 5, 2, 2–10; dt.: Eine neue Definition von Einfühlung, in: Jankowski, P./Tschulin, D./Fietkau, H.J./Mann, F. (Hg.), *Klientenzentrierte Psychotherapie heute*, Göttingen (Hogrefe) 1976, 33–51; auch: Empathie – eine unterschätzte Seinsweise, in: Rogers, C. R./Rosenberg, R.L. (1980), *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*, Stuttgart (Klett-Cotta) 75–93
- Rogers, C. R. (1980b), *Client-centered psychotherapy*, in: Kaplan, H.I./Sadock, B.J./Freedman, A.M. (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry, III*, Baltimore, MD (Williams and Wilkins) 2153–2168; dt.: *Klientenzentrierte Psychotherapie*, in: Rogers, C. R./Schmid, P.F., *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*, Mainz (Grünewald) 1991, 185–237
- Rogers, C. R. (1986h), A client-centered/person-centered approach to therapy, in: Kutash, I. L./Wolf A. (Eds.), *Psychotherapist's casebook. Theory and technique in the practice of modern times*, San Francisco (Jossey Bass) 197–208; dt.: Ein klientenzentrierter bzw. personzentrierter Ansatz in der Psychotherapie, in: Rogers, C. R./Schmid, P.F., *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*, Mainz (Grünewald) 1991, 238–256
- Rogers, C. R./Rosenberg, R. L. (1980), *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Sachse, R. (1992), *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. Eine grundlegende Neukonzeption*, Göttingen (Hogrefe)
- Sachse, R. (1997), *Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*, Göttingen (Hogrefe)
- Sachse, R. (2002), *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie*, in: Keil, W.W./Stumm, G. (Hg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie*, Wien (Springer) 265–284
- Sauer, J. (2001), *Unterschiedliche Vorgangsweisen der Diagnostik in der Klientenzentrierten Psychotherapie*, in: Frenzel, P./Keil, W.W./Schmid, P. F./Stölzl, N. (Hg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*, Wien (Facultas) 205–225
- Schmid, P.F. (2002), *Anspruch und Antwort. Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person*, in: Keil, W.W./Stumm, G. (Hg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie*, Wien (Springer) 75–105

- Sommer, K. (2001), Prozessuale Diagnostik durch szenische Rekonstruktion, oder die Kunst, Geschichte(n) zu verstehen, in: Frenzel, P./Keil, W.W./Schmid, P.F./Stölzl, N. (Hg.), Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen, Wien (Facultas) 191–204
- Speierer, G.-W. (1994), Das differentielle Inkongruenzmodell, Heidelberg (Asanger)
- Speierer, G.-W. (2002), Das Differentielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie, in: Keil, W.W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien (Springer) 163–185
- Spielhofer, H. (1999), Empathie, hermeneutisches Verstehen oder Konstruktion? Das Erkenntnisverfahren in der Klientenzentrierten Psychotherapie, in: PERSON 3, 2, 122–130
- Swildens, H. (1991), Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differentielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen, Köln (GwG)
- Swildens, H. (2002), Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie, in: Keil, W.W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien (Springer) 187–206
- Tausch, R. (1989), Die Ergänzung der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie durch andere psychotherapeutische Methoden: eine klientenzentrierte Notwendigkeit, in: Behr, M./Petermann, F./Pfeiffer, W.M./Seewald, C. (Hg.), Jahrbuch für personenzentrierte Psychotherapie und Psychologie Bd. 1, Salzburg (Otto Müller) 257–269
- Tausch, R. (1991), Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und klientenorientiertes Psychotherapieprogramm. Fortschritte in Theorie und Praxis, in: Behr, M./Esser, U. (Hg.), „Macht Therapie glücklich?“ Neue Wege des Erlebens in klientenzentrierter Psychotherapie, Köln (GwG) 239–262
- Tausch, R. (1994), Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie: Notwendigkeit der Ergänzung und Möglichkeiten der Kombination, in: Behr, M./Esser, U./Petermann, F./Sachse, R./Tausch, R. (Hg.), Jahrbuch Personenzentrierte Psychotherapie und Psychologie Bd. 4, Köln (GwG) 145–162
- Tscheulin, D. (1992), Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention, Göttingen (Hogrefe)
- van Kessel, W./Keil, W.W. (2002), Die Interaktionelle Orientierung in der Klientenzentrierten Psychotherapie, in: Keil, W.W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien (Springer) 163–185
- van Kessel, W./van der Linden, P. (1991), Die aktuelle Beziehung in der klientenzentrierten Psychotherapie: der interaktionelle Aspekt, in: GwG-Zeitschrift 90, 18–28
- Warner, M.S. (1991), Fragile process, in: Fusek, L. (Ed.), New directions in client-centered therapy. Practice with difficult client populations, Chicago (The Chicago Counseling and Psychotherapy Center) 41–58
- Warner, M.S. (1998), Does empathy cure? A theoretical consideration of empathy, processing, and personal narrative, in: Bohart, A.C./Greenberg, L.S. (Eds.), Empathy reconsidered. New directions in psychotherapy, Washington, DC (American Psychological Association) 125–140

Autor:

Keil, Wolfgang Walter, 1937, Mag. rer. soc. oec., lect. theol., freiberuflicher Klientenzentrierter Psychotherapeut in Wien, Ausbilder, Lehrtherapeut und Ehrenobmann der „Österreichischen Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung“ (ÖGwG), Gruppentherapeut und Gruppendynamiktrainer im „Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik“ (ÖAGG)

Korrespondenzadresse:

*Mag. Wolfgang W. Keil
Albertg. 39/6
A-1080 Wien
E-Mail: wolfgang.keil@aon.at*

Margaret S. Warner

Psychologischer Kontakt, bedeutungstragende Prozesse und die Natur des Menschen. Eine Neuformulierung personzentrierter Theorie¹

Zusammenfassung²: Margaret Warner möchte in diesem Beitrag das personzentrierte Konzept vom menschlichen Kontakt umfassend neu formulieren und dessen Bedeutung für das gesamte Menschenbild des Ansatzes aufzeigen. Zunächst würdigt sie Rogers' minimale Definition vom „psychologischen Kontakt“ sowie Proutys Ausweitung und Verschiebung derselben. Dabei wird der essenzielle Zusammenhang von psychologischem Kontakt mit dem Verarbeiten („processing“) von organismischer Erfahrung bzw. dem Definieren von deren Bedeutung herausgearbeitet. Diese Prozesse dürfen weder mechanistisch (wie Ursache-Wirkungs-Sequenzen) noch so verstanden werden, als ob dabei unterschwellig prä-existierende („verdrängte“) Phänomene eine Rolle spielten. Die Sichtweise, dass wir fähig sind, innerhalb zwischenmenschlicher Interaktion vielfältig disparate Erfahrungen integrativ in ihrer Bedeutung zu erfassen und diese Bedeutungen kreativ immer neu zu reorganisieren, wird gestützt durch Hypothesen der Evolutionspsychologie (bereichsübergreifendes Denken) und der Bindungstheorie (Lernen von kulturell adäquatem Aushandeln von Bedeutung). Dementsprechend definiert Warner Kontakt als grundlegende Fähigkeit des Organismus, sich (zu sich selbst wie mit anderen) bedeutungsvoll gegenwärtig erleben zu können. Es wird ausführlich dargelegt, welche Rolle dabei „weiche“ Bedeutungen wie subjektive Motive, Selbst(bilder) usw. spielen und wie aus diesen immer ein kohärenter und vielen Zwecken zugleich dienender Bedeutungszusammenhang („multi-purpose narrative“) geschaffen werden kann. Damit werden gleichzeitig viele Aspekte des personzentrierten Verständnisses von der Natur Menschen konkretisiert, geklärt und integriert. Abschließend erörtert die Autorin ihr aus diesem Ansatz entwickeltes einfühlsames Verständnis von Personen mit Störungen im Verarbeiten von Erfahrungen und im Kontakt („fragile process“, „dissociate process“) und umreißt den personzentrierten therapeutischen Umgang mit ihnen.

Stichwörter: Aushandeln von Bedeutung (negotiation of meaning), bedeutungsvolles Gegenwärtig-Sein (meaningful presence), bereichsübergreifendes Verarbeiten (cross-domain processing), dissoziatives Verarbeiten (dissociative process), fragiles Verarbeiten (fragile process), Personzentrierter Ansatz, psychologischer Kontakt, Verarbeiten (processing) von Erfahrung, Vielweckerzählungen (multi-purpose narrative), weiche Bedeutungen (soft meanings)

Résumé : *Contact psychologique, processus créateur de sens et la nature de l'être* – Une reformulation de la théorie centrée sur la personne – Dans cet article, Margaret Warner souhaite reformuler globalement le concept du contact humain centré sur la personne et en montrer l'importance pour la conception globale de l'être qui caractérise l'approche. Dans un premier temps, elle apprécie la définition minimale de Rogers du « contact psychologique » de même que l'extension et la transformation que fait Prouty de cette définition. Ceci met en relief la corrélation essentielle entre le contact psychologique et le processing de l'expérience organismique, plus exactement de la définition de sa signification (negotiation of meaning). Ces processus ne doivent être compris ni de manière mécaniste (comme des séquences cause – effet) ni comme si des phénomènes préexistants (« refoulés ») y jouaient un rôle à un niveau subliminal. La façon de voir que nous sommes capables d'appréhender, à l'intérieur des interactions relationnelles, des expériences diverses et disparates de manière intégrative dans leur signification, et de réorganiser toujours ces signifiants de manière créative, est étayée par des hypothèses issues de la psychologie évolutive (réflexion trans-domaines) et de la théorie de l'attachement (négociation de sens culturellement adéquat). En conséquence, Warner définit le contact comme capacité fondamentale de l'organisme de pouvoir s'expérimenter (par rapport à soi-même comme avec les autres) de manière chargée de sens dans le moment

1 Original: „Psychological contact, meaningful process, and human nature. A reformulation of person-centered theory, in: Wyatt, G./Sanders, P. (Eds.), Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Vol. 4: Contact and perception, Ross-on-Wye (PCCS Books) 76–95; ins Deutsche übersetzt von Margarethe Letzel

2 Zusammenfassung von Wolfgang W. Keil

présent (meaningfully present). Il est exposé de manière détaillée quel rôle les signifiants « souples » (« soft » meanings) tels que les motifs subjectifs, les (images) de soi etc. jouent là-dedans et comment à partir de là une suite de signifiants cohérents et servant en même temps de nombreux objectifs (multi-purpose narrative) peut toujours être créée. De nombreux aspects de la compréhension de la nature humaine centrée sur la personne sont ainsi en même temps concrétisés, clarifiés et intégrés. En conclusion, l'auteure explique sa compréhension sensible, développée à partir de cette approche, de personnes souffrant de troubles du processing des expériences et dans le contact avec les autres (fragile process, dissociate process) et donne un aperçu de la relation thérapeutique centrée sur la personne avec elles.

Mots-clés: *Négociation de sens (negotiation of meaning), présence chargée de sens (meaningful presence), processing trans-domaines (cross-domain processing), processing dissociatif (dissociative process), traitement fragile (fragile process), approche centrée sur la personne, contact psychologique, processing des expériences, histoire à objectifs multiples (multi-purpose narrative), signifiants souples (soft meanings)*

Die personzentrierte Auffassung von psychologischem Kontakt bietet eine humanisierende Alternative zu den Sichtweisen von schweren Störungen, die in der klinischen Psychologie vorherrschen. Und obwohl das Konzept über den Kontakt oft ignoriert wird, kann diese erste der „notwendigen und hinreichenden Bedingungen zur Persönlichkeitsveränderung“ (Rogers 1957) als Grundlage für die gesamte personzentrierte Sichtweise von der menschlichen Natur betrachtet werden. Um dieses Potenzial jedoch voll auszuschöpfen, gehört meines Erachtens die personzentrierte Konzeptualisierung des psychologischen Kontakts erst noch geklärt und sorgfältig ausgearbeitet.

Mit diesem Artikel will ich eine Neuformulierung des Konzeptes vom „psychologischen Kontakt“ anbieten. Diese Neuformulierung soll den Zusammenhang von psychologischem Kontakt mit der menschlichen Aktualisierung so klären, dass dadurch der mutigen Beharrlichkeit von Klienten Rechnung getragen wird, mit der sie sich bemühen, den Kontakt mit der Realität herzustellen und aufrechtzuerhalten. Gleichzeitig soll versucht werden, Fallen zu vermeiden, die die Theorien anderer psychologischer Ansätze beinhalten. Dazu will ich zuerst einen Überblick über einige der Punkte bringen, die im Vergleich mit diesen psychologischen Konzepten und Theorien die besondere Kraft des Personzentrierten Ansatz verdeutlichen können. Ich fasse die zwei Hauptdefinitionen von „psychologischem Kontakt“ innerhalb des Personzentrierten Ansatzes zusammen – jene von Carl Rogers und jene von Garry Prouty – und wäge jeweils die Stärken und Schwächen ihrer Formulierung ab.

Dann werde ich eine leicht abgeänderte Definition von psychologischem Kontakt vorstellen, eine, von der ich glaube, dass sie einige der Probleme, die in den früheren Formulierungen impliziert sind, klärt. Mit dieser Definition als Basis werde ich erörtern, wie psychologischer Kontakt und normale Arten, Bedeutung zu verarbeiten, interdependent funktionieren. Dazu stelle ich die These auf, dass Menschen prädisponiert sind, Erfahrung zu konzeptualisieren, indem sie „weiche Bedeutungen“ benutzen. Dieser Begriff ermöglicht es, die Personzentrierte Theorie mit einigen der neueren Entwicklungen

in den Humanwissenschaften wie der Evolutionspsychologie und dem Konzept vom Aushandeln von Bedeutung zu verbinden.

Einige weitreichende Probleme in der Sprache der Psychologie

Frühe psychologische Theorien beschrieben menschliche Phänomene oft so, als wären diese mechanisch (z. B. Stimulus-Response-Sequenzen) oder als ob es voll ausgebildete „tiefere Bedeutungen“ unter der Oberfläche gäbe (d. h. verdrängte oder unbewusste Bedeutungen), die nur von Experten erfasst werden könnten. In den letzten Jahren wurden viele dieser Annahmen in der Philosophie, der Soziologie und der Linguistik in Frage gestellt (Greenberg/Pascual-Leone 1997; Gendlin 1995; 1997).

Nur wenige Psychologen würden heute noch diese Annahmen in extremer und simplizistischer Form vertreten. Dennoch glaube ich, dass Aspekte solcher Annahmen immer noch die klinische Psychologie prägen. Oftmals stützen psychologische Theorien die Vorstellung, dass die eigene Version der Klientin³ über ihre Erfahrung unbedeutend ist im Vergleich zu der der Experten. Wenn man das nicht in Frage stellt, haben solche Annahmen besonders gravierende Auswirkungen auf die verletzlichsten Patienten – z. B. jene, die arm, stigmatisiert, behindert oder schwer gestört sind. Solche Klienten werden oft so behandelt, als wären sie unfähig, ernsthaft an psychischen Schwierigkeiten zu arbeiten oder ein Mitspracherecht bei Entscheidungen zu haben, die ihr Leben betreffen. Im Prozess werden sie oft behandelt, als ob äußerlich sozial angepasstes Verhalten der einzige Hinweis auf geistiges Wohlbefinden wäre.

Die Narrative Psychologie (Spence 1982; Sarbin 1986) gibt viele der mechanistischen, autoritätsgesteuerten Annahmen der

3 In diesem Artikel werden weibliche und männliche Form abwechselnd verwendet. Es sind immer beide Geschlechter gemeint (Anm. der Übersetzerin).

Psychologie auf und befürwortet die Co-Konstruktion von Bedeutung durch Therapeutin und Klientin. Allerdings schlägt diese Intention auch manchmal ins andere Extrem, wenn man meint, Bedeutung wäre eine willkürliche Konstruktion oder Erfindung. Viele Therapeutinnen versuchen, eine Alternative zwischen diesen beiden Positionen zu finden, eine die anerkennt, dass persönliche Themen tief in die Gesamtheit der Klientenerfahrung eingebettet sind, ohne anzunehmen, dass der Therapeut als Experte fähig wäre, im Alleingang die Bedeutung der Situationen des Klienten herauszuarbeiten (Stolorow/Atwood 1992; Miller 1997; Mitchell 1988). Rogers' Theorie (1957; 1959) liefert eine solche Alternative, die sehr viel besser mit diesen neuen, partnerschaftlicheren Formen von Therapie und den neuen Arbeiten in Philosophie und Linguistik übereinstimmt. Rogers stellt die These auf, dass Menschen einen organischen Impuls haben, die Bedeutung ihrer Situation zu explizieren. Dies wird durch authentische, empathische, wertschätzende Beziehungen entwickelt und gefördert und steht im Dienst der Aktualisierung. Gendlins Werk (1968; 1970; 1995; 1997) vertieft die philosophischen Grundlagen von Rogers' Werk und verbindet sie mit neueren Arbeiten in Philosophie, Biologie und Linguistik.

Das Konzept des Kontakts ist somit zentral für ein personenzentriertes Modell von der menschlichen Natur, und es ist von besonderer Bedeutung für die Arbeit mit schwer gestörten Klienten. Dennoch bin ich der Meinung, dass die heute vorliegenden Formulierungen personenzentrierter Theorie vom psychologischen Kontakt und seinem Zusammenhang mit dem für Menschen charakteristischen Aushandeln von Bedeutung vage und widersprüchlich sind. Daher denke ich, dass es die theoretische Bemühung wert ist, unser Verständnis dieses Begriffs zu klären und weiter auszuformulieren.

Ursprüngliche Formulierungen des psychologischen Kontakts: Carl Rogers und Garry Prouty

Die erste seiner „notwendigen und hinreichenden“ Bedingungen für eine therapeutische Persönlichkeitsveränderung – dass zwei Menschen in psychologischem Kontakt sind – ist, wie sie Rogers (1957/1991, 169) formuliert, ziemlich minimal: „Alles, was mit dieser ersten Bedingung beabsichtigt ist, ist die Feststellung, dass die zwei Leute in einem gewissen Ausmaß miteinander in Kontakt stehen, dass jeder von ihnen im jeweiligen Erfahrungsfeld des anderen einen wahrnehmbaren Unterschied ausmacht. Wahrscheinlich genügt es, wenn jeder nur unterschwellig einen Unterschied ausmacht, selbst wenn der Einzelne sich dieser Wirkung gar nicht bewusst sein mag.“

Rogers (1957) schreibt, dass Kontakt, wie er ihn hier definiert, eine derart basale Bedingung ist, dass er diese eine „Voraussetzung“ oder „Vorbedingung“ nennt. In einer anderen Aussage zu den Bedingungen des therapeutischen Prozesses verwendet er eine noch kürzere Version dieses Kriteriums und stellt nur noch fest: „Zwei Personen sind in Kontakt“ (Rogers 1959).⁴

Zu beachten ist hier, dass Rogers' Definition des Kontakts sich nur mit Wahrnehmungen befasst und dass sie nichts zu tun hat mit irgendeiner bedeutung-schaffenden Organisation von Wahrnehmungen. Trotzdem geht die Alltagsbedeutung des Wortes „Kontakt“ über einfache Veränderungen im Wahrnehmungsfeld hinaus. Menschen fühlen sich ohne Kontakt, wenn sie den anderen nicht als bedeutungsvoll anwesend empfinden. Zum Beispiel fühlen sich Therapeutinnen ohne Kontakt, wenn Klientinnen auffallend inkohärent, irrational, unaufmerksam oder unberechenbar zu sein scheinen. Sowohl Therapeuten als auch Klienten erleben oft intensiven Stress und therapeutische Schwierigkeiten, wenn sie nicht auf normale Art in Kontakt sein können. Rogers' minimalistische Definition von Kontakt versucht also nicht, etwas über die Qualität eines solchen Kontakts oder seinen Einfluss auf den therapeutischen Prozess auszusagen.

Garry Prouty (1994) geht im Zusammenhang mit seiner Arbeit mit schizophrenen oder retardiert psychotischen Klienten recht ausführlich auf das Thema des Kontakts ein. Prouty merkt an, dass, wenn Kontakt beeinträchtigt ist, das reiche, bedeutsame, alltägliche, natürliche, prä-reflexive Bewusstsein nicht mehr „gerichtet“ (auf, mit, wegen ...) ist. „Existenz wird zu einer ‚Leere von Bedeutung‘, es ist ein Zusammenbruch der Kohärenz. Das Bewusstsein wird leer, eine isolierte Hülle von Bedeutungslosigkeit. Es lebt ohne das ‚Schaffen von Bedeutung‘, das aus dem uranfänglichen Kontakt mit den natürlichen Absoluta der Welt, des Selbst oder des Anderen entsteht.“ (p. 34).

Prouty schlägt vor, dass, wenn der Kontakt des Klienten mit sich selbst, der Welt oder dem Anderen beeinträchtigt ist, Therapeuten Verbindung entwickeln können, indem sie „Kontaktreflexionen“ benutzen, die sehr genau bei den exakten Worten und Gesten des Klienten bleiben.

„Kontaktreflexionen sind dadurch konkret, dass sie außerordentlich wörtlich und wiederholend sind. Sie sind empathisch hinsichtlich der spezifischen konkreten Besonderheit der regredierten Bemühungen des Klienten sich auszudrücken und sich mitzuteilen.“ (p. 38).

Prouty stellt die These auf, dass Prä-Therapie, die Kontaktreflexionen benutzt, die „Kontaktfunktionen“ stärkt.

„Prä-Therapie verringert psychotischen Ausdruck und fördert realistischere Kommunikation über die Welt, sich selbst oder den Anderen (Realitätskontakt, affektiver Kontakt und kommunikativer Kontakt)“ (p. 40). Sobald die Kontaktfunktionen gestärkt sind, kann eine üblichere Form der Therapie in Gang kommen. Generell scheint Prouty das meiste psychotische Material als potenziell

⁴ In diesem Artikel werden die Begriffe „Kontakt“ und „psychologischer Kontakt“ austauschbar verwendet.

realistische und bedeutungsvolle Erfahrung zu sehen, die nur zum Teil oder auf andersartige Weise verarbeitet wurde. Allerdings legt Prouty (2000) auch nahe, dass einige retardierte und psychotische Klienten über Anzeichen eines überraschend weit entwickelten realistischen und kohärenten „prä-expressiven Selbst“ verfügen, das in manchen Momenten ohne längeren vorgängigen Prozess zum Vorschein kommt.

Prouty kritisiert Rogers' Definition des „Kontakts“ als eine der notwendigen und hinreichenden Bedingungen:

„Leider gibt Rogers keine theoretische Definition von psychologischem Kontakt. Zudem gibt er keine Technik an, wie man psychologischen Kontakt herstellt, wenn er beeinträchtigt ist. Er geht in seiner Theorie so vor, als ob der Kontakt zwischen Therapeut und Klient immer gegeben wäre. In der Quintessenz gibt Rogers keinerlei theoretische oder klinische Leitlinien für psychologischen Kontakt, der oft ein Hauptproblem gerade für diese Klienten darstellt.“ (p. 26).

Prouty spricht hier ein wichtiges Thema an, verschiebt aber dabei die Definitionen. Die oben zitierte Definition des Kontakts von Rogers ist klar. Um in Kontakt zu sein, muss die Therapeutin bloß einen wahrgenommenen oder sogar nur „unterschwellig“ Unterschied im Wahrnehmungsfeld des Klienten bewirkt haben. Rogers stellt dabei keine Anforderungen, wie etwa, dass der Kontakt sorgfältig ausgearbeitet, realitätsorientiert oder irgendwie prozesshaft sein soll. Die psychotischen und entwicklungsbehinderten Klienten, mit denen Prouty arbeitet, entsprechen daher Rogers' Definition. Denn, wenn der Therapeut keinen Unterschied im Wahrnehmungsfeld des Klienten bedeutete, gäbe es keine Möglichkeit, dass die Kontaktreflexionen, die Prouty vertritt, irgendeinen Einfluss auf den Klienten haben könnten.

Prouty (1994; 2000) hat sich also von Rogers' ursprünglicher Definition von Kontakt wegbewegt. Dennoch denke ich, dass die erweiterte Definition von Prouty für die Theorie sinnvoll ist, wenn Rogers' restliche notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung gegeben sind. Zu beachten ist dabei auch, dass Rogers in seiner sechsten Bedingung fordert, dass die Empathie und die bedingungsfreie positive Beachtung zumindest minimal vermittelt (1957) oder vom Klienten wahrgenommen werden müssen (1959). Eine derart umfassende Kommunikation und Wahrnehmung der Empathie scheint zu erfordern, dass der Klient ein bedeutungsvolles Empfinden von der eigenen personalen Existenz hat. Ein einigermaßen gemeinschaftliches Empfinden des Selbst scheint nötig zu sein, damit der Klient wahrnehmen kann, dass eine andere Person auf der Welt existiert und dass er der phänomenalen Wirklichkeit der anderen Person und deren Empathie gewahr werden kann. Das heißt nicht, dass wichtige Wahrnehmungen und Verbindungen nicht auch ohne psychologischen Kontakt geschehen können. Kontakt kann man als ein Kontinuum betrachten, auf welchem bereits minimale Arten von Kontakt ausreichend sind, damit Rogers' Grundbedingungen zu einem gewissen Grad

wirksam sind. Und Prouty (1994) legt nahe, dass Reaktionen, die Empathie für die beeinträchtigte Art der Kontaktnahme ausdrücken, das Niveau des psychologischen Kontakts, das dieser Person möglich ist, heben.

Davon ausgehend denke ich, dass die Verschiebung der Definition, die in Proutys Arbeiten impliziert ist, bedeutende Vorteile hat. Da Prouty jedoch den psychologischen Kontakt immer noch auf der sprachlichen Ebene ansiedelt, belässt das viele der philosophischen Probleme der früheren Theorien. Proutys ausführlichere Theorie (1994; 2000) ist klar phänomenologisch. Seine aktuellen Definitionen von Kontakt sind jedoch so formuliert, als ob der Klient Zugang zu Phänomenen habe, die eine bestimmte und prä-existente Realität unter der Oberfläche haben. So werden zum Beispiel Welt, Selbst und der Andere als „natürliche Absoluta“ beschrieben (Prouty 1994, 34). „Affektiver Kontakt“ wird beschrieben als „das Gewahrsein von Stimmungen, Gefühlen und Emotionen“, „kommunikativer Kontakt“ wird definiert als „die Symbolisierung von Realität (Welt) und Affekt (Selbst) anderen gegenüber“ (Prouty 2000, 69). Diese Definitionen sind so formuliert, als seien „Emotionen“, „Realität“, „Welt“, „Affekt“, „Selbst“ und Ähnliches prä-existierende Phänomene unter der Oberfläche, mit denen man in Kontakt sein könnte.

Diese Art von Wortschöpfungen ist in der Psychologie durchaus üblich und kann zeitweise nützlich sein, um erforschbare Hypothesen zu bilden. Trotzdem denke ich, dass solche Formulierungen problematisch sind, um damit Phänomene in der personenzentrierten Theorie zu konzeptualisieren, da dies die Dimension existenzieller Freiheit im menschlichen Verarbeiten von Bedeutung herunterspielt. Ich halte es als eine für die personenzentrierte Theorie zentrale Frage, wie bedeutungsvoller Kontakt gebildet wird, wenn es keine vorgeformte Version von Realität schon irgendwo vorher im menschlichen Organismus gibt. Mit diesem Artikel versuche ich, eine theoretisch klare Übersicht über die Arten von bedeutungsvollem Kontakt, wie sie bei Prouty (1994; 2000) impliziert sind, zu geben, ohne dabei eine Sprache zu verwenden, die eine prä-determinierte Version von Realität irgendwo unter der Oberfläche voraussetzt.

Psychologischer Kontakt neu formuliert

Die erweiterte Definition von Kontakt, die ich in diesem Artikel näher untersuchen will, lautet: *Kontakt ist eine grundlegende Anpassung des menschlichen Organismus, der dem Menschen ermöglicht, sich als bedeutungsvoll gegenwärtig zu empfinden,⁵ und zwar sowohl*

5 Es gibt natürlich verschiedene Grade und Arten von bedeutsamer Präsenz. Die Präsenz, auf die sich Rogers in seinen späteren Schriften bezieht (Rogers 1980), scheint eine besonders wertvolle Art bedeutsamer Präsenz zu sein, die sich ereignet, wenn die (therapeutischen) Grundbedingungen in einer gewissen Tiefe von Beziehung zusammenkommen (Mearns 1997).

verbal als auch non-verbal sowie sich selbst als auch anderen gegenüber. Im persönlichen Kontakt hat man normalerweise ein Gefühl, mit einer Person in Kontakt zu sein, die in einer kulturell normalen Art anwesend ist. Sogar wenn man ohne Worte mit einer anderen Person zusammensitzt, hat man dieses Gefühl des psychologischen Kontakts. Wenn man zum Beispiel bei einem Verwandten, der einen Schlaganfall hatte und nicht in der Lage ist zu sprechen, sitzt, kann man trotzdem das Gefühl haben, allein durch einen Blick oder durch eine Absicht, die nur durch eine Geste mit der Hand mitgeteilt wird, mit einer bedeutungsvollen Person in Kontakt zu sein.

Dennoch sind die Elemente, die in dieser Art von Kontakt eine Rolle spielen, außerordentlich komplex, wenn man sie genauer anschaut. Nehmen Sie zum Beispiel eine Interaktion zu Beginn einer Therapiesitzung, in der eine Klientin in verletztem Ton sagt: „Ich dachte, wir würden uns heute um drei Uhr treffen. Haben Sie's vergessen?“. Die Klientin hat eine non-verbale Verbindung hergestellt, die man ohne Weiteres als persönlich empfinden kann. Sie hat eine verständliche Aussage in einer grammatischen Sprache gebildet, die ein offensichtlich echtes Gefühl dieses Moments repräsentiert. Sie vermittelt Ihnen, dass sie weiß, wer Sie sind, wer sie ist, und was Sie beide hier tun. Sie scheint ein einheitliches Gefühl von sich selbst zu haben, aus dem heraus sie „ich“ sagen kann. Und aus dieser einheitlichen Perspektive kann sie einige Aspekte in Betracht ziehen, was Ihr Bezugsrahmen und Ihre Absichten sein mögen. Sie ist in der Lage, ein gewisses Maß an Stress zu empfinden, ohne dass dies so überwältigend wäre, dass sie mit dem Kopf gegen die Wand schlagen oder Sie physisch angreifen müsste.

Psychologischer Kontakt, wie er hier definiert wird, ist sowohl die Art, mit der sich Individuen sich selbst gegenüber repräsentieren, was ihnen ermöglicht, von einem persönlich bedeutungsvollen subjektiven Selbst her zu sprechen, und es ist auch eine Art, wie sich Individuen einander gegenüber repräsentieren, was es ihnen ermöglicht, einander ein Empfinden von bedeutungsvoller Gegenwart zu vermitteln. *Ich stelle die These auf, dass man, um ein solches persönlich bedeutungsvolles subjektives Selbst zu haben, eine einigermaßen kohärente narrative Version der eigenen Lebenserfahrung präsent haben muss, eine, die organismisch verwurzelt ist und die einer Reihe von spezies-eigenen, kulturellen und idiosynkratischen Zwecken gleichzeitig dient.* Ich werde diese verschiedenen Elemente, die bei der Bildung des psychologischen Kontakts eine Rolle spielen, in diesem Artikel noch ausführlicher diskutieren.

Ich gehe davon aus, dass diese Fähigkeiten, die sich in den normalen Moment-zu-Moment-Interaktionen auswirken, ein Empfinden von psychologischem Kontakt schaffen, das sowohl für die menschliche Natur charakteristisch wie auch für das Funktionieren der menschlichen Kultur grundlegend ist. Weil Menschen normalerweise diese grundlegenden Arten „bedeutungsvoller Präsenz“ in sich selbst und in Beziehung zu anderen erwarten, neigen sie dazu, intensives Unbehagen zu spüren, wenn sie nicht in der Lage sind, das zu erreichen. Um diese Hypothese weiter zu untersuchen, sollen

nun einige neuere Gedanken zur menschlichen Natur aus der Evolutionspsychologie herangezogen und mit ganz gewöhnlichen Erfahrungen aus der Personzentrierten Therapie in Verbindung gebracht werden.

Menschliche Natur, Aktualisierung und Evolutionspsychologie

In der Psychologie sowie überhaupt in unserer Kultur wurde die Rolle der menschlichen Natur in den vergangenen Jahrzehnten neu konzeptualisiert. Tooby/Cosmides (1992) argumentieren nachdrücklich: „... die für die Spezies typische Organisation der Psychologie und Physiologie des modernen Menschen hat notwendigerweise eine evolutionäre Erklärung und eine evolutionär strukturierte Architektur“ (p. 55) und „... wenn man daran interessiert ist, die intelligible Organisation in unserer spezies-typischen psychologischen Architektur zu entdecken, dann ist der Ort, um damit anzufangen, die Erforschung und Beschreibung der Anpassungen.“ (ebd.).

Diese Anpassungen, die für die menschliche Natur grundlegend sind, ereigneten sich vermutlich in den Millionen von Jahren, in denen die Menschen als Jäger und Sammlerinnen im Pleistozän lebten. Die Evolutionspsychologie legt in weiterer Folge nahe, dass die dezidiert menschlichen Aspekte in der Aktualisierungstendenz einen Prozess oder eine Anzahl von Prozessen miteinschließen, die menschliches Überleben im Pleistozän wahrscheinlicher machte. Die Evolutionspsychologen verweisen nun darauf, dass solche Anpassungen nie unabhängig von der Umgebung stattfinden. Die Biologie des Organismus kann sich nur dann weiterentwickeln, wenn sie sich in einer „Umgebung evolutionären Geeignet-Seins“ befindet. „Anpassungen entwickeln sich so, dass sie sich mit den wiederkehrenden strukturellen Eigenschaften der Umgebung auf eine Weise vermischen, dass die Reproduktion des Organismus bzw. der Spezies gefördert wird. Wie ein Schlüssel im Schloss passen Anpassungen und gewisse Merkmale der Welt eng zusammen, um funktionalen Zwecken zu dienen.“ (ebd., 69).

Wir können nun annehmen, dass die psychologischen Tendenzen, die für die ganze Spezies gelten, sich für jedes Individuum in Verbindung mit jenen frühkindlichen Familienerfahrungen herausbilden, die relativ universal sind. Elterliche Pflege und die Bindungsprozesse kommen dafür in Frage (vgl. Stern 1985).

Einige Evolutionsbiologen haben behauptet, dass der Geist des Menschen fast ausschließlich aus multiplen bereichsspezifischen (*domain-specific*) Intelligenzen bestehe. Diese Intelligenzen verglich man mit einer Anordnung funktional zugeordneter Computer⁶,

6 Gendlin (1995; 1997; 2001, Rohfassung) führt auch solche Trennungen von Fähigkeiten aus, aber er verweist darauf, dass Vergleiche mit Computern und Maschinen ziemlich irreführend sind, wenn man sie auf menschliche Organismen anwendet.

wovon jeder sich nur mit einem bestimmten Bereich des Lebens fasst. Dabei gibt es zum Beispiel „... Vorgänge, repräsentationale Formate oder Grundformen, die sich speziell entwickelten, um mit Gesichtern, Müttern, Sprache, Sex, Nahrung, Kindern, Werkzeugen, Geschwistern, Freundschaft ... zurechtzukommen“ (Tooby/Barkow 1992, 94).

Andere haben hingegen postuliert (Samuels 2000), dass zu einem bestimmten Zeitpunkt menschlicher Evolution mehr allgemeine, bereichsübergreifende (*domain-general*) Fähigkeiten entstanden sind. Mithen (2000) stellt fest, dass „... die zentrale Rolle des Gehirns zum Verständnis des menschlichen Geistes unterstrichen wird durch die These, dass es vor 60.000 Jahren eine Veränderung in der Struktur und nicht in der Größe des Gehirns gegeben hat, und das ist es, was dem modernen Gehirn zugrunde liegt. ... Dass neue Arten zu denken entstehen, kann nicht bezweifelt werden, und ich bin zuversichtlich, dass diese mit bereichsübergreifendem Denken zusammenhängen – mit der Integration von Wissen und von Arten zu denken, die bisher innerhalb verschiedener Intelligenzen isoliert geblieben waren“ (p. 211).

Diese Entstehung von bereichsübergreifendem Denken ist eng verbunden mit der Entwicklung der „öffentlichen Sprache“, die dem menschlichen Geist ermöglicht, die Kultur als Ressource zu verwenden, die weit über das Potenzial eines Einzelnen hinausgeht: „In dem Moment, in dem Menschen sich mit Sprache verständigen, ist es wenig sinnvoll, den Geist auf den Körper einer Person beschränkt zu denken, da jede Person auf die Gedanken und das Wissen anderer Menschen aufbaut, dies ausbeutet und weiteres hinzufügt.“ (Mithen 2000, 213).

Clark/Chalmers (1998; zit. in Mithen 2000) spekulieren: „Die intellektuelle Explosion aus jüngerer evolutionärer Zeit hängt mindestens ebenso mit dieser linguistisch ermöglichten Ausdehnung der Kognition zusammen wie mit einer davon unabhängigen Entwicklung unserer eigenen kognitiven Ressourcen“ (p. 213).

Wir sind es so sehr gewohnt, in unserer eigenen menschlichen Natur zu leben, dass es schwierig sein kann, das Ausmaß dieser Verschiebung hin zu integrativen Formen von Bedeutung zu sehen und die Arten dieser Prozesse zu bemerken, mit denen solche Bedeutungen von Mal zu Mal erst entwickelt wurden. Betrachten wir daher einmal genauer, wie gewöhnliche menschliche Interaktionen diese ziemlich außerordentliche Leistung fertig bringen. Die Nicht-Direktivität der Personzentrierten Therapie gibt uns dabei eine besondere Gelegenheit, diejenigen menschlichen Fähigkeiten und Vorlieben zu erfassen, die in der Natur des Menschen grundgelegt sind – und zwar ohne Verzerrung durch Interventionen, die von einem Bezugsrahmen von außerhalb des Klienten stammen. Wenn wir sehen, wie diese Phänomene sich in der menschlichen Natur auswirken, sollte das die Veränderung erklären helfen, die in einem therapeutischen Prozess im Allgemeinen und in der Personzentrierten Therapie im Speziellen zu geschehen pflegt.

Bereichsübergreifendes Verarbeiten von Bedeutung

Klienten in Personzentrierten Therapien verarbeiten Erfahrung zum großen Teil in solch bereichsübergreifenden Formen. Solches Verarbeiten geschieht sowohl in verschiedenen Gegenstandsbereichen wie auch in den unterschiedlichen Arten, in denen menschliche Erfahrung im menschlichen Organismus organisiert wird – wie in Bildern, Worten oder im Felt Sense einer Situation (Warner 1997; Rice/Greenberg 1984; Gendlin 1964; 1968; 1974; 1990; Rice 1974; Wexler 1974). Klienten fühlen sich erleichtert, wenn sie sich in Beziehungen, die sie als echt und wertschätzend erfahren, bei etwas verstanden fühlen, das für sie wichtig ist (Warner 1997). Mit diesem Gefühl der Erleichterung gehen häufig spontane Veränderungen und eine Reorganisation von Erfahrung einher. Neue Gedanken, Gefühle, Bilder, Erinnerungen und so weiter tauchen im Bewusstsein auf. Diese neuen Erfahrungen werden in einer Vielfalt von Formen erlebt, die wahrscheinlich ganz unterschiedliche Hirnareale in Anspruch nehmen. Klienten beschäftigen sich in der Folge mit neu auftauchenden Aspekten von Erfahrungen und formulieren sie in neuen Worten, die die Bedeutung dieser Erfahrungen besser ausdrücken. Dieses bereichsübergreifende Denken befähigt Menschen, ganze Cluster von Erfahrungen in Worte zu fassen. Und mit diesem Prozess des Versprachlichens von Erfahrung beginnt sich wiederum die gesamte Gefühlsqualität dieser Erfahrung weiter zu verändern.

Es ist bemerkenswert, dass diese Form, Bedeutung zu schaffen, die sich hier entwickelt hat, sowohl persönlich wie auch öffentlich ist – sie ermöglicht Menschen, Erfahrungen zu integrieren, die vorher isoliert waren. Diese Form, Bedeutung zu schaffen, stellt gleichzeitig eine Verbindung mit Gruppenprozessen dar, die sich über große zeitliche und räumliche Spannen hinweg entwickelt haben. So Bedeutung zu schaffen, das ist zutiefst relational und es erfordert eine öffentliche Sprache, die in der Kultur verwurzelt ist und die in frühen Bindungen gelernt wird. Menschen können gar nicht miteinander in Beziehung sein ohne eine solche bedeutungsvoll organisierte Sprache.

Psychologischer Kontakt und die Fähigkeit zur bereichsübergreifenden Bedeutungsverarbeitung scheinen wechselseitig notwendige Aspekte des in der Kultur begründeten Funktionierens von Gruppen, wie es für uns Menschen charakteristisch ist. Erwachsene Formen von Kontakt entwickeln sich in den Bindungserfahrungen der frühen Kindheit, wobei Kinder die Fähigkeit entwickeln, Bedeutung gemäß den Regeln ihrer Kultur zu verarbeiten. Diese Fähigkeit zur Bedeutungsverarbeitung ist einerseits notwendig, um psychologischen Kontakt aufrecht zu erhalten, und andererseits ist ein gewisser Grad an psychologischem Kontakt mit anderen Menschen nötig, um weiterhin Bedeutung verarbeiten zu können.

Ich stelle die These auf, dass diese enge Beziehung zwischen psychologischem Kontakt und der Fähigkeit Bedeutung zu verarbeiten, durch eine bestimmte Art von „weichen“ Bedeutungen aufrecht-

erhalten wird. Solche weichen Bedeutungen sind speziell auf das Explizieren von Erfahrung aus dem weiten Bereich des impliziten organischen Erlebens heraus ausgerichtet. Solche Versionen von Erfahrung sind eng verbunden mit der Gesamtheit von organischer Erfahrung, beinhalten aber keine simple Repräsentation von prä-existenten Realitäten „unter der Oberfläche“. Im Folgenden soll die Natur dieser weichen Bedeutungen näher untersucht werden.

Weiche Bedeutung als Basis für psychologischen Kontakt und das Aushandeln von Bedeutung

Viele Gruppen von Erfahrungen organisiert man in einer bestimmten Form von Konzept, die ich „weiche Bedeutungen“ nenne, die sich auf eine Art von Phänomenen beziehen, die ich „weiche Phänomene“ nennen würde (Warner 1983). Weiche Bedeutungen beziehen sich auf intrapsychische Phänomene wie Absichten, Ziele, Charaktereigenschaften, das Selbst und ähnliches, aber auch auf verschiedene kulturelle Formen. Weiche Bedeutungen haben einige Qualitäten, die ich später ausführlicher untersuchen werde. Zunächst seien hier nur ihre Kerneigenschaften kurz zusammengefasst:

- (1) Weiche Bedeutungen sind offen für weitere Aushandlung und Veränderung, sodass sie nicht die Art stabiler Realität über Ort und Zeit hinweg haben, die man von „harten“ Phänomenen erwartet.
- (2) Von einander unabhängige Beobachter weicher Phänomene müssen keinesfalls in ihrer Konzeptualisierung weicher Phänomene übereinstimmen.
- (3) Dennoch sind es Menschen gewohnt, Erfahrung in Begriffen weicher Phänomene zu konzeptualisieren, und weiche Phänomene fühlen sich unter bestimmten Umständen äußerst „real“ an.
- (4) Weiche Phänomene haben oft mehr Einfluss auf das Leben der Menschen als harte Phänomene.

„Harte“ Bedeutungen andererseits bezeichnen Phänomene, die einen „Ding“-Charakter haben, so wie physische Objekte und äußerst stabile kulturelle Prozesse. Schauen wir diese Phänomene nun genauer an: Weiche Phänomene wie das Selbst, eigene Absichten, Ziele, Emotionen oder Charaktereigenschaften werden in unterschiedlicher Art von verschiedenen Individuen zu verschiedenen Zeiten interpretiert. Eine Person sagt vielleicht, ein Kommentar sei ein Witz gewesen, während eine andere denkt, dass es eine beabsichtigte Beleidigung war. Ein Mann meint, dass er engagiert bei einem Projekt dabei ist und glaubt später, dass er einfach vermeiden hat, die Zeit zu Hause mit seiner Frau zu verbringen. Eine Person drückt im betrunkenem Zustand vielleicht Ärger aus, spürt aber später, dass diese Emotion nicht aus ihrem wirklichen Selbst kam. Harte Phänomene werden hingegen von verschiedenen Beobachtern eher auf dieselbe Art identifiziert und die Attribuierungen tendieren dazu, eher stabil zu bleiben. Zwei Menschen, die einen Tisch sehen, stimmen wahrscheinlich überein, dass es ein Tisch ist, und werden wahrscheinlich auch zu einem späteren Zeitpunkt bei dieser

Bedeutung bleiben. Die meisten Leute werden darin übereinstimmen, ob sie bei einer Hochzeit waren, oder ob etwa ein Soldat salutiert hat.

Weiche Phänomene fühlen sich für Menschen durchaus realistisch an, obwohl sie in einem bestimmten Sinn Konstrukte der Imagination sind. Wenn eine Person ein weiches Phänomen benennt, dann fühlt sich dieses Benennen oft sehr real und tragfähig an. Wenn jemand etwa sagt, „Ich möchte so unbedingt einen Eisbecher mit Karamelsauce, dass ich den Geschmack jetzt sogar schmecken kann“, oder „Ich dachte, ich hätte meinem Vater vergeben, aber nun merke ich, dass ich ihn mein ganzes Leben lang gehasst habe“, dann kann sich dieses Cluster von Erfahrungen so handfest und überzeugend wie irgendein physisches Ereignis im Leben anfühlen. Da menschliches Sozialleben überwiegend in Begriffen weicher Phänomene organisiert wird, haben diese Phänomene so viel oder sogar mehr Einfluss auf konkrete Ereignisse im Leben dieser Leute als festere „harte“ Phänomene. Wenn ich etwa entscheide, dass ich meinen Verlobten nicht wirklich liebe, kann ich beschließen, nicht zu heiraten. Wenn ein Gericht entscheidet, dass ich jemanden absichtlich von einer Brücke stieß und nicht zufällig gegen diese Person gefallen bin, muss ich vielleicht für den Rest meines Lebens ins Gefängnis.

Ausgehend von der evolutionären Wichtigkeit dieser Art kulturell begründeten bereichsübergreifenden Denkens, vermute ich, dass sich weiche Phänomene deswegen real anfühlen, weil Menschen es gewohnt sind, Leben in dieser Art Kategorien zu konstruieren. Genau betrachtet haben weiche Phänomene keinerlei handfeste Existenz. Wenn ich sage: „Es tut mir wirklich Leid“ oder „Heute bin ich gar nicht ich selbst“ oder „Du bist verantwortungslos“, dann existieren all diese Phänomene an keinem konkreten Ort.

Weiche Phänomene definiert man mit Kriterien, über die in einer Kultur breiter Konsens herrscht, und dennoch werden bestimmte Momente eines Phänomens wahrscheinlich von verschiedenen Leuten verschieden benannt. Ein Geschworener denkt vielleicht, dass ein Angeklagter es „wirklich bereut“, während ein anderer denkt, dass er „kalt und zynisch“ ist. Individuen und Subkulturen können sich in den genauen Kriterien der verwendeten Attribuierungen unterscheiden. Was einem Yankee-Protestanten „loyal“ erscheint, mag sich ziemlich davon unterscheiden, was einem Italiener aus Sizilien „loyal“ erscheint. Und wenn man von den vielen Dimensionen solcher Attribuierungen ausgeht, kann jede Attribuierung grundlegend diskutiert oder zu einem späteren Zeitpunkt verändert werden.

Mir scheint erwähnenswert, dass Klienten, die ihre Erfahrungen formulieren und re-formulieren, typischerweise weiche Bedeutungen verwenden, um eine kohärente Erzählung (*narrative*) zu schaffen. Indem sie diese Erzählungen formen, versuchen sie normalerweise eine ganze Reihe ziemlich verschiedener Zwecke gleichzeitig zu erreichen. Klienten versuchen eine narrative Version ihrer Erfahrungen zu entwickeln, die in die Gesamtheit der eigenen gelebten

Erfahrung passt, eine, die kulturell und linguistisch vernünftig ist, und eine, die voraussehbar zur Realität passt, in der sich die Personen befinden.⁷ Sie versuchen das außerdem auf eine Art, die ihr subjektives Gefühl von Lebensfähigkeit aufrecht erhält und sie möchten ihre Erfahrung so konstruieren, dass sie davon weder überwältigt noch demoralisiert werden und dann keinerlei Impuls mehr hätten, so weiter zu leben, wie sie es schätzen.

Ich vermute, dass an dem Punkt der Evolution, an dem Menschen eine „öffentliche“ Sprache entwickelten, diese Sprache (und der biologische Organismus, der solche Sprache trägt) so strukturiert wurde, um vielfältigen Zwecken gleichzeitig dienen zu können. Menschen entwickelten öffentliche Sprache innerhalb einer Kultur und entwickelten damit gleichzeitig das Bedürfnis, innerhalb dieser Kultur als angepasst und geistig gesund betrachtet zu werden. Außerdem hat diese Sprache auch den Zweck, sehr divergierende Arten von Information zu integrieren, die sich innerhalb der Erfahrung eines Individuums abspielen. Ein Hauptvorteil dieser persönlich integrativen, kulturell verwurzelten Sprache, war die verbesserte Fähigkeit, vorauszusagen, was als nächstes in der materiellen Welt geschehen würde – dies wird zuweilen „Wahrheitsverlässlichkeit“ genannt (Samuels 2000, 188). Mit der erweiterten Fähigkeit, Möglichkeiten zu bedenken und Resultate vorzusehen, entwickelten Menschen auch eine Fähigkeit zu zerstörerischer Wut und Verzweiflung, welche die der anderen Säugetiere übersteigt. Es ist vernünftig, dass Menschen eine evolutionär verwurzelte Tendenz haben, ihre Situation möglichst nicht so zu konstruieren, dass sie so überwältigend schmerzhaft oder demoralisierend wird und das eigene Leben oder das von Nahestehenden bedroht.

Diese Art von Vielzweckerzählungen, die ich hier beschreibe, ermöglicht Individuen, komplexe und auseinander strebende Gruppen von Erfahrung auf relativ einheitliche Art zu organisieren und zu repräsentieren. Zugleich wird dadurch das Empfinden von psychologischem Kontakt ermöglicht. Individuen können dadurch ein Gefühl dafür haben, wer sie sind, was sie tun und warum sie es tun, und sie können dies dann anderen Leuten derselben Kultur mitteilen. Das heißt nicht, dass alles bekannt ist oder dass alles mitgeteilt wird. Aber psychologischer Kontakt bietet einen Ausgangspunkt, von dem aus man mehr erfahren kann und mehr in Worten, Gesten oder anderen Handlungen mitteilen kann. Und dieser Ausgangspunkt, dieses Gefühl von bedeutungsvoller Gegenwart bietet zugleich auch die Gewähr, dass man es mit einer normalen, geistig gesunden Person zu tun hat, einer Person, mit der man aller Wahrscheinlichkeit nach weiterhin auf kulturell verständliche Art interagieren kann. Obwohl diese vielfältigen Zwecke menschlicher

Narrationen für Analysezwecke unterschieden werden können, empfinden Menschen die Gesamtheit ihrer gelebten Erfahrung gewöhnlich auf ganzheitlichere Art. Gendlin (1995) beschreibt, wie sich vielfältige Elemente in einer einzigen organismischen Implikation zusammenfassen lassen: „Sehr viele Faktoren *kreuzen* sich in einem einzigen Felt Sense. Manche haben sich vorher schon differenziert, manche nicht. Ihr Felt Sense (während Sie diesen Text lesen) enthält implizit all das, was Sie mich schon sagen hörten, aber auch vieles, was Sie über dieses Thema über die Jahre hinweg gedacht und gelesen haben, und Ihre eigene Arbeit darüber in all ihren Belangen. – Dies alles und noch viel mehr *kreuzt* sich hier so, dass jeder dieser Aspekte die anderen implizit verändert, beherrscht und ihnen Bedeutung verleiht.“ (p. 553). Gendlin stellt fest, dass jeweils nur einige bestimmte Wörter oder Ausdrücke geeignet sind, die implizite Vielfältigkeit gelebter Erfahrung zu übermitteln („*carry forward*“): Wenn das geschieht, hat das Individuum ein intuitiv gefühltes Empfinden der Richtigkeit der Worte. „...was implizit ist wird dadurch verändert, dass man es explizit macht. Aber das ist nicht eine beliebige Veränderung. Das Explizit-Machen hebt diese Spannung auf, die war. Aber das, was die Leerstelle war, ist nicht verloren oder verändert, vielmehr wird die Spannung durch die Worte weiter vorangetrieben ...“ (p. 548). Normalerweise gibt es viele Versionen von der Erfahrung einer Person, die kulturell vernünftig oder realistisch wären. Nur ein paar davon werden jedoch mit der gelebten Erfahrung der Person zu diesem bestimmten Zeitpunkt kongruent sein und eine gefühlte Empfindung von Richtigkeit für die Person haben. Diese Auffassung von psychologischem Kontakt macht die besondere Kraft von Therapien, die selbstbestimmtes Verarbeiten fördern, verständlich. Wenn Vielzweckerzählungen, die vom Individuum auf ganzheitliche Weise empfunden werden, psychologischen Kontakt strukturieren, gibt es nicht nur *einen* richtigen Weg Realität zu konstruieren, der noch dazu von außen bestimmt werden könnte. Natürlich würde kaum ein Psychologe sagen, dass er seinen Klienten eine einzige Version von Realität aufdrängen wollte. Dennoch ist die Vorannahme einer präexistenten Realität häufig in der Sprache von Psychologie und Beratung enthalten. Emotionen werden als „verschüttet“, „unbewusst“, „abgeschnitten“ oder „unterschwellig“ beschrieben, als ob es da eine einzige richtige Realität gäbe, die der Klient nur ausgraben müsste. Oder die Erfahrung der Person wird als von „Abwehrmechanismen“ verdrängt angesehen, als ob eine richtige Version von Realität, die ein außenstehender Experte bestätigen könnte und die irgendwie verzerrt wurde, unterschwellig existieren würde. Beschreibungen der frühen Abwehr in Form der „projektiven Identifikation“ scheinen oft zu suggerieren, dass eine unbewusste Wirklichkeit direkt vom Körper einer Person in den einer anderen übertragen werden könne, und dies auf eine Weise, die gleichzeitig mysteriös und unerbittlich ist. Das Wort „Mechanismus“ impliziert eine rigide Ursache-Wirkungs-Kette mit vorhersagbarem Resultat. Wenn Psychologen und Berater diese Art Sprache benutzen, glauben sie bald, dass die

7 Die ersten drei Zwecke können parallel zu Proutys (1994) drei Inhaltsbereichen von Kontakt gesehen werden – Kontakt mit dem „Selbst“, „der Welt“ und „dem Anderen“. Diese Bereiche als Zwecke zu konzeptualisieren ermöglicht theoretische Flexibilität; man ist dann nicht gezwungen, sie so zu konstruieren, als impliziere dies die Existenz einer einzigen richtigen „Realität“.

Bedeutung einer Situation des Klienten schon irgendwie in diesem auf eine vorgeformte Art existiere und dass die „wirklichen“ Bedeutungen solcher Situationen einseitig von außen definiert werden können. Auch wenn von Vielweckerzählungen die Rede ist, so dienen doch bestimmte Arten, Erfahrung zu konstruieren, einem bestimmtem Zweck besser als andere – etwa um mit der körperlich gefühlten Erfahrung einer Person mitzuschwingen oder um vorherzusagen, was vermutlich als nächstes passiert. Trotzdem kann man nicht annehmen, dass eine bestimmte Version von der Erfahrung einer Person absolut wahr sei. Wir können einräumen, dass einige Gruppen von Erfahrungen besser auf eine bestimmte Art konstruiert werden. Einige Hauptzwecke sind aber so zentral für die menschliche Natur, dass die meisten Menschen das Leben äußerst schwierig finden, wenn diese systematisch vereitelt werden. Das heißt aber nicht, dass irgendein Konstrukt von vornherein für einen bestimmten Zweck richtig wäre, und noch viel weniger, dass wir wüssten, welcher dieser Zwecke für einen Klienten zu irgendeinem Zeitpunkt am wichtigsten ist. Um es in einem Bild zu sagen: Wenn man Mehl, Eier, Butter, Milch, Backpulver und Zucker auf einem Küchentisch stehen hat, könnte man sagen, dass diese Zutaten ein bestimmtes Potenzial haben, ein Kuchen zu werden. Aber ein Koch könnte auch Rührei oder Kekse daraus machen. Oder er könnte auch gar nichts backen wollen. Man spricht dann nicht davon, dass die Zutaten einen vergrabenen Kuchen oder einen verdrängten Kuchen oder einen unterschwelligeren Kuchen darstellen. Eine Sprache, die ein einziges richtiges Resultat impliziert, setzt sich über den persönlichen Prozess und die existenzielle Wahlfreiheit der Person hinweg, die erst entscheiden muss, was sie aus den vorhandenen Zutaten machen will. Ich denke, dass der lockere Gebrauch einer solchen Sprache über „eine Realität unter der Oberfläche“ bereits für die Psychologie generell problematisch ist, und ich meine, dass sie um so heimtückischer für Psychotherapeuten ist, die sich auf die Realität der Phänomene des Klienten konzentrieren wollen. Ich meine, dass vor allem die evolutionär entwickelte Vielfalt der Zwecke menschlichen Erzählens unser Erleben von Subjektivität und Wahlfreiheit gesteigert haben. Die meisten Menschen formen in einem gegebenen Augenblick natürlich meist nur solche Versionen ihrer Erfahrung, die bloß einen Teil all dieser narrativen Zwecke, die ich oben aufgezählt habe, einschließen. Eine Person kann völlig stimmig sagen: „Ich weiß, dass dies verrückt scheint, aber ich habe das Gefühl, als würde ich sterben, wenn ich in meiner Arbeit erfolgreich wäre“. Oder sie sagt vielleicht: „Ich glaube, es ist jetzt besser, einfach zu ignorieren, was ich zu dieser Situation fühle und einfach weiterzumachen.“ Oder: „Wenn ich über das nachdenke, ist es überwältigend schmerzhaft und erinnert mich, wie sich damals der Missbrauch anfühlte, aber ich möchte trotzdem versuchen, bei diesem Thema zu bleiben“. Personenzentrierte Therapeuten haben darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, gerade für solche Aspekte von Erfahrung empfänglich zu sein, die nicht den üblichen Erzählzwecken entsprechen, Aspekte, die verrückt oder unrealistisch oder ganz anders erscheinen wie all das,

womit sich die Person bisher identifiziert hat. Man hat herausgefunden, dass diese Erfahrungen, wenn man sie empathisch aufnimmt, sich verändern und weiterentwickeln und schließlich neue, organisches begründete Formulierungen ermöglichen, welche die verschiedenen narrativen Zwecke, die für die Person relevant sind, besser erfüllen als die dadurch ersetzten. Individuen haben die existenzielle Wahlfreiheit, welchen Absichten zu welchem Zeitpunkt mehr Gewicht gegeben werden soll. Sie verfügen über ein breites Spektrum geistiger Fähigkeiten, die während der Erfahrungsverarbeitung zum Einsatz gebracht werden können. Sie haben die Wahl, ob sie sich mit einer Version von Erfahrung, die nur teilweise befriedigend ist, begnügen, oder ob sie weiter darüber nachsinnen wollen, in der Hoffnung, es irgendwann besser zu verstehen. Und da viele Arten, Situationen zu verstehen, möglich und verfügbar sind, eröffnet das auch verschiedene strategische Möglichkeiten im menschlichen Diskurs. So kann man etwa eine bestimmte Art von Situationskonstruktion wegen ihrer Wirkung auf andere bevorzugen – z. B. um zu schmeicheln, zu täuschen oder zu trösten (Warner 1983; 1989). Darüber hinaus entscheiden sich manche Leute durchaus stimmig gegen solche Möglichkeiten, die an sich tief in der menschlichen Natur verankert sind. So wie eine Person es vorzieht, zölibatär oder in Einsamkeit zu leben, entscheidet eine andere sich eventuell, für die Öffentlichkeit unverständlich zu bleiben (vielleicht als Beat-Poet) oder die gesamte Aufmerksamkeit auf nur wenige Aspekte der persönlich gelebten Erfahrung zu beschränken (wie etwa ein Stoiker oder jemand, der Zen praktiziert). Sie haben eben andere und idiosynkratischere Zwecke für die eigenen Beschreibungen von Bedeutung im Leben, die sich von angepassteren spezie-eigenen Zwecken unterscheiden oder diesen sogar etwas Neues hinzufügen.

Fähigkeiten im Zusammenhang mit psychologischem Kontakt und dem Aushandeln von Bedeutung

In der klientenzentrierten und experienziellen Literatur werden eine ganze Reihe von Fähigkeiten beschrieben, welche die Entwicklung von Vielweckerzählungen aus der organismischen Erfahrung und deren Differenzierung ermöglichen. Solche Erzählungen organisieren weiche Phänomene so, dass Menschen psychologischen Kontakt miteinander spüren können. Die folgende Aufzählung bietet eine unvollständige, sich etwas überlappende Liste solcher Fähigkeiten:

- Die Fähigkeit, Erfahrung im Zentrum der Aufmerksamkeit zu halten und die Aufmerksamkeit auf die Aspekte der Erfahrung zu lenken, die als die wichtigsten empfunden werden (Warner 1997).
- Die Fähigkeit, sich sowohl auf komplexe, facettenreiche Aspekte von Felt-Sense-Erfahrungen als auch auf verbale, lineare und mehr der Logik folgende Arten des Wissens konzentrieren zu können (Gendlin 1964; 1968; 1970; 1974; 1990).

- Die Fähigkeit, Bilder zu entwickeln und bei diesen zu bleiben, die direkt oder metaphorisch die Unmittelbarkeit von Erfahrung festhalten (Rice 1974; Rice/Greenberg 1984).
- Die Fähigkeit, auf eine oder verschiedene Arten, organismische Erfahrungen zu integrieren, bzw. die Fähigkeit, dieses Integrieren so zu gestalten, dass die Stärken der verschiedenen geistigen Fähigkeiten dabei ausgenutzt werden (Warner 1997; Greenberg/Pascual-Leone 1997).
- Die Fähigkeit, die Intensität von Reaktionen so zu modulieren, dass die Person die affektive Bedeutung von Erfahrungen erleben kann, ohne dabei traumatisiert zu werden oder die Kontrolle über die eigenen Handlungen zu verlieren (Warner 1991; 1997; 2000).
- Die Fähigkeit, zwischen verschiedenen Arten von logischen Kategorien hin und her zu wechseln, um jene herauszufinden, die für die jeweiligen narrativen Zwecke relevant sind, und die Fähigkeit, kulturell kohärente Kausalsysteme zu verwenden, um die Validität bestimmter Versionen von Erfahrung zu überprüfen (Prouty 1994; Warner 2002).
- Die Fähigkeit, sich von Erfahrungen zu dissoziieren, die traumatisch schmerzhaft und überwältigend sind (Warner 1991; 1997).
- Die Fähigkeit, Erzählungen so zu integrieren, dass ein relativ stabiles und kohärentes subjektives Gefühl vom Selbst (oder von Selbst-Teilen) entstehen kann (Rogers 1951; 1959; Wexler 1974; Mearns/Thorne 2000).

Ich vermute, dass es noch unzählige solcher Fähigkeiten gibt, die wir im Alltag für selbstverständlich halten. Die „bereichsübergreifenden“ Fähigkeiten, die in Erzählungen einfließen, integrieren eine große Anzahl von „bereichsspezifischen“ Fähigkeiten, wie sie von klinischen und Evolutionspsychologen definiert wurden. Es scheint daher wahrscheinlich, dass ein Zusammenbruch irgendwelcher dieser bereichsspezifischen Fähigkeiten Kontakt gefährden könnte. So vermuten Baron-Cohen et al. (zit. nach Murphy/Stich 2000, 86), dass autistische Kinder Schwierigkeiten mit einer speziell entwickelten Fähigkeit haben, die dazu prädisponiert, andere als Leute zu erkennen, die Absichten haben. Andere stellten fest, dass „prosopagnosische“ Klienten, die eine Schädigung der occipitotemporalen Areale des Gehirns haben, die spezifische Fähigkeit zum emotionalen Erkennen von Gesichtern verlieren (Murphy/Stich 2000, 79).

Psychologischer Kontakt und „schwierige Prozesse“

Es stellt m. E. einen großen Unterschied dar, ob manche Individuen vielleicht gewisse Elemente psychologischen Kontakts aus persönlichen Gründen einschränken können oder ob eine Person unfähig ist, in der üblichen Art in Kontakt zu sein. Normalerweise treffen vielfältige spezies-eigene Zwecke in einer Version von Erfahrung zusammen, die einen Menschen spüren lässt, dass er oder sie in Kontakt mit einem anderen ist.

Wenn Individuen nicht in der Lage sind, ihre Versionen der Realität diesen Zwecken entsprechend zu formulieren, dann werden sie wahrscheinlich Konsequenzen spüren, die außerordentlich hart zu ertragen sind. Bildlich gesprochen könnte man sagen, dass die zwischenmenschliche Situation „hart zurückschlägt“. Wenn eine Person nicht in der Lage ist, eine Version von Realität zu bilden, die voraussieht, was als Nächstes passieren wird, dann „schlägt die Realität zurück“, indem schmerzhaft, unerwartete Ereignisse passieren. Wenn jemand nicht in der Lage ist, Erfahrung in einer kulturell adäquaten Art zu formulieren, dann schlägt die Kultur zurück, indem sie die Person beschämt, zurückweist und isoliert. Wenn jemand nicht in der Lage ist, Erfahrungen auf eine Art zu formulieren, die organismisch verwurzelt ist, schlägt der Körper mit Erfahrungen von Leere, Angst und somatischem Schmerz zurück. Wenn eine Person nicht in der Lage ist, Erfahrungen auf eine Art zu formulieren, die das Leben erträglich macht und Hoffnung gibt, dann mag für sie der Tod als zu bevorzugende Alternative erscheinen. Aus all diesen Gründen wird es fast immer als Leiden erlebt, wenn psychologischer Kontakt blockiert ist. Personzentrierte Autoren haben verschiedene Arten derartiger Prozesse andernorts ausführlich beschrieben, also fasse ich hier nur kurz zusammen:

Einige Klienten erleben „fragile Prozesse“ („*fragile process*“; Warner 1991; 1997; 2000) dergestalt, dass sie Schwierigkeiten haben, Erfahrungen in einem Gewahrsein mittlerer Intensität zu halten. Dies bedeutet, dass sie in persönlich bedeutsame oder emotional verbindliche Erfahrungen nur schwer einsteigen bzw. sich aus ihnen zurückziehen können. Und sie haben wahrscheinlich Schwierigkeiten, die Sicht einer anderen Person einzunehmen und gleichzeitig mit der eigenen Erfahrung in Verbindung zu bleiben. Zum Beispiel redet eine Klientin fast die ganze Therapiestunde nur oberflächlich und kann erst am Ende kurz mit einem zugrundeliegenden Gefühl von Kummer in Verbindung kommen. Sie befürchtet dann vielleicht, dass sie ewig weinen würde und stundenlang unfähig wäre, zu ihrer Arbeit zurückzukehren. Sie will vielleicht dem Therapeuten die intensive Verletzbarkeit ihrer Gefühle vermitteln und darin verstanden werden. Wenn der Therapeut dies dann nicht mit den exakt richtigen Worten erfasst, hat sie vielleicht das Gefühl, dass der Therapeut ihre Erfahrung vernichtet hat.

All diese Elemente fragiler psychologischer Prozesse können psychologischen Kontakt sehr schwierig machen. Die Empfindung des eigenen Selbst – die natürlich ein weiches Phänomen ist – setzt das Integrieren der eigenen gelebten Erfahrung mit einem Empfinden von organismisch verwurzelter Kohärenz voraus. Eine solche Empfindung des Selbst entwickelt sich normalerweise in einem sich wechselseitig verstärkenden Kreislauf, in dem man sich selbst gegenüber repräsentiert und in dem zugleich die eigene Erfahrung von anderen Menschen aufgenommen und erwidert wird. Die Verletzbarkeit, Intensität und Scham, die auftauchen, wenn eine Person fragile Aspekte eigener Erfahrung berührt, kann leicht dazu führen, die Art von Verarbeitung zu vermeiden, die für die

Entwicklung einer solchen organismisch verwurzelten, kohärenten Version von Erfahrung notwendig wäre. Und die Scham und Empfindlichkeit in Beziehungen, die charakteristisch für fragile Prozesse sind, kann leicht von jedem zwischenmenschlichen Austausch abhalten, in welchem die eigenen Erfahrungen als sozial real oder akzeptabel bestätigt werden. Ich glaube, dass es sehr schwierig ist, die eigenen Erfahrungen als real zu empfinden, wenn man nicht deren soziale Bestätigung erlebt hat. Außerdem erschweren es solche Beziehungsschwierigkeiten, von anderen Feedback zu bekommen, was dann zu einer Art Tunnelblick führt, wodurch man Erfahrung nur noch aus der eigenen Sicht formulieren kann.

Wenn all diese Aspekte fragiler Prozesse gegeben sind, so ist es wirklich schwer, eine persönlich verwurzelte, vorhersehbar realistische oder kulturell kohärente Version von Erfahrung zu bilden. Klienten mit fragilen Verarbeitungsmodi erfahren ihr Leben oft als chaotisch oder leer. Wenn Klienten mit fragiler Verarbeitung ihrer Erfahrungen innerhalb von persönlichen Beziehungen gewahrt werden, ist es wahrscheinlich, dass sie sich bald verletzt und missverstanden fühlen. Wenn sie dann diese Gefühle ausdrücken, ist es wahrscheinlich, dass sie als übertrieben ärgerlich, empfindlich und stur empfunden werden. Im Weiteren ist es wahrscheinlich, dass die Anderen ihrerseits wiederum ärgerlich und zurückweisend werden, womit sie das Empfinden der Klienten verstärken, dass es irgendetwas fundamental Giftiges an ihrer Existenz gibt. Wenn sie aber aufhören, mit anderen in Kontakt zu treten und ihre Reaktionen auszudrücken, ist es wahrscheinlich, dass sie sich innerlich erstarrt oder tot fühlen. Viele schwanken dann dabei hin und her, halten zunächst ihre Reaktionen zurück und fühlen sich immer unbehaglicher, um dann unvermittelt wutgeladen zu explodieren.

Sinnvolle therapeutische Umgangsformen mit Klienten mit fragilen und ähnlichen Verarbeitungsformen wurden von einer Reihe personenzentrierter und experienzieller Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beschrieben (Bohart 1990; Eckert/Biermann-Ratjen 1998; Eckert/Wuchner 1996; Lambers 1994; Leijssen 1993; 1996).

Klienten hingegen, die „dissoziierende Prozesse“ erleben, gehen durch Phasen, in denen sie sich selbst überzeugt als verschiedene Selbste erleben, die nicht miteinander integriert sind (Warner 1998; 2000; Roy 1991; Coffeng 1995). In der Folge empfinden sie entweder eine Zerrissenheit des eigenen Selbst, das sich für sie selbst und andere „verrückt“ anfühlt, oder sie haben Perioden, in denen sie Zeitspannen vergessen, in denen andere „Selbst-Teile“ dominant waren. Solche dissoziierten Prozesse resultieren so gut wie immer aus schweren Kindheitstraumata. Kleine Kinder, die sich noch nicht von überwältigend intensiven Erfahrungen distanzieren können, stolpern in trance-ähnliche Zustände, die die unmittelbare Erfahrung des Traumas verringern. Diese trance-artigen Zustände entwickeln sich zu Blöcken von Erfahrungen, die subjektiv als unabhängige Selbste erlebt werden. Klienten neigen dazu, in solche „Teil“-Erfahrungen zu gleiten, wenn die ursprünglichen Trauma-

erinnerungen hochzukommen drohen. Solche dissoziierten Selbste verhelfen offenbar dazu, von den ursprünglichen Erinnerungen nicht überflutet zu werden.

Dissoziierte Verarbeitung behindert psychologischen Kontakt, weil sie wesentliche Aspekte von Erfahrung voneinander getrennt hält, was es aber eben auch unmöglich macht, diese zu einem bedeutungsvollen Ganzen zu verarbeiten. In der Folge wird eine Person, die auf dissoziative Art verarbeitet, weitgehend im Unklaren darüber bleiben, wie und warum sie auf bestimmte Art handelte. In manchen Momenten vermittelt eine solche Klientin Aspekte von Teil-Selbsten scheinbar völlig chaotisch und unorganisiert, sodass sie anderen vielleicht sogar psychotisch erscheint. Wenn ein bestimmtes Teil-Selbst hingegen stärker präsent ist, kann es sein, dass sich der Therapeut sehr mit diesem Subset an Reaktionen, Motiven und Erinnerungen dieser Person in Kontakt fühlt, aber fast keinen Kontakt mit Reaktionen, Motiven und Erinnerungen anderer Teile gewinnt.

Prouty (1990; 1994) beschreibt psychotische Klienten als behindert im Kontakt mit dem „Selbst“, der „Welt“ und dem „Anderen“. Die Klienten, die er beschreibt, haben Schwierigkeiten, aus ihren Erfahrungen Erzählungen zu machen, die ihrer Kultur entsprechend sinnvoll erscheinen oder die eine vorhersagbare Validität für ihre Umgebung beinhalten. Einige erleben eine Art von innerer Leere oder von Totsein. Sie haben oft Erfahrungen in Form von Stimmen oder Halluzinationen, die weder kulturell akzeptiert noch leicht zu verarbeiten sind (Prouty 1977; 1983; 1986; 1994). Wenn diese wesentlichen Zwecke von Erzählungen behindert sind, verliert man die Fähigkeit, kohärente, bedeutungsvolle Versionen der eigenen Erfahrung zu bilden und/oder diese anderen zu vermitteln.

Dennoch bleibt Prouty dabei, dass psychotische Erfahrung bedeutungsvoll ist und das Potenzial hat, zu realitätsorientierteren Formen verarbeitet zu werden. Er hat Kontaktfunktionen, Kontaktreflexionen und Kontaktverhalten ausgearbeitet, welche für die therapeutische Arbeit sowie für die Forschung mit „kontaktbehinderten“ Klienten relevant sind. Eine Reihe personenzentrierter Therapeutinnen und Therapeuten (Pörtner 1994; Van Werde 1990; 1998; Deleu/Van Werde 1998; Warner 2002) arbeiten erfolgreich mit Proutys Ansatz und erweiterten seine Arbeit anhand verschiedener Populationen und Settings. Andere berichten auch von Erfolgen mit psychotischen Klienten in allgemeiner definierten Versionen Personenzentrierter Therapie (Raskin 1996; Rogers et al. 1967; Binder 1998).

Personenzentrierte Therapie bei „schwierigen Prozessen“

Obwohl die Verarbeitungsarten, die Kontakt schwierig machen, auf den ersten Blick recht unterschiedlich wirken, sind die therapeutischen Vorgehensweisen vieler Personenzentrierter Therapeuten ziemlich ähnlich. Die Therapeuten sind oft frapportiert, wie stark das

Verlangen nach psychologischem Kontakt ist, gerade wenn er außerordentlich schwer zu schaffen ist (Prouty 1994; 2000; Warner 1998; 2000; 2001; 2002). Die Intensität und Beharrlichkeit, mit der Klienten sich um psychologischen Kontakt bemühen, ergibt Sinn, wenn man dessen zentrale Rolle in der menschlichen Evolution versteht. Klienten, die die größten kognitiven und emotionalen Schwierigkeiten haben, in Kontakt zu bleiben, kämpfen darum, ihren Erfahrungen Sinn zu geben und diese anderen Menschen mitzuteilen. Hier ist Rogers' Bild von der Kartoffel angemessen, die auch im Keller einer noch so fahlen Lichtquelle immer noch Schößlinge entgegengetrieben wird.

Wie vorher erwähnt führt die personenzentrierte Literatur zu Verarbeitungsprozessen viele verschiedene geistige Fähigkeiten an, die zur Verfügung stehen, um Erfahrungen auf normale Art Sinn zu geben. Wenn diese Fähigkeiten ausfallen oder behindert werden, entwickeln Individuen andere Wege, um Erfahrung auszudrücken und zu verstehen – etwa Halluzinationen, Denkstörungen, „Teile“ von Persönlichkeit oder „Stimmen“. Klientenzentrierte Therapeuten können solche abweichenden Formen inzwischen als persönlich bedeutungsvolle Kontaktversuche wertschätzen.

Ganz allgemein haben Klientenzentrierte Therapeuten erfasst, dass, wenn sie Klienten erfolgreich Empathie und Wertschätzung vermitteln, dies eher alle Fähigkeiten zu Kontakt fördert und stimuliert. Dies erfordert oft große Anstrengungen auf Seiten des Therapeuten, den Klienten auf der Basis von dessen oft sehr limitierten und schwer zu verstehenden Äußerungen zu verstehen. Manchmal sind die exakten Worte oder Gesten des Klienten das Einzige, womit der Therapeut sich in Beziehung setzen kann (Prouty 1994). Außerdem wäre es wegen der Verarbeitungsschwierigkeiten der Klienten für diese ohnehin schwierig, komplexe Kommunikationen des Therapeuten überhaupt zu empfangen oder gar zu verstehen. In der Folge stellten etliche Personenzentrierte Therapeuten fest, dass es hilfreich ist, die Formen, mit denen sie Verstehen mitteilen, zu vereinfachen. Sie suchen Ausdrucksstile, die dem Klienten weniger komplexe Verarbeitungsmanöver abverlangen. Prouty (1994) ist ein Anwalt von Wort-für-Wort-Reflexionen und für das Benennen exakter Gesten und Gesichtsausdrucksweisen als Reaktion auf kontaktlose psychotische Erfahrung. Warner (1991; 1997; 2000) und Roy (1998) stellten fest, dass Klienten gerade in fragilen oder dissoziativen Prozessen oft Stille brauchen oder empathische Reaktionen, die sich sehr genau an die von den Klienten verwendeten Worte halten, damit diese sich verstanden fühlen.

Bei sehr limitierten oder sehr unüblichen Ausdrucksformen von Klienten merken Therapeuten häufig, dass sie daran arbeiten müssen,

Prozesssensitivität zu entwickeln. Denn Therapeuten können ihr Verstehen des Klienten leicht verzerren, indem sie es dem, was sie aus eigener Erfahrung kennen, ähnlich machen. So können Therapeuten lange Zeit überhören, dass Klienten disparate „Teil-Selbste“ erleben, oder das Ausmaß an Vulnerabilität übersehen, das mit fragiler Verarbeitung zusammenhängt. Außerdem verwenden Therapeuten häufig ihre eigenen Schemata zur Verarbeitung von Gefühlen wie Schmerz, Verzweiflung und Fremdheit, um emotional mit Klienten in Kontakt zu bleiben, die extreme Formen solcher Erfahrungen haben.

Fast alle Klienten kämpfen um Kontakt, manche wurden aber extrem traumatisiert und manipuliert, als sie früh in ihrem Leben versuchten, psychologischen Kontakt herzustellen. Die Letzteren sind vielleicht versucht aufzugeben, oder sie sehen Kontaktversuche bereits als Bedrohung ihrer Existenz. Unter diesen Umständen wird Therapie, die körperlich wahrgenommene Erfahrung verstärkt oder die Klienten einlädt, anderen Menschen zu trauen, wahrscheinlich als bedrohlich erfahren werden. Die Therapeuten sollten also die heikle Ambivalenz von Klienten verstehen, die versucht sind, jeglichen Kontakt aufzugeben, oder sich tatsächlich aus dem Kontakt zurückziehen. Der Wunsch nach Kontakt ist jedoch so grundlegend für den Menschen, dass eine solche Entscheidung selten eindeutig oder dauerhaft sein kann. Die Bereitschaft der Therapeuten, Klienten zu verstehen und bei ihnen zu bleiben, auch wenn sie sich aus dem Kontakt zurückziehen, ist daher ein entscheidender Faktor dafür, dass der Klient das Verlangen und den Mut entwickelt, sich wieder zu engagieren.

Das menschliche Bedürfnis nach psychologischem Kontakt ist stark genug, dass sogar ganz geringe Intensivierungen des psychologischen Kontakts für Klienten von großem persönlichem und psychologischem Wert sind. Wenn ein Klient sich wenigstens in einer eingeschränkten Art, Sinn zu konstruieren, vermitteln kann, dann bringt wahrscheinlich bereits das eine Milderung der existenziellen Einsamkeit und Angst des Klienten. Sogar eine nur teilweise Fähigkeit, der eigenen Erfahrung Sinn zu geben, verringert eine Reihe psychologischer Symptome und Verhaltensauffälligkeiten (Prouty 1994; Warner 2001). Vor allem aber brauchen Klienten, die Schwierigkeiten haben, Kontakt aufzubauen oder aufrechtzuerhalten, in größerem Maß jemanden bei sich, während sie darum kämpfen, ihre eigene Stimme zu finden. Die Beachtung der existenziellen Freiheit, zu entscheiden, was von Bedeutung ist und warum, ist in therapeutischen Beziehungen, in denen Kontakt schwierig ist, noch wichtiger, wenn man bedenkt, dass es gerade für diese Klienten so schwer ist, diese Art von Respekt, von Freiheit und von persönlicher Verbundenheit in ihrem sonstigen Leben zu bekommen.

Literatur

- Binder, U. (1998), Empathy and empathy development in psychotic clients, in: Thorne, B./Lambers, E. (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective*, London (Sage Publications) 216–230
- Bohart, A. C. (1990), A cognitive client-centered perspective on borderline personality development, in: Lietaer, G./Rombauts, J./Van Balen, R. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*, Leuven (Leuven University Press) 599–621
- Clark, A./Chalmers, D. (1998), The extended mind, in: *Analysis* 58, 1, 7–19
- Coffeng, T. (1996), Experiential and pre-experiential therapy for multiple trauma, in: Hutterer, R./Pawlowsky, G./Schmid, P.F./Stipsits, R. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion*, Frankfurt am Main (Peter Lang) 499–511
- Deleu, C./Van Werde, D. (1998), The relevance of a phenomenological attitude when working with psychotic people, in: Thorne, B./Lambers, E. (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective*, London (Sage) 206–215
- Eckert, J./Biermann-Ratjen, E.-M. (1998), The treatment of borderline personality disorder, in: Greenberg, L.S./Watson, J./Lietaer, G. (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy*, New York (The Guilford Press) 349–367
- Eckert, J./Wuchner, M. (1996), Long-term development of borderline personality disorder, in: Hutterer, R./Pawlowsky, G./Schmid, P.F./Stipsits, R. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion*, Frankfurt/M. (Peter Lang) 213–233
- Gendlin, E. T. (1964), A theory of personality change, in: Worchel, P./Byrne, D. (Eds.), *Personality change*, New York (Wiley) 100–148
- Gendlin, E. T. (1968), The experiential response, in: Hammer, E. (Ed.), *Use of interpretation in treatment*, New York (Grune & Stratton) 208–227
- Gendlin, E. T. (1970), A theory of personality change, in: Hart, J. T./Tomlinson, T. H. (Eds.), *New directions in client-centered therapy*, Boston (Houghton Mifflin) 129–174
- Gendlin, E. T. (1974), Client-centered and experiential psychotherapy, in: Wexler, D./Rice, L.N. (Eds.), *Innovations in Client-Centered therapy*, New York (Wiley) 211–246
- Gendlin, E. T. (1990), The small steps of the therapy process: How they come and how to help them come, in: Lietaer, G./Rombauts, J./Van Balen, R. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*, Leuven (Leuven University Press) 205–224
- Gendlin, E. T. (1995), Crossing and dipping: Some terms for approaching the interface between natural understanding and logical formulation, in: *Minds and Machines* 5, 4, 547–560
- Gendlin, E. T. (1997) How philosophy cannot appeal to experience, and how it can, in: Levin, D. M. (Ed.), *Language beyond Postmodernism*, Evanston, IL (Northwestern University Press) 3–41
- Gendlin, E. T. (2001; Rohfassung), The process model (Focusing Institute web-site: <http://www.focusing.org>)
- Green, M. F. (1998), *Schizophrenia from a neurocognitive perspective*, Boston (Allyn and Bacon)
- Greenberg, L. S./Pascual-Leone, J. (1997), Emotion in the creation of personal meaning, in: Power, M./Brewin, C. R. (Eds.), *The transformation of meaning in psychological therapies*, New York (Wiley) 157–173
- Lambers, E. (1994), Borderline personality disorder, in: Mearns, D. (Ed.), *Developing person-centered counseling*, London (Sage) 110–112
- Leijssen, M. (1993), Creating a workable distance to overwhelming images: comments on a session transcript, in: Brazier, D. (Ed.), *Beyond Carl Rogers*, London (Constable) 129–147
- Leijssen, M. (1996), Characteristics of a healing inner relationship, in: Hutterer, R./Pawlowsky, G./Schmid, P.F./Stipsits, R. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion*, Frankfurt/M. (Peter Lang) 427–438
- Mearns, D. (1997), *Person-centred counselling training*, London (Sage)
- Mearns, D./Thorne, B. (2000), *Person centred therapy today: New frontiers in theory and practice*, London (Sage)
- Miller, J. B. (1997), *The healing connection: How women form relationships in therapy and in life*, Boston (Beacon Press)
- Mitchell, S. A. (1988), *Relational concepts in psychoanalysis*, Cambridge, MA (Harvard University Press)
- Mithen, S. (2000), Mind, brain and material culture: An archeological perspective, in: Carruthers, P./Chamberlain, A. (Eds.), *Evolution and the human mind*, Cambridge (Cambridge University Press) 207–217
- Murphy, D. M./Stich, S. (2000), Darwin in the madhouse: Evolutionary psychology and the classification of mental disorders, in: Carruthers, P./Chamberlain, A. (Eds.), *Evolution and the human mind*. Cambridge (Cambridge University Press) 62–92
- Pinker, S./Bloom, P. (1992), Natural language and natural selection, in: Barkow, J. H./Cosmides, L./Tooby, J. (Eds.), *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture*, New York (Oxford University Press) 451–493
- Pörtner, M. (1994), Client-centered therapy with mentally retarded persons: Catherine and Ruth, in: Lietaer, G./Rombauts, J./Van Balen, R. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*, Leuven (Leuven University Press) 559–569
- Prouty, G. (1977), Protosymbolic method: A phenomenological treatment of schizophrenic hallucinations, in: *Journal of Mental Imagery* 1, 2, 339–342
- Prouty, G. (1983), Hallucinatory contact: A phenomenological treatment of schizophrenics, in: *Journal of Communication Therapy* 2, 1, 99–103
- Prouty, G. (1986), The pre-symbolic structure and therapeutic transformation of hallucinations, in: Wolpin, M./Schorr, J./Krueger, L. (Eds.), *Imagery*, Vol. 4, New York (Plenum Press) 99–106
- Prouty, G. (1990), Pre-therapy: A theoretical evolution in the person-entered/experiential psychotherapy of schizophrenia and retardation, in: Lietaer, G./Rombauts, J./Van Balen, R. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*, Leuven (Leuven University Press) 645–658
- Prouty, G. (1994), *Theoretical evolutions in Person-Centered/Experiential Therapy*, Westport, CT (Praeger)
- Prouty, G. (2000), Pre-therapy and the pre-expressive self, in: Merry, T. (Ed.), *Person-centred practice: The BAPCA reader*, Ross-on-Wye (PCCS Books) 68–76
- Raskin, N. J. (1996), Client-centered therapy with very disturbed clients, in: Hutterer, R./Pawlowsky, G./Schmid, P.F./Stipsits, R. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion*, Frankfurt/M. (Peter Lang) 529–531
- Rice, L. N. (1974), The evocative function of the therapist, in: Wexler, D. A./Rice, L.N. (Eds.), *Innovations in Client-Centered Therapy*, New York (Wiley) 289–311
- Rice, L.N./Greenberg, L.S. (Eds.) (1984), *Patterns of change*, New York (The Guilford Press)
- Roelens, L. (1996), Accomodating psychotherapy to information-processing constraints: A person-centered psychiatric case description, in: Hutterer, R./Pawlowsky, G./Schmid, P.F./Stipsits, R. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion*, Frankfurt/M. (Peter Lang) 533–543

- Rogers, C. R. (1951), *Client-centered therapy*, Boston (Houghton Mifflin); dt.: *Die klient-bezogene Gesprächspsychotherapie*, München (Kindler) 1973 bzw. *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*, Frankfurt/M. (Fischer) 1983
- Rogers, C. R. (1957), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: *Journal of Consulting Psychology* 21, 2, 95–103; reprinted in: Kirschenbaum, H./Henderson, V. L. (Eds.) (1989), *The Carl Rogers Reader*, New York (Houghton Mifflin) 219–235; dt.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: Rogers, C. R./Schmid, P. F., *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*, Grünewald (Mainz) 1991, 165–184
- Rogers, C. R. (1959), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework, in: Koch, S. (Ed.), *Psychology: A study of a science*, Vol. 3. Formulations of the person and the social context, New York (McGraw-Hill) 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987
- Rogers, C. R./Gendlin, E. T./Kiesler, D./Truax, C. B. (1967), *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*, Madison, WI (University of Wisconsin Press)
- Roy, B. (1991), A client-centered approach to multiple personality and dissociative process, in: Fusek, L. (Ed.), *New directions in client-centered therapy: Practice with difficult client populations*, Chicago (Chicago Counseling and Psychotherapy Center) 18–40
- Roy, B. (1998), An illustration of memory retrieval with a dissociative identity disorder client, Unpublished manuscript
- Samuels, R. (2000), Massively modular minds: Evolutionary psychology and cognitive architecture, in: Carruthers, P./Chamberlain, A. (Eds.), *Evolution and the human mind*, Cambridge (Cambridge University Press) 13–46
- Santen, B. (1990), Beyond good and evil: Focusing with early traumatized children and adolescents, in: Lietaer, G./Rombauts, J./Van Balen, R. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*, Leuven (Leuven University Press) 779–796
- Sarbin, T. R. (Ed.) (1986), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct*, New York (Praeger)
- Schore, A. N. (1994), *Affect development and the origin of the self*, Hillsdale, NJ (Lawrence Erlbaum)
- Spence, D. P. (1982), *Narrative truth and historical truth*, New York (Norton)
- Sroufe, L. A. (1996), *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*, New York (Cambridge University Press)
- Stern, D. N. (1985), *The interpersonal world of the infant*, New York (Basic Books); dt.: *Die Lebenserfahrung des Säuglings*, Stuttgart (Klett-Cotta) 1992
- Stolorow, R. D./Atwood, G. E. (1992), *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*, Hillsdale, NJ (Analytic Press)
- Swildens, J. C. (1990), Client-centered psychotherapy for patients with borderline symptoms, in: Lietaer, G./Rombauts, J./Van Balen, R. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*, Leuven (Leuven University Press) 623–635
- Tooby, J./Cosmides, L. (1992), The psychological foundations of culture, in: Barkow, J./Cosmides, L./Tooby, J. (Eds.), *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture*, New York (Oxford University Press) 19–136
- Van Werde, D. (1990), Psychotherapy with a retarded schizo-affective woman: An application of Prouty's pre-therapy, in: Dosen, A./Van Genneep, A./Zwanikken, G. (Eds.), *Treatment of mental illness and behavioral disorder in the mentally retarded: Proceedings of international congress*, May 3rd and 4th Amsterdam, The Netherlands, Leiden (Logon) 469–477
- Van Werde, D. (1998), 'Anchorage' as a core concept in working with psychotic people, in: Thorne, B./Lambers, E. (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective*, London (Sage) 195–205
- Warner, M. S. (1983), Soft meaning and sincerity in the family system, in: *Family Process* 22, 523–535
- Warner, M. S. (1989), Empathy and strategy in the family system, in: *Person-Centered Review* 4, 3, 324–343
- Warner, M. S. (1991), Fragile process, In: Fusek, L. (Ed.), *New directions in client-centered therapy: Practice with difficult client populations*, Chicago (Chicago Counseling and Psychotherapy Center) 41–58
- Warner, M. S. (1997), Does empathy cure? A theoretical consideration of empathy, processing and personal narrative, in: Bohart, A. C./Greenberg, L. S. (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*, Washington, DC (American Psychological Association) 125–140
- Warner, M. S. (1998), A client-centered approach to therapeutic work with dissociated and fragile process, in: Greenberg, L. S./Watson, J. C./Lietaer, G. (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy*, New York (The Guilford Press) 368–387
- Warner, M. S. (2000), Client-centered therapy at the difficult edge: A developmentally based model of fragile and dissociated process, in: Mearns, D./Thorne, B. (Eds.), *Person Centred therapy today: New frontiers in theory and practice*, London (Sage) 144–171
- Warner, M. S. (2002), Luke's dilemmas: A client-centered/experiential model of processing with a schizophrenic thought disorder, in: Watson, J. C./Goldman, R. N./Warner, M. S. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice*, Ross-on-Wye (PCCS Books) 459–472
- Wexler, D. A. (1974), A cognitive theory of experiencing, self-actualization and therapeutic process, in: Wexler, D. A./Rice, L. N. (Eds.), *Innovations in client-centered therapy*, New York (Wiley) 49–116

Autorin:

Warner, Margaret, 1947, Ph. D., Klientenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis, Ausbilderin, bis vor kurzem führend am Chicago Counseling Center tätig, Professorin an der Illinois School of Professional Psychology/Chicago Campus (Argosy University), Schwerpunkt in Theorie und Praxis: Arbeit mit Personen mit schweren psychischen Störungen

Korrespondenzadresse:

*Margaret Warner
5436 S. Cornell
Chicago, IL 60615
USA
E-Mail: mswarner@ripco.com*

Bernd Heimerl und Inge Frohburg

Empathie in der psychotherapeutischen Praxis – Eine empirische Untersuchung zur Frage ihrer Dimensionalität

Zusammenfassung: Empathie ist ein komplexes Konstrukt, bei dem auf theoretischer Ebene häufig zwischen kognitiven und emotionalen Anteilen unterschieden wird. Das Ausmaß der individuellen Realisierungsmöglichkeiten der genannten Empathiekomponenten kann mit Hilfe eines Empathie-Selbsteinschätzungsbogens von Davis (1983) (deutsche Übersetzung von Kleiber et al. 1992) erfasst werden. Die Auswertung der Fragebogendaten von 222 Psychotherapeuten ergab unabhängig von der gewählten Psychotherapiemethode ähnliche Ausprägungsgrade, eine hohe Interkorrelation der dimensionsbezogenen Skalen und Hinweise auf den Einfluss der Berufsdauer auf die Empathie. Aus den Selbsteinschätzungen der praktisch tätigen Psychotherapeuten lassen sich damit die konzeptualisierten Dimensionen von kognitiver und emotionaler Empathie nicht bestätigen.

Stichwörter: Gesprächspsychotherapie, Empathie

Résumé: *Empathie dans la pratique psychothérapeutique – une recherche empirique sur la question de leur dimensionnalité* - L'empathie est une construction complexe, dans laquelle la distinction est souvent faite, au niveau théorique, entre parties cognitives et émotionnelles. La mesure des possibilités de réalisation individuelle des composantes de l'empathie citée peut être appréhendée au moyen d'un questionnaire d'autoévaluation de l'empathie de Davis datant de 1983 (traduction allemande de Kleiber, entre autres, 1992). L'exploitation des données des questionnaires complétés par 222 psychothérapeutes a eu pour résultat, indépendamment de la méthode psychothérapeutique choisie, des degrés de développement similaires, une inter-corrélation élevée des échelles relatives à la dimension et des indications sur l'influence de la durée de l'activité professionnelle sur l'empathie. Ainsi les autoévaluations des psychothérapeutes en activité pratique ne permettent pas de confirmer les dimensions conceptualisées d'empathie cognitive et émotionnelle.

Mots-clés: psychothérapie centrée sur la personne, empathie

1. Forschungskontext und Fragestellung der Untersuchung

Empathie ist ein komplexes Konstrukt, das unterschiedliche inhaltliche Perspektiven und Aspektierungen möglich macht. Von vielen Autoren wird im Bemühen, dieses komplexe Konstrukt „Empathie“ zu differenzieren, zwischen kognitiven und emotionalen Anteilen der Empathie unterschieden (vgl. Davis 1980; 1983; 1993; Hoffman 1982; Eisenberg / Strayer 1987; Deutsch / Madle 1975). Dabei meint „Kognitive Empathie“ die Fähigkeit des Psychotherapeuten¹, mittels

seiner Kognitionen die Gefühle, Gedanken und Handlungsimpulse des Patienten zu erfassen. „Emotionale Empathie“ meint Einfühlung in das Erleben des Patienten durch Gefühlsübernahme, Gefühlsgleichklang, Gefühlsansteckung.

Uns interessiert im Rahmen einer weiter gefassten empirischen Studie zum Verhältnis von Empathie und Burn-out von Psychotherapeuten² unter anderem, ob diese von den „Theoretikern“ getroffene Unterscheidung von kognitiver und emotionaler Empathie so auch von „Praktikern“, also praktisch tätigen Psychotherapeuten, vorgenommen wird, die deshalb, weil wir selbst erhebliche Zweifel

1 Um eine bessere Lesbarkeit des Textes zu erreichen, verwenden wir durchgängig nur die maskuline Personform, verstehen diese aber geschlechtsneutral und sehen die feminine Personform stets eingeschlossen.

2 Bei der hier dargestellten Untersuchung handelt es sich um einen Ausschnitt aus der Dissertation von Bernd Heimerl am Psychologischen Institut der Humboldt-Universität zu Berlin, die von Inge Frohburg betreut wird.

an der u. E. theoretisch nur unzureichend begründeten Annahme von disjunkten Empathiekomponenten und der Unterscheidung von kognitiven und emotionalen Empathieanteilen hatten.

Diese Zweifel resultierten zum einen aus dem Bezug auf die konzeptionellen Grundannahmen der Gesprächspsychotherapie: Carl Rogers konzeptualisiert Empathie als einführendes Verstehen: Verstehen als kognitiven und Einfühlung als emotionalen Anteil der Empathie, die miteinander untrennbar verbunden sind (vgl. Rogers 1980; Schulz/Silbereisen 1978). Zweifel ergeben sich des Weiteren aus grundlagenpsychologischen Kenntnissen zur Entwicklung von Kognitionen und Affekten: Bekannt ist, dass phylogenetisch und ontogenetisch die Kognitionen der Regulierung von Affekten dienen und deshalb nicht durchgängig unabhängig voneinander gedacht werden können (vgl. Stern 1985; Bischof-Köhler 1989; Emde 1995). Zweifel ergeben sich nicht zuletzt und in besonderem Maße auch aus alltäglichen psychotherapeutischen Praxis- und Ausbildungserfahrungen: Beim Bemühen um Empathie sehen wir uns immer wieder kognitiv und emotional gleichermaßen gefordert.

Wir betrachten kognitive und emotionale Empathieanteile daher nicht als getrennte bzw. zu trennende Aspekte, sondern nehmen sie eher als miteinander verbunden an. So konstituiert sich nach unserer Meinung zwar ein situations- und personenspezifisches, in seiner Realisierung hinsichtlich der kognitiven und emotionalen Anteile aber einheitliches Merkmal „Empathie“.

Vor dem Hintergrund unserer Überlegungen interessierte uns, wie praktisch tätige Psychotherapeuten das genannte Problem reflektieren. Wir wollten wissen, ob sie unterschiedliche Empathieaspekte wahrnehmen und wenn ja, in welchem Ausmaß sie sich selbst in der Lage sehen, die unterschiedlichen Empathieaspekte in ihrem beruflichen Alltag zu realisieren. Dabei interessierte uns im Sinne einer differenzierten Fragestellung auch, ob zwischen Psychotherapeuten unterschiedlicher theoretischer Orientierungen und zwischen denen mit unterschiedlich langer Berufserfahrung Unterschiede zu eruieren sind.

2. Untersuchungsmethodik und -stichprobe

Wir waren der Fragestellung entsprechend an den Selbstauskünften von möglichst vielen Psychotherapeuten unterschiedlicher psychotherapeutischer Orientierungen interessiert. Deshalb haben wir uns für eine schriftliche postalische Befragung entschieden und dazu einen Fragebogen zur Empathie-Selbsteinschätzung von Davis (1983) in der deutschsprachigen Übersetzung von Kleiber et al. (1992) verwendet.

Das Untersuchungsinstrument

Der amerikanische Sozial- und Persönlichkeitspsychologe Davis entwickelte 1980 ein mehrdimensionales Konzept der Empathie, in

dem er zwischen kognitiven und emotionalen Anteilen der Empathie unterscheidet. Sein 1983 publiziertes Organisationsmodell der Empathie beinhaltet Gemeinsamkeiten und Unterschiede verschiedener auf Empathie bezogener Konstrukte und versucht, diese zusammenhängend zu beschreiben. Davis geht von vier Dimensionen aus, die von ihm im Interpersonal Reactivity Index (IRI) operationalisiert werden. Dieses im Folgenden als „Fragebogen zur Empathie-Selbsteinschätzung“ bezeichnete Messinstrument erfasst die empathische Reaktionsbereitschaft, die sich eine Person selbst zuschreibt. Mit dem Fragebogen zur Empathie-Selbsteinschätzung werden also Personenmerkmale erfragt, die empathisches Erleben entsprechend den theoretischen Vorannahmen von Davis erfassen sollen.

In der vorliegenden Untersuchung haben wir in einer leicht revidierten Form des Fragebogens die drei im Folgenden beschriebenen Dimensionen verwandt. Nicht berücksichtigt wurde die ursprünglich mitverwendete Dimension „Fantasie“, weil damit die Wirkung spezifischer filmischer Merkmale auf einen Rezipienten überprüft werden sollte. Diese Dimension als Teil der kognitiven Empathie nimmt daher im Rahmen medienpsychologischer Forschung einen besonderen Stellenwert ein.

Die Psychotherapeuten sollten ihre Empathiefähigkeit zu jedem Item anhand einer 5-stufigen Likertskala von „nicht gut“ bis „sehr gut“ einschätzen.

Dimension 1 des Fragebogens erfasst die kognitive Komponente der Empathie und wird als „*Perspektivenübernahme*“ bezeichnet. Sie spiegelt die Fähigkeit einer Person wider, den Standpunkt oder die Perspektive einer anderen Person einzunehmen, sich in ihre Lage hineinversetzen zu können. Mit anderen Worten: Es geht darum, inwieweit jemand sich vorstellen kann, wie ein anderer denkt, wie er sich fühlt und wie er handeln wird. Dies impliziert die Befähigung eines Menschen, Erwartungen über die Handlungsbereitschaften des Interaktionspartners zu bilden und die Perspektive des anderen in Bezug auf dessen Biographie zu verstehen.

Item-Beispiele:

- Ich versuche, Patienten dadurch zu verstehen, dass ich mir vorstelle, wie sich die Dinge aus ihrer Sicht darstellen.
- Es gelingt mir gut, die Gedanken und Handlungen meiner Patienten vorherzusagen.

Dimension 2 des Fragebogens operationalisiert einen Teil der emotionalen Komponente der Empathie als „*Emotionale Anteilnahme*“. Sie ist das Mitgefühl, das sich durch auf den anderen orientierte Gefühle wie Zuneigung, Wohlwollen, aber auch Betroffenheit, Sorge und Bedauern ausdrückt. Des Weiteren ist es die Fähigkeit zur Teilhabe an den positiven und negativen Gefühlen des Patienten und auch – im Sinne eines prosozialen Verhaltens – die Neigung, ihn vor negativen, ihn schädigenden Erfahrungen zu schützen.

Item-Beispiele:

- Es fällt mir leicht, mich am Erleben und Verhalten meiner Patienten emotional zu beteiligen.
- Wenn ich merke, dass es meinem Patienten schlecht geht, habe ich das Bedürfnis, ihm beizustehen.

Dimension 3 des Fragebogens bezieht sich auf einen zweiten Aspekt der emotionalen Empathie in Form von „*Empathischem Distress*“. Darunter wird die Tendenz des Psychotherapeuten verstanden, auf Gefühle und Kognitionen des Patienten mit Ängstlichkeit, Anspannung, Ärger, Unruhe oder Hilflosigkeit zu reagieren und so seine „kognitive Flexibilität“ zu verlieren (Tscheulin 1992). Dadurch bedingt rückt die eigene Befindlichkeit des Psychotherapeuten ins Zentrum seiner Aufmerksamkeit. Die Aufmerksamkeit ist bei der Perspektivenübernahme und bei der emotionalen Anteilnahme eindeutig auf den anderen gerichtet, im empathischen Distress auf die eigene Person. Hoffman (1982) beschreibt diesen Zustand als „*empathische Übererregung*“.

In vielen psychotherapeutischen Richtungen wird empathischer Distress als ein Risiko in der Tätigkeit von Psychotherapeuten diskutiert: im psychodynamischen Paradigma als Gefahr der Identifikation mit Anteilen des Patienten, im humanistischen Paradigma als ein Verlust der als-ob-Qualität und im behavioralen Paradigma als ein Verlust der kognitiven Flexibilität.

Item-Beispiele:

- Wenn ein Patient Angst oder Verzweiflung äußert, verunsichert mich das.
- Ich finde es anstrengend, mich nicht durch die Stimmung meiner Patienten beeinflussen zu lassen.

Untersuchungstichprobe

Der Fragebogen wurde an insgesamt 400 Psychotherapeuten in Deutschland versandt. Bei einer Rücklaufquote von erstaunlich hohen 56 % liegen 222 Datensätze zur Auswertung vor. Von den 222 befragten Psychotherapeuten waren ca. 1/3 männlich und 2/3 weiblich. Fast 80% waren über 40 Jahre alt und nahezu die Hälfte seit über 10 Jahren psychotherapeutisch tätig. Als berufliche Basisqualifikation dominierte die Psychologie mit fast 70%. Genauere Angaben sind der Tabelle 1 zu entnehmen.

3. Ergebnisse

Ergebniswerte

Bei den von uns befragten Psychotherapeuten ließen sich mit dem „Fragebogen zur Empathie-Selbsteinschätzung“ von Davis (1983) Werte im oberen Merkmalsbereich für die Dimensionen „Perspekti-

Merkmalsbereich	Merkmalsausprägung	N = %
Geschlecht	männlich	83 = 37 %
	weiblich	139 = 63 %
Alter	bis 40 Jahre	47 = 21 %
	über 40 Jahre	175 = 79 %
Berufliche Basisqualifikation	Psychologie	149 = 67 %
	Medizin	38 = 17 %
	andere (Sozialarbeit und andere soziale Berufe)	21 = 10 %
	Mehrfachnennungen	14 = 6 %
Therapeutische Orientierung	Analytisch (Psychoanalyse/Tiefenpsychologisch fundierte PTh)	39 = 18 %
	Humanistisch (Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie)	48 = 22 %
	Kognitiv-behavioral (Verhaltensther./Kognitive Ther.)	25 = 11 %
	in Ausbildung	8 = 3 %
	andere und Mehrfachnennungen	102 = 46 %
Dauer der PTh-Tätigkeit	bis 10 Jahre	115 = 52 %
	über 10 Jahre	107 = 48 %

Tabelle 1: Stichproben-Beschreibung (N = 222)

venübernahme“ und „Emotionale Anteilnahme“ und vergleichsweise niedrige Werte im unteren Merkmalsbereich für die Dimension „*Empathischer Distress*“ ermitteln (vgl. Tabelle 2). Das bedeutet, dass sich die Psychotherapeuten in ihrer Selbsteinschätzung durchaus in der Lage sehen, Empathie zu realisieren, und dabei empathischen Stress erleben, aber das in relativ geringem Ausmaß. Die Streuungen der einzelnen Skalen liegen zwischen ,51 und ,65, so dass durchgängig von einer relativ homogenen Merkmalsausprägung ausgegangen werden kann.

Empathie-Dimension	M ± s	
	Heimerl 2001	Kleiber & Gusy 1999
Perspektivenübernahme	3,58 ± 0,54	3,54 ± 0,55
Emotionale Anteilnahme	3,35 ± 0,51	3,68 ± 0,57
Empathischer Distress	2,17 ± 0,65	2,56 ± 0,66

Tabelle 2: Fragebogen zur Empathie-Selbsteinschätzung von Davis (1983) – Untersuchungsergebnisse

Da für den Fragebogen zur Empathie-Selbsteinschätzung von Davis (1983) keine Normwerte vorliegen, haben wir die Möglichkeit genutzt, Werte unserer Untersuchung mit den Daten aus einer unveröffentlichten Studie von Kleiber und Gusy (1999) zu vergleichen. In dieser Untersuchung wurde der Zusammenhang zwischen Empathie, Coping und Burn-out geprüft und Empathiewerte in Abhängigkeit von unterschiedlichen Berufsgruppen (Krankenpflegepersonal, Sozialarbeiter, Ärzte und Psychologen unterschiedlicher Stichprobengröße) und Arbeitsbereichen (AIDS-Patienten/Nicht-AIDS-Patienten) errechnet. Beim Vergleich der Werte der Gesamtstichprobe ließen sich für die Empathie-Dimension der „Perspektivenübernahme“ keine

Unterschiede zu unseren Ergebnissen finden. Die Psychotherapeuten in unserer Untersuchung beschreiben sich jedoch als weniger emotional teilnehmend und erleben auch weniger empathischen Distress als die Vergleichsgruppe bei Kleiber / Gusy (1999) (vgl. Tabelle 2). Dieses Ergebnis legt die Hypothese nahe, dass sich die Professionalisierung der Empathie im psychotherapeutischen Kontext auf die emotionalen Anteile der Empathie im Sinne einer „distanzierten Anteilnahme“ (vgl. Maslach 1982; Burisch 1988) auswirkt. Das bedeutet, dass Psychotherapeuten anscheinend mehr Kontrolle über ihre emotionale Empathie haben als Angehörige anderer psychosozialer Berufe.

Interkorrelation der Empathie-Dimensionen?

Zur Beantwortung der Frage, ob auch die praktisch tätigen Psychotherapeuten in ihrer Selbsteinschätzung zwischen kognitiven und emotionalen Empathie-Anteilen unterscheiden, haben wir die Interkorrelationen der einzelnen Skalen des „Fragebogens zur Empathie-Selbsteinschätzung“ von Davis (1983) überprüft. Die Ergebnisse sind in Tabelle 3 zusammengefasst. Es ergeben sich statistisch gesicherte Interkorrelationen zwischen den mit dem Fragebogen erfassten Empathieanteilen „Perspektivenübernahme“ und „Emotionale Anteilnahme“ sowie zwischen „Perspektivenübernahme“ und „Empathischer Distress“, während die Korrelation von „Emotionaler Anteilnahme“ und „Empathischer Distress“ gegen Null geht und nicht signifikant ist.

Dies bedeutet zunächst, dass die „Perspektivenübernahme“ als kognitive Komponente der Empathie in der Selbsteinschätzung der befragten Psychotherapeuten offenbar mit „Emotionaler Anteilnahme“ einhergeht. Das spricht für das „Einfühlende Verstehen“ in der Konzeptualisierung von Carl Rogers: Verstehen als kognitive Komponente der Empathie und Einfühlung als emotionale Komponente, was praxisbezogen nicht zu trennen ist. Die theoretisch postulierte Unabhängigkeit der einzelnen Empathieanteile kann damit mit Bezug auf die Selbsteinschätzung der Psychotherapeuten nicht bestätigt werden.

Das Ergebnis weist außerdem darauf hin, dass „Perspektivenübernahme“ dem „Empathischen Distress“ entgegenzuwirken scheint. Je mehr ein Psychotherapeut den Patienten kognitiv zu erfassen versucht, desto weniger empathischen Distress erlebt er.

FB-Skala	Perspektivenübernahme	Emotionale Anteilnahme	Empathischer Distress
Perspektivenübernahme	■	,44 p < 0,01	-,17 p < 0,01
Emotionale Anteilnahme		■	,07 n.s.
Empathischer Distress			■

Tabelle 3: Fragebogen zur Empathie-Selbsteinschätzung von Davis 1983 – Interkorrelation der Skalen

Überrascht sind wir von dem Befund, dass „Empathischer Distress“ nicht auch in direkter korrelativer Beziehung zur „Emotionalen Anteilnahme“ steht. Das widerspricht gängigen Vorstellungen und praktischen klinischen Erfahrungen und bedarf weiterer Klärungsarbeit.

Methodenabhängige Empathie?

Im Rahmen der differenziellen Überlegungen sind wir der Frage nachgegangen, ob sich Psychotherapeuten unterschiedlichen Orientierungen ein unterschiedliches Ausmaß an Empathiefähigkeit zuschreiben.

Therapeutische Orientierung	N	Perspektivenübernahme	Emotionale Anteilnahme	Empathischer Distress
Analytisch (Psychoanalyse, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie)	39	3,67 ± 0,60	3,39 ± 0,59	2,12 ± 0,70
Humanistisch (Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie)	47	3,48 ± 0,56	3,28 ± 0,53	2,29 ± 0,69
Kognitiv-Behavioral (Verhaltenstherapie, Kognitive Therapie)	25	3,49 ± 0,47	3,24 ± 0,38	2,09 ± 0,53

Tabelle 4: Fragebogen zur Empathie-Selbsteinschätzung von Davis (1983) – Psychotherapiemethodenbezogene Ergebnisse

Wie den Daten in Tabelle 4 zu entnehmen ist, lassen die Vertreter der verschiedenen psychotherapeutischen Orientierungen keine signifikanten Unterschiede in den Empathieeinschätzungen erkennen. Die drei Empathiedimensionen spielen in der Selbsteinschätzung der befragten Psychotherapeuten offenbar unabhängig vom individuell vertretenen Psychotherapieverfahren jeweils eine gleichwertige Rolle. Zugleich spricht das Ergebnis aber auch für die oft geäußerte Ansicht, dass Empathie aus der Sicht ihrer Protagonisten ein wesentliches Beziehungselement aller psychotherapeutischen Orientierungen ist.

Erfahrungabhängige Empathie?

Uns interessierte im Weiteren, ob zwischen der Empathie-Selbsteinschätzung und der Dauer der Berufserfahrung der Psychotherapeuten ein Zusammenhang besteht. Die entsprechenden Daten sind in Tabelle 5 zusammengestellt. Danach ist ein solcher Zusammenhang durchgängig festzustellen und statistisch signifikant:

Mit der Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit und damit wahrscheinlich auch mit dem Ausmaß der psychotherapeutischen Erfahrung steigen sowohl das Ausmaß der kognitiven Empathiekomponente „Perspektivenübernahme“ als auch das der emotionalen

Empathiekomponente „Emotionale Anteilnahme“, während der „Empathische Disstress“ dazu gegenläufig abnimmt. Das bedeutet, dass es den Psychotherapeuten mit zunehmender Berufserfahrung besser gelingt, sich kognitiv und emotional in ihre Patienten einzufühlen und dabei weniger Belastung zu erleben.

Länge der Berufserfahrung	N	Perspektivenübernahme	Emotionale Anteilnahme	Empathischer Disstress
bis 10 Jahre	115	3,52 ± 0,53	3,27 ± 0,53	2,29 ± 0,67
über 10 Jahre	107	3,48 ± 0,56	3,35 ± 0,51	2,29 ± 0,69

Tabelle 5: Fragebogen zur Empathie-Selbsteinschätzung von Davis (1983) – Erfahrungsbezogene Ergebnisse

Eine differenzielle Betrachtung der Empathie-Fähigkeit in Abhängigkeit von der Berufserfahrung scheint danach durchaus sinnvoll zu sein. Vielleicht kann man das in Zusammenhang bringen mit den Befunden von Enzmann (1996), nach denen der Einfluss von Situationsmerkmalen im Laufe der beruflichen Entwicklung abnimmt und der von Personenmerkmalen (zu denen die Empathie gezählt wird) zunimmt.

4. Diskussion

Insgesamt haben uns die Befunde unserer Untersuchung mehrfach überrascht. Über die im Einzelnen bereits getroffenen Feststellungen bzw. Überlegungen hinausgehend ergeben sich abschließend und zusammenfassend noch folgende Anmerkungen:

Von besonderer Bedeutung scheint uns mit Bezug auf das primäre Forschungsinteresse in erster Linie das Ergebnis, nach dem sich in den Selbsteinschätzungen der Psychotherapeuten das Konstrukt Empathie relativ einheitlich darstellt. Das widerspricht der weitverbreiteten theoretischen Modellierung, die zwischen kognitiven und emotionalen Anteilen der Empathie unterscheidet. Psychotherapeuten sehen sich aus ihrem subjektiven Erleben heraus offenbar in ihrem Bemühen um Empathie immer sowohl kognitiv wie auch emotional reagierend bzw. agierend.

Für besonders bemerkenswert und gleichzeitig diskussionswürdig halten wir im Weiteren das Ergebnis, nachdem sich die

Psychotherapeuten unterschiedlicher methodischer Orientierungen in ihren Selbsteinschätzungen zur Empathie nur relativ wenig unterscheiden. Berücksichtigt man den Stellenwert, den psychoanalytisch/tiefenpsychologische, humanistische und kognitiv-behaviorale Richtungen dem Therapiefaktor „Empathie“ in ihren Konzeptionen zuweisen, hätte man das sicher in dieser Form nicht erwartet. Hier drängt sich dann allerdings auch die Frage nach dem Begriffsverständnis für Empathie auf. Möglicherweise wird der Begriff „Empathie“ von den Untersuchungsteilnehmern a priori und auch mit Bezug auf einige Items des „Fragebogens zur Empathie-Selbsteinschätzung“ von Davis (1983) in einem sehr allgemeinen, fast umgangssprachlichen Sinne gebraucht. Dann gehört Empathie zu den „psychotherapeutischen Grundtugenden“, und in den Aussagen bzw. den aus ihnen errechneten Vergleichswerten würde sich möglicherweise eine gewisse soziale Erwünschtheit widerspiegeln. Diese Überlegung stützt sich auf Fragebogen-Items wie „Wenn ich merke, dass es meinem Patienten schlecht geht, habe ich das Bedürfnis, ihm beizustehen.“ oder „Ich finde, Probleme von Patienten haben mehrere Seiten, und ich versuche, auf alle zu achten“. Dazu „nein“ zu sagen, wäre für einen Psychotherapeuten fast ehrenrührig.

Ob und ggf. inwieweit für das methodenübergreifend einheitliche Ergebnis eventuell das Messinstrument verantwortlich gemacht werden kann oder muss, sollten daher weitere empirische Untersuchungen zeigen. Es sei jedoch besonders darauf verwiesen, dass Selbstdarstellungseffekte nicht zwangsläufig fehlerbelastet sind, sondern als wichtige Informationsquellen genutzt werden können.

Wir wären in diesem Zusammenhang auch daran interessiert, genauer zu prüfen, ob sich die bei den Empathie-Selbsteinschätzungen eruierte dimensionale bzw. methodenübergreifende Einheitlichkeit auch bei tatsächlich realisierter und über Fremdbeurteilungen eingeschätzter Empathie findet. Es gibt aus Alltagserfahrungen, der Supervisionspraxis und auch aus verschiedenen empirischen Studien zu dieser Thematik immer wieder Hinweise darauf, dass zwischen Selbst- und Fremdbeurteilungen der Empathiefähigkeit oft erhebliche Unterschiede bestehen (vgl. Frohburg 1988, 29–33). Auch in dieser Hinsicht besteht nach unserer Auffassung noch erheblicher theoretischer, aber vor allem auch praxisrelevanter Klärungsbedarf.

Literatur:

- Bischof-Köhler, D. (1989), Spiegelbild und Empathie. Die Anfänge der sozialen Kognition, Bern (Hans Huber)
- Burisch, M. (1988), Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung, Berlin (Springer)
- Davis, M. H. (1980), A multidimensional approach to individual differences in empathy, in: Catalog of Selected Documents in Psychology 10, 4, 85, MS 2124
- Davis, M. H. (1983), Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach, in: Journal of Personality and Social Psychology 44, 113–126
- Davis, M. H. (1993), Empathy. A social psychological approach, Madison, WI bzw. Dubuque, Iowa (Brown & Benchmark)
- Deutsch, F./Madle, R. A. (1975), Empathy: Historic and current conceptualisations, measurements and cognitive theoretic approach, in: Human Development 18, 267–287
- Eisenberg, N./Strayer, J. (1987), Empathy and its development, Cambridge (Cambridge University Press)
- Emde, R. N. (1995), Die Aktivierung grundlegender Formen der Entwicklung: Empathische Verfügbarkeit und therapeutisches Handeln, in: Petzold, H. (Hg.), Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung. Bd. 2, Paderborn (Junfermann) 219–251
- Enzmann, D. (1996), Gestresst, erschöpft oder ausgebrannt? Einflüsse von Arbeitssituation, Empathie und Coping auf den Burnoutprozess, München (Profil)
- Frohburg, I. (1988), Psychotherapie-Ausbildung. Beitrag zur wissenschaftlichen Begründung von Zielstellungen, Inhalten und Methoden, in: Zeitschrift für Psychologie, Suppl. 10
- Heimerl, B. (2001), Untersuchungsmaterial zur Dissertation Empathie und Burnout in der psychotherapeutischen Praxis, Humboldt-Universität zu Berlin
- Hoffman, M. L. (1982), The measurement of empathy, in: Izard, C. E. (Ed.), Measuring emotions in infants and children, Cambridge (Cambridge University Press) 103–131
- Kleiber, D./Gusy, B./Enzmann, D./Beerlage, I. (1992), Arbeitssituation und Belastungen von Beschäftigten im AIDS-Bereich, Zwischenbericht 1992 (AIDS-Forschung: Arbeitsberichte Nr. 18), Sozialpädagogisches Institut Berlin
- Kleiber, D./Gusy, B. (1999), Empathie, unveröffentlichtes Manuskript
- Maslach, C. (1982), Burnout – The cost of caring, Englewood Cliffs, N. J. (Prentice-Hall)
- Rogers, C. R. (1980), Empathie: Eine unterschätzte Seinsweise, in: Rogers, C. R./Rosenberg, R. L., Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Schulz, W./Silbereisen, R. K. (1978), Zum dreifachen Verständnis von Empathie in der Gesprächspsychotherapie, in: Zeitschrift für Klinische Psychologie 7, 49–64
- Stern, D.N. (1985), Die Lebenserfahrung des Säuglings, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Tscheulin, D. (1992), Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention, Göttingen (Hogrefe)

Autoren:

Dipl.-Psych. Bernd Heimerl, 1965, Ausbildung zum Krankenpfleger, Studium der Psychologie an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und der Humboldt-Universität zu Berlin, Gestalttherapeut, derzeitige Ausbildung zum analytischen Psychotherapeuten, seit 1999 als Psychologe in einer psychiatrischen Klinik tätig, seit 2002 Leiter der zur Klinik zugehörigen psychiatrischen Tagesklinik

Prof. Dr. Inge Frohburg, 1937, Fachpsychologin der Medizin und approbierte Psychotherapeutin, Lehrstuhl für Psychotherapie am Institut für Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin, Gesprächspsychotherapeutin, Ausbilderin und Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie; Arbeitsschwerpunkte: Universitäre Lehre und postgraduale Aus- und Weiterbildung in Psychotherapie (speziell: Gesprächspsychotherapie), Forschungsarbeiten und Publikationen im Bereich der Psychotherapie (insbesondere Indikations-, Prozess- und Effektivitätsuntersuchungen zur Gesprächspsychotherapie) und zur Ausbildung von Psychotherapeuten

Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. Inge Frohburg
Humboldt-Universität zu Berlin
Institut für Psychologie
D-10178 Berlin, Oranienburger Straße 18
E-Mail: inge.frohburg@rz.hu-berlin.de*

Gert-Walter Speierer

Qualitätskontrolle und Prozessevaluation in der personenzentrierten Selbsterfahrungsgruppe: Empirische Ergebnisse

Zusammenfassung: Gegenstand der Arbeit ist die Frage, in welchem Ausmaß spezifische Ziele der personenzentrierten Selbsterfahrungsgruppe erreicht werden. Dazu wurden 172 GruppenteilnehmerInnen von 16 Gruppen mit je 10–15 Personen vor Beginn und nach dem Ende ihrer bis zu 40 Stunden dauernden Gruppenerfahrung sowie nach jeder Gruppensitzung mit empirisch validierten Fragebögen untersucht. Hauptergebnisse sind: 81 %–97 % der GruppenteilnehmerInnen erreichen die definierten Ziele der Gruppenarbeit, i. e. therapeutische Eigenerfahrungen, Erfahrung in eigenen hilfreichen Interventionen und hilfreichen Interventionen anderer GruppenteilnehmerInnen sowie persönliche Beziehungserfahrungen. Dazu kommen ausgeprägte spezifische Prozessenerfahrungen, i. e. Selbstöffnung, gegenseitiges Vertrauen sowie Verständnis, Hilfe und Nähe des Facilitators bei mehr als 84 % der TeilnehmerInnen. Es wird gezeigt, wie die Ergebnisse der Gesamtgruppe als Benchmark zur Beurteilung des Erfolges einzelner Gruppen und einzelner Personen verwendet werden können.

Stichwörter: Selbsterfahrung, Qualitätssicherung, Evaluation

Résumé: *Contrôle qualité et évaluation des processus dans le groupe de rencontre centré sur la personne: résultats empiriques* – L'objet du travail est la question dans quelle mesure les objectifs spécifiques du groupe de rencontre centré sur la personne ont été atteints. Pour cela, 172 participantEs à 16 groupes de 10–15 personnes ont été sondés avant le début et après la fin de leurs expériences de groupe d'une durée allant jusqu'à 40 heures, de même qu'après chacune des sessions de groupe, au moyen de questionnaires ayant fait l'objet d'une validation empirique. Les résultats essentiels de cette étude sont: 81 % – 97 % des participantEs à ces groupes atteignent les objectifs définis pour le travail en groupe, c'est-à-dire des expériences thérapeutiques individuelles, l'expérience dans leurs propres interventions utiles et des interventions réussies d'autres participantEs à des groupes de même que des expériences de relations personnelles. A cela s'ajoutent des expériences marquantes spécifiques aux processus, c'est-à-dire ouverture de soi, confiance réciproque de même que compréhension, aide et proximité du facilitateur chez plus de 84 % des participantEs. Il est montré comment les résultats du groupe global peuvent être utilisés comme test de référence pour l'évaluation du résultat de différents groupes et de personnes individuelles.

Mots-clés: auto-expérimentation, assurance qualité, évaluation

1. Einleitung

Aktuelle Forderungen nach einer Qualitätskontrolle der Selbsterfahrungsgruppenarbeit können mit bewährten Methoden der klientenzentrierten Kleingruppenforschung überprüft und erfüllt werden.

Seit über 30 Jahren ist die Selbsterfahrungsgruppe ein fester und integraler Bestandteil der Aus- und Weiterbildung in der personenzentrierten Beratung und Krisenintervention sowie in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie nach Rogers.

In diesem Kontext dient die Selbsterfahrungsgruppe dazu, dass die TeilnehmerInnen der großteils in Gruppen stattfindenden personenzentrierten Aus- und Weiterbildung:

- ein personenzentriertes Arbeiten am Beispiel der GruppenleiterInnen kennen lernen, die als FacilitatorIn die Gruppenarbeit nicht dirigiert, sondern den Gruppenmitgliedern von Anfang an Selbsteinbringung und eine aktive inhaltliche Gestaltung des Gruppengeschehens „erleichtert“,
- die eigenen (gesunden) psychischen Ressourcen wie Zuversicht und Selbstvertrauen sowie Inkongruenzbewältigungsstrategien erkennen und mobilisieren lernen,
- Theorie und Praxis der personenzentrierten Gruppenarbeit teilnehmend erfahren,
- eine personenzentrierte Einstellung neben bzw. vor einer sach- oder störungsbezogenen Einstellung in professionellen Beziehungen einnehmen und verwirklichen,

- die Basismerkmale und Zusatzmerkmale zur Verwirklichung der personenzentrierten Grundhaltungen in der Gruppe kennen lernen und erproben,
- die eigenen Behinderungen und Widerstände gegen die personenzentrierten Grundhaltungen erkennen, bearbeiten und überwinden,
- die eigene Offenheit gegenüber alten und neuen auch belastenden Erfahrungen vergrößern und, last not least,
- ihre persönlichen Möglichkeiten und Fähigkeiten verbessern, Inkongruenzen zwischen Erfahrungen und dem Selbstkonzept bei sich und anderen Personen zu erkennen, zu bearbeiten, zu verringern, nötigenfalls zu tolerieren, um zu einer selbstverträglichen (selbstkongruenten) Erfahrungsbewertung zu kommen.

Daraus können vier anerkannte Ziele der Selbsterfahrungsgruppenarbeit abgeleitet werden:

1. Ein persönliches vertrauensvolles Kennenlernen der TeilnehmerInnen in einem personenzentrierten Arbeitsklima;
2. Die personenzentrierten Interventionen einer hilfreichen Beziehungsgestaltung und Inkongruenzbearbeitung (zunächst) am Modell der GruppenleiterIn zu erleben;
3. Personenzentrierte Haltungen der Kongruenz, der unbedingten Wertschätzung und Empathie auch in Auseinandersetzungen und bei kontroversen Standpunkten möglichst angst- bzw. stressfrei zu erfahren;
4. Spezifische therapeutische Eigenerfahrungen gewinnen; im Personenzentrierten Ansatz sind dies: Selbstwertschätzung, Selbstannahme, Selbstverständnis, Transparenz des und Offenheit gegenüber dem eigenen und fremden Erleben und Erfahren. Dazu kommt das ganzheitliche (kognitive, emotionale, motivationale und körperliche) Änderungserleben, wenn bisher selbstinkongruente Erfahrungen durch fokussierende Inkongruenzbearbeitung und den Einsatz von Inkongruenzbewältigungsstrategien selbstverträglich, d. h. selbstkongruent oder wenigstens aushaltbar im Sinne von Inkongruenztoleranz werden (Speierer 2002).

Die ersten Veröffentlichungen über die Gruppenentwicklung, die Prozesshypothesen der „Basic Encounter Group“ und Beschreibungen der personenzentrierten Gruppenarbeit wurden von Rogers (1967; 1970; 1971) vorgestellt. Im deutschen Sprachraum finden sich Veröffentlichungen u. a. von Speierer (1974; 1976; 1978), Teuwsen (1975), Mente/ Spittler (1975) sowie Speierer/ Hochkirchen (1986).

Nach den Befunden dieser Arbeiten benötigen die Mitglieder jeder Selbsterfahrungsgruppe mehr oder weniger Zeit, bis sie in einer hilfreichen Gruppenatmosphäre die vier Ziele erreichen können. Die Entwicklung des Gruppenklimas erfolgt schrittweise und diskontinuierlich. Geradezu regelmäßig erfolgt nach einem Ansteigen der hilfreichen bzw. therapeutischen Qualität ein Absinken derselben mit ihrer späteren erneuten Zunahme. Speierer/ Hochkirchen

(1986) haben diese Besonderheit der Gruppenentwicklung in ihrem Diskontinuitätsmodell der individuellen Problembearbeitung in klientenzentrierten Selbsterfahrungsgruppen dargestellt. Die Diskontinuitäten haben ihre Ursache darin, dass die GruppenleiterIn im Vergleich zur Zweierbeziehung die Entwicklung hilfreicher Beziehungen weniger beeinflussen kann. Die FacilitatorIn einer Gruppe gibt durch ihr eigenes Verhalten in Form der personenzentrierten Grundhaltungen und ihren Präzisierungen sowie Ergänzungen zunächst nur ein Beispiel, das vom Verhalten der übrigen Gruppenmitglieder stark abweichen kann. Sie muss und kann jedoch darauf vertrauen, dass, wenn die GruppenteilnehmerInnen vor oder bei Beginn der Gruppe mit den Grundzügen der personenzentrierten Selbsterfahrungsgruppe vertraut sind und die daraus resultierenden Erwartungen an die Gruppenarbeit teilen, sie ihr Verhalten am Modell der Facilitatorin orientieren. Unter diesen Bedingungen entwickelt sich der Gruppenprozess als Zeitgestalt mit erkennbaren und objektivierbaren Regelmäßigkeiten. Sie betreffen die Entwicklung des Verhaltens, des Erlebens und der Beziehungen zwischen den Gruppenmitgliedern untereinander und mit der FacilitatorIn.

Das Prozesskonzept von Rogers (1967) gliedert die Gruppenentwicklung in 15 Stufen, die ich in vier Stadien zusammengefasst habe (Speierer 1974). Das erste Stadium, die Einleitungsphase, ist bei gruppenunerfahrenen und mit den Grundzügen der personenzentrierten Gruppenarbeit unvertrauten Personen sowie bei (im klassischen Sinn der Gesprächspsychotherapie) nicht-direktivem Verhalten der FacilitatorIn eher gekennzeichnet durch Angst, Spannung und Stress, Schweigen, Verwirrtheit, formal höfliches Verhalten, aber auch durch den Ausdruck von Frustrationen und einer Zusammenhanglosigkeit der Äußerungen verschiedener Personen. Dazu kommt das Unvermögen oder die Weigerung persönliche Inhalte anzusprechen. Erleben und Reaktionen der Anderen werden oft ambivalent oder negativ bewertet. Die Gruppensituation wird als künstlich erlebt. Die TeilnehmerInnen erscheinen einander fassadenhaft. Häufig sind Fragen und andere Äußerungen, die auf die Vertrauenswürdigkeit der Gruppenmitglieder zielen.

Wesentlich weniger stresshaft, kürzer, konstruktiver und relevanter wie positiver in den persönlichen Erfahrungen, wenn auch nicht ohne gemischte Gefühle und mit deutlich unterschiedlichem Verhalten der verschiedenen Personen verläuft dagegen der Gruppenbeginn, wenn TeilnehmerInnen bereits (positive) Gruppenerfahrungen haben und vom Facilitator die Grundzüge der personenzentrierten Gruppenarbeit mit Grundannahmen, Grundhaltungen und Zielen angeboten werden sowie ein Austausch der persönlichen Erwartungen der TeilnehmerInnen an die Gruppenarbeit ermöglicht wird.

Die zweite Phase der Gruppenentwicklung kann als das Stadium der Gefühle charakterisiert werden. Zunächst überwiegen vergangene und eher negative Gefühlserlebnisse mit Betonung fremder Personen. Allmählich nehmen Äußerungen über persönliche Erfahrungen und deren Bezug zum Selbst zu. Schließlich werden auch unmittelbar in der Gruppensituation gegenwärtige und entstehende

Gefühle angesprochen. Zunächst überwiegen eher negative Bewertungen der Reaktionen und Erfahrungen mit teils diagnostizierenden, teils interpretierenden Tendenzen, bevor positiv wertschätzende, einführende und selbstkongruente Interaktionen möglich werden.

Mit dem dritten Stadium der therapeutischen Selbsterfahrung erreicht die Gruppe ihre volle Arbeitsfähigkeit. Die Mitglieder sind jetzt in der Lage, einander hilfreich und förderlich im Sinne der personenzentrierten Grundhandlungen zu begegnen und aufeinander einzugehen. Jedem Gruppenmitglied wird jetzt ermöglicht, d. h. Raum gegeben, sich zu öffnen und über und zu sich selber Stellung zu nehmen. Das Selbstkonzept kann in seinen organismischen, sozialkommunikativen und lebenserfahrungsbedingten Anteilen transparent und in seiner Bedeutung für kongruentes und inkongruentes Erleben erkannt werden. Neue selbstverträgliche Erfahrungen werden mit Hilfe nicht nur der Facilitatorin, sondern zunehmend durch die Kommunikation mit den anderen Gruppenmitgliedern möglich. Konsequenzen werden in und außerhalb der Gruppe erprobt. Positiv und negativ bewertete Verhaltensanteile, Gegensätze, Konfrontationen und Widersprüche können jetzt ohne Selbstbedrohlichkeit bearbeitet, beseitigt, aufgelöst oder anerkannt bzw. toleriert werden. Fassadenhafte Haltungen werden aufgegeben. Bisher vermiedene Gefühle können gelebt werden.

Das vierte Stadium ist gekennzeichnet durch die Entwicklung persönlicher Beziehungen zwischen den oder einigen Gruppenmitgliedern. Sie werden im Vergleich zu den Beziehungen der Alltagswirklichkeit neuartig und in bisher nicht erfahrener Weise befriedigend erlebt. Diese Beziehungserfahrungen sind ausgezeichnet durch bisher nicht für möglich gehaltene Ausmaße an Offenheit, Spontaneität, Aufrichtigkeit und Ehrlichkeit (Kongruenz), Einfühlungsvermögen, Mitgefühl, Hilfsbereitschaft (Empathie) und Toleranz, Respekt, Achtung, Vertrauen (unbedingte Wertschätzung). Die Erfahrung, dass solche Begegnungen und Beziehungen in relativ kurzer Zeit mit bisher fremden Menschen überhaupt möglich sind, wurde von Rogers als „einer der zentralsten, intensivsten und am meisten Veränderungen hervorrufenden Aspekte der Selbsterfahrung in Gruppen“ angenommen. Dieses vierte Stadium mit seinen besonderen Beziehungserfahrungen wird nicht von allen Gruppenmitgliedern und auch nicht von allen Gruppen erreicht. Die Gründe dafür sind zahlreich. Nach unseren eigenen empirischen Ergebnissen gehören dazu Persönlichkeitsmerkmale der Gruppenmitglieder und ihres Zusammenpassens in Wechselwirkung mit der Person der FacilitatorIn und wie diese erlebt wird. Dazu gehören auch Merkmale der Gruppenzusammensetzung, der Information der Teilnehmer der Gruppengestaltung insbesondere im ersten Stadium und der Gruppendauer. Die positiven Auswirkungen der daraus abgeleiteten Optimierungsstrategien für personenzentrierte Selbsterfahrungsgruppen, die teilweise oben bei der Beschreibung des ersten Stadiums erwähnt sind, lassen sich an den unten dargestellten Ergebnissen der Gruppenevaluation erkennen. (Teile der vorstehenden

Zusammenstellung über den Gruppenprozess sind Speierer 1976, 20–21 entnommen.)

In ersten eigenen empirischen Untersuchungen zwischen 1970 und 1975 wurden zunächst aus 50 Einzelerfahrungen, die aus Rogers' Beschreibung der klientenzentrierten Gruppenarbeit operationalisiert worden waren, fünf Dimensionen des Erlebens in klientenzentrierten Selbsterfahrungsgruppen an einer Stichprobe von 172 TeilnehmerInnen von 17 klientenzentrierten Selbsterfahrungsgruppen validiert (Speierer 1976):

1. Gegenseitige Sympathie, Vertrauen, Verständnis und Hilfe. Diesem Erlebensbereich kommt, gemessen an seinem Varianzanteil (VA) von 29%, die größte Bedeutung im Erlebnisgesamt des Gruppenprozesskonzepts zu.
2. Erlebte Freiheit von Angst und Stress steht in diesem Rahmen an zweiter Stelle (VA 11%).
3. Erfahrungen von Offenheit, Auseinandersetzung und Feedback zwischen den GruppenteilnehmerInnen nehmen den dritten Platz ein (VA 5%).
4. Transparentwerden des eigenen und fremden Erlebens mit zeitweiligen starken eigenen Gefühlen und Erfahrungen von als wesentlich angesehenen Anteilen des Erlebens und Fühlens der anderen Gruppenmitglieder folgt an vierter Stelle (VA 3%).
5. Erfahrungen der GruppenleiterIn oder FacilitatorIn als verständnisvoll, hilfreich und nah belegen den fünften Platz (VA 3%).

Diese Erlebnisstruktur erwies sich über einen Zeitraum von 10 Gruppensitzungen hinweg als stabil. Mit dem dazu konstruierten Gruppenprozess-Stundenbogen GRP50 und dessen Kurzfassung GRP20 (Speierer 1976; s. Anhang) konnte seither die Entwicklung sowohl des individuellen Erlebens wie auch des Erlebens auf Gruppenniveau in Form von individuellen Werten und Gruppendurchschnittswerten in den 5 Erlebensdimensionen über die Zeit objektiviert werden.

Durch die Anwendung des GRP wurde auch eine empirische Überprüfung der Stadienhypothesen der klientenzentrierten Selbsterfahrungsgruppe möglich.

Hinsichtlich ausgewählter Ziele der personenzentrierten Gruppenarbeit wurden zeitgleich Fragebögen für die Feststellung von Erwartungen und Erfahrungen entwickelt, z. B. die von uns seit 1974 verwendeten Erwartungs- und Erfahrungsbögen (Erw74/ Erf74) (s. Anhang). Die dort formulierten Erwartungen lassen sich faktorenanalytisch bei Anwendung des Eigenwertekriteriums >1 in fünf Erwartungsbereiche mit insgesamt 63% Varianzanteil aufteilen:

1. Verbessertes Selbstverständnis, Selbstöffnung und die Lösung bzw. Bewältigung eigener Schwierigkeiten (VA 18%)
2. Die Befürchtung der Belastung durch andere und negative Gefühle (VA 13%)
3. Die Hoffnung, anderen helfen zu können bei der Lösung ihrer Probleme und selber Hilfe von ihnen zu erfahren (VA 12%)

4. Die Erwartung besserer als alltäglicher Umgangsformen (VA 10%)
5. Selbstverträglichere bzw. selbstkongruente Erfahrungen und eine Verbesserung der eigenen Kooperationsfähigkeit (VA 10%)

Die faktorenanalytische Überprüfung der Erf74 Daten nach dem Eigenwertekriterium > 1 ergab ebenfalls 5 Erfahrungsbereiche mit 79% Varianzanteil:

1. Verbessertes Selbstverständnis, Selbstöffnung und die Lösung eigener Schwierigkeiten (20%)
2. Selbstkongruent anderen helfen zu können, ohne sich dadurch belastet zu fühlen (20%)
3. Die Erfahrung besserer Umgangsformen bei weniger Kooperationsbemühungen (16%)
4. Der Austausch guter Gefühle (13%)
5. Die Erfahrung, dass und wie die GruppenteilnehmerInnen ihre Probleme lösen können (10%)

Diese Ergebnisse der personenzentrierten Kleingruppenforschung können heute eine neue und besondere Aktualität bei der Operationalisierung und Überprüfung von Selbsterfahrungszielen gewinnen.

Der Grund sind berechnete Forderungen nach Qualitätskontrolle und Evaluation in der psychotherapeutischen Weiterbildung.

In der Selbsterfahrungsgruppenarbeit findet nämlich bisher zwar eine Festlegung und Überprüfung von formalen Kriterien der Strukturqualität (d. h. der für notwendig erachteten Gruppendauer in Stunden) kaum jedoch eine Definition und Überprüfung von qualitativen und quantitativen Kriterien der Ergebnisqualität sowie der Prozessqualität statt.

Ich möchte zeigen, wie in den Selbsterfahrungsgruppen der personenzentrierten Aus- und Weiterbildung eine objektivierende Qualitätskontrolle möglich ist und auch seit langem stattfindet.

Ich beschränke mich auf die Darstellung eigener Ergebnisse und Prozesse der Selbsterfahrungsgruppenarbeit, die in über 15 Jahren der Aus- und Weiterbildung in den Bereichen personenzentrierte Beratung und Krisenintervention, Gesprächspsychotherapie und seit 1998 in klientenzentrierter Suchttherapie erzielt wurden.

2. Fragestellungen

- Welche spezifischen Erwartungen an die personenzentrierte Selbsterfahrungsgruppenarbeit werden nach Beendigung der Gruppenteilnahme in welchem Ausmaß erreicht?
- Welche spezifischen Prozessziele der person- bzw. klientenzentrierten Selbsterfahrungsgruppe werden von einzelnen bzw. wie vielen GruppenteilnehmerInnen in welchem Ausmaß und wie häufig während einer 40-stündigen Gruppendauer erreicht?

3. Stichprobe und Methode

Die Daten von insgesamt 172 SelbsterfahrungsgruppenteilnehmerInnen aus 16 Aus- bzw. Weiterbildungsgruppen standen zur Verfügung.

Zur Beantwortung der ersten Frage wurden vor Beginn der Gruppenteilnahme per Fragebogen 12 Erwartungen, nach Ende der Gruppenteilnahme 12 Erfahrungen mit den Alternativen Ja oder Nein erfragt (Fragebogen Erf74 sowie Erf74; s. Anhang).

Für die Übereinstimmung von Erwartungen und parallelen Erfahrungen wurden Kreuztabellen berechnet.

Zur Beantwortung der zweiten Frage wurden nach jeder der 2 bis 4-stündigen Gruppensitzungen die aktuellen Erfahrungen der letzten Gruppensitzung mit den 20 Fragen des Gruppenprozess-Stundenbogens GRP20 (Speierer 1976) erfasst (siehe Anhang).

Die Evaluation der individuellen und überindividuellen Gruppenerfahrungen bzw. des Gruppenprozesses erfolgte aus den Daten des GRP20 mit dem SPSS (Bühl, Zöfel 1998), nach den Auswertungsregeln von Speierer (1976).

Zunächst wurden für jede Gruppensitzung die individuellen Erfahrungswerte errechnet:

1. Sympathie, Vertrauen, Verständnis und Hilfe unter den GruppenteilnehmerInnen,
2. Freiheit von Angst und Stress,
3. Offenheit, Auseinandersetzung und Feedback,
4. Selbstöffnung (Transparentwerden eigenen und fremden Erlebens),
5. erlebtes Verständnis, Hilfe und Nähe der FacilitatorIn,
6. positive Sitzungsevaluation (Gelassenheit gegenüber der Bewältigung eigener Schwierigkeiten).

Die Daten wurden dann in 10 Zeitintervallen von je 4 Stunden angeordnet.

Für die Gesamtgruppe (N=171) und jede einzelne Kleingruppe konnten so aus Mittelwerten und Standardabweichungen für jedes der 6 Prozessmerkmale die Erlebensentwicklung über die Gruppendauer dargestellt werden, genauso wie aus den individuellen Merkmalswerten die Erlebensentwicklung jedes einzelnen Gruppenmitglieds ersichtlich wurde.

4. Ergebnisse

4.1. Erwartungen an die personenzentrierte Selbsterfahrungsgruppe

81%–97% der GruppenteilnehmerInnen erreichen die spezifischen Ziele der personenzentrierten Selbsterfahrungsgruppenarbeit. Die Ergebnisse zur ersten Frage der Untersuchung sind im Detail in der Tabelle 1 dargestellt.

Ziel	Erwartet und nicht erreicht bzw. nicht erfahren N (%)	erwartet und erreicht bzw. erfahren N (%)	nicht erwartet und nicht erreicht. bzw. nicht erfahren N (%)	nicht erwartet und erreicht bzw. erfahren N (%)	insgesamt erreicht bzw. erfahren N (%)
Selbstkongruente Erfahrungen	4 (2%)	89 (52%)	23 (14%)	55 (32%)	144 (84%)
Hilfe durch Gruppenmitglieder	4 (2%)	163 (95%)	0 (0%)	4 (2%)	167 (97%)
Lösung eigener Probleme	9 (5%)	109 (65%)	11 (7%)	39 (23%)	148 (88%)
Austausch von Gefühlen	9 (5%)	154 (90%)	0 (0%)	9 (5%)	163 (95%)
Fähigkeit zur Kooperation	5 (3%)	3 (2%)	154 (90%)	9 (5%)	12 (7%)
Besseres Benehmen	20 (12%)	109 (64%)	13 (8%)	28 (17%)	137 (81%)
Lösung persönlicher Probleme von anderen	13 (8%)	72 (42%)	17 (10%)	69 (40%)	141 (82%)
Stress durch Andere	5 (3%)	0 (0%)	159 (93%)	7 (4%)	7 (4%)
Selbst-Empathie	14 (8%)	139 (81%)	11 (6%)	7 (4%)	146 (85%)
Hilfe für Andere	16 (9%)	149 (88%)	0 (0%)	5 (3%)	154 (91%)
Selbstöffnung	24 (14%)	132 (77%)	4 (2%)	12 (7%)	144 (84%)

Tabelle 1: Zielerreichung in personenzentrierten Selbsterfahrungsgruppen (Nmax = 172)

Die Tabelle 1 enthält in Spalte 1 die Anzahl und in Klammern den Prozentsatz der Personen, die eine Erwartung hatten, die sie in der Erfahrung nicht bestätigt fanden. Spalte 2 enthält die Anzahl und den Prozentsatz der Personen, die eine Erwartung hatten und eine entsprechende Erfahrung machten. Spalte 3 enthält die Anzahl und Prozent der Personen, die eine Erfahrung ohne entsprechende Erwartung machten. In Spalte 4 sind die Personen und deren Prozentsatz, die eine Erwartung nicht hatten jedoch eine entsprechende Erfahrung machten. Spalte 5 enthält die Gesamtzahl und Prozent der Personen mit positiven Gruppenerfahrungen im Sinne des personenzentrierten Ansatzes.

Man erkennt:

1. Therapeutische Eigenerfahrungen machen in Form von verbessertem Selbstverständnis 85 % und in Form von Selbstöffnung 84 %; die Erfahrung hilfreicher Interventionen machen 88 % und die Lösung eigener Schwierigkeiten auch durch die Hilfe von Gruppenmitgliedern erfahren 97 % der TeilnehmerInnen.
2. Selbstkongruente Erfahrungen machen 84 %, eigene hilfreiche Interventionen anderen helfen zu können, ohne sich dadurch belastet zu fühlen, erleben 91 % und 93 % der TeilnehmerInnen.
3. Beziehungserfahrungen in Form besserer Umgangsformen machen 81 %, bei gleicher Kooperationsfähigkeit 90 % der TeilnehmerInnen.
4. Beziehungserfahrungen im Austausch guter Gefühle erleben 95 % der TeilnehmerInnen.
5. Stellvertretende therapeutische Erfahrungen, dass und wie die GruppenteilnehmerInnen ihre Probleme lösen können, machen 82 % der TeilnehmerInnen.

4.2. Zielerreichung in der personenzentrierten Selbsterfahrungsgruppe

Die Einzelergebnisse zur zweiten Frage der Untersuchung sind in den folgenden Abbildungen dargestellt.

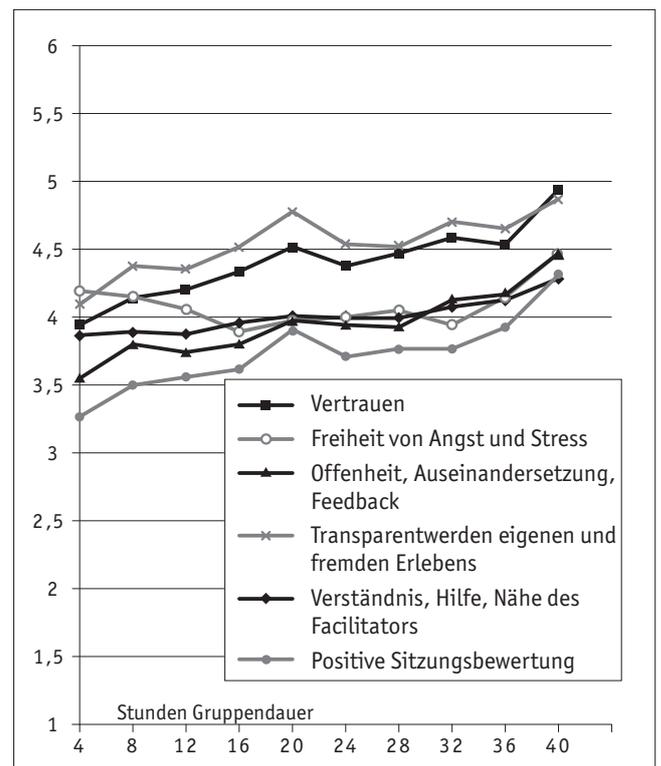


Abb. 1.1: Prozess-Evaluation in personenzentrierten Selbsterfahrungsgruppen; Nmax = 171 (16 Gruppen); Kurven zeigen Mittelwerte von sechs Erlebensdimensionen
Werte: 1 = überhaupt nicht, 6 = ja, ganz genau

Abb. 1.1 zeigt für das Gesamt der 16 Selbsterfahrungsgruppen mit den Daten von bis zu 171 Personen die durchschnittliche Erlebens-

entwicklung in den fünf Prozesszielen und der Sitzungsbewertung im Verlauf von 40 Stunden Gruppendauer.

Die kollektiven Mittelwerte können zusammen mit ihren Standardabweichungen auch als Benchmark für überdurchschnittlichen, durchschnittlichen und unterdurchschnittlichen Erfolg einer Gruppe als Ganzes (bei Verwendung der Gruppendurchschnittswerte) und auch zur Bewertung des Erfolgs einzelner GruppenteilnehmerInnen (bei Verwendung von deren Individualwerten) herangezogen werden. Aus den Werten der Abb. 1.1 wird unter Berücksichtigung ihrer Standardabweichungen folgendes ersichtlich:

Von den spezifischen Prozesszielen der personenzentrierten Selbsterfahrungsgruppe werden drei, im Einzelnen: 1. Selbstöffnung, 2. gegenseitiges Vertrauen und 3. Verständnis, Hilfe und Nähe des Facilitators, jeweils von mehr als 84% der TeilnehmerInnen über alle Zeitintervalle hinweg in einem mehr als mittleren Ausmaß und mit fortschreitender Gruppendauer zunehmend intensiver erfahren.

Freiheit von Angst und Stress werden von mehr als 84% der GruppenteilnehmerInnen in den ersten beiden und letzten beiden 4-Stunden-Intervallen erlebt. Mehr als 50% der GruppenteilnehmerInnen erleben auch die mittleren Zeitintervalle in mehr als mittlerem Ausmaß angst- und stressfrei.

Offenheit, Auseinandersetzung und Feedback werden von mehr als 84% der GruppenteilnehmerInnen vom fünften bis zum letzten (zehnten) 4-Stunden-Intervall in mehr als mittlerem Ausmaß erlebt. Mehr als 50% der GruppenteilnehmerInnen erleben Offenheit, Auseinandersetzung und Feedback auch in den ersten vier Zeitintervallen in mehr als mittlerem Ausmaß.

Eine positive Sitzungsbewertung in Form eines gelasseneren Umgangs mit eigenen Problemen werden von der Mehrheit der Gruppenmitglieder in einem mehr als mittleren Ausmaß und mit fortschreitender Gruppendauer zunehmend in den ersten acht Zeitintervallen erfahren. Ab der 32. Stunde (den letzten beiden untersuchten 4-Stunden-Intervallen) erleben mehr als 84% der GruppenteilnehmerInnen eine größere Gelassenheit gegenüber eigenen Problemen in mehr als mittlerem Ausmaß.

Die Erlebensänderungen über die Zeit wurden auch varianzanalytisch überprüft. Für die Merkmale Vertrauen, Selbstöffnung und Facilitator-VHN ergab sich für die Gruppendauer mit $p=,022$, $p=,018$ und $p=,04$ ein jeweils auf dem 5%-Niveau statistisch bedeutsamer Einfluss im Sinne eines Anstiegs der Werte.

Beispielhaft werden nachstehend die entsprechenden Ergebnisse einer einzelnen Gruppe (981) demonstriert.

Abb. 1.2 zeigt die überwiegenden Übereinstimmungen am Ende der Gruppendauer und die diskreten Abweichungen der TeilnehmerInnenerfahrungen bei Gruppenbeginn und im Gruppenverlauf im Vergleich zu denen der Benchmark (Gesamtgruppe). In der Einzelgruppe werden auch die oben dargestellten Diskontinuitäten des Erlebens im Verlauf der Gruppenentwicklung deutlicher.

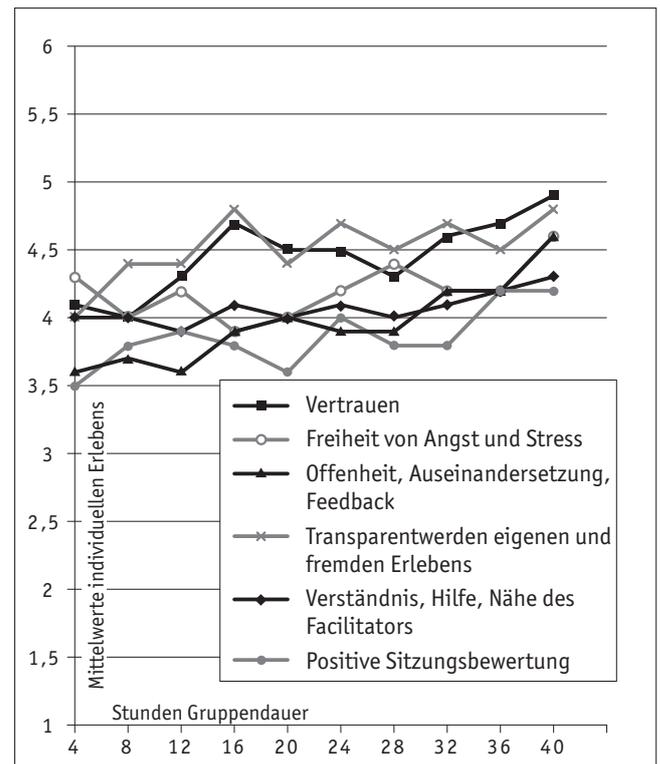


Abb. 1.2: Prozess Evaluation in Personenzentrierten Selbsterfahrungsgruppen Gruppe 981 (N=10); dargestellt Mittelwerte, 1 = überhaupt nicht, 6 = ja, ganz genau

Beispielhaft sollen nun die Ergebnisse im Erlebensbereich Offenheit, Auseinandersetzung und Feedback (OAF) für die Durchschnittswerte einer Weiterbildungsgruppe (Code: 981) (Abb. 2.1) im Vergleich zur Benchmark dargestellt und für deren erfolgreichste bzw. am wenigsten erfolgreiche TeilnehmerInnen (Abb. 2.2) expliziert werden.

Offenheit, Auseinandersetzung und Feedback einer Weiterbildungsgruppe im Vergleich zur Benchmark:

In Abb. 2.1 sind die Ergebnisse in diesem Erlebensbereich für die Durchschnittswerte der Weiterbildungsgruppe Code: 981 im Vergleich zu den Benchmark-Werten dargestellt.

In der Abb. 2.1 sind neben den Mittelwerten (OAF171) und Standardabweichungen (OAF171+SD/-SD) der Gesamtgruppe als Benchmark die Mittelwerte der Gruppe 981 (OAF10) eingetragen. Man erkennt eine nahezu perfekte Übereinstimmung der Einzelgruppe mit der Gesamtgruppe. Damit kann das Prozesskriterium OAF der Einzelgruppe im Vergleich zur Benchmark als erreicht gelten. Die für die Gesamtgruppe gemachten Aussagen (s. o.) dürfen auch für die Teilgruppe als gültig angenommen werden. Die Überprüfung der Unterschiede zwischen der Gesamtgruppe und der Teilgruppe auf dem $p < ,05$ Niveau mittels t-Tests ergab für keinen Zeitpunkt statistisch bedeutsame Werte.

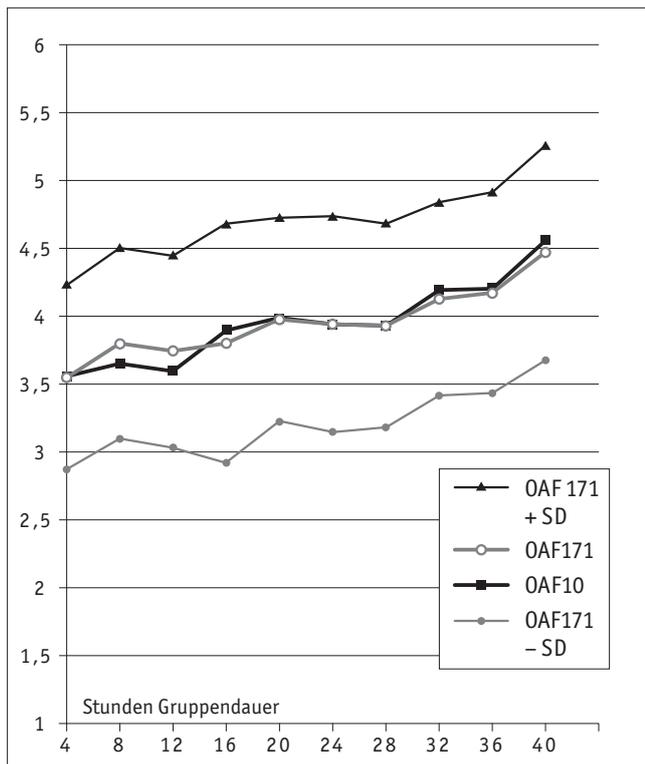


Abb. 2.1: Prozess-Evaluation in personenzentrierten Selbsterfahrungsgruppen; alle Gruppen (N=171) vs. Gruppe 981 (N=10), Offenheit, Auseinandersetzung und Feedback (OAF); Kurven zeigen Mittelwerte und Standardabweichungen (SD), Werte: 1 = überhaupt nicht, 6 = ja, ganz genau

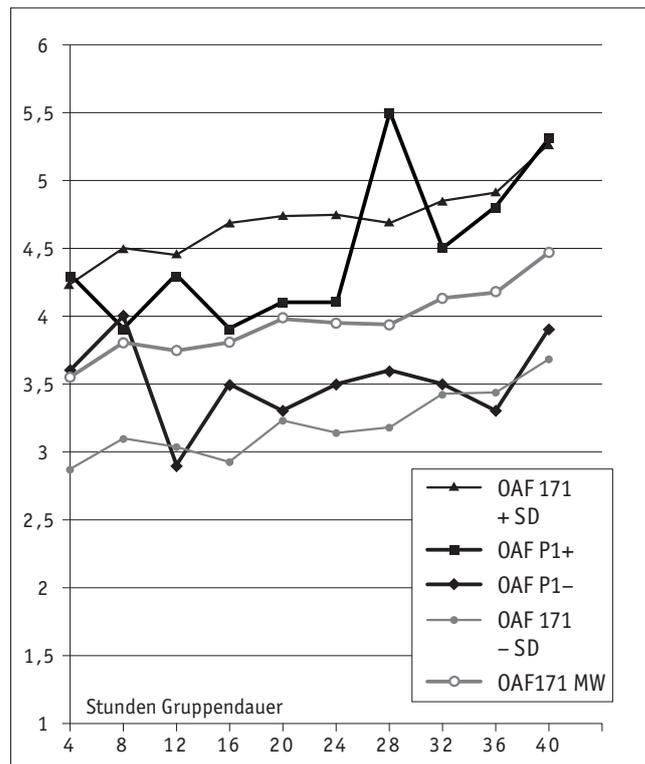


Abb. 2.2: Prozess-Evaluation in personenzentrierten Selbsterfahrungsgruppen; alle Gruppen (N=171) vs. Einzelpersonen: Person P1+ und P1- für Offenheit, Auseinandersetzung und Feedback (OAF) eingetragen: 171MW = Gesamtmittelwert mit SD sowie Werte der Personen P1+ und P1- (1 = überhaupt nicht, 6 = ja, ganz genau)

Offenheit, Auseinandersetzung und Feedback zweier Einzelpersonen im Vergleich zur Benchmark:

Schließlich werden die Werte zweier Einzelpersonen der Weiterbildungsgruppe 981 im Erlebensbereich Offenheit, Auseinandersetzung und Feedback (Abb. 2.2) im Vergleich zur Benchmark dargestellt.

In der Abb. 2.2 sind noch einmal die Mittelwerte (OAF171) und Standardabweichungen (OAF171+SD/-SD) der Gesamtgruppe eingetragen. Zusätzlich sind die individuellen Werte von zwei Personen aus der Gruppe 981 eingetragen: der Person mit dem intensivsten Erleben von Offenheit, Auseinandersetzung und Feedback (OAF P1+) und der Person mit dem geringsten Erleben von Offenheit, Auseinandersetzung und Feedback (OAF P1-).

Sehr deutlich sind die Unterschiede zwischen beiden Personen zu erkennen.

Im Vergleich zu den Benchmarkdaten erlebt die Person P1+ in neun von zehn 4-Stunden-Intervallen Offenheit, Auseinandersetzung und Feedback oberhalb des Mittelwertes innerhalb der durchschnittlichen Erlebensstärke. Nach den ersten zwei bis vier Stunden, nach 26 bis 28 Stunden und nach 38-40 Stunden erlebt sie überdurchschnittlich hohe Werte im Bereich der obersten 16%.

Dagegen erlebt die Person P1- nach den ersten beiden 4-Stunden-Intervallen fortdauernd bis zum Gruppenende nach 38-40 Stunden Offenheit, Auseinandersetzung und Feedback unterhalb des Mittelwertes innerhalb der durchschnittlichen Erlebensstärke. Nach 10-12 Stunden und nach 34-36 Stunden Gruppendauer erlebt sie unterdurchschnittlich niedrige Werte im Bereich der untersten 16%.

Beurteilt man die Werte beider Personen am Kriterium eines in der Mehrzahl der Gruppensitzungen zu erreichenden mindestens durchschnittlichen Erlebens in den einzelnen Prozesszielen, haben beide Personen das Ziel der Selbsterfahrung im Bereich Offenheit, Auseinandersetzung und Feedback trotz ihrer Unterschiede erreicht.

5. Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass die personenzentrierte Arbeit in der Qualitätskontrolle der personenzentrierten Aus- und Weiterbildung, was die Selbsterfahrungsgruppenarbeit betrifft, gut aufgestellt ist.

Erstens sind valide und überprüfbare Merkmale der Ergebnisqualität vorhanden.

Zweitens existieren ebenso valide und überprüfbare Kriterien der Prozessqualität.

Drittens kann durch die Anwendung der ansatzspezifischen Evaluationsmethoden gezeigt werden, dass die Ziele personenzentrierter Selbsterfahrungsgruppenarbeit bereits innerhalb einer Gruppendauer von 40 Stunden auf hohem Niveau erreicht werden können.

Dabei stehen an erster Stelle die spezifischen therapeutischen Eigenerfahrungen des Personenzentrierten Ansatzes, das vierte Ziel der personenzentrierten Selbsterfahrungsgruppe: Selbstwertschätzung, Selbstannahme, Selbstverständnis, Transparenz des und Offenheit gegenüber dem eigenen und fremden Erleben und Erfahren und Veränderungserleben in Form von verbessertem Selbstverständnis (85 % der TeilnehmerInnen), Selbstöffnung (84 % der TN) und die Lösung eigener Schwierigkeiten (88 % der TN). Es folgen die Erfahrungen im dritten Zielbereich: Kongruenz, unbedingte Wertschätzung und Empathie auch in Auseinandersetzungen und bei kontroversen Standpunkten möglichst angst- bzw. stressfrei zu erfahren i. e. durch das Erleben selbstkongruent anderen helfen zu können (82 % der TN), ohne sich dadurch belastet zu fühlen (93 % der TN). Die Ziele im ersten Bereich: persönliches vertrauensvolles Kennenlernen der TeilnehmerInnen in einem personenzentrierten Arbeitsklima, werden in Form der Erfahrung besserer Umgangsformen (81 % der TN) bei gleichbleibender Kooperationsfähigkeit (90 % der TN), dem Austausch guter Gefühle (95 % der TN) und der Erfahrung, dass und wie die GruppenteilnehmerInnen ihre Probleme lösen können (82 % der TN), erreicht.

Das zweite Ziel der Selbsterfahrungsgruppe: die personenzentrierten Interventionen einer hilfreichen Beziehungsgestaltung und Inkongruenzbearbeitung am Modell der GruppenleiterIn zu erleben, wurde von mehr als 84 % aller TeilnehmerInnen (Abb. 1.1) und im gleichen Ausmaß auch von den TeilnehmerInnen der Beispielsgruppe 981 (Abb. 1.2) in Form einer kontinuierlichen Erfahrung des Verständnisses der Hilfe und Nähe der FacilitatorIn über die Gesamtdauer ihrer Gruppe in einem mehr als mittleren Ausmaß erreicht.

Die Untersuchungsergebnisse zu den Prozesszielen bestätigen auch die Veränderungen im Gruppenprozess der personenzentrierten Selbsterfahrungsgruppen, die seit der oben beschriebenen Modifikation eines strukturierteren Gruppenanfangs mit Basisinformationen über die Gruppenziele, die Aufgaben und Methoden der Grup-

penleitung, den Austausch über die individuellen Erwartungen und die Fragen nach den Standarderwartungen der TeilnehmerInnen festgestellt werden können: Die Minimierung bzw. das Verschwinden des eher verwirrenden und nicht hilfreich erlebten Anfangsstadiums zugunsten eines möglichen Beginns der Gruppe im Stadium positiver Gefühle und für einen Teil der TeilnehmerInnen auch mit Erfahrungen des Stadiums der therapeutischen Gruppenarbeit. Zu der relativ längeren Dauer des Stadiums der Gefühle und der eigentlichen therapeutischen Arbeitsphase tragen auch die nunmehr über die Gesamtdauer der Gruppe in einem mehr als mittleren Ausmaß gemachten Erfahrungen des Vertrauens der GruppenteilnehmerInnen untereinander, ihrer Selbstöffnung und von Verständnis, Hilfe und Nähe der FacilitatorIn bei. Inwieweit so das vierte Stadium des Erlebens neuartiger Beziehungen auch in den Selbsterfahrungsgruppen innerhalb der Aus- und Weiterbildung mehr Raum und Bedeutung als bisher erhält, muss noch objektiviert werden mit dazu geeigneten neuen Erfahrungsparametern.

Die hier vorgestellten Methoden zur Qualitätskontrolle der spezifisch personenzentrierten Zielerwartungen sowie der Prozess- und Zielerfahrungen der Selbsterfahrungsgruppenteilnahme sind ohne großen Aufwand und Inanspruchnahme der Gruppenmitglieder in der Aus- und Weiterbildungspraxis anwendbar. Auch die Auswertung und Interpretation kann ökonomisch, objektiv, zuverlässig und valide erfolgen, wenn die Ergebnisse der Gesamtgruppe mit den Ergebnissen neuer Kurse aktualisiert werden und als Benchmark zur Beurteilung des Erfolges einzelner Gruppen und einzelner Personen herangezogen werden und wenn Erfolgskriterien, wie etwa die hier aufgezeigten, einheitlich angewendet werden. Die Frage, ob und wie die Zahl der ca. 15 % der GruppenteilnehmerInnen, die keine oder ungenügende Erfahrungen in mehreren Zielbereichen der Gruppenarbeit machen, verringert werden kann, muss gegenwärtig mangels geeigneter Daten offen bleiben. Aus meiner persönlichen nunmehr 30-jährigen Erfahrung als Facilitator könnten am ehesten durch ein persönliches Vorgespräch die für eine erfolgreiche Gruppenteilnahme möglicherweise validen Prädiktoren angesprochen werden: Gruppenvorerfahrung, Motivation für und Kenntnis der Prinzipien und einigermaßen realistische Erwartungen an die personenzentrierter Gruppenarbeit sowie das Fehlen von deutlich einschränkenden persönlichkeitsbedingten oder krankheitsbedingten Störungen des Kontakts bzw. des Sozialverhaltens.

Einschätzungsbogen (Erwartungen)

Name bzw. Code:

Testdatum:

Geschlecht: weiblich , männlich

Geben Sie bitte Ihre Erwartungen für diese Gruppe an durch die Beantwortung der folgenden Fragen. Machen Sie in die neben der Frage stehenden Kästchen ein Kreuz in der Spalte „stimmt“, wenn die Aussage zutrifft oder eher zutrifft. Machen Sie Ihr Kreuz unter Spalte „stimmt nicht“, wenn die Aussage für Sie nicht oder eher nicht zutrifft. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

	stimmt	stimmt nicht
1. Ich bin bereit, die folgenden Fragen über meine Erwartungen an diese Gruppe ehrlich zu beantworten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich erwarte von dieser Gruppe, dass ich mich am Ende ein Stück besser ertragen kann als zuvor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich erwarte, dass mir die Gruppenmitglieder mehr helfen als schaden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich erwarte zu erfahren, dass ich meine eigenen Schwierigkeiten lösen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich erwarte, dass der Austausch guter Gefühle und Gefühlserlebnisse zwischen den Teilnehmern möglich sein wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich erwarte, dass ich nichts für meine eigenen Fähigkeiten zum Zusammenleben und zur Zusammenarbeit dazu lerne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich erwarte zu erfahren, dass es bessere Formen des Umgangs miteinander gibt, als ich sie im Alltag gewöhnlich erlebe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich erwarte, dass die anderen Gruppenmitglieder ihre Probleme werden lösen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich erwarte, dass die anderen Gruppenteilnehmer mich eher belasten, als dass sie mir nützen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich erwarte, dass ich mich selber besser verstehen lerne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich erwarte, selber den anderen Gruppenmitgliedern eher zu helfen als zu schaden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich erwarte, dass es mir gelingt, mehr das zu sagen und zu tun, was mir richtig erscheint.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich erwarte eher zur Zusammenarbeit mit anderen als zur Alleinarbeit ermutigt zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erw74

Gruppenprozeßstundenbogen GRP_{20R}

Testdatum:

Name bzw. Code:

Geschlecht: weiblich , männlich **Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur heutigen Gruppensitzung:**

	6 ja, ganz genau	5 ja	4 eher ja	3 eher nein-	2 nein	1 gar nicht
1. Heute empfand ich für die Gruppenmitglieder überwiegend Sympathie (SVVH)	6	5	4	3	2	1
2. Der/die Therapeut/in (Moderator/in, Facilitator/in) hat mir heute weitergeholfen (Fac.VHN)	6	5	4	3	2	1
3. Ich spürte heute die Fragwürdigkeit meiner Ideale (-FAS)	6	5	4	3	2	1
4. Ich erlebte heute viel Angst (-FAS)	6	5	4	3	2	1
5. Ich habe heute offen über meine Gefühle zu anderen Gruppenmitgliedern sprechen können (OAF)	6	5	4	3	2	1
6. Ich entdeckte heute persönliche Probleme, die mir bisher nicht auffielen (-FAS)	6	5	4	3	2	1
7. Zwischen dem/der Therapeuten/in (Facilitator/in) und mir spürte ich heute einen großen Abstand (-Fac. VHN)	6	5	4	3	2	1
8. Nach meinen heutigen Erfahrungen kann ich meinen Schwierigkeiten gelassener gegenüber treten (EV)	6	5	4	3	2	1
9. Ich fühlte mich in eine Rolle gedrängt, die mir gar nicht liegt (-FAS)	6	5	4	3	2	1
10. Ich mußte mich heute verteidigen (OAF)	6	5	4	3	2	1
11. Ich habe heute erfahren, wie ich auf andere wirke (OAF)	6	5	4	3	2	1
12. Der/die Therapeut/in (Facilitator/in) hat sich bemüht, für alle Probleme offen zu sein (Fac. VHN)	6	5	4	3	2	1
13. Ich fühlte mich heute vom Therapeuten/in (Facilitator/in) verstanden (Fac. VHN)	6	5	4	3	2	1
14. Was heute ausgesprochen wurde, entsprach den Gefühlen, die in der Luft lagen (TEFE)	6	5	4	3	2	1
15. Ich erlebte heute, daß ich den anderen vertrauen kann (SVVH)	6	5	4	3	2	1
16. Ich fühlte mich heute von den Gruppenmitgliedern verstanden (SVVH)	6	5	4	3	2	1
17. Ich erlebte heute zeitweise sehr starke Gefühle in mir (TEFE)	6	5	4	3	2	1
18. Ich fühlte mich heute spontan und frei (OAF)	6	5	4	3	2	1
19. Ich fand, daß heute Wesentliches vom Erleben und Fühlen der Mitglieder deutlich wurde (TEFE)	6	5	4	3	2	1
20. Die anderen haben mir heute geholfen (SVVH)	6	5	4	3	2	1

Einschätzungsbogen (Erfahrungen)

Name bzw. Code:

Testdatum:

Geschlecht: weiblich , männlich

Beurteilen Sie bitte Ihre Erfahrungen in dieser Gruppe durch die Beantwortung der folgenden Fragen. Machen Sie in die neben der Frage stehenden Kästchen ein Kreuz in der Spalte „stimmt“, wenn die Aussage zutrifft oder eher zutrifft. Machen Sie Ihr Kreuz unter Spalte „stimmt nicht“, wenn die Aussage für Sie nicht oder eher nicht zutrifft.

Beantworten Sie bitte alle Fragen.

	stimmt	stimmt nicht
1. Ich bin bereit die folgenden Fragen über meine Erfahrungen in dieser Gruppe ehrlich zu beantworten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich erlebte mich in dieser Gruppe zuletzt so, dass ich mich ein Stück besser ertragen kann als zuvor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die anderen haben mir mehr geholfen als geschadet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe erfahren, dass ich meine eigenen Schwierigkeiten lösen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich erlebte, dass der Austausch guter Gefühle und Gefühlserlebnisse zwischen uns möglich war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe nichts für mein Zusammenleben und meine Zusammenarbeit mit anderen dazugelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe erlebt, dass es bessere Formen des Umgangs miteinander gibt, als ich sie im Alltag gewöhnlich erlebe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe erfahren, dass die anderen Gruppenmitglieder ihre Probleme lösen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die anderen haben mich eher belastet, als dass sie mir nützten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich kann mich jetzt besser verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich glaube, ich selber habe den anderen eher geholfen als geschadet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Es gelingt mir jetzt besser, das zu sagen und zu tun, was mir richtig erscheint.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich fühle mich zur Zusammenarbeit mit anderen ermutigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erf74

Literatur:

- Bühl, A./Zöfel, P. (1998). SPSS für Windows, Bonn (Addison-Wesley)
- Mente, A./Spittler, H.-D. (1975), Ambulante klientenzentrierte Gruppentherapie - Ein Konzept und seine praktische Anwendung, in: Gruppendynamik 6, 261–270
- Rogers, C. R. (1967), The process of the basic encounter group, in: Bugental, J. F. G. (Ed.), Challenges of Humanistic Psychology, New York (Mc Graw Hill) 261–276
- Rogers, C. R. (1970), Carl Rogers on encounter groups, New York (Harper & Row)
- Rogers, C. R. (1971), Carl Rogers describes his way of facilitating encounter groups, in: American Journal of Nursing 71, 275–279
- Speierer, G.-W. (1974), Über die Theorie, Technik und Prozeßhypothesen der klientenzentrierten Selbsterfahrungsgruppe, in: Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie 2, 61–66
- Speierer, G.-W. (1976), Dimensionen des Erlebens in Selbsterfahrungsgruppen, Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht)
- Speierer, G.-W. (1978), Empirische Ergebnisse zur Theorie und Technik der klientenzentrierten Selbsterfahrungsgruppe, in: Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie 6, 194–204
- Speierer, G.-W. (1982), Diagnostik in der klientenzentrierten Gruppenpsychotherapie, in: Zielke, M. (Hg.), Diagnostik in der Psychotherapie, Stuttgart (Kohlhammer) 78–106
- Speierer, G.-W. (2002), Das Differenzielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie, in: Keil W. W./Stumm G. (Hg.), Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie, Wien–New–York (Springer) 163–185
- Speierer, G.-W./Hochkirchen, B. (1986), Erlebensentwicklung und der Prozeß der individuellen Problembearbeitung in der klientenzentrierten Selbsterfahrungsgruppe, in: Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie (ZPP) 5, 1, 33–46
- Teuwsen, E. (1975), Klientenzentrierte Gruppenmethoden, in: Gruppendynamik 6, 235–275

Autor:

Speierer, Gert-Walter, 1941, Univ. Prof., Dr. med., Dipl.-Psych., seit 1976 Leiter der Einheit Medizinische Psychologie der Universität Regensburg; 1973/74 Zusammenarbeit mit Carl Rogers im La-Jolla-Programm in San Diego, USA, Gastprofessor an der Karls-Universität Prag, Ausbilder (GwG), Lehrtherapeut und Supervisor (ÄGG) in Gesprächspsychotherapie; wissenschaftliche Arbeitsschwerpunkte und Veröffentlichungen: Dimensionen des Erlebens in Selbsterfahrungsgruppen (1976), Ergebnisse der ambulanten Gesprächspsychotherapie (1979), Diagnostik und Indikationen der gesprächspsychotherapeutischen Einzel- und Gruppenbehandlung (1980, 1982), Das patientenorientierte Gespräch (1985), Das Differentielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie (1994), Das Regensburger Inkongruenzanalyse Inventar (RIAI) (1997)

Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. G.-W. Speierer
Medizinische Psychologie
Universität Regensburg,
Postbox, 93040 Regensburg, Germany
E-Mail: gert.speierer@biologie.uni-regensburg.de
Internet:
<http://www.biologie.uni-regensburg.de/Med.Psychologie/Speierer>*

Angelo Lottaz

Das Unaussprechliche zu Wort bringen. Gedanken zur Psychotherapie mit Opfern der Folter

Zusammenfassung: Es wird ein personenzentrierter Zugang zu gefolterten Menschen beschrieben. Zentral ist dabei das Verständnis für den gesellschaftlichen Charakter der erlittenen „fundamentalen Inkongruenz zur Welt“. Um angemessen mit der Thematik des Bösen, des Dunklen, des nicht therapierbaren Leidens umgehen zu können, ist ein gutes Arbeitsteam nötig. Da das Erleben von Gefolterten geprägt ist vom Gefühl der Fremdheit der Welt und sich selber gegenüber, ist es besonders schwierig, aber um so wichtiger, behutsam und unbeirrt danach zu suchen, in Beziehung zu ihnen zu kommen.

Stichwörter: Folter, Trauma, gesellschaftlich bedingte Inkongruenz, Ressourcensuche

Résumé: *Exprimer l'inexprimable: Réflexions sur la psychothérapie avec des victimes de torture* – Il s'agit d'une description d'une approche centrée sur la personne aux torturés. La compréhension du caractère social de « l'incongruence fondamentale envers le monde », subie par les torturés, y est décisive. En outre il est indispensable d'avoir un bon team de travail pour pouvoir traiter convenablement les sujets du mal, de l'obscur et de la souffrance non guérissable. Comme l'expérience quotidienne des torturés est influencée par des sentiments d'être étrangers envers le monde et envers eux mêmes, il est particulièrement difficile et surtout important d'essayer avec prudent continuité d'entrer en relation avec eux.

Mots clés: torture, trauma, incongruence d'origine sociale, la recherche de ressources

Die Menschen blühten auf, ganz sacht
trotz Furcht und Hass und alledem
– trotz alledem und alledem –
Wolf Biermann

Marschieren ohne Landkarte

Beim Schreiben im Herbst 2001 stellt sich ein Gefühl der Scheu ein: Wie kann gesprochen und geschrieben werden in dieser Zeit, in der sich die destruktiven Mächte und Gewalten im Menschen so unverhüllt zeigen? Und wie kann in dieser Zeit geschrieben werden von einem, der immer daran festgehalten hat, dass Menschen zueinander und aneinander wachsen und sich gegenseitig in ihrer Entfaltung unterstützen können? Das Dunkle, das Böse taucht in Carl Rogers' optimistischem Denken und seinem Personenzentrierten Ansatz nur selten auf. Und trotzdem wurde er mir in meiner Arbeit,

während der ich täglich das Leiden und die Trauer von gequälten Menschen und die Abgründe menschlicher Destruktivität erlebt hatte, zu einem beständigen und verlässlichen Freund und Begleiter. Wenn ich nun von meinen Erfahrungen in der Therapie mit Opfern der Folter schreiben will, verstehe ich dies als ein großes Dankeschön an Carl Rogers; es soll aber auch ein Versuch sein zu zeigen, wie wichtig seine Konzeption und seine Gedanken in so frostiger Herbstzeit sind. Er würde sicher nichts dagegen haben, dass ich hier weniger über ihn als Gärtner mit all seinen Qualitäten schreibe als vielmehr über die eher noch unbekannt Pflanze, der er durch seine „geduldige, kluge und verständnisvolle Sorge“ die Bedingungen geschaffen hat, um gedeihen zu können (Rogers 1980, 52): dem personenzentrierten Zugang zu gefolterten Menschen.

Ich begeben mich allerdings, in den Worten von Hans Keilson (1995, 78), in ein Gebiet, „wohin die Sprache nicht reicht“, in ein Gebiet auch, von dem es kaum verlässliche Landkarten gibt. Keiner von uns war dort. Es ist ein Erfahrungsgebiet, das wir nie selber betreten haben, das uns immer fremd bleiben wird. Der Satz von Jean Améry, dem Gefolterten, dem Überwältigten, der 35 Jahre

nach der Tortur den Tod wählte, ist mir ein wichtiger Begleiter beim Schreiben geworden: „Wenn man von der Tortur spricht, muss man sich hüten, den Mund voll zu nehmen“ (Améry 2000, 47). Aus großem Respekt für die Gefolterten, die Getöteten und die Überlebenden und aus großem Abscheu vor der Verhöhnung menschlicher Würde und vor der Abwertung des Lebens will ich trotzdem versuchen, von meinen Erfahrungen in diesem fremden Gebiet zu erzählen. Dass ich mich nicht verloren habe, verdanke ich nicht nur der personenzentrierten Konzeption mit ihrem reichen Erfahrungsschatz im Explorieren von Fremdem, sondern auch meinen Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen. Sie haben mich ermutigt, auch ohne sichere Landkarten und oft nur ausgestattet mit einem verlässlichen inneren Kompass, den Weg in diese Fremde zu wagen. Vielleicht gelingt es, etwas von der leisen Kraft und Hoffnung zu vermitteln, die ich an den Grenzen und Abgründen dieses Weges erfahren habe. Nach schwierigen Therapiestunden bin ich oftmals geschlagen und verzweifelt zu Lisa, unserer Sekretärin, geschlichen. Jetzt liegt ein vergilbtes Blatt vor mir, das mir diese Lisa einmal an den Spiegel in meinem Therapiezimmer geklebt hat, „damit es nicht vergessen geht“, wie sie dabei sagte. Auf dem Blatt steht: *Angelo nach der Therapiestunde mit Herrn S.: „Mir geht’s grad so gut“.*

Von der Öffentlichkeit der Folter

Herr S. wurde von seinem früheren Nachbarn, mit dem er jahrelang Samstag abends Cervelats gebraten hatte, im Konzentrationslager fast zu Tode geschlagen; der Nachbar trug jetzt die Uniform der Armee Jugoslawiens. Durch die Faust des Nachbarn hat auch der Staat zugeschlagen. Und die Männer, die im Untersuchungsgefängnis von Diyarbakir Herrn K. an die Elektromaschine angeschlossen hatten, handelten als Polizisten im Namen des türkischen Staates. Folter ist immer ein offizielles und politisches Geschehen. Peters kommt in seiner Untersuchung über die Geschichte der Folter zum Schluss, die „Folter nicht als Ausdruck einer neurotischen Störung zu sehen, von sittlicher Primitivität oder rassistischer Brutalität, sondern als Ausdruck der Auffassung einer Regierung über die staatliche Ordnung“ (Peters 1991, 10).¹ Folter ist immer etwas, was eine *öffentliche* Instanz tut oder sanktioniert. In der Folter soll die Strukturhaltung des großen gesellschaftlichen Systems durch eine Strukturzerstörung des kleinen Individuums gewährleistet werden. Ein Teil der Gesellschaft wird ausgegrenzt und zerstört. Die Folter ist Ausdruck dieses traumatischen gesellschaftlichen Geschehens. Dieser gesellschaftliche Prozess ist einerseits Auslöser für die

1 Als Bestandteil des normalen strafrechtlichen Verfahrens wurde die Folter zwar am Anfang des 19. Jahrhunderts abgeschafft, ist aber mit der größeren Machtfülle und vor allem der größeren Verwundbarkeit der modernen Staaten im 20. Jahrhundert neu erstanden.

individuelle Traumatisierung, andererseits aber auch *Bestandteil* der Traumatisierung – denn diese ist nach der Folter nicht beendet, sondern dauert in dem Maße an, als auch der destruktive gesellschaftliche Prozess andauert². Sobald ich mich als Therapeut auf gefolterte Menschen einlasse, werde ich mit dieser gesellschaftlichen Wirklichkeit konfrontiert, die sich in den geschundenen Körpern der Gefolterten abbildet. Der gesellschaftliche Prozess ist im wahrsten Sinne „eingekörpert“ (Becker 1997, 41) – der gefolterte Mensch verkörpert den gesellschaftlichen Prozess.

Das Aufmerksamwerden für diese *öffentliche Dimension* von Folter ist wichtig auf dem Weg zum Verständnis von gefolterten Menschen. In der Folter werden Menschen in *fundamentale Inkongruenz* zu der Welt gebracht³. Sie haben erfahren – und erfahren immer wieder –, dass sie in der Welt nicht erwünscht sind, dass es keinen Platz für sie gibt. Sie haben das nicht im privaten Lebensrahmen erfahren, sondern öffentlich, durch Repräsentanten dieser Gesellschaft. Améry legt dar, dass mit dem ersten Faustschlag, den Polizeileute ihm in der Haft versetzten, sein *Weltvertrauen* verloren gegangen sei, die Gewissheit, in seinem physischen und metaphysischen Bestand respektiert zu werden (Améry 2000, 55–58). Zum Weltvertrauen gehört die menschliche Fundamentalerfahrung der Hilferwartung, die sich fast immer beim Erleben von körperlicher Verletzung und Versehrung einstellt. In der Folter aber ist von nirgendwoher eine helfende Hand zu erwarten. Der Mitmensch ist nur noch Gegenmensch. Die fürchterliche Fremdheit, die so entsteht, ist für Améry durch keine spätere menschliche Kommunikation auszugleichen: „Wer der Folter erlag, kann nicht mehr heimisch werden in der Welt“ (ebd., 73). *Dies* verstehend zu akzeptieren – und nicht therapeutisch wegmachen zu wollen – ist vielleicht die fundamentalste Bedingung dafür, dass eine förderliche therapeutische Begegnung möglich wird.

Auf diesem Weg mit Gefolterten werden wir uns selber verändern und wir werden lernen müssen, Abschied zu nehmen von den gängigen Vorstellungen vom Heilsein und vom Heilen. Denn in der Beziehung mit diesen Menschen werden wir erleben, dass Heilsein und Heilwerden noch ganz anderes sein kann als symptomfrei zu leben und wieder arbeiten zu können. Heilsein bekommt viel eher die Bedeutung, zusammen mit anderen Menschen großes Leid auszuhalten, statt es wegzumachen. Denn wenn wir uns auf den inneren und äußeren Bezugsrahmen von Überlebenden der Tortur und des Krieges einlassen, werden wir bald gewahr werden, dass wir mit Leiden konfrontiert sind, denen eine Psychotherapie allein nicht

2 Es ist vor allem Becker (1992), der für diese gesellschaftlichen Aspekte sensibilisiert.

3 Speierer (1994) hat den Begriff der Inkongruenz bereits ausdifferenziert. Die von ihm als „lebensereignisbedingte Inkongruenz“ bezeichnete Form müsste bezüglich der gesellschaftlich-politischen Dimension des Ereignisses noch weiter differenziert werden. Auch Pfeiffer (1995, 59) fordert, „daß das inner-organismische Inkongruenz-Konzept ... durch ein Modell der interpersonalen und gesellschaftlichen Beziehungsstörung erweitert wird“.

gerecht werden kann. Es geht um mehr als um das Leiden und die Schmerzen eines einzelnen Menschen: All die anderen Gefolterten, all die Ermordeten, all die, die noch immer schreien und weinen, sind auch da in den Gesprächen. Ein gefolterter Mensch wird bis an sein Lebensende mit-leiden mit denen, die noch immer gefoltert werden, und vielleicht will er mit seinem eigenen Leiden Zeugnis ablegen von all dem, was Menschen angetan wurde und noch immer angetan wird. Uns, den therapeutisch Tätigen, stellt sich die Frage, ob wir das aushalten, ob wir soviel nicht therapierbares Leiden aushalten, ohne uns davon abhalten zu lassen, trotzdem mit diesen Menschen in heilsamer Beziehung zu bleiben. Aus der Sicht einer Psychotherapie, die sich primär den Auftrag gibt, das Leiden und das Dunkle wegzumachen, tönt dies furchtbar pessimistisch, weil sie das Unerhörte, das sich in diesen Begegnungen ereignet, mit ihren therapeutischen Erfolgskriterien nicht erfassen kann: nämlich die Erfahrung, dass menschliche Solidarität möglich ist, die Erfahrung, dass Menschen ihre Toten nicht vergessen und verloren geben, ebenso die Erfahrung, dass alles Lebende zusammengehört und unauflöslich miteinander verwoben ist und dass im Gefolterten „die ganze Schöpfung stöhnt“⁴, und schließlich die Erfahrung, dass trotz allem fürchterlichen Leid die Hoffnung auf eine gerechte, befreite Schöpfung nicht zu töten ist.

Kein privates Heilwerden

Wenn Herr S. und Herr K. sich für eine Psychotherapie anmelden, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass die politischen und gesellschaftlichen Zusammenhänge ihres Leidens längst vergessen sind und ihre Situation größtenteils subjektiviert worden ist. Die Versuche von Herrn K., sein Leid zu re-sozialisieren, seine Inkongruenz als eine gesellschaftlich gemachte und gewollte auszuweisen und mit mir über das Leiden der kurdischen Bevölkerung zu sprechen, schlugen viele Stunden lang fehl. Als Therapeut konnte ich nicht verstehen, weshalb der Kerl überhaupt in eine Psychotherapie kam, wenn er nicht über sich reden wollte, während er nichts weiter versuchte als sein Leid auf eine zuweilen aggressive Art zu ent-subjektivieren. Herr K. spürte sehr genau, dass eine private Verarbeitung von politischem Leiden nicht leistbar ist. Ich bin ihm dankbar, dass er so viel Geduld mit seinem Therapeuten gehabt hat. Heute verstehe ich, dass für ihn und für viele seiner Landsleute, die bei mir in Therapie waren, ein individuelles Heilen und Verheilen nicht denkbar ist ohne Verknüpfung mit dem öffentlichen Heilwerden, mit dem Gesundwerden der Gesellschaft ihrer Heimat – und der Gesellschaft hier (vgl. dazu auch Becker 1992, 266). Ent-subjektivieren des Leidens bedeutet Raum zu schaffen, in welchem die nie wieder gut zu machende Erfahrung, nicht Mensch sein zu dürfen, sozial geteilt werden und so überhaupt real werden kann. Heilen ist verknüpft mit

Öffentlich-Machen, was öffentlich ist – und damit auch wieder zu ermöglichen, dass Privates endlich wieder privat werden kann (ebd., 238–241).

Die gesellschaftliche Situation, die Herr K. nach seiner Flucht in der Schweiz angetroffen hat, war für diesen Prozess nicht günstig: Er hat zu spüren bekommen, dass er mit seiner Geschichte auch hier nicht unbedingt erwünscht ist. Herr K. musste im Asylverfahren erst einmal darum kämpfen, eine Lebensberechtigung in der Schweiz zu erhalten. Dieser Kampf um die öffentliche Anerkennung seines Leidens, um die Anerkennung durch die Öffentlichkeit, dauert an: Er will eine Invalidenrente, er erachtet die Fürsorgeunterstützung als zu gering, er beantragt an allen möglichen Orten eine Entschädigung – und er nervt damit die meisten seiner Betreuungspersonen ganz gewaltig. Auch ich ärgerte mich – weil ich einen ganz wichtigen Teil seines inneren Bezugsrahmens nicht verstanden hatte, nämlich den öffentlichen Aspekt seines Leidens. Eines Tages erzählte er mir, wie sein Hausarzt ihn bei der letzten Konsultation unterbrochen habe, als er von Kurdistan erzählen wollte: Er befinde sich hier in einer Arztpraxis und nicht in einem politischen Club, er solle jetzt sagen, wo es ihm weh tue. „Der Arzt hat nichts verstanden von meiner Krankheit“, sagte Herr K.

Üblicherweise rechnet Psychotherapie nicht mit diesen öffentlichen Aspekten des Leidens. Entsprechend können die Versuche der Gefolterten, diese gesellschaftlichen Dimensionen in die Therapie zurück zu bringen, nicht wertschätzend aufgenommen werden; im Gegenteil, sie werden abgewehrt, gehässig bekämpft, abgewertet und als Ausweichmanöver und politisches Agieren interpretiert. Ein Explorieren des Bezugsrahmens dieser Versuche, das Leiden zu entprivatisieren, kann dann gar nicht stattfinden, und ein zentraler Aspekt der Spannung und der Inkongruenz, in denen sich Gefolterte befinden, wird übersehen.

Kein privates Heilen

Psychotherapien finden unter Ausschluss der Öffentlichkeit statt. Als ich nach meinem Weggang vom Therapiezentrum für Folteropfer des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) mit einigen Klienten privat weiter gearbeitet habe, fehlte in meinen Therapien plötzlich die öffentliche Dimension, die in der Institution gegeben war. Die Klienten hatten sich ja ursprünglich nicht bei einem privaten Therapeuten zur Therapie angemeldet, sondern bei einer Institution mit öffentlichem Charakter. Sie hatten sich an die *Öffentlichkeit* gewandt, um Hilfe zu bekommen. Allein schon durch den quasi-öffentlichen Ort von Institutionen wird eine erste Entprivatisierung des Leidens möglich. In einer Privatpraxis fällt dies viel schwerer. Für die Menschen aber, die unter einer *gesellschaftlich gemachten und gesellschaftlich gewollten Inkongruenz* leiden, ist es von großer Bedeutung, dass Psychotherapie kein nur-privates Geschehen bleibt, sondern auch Ausdruck öffentlicher Wertschätzung und gesellschaftlicher Entschädigung wird.

4 Römerbrief des Paulus (8, 22)

Institutionen kennen außerdem auch eine interne Öffentlichkeit: das Team. Für meine Klienten war dieser Umstand offenbar wichtig, nicht nur weil durch die interne Zusammenarbeit und durch den internen Austausch ihre Geschichte einen breiteren Resonanzboden fand, sondern auch weil diese interne Öffentlichkeit ihnen Sicherheit gab: Fünf Schultern vermögen mehr zu tragen als eine.⁵

Dies alles spricht dagegen, Psychotherapien mit Gefolterten im privaten Einzelsetting durchzuführen. Ich schreibe dies im Wissen darum, dass dies in der täglichen Praxis trotzdem oft nicht anders möglich ist. Müssten vielleicht die psychotherapeutischen Vereinigungen sozial-ethische Verantwortung übernehmen und sich als Kollektiv engagieren, wo einzelne überfordert sind?

Es gibt noch einen anderen wichtigen Grund, diese Therapien nicht alleine durchzuführen: das Überleben der Therapeutinnen und Therapeuten. Sie brauchen ein Team, wenn sie im Trauma nicht untergehen wollen.

Der Kampf gegen die Folterer

Die Geschichten der Gefolterten gleichen sich. Alle erzählen sie von der Reduzierung des Menschen auf Körperlichkeit und Schmerz, von Ohnmacht und Hilflosigkeit und Angst, von Entwürdigung und Beschmutzung, und immer wieder, immer wieder vom Schmerz, dem nicht mehr ausdrückbaren Schmerz und dem erlebten Tod in ihm. Indessen - es sind nicht diese Geschichten, die dem Therapeuten so furchtbar zusetzen. Vielmehr geschieht etwas im Gespräch, in der unmittelbaren Beziehung zwischen Therapeutin und Klientin, nicht sichtbar, nicht hörbar, aber spürbar, von fast körperlicher Präsenz, das sich erschütternd auswirkt. Als Therapeutin wird man sich fremd und begreift nicht die wahnsinnige Wut über die Klientin, den kalten Schweiß, das Ekelgefühl und das Erbrechen nach dem Gespräch, die depressiven Gefühle am Abend. Etwas Unausprechliches und Bedrohliches ist in der Therapie mit dabei, packt den Therapeuten, sitzt in ihm wie eine fremde Macht. Er erlebt Gefühle, wie sie Menschen erleben, wenn es um Leben und Tod geht. Offenbar wurde ihm affektiv ganz genau mitgeteilt, wie es einem Menschen in der Folter und nach der Folter geht: solcherweise, wie er sich jetzt fühlt!

Herr S. und Herr K. teilten mir ihr Trauma atmosphärisch, affektiv mit, so dass jetzt ich einen Teil jener Gefühle erlebte, die sie damals im Trauma erlebt hatten, Teile jener Gefühle, die damals nicht in ihr Selbst integriert, nicht symbolisiert werden konnten.⁶

Denn die der Tortur Unterworfenen hatten keine Möglichkeit, aus diesen Gefühlen Selbsterfahrung werden zu lassen. Sie mussten sie im Gegenteil vom Selbst fernhalten, weil es in der Situation der totalen Hilflosigkeit und der Lebensbedrohung durch den Folterer zu gefährlich gewesen wäre, diese Gefühle zu haben: Sie hätten ausgenutzt werden und Herrn S. und Herrn K. noch verletzbarer machen können. In der Tortur war es lebensrettend, nicht sich selber auszudrücken und sich selber nicht mehr zu spüren. Der Preis, der unglaublich hohe Preis dafür war der Verlust der eigenen Vitalität, der Verlust eines Teiles des wahren Selbst. Etwas von dieser Dynamik wiederholt sich jetzt in der Therapie, in der *Atmosphäre* im Raum, wo diese gewaltigen Gefühle in der Luft liegen, unausgedrückt und unbenannt, und unheimlich bedrohend.

Diese gewaltigen Gefühle gaben sich nicht geschlagen und suchten weiter, suchten seit Jahren weiter nach Möglichkeiten, sich zu aktualisieren. Aber die Bedrohung für das Selbst war einfach zu groß, als dass sie sich als Gefühle des Selbst hätten ausdrücken dürfen – jetzt, wo sie so *unüberfühlbar* in der Luft, in der Atmosphäre liegen, finden sie wenigstens Ausdruck im Gegenüber, im Therapeuten: Er spürt eine unerklärlich starke, eine unglaubliche Wut und Trauer und Enttäuschung und Hilflosigkeit in sich.

Die selbsterhaltenden Kräfte haben den Gefolterten in der Tortur auf eine Art reagieren lassen, die er nachträglich kaum ertragen und verkraften kann. Er schämt sich und macht sich enorme Vorwürfe, weil er damals geschrien hat, gefleht, geweint und vielleicht verraten hat, ganz außer sich, ohne Kontrolle. Diese Gefühle aus der Folter will Herr K. nie, nie mehr haben, sie dürfen nicht zu ihm gehören, das war nicht wirklich er, der dort geschrien hat. Deshalb will Herr K. unter keinen Umständen über die Folter sprechen und sich daran erinnern lassen und macht dadurch das Verbot des Folterers, das Erlebte in Sprache zu bringen, erneut wirksam! Trotz dieses Verbots sind das Erlebte und vor allem die damit verbundenen Gefühle da: im Therapeuten, in mir. Ich bekomme Angst, fürchte Gewaltausbrüche, ich möchte, dass Herr K. nie mehr in die Therapie kommt, ich könnte ihn schlagen und schütteln und ich fühle mich absolut ohnmächtig und hilflos.

Sich dieser Gefühle gewahr zu werden bedeutet, in den Kampf mit dem Folterer zu treten, in den Kampf um das Ausdrücken dessen, was war und ist. Wie der Therapeut mit diesen enormen und wahnsinnig kräftigen Gefühlen umgeht, wird dem Gefolterten ein Modell sein, eine Hoffnung auch, dass mit diesen Gefühlen tatsächlich umgegangen werden kann, ohne dass sie sich destruktiv auswirken. Das Wiedererlangen der verbotenen und verlorenen Gefühle, das Integrieren dieser Aspekte in ein neues Selbstkonzept, gelingt dem Gefolterten nur, wenn der Therapeut das Auftauchen dieser Gefühle in sich selber wahrnehmen und akzeptieren kann. Voraussetzung dazu ist allerdings, dass er in einer guten und stabilen Beziehung zu sich selber steht, dass er die von Rogers oft (z. B. 1959/1987) beschriebenen Beziehungsqualitäten Empathie,

5 Leider konnte ich wegen der ungelösten Übersetzungsproblematik keine Erfahrungen im Gruppensetting machen. Herman (1993) und Perren (1995) betonen beide die großen Chancen der Gruppentherapie: Sie schafft einen öffentlichen Raum und macht gemeinschaftliche Solidarität neu erfahrbar.

6 Holdereggers (1993) Ausführungen, die vom Begriff der „projektiven Übertragung“ ausgehen, waren mir eine wichtige Orientierungshilfe in dieser ruppigen Landschaft, obwohl er vor allem vom frühkindlichen Trauma spricht.

Wertschätzung und Kongruenz mit sich selber lebt⁷ - und dass er ein stabiles und wertschätzendes Team um sich hat.

Das Team als heilender Organismus

Es sind nicht nur die einzelnen, die in ihrer therapeutischen Arbeit mit Gefolterten heilend und lebensfördernd wirken, sondern es ist ebenso die therapeutische Gemeinschaft. Das Arbeitsteam ist ein heilender Organismus, sowohl nach innen für die eigenen Mitglieder, wie nach außen für die Klienten. Und wie die einzelnen befindet sich auch dieses Team als Organismus in einem beständigen Aktualisierungsprozess, der sich nicht mit starren Strukturen und fixen Lösungen verträgt, wohl aber einen klaren und sicheren Rahmen benötigt. Die Frage ist, ob das Team sich genügend Zeit und Raum nehmen darf, damit es ein lebendiger Organismus bleiben kann, der sich entfaltet. Das ist keineswegs selbstverständlich: Offensichtlich kann nämlich ein empathischer und kongruenter Umgang in einem Team, der immer auch heilend und kräftigend wirkt, zuweilen eine Bedrohung für hierarchische Positionen in Institutionen darstellen. Die dauernde Beschäftigung mit extrem traumatisierten Menschen, mit den Abgründen menschlicher Existenz, mit dem Bösen und dem Unheilbaren, birgt die Gefahr des Erstarrens, des Abgelöschtwerdens, des inneren Erkaltsens oder Verbrennens. Das Team wird sterben, wenn es keine Kraft mehr für sich selber hat. Tragischerweise wird heute das Bemühen von Therapeuten oder von therapeutischen Teams, die Aufmerksamkeit auch auf sich selber zu richten, um einen sorgfältigen und liebevollen Umgang miteinander zu entwickeln, nicht selten abgewertet als „Tendenz zur individuellen Nabelschau“⁸ oder als Kuschelgruppen-Verhalten. Wahrscheinlich wird einfach das Ausmaß der inneren Belastung unterschätzt, die nicht nur im persönlichen Kontakt mit Gefolterten entsteht, sondern auch mit dem gesellschaftlichen Spannungsfeld zu tun hat, in das die Therapeutin gerät: Ihre Klienten sind Menschen, mit denen sich die Gesellschaft schwer tut. Die gesellschaftlichen Konflikte und Ängste in Bezug auf die Fremden in unserem Land schwingen immer mit, und die existenziellen Fragen, die angesichts des Bösen, der menschlichen Ohnmacht, des unheilbaren Leidens aufgeworfen werden, lassen sich nach Arbeitsschluss nicht einfach weglegen. Die tägliche Begegnung mit Opfern der Tortur wird eine Therapeutin auch bei guten Bedingungen verändern. Sie wird in einem großen Ausmaß mit sich selbst und mit ihren Werten konfrontiert sein, mit dem Sterben, mit dem Sinn (vgl. Lottaz 1999). Gelingt diese Auseinandersetzung nicht und wird dieser Prozess der inneren Veränderung nicht wahrgenommen, ist die Gefahr

groß, dass die Therapeutin selber traumatisiert wird. Karen Saakvitne und Laurie Anne Pearlman betonen, dass es in der Prävention und bei der Bewältigung dieser sogenannten sekundären oder stellvertretenden (vicarious) Traumatisierung nicht nur um den Abbau von Stress geht, sondern auch um die Transformation der drohenden Depression, die sich einschleichen kann und die unser Gefühl für das Sinnvolle unserer Arbeit zerstört (Saakvitne/Pearlman 1996, 73; vgl. auch Lansen 1996). Sinn lässt sich nicht individuell schaffen. Er bedarf des Austausches, der Kommunikation und der Solidarität – und er lässt sich nur gemeinschaftlich finden. Die tiefste und wichtigste Aufgabe eines Teams als eines heilenden Organismus liegt darin, die Hoffnung und die Sehnsucht aufrecht zu erhalten, dass diese Welt nicht alles ist, dass die Folter und das Unrecht und die Grausamkeit nicht das letzte Wort haben mögen und dass es Sinn macht, nicht zu resignieren. Max Horkheimer sprach in einem Interview von der Sehnsucht, „dass der Mörder nicht über das unschuldige Opfer triumphieren möge“ (1970, 62), von der Sehnsucht, dass es eine Gerechtigkeit geben wird. Das ist eine transzendente Sehnsucht, denn eine vollendete Gerechtigkeit in dieser Welt ist nicht machbar: Vergangenes Elend ist nicht gutzumachen, die Erfahrung der Folter nicht aufhebbar. Tote bleiben tot. Dem menschlichen Leiden, dem Tod und unserer Endlichkeit setzt Max Horkheimer die Solidarität entgegen. Wenn in einem Team diese Fragen und diese Sehnsucht Worte bekommen, wenn unsere menschlichen Grenzen und Endlichkeit ausgedrückt werden dürfen, wenn die Angst vor dem Unheilbaren und dem Bösen nicht versteckt werden muss, dann kann eine Solidarität entstehen, die stärker als die Folterer ist.

Van der Veer weist darauf hin, dass in den Therapien mit schwer traumatisierten Flüchtlingen oft viel zuwenig beachtet wird, wie furchtbar einsam diese Menschen sind und dass sie zuerst einmal eines brauchen: Trost, viel Trost⁹. Wahrscheinlich kann diesen Trost nur spenden, wer selber immer wieder Heilung erfährt.

Nicht-Daheim

Oftmals drückte Herr S. seine große Einsamkeit und Verlassenheit aus: Sie ließen uns einander fremd bleiben. Ohne ein Team hätten mich meine eigene Einsamkeit und Fremdheit, die mit jeder Stunde wuchsen, wohl die Therapie abbrechen lassen. Wolfgang Pfeiffer mahnt, dass in jeder menschlichen Begegnung ein Teil solcher Fremdheit bestehen bleibt und wir „die Fremdheit im Anderen, die letztlich für uns unzugänglich und nicht anzueignen ist“ zu respektieren haben (Pfeiffer 1993, 22). Wenn wir uns dieser Grenzen des Vertrautwerdens mit Anderen nicht bewusst sind, laufen wir Gefahr,

7 Vgl. dazu Iseli-Bolle (2000), die darauf hinweist, dass ohne diese Sorgfalt im Umgang mit sich selber, die Gefahr des Ausbrennens für Therapeuten sehr groß ist.

8 So in: Gathof, E. / Haldimann, C. / Rufener, R. / Sigrist, B. (2002), Mit individualistischer Problemsicht aufhören, *Psychoskope* 2, 12

9 „... the heart of the matter is often loneliness, the lack of contact with people one feels at ease with“ (Van der Veer 1999, 50).

einerseits das Fremde im Anderen völlig verstehen zu wollen und so den Anderen seiner Fremdheit zu entkleiden, uns seiner zu bemächtigen und andererseits uns selber im Anderen zu verlieren. „Um diesen Gefahren zu entgehen, bedarf es – über das akzeptierende Verstehen hinaus – einer Haltung, die den Anderen gerade auch in seinem Fremdsein akzeptiert, selbst aber verlässlich auf dem Boden der eigenen Identität steht und damit in Kauf nimmt, bei allem Bemühen um Nähe dem Anderen letztlich gleichfalls ein Fremder zu bleiben. Es gilt, die existentielle Geschiedenheit der Menschen anzunehmen, auf deren Boden aber ‚Beziehung‘ möglich wird“ (ebd., 23). Die Fremdheit, von der Pfeiffer hier spricht, verbindet uns Menschen miteinander, sofern es uns gelingt, sie auch verstehend zu akzeptieren. Und darin unterscheidet sie sich von der Fremdheit, die zwischen Herrn S. und mir stand. Nach der Tortur im Konzentrationslager lebt Herr S., genau so wie Jean Améry es ausdrückte, in dem Gefühl „einer durch keinerlei spätere menschliche Kommunikation auszugleichenden Fremdheit in der Welt“ und „kann nicht mehr heimisch werden in der Welt“. Herr S. „hört nicht wieder auf, sich zu wundern, dass alles, was man je nach Neigung seine Seele oder seinen Geist oder sein Bewusstsein oder seine Identität nennen mag, zunichte wird, wenn es in den Schultergelenken kracht und splittert“ (Améry 2000, 72f.). Herr S. ist nicht nur in der Welt, bei den Dingen und bei den Menschen nicht mehr heimisch, sondern auch in sich selbst nicht mehr zu Hause. Er fühlt sich nicht mehr zu sich selber gehörig, wie er sich auch nicht mehr zu den Menschen gehörig fühlt. Herr S. lebt in einer Fremdheit, die unabhängig von unserem Bemühen und unserem therapeutischen Können nur begrenzt einfühlbar ist. „Empathie bedeutet die private Wahrnehmungswelt des anderen zu betreten und darin ganz und gar heimisch zu werden“ (Rogers 1980, 79). Dies *Heimischwerden* der Therapeutin in der Welt des Anderen kann bei Herrn S. nur schwer gelingen, weil es kein richtiges Zuhause, kein intaktes „Heim“ mehr gibt, das man betreten könnte.

Nicht mehr daheim in der Welt

In der Folter machte Herr S. Erfahrungen, die ihn für immer von den anderen Menschen trennen werden, weil sie mit nichts vergleichbar sind, in keine „menschlichen“ Kategorien passen. Auch die herkömmliche Sprache rechnet nicht mit solchen Erfahrungen, die Worte scheinen Herrn S. dem Erlebten nicht adäquat – wenn es denn überhaupt erzählbar ist, was ihm getan wurde. Zu Recht befürchtet er, dass er nicht verstanden wird. Kurt Eissler spricht von der „Unzufühlbarkeit“ solcher Erfahrung und plädiert dafür, „die Gefühlsreaktion der Unerträglichkeit als eine adäquate Reaktion beim Zuhören anzusehen“ (1963/64, 285f.)¹⁰. Ich kann wohl Herrn S.

zuhören, wie er von seinem erzwungenen Gang durch ein Minenfeld erzählt, aus dem er seinen toten Freund bergen muss, von den Werten, die man auf ihn abschließt, ob er das lebend schafft oder nicht – aber in diese Ungeheuerlichkeit eintauchen kann ich nicht. Eben diese Erfahrung spricht Norbert Gurrus an: „Wie ist Ihnen zumute, wenn der Patient berichtet, wie man ihm die Hoden zerquetscht hat. Da kommt doch bei Ihnen der Reflex, mit dem sich alles in der Magenröhre zusammenzieht und Ihnen beinahe übel wird. Sie müssen also als Therapeut auch über einige Strecken der Therapie dissoziieren, d. h. etwas Abstand nehmen und dem Patienten auch mitteilen, dass Sie nicht in der Lage sind, das genau nachzuempfinden“ (Gurrus 1999, 5).¹¹ Statt die Grenzen der eigenen Empathie transparent zu machen, kommt es oft eher zu starken Mitleidsbekundungen – sie sind nicht kongruent, weil in ihnen diese eigenen Grenzen der Einfühlung überspielt werden und unausgesprochen bleiben. Der tägliche Kontakt zu Gefolterten kann allerdings – dies ist die andere Gefahr – auch zu einem distanzierten und sachlich-kühlen Verhalten führen, in welchem der Therapeut ebenso wenig kongruent ist, weil er sich nicht mehr gestattet zu fühlen und innerlich den Kontakt zu seinem Gegenüber abbricht. Herr S., der Fremdgewordene, der Nichtdazugehörige, spürte diese Schwierigkeit des Therapeuten im Umgang mit dem Unerträglichem sofort. Im Schlussgespräch berichtete er, dass er anfangs nicht vom Konzentrationslager und nicht von der Tortur habe erzählen wollen. „Ich dachte jedesmal auf der Bahnfahrt nach Bern, was werden E. (die Übersetzerin) und Lottaz machen, wenn sie diese Dinge hören? Die beiden bekommen Angst. Aber ich habe schon selber genug Angst. Oder vielleicht werden sie weinen und Mitleid haben. Lottaz, verstehen Sie, ich will nicht Mitleid. Und ich habe gedacht: Wenn sie nicht weinen, dann werden sie abcoolen.“ „Abcoolen? Was bedeutet dieses Wort?“ „Oh, verstehen Sie, das wäre sehr schlimm, das ist, wenn Sie das Herz schließen. Und nachher würden Sie sagen: fertig Therapie. Deshalb habe ich gedacht, besser nicht erzählen.“

Nicht mehr daheim bei sich

Wenn Herr S. am Morgen in den Spiegel schaut, sieht er ein in tausend Stücke zersplittertes Selbst. Er bringt sich nicht mehr zusammen. Worauf er sich früher unhinterfragt verlassen konnte, was früher Gültigkeit hatte, ist plötzlich fraglich und unsicher geworden: Seine Modelle von sich selber, von den anderen und von der Welt sind zerstört worden. Janoff-Bulman (1985) spricht von zerrütteten und zerstörten grundlegenden Annahmen („shattered assumptions“). Sie meint damit Alltagsannahmen, Theorien über die Welt und die Menschen, die uns einen Bezugsrahmen geben, innerhalb dessen wir uns verhalten und bewegen können, ohne Angst zu

10 Was diese Menschen erlebt haben, schreibt Eissler (1963/64, 279), „ist etwas, was über das menschlich Proportionierte hinausgeht“.

11 Vieles von dem, was ich in Bezug auf die Therapie mit schwer traumatisierten Menschen glaube verstanden zu haben, verdanke ich Norbert Gurrus (1994; 1996; 1999).

haben. Die Zerstörung betrifft vor allem solche Bedeutungsstrukturen: unseren Glauben in die eigene Unverwundbarkeit, unsere Wahrnehmung der Welt als bedeutsam, sinnvoll und verstehbar, und unsere Bilder von uns selber, die ein Minimum von Selbstwert beinhalten. Herr S. kann sich in dieser Welt nicht mehr bewegen, ohne Angst zu haben, dass ihm wieder etwas zustoßen wird. Was einmal möglich war, ist immer wieder möglich – und was war, ist für ihn absolut nicht einzuordnen. Der gute Nachbar wurde zum Folterer. Das Sichere ist gefährlich, das Zuhause ein Ort des Grauens. Sein Grundvertrauen in seine eigene Persönlichkeit ist zerstört: Er spürte absolut nichts, als er mit ansehen musste, wie man seine Frau vergewaltigte. Das ist furchtbar für ihn. Er ist nicht mehr, der er zu sein glaubte, er ist von sich selber dissoziiert, hat seine Selbst-Werte und seinen Selbst-Wert verloren. In seinem inneren Daheim herrscht das nackte, entsetzliche Chaos. Da gibt es keinen konsistenten inneren Bezugsrahmen mehr, da gibt es keine verstehbaren Bedeutungen mehr. In dieser Situation erlebt Herr S. eine noch fundamentalere Bedrohung als diejenige, die von Rogers (1959/1987, 29f.) als Folge der Inkongruenz zwischen Erfahrung und wahrgenommenem Selbst beschrieben wurde. Dem Herrn S. ist das Selbstkonzept zerstört worden, er weiß nicht mehr, wie sein Selbst ist. Deswegen entzieht sich das Erlebte der Fassbarkeit – er kann nicht einordnen, was ihm getan wurde, und er kann nicht verstehen, was das Erlebte bedeutet. Es fehlt ihm sein innerer Bezugsrahmen – und es fehlt deshalb der Therapeutin dieser Bezugsrahmen, dem sie sich empathisch nähern könnte.

Nicht mehr daheim im Körper

Einen ganz wesentlichen Anteil an der Fremdheit, in welcher Herr S. lebt, hat sein Körper. Herr S. versteht seinen Körper nicht mehr. Er erlebt sich getrennt von seinem Körper, der autonom handelt, ohne Rücksprache mit dem Bewusstsein, unzugänglich und abgespalten. Damals, in der Tortur und im KZ, in den fürchterlichen Schmerzen und in der Lebensbedrohung, handelte sein Körper weise. Er reagierte selbstständig und dissoziierte sich; er machte sich gefühllos, fremd, ging außer sich und setzte sein ganzes organismisches Wissen vom Handeln bei Lebensbedrohung ein – alles, um zu überleben. Sein Körper suchte nach einem Gleichgewicht im Unerträglichen, indem er seinen Hormonhaushalt drastisch veränderte und besonders Kortikoide und Glukokortikoide ausschüttete (vgl. dazu und zum Folgenden Sapolsky 1992; Van der Kolk/Saporta 1993; Ledoux 1998). Normalerweise interessieren sich Psychotherapeuten nicht besonders für Glukokortikoide. Diese tauchen nicht nur in den Modellen der Personzentrierten Psychotherapie nicht auf. Aber wir müssen von ihnen wissen, wenn wir Herrn S. verstehen wollen.

Das weise organismische Unbewusste von Herrn S. schaffte das Unglaubliche: Er lebt, er lebt noch, er überlebte den Tod. Aber diese weise Instanz wurde derart angegriffen, dass sie nicht mehr zur Ruhe kam. Die Bedrohung hörte nicht mehr auf. Ein Dauernotfall

wurde registriert, so dass die veränderte Hormonausschüttung andauerte und normal geworden ist. Ledoux hat auf die entscheidende Rolle des Mandelkerns, der Amygdala im limbischen System, bei diesem Vorgang hingewiesen. Auf sensorischem Weg erkennt sie drohende Lebensgefahr und setzt angeborene, überlebenswichtige Angstreaktionen in Gang wie Hormonausschüttungen und Fluchtverhalten oder Kampfbereitschaft und Erregung des autonomen Nervensystems oder Schmerzunterdrückung und Reflexverstärkung. Und die Amygdala lernt unglaublich schnell im Sinne der klassischen Konditionierung, so dass sie diese Reaktionen auch bei dazugelernten Gefahrensignalen auslöst. Es sind schnelle und ungenaue Versuche der Gefahrenverarbeitung, der Kortex ist nicht beteiligt und wird erst später zu Rate gezogen. „Im Interesse des Überlebens ist es besser, auf potentiell gefährliche Dinge so zu reagieren, als wären sie wirklich gefährlich, als nicht zu reagieren“ (Ledoux 1998, 178). Ohne zu wissen wie ihm geschah, fiel Herr S. beim Anblick eines uniformierten Kontrolleurs während der Bahnfahrt zur Therapie in Ohnmacht. Die Amygdala lässt Herrn S. auch in Situationen, die vom Bewusstsein als nicht gefährlich eingeschätzt werden, mit Angst und Schrecken reagieren – aber eben: In diesem Moment zählt das Bewusstsein nicht. Herr S. wird immer neu von den Reaktionen seines Körpers auf das Trauma überrollt, reagiert in einer Weise, die er kaum kontrollieren kann, die sich autonom von seinem Willen einstellt und die er nicht versteht, weil er einen emotionalen Zustand erlebt, ohne seine Gründe zu kennen. Herr S. spürt jedoch die Folgen dieser dauernd sich einstellenden Erregung. Er hat Schmerzen, Schmerzen der Anspannung, der Verspannung, der Angst und der Abwehr. Das Trauma ist nicht gegenwärtig als Erinnerung, sondern als Symptom, als Schmerz und als Krankheit. Herr S. versucht alles zu vermeiden, was seinen Körper so stark reagieren lässt. Das ist schwierig, weil inzwischen fast alles potenziell gefährlich ist. Die Vermeidung lässt ihn mehr und mehr feststecken in diesem unseligen Teufelskreis von verkörpertem Schmerz und Angst.

Das weise Unbewusste seines Organismus schadet inzwischen Herrn S. In seinem Bemühen, Leben zu erhalten, würgt es fast jedes Wachstum, jede Entfaltung und Entwicklung ab – und stellt schlussendlich sogar die angestrebte Erhaltung des Organismus in Frage. Es ist, als ob sein Körper gegen ihn arbeiten würde.

Herr S. erwartet das Gleiche vom Therapeuten wie viele seiner Leidensgenossen: „Helfen Sie mir gegen meinen Körper, geben Sie mir eine Tablette.“ Und dann wird er noch deutlicher: „Operieren Sie raus, was mich so kaputt macht“, und nach längerem Schweigen: „Ich halte es nicht mehr aus – ich halte mich nicht mehr aus“.

Die unheimliche Kraft des Körpers, die Autonomie körperlicher Prozesse und ihre gefühlsgenerierende Macht sind zwar in den Rogers'schen Konstrukten und Begrifflichkeiten wie z. B. der Aktualisierungstendenz des Organismus inbegriffen, aber der darin enthaltene Optimismus kann leicht übersehen lassen, wie fürchterlich hoch der Preis für das nackte körperliche Überleben sein kann.

Wenn wir – die Verschonten – bereit sind, uns einzulassen auf dieses für uns fremde Gebiet, wenn wir das Nicht-Daheim des Gefolterten zu betreten versuchen, werden wir akzeptieren müssen, dass wir trotz unseres Bemühens und Wissens vieles nicht einfühlen und verstehen können. Die Tortur bringt auch uns an Grenzen, die schwer zu akzeptieren sind, die viel Schmerz und Scham und Unsicherheit verursachen – Grenzen der Empathie, die nur mit Demut ertragbar werden, und mit viel Selbstverstehen.

Gegenwelten

Herr K. und Herr S. sind gefangen im Trauma, scheinen nur noch aus Trauma zu bestehen. Sie können kaum mehr atmen. Ihr Leben erstickt allmählich unter dem Trauma. Um wieder leben zu können, um wieder atmen zu können, brauchen sie eine Gegenwelt zum Trauma. Sie brauchen Menschen, die ihre Situation verstehen, auch wenn längst nicht alles einfühlbar ist, was sie erlebt haben und noch erleben, und die trotz allem sich nicht von ihrer Hoffnung abbringen lassen, dass das Trauma nicht das letzte Wort hat und dass ein Leben auch nach dem Trauma möglich ist. Nicht etwa eine schönredende Hoffnung ist von Nöten, sondern ein realistisches Hoffen, das sehr genau weiß, dass nach der Tortur das Leben nie mehr sein wird, wie es war, das auch weiß, dass sich die Tortur nicht wegtherapieren lässt. Dieses Hoffen rechnet mit den begrabenen Lebenskräften des Gefolterten, die es ihm ermöglichen, so bruchstückhaft das auch sein wird, nicht nur Fremdheit zu erfahren, sondern auch neues Verbundensein. „Dass der Mitmensch als Gegenmensch erfahren wurde, bleibt als gestauter Schrecken im Gefolterten liegen: Darüber blickt keiner hinaus in eine Welt, in der das Prinzip Hoffnung herrscht“, schreibt Améry (2000, 73) am Schluss seines Essays. Dies ist die Hoffnung der Therapeutin: vom Gefolterten trotz des gestauten Schreckens als Mitmensch wahrgenommen und erlebt werden zu können. Das ist ihr Kampf, zuweilen ist es wirklich ein Kampf, ein Kampf um das Wiederfinden der begrabenen Lebenskräfte, um Eingrenzung des Traumas und um die Neuerschaffung der Selbst-Werte und des Selbst-Wertes.

Ausgegrabene Lebenskräfte

In der Therapie mit Herrn K. kam ich mir zuweilen vor wie ein Archäologe. Es gab einmal ein Leben vor dem Trauma. Herr K. hatte das vergessen. Dieses Leben lag unter einer undurchdringlichen Schicht von Trümmern. Es brauchte viele Anläufe, bis er mir glaubte, dass dieses verschüttete und begrabene Leben nötig ist, um mit dem Trauma fertigzuwerden, und dass dieses Vor-Leben ein Teil von ihm ist, ohne den er nie hätte überleben können. Er konnte lange nicht begreifen, wieso all das, was er vor der Folter erlebt hat, jetzt noch wichtig sein soll. Wenn er aber von den Bergen Kurdistans erzählte, vom harten Leben der großen Familie und vom Mittagessen aus der

gemeinsamen Schüssel, dann fing er an aufzuleben. Doch auch diese Erinnerungen verknüpften sich schnell mit schlechten Bildern, die ihn ins Grübeln brachten: der gewalttätige Vater, der Hunger, die Polizei auf der Suche nach Partisanen, Schreie ... Es war nicht leicht, ihn hier zu unterbrechen und mit der Suche nach einer traumafreien Erinnerung fortzufahren. Herr K. erinnerte sich schließlich daran, dass er als Jugendlicher zu einem Onkel „auf den Berg“ gestiegen ist. Dort oben hatte er ein Plätzchen, wo er ganz alleine war, einen sonnigen Ort, mit Sicht auf das Land, wo man Grillen hörte und Erde roch. Gegen Abend zog ein Duft von Tee aus der Hütte des Onkels zu ihm hinauf und er spürte einen leichten Wind auf der Haut. Herr K. atmete durch, lehnte sich zurück, er war einen Moment lang wieder dort, hörte, schmeckte, sah und fühlte wie damals. Es gelang ihm, ähnlich wie das Gurriss (1999, 6) als wichtigen Schritt in der Therapie beschreibt, „Trauma von Ressourcen zu trennen“. Herr K. fand wieder aktiven Zugang zu guten Bildern – und konnte endlich die Erfahrung machen, dass es Teile in ihm gibt, über die er Kontrolle hat. Er entdeckte in sich eine Gegenwelt zum Trauma, über die er verfügen kann, wann immer er will. Im Gegensatz zu ihm konnte Herr S. solche guten Bilder nie finden. Es gab in seinem Leben nur noch Schmerz und Angst. Herr S. erlebte sein Leben nur noch schlecht, und zwar „hundertprozentig schlecht“. Ich fing mit ihm zu feilschen an, um jedes Prozent. Stunde um Stunde jagten wir dem Trauma gewissermaßen ein paar Prozente ab. Es war ebenfalls eine archäologische Arbeit, diesmal ein Pickeln um Differenzierungen – es gibt nicht nur ganz schlecht oder ganz gut – und um kleine Erfolge: 99% schlecht ist besser als 100% schlecht. In viele, viele Stunden brachte Herr S. nur seine Schmerzen und seine Symptome mit und wollte nichts anderes, als dass wir uns pflegend und tröstend seinem gemarterten Körper zuwandten. Die Fremdheit im eigenen Daheim und das Chaos im Selbst wurden zeitweise so bedrohlich, dass es für ihn eine minimale Sicherheit und Stabilität nur noch geben konnte, wenn er sich nicht auf sein Erleben und auf sein Selbst einließ, wenn er keine Gefühle äußerte und sich nicht öffnete. Er brachte nicht sich, sondern seine Symptome mit. Dies war sein momentanes Beziehungsangebot. Wollte ich ihm wirklich empathisch begegnen, dann hatte sich meine Empathie vorerst auf seinen Körper und auf seine Symptome zu richten, und nicht auf das innere Erleben (vgl. dazu das wichtige Buch von Reisch 1994).

Befreiende Dissoziation

Die dissoziativen Reaktionen seines Körpers, die bei der kleinsten Assoziation zum Trauma ausgelöst werden können, waren einst lebensrettend; später machten sie Herrn S. krank und halb verrückt. Immer von Neuem wird in seinem Körper das Trauma wiedererinnert und wiedererlebt, mit all den furchtbaren dazugehörenden Gefühlen. Was er jetzt braucht, ist die Fähigkeit, auf Distanz gehen und Abstand nehmen zu können von dem, was ihm da geschieht. Das ist

auch eine Dissoziation, aber nunmehr eine bewusst in Gang gesetzte, eine gewollte und kontrollierte, heilsame Dissoziation. Es geht darum, wieder ins Hier und Jetzt als Gegenwelt zurückzufinden, wenn sein Organismus ihn in die traumatische Erinnerung reißt. Herr S. erfand mit mir eine solche Möglichkeit des Zurückkommens: Ich sollte ihn jeweils auffordern, laut Dinge aufzuzählen, die er gerade sah, hörte und fühlte, zuerst drei, dann zwei, bis er am Schluss selbst noch Dinge nannte („Ich sehe die Türe, ich höre ein Auto, ich fühle den Boden unter den Füßen“) – und wieder „da war“. Herr K. seinerseits wollte, dass ich ihn an den Schultern berühre und laut Ort und Datum sage, wenn er sich verliert.¹² Schon die gemeinsame Vorbereitung war ein wesentlicher Schritt, denn bis dahin hatten weder Herr S. noch Herr K. die „flash backs“ vorbereitet; beide versuchten sie vielmehr zu vermeiden und zu verhindern. Die Angst vor den Gefühlen, die mit der Wiedererinnerung aktiviert werden, und der Wunsch, alles zu vermeiden, was sie provozieren könnte, hatten dazu geführt, dass die traumatischen Ereignisse kaum einmal erzählt worden waren. Es gab Fetzen und Bruchstücke, glasklare Bilder und nebelige Schwaden der traumatischen Ereignisse, aber es gab keine zusammenhängende Geschichte. Gurriss (1999, 6) betont, wie wichtig es ist, das Trauma zu „vergeschichtlichen“, Worte und Bedeutungen zu finden, zu erzählen. Das kann wiederum nur geschehen, wenn es gelingt, dies mit genügend Distanz oder heilsamer Dissoziation zu tun, damit die nötige Sicherheit gewährleistet ist. So schaute sich Herr S. mit mir neben sich, einer Sitzordnung wie im Kino, immer wieder seinen traumatischen „Videofilm“ an, indem er ihn auf eine imaginierte Leinwand projizierte. Er hatte dabei die Möglichkeit, den Film anzuhalten, auszuschalten, schneller oder langsamer laufen zu lassen, in die Ferne oder in die Nähe zu zoomen, d. h. den Film zu kontrollieren – ganz anders als in den letzten Jahren, als der Film nonstop in seinem Kopf gelaufen war. Noch kann er den Film nicht ins Archiv stellen, hervorheben und anschauen, wann es ihm passt. Aber der Film läuft nicht mehr ununterbrochen und unkontrolliert in seinem Kopf. Herr S. ist daran, das Trauma in die Schranken zu weisen und ihm seinen berechtigten, aber eingegrenzten Platz zu geben. Er wird wieder Herr in seinem Hause.

Lieben wollen

Vielleicht ist die wichtigste Erfahrung, die eine gefolterte Person in der Therapie machen kann, dass da jemand ist, der sie ernst nimmt und der sie und ihre Symptome aushält, ohne fliehen oder kämpfen zu müssen – jemand auch, der seine Grenzen sichtbar macht und sich erlauben kann ihr zu sagen, dass kein Mensch aushalten muss, was sie durchmachen musste und noch immer durchmacht. Es ist

die Erfahrung, unbedingten Wert zugesprochen zu erhalten, jemanden an der Seite zu haben, der bereit ist, wenn nötig stellvertretend den Kampf gegen die Folterer aufzunehmen. Das ist eine Beziehungserfahrung, die jene notwendige Sicherheit geben kann, die es ermöglicht, wieder in Kontakt zu sich zu kommen, sich neu aufzubauen und sich in sich einzurichten. Das heißt, die traurige und mühsame Arbeit zu beginnen, das Chaos und die Zerstörung aufzuräumen, zu prüfen, was zum Selbst gehört und was nicht, überhaupt erst wieder ein Gefühl und ein Gespür für dieses Selbst zu gewinnen – und ein Selbstbild neu zu schaffen. Immer wird dort eine Erinnerung bewahrt sein, die davon zeugt, dass es Zeiten gab, in denen dieses Selbst kein Lebensrecht zugesprochen erhalten hatte, dass es gemartert, vergewaltigt und zerstört worden war, nur weil es war, wie es war. Der Therapeut hofft für und mit der gefolterten Person, dass sie eines Tages wird sagen können, dass dies alles ihr getan wurde, dass dies alles tatsächlich geschehen ist, aber dass heute trotzdem ein Leben möglich ist, weil das, was war, jetzt nur noch ein *Teil* von ihr ist, ein Teil, der sie nicht mehr immer und überall beherrscht, ein Teil ihrer *Geschichte*. Dann wird sie vielleicht irgendwann einmal wieder die Worte sagen können: Ich hab mich lieb¹³. Herr S., der Proletarier, der sein Leben lang mit großen Maschinen zu tun gehabt hat, sagt mir gegen Ende der Therapie auf meine Frage, wie es ihm gehe: „Lottaz, äh, vielleicht denkst du, der S. spinnt, aber hm (er hat Tränen in den Augen), ich habe noch ein Herz (er klopft auf seine Brust), weißt du, ich habe letzten Monat einen Kanarienvogel gekauft, seit gestern kommt er auf meine Hand (er streckt seine große Pranke aus) – ah, das ist schön, ich bin S., ich liebe dieses Tier, verstehst du Lottaz, da (er zeigt auf sein Herz), da, ich bin noch S. (er weint und lacht) – ich liebe.“

Epilog

Die Wegsuche im unbekanntem, sprachlosen Gebiet hat sich als Beziehungssuche erwiesen. Auf schwierigem Gelände geht das Manchmal-Vergessen und der Therapeut hält nach allen möglichen Hilfsmitteln Ausschau, ohne sich zu vergewissern, auf welchem Weg er eigentlich ist. Der Personzentrierte Ansatz bot mir auf dieser Suche einen außerordentlich wichtigen Orientierungsrahmen. Die fragende und lernende Haltung dieses Ansatzes ist auch für den Umgang mit dem Ansatz selber wesentlich: Es gilt jedes Mal neu zu fragen, was denn Wertschätzung, Kongruenz und Empathie bei dem einzigartigen Menschen, der mir gegenüber sitzt, bedeuten, worauf

12 Mia Leijssen (1993) zeigt an einem längeren Transkript, wie sie in einer Focusing-Sequenz Distanz schafft, d. h. einen Prozess des „clearing a space“ ermöglicht.

13 Brazier (1993, 77) fragt sich, ob es nicht angemessener sei, von einem Bedürfnis zu lieben, statt von demjenigen geliebt zu werden, auszugehen („need to love rather than a need for love“). „In Rogerian terms this would mean that we would no longer begin from an axiom that everybody has a need for positive regard but rather from an assumption that everybody has a need to provide positive regard to others“ (ebd.).

sie sich zu richten haben, um förderlich zu sein, und was in dieser Situation eine adäquate Art ist, sie auszudrücken.

Auf dem beschriebenen Weg können Techniken der Traumabearbeitung eine große Hilfe sein. Aber sie sind keine Alternative zur behutsamen Beziehungssuche; ihr Einsatz ist ein möglicher Ausdruck empathischen Verstehens dessen, was den Gefolterten jetzt Not tut. Das Agens der Therapie bleibt die Beziehung, die den Überlebenden die Sicherheit und den Raum – die Gegenwelt zum Trauma – eröffnet, in der sich ein Selbstbild neu konstruieren lässt. Wir können den Menschen in diesem Prozess gar nicht oft genug sagen, dass jeder kleinste Schritt, jeder Fortschritt, ihnen selber zuzuschreiben ist, ihren eigenen Kräften – und nicht der Technik oder der Fertigkeit des Therapeuten. Van der Veer (1999, 52) weist mit Recht darauf hin, dass wir angesichts der großen Not und der Zerstörung, denen wir begegnen, in Gefahr sind zu übersehen, wie

diese Menschen auch jetzt Entwicklungsprozesse durchleben. Er zählt dazu den Prozess des Älterwerdens, den Prozess der Traumatisierung, der im Exil weitergeht, den Prozess spontaner Erholung und persönlichen Wachstums nach der Traumatisierung, den Prozess der fortdauernden Entwurzelung und den Prozess der Gleichgewichtssuche.

Wenn wir mit diesen Prozessen nicht rechnen und sie uns nicht vergegenwärtigen, werden wir die kleinen Entwicklungen nicht wahrnehmen können. Allerdings sagte mir Herr S. einmal: „Der Baum fängt nicht an zu blühen, wenn man an seinen Ästen zieht – es gibt Äste, die tot sind, Lottaz“. Das will ich sowenig vergessen wie das Kanarienvögelchen in seiner Hand.

So breche ich hier meine Erzählung mit dieser Erinnerung an Herrn S. ab, fragend und hoffend und wissend um unsere menschlichen Grenzen.

Literatur

- Améry, J. (1966, 2000), *Jenseits von Schuld und Sühne. Bewältigungsversuche eines Überwältigten*, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Becker, D. (1992), *Ohne Hass keine Versöhnung: Das Trauma der Verfolgten*, Freiburg i. Br. (Kore)
- Becker, D. (1997), Prüfstempel PTSD – Einwände gegen das herrschende „Trauma“-Konzept, in: Medico International (Hg.), *Schnelle Eingreiftruppe „Seele“: Auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft; Texte für eine kritische „Trauma-Arbeit“*, Frankfurt (Medico International) 25–47
- Brazier, D. (1993), *The necessary condition is love: Going beyond self in the Person-Centred approach*, in: Brazier, D. (Ed.), *Beyond Carl Rogers*, London (Constable) 72–91
- Eissler, K.R. (1963/64): *Die Ermordung von wievielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben?*, in: *Psyche* 17, 5, 241–291
- Gurris N. (1994), *Die sexuelle Folter von Männern als weltweit systematische Methode der Folter*, Vortrag gehalten auf dem DGVT Kongress 1994 in Berlin, unveröffentlichtes Manuskript
- Gurris N. (1996), *Seelisches Trauma durch Folter – Heilung durch Psychotherapie?*, in: Graessner, S./Gurris, N./Pross, Ch. (Hg.), *Folter. An der Seite der Überlebenden. Unterstützung und Therapien*, München (Beck) 49–82
- Gurris, N. (1999), *Leben mit dem Trauma*, unveröffentlichtes Vortragsmanuskript
- Herman, J. L. (1993), *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*, München (Kindler)
- Holderegger, H. (1993), *Der Umgang mit dem Trauma*, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Horkheimer, M. (1970), *Die Sehnsucht nach dem ganz Anderen. Ein Interview mit Kommentar von Helmut Gumnior*, Hamburg (Furche)
- Iseli-Bolle, C. (2000), *Ausgebrannte TherapeutInnen. Burnout und der psychotherapeutische Prozess*, in: *Psychoscope* 21, 10, 6–8
- Janoff-Bulman, R. (1985), *The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions*, in: Figley, Ch.R. (Ed.), *Trauma and its wake. Vol. I: The study and treatment of Post-Traumatic Stress Disorder*, New York (Brunner/Mazel) 15–35
- Keilson, H. (1995), *Psychotherapie eines aus Bergen-Belsen zurückgekehrten Jungen*, in: *Psyche* 49, 1, 69–84
- Lansen, J. (1996), *Was tut „es“ mit uns?*, in: Graessner, R./Gurris, N./Pross, Ch. (Hg.), *Folter. An der Seite der Überlebenden; Unterstützung und Therapien*, München (Beck) 253–269
- Ledoux, J. (1998), *Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen*, München-Wien (Carl Hanser)
- Leijssen, M. (1993), *Creating a workable distance to overwhelming images: Comments on a session transcript*, in: Brazier, D. (Ed.), *Beyond Carl Rogers*, London (Constable) 129–147
- Lottaz, A. (1999), *Vom äußeren zum inneren Bezugsrahmen*, in: *Brennpunkt* 80, 31–39
- Perren, G. (Hg.) (1995), *Trauma. Vom Schrecken des Einzelnen zu den Ressourcen der Gruppe*, Bern-Stuttgart-Wien (Haupt)
- Peters, E. (1991), *Folter. Geschichte der Peinlichen Befragung*. Hamburg (Europäische Verlagsanstalt)
- Pfeiffer, W.M. (1993), *Begegnung mit dem Fremden in Psychotherapie und Beratung*, in: Jaede, W./Portera, A. (Hg.), *Begegnung mit dem Fremden. Interkulturelle Beratung, Therapie und Pädagogik in der Praxis*, Köln (GwG) 15–26
- Pfeiffer, W.M. (1995), *Überlegungen zu einer Störungslehre aus interaktioneller Perspektive*, in: Schmidchen, S./Speierer, G.-W./Linster H. (Hg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd. 2, Theorien und Ergebnisse zur Grundlegung einer klientenzentrierten Krankheitslehre*, Köln (GwG) 41–81
- Reisch, E. (1994), *Verletzbar Nähe. Ein klientenzentrierter Weg zum psychosomatischen Patienten*, München (Pfeiffer)
- Rogers, C. R. (1980), *Empathie – eine unterschätzte Seinsweise*, in: Rogers, C. R./Rosenberg, R. L., *Die Person als Mittelpunkt der Welt*, Stuttgart (Klett-Cotta) 75–93; *Orig: Empathic: An unappreciated way of being*, in: *The Counseling Psychologist* 5, 2, 1975, 2–10
- Rogers, C. R. (1987), *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*, Köln (GwG); *Orig.: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework*, in: Koch, S. (Ed.), *Psychology. A study of a science. Study I: Conceptual and systematic*.

Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (Mc Graw-Hill) 1959, 158–256

Saakvitne, K. W. / Pearlman, L.A. (1996), Transforming the pain. A workbook on vicarious traumatization, New York (Norton)

Sapolsky, R. M. (1992), Is this relevant to the human? (Chapter 14), in: Stress. The aging brain, and the mechanisms of neuron death, Cambridge, MA (M.I.T. Press) 305-339

Speierer, G.-W. (1994), Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung, Heidelberg (Asanger)

Van der Kolk, B. / Saporta, J. (1993), Biological response to psychic trauma, in: Wilson, J. P. / Raphael, B. (Eds.), International handbook of Traumatic Stress Symptom, New York (Plenum Press) 25–33

Van der Veer, G. (1999), Psychotherapy with traumatized refugees and asylumseekers: Working through traumatic experiences or helping to cope with loneliness, in: Torture 9, 2, 49–53

Autor:

Angelo Lottaz, 1956, lic.sc.relig, momentan tätig als Theologe in einer Pfarrei und als Personenzentrierter Psychotherapeut in eigener Praxis; Schwerpunkte: Arbeit mit schwer traumatisierten Menschen, Trauerbegleitung, Begleitung von Arbeitsteams und ehrenamtlichen Gruppen.

Korrespondenzadresse:

*Angelo Lottaz
Seidenweg 75
CH - 3012 Bern
E-Mail: angelo.lottaz@gmx.ch*

André de Peretti

Die Globalisierung, der Personenzentrierte Ansatz und die Kultur des Barock¹

Zusammenfassung: In diesem Beitrag erörtert der Autor seine Hypothese, dass die moderne Welt durch die Umwälzungen der Globalisation in ein Zeitalter geschleudert wird, das mit dem Barock vergleichbar ist. Diese Periode zeichnete sich durch Üppigkeit, „Trug“ und „Täuschung“ aus, aber auch durch eine optimistische Haltung, die gleichzeitig das Negative nicht ausschloss, also ein Zeitalter der Paradoxa. Der Autor meint, dass der Personenzentrierte Ansatz sehr gut dazu passt, da er dem Prinzip des Paradoxons folgt: Der Personenzentrierte Therapeut vertritt eine positive Haltung, indem er ganz in seiner Kongruenz und Akzeptanz präsent ist, und bekennt sich gleichzeitig zur Negativität als Verneinung, indem er eine gewisse Zurückhaltung übt, um eine Abhängigkeit des Klienten zu vermeiden. Er arbeitet mit dem metaphorischen Kolibri auf der Schulter.

Schlüsselwörter: Globalisation, Barock, der paradoxe Charakter des Personenzentrierten Ansatzes

Résumé: *Globalisation, l'Approche centrée sur la personne et la culture baroque* – Dans cet article, l'auteur discute sa hypothèse que, par les péripéties de la mondialisation, le Monde moderne est catapulté dans une époque comparable à celle du baroque. Cette période se caractérise par l'exubérance, « imbroglions » et « trompe-l'oeils », mais aussi par une attitude optimiste qui n'exclut pas la négativité; c'était alors un temps plein de paradoxes. L'auteur dit que l'approche centrée sur la personne, suivant le principe du paradoxe, est bien accordée au style Baroque: le thérapeute représente la positivité, en étant tout présent, avec sa congruence et son attitude d'accueil, et en même temps affirme la négativité comme négation, en manifestant une certaine réserve pour éviter que le client devienne dépendant de lui. Il travaille avec le colibri métaphorique sur l'épaule.

Mots-clés: mondialisation, baroque, le caractère paradoxal de l'approche centrée sur la personne

Es ist für mich eine Ehre, aufgrund Ihrer Freundschaft und aufgrund des Vertrauens, das Peter Schmid in mich setzt, hier als erster personenzentrierter Vertreter der französischsprachigen personenzentrierten Community eingeladen zu sein, als erster französischer Angehöriger der personenzentrierten Welt, der wir uns alle zugehörig fühlen.

Ich werde auf Französisch sprechen, und ich bedaure es, mich nicht in der Sprache von Goethe und Mozart an Sie wenden zu können. Ich habe allerdings von meinen Freunden Carl Rogers und Charles Devonshire, die auch Ihre Freunde sind, gelernt, welche Gelegenheit der interkulturelle, der „Cross-cultural“-Austausch in sich birgt, einerseits wenn jemand sich in seiner eigenen Sprache, seiner Muttersprache ausdrückt, und so möglichst nahe an seiner gewohnten, existenziellen Art zu denken bleibt, andererseits aber auch in

seiner Kommunikation mit anderen die aktive, teilnehmende und schöpferische Unterstützung einer Übersetzerin, einer Dolmetscherin, einer linguistischen Facilitatorin nützt. Für diese Unterstützung bedanke ich mich hier im Voraus.

Meiner Übersetzerin verspreche ich im Gegenzug, dass ich versuchen werde, ihr in gegenseitiger Loyalität bei ihrer unterstützten Arbeit zu helfen, und dies ist in meinen Augen tief humanistisch. Dank ihrer Unterstützung und vielleicht unter heimlicher Begleitung der Zaubrerflöte werden Sie mich heute Abend hier als „Papageno“ akzeptieren, der sich für einen federleichten, aber tapferen kleinen Vogel interessiert, von dem wir später mehr sprechen werden, den Kolibri!

Ich möchte hinzufügen, dass ich gezögert habe, als ich mich als Vogelfänger auf unsere Begegnung vorbereitete. Ich überlegte, ob ich all meine Themen vollständig ausformulieren sollte, mit dem Risiko, dass ich selbst gefangen genommen werden könnte, eingesperrt in der Vergangenheit eines konzipierten Textes; oder ob ich

¹ Vortrag von André de Peretti, gehalten am 23. 3. 2001 in Wien unter dem Titel „Die gesellschaftlichen Bedingungen personenzentrierter Arbeit“; Übersetzung aus dem Französischen von Elisabeth Zinschitz

mir eher die Freiheit lassen sollte, an manchen Momenten in der Gegenwart einer unmittelbaren und unvorhergesehenen Beziehung mit Ihnen allen und mit jedem einzelnen von Ihnen mich auf die Erfahrung eines Austausches von Gedanken und Gefühlen einlassen sollte. Ich weiß, dass ich dann das Risiko der Ungenauigkeit auf der Ebene des Ausdrucks und des Gehörten eingehe!

Mir scheint jedoch, dass Annäherung und Ansatz² (auch der personenzentrierte) gut zusammen passen. Daher fühle ich mich ermutigt, wenn es sich ergibt, gelegentlich eine Annäherung zu wagen.

Kann ich mich heute Abend also trotz meiner Unvollkommenheit, meiner anderen Kultur, meiner existenziellen Trägheit Ihnen als Personen ein wenig annähern? Ich werde versuchen, trotz meines Andersseins dennoch nicht allzu weit von Ihnen entfernt zu bleiben, während ich versuche, mit lauter Stimme (und hoffentlich mit dazu passender Stimmung) über die politischen und sozialen Bedingungen personenzentrierter Arbeit nachzudenken.

Dennoch werde ich mich auf einige Elemente meines konzipierten Textes sowie auch auf einige vorbereitete Zitate stützen. Versuchen wir es, getreu dem methodologischen Optimismus, zu dem mich Carl Rogers inspiriert hat.

Vorweg möchte ich sagen, dass jene Arbeit, jene Aktivitäten, die vom Personenzentrierten Ansatz inspiriert werden, für die Frauen und Männer unseres 21. Jahrhunderts sehr passend und unter gewissen Bedingungen sogar unverzichtbar sind! Ich werde versuchen, das zu erklären.

Derzeit erleben wir in der Tat eine tief greifende Veränderung unserer Zivilisation. Diese Veränderung beeinflusst unser Leben, unsere Gedanken und unsere Ideen, und sie kann aufgrund ihrer Kraft und ihrer Geschwindigkeit den einzelnen aus der Fassung, auf der Persönlichkeitsebene aus dem Gleichgewicht bringen. Und dennoch, damit diese neue Zivilisation Stabilität erlangt, muss jeder einzelne ausnahmslos Widerstand leisten. Dabei muss ihm geholfen werden, durch die Integrität seiner eigenen Person dem Druck zu widerstehen, der in Form von Gefühlsübertragung von allen anderen Personen, ob fern oder nahe, in den verschiedenen Interaktionen auf ihn ausgeübt wird. Nur dann wird sich unsere Gesellschaft nicht auflösen wie ein Stoff, der an einer schwachen Stelle reißt ... Ist das denkbar?

Viele Menschen schenken dieser Richtungsänderung, die die Zivilisation jetzt vornimmt, keine Aufmerksamkeit. Viele andere sprechen davon in einem negativen und drohenden Ton, vielleicht sogar apokalyptisch und auf abgedroschene Art verzweifelt. Der Großteil schließt die Augen oder schaut nicht auf das, was vor ihm im Entstehen ist, sondern blickt rückwärts, gleichsam in einen Rückspiegel, wie McLuhan einst spottete, als er von der „Gutenberg-Galaxie“ sprach, die dabei ist die Richtung (und die Welt?) zu ändern!

Seit dreißig Jahren habe ich eine Hypothese, und in Ihrem schönen Wien fühle ich mich ermutigt, sie auszusprechen: Die Zivilisation, die vor unseren Augen, vor unseren Körpern und unseren Hoffnungen auftaucht, ist und wird sein eine neo-barocke Zivilisation, üppig, großzügig, wunderbar, aber auch stürmisch und gefährlich, widersprüchlich und paradox, reich an „Trügerischem“ und an „Täuschungen“. Beunruhigend, verlockend wie sie ist, fordert sie von uns allen mehr Mut und Kühnheit, mehr Authentizität, mehr Kongruenz, mehr Ermutigung zum Echtsein, mehr personenzentrierten Ansatz.

Denn, so wie sie sichtbar zu werden beginnt, kennzeichnet sich die neue Zivilisation in den derzeitigen Umwälzungen im Zuge ihrer Entwicklung durch die beschleunigte Veränderung aller Größenskalen, auf denen alle Fakten und alle menschlichen Beziehungen, alle Gegenstände und alle menschlichen Institutionen ihren Platz haben: Entweder sie werden bis ins Gigantische vergrößert oder zu Staub gemacht, beziehungsweise drastisch verkleinert! Und da befinden wir uns schon auf der Ebene der Phantasie in der guten Gesellschaft des „MicroMegas“ von Voltaire, von Swifts „Gulliver“ oder der charmanten „Alice im Wunderland“ von Lewis Carroll sowie des Barons von Münchhausen! Wird die Person in jedem von uns da widerstehen können?

Auf der realen Ebene wird diese neobarocke Gesellschaft hervorgebracht, gezeugt durch die täglich wachsende stürmische Entwicklung der Technik und der Wissenschaft, der Kommunikation und der Kunst, des Reichtums und der Ungewissheit. Und diese Entwicklung wird noch verstärkt durch die schwindelerregende Zunahme von Kontakten und Interaktionen zwischen allen Bewohnern dieser Erde, deren Zahl sich im Laufe des 20. Jahrhunderts ums Sechsfache vergrößert hat, und das von einem Ende zum anderen dieses Planeten. Demnach müssen wir extreme Erweiterungen in der Entwicklung von Energien und urbanen Konzentrationen oder von Differenzierungen durchmachen, die durch raffinierte technologische Konstruktionen und von beachtlichen Fortschritten in der Physik und Astrophysik, der Medizin und der Biologie, der Humanwissenschaften und der Wirtschaft vorwärts getragen werden.

Aber die Globalisierung, die uns erreicht und die den zwischenmenschlichen Austausch und die zwischenmenschlichen Beziehungen, erweitert durch die Telekommunikation, auf eine weltweite Ebene stellt, führt zu einer täglich zunehmenden Zerbröckelung, zu einer Abschottung (sogar „Mauern“ wurden aufgestellt), führt auch zu einem Durcheinander in den Klassifizierungen (sogar jene von Linné die Arten betreffend scheint in Frage gestellt zu sein), zu einer Destabilisierung der Population und der Migration, und sogar zu einem Aufheben von Grenzen, wovon uns Europa glücklicherweise Zeugnis ablegt. Die Globalisierung hat große Ideologien überwunden, ob nationalistisch oder totalitär, kolonialistisch oder fremdenfeindlich. Sie hat es ermöglicht, dass eine immer beachtlichere Zahl von Menschen oder kleinen Gruppen auf dem ganzen Planeten über effiziente Mittel für Kommunikation und beschleunigte

2 Anm. der Übersetzerin: Wortspiel, das sich nicht übersetzen lässt. Beiden französischen Begriffen „approximation“ (Annäherung) und „approche“ (Ansatz) ist die Bedeutung „Nähe“ inhärent.

Entscheidungsprozesse verfügen, die früher nur einigen wenigen vorbehalten waren. Kurz gesagt: In diesem Zusammenhang kann man auf Mikroprozessoren und Mikrocomputer hinweisen, auf Radio- und Fernsehgeräte in allen Größen, auf den leichten und vermehrten Zugang zum Internet, auf Handys, auf die verbesserten und allgemein verbreiteten Mittel, um zu leben und endlos zu reisen, die demokratisiert wurden, indem die Preise und Kosten minimiert wurden! Und das alles, obwohl die Globalisierung auch beginnt, beunruhigende Entwicklungen in Richtung Fanatismus zu begünstigen.

Als noch größeren Kontrast stellen wir einerseits fest, dass in großer Geschwindigkeit mächtige wirtschaftliche und politische Superkonzentrationen entstehen, dass weltweite oder multinationale Organisationen auf allen Ebenen einen Einfluss auf die Gesellschaft, auf die Wirtschaft oder auf die Wohltätigkeit haben. Andererseits jedoch sind wir in eine Phase eingetreten, in der die Organismen zerbröckeln („Small is beautiful“, drückte es ein großer britischer Wirtschaftsexperte aus), und sogar in „ein Zeitalter der beschleunigten Aufeinanderfolge von temporären sozialen Systemen“, die äußerst ungewiss sind, wie Warren Bennis voraussagte, der in den Vereinigten Staaten, zusammen mit dem Deutschen Kurt Lewin, die „Gruppendynamik“ entwickelte.

Und wir werden ordentlich in eine stürmische Dynamik von Begegnung und Austausch mitgerissen, gequält von Informationen, die schnell ungültig werden, und von widersprüchlichen Ansprüchen. Letzten Endes aber sind wir alle in unserem Wissen und unserer Situation, in unserer Identität und unserer Kultur bedroht. „Das Gewisse wird durch das Wahrscheinliche ersetzt“, stellte der Astrophysiker Michel Cassé fest. Die Zukunft wird jeden Tag weniger vorhersagbar, wenn nicht gar absurd, und geht sogar über die Anklage von Franz Kafka hinaus. Könnte auch nur ein Einzelner in der chaotischen Unordnung dieses neuen Exodus ganz alleine „den Mut finden, der uns abverlangt wird“³ (wie es zu Beginn des 20. Jahrhunderts Rainer Maria Rilke in einem Brief an einen jungen Dichter erkannte, dem er von Paris aus schrieb)? Das Einzige, worum es bei dieser Art von Mut geht, ist, dass wir uns dem Fremden, dem Wunderbaren, dem Unerklärlichen, dem wir begegnen, stellen sollen.

Wie sollen wir mit dieser barocken Unruhe umgehen? Ist es dazu nicht erforderlich, dass jeder dem Anderen näher kommt, mehr unvorhersehbar ist, in einem herzlichen Nebeneinander, aber ohne Unterdrückung? Sind wir nicht in das „Temps des Tribus“⁴ des Soziologen Michel Maffesoli (1988) zurückgekehrt, der feststellt, „dass wir dabei sind zu erleben, wie tendenziell eine rationale Gesellschaft durch eine vorwiegend empathische soziale Gemeinschaft ersetzt wird“. Vielleicht ist nun die Zeit gekommen, dass ich

ein paar meiner Eindrücke, einige Überlegungen, einige Probleme mit Ihnen teile.

Im Kontext des Schmelztiegels, des amerikanischen „melting-pot“, der durch den erdrückenden Charakter der totalitären Bedrohung überbortet war, wurde Carl Rogers bewusst – und damit war er seinen Zeitgenossen voraus –, welche Folgen die heftigen und seltsamen Veränderungen auf technischer und wissenschaftlicher, soziologischer und moralischer Ebene mit sich bringen würden. Er hatte vorhergesehen, wozu die unaufhaltsame Abnahme von Verfolgungen und Barrieren auf politischer und persönlicher Ebene führen würde, und gleichzeitig war er sich der Konsequenzen der Zerbröckelung bewusst, des Zerfalls der geschlossenen Bezugssysteme und der Werte auf sozialer, familiärer, politischer und individueller Ebene; Ebenen, die sich vermischten, die emulgierten, unter den von mir erwähnten Veränderungen in den Größenskalen zu leiden hatten. Rogers hat richtig eingeschätzt, dass von den einzelnen Personen, aber auch von den Kulturgemeinschaften ein enormer romantischer Anspruch ausgehen würde, nämlich der, sich die eigene Macht wieder anzueignen. Individuelle oder lokale Kräfte, die bisher in der Trägheit der Institutionen feststeckten, wenn nicht gar aufgegeben worden waren, würden es entschlossen wagen, sich zu befreien, würden sich sogar befreien müssen, aber auf eine gewaltfreie Art und Weise – „On Personal Power“, so ermunterte er uns schon vor 1978. Damals hatte er eine Welle von stillen Revolutionen, „quiet revolutions“, zusammen mit der Entstehung eines neuen Persönlichkeitstyps erlebt oder angekündigt. Und so war es auch in Portugal und in Spanien, in Nicaragua (die dortige Befriedung wurde in einem historischen Encounter in Österreich, in Rust, vorbereitet), außerdem in Russland schon vor seinem Tod, und weiter in Südafrika, in allen osteuropäischen Ländern, in Deutschland, in Irland; erwartet wurde diese Entwicklung auch im Mittleren Osten und vielleicht im Balkan ...

Aber er hatte verstanden, dass die gewonnenen Freiheiten, damit sie nicht chaotisch und aussichtslos würden, durch einerseits zuversichtliche und dennoch methodische „facilitation“ in Encountergroups sowie in offenen Systemen differenzierten Unterrichts unterstützt werden mussten. Es war ihm gelungen, die theoretischen Grundlagen und die pragmatischen Bedingungen eines originalen „Ansatzes“ weiterzuentwickeln. Dieser Ansatz war ursprünglich auf die Einzigartigkeit des Menschen zentriert und auf bedingungslose Akzeptanz sowie auf das Bemühen um Aufrichtigkeit und um ein wachsendes Verständnis für diese Person, ohne Ungeduld und ohne Arroganz. Was können wir in den aktuellen und zukünftigen Modalitäten dieses personalistischen Ansatzes auf verantwortliche Weise verstehen und anwenden? Wie können wir die Bedingungen für deren richtige Anwendung und Verbreitung weiter ausarbeiten?

Der Personzentrierte Ansatz ist eindeutig paradox; daher passt er gut zum Stil des Barock, wie ich 1978 im Escorial in Spanien während eines großen Workshops Carl Rogers gegenüber erwähnt habe. Denn dieser Ansatz lädt uns ein, uns für eine Person zu interessieren,

3 In Ermangelung einer Quellenangabe stammt die Übersetzung des Zitats von der Übersetzerin dieses Artikels.

4 Anm. der Übersetzerin: französischer Buchtitel; auf Deutsch: „das Zeitalter der Stämme“.

uns auf eine Person zu konzentrieren – oder auch für eine Gruppe, wenn nicht gar für eine Institution, aber ohne dabei in unserem fortwährenden inneren Prozess das Interesse für die eigene Person und für unsere Zugehörigkeit zu verlieren. Er bittet uns gleichzeitig, auf unbefangene Weise, ohne Rigidität die Affektübertragungen, die vom Anderen kommen, anzunehmen, und zu versuchen, ohne Rigidität und ohne Trägheit unsere eigenen Gegenübertragungen zu regulieren und zu meistern!

Dieser Ansatz ermutigt uns dazu, ein wenig listig zu sein. Aber so wie Heidegger ein Philosoph vom Lande war, war Carl Rogers ein Psychologe vom Lande, wachsam und listig! Und sein listiger Ansatz hält uns davon ab, Umwege zu gehen oder exklusiv vorzugehen ...

Paradox ist auch die vielgepriesene positive Einstellung in Carl Rogers' beharrlichem methodologischen Optimismus im Gegensatz zu Freuds Pessimismus. Dieser Optimismus bringt uns dazu, die unmittelbare Gegenwart, das Hier und Jetzt der Menschen und der Gesellschaft zu berücksichtigen sowie auch ihr Werden, wie jenes der Menschheit trotz weltweiter Krisen und Tragödien. Aber diese positive Haltung muss sich fortwährend mit der Negativität versöhnen, die dann entsteht, wenn viele Vorkehrungsmaßnahmen getroffen werden. Die ursprüngliche Bezeichnung „Non-Direktivität“, die Carl zwischen 1939 und 1942 formuliert hatte, schob er nachher still beiseite, wie man weiß, um Missverständnisse oder Übertreibung zu vermeiden. Ich schlug ihm 1977, als ich bei ihm in La Jolla war, das Konzept der Non-Defensivität vor. Er stimmte dem zu als Verneinung, das heißt als Relativierung der Negativität, die einer defensiven Haltung inhärent ist, da die Gefahr besteht, dass diese Defensivität absolut wird. Die Verneinung dieser Negativität ermöglichte also eine Rückkehr zur positiven Haltung einer zurückhaltenden, aber offenen Akzeptanz des Anderen und der Welt.

Aber es gibt noch andere Verneinungen, die mit der Rogerianischen „Positivität“ gekoppelt bzw. verbunden sind, damit ihr bewegendes, lebendiges Gleichgewicht gewährleistet ist. Wir wollen uns hier daran erinnern, dass wir Carl Rogers' Wunsch, dass wir ihn nicht als Modell nehmen, respektieren müssen. Er hat tatsächlich unaufhörlich daran erinnert, vor allem in „Freedom to Learn“, dass er seine Art zu arbeiten, nicht als ein Modell vorschlug, das genau nachgeahmt und als solches ihm selbst und seinen Nacheiferern sowie den Anderen auferlegt werden soll. Sondern er betonte, dass er diese Arbeitsweise aufgrund ihres Wertes als Anregung, „its stimulus value“, beschrieben hatte. Er bezog sich sogar auf Heidegger, der über jeden Unterrichtenden sagte, „dass man lernen muss, wie man seinen Schülern das Lernen ermöglicht“⁵ (Heidegger 1954).

Allgemeiner kann man für die existenziellen Haltungen, die von einer schöpferischen und nicht vernichtenden Negativität inspiriert sind, in allen Beziehungen zu anderen Menschen ein Vorsichtsprinzip in den Vordergrund stellen, die so genannte Nicht-Abhängigkeit des

Beobachters. Dieses Prinzip soll vermeiden, dass man alle Menschen oder auch sich selbst manipuliert und in einer Rolle oder einer „Maske“ gefangen hält, auch wenn diese eine professionelle Maske ist. Daraus folgt, dass man sich ebenso davor in Acht nehmen soll, sich in ein bedrückendes Schweigen zurückzuziehen, wie davor, von einer überlegenen Position aus zu sprechen oder zu schmeicheln; es ist wichtig darauf zu achten, damit man den Gesprächspartner nicht in seiner inneren Arbeit und in seinem Ausdruck ablenkt oder bremst; man sollte weder unterschwellig noch mit Nachdruck definitive Werturteile und Interpretationen aussprechen, die keinen Widerspruch dulden. Außerdem soll man sich auch nicht zu einer Banalisierung oder Absolutisierung dessen, was in jedem Gespräch, in jeder Situation oder Beziehung gesagt oder getan wird, hinreißen lassen. Weiter anzuführen ist, dass man nicht trivialisieren und nichts als absolut darstellen soll sowie auch sich nicht abhängig macht. Das kann zur Lösung eines Konflikts beitragen.

Und dennoch muss die hergestellte Unabhängigkeit, die nicht ins Extrem gehen und zur Einsamkeit des Klienten führen soll, sich mit der Realität einer akzeptierten und erkannten Interdependenz versöhnen. Die Gegenwart der Personen in einer Beziehung, aber auch die jeweilige Distanz und Unterschiede jedes einzelnen müssen gegenseitig ausgeglichen werden. Wir haben es mit einem Ansatz von „Gegenwart-Abwesenheit“ in Bezug auf den Anderen, aber auch in Bezug auf sich selbst zu tun, der sowohl auf subtile als auch auf unbefangene Weise anzuwenden ist.

Nun begegnen wir wieder dem Paradoxon: Denn es geht hier um eine Dualität von „Gegenwart-Abwesenheit“, die in Bezug auf den Anderen sowie auf sich selbst ausgeglichen werden muss! Man weiß, dass Berthold Brecht in der Inszenierung seiner Stücke verlangte, dass die Schauspieler sich auf eine ausgleichende Weise von den von ihnen möglichst echt dargestellten Personen „distanzieren“ sollten, um deren Gegenwart auf der Bühne auf angemessene Weise zu gewährleisten: der „Verfremdungseffekt“!

So kann man also dieses Paradoxon von „Gegenwart-Abwesenheit“ oder „Gegenwart-Distanz“ veranschaulichen, indem man metaphorisch den Vogel, den bereits von mir erwähnten Kolibri, frei lässt. Als ich eines Nachmittags im Jahre 1977 mit Carl Rogers in seinem bezaubernden Garten spazierte, den er so sorgfältig pflegte und in dem er ganz verliebt über seine schönen Orchideen wachte, wies ich ihn auf einen Kolibri hin, der sich einer Blume näherte, um aus ihr mit seinem spitzen Schnabel eine süße Substanz, den Nektar, heraus zu saugen. Der Kolibri zog sich dann aber auch schnell wieder zurück, damit er die Blüte nicht beschädigte, um sich sogleich erneut dieser feinen Kunst des Sich-Annäherns und Entfernens zu widmen, dieser Kunst, ununterbrochen in der Beziehung zu einem zerbrechlichen Wesen ein instabiles Gleichgewicht zwischen Gegenwart und Abwesenheit wiederherzustellen und aufrechtzuerhalten. Ich schlug Carl vor: „Ist das nicht ein Symbol für Ihren Personenzentrierten Ansatz, so subtil und gleichzeitig so stark?“ Ich glaube, er lächelte.

5 siehe Fußnote 3

Seither sage ich oft zu Therapeuten, aber auch zu Erziehern und Pädagogen, zu Sozialarbeitern und Forschern, dass sie in der Erfüllung ihrer Rolle immer einen Kolibri auf ihrer Schulter tragen müssen, prächtig und bescheiden zugleich. Dieser Vogel ist wirklich das Symbol für das Paradoxe der Haltung, die kohärent mit ihrem Verhalten sein soll. Denn sie müssen respektvoll sein, ohne hochmütig, aber auch ohne oberflächlich zu sein, ohne Druck auszuüben, aber auch ohne Leere entstehen zu lassen; sie dürfen nicht abhängig sein, aber auch ihre Gesprächspartner oder Klienten nicht abhängig machen, wenn sie deren flüssige Entfaltung zulassen wollen, wenn sie deren Wachstum schützen wollen. Rogers wäre einverstanden gewesen mit dem burgundischen Sprichwort, das lautet: „Um das Gras wachsen zu lassen, muss man nicht daran ziehen“, wenn auch geringfügige, aber konkrete Maßnahmen getroffen werden müssen, damit es wächst. Das singt uns der Kolibri.

Die Betreuung von Menschen durch professionelle Helfer, die sich aufgrund ihrer Ausbildung vom Kolibri inspirieren lassen, erweist sich als immer notwendiger, um den Turbulenzen die Stirn zu bieten, die durch das Entstehen einer neuen Zivilisation entstanden sind, die die Bande lockern und die Wegweiser durcheinander bringen. Da die Menschen aus dem Gleichgewicht gebracht und von sich selbst und ihrer Umgebung entfernt wurden, haben sie immer mehr die Tendenz, feste Anhaltspunkte zu suchen, an denen sie sich impulsiv festhalten, festklammern können. Es ist aber nicht empfehlenswert, sich an Fixpunkte festzuhalten, wenn man mitten in einer Bewegung ist: so wie ein Reiter, der spürt, wie sich unter ihm sein Sattel verschiebt, sobald das Pferd zu traben beginnt. Das vermittelt ihm den Eindruck einer unmittelbaren Beschleunigung, so dass er sich wieder ins Gleichgewicht bringen will, indem er sich an einem Balken des Zimmerwerkes, das das Dach einer Reitschule trägt, festhalten will! Es ist besser für ihn, wenn man ihm sagt, dass er anhalten und absteigen soll, um die Riemen des Sattels fester zu schnüren, damit er eine geschmeidigere Einheit mit seinem Reittier bilden und die Beschleunigung einer Vorwärtsbewegung, eines Werdens, welches das Pferd ihm ermöglicht, mehr schätzen kann!

Folgen wir dieser Metapher, dann sehen wir, dass es in einem solchen brodelnden Zeitalter angebracht ist, dass die Menschen in ihrer „Entwicklung“ und auf ihrem Ritt begleitet werden, nicht damit sie an den Zügeln genommen werden, sondern um ermutigt zu werden, Ideen für eine Lösung aus sich selbst zu holen, ermutigt, ihre Sicherheitsriemen selbst festzuschnüren, ermutigt, ihr Gleichgewicht wieder zu sichern, damit sie besser ihre eigene „Gangart“ einnehmen können.

Aber der Respekt vor jeder Gangart und jeder Eigenheit sowie die Begleitung jeder einzelnen Entwicklung oder auch die Unterstützung von unterschiedlichen Formen nicht erzwungenen Wachstums verlangt, dass wir die vielfachen Therapie- oder Unterrichtsformen, aber auch die Sozialarbeit oder die Forschung nicht auf einige standardisierte Arten oder Formen reduzieren. Damit wir uns an die zunehmende Vielfalt an Charakteren oder Situationen oder

auch Einzelschicksalen anpassen können, muss eine große Bandbreite an Maßnahmen angewendet werden können, müssen wir die Gelegenheit haben, unterschiedliche Vorgangsweisen auf nützliche Weise zu kombinieren. Angesichts der zunehmenden Komplexität des Lebens und der Entwicklungsbedingungen müssen die Handlungen und Haltungen in der Begleitung, in der Beratung, in der Therapie wie auch im Unterricht über eine breite Skala verfügen können, über eine harmonische Vielfalt von unterschiedlichen Ansätzen und Vorgangsweisen. Es ist wichtig, dass jeder Helfer in seiner Spezialisierung darauf achtet, dass er unterschiedliche, aber komplementäre Interventionsarten miteinander verbinden kann. Und es ist unerlässlich, dass nur eine bescheidene, beschränkte Anzahl von Prinzipien entwickelt wird, damit die Theorie sich auf das Wesentlichste beschränkt.

Und man kann mit vollem Recht davon ausgehen, dass der Personenzentrierte Ansatz eine zentrale Stellung in der Vielfalt, in dem breiten Fächer von Hilfsangeboten und Behandlungsmethoden für Menschen einnehmen kann, die dabei sind, ihre Persönlichkeit und ihre Verantwortungen zu entwickeln, und dies angesichts der zunehmenden Komplexität der Situation und der Erfordernisse, die jeder Mensch auf allen Ebenen erkennt, auch auf jener der tiefsten wissenschaftlichen Forschung. Daraus folgt die Notwendigkeit, dass dieser Ansatz selbst nicht auf ein Schema von ungeschickten orthodoxen Handlungen und Gedanken reduziert werden darf. Er muss sich weiterentwickeln, indem er in einer endlosen Kreativität Ordnung in eine lebendige Verschiedenheit an neuen Vorgangsweisen und neuer Theorieentwicklung bringt, so wie es Carl Rogers uns empfohlen hat.

Diese gleichzeitig solide und raffinierte Kreativität des unbefangenen Selbstaudrucks muss sich indessen konfrontieren mit und sich gleichzeitig auf paradoxe Weise stützen auf oder anlehnen an einem hochqualitativen Bauwerk. Dieses Bauwerk muss fortwährend verbessert und bestätigt werden, damit eine Vielfalt an Mitteln und Methoden entsteht, eine Vielfalt an Techniken und Instrumenten, an Aufzeichnungen bezüglich Ziele und Situationen, bezüglich Formen des Zuhörens und des Dialogs, kurze Listen von Dingen, die beachtet werden müssen, und von Vorsichtsmaßnahmen, Aufnahmen von Tiefengesprächen und von therapeutischen Prozessen, Filme, die analysiert werden können, Übungen, die in der Ausbildung für Beobachtung und Analyse vorgeschlagen werden können, Blumenlesen von Zitaten und anregenden Metaphern, zahlreiche Formen von Umformulierungen und Reframings, subtile Auswertungsmodi, um Entwicklungs- und Fortschrittsstadien zu markieren, von denen ich behaupte, dass es da derzeit nur ein völliges Chaos gibt! Aber damit dieses Bauwerk von innen heraus geordnet und gesteuert werden kann, muss es eine Berufskultur zulassen, in der das Ethische und das Ästhetische zusammengefügt werden. Dazu müssen wir dem Lied und dem Flug des Kolibri lauschen.

Carl Rogers war unerbittlich in seinem Bemühen, die grundlegenden Elemente einer Konstruktion für den Personenzentrierten

Ansatz auszuarbeiten und auszuprobieren: Denken wir daran, dass er die Kühnheit besaß, ab dem Jahre 1938 in New York Therapiegespräche auf Band aufzunehmen; und wie er neben seiner Arbeit zur Produktion von Filmen beitrug, die für die Analyse und für den Austausch von Gefühlen zwischen Therapeut und Klient sowie zwischen Lehrer und Schüler oder zwischen Sozialarbeiter und Menschen in Not planmäßig angeboten wurden. Er hat nie aufgehört, dieses Bauwerk auszuweiten. Unaufhörlich widmete er sich auf allen Ebenen der Wissenschaften, die sich mit dem Menschen und dem Leben beschäftigen, der Forschung und berücksichtigte dabei immer die Entwicklung von Sitten und Gebräuchen, von Ideen und des Zeitgeists.

Das ist kein geringeres Paradoxon als jenes, das er aufrechterhalten hat, um auf arbeitsame Weise das Gerüst für diese Konstruktion zu errichten: Er wünschte sich nämlich, dass er selbst frei werde, indem er all seine Beziehungen zu Menschen oder zu Gruppen spontan leben könnte.

In Einklang mit der extremen Üppigkeit unserer modernen Welt und mit ihren vielen Strömungen und in Anbetracht der durch die neue Zivilisation bedingten Zunahme der Verschiedenartigkeiten drängt uns Rogers dazu, einen Weg zu finden, wie wir „mehrphasisch“ sein können, einen Weg, der uns erlaubt, in unserer Wahrnehmung und in unserem organismischen Erleben, aber auch in unseren sozialen Bindungen mehrere getrennte Phasen der sozialen Realität wieder zusammen zu fügen und zu benennen. Diese Phasen werden dann hervorgerufen und geformt, damit ein „Relief“ erscheint, nach der Art der herrlichen Täuschungen des Barock.

Angesichts der Dissonanzen zwischen den Werten und den Kulturen, in Abwesenheit eines Konsenses und in Anbetracht der existierenden Konflikte, die durch die Verdichtung der Interaktionen zwischen den einzelnen Menschen und den Kulturgemeinschaften vermehrt werden, ist es wichtig, die Wahrheit und die Chancen der persönlichen und sozialen Wege zu erproben, der Wege, die ein instabiles, aber immer wieder herzustellendes Gleichgewicht produzieren. Dies soll geschehen, indem man sich auf unbefangene Weise weigert, die Konflikte als absolut anzusehen, und stattdessen den unmittelbaren und weltweiten Zusammenstoß von Übertragungen von Wünschen und Affekten mit Selbstvertrauen und Humor annimmt.

Denn ich denke, dass diese Entstehung einer neuen Welt uns einlädt, uns Jakob anzuschließen in seinem Traum von einer Leiter, die bis zum Himmel reicht und Versprechen für die Zukunft enthält; von einer Leiter, die verlängert wurde, bevor Jakob sich auf einen zähen Kampf mit dem Engel einließ, woraus er dann als Sieger und gesegnet, wenn auch verletzt und lahm, hervorging. Können wir in unserer Konfrontation mit der großen Woge, die die moderne Welt überspült, nicht Paul Claudels Sichtweise annehmen, der uns dazu auffordert, sie zu sehen als „eine große prächtige Welle, die uns nichts Schlechtes antun will“! Das ist schon eine wesentliche Sichtweise, die zu einem Optimismus gehört, der gelebt und verbreitet

werden will: einem mutigen und ruhigen Optimismus, wie er dem Personzentrierten Ansatz inhärent ist. Hat uns Carl Rogers nicht schon vor einem halben Jahrhundert in „On Becoming a Person“ dazu eingeladen, „mit einem heiligen Erstaunen dem Entstehen eines Selbst“⁶ beizuwohnen, wie einer Geburt, die Carl selbst in einem entscheidend Ausmaß als Facilitator unterstützt hat. Und er forderte uns auch auf, um in Bezug auf unser Globalisierungszeitalter eine „entzückte Aufmerksamkeit für die mächtigen und geordneten Kräfte zu haben, die in jeder Erfahrung spürbar sind, Kräfte, die tief im gesamten Universum verwurzelt zu sein scheinen“⁷.

Ich darf hier nicht vergessen, eine der tiefsten Einsichten meines Freundes Teilhard de Chardin zu erwähnen, den Rogers schätzte, wie er mir sagte. Dieser große Anthropologe sprach von einer „Noosphere“ einer äußerst komplexen Interaktion, die dabei ist, aus der menschlichen Gemeinschaft zu entstehen, die Schweres überlebt und die Probe bestanden hat. Denn, so meint Teilhard de Chardin, „alles, was aufsteigt, konvergiert“. Es kann hinzugefügt werden, dass alles, wodurch anderen Gastfreundschaft gewährleistet wird, durch geistige Fülle eine Treue zu sich selbst bestätigt.

Während meine Themen um die Komplexität der Welt kreisen, können wir zum Schluss vielleicht den bereits aufgespürten Paradoxa noch ein bedeutungsvolleres Paradoxon hinzufügen, jenes von Abraham. Dieser vorbildliche Mensch schaffte es, die Sicherheit seiner Heimat, Ur in Chaldea, zu verlassen, um einem inneren Ruf zu folgen, dass er etwas erledigen müsse. Dieser Ruf kam in dem Ausmaß von innen, dass er ihn dazu drängte, sich dem Außen auszusetzen. Dort erlebte er, dass er in einer fremden Gegend trotz seiner Fremdheit aufgenommen wurde, während er doch immer sich selbst treu blieb. Nach seiner Rückkehr kämpfte er heroisch mit all seiner Kraft, um diese Gastfreundschaft weiter zu führen, indem er den Menschen, fremd oder nicht, Vertrauen schenkte. Und dann die berühmte Geschichte der Eichen von Mambra, wo er furchtlos und großzügig drei Fremde aufnahm wie Gott selbst. Dies brachte ihm die Ankündigung einer unerwarteten Fruchtbarkeit seiner unfruchtbaren Frau ein, sodass seine Person in seinem Nachkommen weiterleben würde. Später blieb er seinen Wurzeln, seinen Traditionen, seinen Werten treu, insbesondere für die Hochzeit von Isaak, dessen Name „jener, der gelacht hat“ bedeutet. Gastfreundschaft für die anderen und sich dennoch treu bleiben ... ein polyphasisches Relief.

Alles bleibt erhalten: Der Andere ist keine Bedrohung. Wenn er in seiner realen Äußerlichkeit aufgenommen wird, dann wird sich herausstellen, dass der Andere als ein Wert, der unsere eigenen Werte unterstützt und fortwährend stärkt, in uns lebt und diese Werte paradoxerweise relativiert. Ist das nicht die innerste Botschaft des Personzentrierten Ansatzes? Oder der letzte Punkt meiner Annäherung?! Ich verlasse mich auf Ihre Nachsicht.

6 siehe Fußnote 3

7 siehe Fußnote 3

Literatur:

- Heidegger, M. (1954), Was heißt Denken?, Niemeyer (Tübingen)
Maffesoli, M. (1988), Le temps des tribus: Le déclin de l'individualisme dans les sociétés de masse, Paris (Meridiens Klincksieck)
Rogers, C.R. (1961), On becoming a person, Boston (Houghton Mifflin);
dt: Entwicklung der Persönlichkeit, Stuttgart (Klett) 1973

Autor:

André de Peretti, Prof., Ex-Directeur des Institut National de l'Éducation de France, Département de Psychosociologie; einer der französischsprachigen Pioniere des Personzentrierten Ansatzes und im Bereich der Soziologie und Politik; Zusammenarbeit mit Carl Rogers in den 70-er Jahren, International Consultant des IPS.

Korrespondenzadresse:

*André de Peretti
13, rue con Dorset
F-75009 Paris*

Rezension

Jürgen Kriz

W.W. Keil & G. Stumm (Hg.): Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie

Unter Mitarbeit von Elisabeth Zinschitz. Wien, Springer, 2002, XII, 638 Seiten, € 59,80

In einem sehr umfassenden Werk – immerhin weit über sechshundert Seiten – haben sich 27 Autorinnen und Autoren versammelt, um viele Gesichter zu einem aktuellen Portrait des Personzentrierten Ansatzes zusammenzuführen. Entsprechend der von den Herausgebern im Vorwort und vor allem in einem längeren einführenden Übersichtskapitel explizit erläuterten Konzeption kommen dabei in drei Teilen zunächst unterschiedliche Strömungen zu Worte, die sich dem Personzentrierten Ansatz zurechnen, im zweiten Teil geht es um spezielle Dimensionen und Settings, und im letzten Teil werden Konzepte und Erfahrungen aus unterschiedlichen Anwendungsbereichen vorgestellt. Dies entspricht einer klassischen, deshalb aber nicht weniger sinnvollen, Einteilung, wie sie uns in vergleichbaren Büchern auch in anderen Bereichen begegnet. Klassisch ist auch die Abfolge einzelner verfasster Beiträge: Diese sind durchwegs informativ und kompetent geschrieben, geben einen guten Einblick in die Sicht der jeweiligen Autorinnen und Autoren zu den gewählten Themen. Aber eine Begegnung – oder zumindest ein „Gespräch“ – zwischen den Beitragenden findet nicht statt. Ich habe nicht erfasst oder gar ausgezählt, wie oft die Beitragenden jeweils explizit Bezug aufeinander nehmen: Dies erscheint mir aber eher selten zu sein. Indem ich die Nicht-Realisierung eines stärker dialogischen Prinzips anspreche, möchte ich dies nicht als unfaire, kleinkarierte Bemänglung verstanden wissen, von jemandem, der nicht wüsste, welche zusätzliche Arbeit eine solche Begegnung bedeuten würde (und wie extrem selten so etwas daher stattfindet), sondern eher als sehnsuchtsvolle Imagination, die durch ihre explizite Thematisierung dazu beitragen möge, dass so etwas in nicht allzu ferner Zukunft stattfinden könnte. Wenn nicht in diesem Bereich und bei diesen Autorinnen und Autoren, wo doch Begegnung und Gespräch einen besonderen Stellenwert haben – wo denn sonst?

Die verschiedenen Strömungen im ersten Teil werden nochmals in Teil-Strömungen untergliedert, die (A) in erster Linie die Beziehung in den Mittelpunkt stellen, die (B) von einer klinischen Orien-

tierung ausgehen und letztlich solche, die (C) auf das Experiencing fokussieren. Eine begründende Herleitung hierfür wird ebenfalls im einleitenden Übersichtskapitel geliefert – und diese Einteilung mag mancher Leser auch dankbar als Orientierungshilfe empfinden. Gleichwohl könnte man aber auch kritisch hinterfragen, ob mit einer solchen Taxonomie der Vielfalt nicht eine Zwangsgestalt übergestülpt wird. So hätte ich beispielsweise die „Zielorientierte Gesprächspsychotherapie“ von Sachse nie und nimmer unter „Experiencing“ vermutet (auch wenn Sachse an anderer Stelle zum Experiencing geschrieben hat); und ob man Biermann-Ratjens entwicklungspsychologische Perspektive nicht auch gut dadurch charakterisieren könnte, dass „Die Beziehung als Mittelpunkt“ steht (statt als „klinische Orientierung“), sei ebenfalls dahingestellt. Entsprechend halte ich auch die Unterscheidungs-Formulierung „A) Verwirklichung der Grundeinstellungen mit völliger diagnostischer Absichtslosigkeit; B) Verwirklichung der Grundeinstellungen so, dass an der Inkongruenz gearbeitet werden kann“ (S. 50) für irreführend und in Gefahr, die „Teil-Strömung“ (A) abzuwerten (auch wenn dies vermutlich nicht so gemeint ist): Rogers, der bereits seit den ersten Studien ein sehr umfangreiches diagnostisches Instrumentarium zur Erforschung und Rekonstruktion der therapeutischen Prozesse und der Beziehung einsetzte, wofür er bekanntlich den ersten Wissenschaftspreis der APA erhielt, betonte mit der „diagnostischen Absichtslosigkeit“ die Bedeutsamkeit, zwischen Therapie und therapeutischer Haltung einerseits und Forschung und theoretischer Rekonstruktion andererseits zu differenzieren und nicht beides miteinander zu vermengen (wie es leider auch heute allzu oft geschieht – dasselbe gilt übrigens für die Basis-„variablen“, die analytisch-differenzierbare Variablen im Kontext der Rekonstruktion sind, was von einer ganzheitlichen Haltung und ganzheitlichem, nicht-aufsplittbarem Handeln unterschieden werden muss). Und wozu dient denn wohl die therapeutische Arbeit auch unter (A), wenn nicht der Arbeit an der Inkongruenz! Die Trennung in (A) und (B) ist daher für mich überscharf, während innerhalb der Katego-

rien zu viel Ungleiches einheitlich gesehen wird. Dies zeigt aber einfach die Problematik, eine Vielfalt an Bildern unter drei Kategorien subsumieren zu wollen.

Allerdings wenn man sich schon um eine Taxonomie bemüht, dann vermisste ich mindestens eine vierte Kategorie, oder doch zumindest einen Beitrag, im Abschnitt „Strömungen“: die systemtheoretische Perspektive – also das, was Rogers selbst in den letzten Lebens- und Schaffensjahrzehnten zunehmend wichtiger wurde. Gibt es doch kaum eine Darlegung seiner theoretischen Grundlagen in dieser Zeit, in der Rogers nicht ausführlich die bis dahin erbrachten Fundierungen seines zentralen Konzeptes, der Aktualisierungstendenz, diskutiert und erläutert. Gerade weil diese Perspektive für ein eigenständiges Profil des Personenzentrierten Ansatzes eine gute Fundierung gibt, um ihn in den gesellschaftlichen Strömungen (und Gegenströmungen) überlebenswert und -fähig zu halten, von denen Barbara Reisel und Christian Fehringer u. a. hervorheben: „So sehr uns der Wunsch nach geplanten therapeutischen Interaktionsabläufen verständlich ist, ist er doch Ausdruck einer zu kritisierenden, modernistischen Kontroll- und Machbarkeitsvorstellung ...“ (S. 346) und gerade weil Eva-Maria Biermann-Ratjen betont: „die Systemtheorie, die Lebensvorgänge beschreibbar macht, und die Säuglingsbeobachtung ... sind auch für die Explikation des Klientenzentrierten Konzepts ... von großer Bedeutung“ (S. 127), finde ich es überaus schade, dass im Register „System“ bzw. „Systemtheorie“ neben diesen beiden Stellen nur noch an einer dritten weiteren ausgewiesen ist (jenseits der Registerverweise taucht sie allerdings zumindest im einleitenden Übersichts-kapitel – S.10 – auf). Die systemtheoretischen Grundlagen des Personenzentrierten Ansatzes spielen denn im Buch eben auch keine Rolle – während ich (dem Spektrum des Personenzentrierten Ansatzes durchaus entsprechend) bemerkenswert viele Kongruenzen zu den o. a. „modernistischen Kontroll- und Machbarkeitsvorstellungen“ finde. Lediglich durch häufigeres Erwähnen der Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierungstendenz wird zumindest implizit auf diesen Rogers so wichtigen Aspekt eingegangen.

Auch dort, wo vielleicht noch eine Chance gewesen wäre, nämlich zumindest im zweiten Teil anlässlich des „Personenzentrierten Ansatzes in der Familientherapie“ etwas mehr über die systemische Perspektive zu erfahren (von der die moderne Familientherapie voll ist), werden in einem der blassesten Beiträge recht bodenständig Aspekte und Erfahrungen zusammengetragen, die weder die Leistung des Personenzentrierten Ansatzes noch moderner Familien-

therapie konzeptionell widerspiegeln, geschweige denn integrativ oder innovativ theoretisch zusammenführen.

Im Teil über spezielle Dimensionen und Settings werden neben der eben erwähnten Familientherapie Themen wie Gruppenpsychotherapie, Therapie mit Kindern und Jugendlichen, Krisenintervention, Kunsttherapie, Körpertherapie, Traum und Kurz- vs. Langzeittherapie erörtert. Die Anwendungsbereiche umfassen neben geistiger Behinderung, Sucht, Psychosomatik, Psychoonkologie und Trauerarbeit auch allgemeinere Aspekte – so zum Stellenwert des Personenzentrierten Ansatzes in der Psychiatrie oder eine Kurzdarstellung der sog. „Prä-Therapie“ (die ich eher in den konzeptionellen ersten oder zweiten Teil eingegliedert hätte). Alle drei Teile werden übrigens jeweils durch einen zusammenfassenden Über- bzw. Ausblick der beiden Herausgeber eingeleitet (zusätzlich zum bereits erwähnten Übersichts-kapitel) – eine hilfreiche und kompetente Orientierungshilfe für die Leserschaft.

Dass mir – und sicher auch anderen Lesern – bei den speziellen Settings und den Anwendungsbereichen noch der eine oder andere Bereich einfällt, den ich gern in diesem Buch gesehen hätte, liegt in der Natur der Sache: Irgendwo aber muss ein Stoffgebiet begrenzt werden und es gibt unterschiedliche Prioritäten, was aufgenommen werden sollte und was nicht. So kann ich mit der getroffenen Auswahl nicht nur recht gut leben: Ich halte sie vielmehr insgesamt für recht gut gelungen und auch aus meiner Sicht den Kern des Personenzentrierten Ansatzes gut repräsentierend. Dass die einzelnen Beiträge durchwegs gut lesbar und doch fachlich fundiert und kompetent geschrieben sind, soll hier nochmals hervorgehoben werden – ich möchte daher auch keinen der Beiträge im Positiven oder im Negativen besonders hervorheben (auch wenn ich, wie wohl jeder Rezensent und Leser, gewisse Vorlieben habe, und bei 27 AutorInnen eine gewisse Varianz an Souveränität realistischweise in Kauf zu nehmen ist).

Insgesamt ist den Autorinnen und Autoren, den Herausgebern und dem Verlag ein rundum gutes Buch gelungen, das sich – wenn auch am oberen Rand – noch im Segment eines angemessenen Preis-Leistungs-Verhältnisses bewegt. So ist ihm eine große Verbreitung zu wünschen – nicht nur bei Ausbildungskandidaten und Studenten, sondern auch überall dort, wo der Personenzentrierte Ansatz immer noch zu wenig in seiner Vielfalt und Fundierung wahrgenommen und gewürdigt wird.

Robert Kramer

„Ich wurde von Rank’schem Gedankengut angesteckt“: Die Wiener Wurzeln des Personenzentrierten Ansatzes¹

Zusammenfassung: Carl Rogers ist einer der wichtigsten Figuren in der Humanistischen Psychologie auf der ganzen Welt. Umso erstaunlicher ist es, dass fast niemand die ganze Geschichte kennt, wie er dazu kam, die Personenzentrierte Therapie zu entwickeln. Rogers hat immer anerkannt, dass eine persönliche Begegnung mit dem Wiener Psychologen Otto Rank 1936 seine Denkweise über Psychotherapie grundlegend veränderte, als er noch ein relativ unbekannter Counselor in Rochester, NY, war. „Ich wurde von Rank’schem Gedankengut angesteckt“, sagte Rogers über seine Begegnung mit Rank, der damals bereits ein weltberühmter Psychologe war. Diese Begegnung veränderte sein Leben. Mitte der zwanziger Jahre, nachdem er zwei Jahrzehnte an Freuds rechter Seite verbracht hatte, brach Rank mit der klassischen Psychoanalyse, da Freud die prä-ödipale Theorie und die experienzielle „Hier-und-Jetzt“-Therapie, für die Rank zusammen mit Sándor Ferenczi Pionierarbeit leistete, nicht akzeptieren konnte. Rank kritisierte Freud auch, da er die Kreativität zu einer bloßen Unbeständigkeit des Sexualtriebes reduzierte und nicht erkannte, was Rank den „kreativen Willen“ nannte. Das Ergebnis war, sagte Rank, „dass das wirkliche Ich oder Selbst mit seiner eigenen Kraft, nämlich dem Willen“ aus der Freud’schen Therapie „ausgeblendet wird“. Dieser Artikel erzählt die relativ unbekannt Geschichte von Otto Ranks Einfluss auf Carl Rogers.

Schlüsselwörter: Otto Rank, Rochester, Carl Rogers, Wurzeln des personenzentrierten Ansatzes

Résumé: « J’ai été contaminé par les idées de Rank » : les racines viennoises de l’approche centrée sur la personne. Carl Rogers est l’une des personnalités les plus importantes dans le domaine de la psychologie humaniste dans le monde entier. Il est d’autant plus étonnant que presque personne ne connaisse toute l’histoire de ce qui l’a amené à développer la thérapie centrée sur la personne. Rogers a toujours reconnu qu’une rencontre personnelle avec le psychologue viennois Otto Rank en 1936 avait fondamentalement changé sa manière de comprendre la psychothérapie. Alors qu’il n’était encore qu’un conseiller relativement inconnu à Rochester, NY, Rogers dit, de sa rencontre avec Rank : « J’ai été contaminé par les idées de Rank ». Celui-ci était déjà, à l’époque, un psychologue de renommée mondiale. Cette rencontre a changé sa vie. Au milieu des années vingt, après avoir passé deux décennies comme bras droit de Freud, Rank rompit avec la psychanalyse classique, Freud ne pouvant accepter la théorie pré-œdipale et la thérapie expérientielle « ici et maintenant », pour laquelle Rank, en collaboration avec Sándor Ferenczi, faisait un travail de pionnier. Rank critiquait également Freud, parce qu’il réduisait la créativité à une simple instabilité de l’instinct sexuel et ne reconnaissait pas ce que Rank appelait la « volonté créative ». Le résultat fut, dit Rank, « que le Je ou Soi avec sa propre force, à savoir la volonté » est « effacée » de la thérapie freudienne. Cet article raconte l’histoire relativement inconnue de l’influence d’Otto Rank sur Carl Rogers.

Mots clés: Otto Rank, Rochester, Carl Rogers, racines de l’approche centrée sur la personne

Vorbemerkung

Carl Rogers erkannte immer an, dass Otto Ranks Gedankengut mehr als irgendein anderes ihn inspiriert hatte, und zwar bereits in einer frühen Phase, als er in der Therapie noch auf die altmodische „direktive“ Art und Weise vorging. Verschiedene Autoren stellen zwar fest, dass es eine Verbindung zwischen Rank und Rogers gab (Cain/Seeman 2002, 13–14), aber fast niemand hat gemeint, dass diese Verbindung mehr als lediglich eine Fußnote in der Geschichte

der Psychologie wert ist. Als ich jedoch vor kurzem eine Sammlung von Ranks amerikanischen Vorträgen (Rank 1996²) überarbeitete, weckte die Verbindung zwischen Rogers und Rank meine Neugier. Ich wusste, dass Rogers Rank im Jahr 1936 persönlich begegnet war

1 Aus dem Amerikanischen übersetzt von Elisabeth Zinschitz.

2 Die Zitate von Otto Rank und Sigmund Freud beziehen sich im Text auf amerikanische Übersetzungen bzw. amerikanische Originalausgaben; die deutschen Originalarbeiten dazu sind im Literaturverzeichnis zu finden.

und von einigen Vorträgen, die Rank in Amerika hielt, sehr berührt worden war. Aber wie nahe waren sich diese beiden eigentlich auf philosophischer und intellektueller Ebene?

Zu meiner großen Überraschung entdeckte ich Spuren von Ranks Gedankengut in Rogers' späterem Werk, nicht nur in den dreißiger Jahren zum Zeitpunkt der Entstehung der klientenzentrierten Psychotherapie, sondern auch viel später in den siebziger Jahren, als ein tief spiritueller Rogers sich zu zeigen begann. Aber wie das Spirituelle selbst sind diese Spuren von Rank in Rogers Werk kaum sichtbar. Für jene, die Rank noch nicht gelesen haben, können sie sogar unsichtbar sein. Im Laufe der Entwicklung seiner eigenen ursprünglichen und überzeugenden Gedanken scheint Rogers sich nicht voll bewusst gewesen sein, in welchem Ausmaß er Ranks Gedankengut und Vokabular wiedergab. Dennoch, nachdem ich beide nebeneinander gelegt und gelesen habe, werde ich das unheimliche Gefühl nicht los, dass der Geist Ranks zwischen den Zeilen in Rogers Text gegenwärtig ist. Und gelegentlich, wenn wir uns die von Rogers bevorzugte Sprache genau ansehen – insbesondere seine Metaphern – kommt dieser Geist an die Oberfläche und spricht mit der Stimme Otto Ranks.

Indem ich Rogers' Nähe zu Rank aufzeige, möchte ich aber nicht im Geringsten Carl Rogers' genialen Geist herabwürdigen, denn sein Beitrag zur Psychologie ist außerordentlich. Für mich und für zahlreiche andere im sozialen Bereich bleibt Rogers, ohne zu übertreiben, „der wichtigste Psychologe in der Amerikanischen Geschichte“ (Kirschenbaum/Henderson 1989a).

„Es gibt keinen Ersatz dafür, Rank zu lesen“

In den letzten dreißig Jahren gab es eine bemerkenswerte Wiederbelebung von Interesse für die Arbeit von Otto Rank. Auch wenn er von orthodoxen Psychoanalytikern grob attackiert wurde, weil er sich von Freuds Lehre entfernt hatte, wird sich nach Ansicht mehrerer Autoren zeigen, dass Rank „letzten Endes wahrscheinlich der beste Denker war, den die Psychoanalyse zur intellektuellen Geschichte beigesteuert hat“ (Jones 1960, 219).

Was in Ranks Ideen hat so viele humanistische und existenzielle Psychologen angesprochen? Rank war äußerst gebildet, durchdrungen von der Mythologie, den Klassikern, der Anthropologie, der Weltliteratur und der Philosophie – westlich und östlich – und stellt eine großartige Herausforderung für die modernen Psychologen dar, die wenig mit den Geistes- oder Humanwissenschaften in Berührung gekommen sind. Wo soll man anfangen? Den besten Zugang, um Ranks komplexe Denkweise zu verstehen, kommt womöglich von einer Quelle, an die noch keiner gedacht hat: Carl Rogers, dessen persönliche und bewegende Schriften aufgrund ihrer Klarheit allgemein bewundert werden. Aus diesem Grund möchte ich gerne beginnen, indem ich die praktisch unbekanntes Geschichte einer intensiven Begegnung im Jahr 1936 zwischen einem jungen amerikanischen

Therapeuten und einem berühmten Wiener Psychologen, der ein Jahrzehnt vorher aufgrund „anti-ödipaler“ Häresie aus Freuds innerem Kreis ausgeschlossen worden war, erzähle.

Ich möchte möglichst genau die Übereinstimmung dieser beiden verwandten Seelen aufzeigen, die bezüglich Kultur und Herkunft so unterschiedlich und dennoch in ihrem Verständnis von Psychologie und von der Bedeutung des empathischen Verstehens für die Bestätigung des kreativen Willens der Menschen so ähnlich waren. Danach möchte ich, indem ich die Erfahrung der Empathie in ihrer ganzen Tiefe betrachte, uns auf eine Reise an die Grenze eines Reiches jenseits der wissenschaftlichen Psychologie führen, eine Reise an die Küsten des unbeschreiblichen, göttlichen Reiches, wie von einer anderen Welt, das Rogers, kurz bevor er starb, als „das Transzendente, das Unbeschreibliche, das Spirituelle“ beschrieb (Thorne 1992, 22). In diesem Reich sehen sich die Menschen von Angesicht zu Angesicht mit dem Unbekannten und dem Unkennbaren konfrontiert. In seinem Meisterwerk, *Art and Artist*, bezeichnete Rank dies als „das Problem des Jenseits Überwinden“ (Rank 1932a, 49). Wenn wir hier wirklich offen sind für die Ehrfurcht und Erhabenheit, die uns im Kern der Empathie erwartet, dann können wir die spirituelle Bedeutung der Kunst und der Liebe wiederentdecken und, was vielleicht genauso wichtig ist, an die Unwahrscheinlichkeit erinnert werden, an die reine Fremdheit – an die tragikomische Absurdität – der Existenz selbst (Kramer 1996).

Otto Rank und Carl Rogers

Zwischen 1928 und 1939 arbeitete Carl Rogers als Therapeut an der Society of Prevention of Cruelty to Children in Rochester, New York. Es war seine erste Stelle nach seinem Psychologiestudium an der Columbia Universität, wo er „einen streng naturwissenschaftlichen Ansatz in Kombination mit einer kühl objektiven statistischen Methodik“ übernommen hatte (Thorne 1992, 7). Da er nicht ganz zufrieden damit war, dass er nur auf dem Gebiet der Forschung ausgebildet worden war, lernte er in seinen Jahren in Columbia auch bei Therapeuten, die die Psychoanalyse anwendeten. „Wenn Rogers irgendeinen tiefgehenden therapeutischen Ansatz bevorzugte, als er nach Rochester kam“, schreibt sein Biograf, „dann war es die ‚interpretierende Therapie‘, deren Hauptziel es ist, dem Kind oder dem Elternteil zu helfen, Einsicht in ihr eigenes Verhalten und in ihre eigenen Motive in der Vergangenheit und in der Gegenwart zu bekommen“ (Kirschenbaum 1979, 86).

Unter dem Personal der Klinik in Rochester gab es einige Sozialarbeiter, die an der Akademie für Sozialarbeit an der Universität von Pennsylvania ausgebildet worden waren, wo Otto Rank, nachdem er wegen der Veröffentlichung von „Das Trauma der Geburt“ (1924) aus dem unmittelbaren Kreis um Freud verbannt worden war, seit 1926 lehrte. In diesem Buch stürzte Rank die grundlegenden Prinzipien der psychoanalytischen Bewegung um, indem er meinte, dass die

prä-ödipale Beziehung des Kindes zu seiner Mutter den Prototyp der therapeutischen Beziehung zwischen dem Analytiker und seinem Patienten darstelle (Kramer 1997; 1999; 2000a; 2000b).

Für die Heilung ist eine neue Erfahrung in einer tief emotionalen Beziehung zu einem empathischen Analytiker erforderlich. Ferenczi und Rank nannten dies in „Die Entwicklungsziele der Psychoanalyse“ (1924) als *Erlebnistherapie*. „Das ist dann das Neue“, sagte Rank, „das der Patient noch nie vorher erlebt hat“ (Rank 1936a, 65). Rank und Ferenczi bestanden darauf, dass noch mehr ödipale Interpretationen durch einen kühlen, distanzierten Analytiker eher traumatisierend als hilfreich sind. Der Analytiker solle nicht nur auf taktvolle Weise die Übertragung und Gegenübertragung analysieren und die Geschichte der Kindheit bis in ihre schmerzhaftesten Wurzeln ergründen, sondern auch eine emotionale Beziehung zum Patienten haben, eine Beziehung von Mensch zu Mensch, von Seele zu Seele – Ich-Du, Du-Ich – im Hier-und-Jetzt der analytischen Situation. Laut Rank beruht jegliches emotionales Leben auf der Gegenwart. „Ich stellte das Ich (Ego) des Patienten als Wille in den Mittelpunkt“, sagte Rank (ebd., 104). In *Technik der Psychoanalyse*, welche 1929–31 auf Deutsch erschien und 1931 von Jessie Taft als „*Will Therapy*“ ins Amerikanische übersetzt wurde, verwendete Rank den Begriff „hier und jetzt“ *zum ersten Mal* in der psychotherapeutischen Literatur: „Freud deutet die Verdrängung als historisches Ereignis, das heißt, er platzierte sie fälschlicherweise in die Kindheit des Einzelnen und wollte sie dann von dort befreien, während dieselbe Tendenz eigentlich im *Hier-und-Jetzt* wirksam ist“ (ebd. 39). Statt des Begriffes *Verdrängung*, der den Akzent auf die unbewusste Unterdrückung der Vergangenheit legt, verwendete Rank lieber den Begriff *Verleugnung*, der statt dessen auf den emotionalen Willen fokussierte, in der Gegenwart krank zu bleiben: „Der neurotische Mensch lebt zu sehr in der Vergangenheit [und] in solchem Ausmaß, dass er gar nicht lebt. Er leidet ..., weil er sich an [das Vergangene] festklammert, daran festhalten will, um sich vor dem *Erlebnis* zu schützen, denn das hieße, sich der Gegenwart emotional auszusetzen“ (ebd., 27).

Rank überreichte Freud das Manuskript von *Das Trauma der Geburt* als Geburtstagsgeschenk im Mai 1923 mit einer persönlichen Widmung. Da er anfangs für Ranks neuen Gedanken halb offen war, akzeptierte Freud die Widmung mit einem Zitat von Horaz, das seine Ambivalenz ausdrückte: *Non omnis moriar* – das bedeutet, „Ich werde nicht ganz ~~daran~~ sterben“ (Lieberman 1985, 202). Kurz danach jedoch wandte er sich ganz gegen das Buch. *Das Trauma der Geburt* ließ laut Ernest Jones bei Freud „die Alarmglocken läuten, da es sein ganzes Lebenswerk über die Ätiologie der Neurose in Frage stellte“ (Jones E. 1957, 59). Indem Rank die Rolle der Mutter für wichtiger als die des Vaters hielt, unterminierte er die kausale Bedeutung des Ödipuskomplexes (Kramer 1999). Als er mit Freuds entschiedenem Widerstand konfrontiert wurde, beschloss Rank aus Protest, seine führende Position als Vizepräsident der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung, des Direktors von Freuds Verlag

und als Herausgeber von *Imago* und *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse*, den zwei wichtigsten psychoanalytischen Zeitschriften, zurückzulegen und nach Paris zu übersiedeln und später in die Vereinigten Staaten, wo er als Therapeut, Vortragender und Schriftsteller bis zu seinem Tod im Jahre 1939 großen Erfolg hatte (Lieberman 1985). Nachdem er Wien verlassen hatte, hielt Rank regelmäßig Vorträge an amerikanischen Universitäten, wie beispielsweise Harvard, Yale, Stanford, Minnesota und der New School for Social Research, und er arbeitete auch in Philadelphia als Professor an der School of Social Work der Universität von Pennsylvania, wo er sehr angesehen war (Rank 1996).

Carl Rogers erfuhr von seinen Sozialarbeitern, dass in der School of Social Work in Philadelphia der Schwerpunkt auf die „Beziehungstherapie“ („relationship therapy“) – anstelle von „interpretierender“ Therapie“ („interpretive therapy“) – lag. Er war davon sehr fasziniert und lud Otto Rank ein, ein Dreitagesseminar über seine neue, postfreudianische therapeutische Arbeit zu halten (Evans 1975, 28).

Was geschah wirklich, als Rogers an dieser dreitägigen Vortragsreihe von Otto Rank in Rochester teilnahm? Leider gibt es keinen Bericht über diese Vorträge. Rank erwähnt sie lediglich zweimal in einer Korrespondenz mit Jessie Taft, ohne aber den Namen von Carl Rogers zu nennen. „Gestern“, so schrieb er am 10. Juni 1936, „gab ich einen allgemeinen Vortrag, so ähnlich wie für die Studenten in Philadelphia“ (Taft 1958, 215). Er fügte hinzu: „Ich kündigte die Bücher an [*Will Therapy and Truth and Reality*] und bin mir sicher, dass die Meisten von ihnen sie kaufen werden“ (ebd., 216). Ein paar Tage später erzählte er Taft in einem anderen Brief: „Rochester war interessant und erfolgreich, aber ich bin müde“ (ebd.).

Und Rogers? Welche Auswirkung könnte das Seminar auf ihn gehabt haben? In einem Gespräch, das Jahrzehnte später stattfand, sprach Rogers, auch wenn er sich nicht direkt auf das Seminar bezog, auf nahezu enthüllende Art und Weise davon, wie er die Begegnung mit Ranks postfreudianischem Denken erlebt hatte:

Ich ließ mich von Ranks Gedanken anstecken, und mir wurde bewusst, welches Potential die Selbstbestimmung des Einzelnen birgt [...] Ich war eindeutig von Ranks Ideen fasziniert, aber übernahm seine Schwerpunkte nicht ganz für mich selbst, bis ich Rochester verließ. Aber der Kerngedanke war bereits dabei sich zu entwickeln. Ich glaubte immer mehr an die Fähigkeit des Einzelnen. Ich schätze die Würde und die Rechte des Einzelnen in ausreichendem Maße, so dass ich ihm nicht meine Vorgangsweise aufzwingen möchte. Diese beiden Aspekte des Kerngedanken haben sich seither nicht verändert. (Kirschenbaum 1979, 95)

Als er Mitte der siebziger Jahre gefragt wurde, ob er von Ranks Ideen beeinflusst worden war, antwortete Rogers: „Ja, [...], [durch seine] Gedanken über die Beziehung und die verstärkte Aufmerksamkeit für die unmittelbare Gegenwart [...] Es besteht gar kein Zweifel daran, dass meine Therapie von seinem Denken beeinflusst wurde“ (Evans 1975, 28–29). Im selben Atemzug, jedoch, ohne das weiter

auszuführen, merkte Rogers an, dass er sich nicht zu Ranks „Theorie“ hingezogen fühlte (ebd.). Vielleicht fand er Ranks Schriften, deren Übersetzung aus dem Deutschen mangelhaft war, zu kompliziert.

Jetzt nach mehr als einem halben Jahrhundert ist es unmöglich zu rekonstruieren, was Rank während diesem bemerkenswerten Seminar im Jahr 1936 sagte oder tat. Die meiste Zeit wird er wahrscheinlich frei gesprochen haben. Seine Technik, so sagte Rank einmal, „ist jedes Mal in jeder einzelnen Stunde desselben Falles anders ... Meine Technik besteht im Wesentlichen darin, dass ich keine Technik habe“ (Rank 1936a, 105). Rank war der erste, der Therapie als eine angewandte Kunst ausübte, und improvisierte daher eine neue Theorie für jeden Klienten, indem er den einzigartigen Ausdruck des Klienten der kreativen Spannung zwischen Lebensangst und Todesangst, Trennung und Vereinigung, Willen und Schuld würdigte. „In jedem einzelnen Fall“, sagte er, „ist es notwendig, sozusagen eine Theorie und eine Technik zu entwickeln, die für die Gelegenheit passt, ohne zu versuchen, diese individuelle Lösung auf den nächsten Fall zu übertragen“ (ebd., 3).

Wieviel von Ranks Schriften, die oft in einem sehr verschlungenen Schreibstil verfasst waren, hat Rogers wirklich gelesen? Niemand weiß es. „Man sucht in Rogers Texten vergeblich nach einem einzigen Zitat von Otto Rank“, schreibt Rogers Biograph, „oder sogar nach mehr als drei aufeinanderfolgenden Sätze über Ranks Gedankengut“ (Kirschenbaum 1979, 92). Dennoch war Rogers von dem Seminar mit Rank offenbar und später auch von den gut verständlichen Texten von Jessie Taft, die die wichtigste Schülerin von Rank in den Vereinigten Staaten wurde, in dem Maße berührt, dass seine Sichtweise der helfenden Berufe sich radikal veränderte. Rogers wurde einmal in einem Interview, das auf Video festgehalten wurde, gefragt, wer seine Lehrer gewesen waren. Darauf antwortete er: „Otto Rank und meine Klienten“ (Rogers 1984d).

Carl Rogers und die „Geburt“ der Klientenzentrierten Therapie

„Es wäre ziemlich absurd anzunehmen, dass man einen Tag nennen könnte, an dem die klientenzentrierte Therapie geboren wurde“, sagte Rogers, „dennoch glaube ich, dass es möglich ist, einen solchen Tag zu nennen, und das war der 11. Dezember 1940“ (Kirschenbaum 1979, 112). An diesem Tag hielt Rogers an der Universität von Minnesota seinen bahnbrechenden Vortrag mit dem Titel „Newer Concepts in Psychotherapy“.

Nachdem er öffentlich Otto Ranks Denken gewürdigt hatte, erzählte Rogers seinem Publikum in Minnesota, dass „das Ziel dieser neueren Therapieform nicht darin liegt, dass man ein bestimmtes Problem löst, sondern darin, dem Menschen in seinem Wachstum zu unterstützen“ (ebd., 113). Anders als die traditionellen Ansätze arbeitet dieser Ansatz nicht am Menschen; diese Therapie „behandelt“ den Menschen nicht, so wie eine Krankheit vom Arzt

behandelt wird, sondern sie setze in seinem Inneren ein kreatives Potential frei. „Zweitens misst diese Therapie den emotionalen Elementen, den Gefühlsaspekten der Situation mehr Bedeutung bei als den intellektuellen Aspekten [...] Drittens schenkt diese neuere Therapieform der unmittelbaren Situation mehr Aufmerksamkeit als der Vergangenheit des Menschen [...] Und schließlich legt dieser Ansatz den Schwerpunkt auf die therapeutische Beziehung selbst, und zwar als Wachstumserfahrung“ (ebd., 113).

Irgendwie hatte Otto Ranks Gedankengut entweder unmittelbar als Ergebnis des Seminars 1936 oder indirekt durch Ranks Schüler in Carl Rogers' Gehirn gekeimt. Kurz danach begann Rogers das Buch *Counselling and Psychotherapy: Newer Concepts in Practice* zu schreiben, das er dann 1942 veröffentlichte. „In diesem Buch“, schreibt Brian Thorne, einer von Carl Rogers Biografen, „wurde zum ersten Mal der Begriff ‚Klient‘ geprägt“ (Thorne 1992, 13).

Entsprechend Ranks europäischen Lebensphilosophie, wie er diese in *Kunst und Künstler* beschrieb – „die willentliche Bestätigung des Obligatorischen“ (Rank 1932d, 64) – definierte Rogers die „fully functioning person“ als jemand, der bewusst und auf kreative Weise „ja“ sagt zu dem, was er tun „muss“. Indem der Mensch dies tut, bestätigt er, dass das Leben eine Leihgabe ist, die am Ende unausweichlich und vollständig zurückerstattet, sozusagen dem Kosmos, dem All „zurückgegeben“ werden muss (Rank 1936a, 155). Ein solcher Mensch, schlussfolgert Rogers mit Worten, die jenen von Rank nahezu gleich klingen, „wählt und will bewusst das, was ebenso absolut vorbestimmt ist“ (Kirschenbaum/Henderson 1989a, 418).

„Ich mag in der Übertragung nicht die Mutter sein“

Weshalb waren Ranks Ideen über Beziehung so bedrohlich für das psychoanalytische Establishment Mitte der zwanziger Jahre und so neuartig für Rogers? Um diese Frage zu beleuchten, möchte ich uns nun auf einen kleinen Ausflug in die Geschichte der „Sache“ mitnehmen, wie Freud seine Bewegung immer nannte. „Ich mache alles nur für die Sache, die wieder im Grunde meine ist“, gestand Freud einmal gegenüber Ferenczi. „Ich gehe auf durch und durch egoistische Weise vor“ (Brabant/Falzeder/Giampieri-Deutsch 1993, 33). Die Entdeckungen der Psychoanalyse, sagte Freud zu Ferenczi, seien der „harten Arbeit“ seiner Eigenanalyse zu verdanken, die den Ödipuskomplex hervorbrachte (ebd., 243).

Nachdem er den Ödipuskomplex aufgedeckt hatte, bestand Freud immer auf der herausragenden Bedeutung der Beziehung des Kindes zu seinem Vater. Die Mutter behandelte er lediglich als einen Gegenstand sexueller Begierde. Der emotionalen Qualität der Mutter-Kind-Beziehung schrieb er keinerlei Bedeutung zu (Sward 1980). Zum Beispiel betonte er in keiner seiner Fallgeschichten die Liebes- oder Schutzfunktion der Mutter. Und eigenartigerweise sah er auch die „böse“ oder mächtige Mutter erst sehr spät in seinem Leben, nämlich im Jahr 1930 nach dem Tod seiner eigenen Mutter,

Amalie, deren Begräbnis er nicht beiwohnen wollte (Kramer 1995; 1996). In seinem Artikel über technische Aspekte sah er die Begegnung des Analytikers mit dem Patienten selten als eine nährende Erfahrung oder auch als eine echte zwischenmenschliche Beziehung. „Ich mag nicht in der Gegenübertragung die Mutter sein“, sagte er einmal zu einem Patienten. „Das überrascht oder schockiert mich immer ein wenig. Ich fühle mich so männlich“ (in Sayers 1991, 8). Für Freud war der Vater das Symbol für Vernunft und Objektivität – und das waren auch die Endziele der Therapie.

Der Analytiker sollte auf der emotionalen Ebene neutral und distanziert bleiben und wenig Reaktionen zeigen, eine weiße Leinwand sollte er sein, auf die der Patient seine „intrapyschischen“ emotionalen Konflikte, Wünsche und Abwehr projizierte. Freud hatte sein Medizinstudium im 19. Jahrhundert absolviert, einer Epoche, in der das Subjekt scharf vom Objekt getrennt wurde. Daher war er ein Arzt, der die Neurose als Krankheit ansah, die wie jede andere Krankheit einer Behandlung unterzogen werden musste. Die „Behandlung“ bestand in sorgfältig dosierten und zur richtigen Zeit abgegebenen Interpretationen durch den Analytiker, die nach einem ausführlichen emotionalen „Durcharbeiten“ durch den Patienten diesem dann Einsicht in die unbewusste „Ursache“ seiner kindlichen ödipalen Konflikte vermitteln würde. Die Entwicklung von intellektuellen Einsichten würde die Krankheit heilen, und zwar aufgrund des Prinzips, dass Wissen über die „Ursache“ der Neurose eine heilende Kraft hat. Die Psychoanalyse, bestätigte Freud, ist eine Art der Nacherziehung (Freud 1916, 312).

Die Technik bedarf der *Gleichgültigkeit*, sagte Freud wiederholte Male (z. B. 1901, 72) – die „Gleichgültigkeit“ des Analytikers gegenüber dem Leiden des Patienten. „Wir müssen darauf achten“, sagte Freud, „so grausam es auch klingen mag, dass das Leiden des Patienten [...] nicht vorzeitig beendet wird“ (in Gay 1988, 304). Das Wort *Gleichgültigkeit* hat eine gefühllosere Konnotation als „Neutralität“. Ernst Falzeder, der Mitherausgeber der Freud-Ferenczi-Korrespondenz, meint: „Wenn Freud ‚Neutralität‘ im wohlwollenden oder unaufdringlichen Sinne des Wortes gemeint hätte, dann hätte er auf Deutsch das völlig adäquate Wort ‚Neutralität‘ benützt“ (Falzeder, persönliche Mitteilung).

Es war Interpretation und nur Interpretation, was der Analytiker dem Patienten anbot. Empathie von der Seite des Analytikers war höchstens ein Beobachtungsinstrument, sicherlich kein Heilmittel. Im schlimmsten Fall würde sie sogar den Heilungsprozess verzögern, denn der Patient sollte lernen, sein „Erleben“ oder sein emotionales Selbst von seinem „beobachtenden“ oder rationalen Selbst zu unterscheiden (Sterba 1934). *Wo es war, soll ich werden*, sagte Freud: Wo das Unbewusste war, wird das Bewusste sein. Wo der brodelnde Kessel der sexuellen Leidenschaft war, soll Beherrschung sein. Wo das ozeanische Gefühl der Emotion war, sollen die trockenen und ausdruckslosen Ansprüche der Vernunft sein. „Es ist wie Landbau – nicht unähnlich der Trockenlegung der Zuider Zee“, einem niederländischen Binnensee der Nordsee (Freud 1933, 80).

„Indem er seine Leistung mit der Trockenlegung der Zuider Zee verglich, brüstete Freud sich“, so Rank, damit, ... dass er es unter die Kontrolle des Menschen gebracht hatte“ (Rank 1941, 39).

Da er ideologisch dem Positivismus zugetan war, sah Freud sich selbst als einen objektiven Beobachter – einen Naturwissenschaftler –, nicht als einen teilnehmenden Beobachter in einem zwischenmenschlichen Bereich. Praktisch alle Wahrnehmungen des Patienten, sagte er, würden von dem eigenartigen Phänomen der „Übertragung“ verzerrt: Erwartungen, Wünsche und Gefühle des Patienten wären völlig selbst gemacht, und diese beruhten auf uralten Schablonen, die für immer in der kindlichen Vergangenheit geschmiedet worden wären. Die emotionale Neutralität und Anonymität des Analytikers wäre notwendig, um die Übertragung nicht zu beeinträchtigen. Auch wenn er empfahl, dass der Analytiker dem Patienten genau zuhören sollte – mit einer „gleichmäßig mitschwingenden Aufmerksamkeit“ (Freud 1912, 111) –, so schien Freuds Aufmerksamkeit doch immer genau am Ödipuskomplex hängen zu bleiben, am „Vater Imago“, wie er es nannte.

Die Wahrnehmungen des Patienten bezüglich der Person des Analytikers oder die Art der schwer definierbaren und phantasieträchtigen Begegnung zwischen den beiden wurden als „Widerstand“ definiert und mussten durch die Interpretationen des väterlichen Analytikers während des „Durcharbeitungsprozesses“ korrigiert werden. Der Analytiker und der Patient waren einander körperlich gegenwärtig, aber sonst völlig in einer „Ich-Es“-Beziehung involviert. „Ich kann es meinen Kollegen nicht stark genug ans Herz legen“, so schrieb Freud, „sich während der psychoanalytischen Behandlung wie ein Chirurg zu verhalten, der die Gefühle gänzlich beiseite stellt, sogar sein menschliches Mitgefühl, und seine geistigen Kräfte auf das einzige Ziel zu konzentrieren, nämlich die Operation möglichst gekonnt durchzuführen“ (Freud 1912, 115).

Wie wir wissen, hängt die Heilung [des Patienten] in erster Linie vom Zusammenspiel der Kräfte in ihm ab. Die Rechtfertigung dafür, dass der Analytiker emotionale Kälte an den Tag legen soll, liegt darin, dass diese [...] dem Arzt einen erwünschten Schutz für sein eigenes emotionales Leben bietet und dem Patienten die größte Stütze, die wir ihm heute geben können (ebd.)

Unerklärlicherweise hat Freud oft seine eigene Vorschriften verletzt, und manchmal lud er sogar Patienten zum Abendessen ein, gab ihnen Geld, wenn sie in finanziellen Schwierigkeiten waren, ließ sich auf angeregte Diskussionen ein und scherzte während einer Sitzung (Roazen 1994). Dennoch wurde die Vorschrift der *Gleichgültigkeit* für viele Analytiker, insbesondere jene in den Vereinigten Staaten und Großbritannien, zum Dogma. Jahrzehntlang war die eigentliche Beziehung zum Patienten im „Hier-und-Jetzt“ nahezu irrelevant. Erst in den letzten Jahrzehnten haben sich manche Analytiker unter dem Einfluss von Heinz Kohuts Selbstpsychologie, die der Personzentrierten Therapie verblüffend ähnlich ist (Tobin 1991), und von gewissen Objektbeziehungstheoretikern bereit gezeigt, eine

empathische Beziehung im „Hier-und-Jetzt“ als heilend in Betracht zu ziehen (Meissner 1991, 182–182). Manche Analytiker verweigern sich dem immer noch: „Ich bin überzeugt“, sagt Charles Brenner, der klassische Analytiker par excellence, „dass die Konzepte der therapeutischen Arbeitsallianz [...] weder gültig noch nützlich sind“ (in Slipp 1982, 329). Für „strenge“ Freudianer findet fast alles, was in einer analytischen Sitzung auftaucht, ausschließlich im Geist des Patienten statt und ist eine Übertragung aus der Vergangenheit. Deshalb ist eine echte Begegnung zwischen Analytiker und Patient nahezu unmöglich. Gegenseitigkeit ist un-psychoanalytisch. „Meiner Ansicht nach“, sagt Axel Hoffer, ein strenger Freudianer, „kann eine Beziehung, welche die freie Assoziation fördert und die tiefgehende Aufklärung eines Konfliktes fördert, keine gegenseitige sein“ (Hoffer 1994, 201). Wenn das Problem „intrapsychisch“ ist, dann ist die Heilung ebenso „intrapsychisch“. Klarerweise ist das eine „einseitige“ und keine „zweiseitige“ Psychologie.

Ranks Alternative: Beziehungs- und Erlebnistherapie

Mit seinem neuen Ansatz zur Psychotherapie focht Rank die Idee an, dass „Übertragung alles ist“, aber auch dessen Ableitung – welche sogar in der Selbstpsychologie und der Objektbeziehungstheorie noch immer üblich ist –, nämlich dass der Patient ein Erwachsener ist, in dem „ein einverleibtes Kind feststeckt, so wie eine Gräte im Kropf seiner Reife“ (Mitchell 1988, 170). Im Buch *Will Therapy (Technik der Psychoanalyse)* erkannte Rank die Übertragung und den regressiven Zug der Vergangenheit voll an, aber er sagte, dass der Wert der Therapie im neuen Erleben liegt, nämlich darin, in der Gegenwart zu leben, und nicht lediglich in einer Wiederholung des Kindlichen. „Der Neurotische lebt sowieso zu sehr in der Vergangenheit, das heißt [...] eigentlich lebt er gar nicht“ (Rank 1936a, 27).

In *Das Trauma der Geburt* (1924) verschob Rank das psychoanalytische „Moment“ der therapeutischen Handlung vom intellektuellen Verstehen zur empathischen Beziehung, indem er meinte, dass der Prototyp der analytischen Situation die prä-verbale Mutter-Kind-Dyade sei. Er hatte eine radikale Entdeckung gemacht. Zusammen mit Ferenczi bewegte sich Rank von einer „Interpretationstherapie“ hin zu einer „Beziehungstherapie“. Sobald ihm klar wurde, dass die Qualität des emotionalen Erlebens des Patienten mit dem Analytiker wichtiger war als die „Einsicht“ in den Ödipuskomplex, oder sogar in den prä-ödipalen Komplex, realisierte er, dass der Therapeut nicht heilt, indem er den Patienten „mit Interpretationen umerzieht“, wie Freud behauptet hatte.

Statt dessen lag die Heilung im Therapeuten selbst: „Das einzige Heilmittel, das die Psychotherapie anzuwenden gelernt hat, ist selbst ein Mensch, nämlich der Therapeut, dessen eigene Psychologie auch einen entscheidenden Einfluss auf die Behandlung und deren Erfolg haben muss“ (Rank 1936a, 1). Das Problem mit der

Freudianischen Interpretation der Vergangenheit, sagte Rank, liegt darin, dass sie sowohl dem Therapeuten als auch dem Patienten erlaubt, der emotional geladenen Gegenwart zu entkommen: dem Erlebnis, das zwei kreative Willen einander begegnen, widerstehen, vertrauen, hassen, lieben, heilen und verändern.

Rank, der weder distanziert noch widerwillig war, um Patienten zu konfrontieren, wenn er fühlte, dass dies hilfreich sein könnte, hörte nicht damit auf, in seinen Sitzungen anspruchsvolle Interpretationen abzugeben. Aber er verstand, dass Interpretationen immer subjektiv und tendenziell sind. Sogar die Interpretation der Gegenwart ist kaum gültig oder zuverlässig, während sie erfahren wird. „Es geht nicht um die Frage, wessen Interpretation die richtige ist“, sagte Rank 1930 in einem Vortrag, „denn es gibt keine richtige Interpretation oder absolute psychologische Wahrheit“ (Rank 1996).

Indem der Therapeut im analytischen Setting eine metaphorische Gebärmutter schafft, sollte er dem Patienten helfen, als autonomes Selbst wieder geboren zu werden, als ein neues Individuum, getrennt von und anders als alle andere Menschen, ohne all zu sehr darunter zu leiden, wenn er sich in der Abschlussphase der Therapie vom Therapeuten trennen muss. Daher „ist meine Theorie über das Geburtstrauma“, schlussfolgerte Rank, „ein universales Symbol der Selbst-Entdeckung [des Ich] und von dessen Trennung vom momentanen Helfer [dem Ich], ursprünglich der Mutter, jetzt dem Therapeuten“ (Rank 1936a, 108).

Und nach der geistigen Wiedergeburt findet die kontinuierliche Entwicklung der psychologisch gesunden Person im Muster des Pendelns zwischen Beziehung und Trennung statt, und zwar durch eine Abfolge von emotionalen Bindungen und Abhängigkeiten einerseits und von Trennung und Loslösung auf der Suche nach Unabhängigkeit andererseits. Dies geht einher mit der Entwicklung der Persönlichkeit und dem Entstehen einer Individualität als sich kontinuierlich entwickelnde und erweiternde Ziele. Von der primären Bindung und Trennung bei der Geburt bis zur endgültigen Lösung und Trennung beim Tod setzt sich dieser Prozess von Bindung und Befreiung über den gesamten Verlauf des menschlichen Leben fort (Karpf 1953, 74–75).

Deshalb ist eines der wichtigsten Dinge, die wir von Rank gelernt haben, dass Mensch und Gesellschaft keine Antagonisten sind, wie Freud steif und fest behauptete, sondern komplementär. Es gibt endlose Schwankungen zwischen dem Bedürfnis nach Individuation und dem Bedürfnis nach Bindung, zwischen dem Willen, sich zu trennen, und dem, sich zu verbinden, zwischen Unabhängigkeit und Abhängigkeit, zwischen Hass und Liebe, zwischen Alleinsein und Intimität – zwischen der belebenden, kreativen Einsamkeit der Freiheit und der Liebe und Akzeptanz, die nur innerhalb der Gemeinschaft zu bekommen sind. Beide sind wesentlich, gleichzeitig. Mit dieser Dialektik umzugehen – dieses bezeichnete Rank als „das Teil-Ganzes-Problem“ (Rank 1936a, 134) – ist die Hauptaufgabe des Menschen im Prozess der Entwicklung zu einer „fully functioning

person“, im Prozess der „nie vollzogenen Geburt der Individualität“ (Rank 1936b, 11). Dieses „Teil-Ganzes-Problem“ muss man während seines gesamten Lebens immer wieder aufs Neue lösen, nicht nur in der Therapie (O'Dowd 1986).

Psychologische Gesundheit bedeutet, dass man das Unmögliche lebt – auf angstfreie und kreative Weise „gleichzeitig Isolation und Vereinigung sucht“ (Rank 1932a, 86).

„Geburtshilfe“

Bald nach seiner anregenden Begegnung mit Otto Rank begann Carl Rogers die drei „core conditions“ zu formulieren, die er für die Veränderung der Persönlichkeit als notwendig betrachtete. Diese drei Bedingungen sind täuschend einfach formuliert, aber bemerkenswert schwierig umsetzbar. Sie bieten Hinweise dafür, wie ein Mensch, unabhängig vom Geschlecht, bei der „geistigen Geburt“ einer anderen Person „Geburtshilfe“ leisten kann. „Ich freue mich“, schrieb Rogers in der Einleitung zu *Client-Centered Therapy* (1951a), „über das Privileg, bei der Geburt einer neuen Persönlichkeit zu assistieren, und ich bin voller Ehrfurcht ob dieser Entstehung eines Selbst, einer Person dabei; ich erlebe einen Geburtsprozess, in dem ich eine wichtige und stützende Rolle hatte“ (Kirschenbaum/Henderson 1989a, 4). Welche waren die drei „core conditions“ für ein solches geistiges Neu-Geboren-Werdens?

Die erste und wichtigste Bedingung besteht darin, dass die helfende Person kongruent (in der Beziehung) sein muss, voll gegenwärtig im Hier-und-Jetzt, und nicht vortäuscht, dass sie emotional distanziert ist, also ohne professionelle Fassade. „Nur wenn sie in dieser Beziehung als Person völlig eins mit sich ist, mit den Gefühlen, die sie erlebt, und wenn sie sich dieser Gefühle gewahr ist und sie völlig kongruent zum Ausdruck bringen kann“, schrieb Rogers, „nur dann kann sie das Wachstum des Klienten in der Therapie stützen“ (Kirschenbaum 1979, 196). Dies wurde oft missverstanden als eine passive Spiegelung der Gefühle des Klienten, aber Rogers' Ansatz verlangte vom eigenen kreativen Willen, von der eigenen Individualität, vom eigenem Anderssein des Therapeuten eine positive Selbstbestimmtheit. Klarerweise hieß das nicht, dass der Therapeut seine Klienten mit seinen Problemen belastet oder dass er mit seinen Gefühlen impulsiv herausplatzt. Für Rogers jedoch bedeutete die volle Akzeptanz des Klienten nie, dass der Therapeut seine eigene Individualität verleugnen und alles zulassen sollte oder auch schwach und ineffektiv werden sollte. „Der Therapeut begegnet seinem Klienten direkt“, schrieb Rogers, „Es ist eine zwischenmenschliche Begegnung. Er ist er selbst und verleugnet sich selbst nicht“ (Kirschenbaum/Henderson 1989b, 12).

Zweitens muss der Therapeut bedingungslose positive Zuwendung für die Einmaligkeit – das Getrenntsein und das Anders-Sein – des Gegenübers aufbringen. Rogers definiert dies wie folgt: „sich für den Klienten als einen Menschen für sich interessieren, der seine

eigenen Gefühle, sein eigenes Erleben haben darf“ (Kirschenbaum 1979, 199). Die Wahrnehmungen des Klienten sind keine „Verzerrungen“ der „Realität“, die nur der Therapeut klar sehen kann. Ohne dass er die Möglichkeit von unbewussten Faktoren, die die Wahrnehmung von beiden Personen beeinflussen kann, ausschließt, akzeptiert der Therapeut die „Phänomenologie“ des Klienten als eine, die die ständig fluktuierenden Bedingungen des Augenblicks wiedergibt, unabhängig davon, wie die Wahrnehmungen des Klienten mit der Sichtweise des Therapeuten übereinstimmen. „Jeder Mensch ist eine Insel für sich, und er kann nur Brücken zu anderen Inseln bauen, wenn er in erster Linie bereit ist, er selbst zu sein, und wenn ihm auch erlaubt wird, er selbst zu sein“, schrieb Rogers. „So erfahre ich, dass, wenn ich einen anderen Menschen akzeptieren kann, [...] ich ihm helfe, seine Persönlichkeit zu entwickeln“ (Kirschenbaum/Henderson 1989a, 22).

Für Rogers wie für Rank gibt es keine psychologischen Tatsachen, nur subjektive Interpretationen von Phänomenen. Und der Klient, nicht der Helfer, ist der „Experte“ bezüglich der Bedeutung dieser Phänomene, wie er sie erlebt. Kurz gesagt, es gibt keine für sich stehende Wirklichkeit. Deshalb bedarf es, um den Bezugsrahmen des Klienten zu akzeptieren, eines außerordentlich aktiven Zuhörens. Roger gab offen zu, dass praktisch gesehen die positive bedingungslose Zuwendung „ein Maßstab für jede Beziehung“ sei und dass er manchmal selbst „nur eine bedingte positive Zuwendung, und manchmal eine negative Zuwendung“ erlebe, „auch wenn das in einer wirksamen Therapie nicht wahrscheinlich ist“ (ebd., 225).

Drittens muss der Therapeut ein echtes empathisches Verständnis für den Klienten an den Tag legen. Empathisches Verstehen ist eine Form von nicht-besitzergreifender Liebe, die die alten Griechen *Agape* nannten, um es von Eros zu unterscheiden, einer besitzergreifenden Form von Liebe, die darauf abzielt, das eigene Bedürfnis zu befriedigen. Rogers machte deutlich, dass Empathie oder Liebe – sich selbst freiwillig einer anderen Person zur Verfügung stellen – nicht bedeutet, dass man sich selbst auf Dauer im anderen verliert. Es ist wesentlich, dass der Therapeut er selbst bleibt, damit der Klient ein Mensch für sich sein kann. Nur indem er das ist, wird Empathie möglich. „Wenn ich diese Kraft frei empfinden kann, diese Kraft, ein unabhängiger Mensch zu sein“, sagte Rogers, „dann merke ich, dass ich mich selbst viel mehr tief auf ein Verstehen und ein Akzeptieren [des Klienten] einlassen kann, da ich keine Angst habe, mich selbst zu verlieren“ (Kirschenbaum/Henderson 1989a, 121). Der Schlüssel zur Heilung war die emotionale Erfahrung, in Beziehung zu sein, ganz als eigener Mensch und dennoch irgendwie mit dem Anderen verbunden.

Paradoxerweise, wie Rank betonte, war es eine empathische Beziehung, die der Individualität erlaubte, sich zu entwickeln, und die jene Selbstakzeptanz entstehen ließ, die notwendig ist, um das eigene Potenzial zu entdecken, oder besser gesagt, wiederherzustellen oder aufzudecken. Nur indem man in der Beziehung sich

selbst sein will, indem man das eigene Anders-Sein akzeptiert und indem ein Anderer dieses akzeptiert, kann man die Kreativität und Kraft finden, sich zu verändern.

Abgesehen von diesen drei core conditions war laut Rogers jegliche Technik irrelevant. Natürlich kann kein Mensch immer ganz kongruent, akzeptierend und empathisch sein. Deshalb visualisierte Rogers die Kernbedingungen als solche, die mehr oder weniger erfüllt sein müssen, wie auf einem Kontinuum. Und die Kunst des Therapeuten, so meinte Rogers, bestehe darin, sich immer weiter auf diesem Kontinuum entlang zu bewegen, das heißt, im Anbieten dieser Bedingungen immer besser zu werden und sie nicht nur zu befürworten. Rogers, der ob seines therapeutischen Könnens sehr bescheiden war und der nie davon überzeugt war, dass er die von ihm selbst formulierten Bedingungen vollkommen erfüllte, meinte, es sei ein Glück, dass „unvollkommene Menschen anderen unvollkommenen Menschen therapeutische Hilfe geben können“ (Rogers 1959a, 215).

Also was war in summa Carl Rogers Botschaft an die helfenden Berufe? „Ich kann die allgemeine Hypothese in einem Satz formulieren“, sagte Rogers. „Wenn ich eine gewisse Art von Beziehung herstellen kann, dann wird die andere Person in sich selbst die Fähigkeit entdecken, diese Beziehung für sein Wachstum zu nützen, und dann werden Veränderung und persönliche Entwicklung erfolgen“ (Rogers 1967, 33).

„Das Dämonische“

Otto Rank, der zusammen mit Ferenczi die „Beziehungstherapie“ entwickelt hat und so mit Freuds „Interpretationstherapie“ brach, würde Rogers' Hypothese von ganzem Herzen unterstützen. Wenn er jedoch gefragt werden würde, dann könnte es sein, dass er sich gegenüber Rogers für einen einzigen, aber wesentlichen Aspekt einsetzen würde: „die wesentliche Bedeutung der Konfrontation in der Therapie und im Leben. Das Rumpeln des *Dämonischen*, so Rank, „ist immer hörbar, wenn zwei subjektive Sichtweisen – zwei kräftige und kreative und destruktive Menschen – einander entdecken, austesten, lieben, hassen, heilen und verändern, innerhalb und außerhalb des Sprechzimmers“. Wie Rollo May vor langer Zeit feststellte, ist das *Dämonische* vielleicht das einzige menschliche Phänomen, das Rogers weder in sein therapeutisches Handeln noch in sein Leben völlig integrieren konnte. „Das *Dämonische*“, so erklärte May in *Liebe und Wille*, einem Werk, dessen Titel zeigt, wie sehr Rank May beeinflusst hat, „ist der Drang in jedem Wesen, sich selbst zu bestätigen, sich durchzusetzen, sich zu erhalten und zu erweitern [...], [die andere Seite] derselben Bestätigung ist das, was unsere Kreativität hervorruft“ (May 1969, 120).

Das ganze Leben ist ein Hin-und-Her zwischen diesen beiden Aspekten des Dämonischen. Wir können das *Dämonische* unterdrücken, aber wir können nicht verhindern, dass wir den Preis in

Form von Apathie und der Tendenz zu einer späteren Explosion zahlen, die eine solche Unterdrückung mit sich bringt (ebd., 123).

„Wenn das *Dämonische* in die Persönlichkeit integriert wurde“, sagte May zu Rogers in einem berühmten offenen Brief, „was meiner Ansicht nach Sinn und Zweck einer Psychotherapie ist, dann führt das zur Kreativität“ (Kirschenbaum/Henderson 1989b, 240) – das heißt, dass dazu das Konstruktive und der freie Willen freigesetzt wird.

Das Dämonische ist besonders präsent in der Endphase einer Therapie, meinte Rank, wenn der Patient und der Therapeut symbolisch in einem Liebeskonflikt verwickelt sind, in einem „Kampf“, sagte Rank in *Will Therapy (Technik der Psychoanalyse)*, und er übertrieb nur leicht, „auf Leben und Tod“:

In der einfachsten Formulierung, die ich aus meiner Erfahrung ableite, kann die Endphase [...] als ein Kampf um das Leben gesehen werden, ein Kampf, der zwischen zwei Menschen bis aufs Äußerste geht und bei dem einer der beiden sterben muss, damit der andere leben kann (Rank 1936a, 178).

Es besteht kein Zweifel, dass aus diesem Duell der Patient als Sieger hervorgehen muss, wenn er sich als geheilt, das heißt als lebensfähig fühlen soll. Die Gefahr des Therapeuten liegt darin, dass er instinktiv Sieger bleiben will, das heißt zu leben und nicht umgebracht zu werden [...] Die Genesung [des Patienten] besteht im Wesentlichen in der Freiheit der kreativen Kräfte, die zuerst auf aggressive Weise freigesetzt werden müssen, bevor sie in einer konstruktiven Lebensführung umgesetzt werden können (ebd., 179).

Es ist schwer, sich vorzustellen, dass Rogers, der sich nie ganz wohl dabei fühlte, wenn er die wütenden oder hasserfüllten Gefühle des Klienten ihm gegenüber akzeptieren sollte, die dämonische Kraft anerkannt hätte, die Rank und May unbedingt als zentralen Veränderungsfaktor in der Therapie, als die Kehrseite der Kreativität selbst ansahen. Man kann nur darüber spekulieren, weshalb Rogers, ein sehr gebildeter Mensch, der den Wahnsinn und den Schrecken, den die Menschheit über sich selbst und über den Planeten hereingebracht hat, sehr gut verstand, das Dämonische herunterspielte. Sicherlich sah er sowohl die Liebe als auch den Hass, die wie ein Vulkanausbruch innerhalb des Schmelztiegels der therapeutischen Begegnung hervorquollen. Vielleicht vernebelte Rogers' eigenes starkes Bedürfnis nach Akzeptanz und Liebe von seinen Klienten seine Sicht auf das Dämonische und brachte dieses ihn dazu, die glühende Kraft der Wut und des Hasses in sich selbst und in seinen Klienten herunterzuspielen.

„Ich finde es schwierig, leicht oder schnell mir meiner Wutgefühle in mir selbst bewusst zu werden“, gestand Rogers ein. „Ich beklage dies und bin diesbezüglich dabei, allmählich etwas zu lernen“ (Kirschenbaum/Henderson 1989a, 348). Und was noch mehr über ihn offenbart, in seiner Autobiographie bekennt Rogers, dass empathisches Verstehen das war, was er selbst immer gesucht hatte: „Ich bin mir seither immer bewusster geworden, dass die Sichtweise, die

ich in der Therapie entwickelt habe, jene Art von Hilfe ist, die ich mir selbst immer gewünscht habe“ (Rogers 1967a, 368).

Als einer der Ersten, der die Gegenseitigkeit der therapeutischen Begegnung erkannte, wusste Otto Rank, dass Klienten ihrerseits versuchen können, mit ihrer eigenen Liebe, ihrem eigenen empathischen Verstehen das Leiden des Therapeuten zu „heilen“. Aber wenn wir es von der extremen Seite ansehen, dann kann die „Liebe“ oder „Empathie“ des Klienten für seinen Therapeuten letztendlich, ohne es zu wollen, das teuer erkaufte, noch immer zerbrechliche Gefühl von Freiheit des Klienten verwirren. Während Rank wie Rogers jene Heilung, die er selbst durch die von seinen Klienten angebotenen Empathie erhielt, nicht ablehnte, vergaß er nie, dass das endgültige Ziel einer therapeutischen Beziehung paradoxerweise in der Trennung des Klienten und in der Wiederentdeckung und Bestätigung des Anders-Sein desselben liegt. Die Empathie hat eine Schattenseite. Wenn man sich mit dem Bild eines immer liebenden oder „alles verzeihenden“ (Rank 1936a, 21) Therapeuten identifiziert, dann kann es sein, dass man den Klienten letzten Endes wieder zum Kind werden lässt und so seine Kreativität hemmt. Dann bleibt der Klient durch Schuld in einer neurotischen Bindung mit dem Therapeuten gefangen. Klienten können dann so reagieren, „als ob [sie] den Therapeuten nicht verlassen können, da dieser zu sehr darunter leiden würde“ (ebd., 84).

Wenn das Bedürfnis des Therapeuten nach Heilung oder Liebe „zu einem Missverständnis oder, genauer gesagt, zu einer Fehlinterpretation der Situation führt, dann taucht eine so genannte ‚Gegenübertragung‘ auf“, sagte Rank 1927 in einem Vortrag. In seinem Weitblick definierte er damit das Phänomen, das moderne Therapeuten *projektive Identifikation* nennen. „Das besteht darin, dass der Analytiker über die Identifikation, die für das Verstehen des Patienten erforderlich ist, hinaus geht. Der Analytiker projiziert jetzt seinerseits auf den Patienten, der sich mit diesem projizierten Teil des Ichs des Analytikers identifiziert. Dies führt zu einer Form von emotionaler Beziehung, die wir ‚Vernarrtheit‘ nennen“ (Rank 1996, 178).

Wir können [Klienten aber] nicht helfen, indem wir sie wieder in die alten Identifikationen zurücktreiben oder ihnen neue Identifikationsmöglichkeiten anbieten. Man muss ihnen helfen, über den toten Punkt in ihrer Persönlichkeit hinauszukommen und im Prozess sich selbst zu finden. (ebd.)

Damit dies geschehen kann, muss der Klient in der Endphase imstande sein, den kreativen Willen zu finden, um den Therapeuten, metaphorisch gesehen, als Geburtshelfer und die therapeutische Beziehung zu „zerstören“ und sich von beiden zu trennen, ohne zuviel Schuld und Angst zu empfinden.

Will man die Kraft der Kreativität des Klienten akzeptieren, dann bedeutet das sowohl für Rank als auch für Rollo May, dass man diese destruktive und *dämonische* Seite, die Rank „Gegenwillen“ nannte, auch vorbehaltlos akzeptiert. Das *Dämonische*, als lebenswichtiges Element für die Differenzierung zwischen Selbst und Nicht-Selbst und für die Förderung der Individuation, ist, „so negativ das auch

sein mag, der Beweis für die Kraft des Willens, von dem der therapeutische Erfolg letzten Endes abhängig ist“ (Rank 1936a, 6).

Trotz des unterschiedlichen Gewichts, das sie auf das *Dämonische* legten, verdanken Therapeuten Carl Rogers, und vor ihm Otto Rank, „dem Vorläufer der klientenzentrierten Therapie“ (Thorne 1992, 58), den wunderbaren Gedanken, dass man Klienten „eine bestimmte Art von Beziehung“ (Rogers 1967a, 33) anbietet, um ihnen zu helfen, ein lebenswichtiges Gleichgewicht zwischen dem Teil und dem Ganzen, zwischen Unterschied und Ähnlichkeit, zwischen Selbst und Welt zu finden – kurz gesagt, zwischen dem Ich und dem Du. Eine empathische Beziehung oder „Heilung durch Begegnung“, wie Buber es ausdrückt, welches das Potenzial birgt, einer Person zu helfen, mit einem Ganzen zu verschmelzen, damit sie in seiner einzigartigen Individualität bereichert und spirituell erneuert wieder daraus hervorgeht. Durch das, was sie lehrten, und noch mehr durch ihre Arbeit eröffneten Otto Rank und Carl Rogers zahlreichen anderen helfenden Berufe den Weg um, „auch wenn dies der Ideologie des [Helfenden] widersprechen sollte, das Neue zu preisen ...“ (Rank 1936a, 105) um durch empathisches Verstehen die spirituelle Wiedergeburt ihrer Klienten zu preisen.

Aber was meinen wir genau, wenn wir vom spirituellen – im Gegensatz zum rein menschlichen – Kern der therapeutischen Beziehung sprechen?

„Ist dies die einzige Wirklichkeit?“

Gegen Ende seines Lebens erlebte Carl Rogers etwas, das einer göttlichen Offenbarung nahe kommt. Eine tiefe empathische Erörterung der inneren emotionalen Bedeutung des Lebens seiner Klienten brachte ihn, ohne dass er sich voll dessen bewusst war, an den Rand dessen, was er jetzt „das Transzendente, das Unbeschreibliche, das Spirituelle“ nannte (vgl. Thorne 1992, 22). Wie es aussieht, versuchte Rogers die ganze Zeit – auf seine kompromisslose und profane Weise – „das Problem des Jenseits zu überwinden“ (Rank 1932a, 49).

Wie Otto Rank, dessen letztes Buch den Titel *Beyond Psychology* (1941) trug, schlussfolgerte Rogers, nachdem er ein halbes Jahrhundert lang Psychotherapie gemacht hatte, dass es einen Bereich gibt, der über die Verständnisfähigkeit der „normalen“ Wissenschaft oder Psychologie hinausgeht. Bis zu den letzten zwanzig Jahren seines Lebens jedoch war Rogers widerwillig gewesen, sein „abschließendes, nicht wissenschaftliches Post-Scriptum“ zu offenbaren, vielleicht weil er sich fürchtete, dass seine spirituellen Sehnsüchte mit dem Dogmatismus des Christentums, den er in seiner Jugend abgelehnt hatte, verwechselt werden könnten (Thorne 1992). Aber in den Siebzigern forderte er zum Teil als Reaktion auf die lange Krankheit seiner Frau Helen die wissenschaftliche Psychologie mehr denn je heraus: „Ist das die einzige Wirklichkeit?“ (Kirschenbaum/Henderson 1989a, 370). Oder noch prägnanter: „Brauchen wir wirklich ‚eine‘ Wirklichkeit?“ (ebd., 400).

Ich möchte das hier gerne auf ein persönlichere Art und Weise sagen. Ich hatte nie eine mystische Erfahrung noch hatte ich jemals irgendeine Erfahrung von paranormaler Wirklichkeit oder einen durch Drogen herbeigeführten Zustand, der mir einen Blick in eine Welt gab, die anders als unsere sichere ‚reale‘ Welt ist. Dennoch erhalte ich immer beeindruckendere Beweise ... (ebd., 371).

Vielleicht wird es in den kommenden Generationen jüngerer Psychologen [...] ein paar geben, die die Möglichkeit zu untersuchen wagen, dass es eine legitime Wirklichkeit gibt, die unseren fünf Sinnen nicht zugänglich ist; eine Wirklichkeit, in der Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft vermischt sind, in der Raum keine Barriere und die Zeit aufgehoben ist; eine Wirklichkeit, die nur wahrgenommen und bekannt werden kann, wenn wir passiv rezeptiv und nicht so sehr aktiv auf Wissen ausgerichtet sind. Das ist eine der aufregendsten Herausforderungen, vor welche die Psychologie sich gestellt sieht (ebd., 373).

Kurz bevor er starb, erkannte Rogers, der damals noch immer Agnostiker war, diese eigenartige „Wirklichkeit“ und sprach begeistert davon in Begriffen wie „das Transzendente, das Unbeschreibliche, das Spirituelle“ (in Thorne 1992, 22). Das war der Bereich, den Rogers in den zwanziger Jahren, als er seine theologischen Studien an dem Union Theological Seminary für eine Karriere im Bereich der wissenschaftlichen Forschung aufgab, zurückgewiesen hatte (ebd.).

In der Ich-Du-Beziehung wollte Rogers die zwingendsten Fakten zur Unterstützung seiner Hypothese, dass es einen Bereich jenseits der Psychologie gibt, finden. Ironischerweise war das Spirituelle immer da gewesen, verborgen in dem, was Rogers am Nächsten und am Vertrautesten war: der empathischen Verbindung zwischen dem Ich und dem Du.

„Ich kann nicht anders als glauben“, schrieb Rogers ein Jahr bevor er starb, „dass ich, wie viele andere auch, die Bedeutung dieser mystischen, spirituellen Dimension unterschätzt habe“ (ebd.). Nur gegen Ende seines Lebens, so scheint es, konnte Rogers die tiefere Bedeutung seines Lebenswerkes als Therapeut, die spirituelle Bedeutung der Empathie, selbst wirklich schätzen. Obwohl er die Wissenschaft nie abwertete, erkannte er jetzt, dass es eine nicht wissenschaftliche oder sogar mystische Dimension der psychotherapeutischen Arbeit gibt.

Könnte der Gedanke an Otto Rank Carl Rogers' wachsende Wertschätzung für die Spiritualität beeinflusst haben? Keiner weiß das sicher, da Rogers in diesem Zusammenhang nie von Rank sprach, aber wenn wir genau auf die von Rogers bevorzugten Metaphern horchen, dann könnte es sein, dass wir auf bemerkenswerte Weise an Rank erinnert werden.

An dieser Stelle möchte ich eine Frage untersuchen, deren Implikationen für Therapie wirklich erstaunlich sind. Eine Frage, deren Implikationen Rank in all seinen Schriften über Kreativität und Beziehung erkannte, schon beginnend im Jahre 1924 in seinem oft kritisierten Buch *Das Trauma der Geburt*, aber vielleicht am

stärksten in seinen beiden Meisterwerken *Art and Artist* (1932a) und *Will Therapy* (1936a). Die Frage ist diese: Was bedeutet es, in einem makrokosmischen Sinne bei der Geburt der „neuen Persönlichkeit“ eines Menschen „Geburtshelfer“ zu sein (Kirschenbaum/Henderson 1989a, 4)? Was bedeutet es, geboren, geschweige denn, wiedergeboren zu werden? Wieder lebendig zu werden? Sich bewusst zu sein, dass man lebt? Ganz im Hier-und-Jetzt gegenwärtig zu sein? Und was ist genau dieses katastrophale primäre Trauma (aus dem Griechischen, es bedeutet „Wunde“), das Rank, ohne zu übertreiben, „das Geburtstrauma“ nannte? Im Zuge der Erörterung dieser Frage möchte ich gleichzeitig darüber nachdenken, was Rogers gemeint haben könnte, als er sein therapeutisches Credo mit diesen Rank auf gespenstische Weise ähnlichen Begriffen entwickelte: „Voller Ehrfurcht wohne ich der Entstehung eines Selbst, einer Person bei, wie einem Geburtsprozess, zu dem ich einen wichtigen und stützenden Teil beigetragen habe“ – der Geburt einer Person, die „darum ringt, sie selbst zu sein, und dennoch eine Todesangst davor hat, sie selbst zu sein“ (ebd., 3–4).

„Ein unerklärlicher Überrest“

In *Psychoanalysis and the Unconscious* sagt D. H. Lawrence (1921), dass das größte Rätsel kein anderes als der Mensch selbst sei – ein Rätsel, das über jegliches wissenschaftliches Verständnis hinausgeht. Der Mensch ist eine unerklärliche Lücke in der Kausalität, ein „Unterschied“, der sich im Kosmos materialisiert, aus dem Nichts geschaffen, aller Vernunft und Wissenschaft zum Trotz:

In der Natur des Kindes gibt es etwas, das etwas völlig Unbekanntes im jeweiligen Wesen der Eltern ist. Etwas, das nicht vom Wesen aller existierender Menschen oder gewesenen Menschen abgeleitet werden kann. Im Wesen des Kindes gibt es etwas, das ganz neu, nicht abgeleitet ist, etwas, das ohne Ursache ist und immer sein wird. Und dieses Etwas ist die unanalysierbare, undefinierbare Wirklichkeit des einzelnen Menschen. Jedes Mal im Moment der Empfängnis jedes höheren Organismus steigt ein individuelles Wesen auf unverständliche Art und Weise in das Universum, aus dem Nichts heraus. Trotz des ganzen Ursache-Wirkung-Prozesses der Generationen und der Evolution gibt es keine Erklärung für das Individuelle [...] Es gibt keine bestimmbar Ursache und keinen logischen Grund für Individualität. Im Gegenteil, Individualität scheint den wissenschaftlichen Gesetzen zu widersprechen, sogar der Vernunft zu widersprechen (ebd., 214).

Da das wissenschaftliche Verständnis nicht einmal für die Entstehung eines einfachen Löwenzahn auf diesem Planeten Rechenschaft ablegen kann und noch weniger für die eines neuen menschlichen Lebens, musste „ein unerklärlicher ‚Überrest‘ zugelassen werden“, sagte Rank in *Art and Artist*, „aber dieser Überrest umfasst nicht weniger als das ganze Problem der künstlerischen Kreativität“ (Rank 1932a, 63; Führungszeichen wurden hinzugefügt). Das ist dann das Neue, das vorher nie erfahren wurde: Ein neues

Wesen, das auf unverständliche Weise empor getaucht ist, aus dem Nirgendwo, aus einem kosmischen Staub, aus dem Nichts. „Wir gehören uns nicht selbst“, sagte Rank, „egal, ob wir unsere Schuld auf einer religiösen Ebene gegenüber Gott empfinden oder auf sozialer Ebene gegenüber dem Vater oder auf biologischer Ebene gegenüber der Mutter“ (Rank 1936a, 101). „Wer“, fragte Carl Rogers einst, „kann diese ganze Person erschaffen?“ (Kirschenbaum/Henderson 1989a, 370).

Die „naturwissenschaftliche“ Lösung für das Mysterium der Geburt, so Rank, der viel von Lawrences psychologischem Scharfsinn hielt (Taft 1958, 175), „befriedigt das Kind nicht im Geringsten, und wenn wir ehrlich sein wollen, müssen wir zugeben, dass es uns selbst auch nicht befriedigt. Es scheint uns nur zu befriedigen, da wir wissen, dass wir keine andere Antwort haben.“

Vielleicht erklärt das, weshalb der Erwachsene unter dem sexuellen Problem genauso sehr leidet wie das Kind, denn die biologische Lösung des Problems der Menschheit ist ebenso unerfreulich und inadäquat für den Erwachsenen wie für das Kind. Die religiöse Lösung war und ist immer noch viel erfreulicher, denn sie lässt das Unbekannte zu, ja sie erkennt es als den wichtigsten Faktor an, statt eine Allwissenheit vorzugeben, die wir nicht haben (Rank 1932b, 44).

Die „Wahrheit“ des biologischen oder kausalen Verständnisses, so fuhr Rank, der selbst ebenso wenig anti-wissenschaftlich wie Rogers war, fort, wird zu leicht mit der Realität verwechselt:

Wir können vielleicht die biologisch richtige Antwort auf die konkrete Frage eines Kindes nach der Herkunft eines kleinen Brüderchen oder Schwesterchen geben, aber wir berühren damit nicht die Lebensangst, die hinter der Frage des Kindes steckt und die nicht kausal erklärt werden kann, denn sie ist in der Angst vor dem Unbekannten und dem Unkennbaren verwurzelt [...] Aber dieses Verlangen nach Wahrheit ist eher ein fanatisches Suchen nach einer Wirklichkeit und findet daher ein jähes Ende, bevor die Wahrheit über unseren Mangel an Wissen eingestanden wird (ebd., 46-47).

„Wer bin ich? Wie kam ich auf die Welt? Warum hat man mich nicht gefragt?“

Wie D. H. Lawrence und Otto Rank kam Rogers zu der Schlussfolgerung, dass die Wissenschaft trotz all ihrer großartigen Beiträge zur Verbesserung des Schicksals der Menschheit, zur Heilung von Krankheiten und zur Erfindung des Mikroprozessors nichts über den Anfang oder das Ende des Lebens sagen kann. Egal wie viele Geheimnisse der Biologie, der Chemie oder der Physik die Wissenschaft aufdeckt, sie wird nie ein Wort darüber sagen können, was es bedeutet, während diesem winzigen Moment des Lichtes zwischen zwei Ewigkeiten von Dunkelheit bewusst zu sein, am Leben zu sein. „Denn was ist der Mensch letzten Endes in der Natur?“, fragte sich

Pascal, Philosoph des 17. Jahrhunderts. „Ein Nichts im Vergleich zu dem Endlosen, ein Absolutum in Vergleich mit nichts, ein zentraler Punkt zwischen nichts und allem [...] er ist unfähig dazu, das Nichts zu sehen, woher er kam, und das Unendliche, von dem er umhüllt wird.“

Deshalb kann für Otto Rank und Carl Rogers das Problem des Lebens, nämlich ganz gegenwärtig zu sein, in einer nahezu unbeantwortbaren Frage zusammengefasst werden: Wie entdeckt ein Mensch in sich den kreativen Willen, „Ja“ zu sagen zu dieser Kraft, diesem inneren „Muss“ des Lebens (Rank 1936b, 54), und zwar in vollem Bewusstsein des Leidens, des Grauens und des Todes, die das Leben für uns alle in sich birgt? „Wie können [wir] in einer Welt leben, wo wir alle allein sind“, fragt Rollo May, „wo wir alle sterben?“ (in Rabinowitz/Good/Cozad 1989, 439). Mit anderen Worten, können wir all unseren Mut zusammennehmen, um das zu wählen, das auch absolut vorbestimmt ist: unser Leben? Søren Kierkegaard, dessen Schriften Rank in seiner Jugend studiert hat (Taft 1958, 37) stellte einst die absurdeste und dennoch vielleicht komischste Frage, die es gibt:

Wer bin ich? Wie kam ich auf die Welt? Warum hat man mich nicht gefragt? [...] Und wenn ich schon dazu gezwungen bin, daran teilzunehmen, wo ist dann der Direktor? Ich möchte mich gerne bei ihm beschweren. Gibt es keinen Direktor? Wohin soll ich meine Beschwerde dann richten? [...] Wie ist das passiert, dass ich schuldig geworden bin? Oder dass ich nicht schuldig bin? Weshalb werde ich in allen menschlichen Sprachen so genannt? (Kierkegaard 1843, 114-115).

Wie sollen wir, nachdem wir kreischend und strampelnd aus der Gebärmutter geworfen wurden, den Mut finden, „die uns vom Schicksal aufgezwungene Existenz (willentlich) anzunehmen“ (Rank 1932a, 65), das gottähnliche, aber schmerzliche Bewusstsein annehmen, das uns, ohne dass wir darum gebeten haben, als ein eigenartiges Geschenk aus dem Jenseits geborgt wurde? Die Idee des Schicksals „beruht vielleicht auf der Tatsache unserer biologischen Existenz“ (Rank 1936a, 87), einer Tatsache, die so unwahrscheinlich ist, dass es jegliches menschliches Verständnis übersteigt.

In der Neurose „manifestiert sich“ die lebendige Energie des Individuums „als schicksalhaft“, als eine Verleugnung der Freiheit und der Verantwortung und als ein lebender Tod: auch wenn „das Individuum gleichzeitig Schöpfer und Geschöpf ist, ist [in der Neurose] der kreative Ausdruck dieses Willens negativ, denn er beruht auf der Verleugnung der schöpferischen Rolle“ (ebd.). Andererseits scheinen große Künstler, Wissenschaftler und Schriftsteller dem am Nächsten zu kommen, indem sie das Leben voll ausschöpfen, „das Schicksal bestimmen“ und nicht „Schicksal sind“ (ebd., 88). Sie nehmen die ganze Schöpfung in sich auf und werfen es dann wieder hinaus, um einen neuen Kosmos zu erschaffen, diesmal nach ihrem Vorbild gestaltet, und leben sich selbst in der kreativer Produktion aus. „Das Meiste, das jeder von uns tun zu können scheint“, laut Ernest Becker, „ist etwas zu gestalten – entweder ein Objekt oder uns selbst – und es in die Verwirrung hineinfallen zu lassen, es sozusagen der Lebenskraft als Opfer anzubieten“ (Becker 1973, 285).

Der „zwanghaften Wiederholung“ der biologischen Sexualität setzte Rank den kreativen Impuls des Menschen entgegen, den ebenso starken „Trieb“ nach Neuem und nach Anders-Sein, nach Produktion und nicht nur Reproduktion: ein lebenslanger, endloser Prozess, in einem unsicheren Gleichgewicht an der Grenze der Nicht-Existenz. „Nur im individuellen Akt des Willens“, sagt Rank in *Will Therapy*, „haben wir das einzigartige Phänomen der Spontaneität, das Herstellen einer neuen primären Ursache“ (Rank 1936a, 44). Und mit der Entstehung des Bewusstseins, des vollständigen Selbstbewusstseins beginnt jeder Mensch so wie Adam „eine neue Serie von Ursachen“ (ebd.).

„Ich wurde jenseits der Psychologie geboren“

Die Psychoanalyse ist nicht die einzige Wissenschaft, die Sexualität als „Ursache“ für alles sieht. Um die Ankunft eines neuen Menschen auf dem Planeten zu erklären, behauptet die durch Experimente belegte Molekularbiologie, dass der Geschlechtsverkehr zwei Arten von Keimzellen entstehen lässt, die „Mutter“ und „Vater“ genannt werden, um ihre Kerne miteinander zum Nichts verschmelzen zu lassen. Aus den Überresten dieser zwei Keimzellen taucht ein neues Keimplasma auf, wie der Phönix aus der Asche, um ein neues Leben zu beginnen. Im Grunde genommen „stammt“ das Geburtstrauma, räumt Rank ein, „aus dem Keimplasma“ (Rank 1924, 188). Aber ist Geschlechtsverkehr die „Ursache“ der Existenz? „Man ist fast dazu verleitet zu sagen“, so sinniert Rank in *Art and Artist*, „dass der Geschlechtsakt ‚kreativ‘ gemacht wurde durch den Vergleich mit der Generation des Feuers und nicht dass die Generation des Feuers sexualisiert werden musste“ (Rank 1932a, 174). Neues Leben entsteht, wenn zwei Mysterien sich paaren oder, genauer gesagt, zwei Gruppen von jeweils einer Billion von Mysterien (Kramer 1997).

„Die Bedeutung, die der sexuellen Erfahrung zugesprochen wurde, ist zu gering“, sagte Rank einst zu Anaïs Nin. „In der Psychoanalyse sehen wir immer noch die Folgen davon, nämlich im Trugschluss, dass die Sexualität, weil sie offensichtlich auf biologischer Ebene grundlegend ist, auch eine führende Rolle spielen muss“ (Nin 1966, 292). Auch wenn Rank die Sexualität nicht ablehnte, war er zu sehr in ästhetische Fragen vertieft, insbesondere in jene der Kreativität und der Willenshemmung – um die unermessliche Vielfalt der Menschen auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen, nämlich die Biologie. „Werden Menschen jemals lernen“, fragte Rank in *Beyond Psychology*, das er kurz vor seinem Tod in Oktober 1939 schrieb, „dass keine andere Gleichwertigkeit möglich ist als

das gleiche Recht von jedem Menschen, er selbst zu werden und zu sein, was eigentlich bedeutet, dass er sein eigenes Anders-Sein akzeptiert und dass andere dieses akzeptieren?“ (Rank 1941, 267).

Sowohl Rank als auch Carl Rogers haben verstanden, das grundlegende Problem der menschlichen Existenz ist das Anders-Sein, nicht die Sexualität. „Die reine Tatsache des Anders-Seins“, sagte Rank, „mit anderen Worten, die Existenz unseres eigenen Willens als gegensätzlich, als unähnlich, ist die Basis für die [Selbst]-Verurteilung, die sich als Minderwertigkeit oder Schuldgefühl manifestiert“ (Rank 1936a, 56).

Wie große Künstler haben Rank und Rogers ihre produktivsten Jahre damit zugebracht, „das Problem des Jenseits zu überwinden“ (Rank 1932a, 49). Es durch die zahllosen „Geburten“ im Sprechzimmer, bei denen sie „Geburtshelfer“ waren, durch die zahllosen Formen des Anders-Seins, die sie auf empathische Weise „priesen“ auf einer mikrokosmischen Ebene zu überwinden. Aber auch es in einem makrokosmischen Sinne durch ihre tiefe Wertschätzung des Potenzials für Transzendenz, das im empathischen Verstehen steckt, zu überwinden – wo Mikrokosmos und Makrokosmos sich begegnen, begegnet der Mensch dem Spirituellen.

Menschen sind nur imstande, im Geiste zu leben, indem sie sich auf einer äußerst persönlichen Ebene mitteilen. „Das Ich braucht ein Du, um ein Selbst zu werden“, sagte Rank in *Beyond Psychology* (1941, 290). Es ist paradox, aber in der „Begegnung“ zwischen Ich und Du, immer flüchtig und schwer greifbar, kann es sein, dass wir für einen Moment die Last des Anders-Seins aufgeben, für das Unbeschreibliche, für die überwältigende Pracht und Größe der Schöpfung, für das „Ganze“ (Rank 1936a, 155) – und, wenn die Anerkennung gegenseitig ist, bekommen wir uns selbst vielleicht wieder zurück, erneuert durch die Berührung mit dem Göttlichen. „[Wir] haben [unser] sterbliches Ich einen Moment lang furchtlos und sogar freudig enthüllt, um es im nächsten Moment zurück zu bekommen, um dieses universale Gefühl reicher“, schrieb Rank in *Art and Artist*. Es „ist mehr als nur eine Frage von einer vorübergehenden Identifizierung zweier Menschen, es ist die potenzielle Wiederherstellung einer Einheit mit dem Kosmos, die einst existierte und dann verloren ging“ (Rank 1932a, 110, 113).

„Ich wurde angesteckt von Rank’schem Gedankengut“, sagte Carl Rogers einst. Aber vielleicht hätte er genauso gut sagen können, dass er von Rank’schem Gedankengut geschwängert worden war. Zweimal im spirituellem Sinne geboren zu werden ist nicht mehr ein Wunder als einmal geboren zu werden. Daher kann ich mich des Gefühles nicht erwehren, dass lange nach 1939 der Geist des Wiener Psychologen Otto Rank im Geist, im Herzen und in der Seele des Amerikaners Carl Rogers lebendig war.

Literatur

- Becker, E. (1973), *The denial of death*, New York (The Free Press)
- Brabant, E./Falzeder, E./Giampieri-Deutsch, P. (Eds.) (1993), *The correspondence of Sigmund Freud and Sándor Ferenczi*, Volume I, 1908–1914, Cambridge (Harvard University Press)
- Cain, D.J./Seeman, J. (2002), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*, Washington, D.C. (American Psychological Association)
- Evans, R. (1975), *Carl Rogers: The man and his ideas*, New York (E. P. Dutton)
- Ferenczi, S./Rank, O. (1924), *The development of psychoanalysis* (translated by C. Newton), New York (Dover), 1956
- Freud, S. (1901), *The psychopathology of everyday life* in: Strachey, J. (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 6, London (Hogarth Press), 1960
- Freud, S. (1912), *Recommendations to physicians practicing Psycho-analysis* in: Strachey, J. (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 12, London (Hogarth Press), 1958, 109–120
- Freud, S. (1916), *Some character types met within psychoanalytic work*, in: Strachey, J. (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 14, London (Hogarth Press), 1958, 311–315
- Freud, S. (1933), *New introductory lectures on Psycho-Analysis*, in: Strachey, J. (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 22, London (Hogarth Press), 1964, 3–266
- Hoffer, A. (1994), *Ferenczi's search for mutuality: Implications for the free association method* in: Falzeder, E./Haynal, A., *100 Years of Psychoanalysis: Contributions to the history of Psychoanalysis*, London (Karnac Books), 199–204
- Gay, P. (1988), *Freud: A life for our times*, New York (W. W. Norton)
- Jones, E. (1957), *The life and work of Sigmund Freud: The last phase, 1919–1939*, Vol. 3, New York (Basic Books)
- Jones, J. (1960), *Otto Rank: A forgotten heresy*, in: *Commentary* 30, 219–229
- Karpf, F. (1953), *The psychology and psychotherapy of Otto Rank*, New York (Philosophical Library)
- Kierkegaard, S. (1843), *Repetition: An essay in experimental psychology* (translated by W. Lowrie), Princeton (Princeton University Press), 1946
- Kirschenbaum H. (1979), *On becoming Carl Rogers*, New York (Delacorte Press)
- Kirschenbaum H./Henderson, V. L. (Eds.) (1989a), *The Carl Rogers reader*, Boston (Houghton Mifflin)
- Kirschenbaum H./Henderson, V. L. (Eds.) (1989b), *Carl Rogers: Dialogues*, Boston (Houghton Mifflin)
- Kramer, R. (1995), *The "bad mother" Freud has never seen: Otto Rank and the birth of object-relations theory*, in: *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 23, 293–321
- Kramer, R. (1996), *Foreword*, in: Menaker, E., *Separation, will and creativity: The wisdom of Otto Rank*, New York (Jason Aronson), 9–16
- Kramer, R. (1997), *„Otto Rank and the cause.“*, in: Dufresne, T. (Ed.), *Freud under analysis: Essays in honor of Paul Roazen*, New York (Jason Aronson), 221–247
- Kramer, R. (1999), *„Einsicht und Blindheit: Zur Aktualität von Otto Rank,“* in: *Psyche: Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 53, 158–200
- Kramer, R. (2000a), *„What, exactly, was in Freud's unconscious?,“* in: *The Psychotherapy Review* 2, 10, 75–482
- Kramer, R. (2000b), *„Nincs Több Belátással Mint Egy Kisfiú: Ferenczi és Rank Szomorú, Régső Analízise Freudról“* [„No more insight than a small boy: Ferenczi and Rank's final, sad analysis of Freud“], in Meszaros, J. (ed), *A chapter in Ferenczi Sándor: Tanítványává Tett Minden Analitikust* [Sándor Ferenczi: He made all analysts his pupils], Budapest (Jószöveg Könyvek), 245–261
- Lawrence, D. H. (1921), *Psychoanalysis and the unconscious in fantasia of the unconscious and Psychoanalysis and the unconscious*, New York (Penguin Books), 1976
- Lieberman, E. J. (1985), *Acts of will: The life and work of Otto Rank*, New York (Free Press)
- May, R. (1969), *Love and will*, New York (W. W. Norton); dt.: *Liebe und Wille*, Köln (EHP), 1988
- Meissner, W. (1991), *What is effective in Psychoanalytic therapy: The move from interpretation to relation*, New Jersey (Jason Aronson)
- Mitchell, S. (1988), *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*, Cambridge (Harvard University Press)
- Nin, A. (1966), *Diary. Vol. I, 1931–34*, New York (Harcourt Brace Jovanovich)
- O'Dowd, W. T. (1986), *Otto Rank and time-limited psychotherapy*, in: *Psychotherapy*, 23, 140–149
- Rabinowitz, F./Good, G./Cozad, L. (1989), *Rollo May: A man of meaning and myth* in: *Journal of Counseling and Development*, 67, 436–441
- Rank, O. (1924), *The trauma of birth*, New York (Dover Books), 1994; dt.: *Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse*, I.P.B. Nr. 14, 1924; Fischer (Frankfurt), 1988
- Rank, O. (1932a), *Art and artist: Creative urge and personality development* (translated by C. Atkinson), New York (W. W. Norton), 1989; dt.: *Kunst und Künstler: Studien zur Genese und Entwicklung des Schaffensdranges*, (Herausgegeben von Hans-Jürgen Wirth unter Mitarbeit von Ludwig Janus. E. James Lieberman, Elke Mühlleitner und Bertram Müller), Gießen (Psychosozial-Verlag), 2000
- Rank, O. (1932b), *Modern education* (translated by M. Moxon), New York (Alfred A. Knopf)
- Rank, O. (1936a), *Will therapy: An analysis of the therapeutic process in terms of relationship* (translated by J. Taft), New York (W. W. Norton), 1978; dt.: *Technik der Psychoanalyse (I: Die analytische Situation, 1926; II: Die analytische Reaktion, 1929; III: Die Analyse des Analytikers, 1931)*, Leipzig/Wien (Deuticke), 1926–1931
- Rank, O. (1936b), *Truth and reality: A life history of the human will* (translated by J. Taft), New York (W. W. Norton), 1978; dt.: *Grundzüge einer genetischen Psychologie auf Grund der Psychoanalyse der Ichstruktur (I: Genetische Psychologie, 1927; II: Gestaltung und Ausdruck der Persönlichkeit, 1928; III: Wahrheit und Wirklichkeit, 1929)*, Leipzig/Wien (Franz Deuticke), 1927–1929
- Rank, O. (1941), *Beyond psychology*, New York (Dover Books), 1958
- Rank, O. (1996), *A psychology of difference: The American lectures of Otto Rank* (Edited and introduced by R. Kramer), Princeton (Princeton University Press)
- Roazen, P. (1994), *Freud's patients: First-hand accounts*, Talk delivered at Conference on Freud and His Patients, organized by R. Kramer, George Washington University, November 19, 1994
- Rogers, C.R. (1951a), *Client-centered therapy*, Boston (Houghton Mifflin); dt.: *Die klient-bezogene Gesprächstherapie*, München (Kindler) 1973
- Rogers, C. (1959a), *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework*, in: Koch, Sigmund (ed.), *Psychology. A study of science. Vol. III: Formulations of the person and the social context*, New York (McGraw Hill) 1959, 184–256; dt.: *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit*

- und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987, ³1991
- Rogers, C. (1967a), Autobiography, in: Boring, E. G./Lindzey, G. (eds.), A history of psychology in autobiography, Vol. 5, New York (Appleton-Century-Crofts) 1967, 341–384
- Rogers, C. (1984d), Conversations with Carl Rogers, Videotape produced by the Encinitas Center for Family and Personal Development, 1984
- Sayers, J. (1991), Mothers of Psychoanalysis: Helene Deutsch, Karen Horney, Anna Freud, Melanie Klein, New York (W. W. Norton)
- Slipp, S. (Ed.), (1982), Curative factors in dynamic psychotherapy, New York (McGraw-Hill)
- Sterba, R. (1934), The fate of the ego in analytic therapy, in: International Journal of Psychoanalysis, 15, 117–126
- Sward, K. (1980), Self-actualization and women: Rank and Freud contrasted, in: Journal of Humanistic Psychology, 20, 5–26
- Taft, J. (1958), Otto Rank: A biographical study based on notebooks, letters, collected writings, therapeutic achievements and personal associations, New York (The Julian Press)
- Thorne, B. (1992), Carl Rogers, London (Sage)
- Tobin, S.A. (1991), A comparison of psychoanalytic self psychology and Carl Rogers's person-centered therapy, in: Journal of Humanistic Psychology, 31, 9–33

Autor:

Robert Kramer, Ph.D., ist der Direktor des „Key and OPM Executive Education Programs“ der School of Public Affairs, American University, Washington, DC. 1999 war er als Fulbright Professor an der Universität Budapest. Er ist ein weltweit anerkannter Kenner von Otto Rank und hat zahlreiche Arbeiten zu Otto Rank und zu den Beziehungen zwischen Otto Rank und Carl Rogers veröffentlicht.

Korrespondenzadresse:

*Robert Kramer, Ph.D.
Director of Executive Education Programs
School of Public Affairs
American University
Washington DC 20016
USA
E-Mail: Kramer@american.edu*

Marion N. Hendricks-Gendlin

Ein Felt Sense ist mehr als nur ein Gefühl¹

Zusammenfassung: Für Therapeuten in der Arbeit mit Klienten ist es wichtig, klar zwischen Felt Sense und Gefühl zu unterscheiden. Diese Unterscheidungsfähigkeit soll in der Ausbildung erlernt werden. So wichtig es auch sein mag, ein Gefühl wahrzunehmen, so verändert doch diese Wahrnehmung nicht das Muster, das zur Entstehung dieses Gefühls führt. Nur indem der Klient dieses Gefühl „anhält“, kann er mittels seines Felt Sense die Bedeutung verstehen lernen und auch was verändern.

Schlüsselwörter: Felt Sense, Gefühl, Erleben, Experiencing, Versioning

Résumé: Un felt sense n'est pas un sentiment, mais un nouveau développement humain. L'auteur met en évidence à quel point il est important pour le thérapeute dans le travail avec ses clients, de faire une distinction claire entre felt sense et sentiment, et que cette capacité de distinguer doit être apprise pendant la formation. Aussi important soit-il de percevoir un sentiment, cette perception ne change quand même pas le schéma qui conduit à la naissance de ce sentiment. Ce n'est qu'en « gardant » ce sentiment que le client peut apprendre à en comprendre le sens au moyen de son felt sense et y changer quelque chose.

Mots clés: felt sense, sentiment, expérimenter, versioning

Die verstärkte Beachtung des Erlebens des Klienten kennzeichnet eine fortwährende Entwicklung in der Psychologie. Eine der wichtigsten Wurzeln dieser Entwicklung ist die Zusammenarbeit zwischen Carl Rogers, dem Begründer der Klientenzentrierten Psychotherapie, und dem Philosophen Eugene Gendlin während der fünfziger Jahre an der Universität von Chicago. Gendlin, der in der philosophischen Tradition von Dilthey, Dewey, Merleau-Ponty und McKeon stand, entwickelte eine „Philosophie des Impliziten“ (Gendlin 1962; 1997) und legte das auf Rogers' Arbeit um. Gendlin untersuchte die Frage, was wirklich im Klienten und in der Beziehung zwischen Therapeut und Klient geschieht, wenn Empathie vorhanden ist. Diese Zusammenarbeit führte zu einer grundlegenden Verschiebung, nämlich vom Inhalt – was besprochen wird – hin zum Prozess – wie der Klient und der Therapeut mit dem Erleben umgehen (Gendlin/Jenney/Shlien 1960). Gendlin/Zimring (1994) überprüften hunderte Bandaufnahmen von Therapiesitzungen und formulierten anhand ihrer Ergebnisse das Konzept der „Erlebensebene“. Die Prozessskala (Rogers 1959b) und später die Erlebensekala (Klein/Mathieu/Gendlin/Kiesler 1969) wurden entwickelt, um das Erleben des Klienten messen zu können.

Die Bedeutung der Gefühle in der Psychotherapie wurde schon lange anerkannt, aber sehr oft wurde das missverstanden, in dem Sinne, dass der Klient mit seinen Gefühlen in Kontakt kommen sollte. Ein intensives Erleben ist allerdings etwas anderes als ein Gefühl. Es geht eher darum, sich direkt auf implizit körperlich gefühltes Erleben beziehen zu können. Diese Schicht des Erlebens wird „Felt Sense“ oder auch „direct referent“ genannt.

Ein Beispiel für einen Felt Sense

Zum besseren Verständnis des nachfolgenden Beispiels ist es notwendig, den Kontext und einige Grundbegriffe zu kennen. Eine Klientin hat ein sehr intensives Erleben, das sie selbst sehr schätzt und das sie als „endlose Energie“ bezeichnet. Es fühlt sich für sie in erster Linie als Teil ihrer sexuellen Gefühle an. Die Energie scheint ihr aber mehr als nur sexuell zu sein, und sie möchte auch in anderen Bereichen daraus schöpfen können. Aber sie merkt, dass sie stecken bleibt, sobald sie versucht, diese Energie auf eine andere Art und Weise zu erleben. Sie fokussiert auf dieses „Stecken-Bleiben“.

Ihr Felt Sense kommt zum Ausdruck, wenn sie sagt: „Irgendwie will ich das nicht aufgeben, dass meine endlose Energie nur über die Sexualität zugänglich ist ...“ Der Felt Sense kennzeichnet sich

¹ Aus dem Amerikanischen übersetzt von Elisabeth Zinschitz.

immer durch Begriffe wie „irgendwie“. Sie *spürt etwas direkt, aber weiß noch nicht, was es ist*. Das ist die Definition des Felt Sense. Es ist etwas, das direkt gespürt wird, aber dessen Inhalt noch nicht weiter bekannt ist. Man merkt z. B. in einem Satz wie „Irgendwie will ich das nicht aufgeben“, dass hier keine Emotion wie Trauer, Wut oder Freude zum Ausdruck gebracht wird. Ein Felt Sense ist kein Gefühl. Er ist viel komplexer und ganzheitlicher.

Jeder Felt Sense „impliziert“ die genau passenden folgenden Worte oder Bilder oder Bewegungen, die sich noch nicht geformt haben. Das gehört auch zur Definition des Felt Sense. Nur ein genau passendes Wort oder eine genau passende Handlung will das, was implizit ist, *weiter tragen*. Wenn das geschieht, kommt es zu einer Veränderung im Körper, da der Körper es dann nicht länger impliziert. Dann ist wieder etwas Anderes implizit. Dieses Konzept des „Weiter-Tragens“ kann wie die üblichen körperlichen Prozesse beschrieben werden. Zum Beispiel impliziert Durst das, was den Durst löscht. Und nur gewisse „Objekte“ werden dieses Implizite, nämlich Wasser, aber nicht Salatöl, weiter tragen. Aber Orangensaft und eventuell irgendwelche unbekanntes Substanzen werden ebenfalls das, was der Durst impliziert, weiter tragen. Wir sagen, dass das Implizite „weder vorbestimmt noch willkürlich“ ist. Auch wenn nur gewisse, genau passende Symbole den Felt Sense weiter tragen, sind diese noch nicht da. Es könnte viele verschiedene Symbole geben, die das Implizite weiter tragen würden. Die impliziten Wörter, Bilder, Bewegungen, Handlungen haben noch keine Form angenommen, sind irgendwo im Unbewussten versteckt. Das Weiter-Tragen ist kein Repräsentationsprozess, wo das, was geformt, aber verborgen ist, wiedergegeben wird. Es geht dabei eher darum, dass aus dem im Körper Impliziten der nächste Schritt entsteht. Wenn dieses Implizite stattfindet, gibt es eine körperlich gefühlte Veränderung, einen *Felt Shift*. Die Spannung lässt nach, und es tritt ein Gefühl ein, das sagt: „Ja, genau so stimmt es, das ist genau, was es ist“. In dem unten stehenden Beispiel werden Sie sehen, dass direkt aus dem Felt Sense der Klientin einzigartige Sätze entstehen und dass diese Symbolisierung ihr Erleben weiter trägt.

„Irgendwie will ich das nicht aufgeben, dass meine endlose Energie nur über die Sexualität zugänglich ist ...“

(Sie weiß noch nicht, wie das passiert, aber sie kann spüren, dass es „irgend“wie passiert. „Irgendwie“ ist nicht etwas Abwesendes. Es ist gegenwärtig und wird gespürt, aber ist noch nicht klar definierbar; eben ein Felt Sense.)

„... so als ob ... das der einzige Ort ist, aus dem sie für mich immer schon kam. Also, wenn ich das überhaupt aufgabe ..., vielleicht habe ich dann gar nichts mehr ...“ (sie weint), „... dort ist es ...“ (sie weint)

(„Dort ist es“ drückt die körperliche Resonanz aus, dass diese Worte „richtig“ sind. Sie benennen, was dort ist, und sie spürt auch, dass genau an der Stelle mehr kommen wird. Der Felt Sense wird allmählich symbolisiert; der körperliche Shift und die Tränen kommen, sobald der Felt Sense sich zu öffnen beginnt (Tränen kommen oft, wenn jemand tief berührt ist).

„...Es ist, als ob ... es so wichtig ist, einen Zugang zu haben. Wenn sie kämen und sagten: ‚Na, geh da hinüber und dann findest du einen noch breiteren Zugang ...‘ Es ist so beängstigend“ (schluchzt), „denn“ (schluchzt), „was wenn du den einzigen Zugang, den du hast, auch noch verlierst ...“

(Es ist typisch für das Verhältnis Felt Sense-Symbolisierung, dass ungewöhnliche Sätze entstehen. Das kommt daher, dass das, was körperlich gespürt wird, sich nicht in den üblichen Wortbedeutungen ausdrücken lässt.)

„Da ist noch mehr“ (Felt Sense).“... Was ist das? ...warum ist das so beängstigend?“

(Das ist keine kognitive oder deduktive Frage. Sie fragt direkt ihren Felt Sense und wartet ab, was kommt. Dann öffnet sich etwas, und zwei weitere Aspekte ihres Erlebens tauchen auf.)

„Da ist auch so etwas drinnen wie ...“ (schluchzt...). „Indem ich den Zugang nur auf der sexuellen Ebene gehalten habe, konnte bisher weniger Energie durchkommen oder so ... teilweise ist es wirklich beängstigend, weil ... vielleicht könnte ich wirklich dauernd mit all dieser Energie in Kontakt sein, wenn ich sie nicht auf diesen Zugang beschränken würde.“

Im Prozess des Explizierens des Felt Sense dieser Klientin lassen sich drei Phasen unterscheiden:

- Irgendwie will sie es nicht aufgeben, die Energie auf den sexuellen Zugang zu beschränken.
- Da ist Angst, dass sie, wenn sie den Zugang nicht weiterhin darauf beschränkt, „den einzigen Zugang, den ich habe, verlieren könnte“.
- Einen Moment lang spürt sie, dass sie eigentlich wirklich immer mit dieser Energie in Kontakt sein könnte.
- Es fühlt sich beängstigend an, dauernd mit einer so starken Energie in Kontakt zu sein.

Da ist etwas Paradoxes: Zuerst hat sie Angst, das Erleben einer so starken Energie zu verlieren, und dann hat sie Angst, dass sie die ganze Zeit spüren könnte. Das ist ein Beispiel für die experimentelle Logik oder „Inhaltsveränderung“ dieses Prozesses, der sich von einem deduktiven, logischen Vorgang unterscheidet. Ein Therapeut, der diese Ebene nicht kennt, mag den Klienten für verwirrt halten. Er könnte übersehen, dass die Klientin einen Schritt macht. Dieser Schritt besteht darin, dass sie das Gefühl hat, dass sie wirklich dauernd mit dieser starken Energie in Kontakt sein könnte. Das wiederum lässt ein eigenes Angstgefühl entstehen. Wir wissen nicht, weshalb die Vorstellung, dauernd mit dieser starken Energie in Kontakt zu sein, so beängstigend für sie ist, aber darauf könnte sie als Nächstes fokussieren. Von da aus wird sie wieder weiter gehen, ausgehend von dem neuen Felt Sense zu all dem, was in dem Moment da ist. Sie ist nicht dieselbe wie vorher, als sie zu fokussieren begann.

Wenn Menschen in der Psychotherapie Fortschritte machen, dann stocken sie und suchen nach Wörtern oder Bildern oder Metaphern, um ihr unklares Körpergefühl, wie sie sich in der Situation gerade fühlen, beschreiben zu können. Sie denken nicht einfach über die Situation nach und sie gehen nicht in ihren Emotionen unter.

Sie schenken ihrer „körperlich gefühlten Bedeutung“ einer Situation oder eines Problems (Hendricks 1986) Beachtung. Dieser Prozess der Symbolisierung eines Felt Sense ist anders als ein Gefühlsausdruck. Er ist ein „Motor für Veränderung“ in der Psychotherapie.

Ein Felt Sense führt zu Veränderungsschritten, die nicht durch Gefühle entstehen würden

Ein Felt Sense ist das ganze Gefühl, das man zu einer bestimmten Situation hat, und er manifestiert sich als körperliche Empfindung. Im oben stehenden Transkript der Therapiesitzung wird das „emotionale Geschehen“ sichtbar. Die Klientin schluchzt. Aber die Veränderungsschritte (die Ahnung, dass sie vielleicht dauernd in Kontakt mit dieser Energie sein könnte) kommt nicht daher, dass sie „mit ihren Gefühlen in Kontakt ist“. Das Weinen ist eine ganzkörperliche Reaktion darauf, dass der Felt Sense sich für die Symbolisierung öffnet. Würde die Klientin auf die Frage fokussieren, weshalb sie weint, könnte sich das als eine Mischung von Trauer über die lange Einschränkung einerseits und andererseits von Erleichterung darüber, dass diese sich zu lösen beginnt, beschreiben lassen. Die Klientin sagt auch, dass sie „Angst“ spürt, was meistens als ein Gefühl betrachtet wird. Aber sie macht einen Schritt von der „Angst“ weg und bekommt eine Ahnung davon, was „das Ganze“ in dem Moment für sie bedeutet, statt von emotionalen Empfindungen der Angst überwältigt zu werden. Der Felt Sense trägt den Boden in sich, auf dem das Gefühl wächst, nicht nur das Gefühl selbst.

„Wir können ein Gefühl immer wieder aufrufen, einfach indem wir uns irgendeine Situation in den Sinn rufen, die dieses Gefühl in uns hervorruft – und immer wieder hervorrufen wird. Sobald das entsteht, haben wir nicht mehr ein Gefühl zu der ganzen Situation, die das Gefühl hervorgerufen hat. [...] Nur wenn wir das breitere Gefühl in Form eines Felt Sense entstehen lassen, können wir in diesem breiteren Kontext, der zu diesem Gefühl geführt hat, Veränderungsschritte zu Wege bringen. Gefühle entstehen aus einem breiteren Kontext, der dann enger wird, sobald die Gefühle auftauchen. Man kann nicht den Ursprung eines Gefühls nachspüren, indem man nur das Gefühl selbst wahrnimmt.“ (Gendlin 1997)

Klientenzentrierten Therapeuten hilft die Unterscheidung zwischen Gefühl und Felt Sense, um zu klären, was wir meinen, wenn wir davon sprechen, „Gefühle zu reflektieren“. Offensichtlich versuchen wir nicht, eine Gefühlsentladung zu bewirken, sondern das, was der Klient erlebt, empathisch zu begreifen und ihm unser Verständnis und unsere Akzeptanz zu vermitteln. Wir lehren und sagen oft, dass wir das tun, indem wir Gefühle reflektieren, aber in Wirklichkeit reflektieren wir die komplexen gefühlten Bedeutungen, die Menschen zum Ausdruck bringen, und wir mögen es, wenn sie unsere Reflexionen überprüfen und tiefer in den Felt Sense hineingehen, aus dem sie die Bedeutung holen. Wenn ein Klient „ein Gefühl“ hat, anerkennen wir das, aber wir erhalten einen Freiraum für persönliche Bedeutungen, für das ganze „Gewebe“ dieses Erlebens aufrecht.

Wir können ganz bei der Klientin sein, während sich diese gefühlte Bedeutung wie im oben stehenden Beispiel entfaltet. Aber nach klientenzentrierter Manier nur Gefühle als solche zu reflektieren, würde wahrscheinlich nicht zu einem Symbolisierungsprozess des Felt Sense führen. Und nur das Gefühl der Klientin nachzuspüren, verhilft uns nicht zu empathischem *Verstehen*. Im oben stehenden Beispiel können wir verstehen, dass die Klientin „Angst“ hat, aber wir selbst werden dabei nicht von einem Angstgefühl überwältigt. Wir haben eine gewisse Distanz, die es uns möglich macht, zu der Person, die Angst hat, als Ganze ein Gefühl zu bekommen. Wir reagieren auf die Person, nicht auf ihre Angst. Sobald dieses „beängstigend“ der Klientin klarer wird, entwickeln wir parallel zur Klientin ein empathisches Körpergefühl, das sagt: „Ah, das ist, was ‚beängstigend‘ ist“.

Philosophische Herleitung des Unterschiedes zwischen Gefühlen und einem Felt Sense

In „A Process Model“ beschreibt Gendlin (1997) ein Schema des Verhältnisses eines Felt Sense zu allen anderen Ebenen des Lebensprozesses. Dieses Schema geht nicht nach der üblichen Methode vor, wo mit einfachen Aufbaueinheiten begonnen wird, die dann kombiniert werden, um komplexere Systeme zusammenzustellen, sondern es geht von der menschlichen Fähigkeit zur Entwicklung eines Felt Sense aus und legt dies dann auf andere Aspekte des Lebensprozesses um. Es wird danach gefragt, welche Gefühle, welche Sprache, welches Verhalten, welche Gesten, welcher Körperprozess die Entwicklung eines Felt Sense möglich machen. Diese Entwicklung eines Felt Sense findet dann eher gleichzeitig mit der Entwicklung aller anderen Ebenen des Lebensprozesses statt und ist nicht nur eine lose Schicht, die nochmals auf einen Organismus drauf gelegt wird. Aber sie unterscheidet sich auch wesentlich von allen anderen Prozessen.

Gefühle sind instinktiv und kulturgebunden

Tiere erleben sich selbst genau wie Menschen fortwährend auf der Empfindungsebene, ihre Lebensgeschichten mit eingeschlossen (d. h. zu wissen, wo Nahrung zu finden ist, sich gerne bei ihrem liebsten Menschen ankuseln, wenn der auf der Couch sitzt, genau wissen, wie der es gerne hat, nämlich nicht auf seinen Schoß zu klettern, sondern nur daliegen mit den Pfoten auf seinem Schoß). Aber sie nehmen dieses fortwährende Empfinden nicht als solches wahr. Zusätzlich zu dem Empfinden haben Tiere auch so etwas Ähnliches wie ein „Gefühl“. Bei Tieren sind die Gefühle Teil eines festgelegten Handlungsmusters. Wenn die Katze friedlich in der Sonne liegt, sich in ihrer bekannten Umgebung und in ihr bekannten Situationen wohl fühlt, und ein Hund oder eine Katze kommt

plötzlich hereinspaziert, wird dieses weite Empfinden dramatisch eingeengt. Der Schwanz wird hinaufgestreckt und die Aufmerksamkeit wird auf genau dieses Ereignis eingeengt. Alles andere wird unwichtig. Bei Tieren sind die „Gefühle“ Teil „festgelegter Handlungsmuster“. Festgelegte Handlungsmuster sind Studiengegenstand eines Bereiches der Tierpsychologie, die sich „Ethologie“ oder auch Verhaltensforschung nennt. Ethologen sagen, dass Verhalten in den Körper „eingebaut ist“.

Bei Tieren ist ein Gefühl ein Verhalten in Reaktion auf eine unmittelbare Situation, nicht eine innere Einheit für sich. Die Katze streckt den Schwanz nicht hoch, da sie über eine Situation nachdenkt oder weil sie das Bild einer anderen Katze sieht. Ihr Schwanz wird nur in Anwesenheit der fremden Katze hoch gestreckt. Gefühle sind gegenwärtig im Verhalten. Wenn Tiere festgelegte Verhaltensmuster wahrnehmen könnten, hätten sie Gefühle wie wir, dann, wenn sie ihre ganze fortwährende Empfindung in einer Situation wahrnehmen könnten.

Im Gegensatz zu Tieren können Menschen sowohl Gefühle als auch einen Felt Sense haben und diese bewusst wahrnehmen, ohne dass die Situation buchstäblich vorhanden ist. Wie unsere Empfindungen und unser Verhalten sich grundsätzlich anfühlen, nehmen wir innerlich wahr durch einen Prozess, der „versioning“ genannt wird. Dies findet statt, wenn das *Verhalten angehalten* wird. Während das geschieht, „haben“ wir, „fühlen“ wir die ganze Situation ohne diese Veränderung, die von einem Verhalten hervorgerufen würde. Das übliche Verhalten verändert die Situation. (Eigentlich können wir tatsächlich sagen, dass Verhalten situationsverändernd ist.) Wenn das Verhalten angehalten wird, erhalten wir eine symbolische Version der Situation oder eine Musterversion davon. Symbolisch bedeutet hier eine Art von „Verdopplung“ der Verhaltenssequenz. Ein Verhalten macht einen Unterschied aus, sowohl in der buchstäblichen physisch vorhandenen Situation als auch in einer nicht buchstäblich vorhandenen Situation. Wenn Sie beispielsweise gefragt werden, in einem Raum voller Menschen mittels erhobener Hand für oder gegen etwas zu stimmen, dann ist das Erheben dieser Hand gleichzeitig eine Stimmabgabe als auch ein Versuch, vorsichtig zu sein, damit sie den Menschen neben Ihnen nicht treffen, während Sie die Hand heben. Beides verändert die Situation, aber nicht auf dieselbe Art und Weise. Die Veränderung, die die Abstimmung hervorruft, ist nicht im Hier und Jetzt auf der Verhaltensebene sichtbar. Das „abstimmende“ Heben der Hand ist kein Verhalten in einer physisch vorhandenen Situation. Sie verändern die Situation nicht mit ihrem Arm, wie es der Fall wäre, wenn Sie jemanden damit treffen würden. Ein und dieselbe Sequenz ist sowohl symbolisch als auch buchstäblich vorhanden. Sie ist verdoppelt.

Solche verdoppelten oder symbolischen Sequenzen in Menschen sind kulturell bedingt. Wir könnten sagen, dass *menschliche Gefühle kulturell bedingte festgelegte Handlungsmuster* sind. Gefühle entstehen an gewissen kulturellen Kreuzungen, wenn spezielle Verhaltenssequenzen und Erwartungen erzeugt werden. Zum Beispiel

entsteht in einer Kultur, wo fehlender Respekt auf eine bestimmte Art und Weise gezeigt wird, ein Gefühl von Ärger, wenn dieses Verhalten an den Tag gelegt wird. Oder wenn man durch bestimmte Leistungen zu einem gewissen Status kommt, dann entstehen Stolz und Scham, wenn diese Leistungen vollbracht bzw. nicht vollbracht wurden. Unser körperliches Leben besteht aus Situationen oder „Geschichten“, und an bestimmten Kreuzungen *innerhalb* dieser Geschichten haben wir bestimmte Gefühle. Kultur besteht aus den bekannten Routinehandlungen und -gefühlen, die eine Situation kennzeichnen. Kultur gehört „uns allen innerhalb einer Gemeinschaft“. Jede Kultur bietet eine Anzahl unterschiedlicher Möglichkeiten, wie man auf eine Situation reagieren und sich darin fühlen kann, aber jede dieser Arten würde von den anderen Angehörigen dieser Kultur als vertraut erlebt werden. Wenn Menschen nicht auf die erwartete Art und Weise fühlen und reagieren, dann wird das als der Untergang dieser Kultur erlebt. Wenn Situation X entsteht, wird erwartet, dass wir Gefühl Y haben, und wenn das nicht der Fall ist, dann stimmt irgendwas nicht mit uns. Es wird nicht von uns erwartet, dass wir die Kultur individuell „versionieren“.

Ein Felt Sense ist ein Körpergefühl darüber, wie die Situation als Ganzes für uns ist

Ein Felt Sense entwickelt sich anhand der Sprache, der Kultur und der Gefühle. Alle Menschen haben viele Erlebensstränge, die differenziert werden könnten und die nicht in die kulturellen Muster hineinpassen. Aber damit das Ganze dieser fortwährenden Empfindung sich zu einer körperlich gefühlten Bedeutung entwickeln kann, muss man die kulturelle Geschichte anhalten. Das ist immer noch ein wenig neu für die meisten Menschen. Wenn wir einen Klienten fragen, der über die Scheidung seines Sohnes emotional erregt ist, was diese „ganze Erregtheit“ eigentlich ist oder wie sie sich anfühlt oder was da drinnen ist, wird er wahrscheinlich fast empört antworten: „Was meinen Sie damit? Würden Sie sich darüber nicht aufregen?“ Alle Menschen halten an von ihrer Kultur bestimmten Stellen an und haben Gefühle. Aber statt nur das zu fühlen, was man in einer kulturellen Situation fühlen sollte, kann man die ganze Situation in einer impliziten Bedeutung präsent haben – die körperlich gelebte Geschichte dessen, was zu diesem Moment geführt hat, was man als Nächstes tun wird, von vielen anderen Situationen, die man bereits erlebt hat, ein großes Netzwerk von Erlebensweisen, die implizit funktionieren, um eben jetzt diesen Felt Sense zu bilden. Der Felt Sense ist die innere Wahrnehmung dessen, „wie die ganze Situation für mich ist“. Das ist mehr als das, was eine typische von ihrer Kultur bestimmte Person fühlt.

Gefühle engen das körperliche Empfinden der ganzen Situation ein. Sie halten uns davon ab, uns der ganzen Situation bewusst zu werden. Wir alle kennen die Vorgabe, dass wir, wenn wir wütend sind, bis zehn zählen sollen, bevor wir handeln. Der Grund dafür

liegt darin, dass wir mit großer Wahrscheinlichkeit viele Aspekte der Situation übersehen, wenn wir wütend sind, und dass wir Dinge sagen, von denen wir uns später wünschen, dass wir sie nicht gesagt hätten. Das ist die einfache Formulierung dafür, dass Gefühle unser Empfinden der ganzen Situation einengen. *Da das zum kulturellen Muster selbst gehört, kann die Wahrnehmung eines Gefühls nicht das Muster, das dazu geführt hat, verändern.* Wenn wir uns beispielsweise öffentlich beleidigt fühlen und uns deswegen ärgern und zurück schreien, können wir durch das Schreien die Situation verändern, aber wir verändern nicht das Muster, dass das Schreien in uns entstehen lässt. Wenn dieselbe öffentliche Beleidigung wieder passiert, werden wir darüber wieder in Wut geraten. *Ein Gefühl ist eine enorme Veränderung in uns und kann auch die Situationen verändern, aber ist nicht die Veränderung eines Musters. Es ist eher eine Veränderung in uns und unseres Verhaltens, welches das Muster selbst vorschreibt.*

Wenn Klienten in der Therapie ihre Gefühle anhalten können und die ganze Situation in einen Felt Sense übersetzen können, dann gibt es eine Art von Veränderung, die nicht unbedingt so ist, wie man erwartet hätte. Es liegt im Wesen der Klientenzentrierten Psychotherapie, dass die Klientin ihre „Persönlichkeit entwickeln“, und „sie selbst“ werden kann. Es gehört zur Radikalität unserer Arbeit und Theorie, dass wir nicht die Person anhand von erwarteten kulturellen Vorgaben und Gefühlen „interpretieren“. Wir versuchen nicht, Menschen an ihre Kultur anzupassen oder vorgeschriebene Entwicklungssequenzen zu erzeugen. Wenn eine Klientin in die Bereiche ihres eigenen Gefühls über ihre jeweilige Situation hineinspürt, hat sie sofort ihre eigene individuelle Bewertung der Kultur und ihres eigenen Erlebens.

„... der ‚direct referent‘ ist innerlich sehr komplex, ein Mensch erlebt sich als ‚in Kontakt mit sich selbst‘, wenn er darauf Bezug nimmt, während Gefühle innerlich nur eine Qualität haben [...] sie sind ‚rein‘ (Anm. d. Übers.: im Sinne von ausschließlich). Sie halten oft davon ab, das in sich selbst zu spüren, was die eigentliche komplexe Grundlage des Gefühls ist [...] Gefühle wie Schuld, Scham, Peinlichkeit oder das Gefühl, ‚böse‘ zu sein, sagen etwas über mich oder über diesen Aspekt meines Erlebens und dessen Bedeutung für mich aus. Diese Gefühle selbst sind nicht das Erleben und dessen Bedeutungen für mich. [...] wir spüren [sie], statt dass wir das spüren, weshalb wir Scham, Schuld und ‚Böse-Sein‘ erleben [...] diese Gefühle schließen unser Gefühl zu dem, was das alles für uns bedeutet, aus [...], denn sie verpassen den Moment, wo wir [...] die unvollständige implizite Bedeutung [...] vervollständigen könnten oder darauf reagieren bzw. dem Aufmerksamkeit schenken könnten.“ (Gendlin 1964).

Der Prozess, in dem ein Felt Sense entsteht und der es möglich macht, eine Bedeutung daraus zu entwickeln, ist eine neue Sequenz, wo das übliche Verhalten und Gefühl angehalten werden. Indem diese angehalten werden, kann ein „Versioning“ (Felt Sense) des gesamten Kontexts stattfinden. Wenn die Tänzerin Isadora Duncan einen neuen Tanz choreographierte, dann stellte sie sich in die Mitte ihres Studios und bewegte sich lange Zeit nicht. Von außen sah es so aus, als würde sie nichts tun. Innerlich jedoch hielt sie ihr übliches

Verhalten an und ließ einen Felt Sense zu dem, was sie erschaffen wollte, entstehen. Sie bewegte sich zwischen ihrer Aufmerksamkeit und dem entstehenden Felt Sense des Tanzes hin und her.

„In dieser neuen Sequenz hat die Bewegung, die sie in Richtung eines noch vagen Gefühls macht, eine Auswirkung auf dieses Gefühl, was wiederum die nächste Bewegung, die in ihrem Körper entsteht, beeinflusst. Jetzt sind die Bewegungen noch keine Tanzschritte, keine Wörter, keine Bilder, sondern sie sind ihre Interaktion mit diesem Gefühl, sie sind ihr Hinzeigen oder ihr Nachspüren oder ihr Warten darauf [...] Sie macht irgendeine Bewegung zu diesem Gefühl hin, und dieses verändert sich, damit ihr Körper zu einer neuen Bewegung weiter getragen wird. So ist die neue Sequenz eine Reihe von Veränderungen im gesamten Kontext, eine Art von Veränderung in diesem Gesamten, die nicht durch das Tanzen entstehen könnte. Aber im Sinne der Ebene der Sprache, der Gefühle und der Kultur bleibt die Situation stets dieselbe [...] sie tanzt nicht. Sie wartet noch immer. Dieselbe Situation wartet und wird angehalten. Die Sequenz, wo der Felt Sense entsteht, verändert auf eine neue Art und Weise das, was in der Art der Sprache, der Gefühle und der Kultur dasselbe bleibt. [...] Jede neue Gesamtsituation ist also eine Version ‚derselben‘ Tanzsituation. So wie es mit weiteren neuen Sequenzen der Fall ist, besteht unsere neue Sequenz aus einer Reihe von Versionen desselben angehaltenen, bereits bestehenden Kontextes. Aus dieser Sequenz von Versionen fällt das gehabte Gefühl oder Objekt aus der Reihe von Versionen heraus. Das ist, was ‚ein Gefühl‘ immer ist. Es ist das kontinuierliche Weiter-Tragen einer Reihe von körperlichen Zuständen, die Veränderung dessen, was wir als ‚ein Gefühl‘ wahrnehmen.“ (Gendlin 1997)

Der Grund, weshalb diese Unterscheidung für uns Psychotherapeuten so wichtig ist, liegt darin, dass, wenn man einen Felt Sense zur ganzen Situation entwickeln kann, dies neue Möglichkeiten impliziert, um den Prozess voran zu tragen, und diese ergeben sich nicht aus den üblichen kulturell-emotionalen Sequenzen.

Die Unterscheidung zwischen Gefühl und Felt Sense ist relevant für die Praxis

Vor fünfzehn Jahren rief einer meiner Studenten, als er den Unterschied zwischen einem Felt Sense und einem Gefühl verstand, aus: „Sie meinen, ich muss nicht einfach diese acht oder zehn anerkannten Gefühle spüren! Das ist es, was ich will. Wo ich her komme, da war es egal, was du spürtest, es musste immer eines der Standardgefühle sein.“

Wir wissen, dass diese Unterscheidung dazu führt, dass wir anders in uns hineinhorchen oder unseren Klienten zuhören. In einer Reihe von Untersuchungen hat Sachse (1990) sehr genaue Analysen gemacht und herausgefunden, dass die „Verarbeitungsvorschläge“ des Therapeuten die darauf folgenden Reaktionen des Klienten vertiefen oder verflachen können. Er entwickelte klienten- und therapeutenseitige Prozessskalen, die auf Gendlins Experiencing-Theorie basieren. Die höheren Stufen geben das Focusing auf einen Felt Sense wieder. Eine Initialstudie, in der 1520 „Dreiergruppen“ (Einheiten von Klient/Therapeut/Klient-Aussagen) von 152 Klienten in der mittleren Phase ihrer Therapie untersucht wurden, kam zu dem

Ergebnis, dass die Klienten 70% der Zeit imstande waren, ihren Prozess zu vertiefen, wenn der Therapeut einen vertiefenden Vorschlag machte, und 73% der Zeit ihren Prozess verflachten, wenn der Therapeut eine entsprechende Intervention machte. Mit anderen Worten, wenn die Therapeuten auf eine Art reagierten, die auf den Felt Sense des Klienten gerichtet war, entweder als Einladung oder als Erkennung oder als Hinweis, dann fiel es dem Klienten leichter, einen Felt Sense zu entwickeln und diesen zu benennen. Weiters machten Therapeuten von therapeutisch erfolgreichen Klienten öfter vertiefende Vorschläge als jene von weniger erfolgreichen Klienten, und die erfolgreicher Klienten akzeptierten die vertiefenden Vorschläge ihrer Therapeuten öfter als die weniger erfolgreichen Klienten. Diese Ergebnisse werden von einer Untersuchung bestätigt, in der ebenfalls die Experiencing-Skala zur Anwendung kam (Adams 1999).

Unten sehen Sie ein Beispiel, wo der Therapeut versucht, die Klientin empathisch zu verstehen, aber sich nicht selbst des Felt Sense bewusst ist und so diese Ebene der Klientin übersieht.

Die Klientin hat da ein wahrnehmbares „Etwas“, während der Therapeut denkt, dass es lediglich ein Mangel an Klarheit ist, und deshalb lädt er sie nicht ein, dem Beachtung zu schenken.

Klientin: Und dennoch fühle ich ... *da ist etwas unter all dem, aber ich weiß nicht was ...* (Felt Sense), und wenn ich irgendwie wüsste, was es ist ... könnte ich mich anders fühlen, ich weiß nicht. Aber es ist *im Moment vage*.

Therapeut: Ok. Wenn die Dinge etwas *ausgeprägter* wären. Wenn Sie wirklich imstande wären, die *Ursache zu finden* ...dann, so glauben Sie, würden Sie wirklich damit *umgehen* können. Aber jetzt können Sie es nicht klar kriegen, worum es *eigentlich* geht.

Klientin: Hmm ... und ... das ... wenn Sie das sagen ... das macht mich wütend, denn ich fühle ... wissen Sie, so wie, ich bin ... intelligent. Ich kann vieles verstehen. Und dennoch ... gerade jetzt weiß ich nicht, was zum Teufel mit mir los ist.

Die Interventionen des Therapeuten sind bezüglich des Inhaltes nicht unrichtig. Aber er reagiert nicht auf den Felt Sense der Klientin, diese reichhaltige, schwer verständliche, noch unbekannt Stelle, aus der eine neue Bewegung entstehen könnte. Die Klientin hat eine klare Beschreibung davon gegeben, was als Nächstes geschehen sollte. Sie sagt dem Therapeuten, dass sie spürt, dass, wenn sie nur mehr in diese Stelle hineinspüren könnte, sich etwas von dort aus weiter bewegen könnte. Da der Therapeut diese Ebene nicht kennt, spricht er auf einer kognitiven, geschlossenen, festgelegten Art und benützt Wörter, die nicht auf ihren Felt Sense hinweisen oder diesen einladen, sich zu öffnen. Die Klientin bleibt eher selbstkritisch bezüglich ihrer „Unklarheit“ und ärgert sich nicht über den Therapeuten, weil er die „schwängere Qualität“ ihrer Unklarheit nicht verstehen kann. Diese Art der Interaktion unterstreicht die Tatsache, dass Therapeuten in ihrer Ausbildung eine Sensibilität für die Ebene des Felt Sense entwickeln müssen. Um auf

den Felt Sense zu reagieren, könnte der Therapeut einfach sagen: „Du kannst etwas direkt darunter spüren ...“. Eine solche Antwort hätte der Klientin geholfen, bei ihrem Gefühl zu bleiben, damit es sich öffnet.

Während es zum allgemeinen Verständnis der Psychotherapie gehört, dass da mehr als nur kognitive Einsicht vermittelt werden soll und dass der Klient „mit seinen Gefühlen in Kontakt kommen“ soll, müssen wir auf die nächste Ebene gehen. Menschen können in ihren Gefühlen stecken bleiben. Ein Gefühl ist oft das immer wiederkehrende Erleben, dass sich nichts ändert. Es findet keine neue Bewegung statt, die das Muster verändern könnte. Wenn man nur das Gefühl wahrnimmt und reflektiert, kann es sein, dass dieses nur stärker wird, ohne dass sich etwas verändert. Indem man das Gefühl anhält, kann man Möglichkeiten spüren, die noch nicht geschehen sind, aber stattfinden könnten. Wir können dem Klienten helfen, sein Gefühl anzuhalten, indem wir ihn dazu einladen, mehr zu spüren als nur das Gefühl, nämlich die Situation, die zu dem Entstehen dieses Gefühls geführt hat, als Ganze. Wie fühlt sich *das Ganze* an, das der Klient hier und jetzt spürt? In diesem weiteren Sinne kann etwas Neues entstehen, das noch nie da war, aber möglich wäre. Das Anhalten und das Achtsam-Sein kann neue Möglichkeiten eröffnen, während Gefühle Teil des Musters sind, das sie entstehen lässt, sodass keine Veränderung möglich ist. Wenn wir uns selbst dieser Unterscheidung bewusst sind, können wir statt „Sie haben Angst“ sagen „Sie haben zu dem Ganzen ein Gefühl von Angst“. Die Worte „Ein Gefühl von ...“ und „das Ganze“ ermöglicht die Entstehung eines Felt Sense. Sie deuten auf das „Mehr“ hin, das unmittelbar gespürt werden kann, aber noch nicht in Symbolen ausgedrückt wird. Eine solche Reaktion bringt unseren Wunsch zum Ausdruck, das Erleben des Klienten empathisch zu verstehen. Es würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, dies weiter zu erörtern, aber es wurden viele Schritte ausgearbeitet, die uns und damit den Klienten helfen können, uns nicht von den Gefühlen überwältigen zu lassen (siehe insbesondere das Material darüber, wie man einen „Freiraum schafft“ und „die richtige Distanz“ zu etwas findet, damit man ein Gefühl zu einer Situation als Ganzes oder zu einem Thema als Ganzes bekommt und nicht in einem Gefühl untergeht; vgl. Gendlin 1996; Weiser-Cornell 1996).

Einen Felt Sense zu bilden und zu explizieren ist eine neue menschliche Entwicklungsform. Es ist eine Erweiterung der menschlichen Kapazität, den ganzen Kontext als ein „Dieses“ fühlen zu können. Wir brauchen Zugang zu dieser Ebene, um mit der gegenwärtigen Komplexität in menschlichen Situationen und Problemen umgehen zu können.² Vom Felt Sense kann eine Veränderung

2 Untersuchungen haben gezeigt, dass das Erreichen der Erlebensebene in einer frühen Phase der Therapie das Ergebnis vorhersagen kann. Klienten, die zu Beginn ihrer Therapie bereits imstande waren, sich auf ihr inneres Erleben zu beziehen, ging es gut, und jene, die das nicht konnten, lernten es nicht unbedingt und hatten schlechtere Ergebnisse. Als Reaktion auf das Problem, dass Versagen aus der Anfangssituation vorhersagbar war, wurden spezifische Anleitungen entwickelt,

ausgehen, die nicht von Gefühlen ausgeht. Wenn Klienten diese Ebene kennen lernen, sagen sie oft: „Ich bin in zehn Minuten weiter gekommen als in den ganzen Jahren vorher.“ Es ist wichtig, auf die zentrale Bedeutung dieser Dimension hinzuweisen und sie explizit in unsere Ausbildung einzubauen.

Literatur

- Adams, K. (1999), The effects of therapist's experiential focus, York University (Doctoral Dissertation)
- Gendlin, E. T. (1962), Experiencing and the creation of meaning. A philosophical and psychological approach to the subjective, New York (Free Press of Glen-coe) [Reprinted and published as paperback by Northwestern University Press 1997]
- Gendlin, E. T. (1964), Personality change, in: Worchel, P./Byrne, D. (Eds.), A theory of personality change, New York (John Wiley & Sons), 102–148
- Gendlin, E. T. (1996), Focusing-oriented psychotherapy, New York (Guilford Press)
- Gendlin, E. T. (1997), A process model, New York (The Focusing Institute)
- Gendlin, E. T./Zimring, F. (1994), The qualities or dimensions of experiencing and their change, in: The Person-Centered Journal 1, 2, 55–67
- Gendlin, E. T./Jenney, R. H. / Shlien, J. M. (1960), Counselor ratings of process and outcome in client-centered therapy, in: Journal of Clinical Psychology 16, 2, 210–213
- Hendricks, M. (1986), Experiencing level as a therapeutic variable, in: Person-Centered Review 1, 2, 141–162
- Klein, M. H./Mathieu, P. L./Gendlin, E. T./Kiesler, D. L. (1969), The experiencing scale. A research and training manual, Vol. I & II, Madison (University of Wisconsin Press)
- Rogers, C. R. (1959b), A tentative scale for the measurement of process in psychotherapy, in: Rubinstein, E./Parloff, M. B. (Eds.), Research in psychotherapy. Proceedings of a conference, Washington D.C., April 9–12, 1958, Washington, D.C. (American Psychological Association), 96–107
- Sachse, R. (1990), The influence of therapist processing proposals on the explication process of the client, in: Person-Centered Review 5, 3, 321–347
- Weiser Cornell, A. (1996), The power of Focusing, Oakland, CA (New Harbinger Publications)

Autorin:

Marion N. Hendricks-Gendlin, Ph.D., Leiterin des „Focusing Institutes“ in New York; Sie leitet Workshops und hält Vorträge weltweit zur „Focusing-Oriented Psychotherapy“ und wurde an der University of Chicago in Klientenzentrierter Psychotherapie ausgebildet; Sie ist auch ein Gründungsmitglied von „Changes“, einem kommunalen Therapienetzwerk. Über zehn Jahre war sie ein Mitglied der Fakultät der „Illinois School of Professional Psychology“ (Chicago), wo sie eine klientenzentriert-experienzielle Ausrichtung etabliert und gelehrt hat.

Korrespondenzadresse:

*Marion N. Hendricks-Gendlin, Ph.D.
The Focusing Institute
34 East Lane, Spring Valley NY 10977, USA
E-Mail: info@focusing.org*

um Menschen beizubringen, wie sie diesen wichtigen Prozess in Bewegung, der „Focusing“ genannt wurde, setzen können. In den vergangenen vierzig Jahren wurde Focusing in anderen Bereichen, wie der Medizin, der Wirtschaft, der Pädagogik, bei kreativem Schreiben und in der Theologie sowie in experienziellem Denken angewendet und erforscht.

Jobst Finke

Das Menschenbild des Personenzentrierten Ansatzes zwischen Humanismus und Naturalismus

Zusammenfassung: *Angesichts der in Natur- und Humanwissenschaften aktuellen Naturalismus-Kulturalismus-Kontroverse hat sich die Personenzentrierte Psychotherapie zu positionieren und für sich zu klären, ob sie in ihren fundamentalen Begründungen stark humanistischen oder eher biologistisch-physikalistischen Argumentationslinien folgt. Da sich aus den Entwürfen der Humanistischen Psychologie personalistisch und subjekttheoretisch begründete Positionen ergeben, Positionen, die konträr zu naturalistischen Ansätzen stehen, werden diesbezügliche Selbstdefinitionen des PCA untersucht. Besonders am für die Persönlichkeitstheorie des PCA zentralen Konzept der Aktualisierungstendenz und des „Wachstums“ sowie etwa der diesbezüglichen Bezugnahmen auf moderne Autopoiesismodelle wird die gelegentlich doppeldeutige, oft eindeutig naturalistische Argumentationsweise innerhalb des PCA gezeigt. Dabei werden auch die Konzepte von „Natur“ (der Natur im Allgemeinen, der menschlichen im Besonderen) in ihren oft sehr differenten Erscheinungsweisen beschrieben. Es wird für ein dezidiert humanistisches, d. h. personalistisch, subjekttheoretisch wie kulturhistorisch begründetes Menschenbild des PCA plädiert.*

Schließlich soll das Konzept der Aktualisierungstendenz unter einer eher anwendungsorientierten, aber auch humanistischen Perspektive konkretisiert werden. So wird versucht, die „Aktualisierungstendenz“ in den Äußerungsformen personalen Lebensvollzuges zu fassen. Als solche Äußerungsformen werden das Selbstkonzept, die Lebensthematik und die Lebenstechnik herausgestellt.

Schlüsselwörter: *Humanismus vs. Naturalismus, Personalismus, Selbstorganisation vs. Selbstbestimmung, romantische Naturphilosophie, Holismus, personale Erscheinungsformen der „Aktualisierungstendenz“*

Résumé: Le conception de l'homme dans l'approche centrée sur la personne: entre humanisme et naturalisme. *Compte tenu de la controverse naturalisme – culturalisme actuelle dans les sciences naturelle et humaine, la psychothérapie centrée sur la personne doit se positionner et clarifier pour elle-même si elle suit, dans ses motivations fondamentales, des lignes d'argumentation fortement humanistes ou plutôt biologiques – physiques. Des ébauches de la psychologie humaniste émergent des positions personalistes et fondées sur la théorie subjective. Celles-ci s'opposent aux approches naturalistes et l'auteur analyse les définitions propres à l'ACP qui en découlent. On découvre des argumentations naturalistes ou parfois ambiguës, à l'intérieur même de l'ACP jusqu' autour de concepts fondamentaux tels que ceux de la tendance à l'actualisation et de la « croissance », au cœur de la théorie de la personnalité, de même que des références aux modèles d'autopoiesis modernes. Y sont également décrits les concepts de « nature » (la nature en général, la nature humaine en particulier) dans ses manifestations souvent très différentes. L'auteur plaide pour une conception résolument humaniste de l'être, c'est-à-dire une conception de l'être de l'ACP personaliste, fondée sur la théorie subjectiviste et culturaliste.*

Enfin le concept de la tendance à l'actualisation doit pouvoir se concrétiser de façon pratique et humaniste. L'auteur veut repérer la « tendance à l'actualisation » dans le quotidien de la vie de la personne: dans le concept de soi, la thématique de vie et la technique de vie.

Mots clés: *humanisme versus naturalisme, personalisme, auto-organisation versus autodétermination, philosophie naturelle romantique, holisme, manifestations personnelles de la « tendance à l'actualisation »*

Problemstellung

In den Wissenschaftsdiskursen über „die Natur“ des Menschen spielt heute die Naturalismus-Kulturalismus-Kontroverse eine herausragende Rolle. Hierbei stehen sich Positionen eines naturalistischen,

also vor allem physikalistischen und biologistischen, und eines methodisch eher geisteswissenschaftlich-hermeneutisch geprägten Menschenbildes gegenüber. Durch die Fortschritte auf dem Gebiet der Neurophysiologie, der Molekularbiologie einschließlich der Molekulargenetik, der Evolutionsbiologie und der Künstliche-

Intelligenz-Forschung wird von Seiten dieser Wissenschaften zunehmend ein Bild vom Menschen artikuliert, in dem dieser nur noch als Widerschein seiner Gene oder als mehr oder weniger perfektes Informationsverarbeitungssystem im Sinne des Computermodells erscheint. Im Rahmen dieser „Naturalisierung des Mentalen“ (Wingert/Kettner 2002) wird die kulturwissenschaftliche Grundthese in Frage gestellt, dass der Mensch ein primär von Sinnkonzepten und Wertorientiertheit geleitetes Wesen sei und die Sprache als Bedeutungsträgerin und Traditionsvermittlerin eben diese menschliche Verfasstheit mit konstituiere.

Nach Überzeugung des Kulturalismus sind Sinnentwürfe und Wertbezüge, die in ihrer menschliches Handeln leitenden Funktion überhaupt erst so etwas wie Kultur und Geschichte ermöglichen, anthropologische Bestimmungsstücke, die von einer naturwissenschaftlichen Forschungslogik nicht einzuholen sind. Die Naturalisierungsprojekte der oben genannten Ansätze jedoch wie auch z. B. die sogenannte Philosophie des Geistes („philosophy of mind“; wohl besser zu übersetzen mit „Philosophie der Kognition“) wollen solche Positionen unterlaufen, indem sie zu zeigen versuchen, dass die geistig-seelischen Eigenschaften des Menschen rein kausal, letztlich durch physiologisch-chemische Prozesse zu erklären sind, dass der Gehalt mentaler Repräsentation auf Naturtatsachen zurückzuführen ist (Röska-Hardy 2002).

Diese Kontroverse kann die Psychotherapie im Allgemeinen und die Personenzentrierte Psychotherapie im Besonderen schon deshalb nicht unberührt lassen, weil das Menschenbild, das sich hier letztlich auch auf der Ebene gesamtgesellschaftlicher Überzeugungen durchsetzt, Rückwirkungen auf die Rahmenbedingungen von Psychotherapie überhaupt haben wird.

Zudem scheint es angesichts solcher Diskurse auch geboten, dass die Personenzentrierte Psychotherapie ihr eigenes Verhältnis zu diesbezüglichen Positionen klärt. Ein Versuch in diese Richtung soll hier unternommen werden. Dabei wird die These vertreten, dass die Personenzentrierte Therapie, soweit sie sich weiterhin als ein Verfahren der Humanistischen Psychologie versteht, sich in ihren zentralen Konzepten nicht auf naturalistische Positionen beziehen kann. Denn ein Gründungsmoment dieser Bewegung bestand gerade in einem Sich-absetzen von solchen Positionen. Es soll gezeigt werden, dass aber genau diese Bezugnahme oft vorgenommen wird. Dies geschieht besonders bei der Explikation jenes Konstruktes, das für das Menschenbild dieses Ansatzes eine so bedeutsame Rolle spielt, die Aktualisierungstendenz.

Schließlich soll aufgezeigt werden, wo die praxisorientierte Bedeutsamkeit des Konzeptes „Aktualisierungstendenz“ zu suchen wäre. Dabei soll dieses zunächst ja sehr allgemeine Konzept sowohl unter persönlichkeits- wie therapietheoretischen Anwendungsspekten konkretisiert werden.

Denkt Rogers naturalistisch?

Was bei der Lektüre von Rogers manchmal verwirren könnte, ist dessen Neigung, sich hinsichtlich der Skizzierung seines Menschenbildes sowohl auf humanistische wie auch auf scheinbar naturalistische Positionen zu beziehen. Dabei sollen hier in traditioneller Weise als humanistisch jene Positionen verstanden werden, die das Besondere des Menschseins (auch gegenüber anderen Lebewesen) hervorheben. Im Gründungsmanifest der Humanistischen Psychologie (vgl. Quitmann 1985) wird, in Kontraposition zur Psychoanalyse und vor allem zum Behaviorismus, gegen eine reduktionistische Einengung des Forschungshorizontes die Ausrichtung auf eine spezifisch menschliche Thematik wie Wertempfinden, Sinnbedürfnis, Kreativität, Selbstverwirklichung gefordert und in der Phänomenologie sowie der Existenzphilosophie werden wichtige Leitwissenschaften gesehen. Dies bedeutet eine nachdrückliche Distanzierung von jedem naturalistischen Reduktionismus, wie man ihn besonders im Behaviorismus verwirklicht sah.

Rogers, Gründungsmitglied der Humanistischen Psychologie, hat nun allerdings zur Veranschaulichung seines Konzeptes der Aktualisierungstendenz (im Folgenden AT) Hinweise gegeben, die einen gewissen Biologismus nahe legen könnten. So hat er etwa in der von Driesch gezeigten Wachstumspotenz geteilter Seeigeleier ein Indiz für die Gültigkeit seines Modells der AT gesehen (Rogers/Wood 1974a). Rogers sieht in der „Tendenz zur Entfaltung“, in dem „Drang zur Selbstaktualisierung“, die „Haupttriebfeder des Lebens“, und sie ist für ihn „letztlich die Tendenz, von der die ganze Psychotherapie abhängt“ (Rogers 1961a, 49). Diese Entfaltungstendenz ist nach Rogers nicht nur den Menschen eigen, sondern allen Lebewesen. Die Tendenz zur zunehmenden Komplexität sieht er in scheinbar gleicher Weise in der Koloniebildung von Korallenriffen. Der Mensch ist in dieser Tendenz nur ein Teil des Evolutionsstromes. Der „Trieb zur Selbstvervollkommnung“, diese „formative Tendenz“, durchzieht das ganze Universum und bestimmt letztlich auch die Bewegung der Gestirne. Der Mensch muss auf diese Kraft in sich hören, er muss sich von ihr tragen lassen (Rogers 1980a, 69–84). Der hier zunächst nahe liegende Vorwurf des Naturalismus bzw. des Biologismus ist zu klären und zu differenzieren.

Einerseits führt Rogers in diesem Zusammenhang auch humanistische Aspekte ein, so etwa, wenn er schreibt, dass es sich bei der AT um „einen Trieb zur Selbstvervollkommnung“ handle, die auch eine „gesteigerte Selbst-Bewusstheit“ impliziert und es ermöglicht, eine freiere, eine „aufgeklärtere Wahl“ zu treffen (Rogers 1980a, 78). Dezidiert humanistisch gedacht ist es, wenn Rogers (1961a, 171) schreibt: „Vor allem entwickelt sich der Klient in Richtung auf Autonomie. Damit meine ich, dass er es ist, der nach und nach die Ziele auswählt, wohin er sich entwickeln möchte. Er übernimmt die Verantwortung für sich selbst. ... Ich möchte nicht den Eindruck erwecken, dass sich meine Klienten heiter oder zuversichtlich in diese Richtung bewegen. Keinesfalls. Die Freiheit, sich selbst zu

sein, ist eine beängstigende, verantwortungsbeladene Freiheit; das Individuum bewegt sich vorsichtig, ängstlich und anfangs fast ohne Vertrauen darauf zu.“ Die Selbstverwirklichung wird hier also nicht als naturhaftes Wachstum gesehen, sondern als ein personhaftes Ringen um „Eigentlichkeit“ und „Jemeinigkeit“ (Heidegger 1929, 42f.). Rogers argumentiert hier ganz subjekttheoretisch.

Andererseits ist zu sagen, dass Rogers mit den oben skizzierten Ausführungen nur einen schwachen, sehr gemäßigten Naturalismus vertritt. Denn er unternimmt nicht die kausal-erklärende Rückführung menschlichen Wesens auf physiologisch-chemische bzw. biologische oder informationstheoretisch definierte Grundbausteine. Schwierig ist es natürlich, wenn Rogers in diesem Sinne naturalistische und humanistische Positionen ohne erläuternde Vermittlung nebeneinander stellt, denn was sollen die oft leidvolle und vom Sinnbedürfnis geprägte Suche nach dem eigenen Selbst und die Wachstumstendenzen des Korallenriffs miteinander gemeinsam haben? Zwar könnte diese Nebeneinanderstellung als ein Versuch verstanden werden, der „Doppelnatur“ des Menschen, sowohl erste wie „zweite Natur“, d. h. sowohl Naturwesen wie Kulturwesen zu sein, gerecht zu werden. Doch fehlt hier die Beschreibung der Brücke zwischen diesen beiden Ebenen.

Allerdings, und hier liegt vielleicht ein Ansatz zu einer Erklärung dieser Unterlassung, zeigt sich bei genauerem Studium der Schriften von Rogers auch bei seinen tendenziell naturalistischen Bezugnahmen nicht ein mechanistischer Physiologismus, sondern eine Nähe zum Neovitalismus und zur Lebensphilosophie mit ihren Konzeptualisierungen „des Lebens“ als einer den ganzen Kosmos durchwirkenden Kraft, als eine schöpferische Potenz der gesamten organischen Natur. Der Drang zur Entfaltung, der „elan vital“ (Bergson 1962), der allen Lebewesen einen unaufhaltsamen Schwung gibt, ist demnach ein nur dem organischen Leben eigenes Merkmal, dass nicht physikalistisch oder mechanistisch gedeutet werden kann. In Frontstellung zum Rationalismus und Kognitivismus sieht Dilthey (1927) im Erleben das zentrale Moment menschlicher Welterschließung und -erkenntnis, das Erleben ist Ausgangspunkt des Fremd- wie des Selbstverstehens. Von diesem Konzept der Lebensphilosophie wurden auch die Gestalt- und Ganzheitspsychologie der Berliner und Leipziger Schule inspiriert. Von diesen Bewegungen wurde wiederum Goldstein (1947) beeinflusst in seinen Beschreibungen des Organismus als einer zur Ganzheitlichkeit und Vollenkung drängenden Organisation.

In diesem Zusammenhang ist letztlich zu fragen, ob es sich bei den geschilderten Bezugnahmen von Rogers überhaupt um einen Naturalismus im engeren Sinne handelt. Denn Rogers reduziert ja keine menschlichen Entitäten auf kausal erklärbares, z. B. neurophysiologische Prozesse, sondern er postuliert nur Verbindungen dieser Entitäten mit einem allgemeinen Naturgeschehen. „Natur“ wird dabei aber gerade nicht kausal-analytisch als verdinglichte Natur im Sinne der Naturwissenschaften beschrieben, sondern organizistisch-holistisch bzw. synthetisch und vor allem auch

antimechanistisch. Aus positivistisch-naturwissenschaftlicher Perspektive wäre von einem spekulativen, hylozoistischen, ja spirituellen Naturverständnis zu sprechen, da Natur hier gleichsam vergeistigt bzw. beseelt als eine allumfassende Einheit erscheint.

Natur als selbstschöpferischer Organismus: Die romantische Naturphilosophie

Fragt man nach den ideengeschichtlichen Wurzeln einer solchen Position, so ist hier die romantische Naturphilosophie eines Schelling (1988) und eines Novalis (1997) zu nennen. Gegen den Rationalismus des 18. Jahrhunderts, gegen das Paradigma einer rationalistischen und dualistischen Weltbetrachtung, in der die Vernunft der Materie, die Intelligibilität der reinen Körperlichkeit, das Subjekt dem Objekt gegenübergestellt wurden, haben die Romantiker die Einheit von Natur und Geist proklamiert. Schelling (1988) wendet sich gegen eine mechanistische Naturauffassung, die die Natur aus toten, atomaren Elementen aufgebaut denkt. Die Natur ist vielmehr von Beginn an von Geist durchdrungen und das Ganze der Natur ist bei ihm ein lebendiger Organismus, der selbstproduktiv danach strebt, die Entzweiung von Geist und Natur zu überwinden und die ursprünglich schon angelegte Einheit sich entfalten zu lassen.

Der Begriff des Organismus als einer ganzheitlich wirkenden und den ganzen Kosmos durchdringenden Kraft, die Vorstellung einer sich aus sich selbst heraus entfaltenden und sich selbst produzierenden Natur, die „natura naturans“, das Konzept der Empathie als ein Verstehen der Natur durch Teilhabe und Mitvollzug, nicht durch distanzierte Beobachtung, das waren Leitideen der romantischen Naturphilosophie.

Rogers selbst dürfte kaum unmittelbaren Kontakt mit den Werken dieser Philosophie gehabt haben. Die Gedanken dieser Philosophie und die des deutschen Idealismus wurden in den USA vor allem durch Emerson (1911) bekannt, mit dem sich Rogers schon in seiner Jugend auseinandersetzte (Korunka 2001). Es ist so wahrscheinlich, dass Rogers über diesen Weg schon früh mit den Ideen der romantischen Naturphilosophie in Berührung kam.

Das romantische Konzept einer beseelten Natur, eines mit Geist erfüllten, allumfassenden Organismus klingt jedenfalls auch bei Rogers an, wenn er sagt, dass der sich voll entfaltende Mensch in dem Wissen handelt, „dass sein totaler Organismus klüger als sein Bewusstsein sein könnte und es oft auch ist“ (Rogers 1961a, 191). Die Klugheit des „totalen Organismus“, die jenseits platter Rationalität in umfassender Ganzheitlichkeit konstruktiv wirkt, dies ist bis in die Begrifflichkeit hinein ein zentraler Topos der romantischen Naturphilosophie. Ihr Grundgedanke taucht in der Lebensphilosophie und im Neovitalismus der Jahrhundertwende sowie, wenn auch mit etwas anderer Akzentsetzung, in der Anthroposophie eines Rudolf Steiner (1990) wieder auf. In unserer Zeit sind Gedanken

dieser Naturphilosophie im Ansatz des New Age eines Fritjof Capra (vgl. 1975; auf den Rogers auch ausdrücklich Bezug nimmt; Rogers 1980a) und in der Ökologiebewegung wieder aktiv. Der letzteren geht es ja um ein neues, d. h. die anthropozentrischen Implikationen von Naturwissenschaft und Technik überwindendes, Verhältnis zur Natur, in dem diese nicht nur als beherrsch- und ausbeutbares Naturding erscheint. Vielmehr soll sie ganz im Sinne der Romantik als ein „beseeltes“, jedenfalls Achtung und Partnerschaftlichkeit gebührendes Wesen angesehen und behandelt werden (Gloy 1996).

Sind die modernen Autopoiesis-Konzepte mit humanistischen Positionen vereinbar?

Es ist umstritten, ob die modernen Selbstorganisationskonzepte mit den Modellvorstellungen autopoietischer Systeme zumindest implizit etwas vom Anliegen der romantischen Naturphilosophie übernommen haben. Immerhin wird auch hier ein gewisser Indeterminismus vertreten und der Blick auf das „Naturding“ scheint sich zu ändern, seit diesem auch gewisse schöpferische Potenzen zuerkannt werden. Rein thematisch besteht hier eine gewisse Nähe. Vom Grundansatz her ist aber eine Differenz auszumachen. Schelling sieht die Natur von Anfang an von Geist erfüllt, und diese ursprüngliche Einheit ist lediglich vom Verständnis der Natur, d. h. auch von ihrem Selbstverständnis, wieder einzuholen: Die Natur muss in der Auseinandersetzung mit dem Geistigen und Schöpferischen wieder ganz zu sich selbst kommen, sie muss ihr ursprüngliches Ganzsein wiedergewinnen.

Die modernen Selbstorganisationstheoretiker dagegen sehen eben diese Selbstorganisation als einen in der realen Zeit sich vollziehenden und mit naturwissenschaftlicher Methodik darstellbaren evolutionären Prozess (Gloy 1996). So bewegen sich die meisten Vertreter dieser Konzepte strikt in den Grenzen naturwissenschaftlicher Forschungslogik, innerhalb derer dem ganzheitlichen Anliegen der Romantik nicht entsprochen werden kann. Zumindest muss offen bleiben, ob hier wirklich schon ein Paradigmenwechsel in der naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise eingetreten ist. Aber selbst wenn man hier, wie Rogers, der sich in diesem Zusammenhang auf Prigogine beruft (Rogers 1980a), einen solchen Wechsel sieht, so ist doch zu fragen, ob diese Selbstorganisationsmodelle als paradigmatische Metapher für die Personenzentrierte Therapie fungieren sollten. Denn durch den Verzicht auf eine mechanistische Position und die Betonung eines selbstregulativen Wachstumspotenzials sind diese Modelle noch nicht per se humanistisch im Sinne einer Zentrierung auf die menschliche Person. Sofern diese Modelle nur physikalisch-chemische oder biologische Prozesse beschreiben, sind sie naturalistisch.

Für einen Personenzentrierten Therapeuten dürfte der Nachweis von Wachstumstendenzen auch bei niedrigen Organismen wenig relevant sein. Er ist auf die personhaften Vollzüge des Lebens

zentriert. Für ihn werden in erster Linie die spezifisch personhaften Formen von Selbstverwirklichung und ihre spezifischen Behinderungen von Interesse sein. Und bei der Frage, wie stark strukturierend oder eben wie nicht-direktiv er bei einem Klienten mit dieser oder jener Störung vorgehen muss oder kann, werden ihm hoch allgemeine biologische Theorien keine Antwort geben können. Das therapeutischen Vertrauen in die (natürlich unterschiedlichen) Selbstheilungskräfte von (unterschiedlichen) Patienten ist auf dieser Ebene nicht zu begründen (und auch nicht zu diskreditieren). Die Rechtfertigung einer personzentrierten, die Würde der Person achtenden, die Ressourcen aktivierenden und die Freiheit fördernden Haltung kann nicht auf einer biologischen oder gar physikalischen Ebene erfolgen, sondern nur normativ durch das stringente Konzept eines entsprechenden Menschenbildes und empirisch-wissenschaftlich durch kontrollierte Ergebnisstudien.

Entsprechend „humanistisch“ sollte z. B. auch das Konzept der AT konzeptualisiert werden. Unter humanistischer Perspektive ist die AT nur peripher auch so etwas wie Reifung, vor allem ist sie Selbstbestimmung und Aneignung von Persönlichkeitsstruktur. In der Tat hat sich die Humanistische Psychologie hinsichtlich ihres Menschenbildes, wie schon aus ihren Gründungsmanifesten hervor geht, auf Positionen der Phänomenologie und vor allem der Existenzphilosophie festgelegt (Bühler/Allen 1974). Das bedeutet, dass so etwas wie Selbstwerdung nicht als quasi pflanzenhafte Entfaltung, sondern eher als Intentionalität, also als interessiertes Bezogensein und als Verwirklichung eines Entwurfes, als Wahl eines handlungsleitenden Selbstkonzeptes gedacht werden muss (Sartre 1965). Aus der Perspektive der Humanistischen Psychologie ist die Selbstverwirklichung nicht als ein naturhaft-subjektloses Wachstum, wie selbstorganisiert auch immer, sondern als personaler Akt, als Entscheidungsprozess für das innere Schicksal, als Entschlossenheit für die eigenen Seinsmöglichkeiten zu definieren.

So muss unter einer humanistischen Perspektive auch der Versuch einiger Autoren des Personenzentrierten Ansatzes (neben Rogers selbst 1980a, u. a. Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz 1995; Höger 1993; Kriz 1999), Referenzen bei den Naturwissenschaften zu suchen, als problematisch erscheinen. Hier sind es besonders die Diskurse um Konzepte der Selbstorganisation, wie sie in der Physik und der Biologie geführt werden (Eigen 1987; Prigogine 1979; Prigogine/Stengers 1986; Varela/Maturana/Uribe 1974), auf die im Sinne einer Bestätigung des Aktualisierungsmodells der Personenzentrierten Psychotherapie verwiesen wird. Dabei mag es dem flüchtigen Leser manchmal erscheinen, als würde in den z. B. in der Thermodynamik beobachteten Phänomenen der Selbstregulation von Ordnungszuständen verschiedener Flüssigkeiten fast ein Indiz für die Berechtigung des Selbstheilungspostulats in der Psychotherapie gesehen werden. Selbstregulationsprozesse in der Biologie oder gar in der Physik taugen aber natürlich höchstens als

Metapher, um das, was in den Human- und Kulturwissenschaften mit Selbstbestimmung und Autonomieentfaltung gemeint ist, gewissermaßen gleichnishaft zu veranschaulichen. Zwar wird durch gelegentliche Verweise auf die biologische Forschung noch kein Naturalismus etabliert, aber gerade wo ein solcher nicht intendiert wird, ist der Sinn solcher Verweise zu erläutern.

Selbstorganisationsprozesse werden in der Biologie völlig apersonal und subjektlos gedacht. Die durch Rückkoppelungsprozesse sich selbst steuernde Maschine ist hier oft die leitende Modellvorstellung. Maturana (1982) betont ausdrücklich, dass es sich bei seinen Überlegungen zunächst um eine rein mechanistische Theorie handle (vgl. Weingarten 1993). So würde es sich eigentlich für Vertreter der Humanistischen Psychologie merkwürdig ausnehmen, in solchen maschinentheoretischen Entwürfen eine Referenz für die eigene Position zu suchen. Dieses Problem wird auch dadurch nicht entschärft, dass in Selbstorganisationstheorien, so etwa in den kognitiven Neurowissenschaften der Ursache-Wirkungs-Zusammenhang sehr viel komplexer und weniger eindeutig determiniert konzipiert wird. Denn ein wichtiger Gründungsimpetus der Humanistischen Psychologie bestand ja gerade in einer Rückbesinnung auf das Eigentliche des Menschseins, auf das „Humanum“, auf das Personsein, also auf das, was an ihm gerade nicht „Natur“ ist. Dies implizierte damals ein sich Absetzen von jenem Naturalismus, wie man ihn im Behaviorismus und der frühen Verhaltenstherapie wegen ihrer reflexologischen Konzepte und in der Psychoanalyse wegen ihrer triebenergetischen und deterministischen Vorstellungen verwirklicht sah. Der Begriff „Wachstum“ muss also aus der Perspektive der Humanistischen Psychologie etwas ganz anderes bedeuten als in der Biologie. Wenn man Bezugspunkte dieses Konzeptes außerhalb der Psychologie benötigt, wären sie eher in den Kulturwissenschaften als in der Biologie oder Physik zu suchen.

Die Kulturgeschichte als konstitutives Moment eines humanistischen Ansatzes

Das Besondere des Menschseins, das also, was den Menschen zur Person macht und ihn von Pflanzen und Tieren unterscheidet, besteht in der Möglichkeit, so etwas wie Kultur auszubilden, d.h. zwischen sich und die Welt eine Praxis des Deutens und des Sinngebens zu stellen, und hier zeigt sich vor allem seine Potenz zur kreativen Entfaltung und Selbstbestimmung. Sein je besonderes Verhältnis zur Welt ist dem Mensch nicht einfach unmittelbar, d. h. „von Natur aus“ gegeben, sondern er versucht es in Magie, Mythos und Religion zu bestimmen, zu definieren. Diese Praxis des Deutens und des Sinnsetzens hat ihre Geschichte, die einher geht mit dem Prozess der zunehmend komplexeren Vergesellschaftung des Menschen. Ist nicht in dieser Geschichte von der frühen Steinzeit bis heute eine besonders nachdrücklicher (wenn auch im Ergebnis ambivalenter) Beweis für das Wirken der AT zu sehen? Ist es da noch nötig

aufzuweisen, dass sich in einem sehr entfernten Sinne analoge Tendenzen auch auf biologischer Ebene beschreiben lassen?

Das einzelne Individuum wirkt jeweils an dieser kulturgeschichtlichen Entwicklung mit, gleichzeitig wird es von ihr geprägt. Deshalb ist so etwas wie der organismische Bewertungsprozess auch keinesfalls naturwüchsig, vielmehr ist er auf weite Strecken das Produkt einer Kulturgeschichte. Es gehen in ihn die zivilisationsgeschichtlich bedingten Änderungen und Neubildungen von Mustern des Wertens, Fühlens und Erlebens ein. Die ausgeprägte Abhängigkeit scheinbar ursprünglichen Fühlens und Werterlebens von kultur- bzw. zivilisationsgeschichtlichen Prozessen hat überzeugend Elias (1976) nachgewiesen. Es liegt demnach jeweils eine Täuschung vor, wenn wir etwa in dem Bedürfnis nach Selbstbestimmung und dem Gefühl beglückender Freiheit und Unabhängigkeit den Eindruck eines ganz authentisch-individuellen und unvermittelten Erlebens haben (Jüttemann 1995). Vielmehr handelt es sich hier um ein kulturgeschichtlich vielschichtig vermitteltes Erleben. Der Steinzeitmensch (und auch noch der Mensch vieler Epochen nach ihm) hätte mit der Rede vom Bedürfnis nach Selbstverwirklichung nichts anzufangen gewusst, auch wenn man sich sehr um eine angemessene Übersetzung bemüht hätte. Auch andere Gefühle, wie etwa das der erotischen Liebe, sind in ihren jeweiligen Ausprägungen kulturgeschichtlich geformt. Dennoch erscheinen sie dem einzelnen Individuum wie etwas ganz Originäres, aus ihm selbst Kommendes. Weil die Sozialisation des Menschen zu Strukturbildungen führt, die ihn kulturell Vermitteltes wie unmittelbar Eigenes, wie etwas ganz Organismisches erleben lässt, hat man auch von der Ausbildung einer zweiten Natur als für den Menschen konstitutiv gesprochen (Rath 1994). Wenn der PCA seinem Anspruch, das spezifisch Personhafte zu thematisieren, gerecht werden will, muss er sich in seinen Begründungen vor allem auf diese „zweite Natur“ beziehen und in seinen Konzeptbildungen das Aufeinanderbezogenheit von Individual- und Kulturgeschichte berücksichtigen, dann muss er auch Historische Psychologie sein (Jüttemann 1995). In der Konsequenz einer humanistischen Position liegt natürlich besonders die Berücksichtigung der individuellen Geschichtlichkeit eines jeden Menschen (Zurhorst 1987), die z. B. den Wandel der verschiedenen Facetten der AT im Verlaufe des menschlichen Lebens konzeptualisiert und dabei die AT als das Ergebnis einer sowohl individuellen wie kollektiven, d. h. zivilisationsgesellschaftlichen, Bildungsgeschichte erscheinen lässt.

Im Sinne der Möglichkeit des Menschen zur kulturellen Schöpfung, d. h. im Sinne seiner Fähigkeit zur Kreativität, versteht Schmid (1994) die AT, und er expliziert damit das oben Gesagte hinsichtlich eines für die humanistische Sichtweise sehr bedeutsamen Aspektes. Jenseits aller biologischen Notwendigkeiten wirke im Menschen ein Gestaltungsdrang, der ihn zu den Schöpfungen in Dichtung, Kunst und Wissenschaft führt. Diese Kreativität ist in ihren Erscheinungsformen wiederum nur zu verstehen als Ergebnis der „Wirkungsgeschichte“ von kulturellen Schöpfungen anderer (Gadamer 1975).

Wenn heute von einigen Vertretern des PCA versucht wird, die AT unter systemtheoretischer Perspektive zu beschreiben (Kriz 1999), sollte gerade auf diese Zusammenhänge Bezug genommen werden. Denn konzipiert man das Individuum als selbstorganisiertes System, so ist hinsichtlich der Handlungen und Entscheidungen dieses „Systems“ seine Auseinandersetzung mit der sozialen und kulturellen Umwelt bedeutsam. Allerdings tendieren systemtheoretische Ansätze generell dazu, das System „Individuum“ apersonal und subjektlos zu konzipieren (Habermas/Luhmann 1971), weshalb ihre Übernahme als erklärende Einheiten anthropologischer Konzeptbildungen innerhalb des PCA nicht ganz vorbehaltlos geschehen kann.

Was bedeutet das Konzept der Ganzheitlichkeit im PCA?

Im PCA, aber auch aber auch in der Humanistischen Psychologie allgemein, wird eine holistische Grundorientierung betont. Aber worauf bezieht sich hier so etwas wie Ganzheitlichkeit, was soll hier als ein Ganzes erscheinen?

Als ein Ganzes ist die menschliche Person zu konzipieren, die mehr ist als die Summe ihrer Teile und auch nicht als primär aufgespalten in verschiedene Konfliktsphären zu denken ist (Ein solch holistischer Entwurf widersetzt sich übrigens auch auf methodologischer Ebene den kausal-analytischen Konzepten der Naturwissenschaften). Nun wurde aber schon oben bei den verschiedenen Zitaten von Rogers angedeutet, dass für diesen der Bezugspunkt dieses Ganzen auch in der Natur „als ganzer“, bzw. im universellen Prinzip des Kosmos zu sehen ist: Der Mensch ist demnach nur als Teil einer kosmischen Einheit angemessen zu verstehen. Dieses Konzept einer gleichsam kosmologischen Ganzheitlichkeit spielte auch, wie gezeigt, in der romantischen Naturphilosophie und ihren modernen Folgeerscheinungen (z. B. der New-Age-Bewegung) eine Rolle. Mit der vor allem für den späten Rogers charakteristischen Position eines „mystischen Universalismus“ habe dieser jedoch, so etwa van Belle (1990), eigentlich die Perspektive der Humanistischen Psychologie als „dritter Kraft“ verlassen, zugunsten einer „vierten Kraft“, der Transpersonalen Psychologie.

Es ist nämlich zu bezweifeln, ob ein Konzept universeller Ganzheitlichkeit mit einer humanistischen, d. h. eben auch personalistischen Sichtweise vereinbar ist. Denn der Humanismus, so wie er sich seit der Renaissance entfaltet hat, impliziert einen gewissen Anthropozentrismus: Im Mittelpunkt steht der Mensch als erlebendes und handelndes Subjekt, als verantwortliche Person, als autonomes Individuum. Humanistische Perspektiven sind also personalistisch und subjekttheoretisch geprägt und schon von daher mit Konzepten kosmologischer Ganzheitlichkeit, die konsequenter Weise auch Positionen einer Transpersonalität implizieren, nicht ohne Weiteres vereinbar. Eher dürfte zwischen einem subjekttheoretisch fundierten Personalismus und einem kosmolo-

gischen Transpersonalismus ein gewisser Widerspruch, zumindest eine unaufgeklärte Argumentationslücke, bestehen.

„Ganzheitlichkeit“ kann aber auch bedeuten, dass die Person und ihre Lebensvollzüge möglichst umfassend und nicht reduktionistisch beschrieben und aus einem Sinnnganzen verstanden werden (Bühler/Allen 1974; Thomae 1968). Nur in diesem Sinne einer personalen Einheit kann und muss so etwas wie Ganzheitlichkeit eine Forderung der Humanistischen Psychologie sein (Diese Position wird auch nicht durch die postmoderne Kritik am Konzept personaler Identität unterlaufen; vgl. Kriz 2002).

Für das Menschenbild des PCA dürften so weder ganzheitliche Konzepte der romantischen Naturphilosophie und ihre modernen Varianten noch die reduktionistischen, kausal-analytischen Modellbildungen der Naturwissenschaften angemessene Referenztheorien sein.

Anwendungsorientierte Konkretisierung der „Aktualisierungstendenz“

Das Konzept der AT und das daraus abgeleitete Selbstheilungspostulat sind in der Allgemeinheit, in der sie häufig diskutiert werden, trivial. Kaum ein Behaviorist und kaum ein Psychoanalytiker würde ihnen auf der Ebene solcher Allgemeinheit widersprechen. Brisanz erhält dieses Konzept erst in seiner Konkretion, wenn es darum geht, es sowohl persönlichkeits-theoretisch ausdifferenzieren als auch das therapeutische Vorgehen bei konkreten Patienten zu begründen. Neben der oben genannten Klärung der Differenz von naturhaft-biologischer und subjekthaft-personaler Ebene innerhalb dieses Konzeptes und damit der Förderung seiner Stringenz wie seiner Komplexität wäre es deshalb auch nötig, es stärker zu operationalisieren, um es für die therapeutische Praxis, z. B. für persönlichkeits- und störungsdiagnostische Belange, tauglicher zu machen.

Was leistet das Konzept der AT für die therapeutische Praxis? Was bedeutet es für die Urteilsfindungen und Entscheidungen des Therapeuten? Eine Antwort ist hier von vornherein nahe liegend. Eine praktische Konsequenz dieses Konzeptes ist das Vertrauen des Therapeuten in die Selbstheilungskraft des Patienten. Das bedeutet auch, worauf Rogers (1961a) bereits hinwies, dass der Therapeut sich nicht ständig unter Druck setzt, unmittelbar verändernd eingreifen zu müssen. Er soll nicht forciert etwas bewirken wollen, sondern sich mit einer heilsamen Gelassenheit darauf beschränken, die inneren Bewegungen des Patienten nachzuvollziehen und dessen Selbstauseinandersetzung anzuregen. In diesem Verzicht auf jeden unmittelbaren Änderungszwang ist ein wichtiges Moment der Personenzentrierten Therapie zu sehen. Diese Distanz zu einer technokratischen Kontrollideologie ist auch ein wesentliches Merkmal der Humanistischen Psychologie.

Ein solcher Änderungsoptimismus wirkt Ressourcen mobilisierend und damit therapeutisch konstruktiv. Andererseits könnte es gerade die Überzeugung von der in jedem Patienten unzerstörbar wirkenden Selbstheilungskraft gewesen sein, die einer detaillierten Theoriebildung insofern im Wege stand, als sie überflüssig erschien. Sobald jedoch erwogen wird, ob zumindest bestimmte psychische Störungen eine Behinderung gerade der AT darstellen, ergäbe sich die Modellvorstellungen anregende Frage, welche Aspekte der AT jeweils besonders betroffen sind und welche Aspekte hier überhaupt zu unterscheiden sind.

Darüber hinaus ergäbe sich die Frage, ob und unter welchen Bedingungen das Konzept der AT ein besseres Verstehen des Klienten ermöglicht, ob unterschiedliche Störungen und Lebensverläufe durch die Anwendung dieses Konzeptes besser verstanden werden können. Das Erschließen einer möglichen heuristischen Potenz dieses Konzeptes setzt voraus, es zu präzisieren, das heißt, es detailliert und differenzierend zu beschreiben. Eine solche Beschreibung, die auch immer aus einer humanistischen Perspektive erfolgen sollte, soll hier angeregt werden.

Dies bedeutet auch, das Konzept der AT stärker mit Inhalten zu füllen, die es gestatten, Klienten mit konkreten Störungen und Problemkonstellationen unter einer personenzentrierten Perspektive zu beschreiben. Auch sind Verbindungen zu anderen wichtigen Konstrukten personenzentrierter Theorie herzustellen, z. B. dem der Inkongruenz. Die Inkongruenz impliziert konzeptuell eine zumindest partielle Blockade der AT, hieraus ergeben sich viele störungs- und therapietheoretische Fragen.

Die folgenden Ausführungen sind lediglich als Verdeutlichung der hier beschriebenen Aufgabe zu verstehen, sie wollen nicht schon deren Lösung sein. Höchstens kann hier die Richtung angedeutet werden, in der eine mögliche Lösung zu suchen ist. Aus diesem Grund erfolgt auch die Bezugnahme auf Literaturquellen nur sporadisch und vorwiegend nur auf solche Autoren, die sich relativ früh mit dem jeweiligen Thema beschäftigt hatten.

Das Wirken der AT ist an den Gestaltungen menschlichen Lebens, an der Daseinsführung der Person abzulesen. Drei Äußerungsformen und damit drei Beschreibungsdimensionen der AT sollen hier postuliert werden: das Selbstkonzept, die Lebensthematik und die Bewältigungstechnik.

Das Selbstkonzept als Äußerungsform der AT

Auf der Ebene des subjektiven Erlebens zeigt sich die AT im Selbstkonzept. Dieses ist gewissermaßen die subjektiv erlebnishaft Äußerungsform der AT. Rogers (1961a) hatte im Rahmen seiner Selbstkonzeptforschung ein ideales Selbst von einem realen (wahrgenommenen) Selbst unterschieden und in der (mittels dem Q-Sort erfassten) Änderung der Differenz von Ideal-Selbst und Real-Selbst ein wichtiges Erfolgsmaß für die Psychotherapie gesehen. In der

Dynamik dieser Änderung zeigt sich das Wirken der AT. Blockaden der AT sind als Störungen in diesem Selbstsystem zu interpretieren (Epstein 1984). Für die Belange der therapeutischen Praxis, die ein Verstehen unterschiedlicher Klienten mit sehr unterschiedlichen Störungen nötig macht, ist es erforderlich, differenzierende Kategorien zur Beschreibung des Selbstkonzeptes zu entwickeln (Finke 1994). Diese Aufgabe kann hier nicht geleistet werden. Sie setzt eine Berücksichtigung der Selbstkonzeptforschung ebenso voraus wie eine Betrachtung psychischer Störungen unter personenzentrierter Perspektive. Dabei sind auch verschiedene Beschreibungsdimensionen zu berücksichtigen. Neben mehr inhaltlich ausgerichteten Beschreibungsversuchen, auf deren Wichtigkeit hier besonders hingewiesen werden soll, wäre ein mehr formaler Beschreibungsansatz nach folgenden polar geordneten Kriterien denkbar:

- Die Prägnanz bzw. Vagheit des Selbstkonzeptes
- Die Konstanz bzw. Wechselhaftigkeit des Selbstkonzeptes
- Die Feldunabhängigkeit bzw. Feldabhängigkeit des Selbstkonzeptes
- Die positive bzw. negative Selbstwertzuschreibung (positives vs. negatives Selbstkonzept)

Hinsichtlich des letztgenannten Punktes ist die Diskrepanz zwischen Selbstbild und Leitbild bedeutsam, die ja schon in den frühen Ergebnisforschungen von Rogers als Änderungsmaß eine wichtige Rolle spielte. In dieser Diskrepanz drückt sich sehr unmittelbar die Dynamik der AT aus. In der berühmten, die Selbstaktualisierung umschreibenden Formulierung „das Selbst zu werden, das man in Wahrheit ist“ wird diese Diskrepanz zwischen einem Istzustand und einem angezielten Sollzustand benannt. Eine Diskrepanz zwischen dem Selbstbild und dem Leitbild kann motivierend und anregend wirken, das eigene Ideal doch zu verwirklichen. Eine zu große Diskrepanz kann jedoch auch lähmend und entmutigend sein und damit die Selbstverwirklichung blockieren, insbesondere wenn das Selbstbild primär sehr negativ ist. Eine detaillierte Beschreibung dieser Selbstbild-Idealbild-Dynamik scheint gerade vom Anspruch einer humanistischen Position geboten.

Die Lebensthematik als Äußerungsform der AT

Einen eher objektiven, das heißt für die Perspektive des Außenbeobachters zugänglichen, Ausdruck findet die AT in den bedeutsamen Lebensthemen eines Individuums. Diese Themen spiegeln den Sinnhorizont eines Individuums. Sie zeigen die Bedeutungszuschreibungen des Individuums. Sie geben darüber Auskunft, was ihm als Lebensziel wichtig ist, worin es seine mögliche Erfüllung sieht. Diese Lebensthemen reflektieren auch das, was als der Entwurf eines Daseins beschrieben wurde (Heidegger 1927), und sie geben insofern auch Hinweise auf eine mögliche Entwicklungsrichtung. Die Lebensthemen einer Person kennzeichnen auch ihre zentralen

Bedürfnisse und stehen insofern in Zusammenhang mit den Lebensmotiven (Maslow 1954; Murray 1951; Thomae 1968).

Diese Motive können z. B. definiert werden als der Wunsch nach:

- Muße und Kontemplation
- Anregung und Aktivität
- Sicherheit und Bindung
- Bewundertwerden und Berühmtheit
- Kreativität und Leistung
- Gebrauchtwerden und Anerkanntsein
- Geselligkeit und soziale Integration
- Selbstständigkeit und Individualität

Dies ist nur eine sehr willkürliche, begrenzte Auflistung möglicher Lebensthemen. Die Liste ließe sich, und das ist ihre Problematik, fast beliebig verlängern.

Dazu ist allerdings schon vor längerer Zeit gerade von Autoren aus dem Kreis der Humanistischen Psychologie Wichtiges erarbeitet worden, so z. B. von Bühler/Allen 1974, Maslow (1954) und Thomae (1968). Es käme nun darauf an, unter Rückgriff auf diese Autoren einen Katalog von jenen lebensthematischen Kategorien zu erarbeiten, die besonders für den Personenzentrierten Ansatz bedeutsam sind und auf seine Störungs- und Therapietheorie Bezug nehmen.

Bewältigungstechniken als Äußerungsformen der AT

Für das Realisieren der Entwicklungstendenzen und des Entfaltungspotenzials eines Individuums sind auch seine Bewältigungsstrategien und Lebenstechniken bedeutsam. Diese können die Verwirklichung dieses Potenzials fördern, aber auch behindern. Im letzteren Fall könnte von dysfunktionalen Techniken oder Verhaltensweisen die Rede sein. Ursache solcher dysfunktionaler Verhaltensweisen ist oft eine Inkongruenz, also eine Unvereinbarkeit von verschiedenen Lebensthemen bzw. -bedürfnissen, in deren Dienst diese Bewältigungsstrategien stehen. Hier handelt es sich oft um einen Konflikt zwischen Selbsterhaltung und Selbstentfaltung. Lebenssichernde und bewahrende Tendenzen stehen gegen lebenssteigernde, explorative und kreative Bedürfnisse. Oft behindern Strategien, die im Dienste der ersteren stehen, jede Kreativität und damit oft jede Entfaltung noch nicht realisierter Möglichkeiten. Es lassen sich so den eher regressiven, abwehrenden Techniken progressive, entwicklungsfördernde Verhaltensweisen gegenüber stellen.

Diese Ausführungen sollten, wie gesagt, nur ein kurzer Hinweis auf einen möglichen Aspekt der Entwicklung eines personenzentrierten Begriffsinventars sein. Insgesamt kommt es darauf an, das Konzept der AT so zu operationalisieren, zu konkretisieren und zu spezifizieren, dass es möglich wird, Zustände von Gestörtheit und Lebensverläufe von Klienten unter einer personenzentrierten und humanistischen Perspektive differenzierter als bisher zu beschreiben.

Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M. / Eckert, J. / Schwartz, H.-J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart (Kohlhammer) ⁷1995
- Bergson, H. (1962), *L'energie spirituelle*, Paris (Presses Universitaires de France)
- Bühler, Ch. / Allen, M. (1974), *Einführung in die Humanistische Psychologie*, Stuttgart (Klett) 1972
- Capra, F. (1975), *The Tao of physics*, Bolder Colorado (Shambala)
- Dilthey, W. (1927), *Erleben, Ausdruck und Verstehen*, in: *Gesammelte Schriften*. Bd. VII, Leipzig-Berlin (Teubner)
- Eigen, M. (1987), *Stufen zum Leben*, München (Beck)
- Elias, N. (1976), *Über den Prozeß der Zivilisation*. Bd. 2, Frankfurt/M. (Suhrkamp)
- Emerson, R. W. (1911), *Nature*, London (Harrap)
- Epstein, S. (1984), *Entwurf einer integrativen Persönlichkeitstheorie*, in: Philipp, S.-H. (Hg.), *Selbstkonzeptforschung. Probleme-Befunde-Perspektiven*, Stuttgart (Klett-Cotta) ²1984, 15–45
- Finke, J. (1994), *Empathie und Interaktion – Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*, Stuttgart (Thieme)
- Gadamer, H. G. (1975), *Wahrheit und Methode*, Tübingen (Mohr)
- Gloy, K. (1996), *Das Verständnis der Natur*. Bd. II, München (Beck)
- Goldstein, K. (1947), *Human nature in the light of psychotherapy*, Cambridge (Harvard University Press)
- Habermas, J. / Luhmann, N. (1971), *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie – Was leistet die Systemforschung?*, Frankfurt/M. (Suhrkamp)
- Heidegger, M. (1927), *Sein und Zeit*, Tübingen (Niemeier), 1963
- Höger, D. (1993), *Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung – Die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie*, in: Eckert, J. / Höger, D. / Linster, H. (Hg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*. Bd. 1, Köln (GwG), 17–41
- Jüttemann, G. (1995), *Historische Psychologie in gegenstandskritischer Absicht*, in: Jüttemann, G. (Hg.), *Wegbereiter der Psychologie. Der geisteswissenschaftliche Zugang – von Leibniz bis Foucault*, Weinheim (Beltz/PVU) ²1995, 507–533
- Korunka, C. (2001), *Die philosophischen Grundlagen und das Menschenbild des Personenzentrierten Ansatzes*, in: Frenzel, P. / Keil, W. W. / Schmid, P. F. / Stözl, N. (Hg.), *Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*, Wien (Facultas), 33–56
- Kriz, J. (1999), *Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner*, Wien (Facultas/UTB)
- Kriz, J. (2002), *Was kann „personenzentriert“ am Beginn des 21. Jahrhunderts bedeuten?*, in: Iseli, C. / Keil, W. W. / Korbei, L. / Nemeskeri, N. / Rasch-Owald, S. / Schmid, P. F. / Wacker, P. (Hg.), *Identität – Begegnung – Kooperation, Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*, Köln (GwG), 37–49
- Maslow, A. (1954), *Motivation und Persönlichkeit*, Reinbek (Rowohlt), 1984
- Maturana, H. (1982), *Erkennen: Die Organisation und Verkörperung der Wirklichkeit. Ausgewählte Arbeiten zur biologischen Epistemologie*, Braunschweig (Vieweg)
- Murray, H. A. (1951), *Some basic psychological assumptions and conceptions*, in: *Dialectica* 5, 266–292
- Novalis (von Hardenberg, F.) (1997), *Die Lehrlinge zu Sais*, Stuttgart (Reclam)
- Prigogine, I. (1979), *From being to becoming*, San Francisco (Freeman)
- Prigogine, I. / Stengers, I. (1986), *Order out of chaos: Mans new dialogue with nature*, London (Flamingo)

- Quitmann, H. (1985), Humanistische Psychologie. Zentrale Konzepte und philosophischer Hintergrund, Göttingen (Hogrefe)
- Rath, N. (1994), Jenseits der ersten Natur. Kulturtheorie nach Nietzsche und Freud, Heidelberg (Asanger)
- Rogers, C. R. (1961a), Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, Stuttgart (Klett), 1973
- Rogers, C. R. (1980a), Der neue Mensch, Stuttgart (Klett-Cotta), 1981
- Rogers, C. R. / Wood, J.K. (1974a), Klientenzentrierte Theorie, in: Rogers, C. R., Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie, München (Kindler) 1977, 131–165
- Röska-Hardy, L. (2002), Die Naturalisierung des Geistes, in: Rösen, J. (Hg.), Jahrbuch 2001/2002 des Kulturwissenschaftlichen Institutes im Wissenschaftszentrum NRW, Essen (Eigenverlag), 130–150
- Sartre, J.-P. (1965), Der Existentialismus ist ein Humanismus, Reinbek (Rowohlt)
- Schelling, F. W. J. (1988), Einleitung zu Entwurf eines Systems der Naturphilosophie, Stuttgart (Reclam)
- Schmid, P. F. (1994), Personzentrierte Gruppenpsychotherapie, Bd. 1, Köln (Edition Humanistische Psychologie)
- Steiner, R. (1990), Wie erlangt man Erkenntnisse von höheren Welten?, Dornach (R. Steiner Verlag)
- Thomae, H. (1968), Das Individuum und seine Welt, Göttingen (Hogrefe)
- Van Belle, H. A. (1990), Rogers' later move toward mysticism: Implications for Client-centered therapy, in: Lietaer, G./Rombauts, J./Van Balen, R. (Eds.), Client-centered and Experiential psychotherapy in the nineties, Leuven (Leuven University Press), 47–57
- Varela, F. G./Maturana, H. R./ Uribe, R. (1974), Autopoiesis: The organization of living systems. Its characterization and a model, in: Biosystems 5, 187–196
- Weingarten, N. (1993), Organismen – Objekte oder Subjekte der Evolution?, Darmstadt (Wissenschaftliche Buchgemeinschaft)
- Wingert, L./Kettner, M. (2002), Was macht eine Lebensform human?, in: Rösen, J. (Hg.), Jahrbuch 2001/2002 des Kulturwissenschaftlichen Institutes im Wissenschaftszentrum NRW, Essen (Eigenverlag) 339–342
- Zurhorst, G. (1987), Die Dimension der Subjektivität in der Biographieforschung, in: Jüttemann, G./Thomae, H. (Hg.), Biographie und Psychologie, Springer (Heidelberg), 97–107

Autor:

Finke, Jobst, Dr. med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie. Stellvert. Vorsitzender der ÄGG, Ausbilder in der GwG, Weiterbilder der Ärztekammer Nordrhein. Buchpublikationen: Empathie und Interaktion – Methodik und Praxis der Psychotherapie. Thieme-Verlag. Beziehung und Intervention – Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie. Arbeitsschwerpunkte: Persönlichkeits- und therapie-theorie des PCA, Störungsbezogene Konzepte in der Psychotherapie, Emotionspsychologie.

Korrespondenzadresse:

*Dr. Jobst Finke
Psychiatrische Landes- und Hochschulklinik
Barkhovenallee 171
D-45239 Essen
E-Mail: jobst-finke@uni-essen.de*

Diether Höger und Doris Müller

Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten

Zusammenfassung: In diesem Beitrag soll theoretisch begründet und mit einem Fallbeispiel veranschaulicht werden, wie anhand der von Bowlby und Ainsworth begründeten Bindungstheorie das Beziehungsangebot der Personzentrierten Psychotherapie und dessen Wirksamkeit theoretisch begründet werden kann. Darüber hinaus gibt sie auch für die Praxis entscheidende Hinweise für die Gestaltung therapeutischer Interventionen, die auch unter schwierigen Bedingungen vom Patienten als zugleich empathisch und bedingungsfrei akzeptierend wahrgenommen werden können.

Schlüsselwörter: Klinische Psychologie, Psychotherapieforschung, Wirkannahmen der Gesprächspsychotherapie

Résumé: La théorie de l'attachement comme base pour la réponse empathique à l'offre de relation des patients. Se fondant sur la théorie et l'exemple d'un cas particulier, cet article veut illustrer comment l'offre de relation de la psychothérapie centrée sur la personne et son efficacité peuvent être prouvées théoriquement en se basant sur la théorie de l'attachement établie par Bowlby (1969) et Ainsworth (voir Ainsworth et al. 1978). Par ailleurs, il donne aussi des indications importantes au niveau de la pratique des interventions thérapeutiques. Cette intervention peut être perçue par le patient, comme à la fois empathique et inconditionnellement acceptante même dans des conditions particulièrement difficiles.

Mots clés: psychologie clinique, recherche en psychothérapie, effets de la psychothérapie centrée sur la personne

Einleitung

Nach den von Rogers (1957a; 1959a) genannten sechs Bedingungen für konstruktive Persönlichkeitsveränderungen hängt der therapeutische Prozess vom empathischen Verstehen durch den in der Beziehung zum Patienten kongruenten Therapeuten ab, sofern dies von dessen bedingungsfreier Wertschätzung begleitet ist und vom Patienten¹ auch so wahrgenommen wird. Folgen wir der Definition von Rogers (1959a), dann besteht das empathische Verstehen in der Psychotherapie aus zwei Komponenten:

1. Dem empathischen Verstehen als einer elementaren Funktion der sozialen Wahrnehmung des Menschen (vgl. Bischof-Köhler 1989; 1991) sowie
2. der angemessenen Mitteilung des empathisch Verstandenen an

den Patienten, wobei die Art der Mitteilung dann „angemessen“ ist, wenn sich der Patient akzeptiert und verstanden fühlt.

Nach Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995) ist eines der Indikatorkriterien für Klientenzentrierte Psychotherapie, dass „der Klient das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot zumindest in Ansätzen wahrnehmen und annehmen kann“ (Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz 1995, 155). Wir erweitern diesen Ansatz, denn nach dem Beziehungskonzept von Hinde (1997) ist die therapeutische Beziehung das dialektisch-prozessuale Produkt zweier Beziehungsangebote, nämlich dem des Therapeuten und dem des Patienten. So gesehen ist für den therapeutischen Prozess entscheidend und wird damit zur Aufgabe des Therapeuten, das Beziehungsangebot des Patienten, auch dann, wenn es sich als schwierig und irritierend erweist, empathisch zu verstehen, bedingungsfrei zu akzeptieren und das so Verstandene dem Patienten auf eine Art und Weise mitzuteilen, dass er diese Mitteilung als empathisch und akzeptierend wahrnehmen kann.

¹ Wir wählen der einfacheren Lesbarkeit halber die allgemeine Form, mit der Frauen und Männer gleichermaßen gemeint sind.

Therapeutisch relevante Aspekte der Bindungstheorie

Für diese Aufgabe bietet die dem Klientenzentrierten Konzept in ihrer Fragestellung und Forschungsmethodik weitgehend verwandte Bindungstheorie (Bowlby 1969; Höger 2002) einen theoretisch wie auch empirisch begründeten Orientierungsrahmen. Folgen wir ihr, so lässt sich festhalten:

1. Psychotherapie ist eine bindungsrelevante Situation. Ein Patient, der sich in Psychotherapie begibt, befindet sich in einem Zustand von Kummer und Not, aus dem er sich nicht aus eigener Kraft und Kompetenz befreien kann. Nach der Bindungstheorie ist in einem solchen Zustand sein *Bindungssystem* aktiviert (Bowlby 1988). Ziel eines aktivierten Bindungssystems ist es, eine Situation zu finden, in der sich die Person bei einem anderen Menschen frei von Bedrohung fühlen kann und ein hinreichendes Maß an Hilfe, Schutz und Sicherheit erfährt („secure base“; vgl. Bowlby 1988). Genau das bietet ihm das klientenzentrierte Beziehungsangebot des von bedingungsfreier Wertschätzung begleiteten empathischen Verstehens, allerdings unter der Bedingung, dass der Patient es auch in dieser Weise wahrnehmen kann.

Der Begriff „Bindung“ ist insofern zu relativieren, als er nur einen Teil dessen wiedergibt, worum es bei dem Verhaltenssystem „Bindung“ eigentlich geht. Zwar erklärt er das Phänomen weitgehend überdauernder spezifischer Bindungsbeziehungen zwischen Menschen. Seine durch die Evolutionsgeschichte der Menschheit gegebene *Funktion* ist es jedoch, der Person in Situationen von Kummer und Not die lebensnotwendige Hilfe und Unterstützung durch andere Menschen zu gewährleisten, an die sich zunächst der Säugling und das Kleinkind wenden können. Insofern wäre die Bezeichnung „Notfallsystem“ gleichermaßen sinnvoll. Um die benötigte Hilfe und Fürsorge zu gewährleisten, ist es besonders effizient, eine spezielle Beziehung zu einer begrenzten Anzahl von Personen herzustellen, an die sich die Signale vorzugsweise richten, und die sich dann ihrerseits verantwortlich fühlen und auf diese Signale reagieren, eben die Bindungspersonen. Wie Untersuchungen gezeigt haben, bleibt diese Funktion des Bindungssystems auch im Erwachsenenalter erhalten, auch wenn es sich dann an andere Bindungspersonen richtet (Ainsworth 1985; Feeney 1999; Hazan/Zeifman 1999).

2. Von der sicheren Basis aus kann im Zustand hinreichender Sicherheit die Aktivierung des *Explorationssystems* erfolgen, das seinerseits die Funktion hat, spontan und von sich aus unbekannte, unvertraute und daher ängstigende Aspekte der Welt und damit auch des eigenen Erlebens zu erkunden sowie neue Verhaltensweisen zu erproben. Damit treten konstruktive Veränderungen ein, die Kompetenzen des Patienten im Umgang mit sich selbst und seiner Umgebung erweitern sich; in der Sprache des klientenzentrierten Konzepts: Der entfaltende Aspekt der Aktualisierungstendenz (Höger 1993) greift Platz und Inkongruenz wird reduziert.

Rogers (1951a, 52) hat diesen Sachverhalt schon sehr früh beschrieben: „In der emotionalen Wärme der Beziehung mit dem Therapeuten erfährt der Patient ein Gefühl der Sicherheit, wenn er merkt, dass jede von ihm ausgedrückte Einstellung fast auf die gleiche Weise verstanden wird, wie er sie wahrnimmt, und gleichzeitig akzeptiert wird“. Er sei dann z. B. in der Lage, ein von ihm erfahrenes vages Schuldgefühl zu erforschen oder den feindlichen Sinn bestimmter Aspekte seines eigenen Verhaltens wahrzunehmen und zu verstehen, warum er sich schuldig gefühlt hat und warum er dies vor seinem Bewusstsein leugnen musste.

3. Das aktivierte Bindungssystem des Patienten zeigt sich in dessen Beziehungsangebot an den Psychotherapeuten und besteht insofern aus *Bindungsverhalten*. Dieses ist allgemein definiert als alles Verhalten mit dem Ziel, die Nähe und Zuwendung der Bindungspersonen herbei zu führen, und richtet sich in der Psychotherapie an den Therapeuten. Dieses von außen sichtbare Verhalten ist von inneren Prozessen (Kognitionen, Bedürfnissen und Emotionen) begleitet und wird in seiner jeweils individuellen Eigenart durch die *Bindungsmuster* (Ainsworth/Blehar/Waters/Wall 1978) bestimmt, die üblicherweise als „sicher“, „unsicher-vermeidend“ und „unsicher-ambivalent“ unterschieden und beschrieben werden.

Main (1990) hat diese Bindungsmuster als adaptive Strategien des Bindungssystems interpretiert, die sich im Verlauf der bisherigen Bindungserfahrungen einer Person mit ihren Bindungspersonen (vor allem in ihrer frühen Kindheit) als für die Sicherung der eigenen Existenz relativ optimal erwiesen haben. Diese Bindungserfahrungen beruhen auf der Art und Weise, wie die Bindungspersonen auf die Bindungsbedürfnisse bzw. das Bindungsverhalten und das damit verbundene Erleben dieser Person eingegangen sind. Zusammenfassend werden diese adaptiven Strategien von Main klassifiziert als:

1. *Primäre Strategie*, sofern in der bisherigen Entwicklung die Bindungsbedürfnisse in weitgehend zuverlässiger und vorhersehbarer Weise verstanden und befriedigt worden sind. Sie besteht in der direkten Suche nach (möglichst vertrauten) Personen, die Nähe oder Hilfe gewähren können, und ist verbunden mit dem Vertrauen, deren Zuwendung und Hilfe auch zu erhalten („sicheres“ Bindungsmuster).
2. *Sekundäre Strategien* entwickeln sich, wenn die Bedingungen für das Entwickeln der primären Strategie nicht gegeben waren. Zwei Varianten lassen sich unterscheiden:
 - a) *Deaktivierung des Bindungsverhaltens*: Sie entwickelt sich, wenn Bindungsbedürfnisse konstant frustriert wurden („unsicher-vermeidendes“ Bindungsmuster). Das zugehörige Patientenverhalten kann dann u. a. bestehen:
 - im Vermeiden von Signalen der Hilfsbedürftigkeit,
 - im Zurückweisen von (therapeutischen) Hilfsangeboten,
 - im Unwillen bzw. der Unfähigkeit, das eigene Erleben, insbesondere Gefühle, wahrzunehmen und/oder anderen mitzuteilen und

- im Vermeiden aller Formen von Nähe und Vertrautsein.
- b) *Hyperaktivierung des Bindungssystems*: Sie entwickelt sich, wenn die Befriedigung oder Frustration von Bindungsbedürfnissen durch die Bindungspersonen nicht vorhersehbar war („unsicher-ambivalentes“ Bindungsmuster). Diese Strategie von Patienten zeigt sich in der Therapie u. a.
 - in übersteigerten, d. h. den Therapeuten letztlich überfordernden, Ansprüchen an dessen Zuwendung und Hilfsbereitschaft,
 - in Angst vor Zurückweisung und Verlassenwerden,
 - in Misstrauen in Hinblick auf die Aufrichtigkeit und Zuverlässigkeit des therapeutischen Beziehungsangebots,
 - in widersprüchlichen oder gar paradoxen Kommunikationen von Bedürfnissen nach Hilfe und Zuwendung des Therapeuten (z. B. wenn sich hinter dem Zurückweisen, unfairen Kritisieren und Beschimpfen des Therapeuten letztlich der Wunsch nach Zuwendung und Akzeptiertwerden verbirgt).

Der Vorteil dieses Strategiekonzepts nach Main (1990) ist, dass Personen hinsichtlich ihres Bindungsverhaltens nicht von vorne herein auf einen „Bindungstyp“ festgelegt werden müssen. Vielmehr ist es möglich, notwendige Differenzierungen vorzunehmen, indem einzelne *Verhaltensweisen in bestimmten Situationen* einer der genannten Strategien des Bindungssystems zugeordnet werden. Dann geht es weniger um der Person zugeschriebene Eigenschaften, sondern um deren jeweils aktuelles Verhalten und Erleben.

Konsequenzen für die therapeutische Beziehung

Diese von den bisherigen Bindungserfahrungen der Patienten abhängigen Strategien treten bei aktiviertem Bindungssystem, also vorzugsweise in Situationen von Kummer und Not, in Funktion, also auch und vor allem dann, wenn sich ein Patient in Psychotherapie begibt. Sie bestimmen sein Beziehungsangebot an den Psychotherapeuten und können vor allem als sekundäre Strategien (die bei Psychotherapie-Patienten fast die Regel sind) nur allzu leicht dessen therapeutisches Selbstverständnis bedrohen, Abwehrprozesse bei ihm auslösen und in Form von Problemen der Akzeptanz und des empathischen Verstehens sein klientenzentriertes Beziehungsangebot an den Patienten ernsthaft in Frage stellen. Patienten sind jedoch auf ihre Strategien des Bindungssystems angewiesen, denn sie hatten sich in der frühen Kindheit und in den folgenden Jahren als buchstäblich überlebenswichtig erwiesen, um Zustände des Verlassenseins zu ertragen sowie ein zumindest relatives Optimum an Zuwendung der Bindungspersonen zu erlangen. Dabei sind sie in aller Regel im Bewusstsein nicht symbolisiert und damit der Reflexion nicht zugänglich.

Vor diesem Hintergrund wird die Frage, ob der Patient mit seinem Bindungsmuster auf das ursprünglich von Zuwendung und akzeptierend-empathischem Verstehen bestimmte Beziehungsangebot des Klientenzentrierten Therapeuten eingehen kann, nicht mehr zur Frage nach der *Indikation* für Klientenzentrierte Psychotherapie, sondern statt dessen zur *Herausforderung an den Psychotherapeuten*. Und sie wird dies umso mehr, als es nach dem klientenzentrierten Konzept eindeutig darum geht, das Verhalten und Erleben des Patienten, *genau so, wie es eben ist*, zu akzeptieren und empathisch zu verstehen, und zwar ohne dabei irgend welche Bedingungen zu stellen, wie etwa an dessen Fähigkeit bzw. Bereitschaft zur Selbstexploration.

Auf der Basis der beschriebenen bindungstheoretischen Sichtweise kann der Klientenzentrierte Therapeut

- sich auch ein irritierendes Beziehungsangebot eines Patienten erklären, indem er es auf dessen Bindungserfahrungen zurückführt. Er kann es dann nicht als gegen sich selbst gerichtet, sondern als das Ergebnis einer lebensnotwendigen Adaptation begreifen. Dadurch kann es ihm wesentlich leichter fallen, irritierende Verhaltensweisen eines Patienten nicht als Bedrohung zu erleben, und er kann sie bei aller Schwierigkeit bedingungs-frei akzeptieren;
- wertvolle Hinweise für sein einfühlerisches Verstehen erhalten, indem er die früheren bindungsrelevanten Erfahrungen sowie (vor allem!) die augenblickliche Befindlichkeit des Patienten, d. h. dessen inneren Bezugsrahmen, leichter und besser nachvollziehen kann, selbst wenn dieser ihm persönlich mehr oder weniger fremd ist;
- angemessene therapeutische Handlungsweisen entwickeln, mit denen er dem Patienten das Verstandene in einer Weise mitteilt, die dieser mit seinen (im Bindungsmuster begründeten) Erwartungen und Befürchtungen nicht als bedrohlich erlebt. Sie sollen es ihm darüber hinaus ermöglichen, sich verstanden, akzeptiert und unterstützt zu erleben, so dass er sich in einer zuverlässigen (Bindungs-)Beziehung aufgehoben fühlen kann, in der sein Explorationssystem aktiviert wird und er sich mit all dem, was für ihn an sich selber fremd, irritierend und ängstigend ist (seinen „Inkongruenzen“), auseinandersetzen und es klären kann – worauf schließlich seine therapeutische Veränderung beruht.

Was das empathische Verstehen als eine der sechs von Rogers postulierten Bedingungen für therapeutische Veränderung betrifft, so kann sich das dort angesprochene „Mitteilen“ des empathisch Verstandenen an den Patienten nicht nur auf das Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte (Truax 1961) oder das Sprechen über das Selbst des Patienten (Tausch/Tausch 1979) beschränken. Vielmehr besteht das gesamte verbale und nonverbale Verhalten des Therapeuten aus expliziten wie auch impliziten Mitteilungen – ob er will oder nicht, denn es wird vom Patienten so erfahren. Nach Höger (1995; 2000)

hat Rogers (1959a) versucht, allgemeine Prinzipien therapeutischen Handelns zu beschreiben, und dementsprechend seine sechs Bedingungen auf einem hohen Abstraktionsniveau formuliert. Aus Gründen der Logik *lassen sich daraus konkrete Verhaltensweisen nicht eindeutig ableiten*. Umgekehrt ist es allerdings möglich, konkrete Verhaltensweisen eines Therapeuten in einem gegebenen Kontext darauf hin zu beurteilen, inwieweit sie übergeordneten Prinzipien entsprechen. Vor allem: Patienten erfahren sehr genau – auch wenn sie dies nicht im Bewusstsein symbolisieren – inwieweit sie sich akzeptiert und verstanden fühlen.

Sicherlich können anhand der Bindungstheorie Thesen zur individuellen Genese von Merkmalen des Verhaltens und Erlebens eines Menschen formuliert werden, ebenso für die von psychischen Störungen und Krankheiten. Dies ist jedoch hier nicht unser eigentliches Ziel. Worum es uns vor allem geht, ist das Verstehen des Verhaltens und Erlebens eines Patienten in der therapeutischen Beziehung, insbesondere im jeweiligen Augenblick, wobei „Verstehen“ in zweierlei Sinn gemeint ist: Zum Einen als „erklären können“, zum Anderen um das Einfühlen in die innere Situation des Patienten – wobei letzteres vor allem in der unmittelbaren Interaktion mit dem Patienten bedeutsam ist, ersteres mehr in den Zeiten, in denen wir über unsere Patienten nachdenken.

Konkret kann das z. B. bei einer *deaktivierenden Strategie* bedeuten, dass ein Patient gegenüber dem Hilfsangebot eines Psychotherapeuten skeptisch ist oder es gar rundheraus ablehnt. Ebenso weiß er mit dem Angebot, über sein Erleben zu sprechen, nichts anzufangen. Wenn ein Therapeut auf einem Beziehungsangebot beharrt, das die Kooperationsbereitschaft und Selbstexploration des Patienten voraussetzt, so fehlt es ihm an bedingungsfreier Akzeptanz des Patienten und er bedroht dessen überlebenswichtige adaptive Strategie, nämlich Bindungsverhalten zu unterdrücken und sich statt dessen selbst helfen zu müssen, Gefühle zu vermeiden und sein Bedürfnis nach Nähe abzuwehren. Einem in diesem Sinne bedrohlichen Beziehungsangebot des Therapeuten muss er sich entziehen.

In einer solchen Situation kann der Psychotherapeut dem Patienten sein akzeptierendes Verstehen beispielsweise indirekt mitteilen, indem er die Entscheidung über das (stark personbezogene) Hilfsangebot einer Psychotherapie erst einmal aufschiebt und statt dessen anbietet, zunächst über (das mehr „sachliche“) Symptom bzw. die Probleme und Umstände zu sprechen, die ihn in die Therapie geführt haben (vgl. Reisch 1997; 2002). Das Erleben des Patienten wird er dann nur sehr vorsichtig und lediglich so weit ansprechen, wie dieser sich darauf einlassen kann. Er kann dies beispielsweise tun, indem er beschreibt, wie ihm anstelle des Patienten zumute wäre, und ihm dabei völlig freistellt, zu prüfen, inwieweit dies möglicherweise auch für ihn zutreffen könnte. Er wird ferner sorgfältig darauf achten, in seiner Zuwendung an den Patienten zwar beharrlich zu bleiben, sie aber so zu dosieren, wie dieser sie annehmen kann, ohne dass er Zeichen des Unbehagens und der Distanzierung erkennen lässt.

Hyperaktivierende Strategien hingegen stellen den Psychotherapeuten u. a. vor das Problem, sich mit den übergroßen, oft mit Misstrauen gepaarten Ansprüchen an seine Zuwendung auseinander zu setzen, die der Patient in seiner sozialen Lerngeschichte auch schon anderen Personen gegenüber gezeigt hat. Deren übliche Reaktion war es in der Regel gewesen, auf diese zunächst einzugehen, sich aber dann angesichts der kaum erfüllbaren Ansprüche wieder zurück zu ziehen. Sie taten dies meistens, ohne es näher zu begründen, was ihn in seinen pessimistischen Erwartungen wiederum nur bestätigen musste. Und so bestimmen inzwischen diese pessimistischen Erwartungen die soziale Wahrnehmung eines solchen Patienten und damit auch die Art und Weise, wie er die Interventionen des Therapeuten einordnet. Sein intensiver Wunsch nach Zuwendung besteht zusammen mit der Erwartung, als Person abgelehnt zu werden (Höger 1999), und so misstraut er der Zuwendung des Therapeuten bzw. kann sie erst gar nicht als solche erkennen. Entscheidend für den Therapeuten ist es dann, nicht zu erwarten, seine Zuwendung werde vom Patienten als solche erkannt oder gar durch Dankbarkeit honoriert. Er kann dann, ist die therapeutische Beziehung erst einmal etabliert, akzeptierend mitgeteilte Rückmeldungen darüber geben, welche Reaktionen (positive wie negative) der Patient mit seinem Verhalten beim Psychotherapeuten auslöst. Er kann so dem Patienten ein realistischeres Bild über seine Wirkung auf andere vermitteln, was für ihn wiederum eine Grundlage für ein angepassteres, weil realitätsgerechteres, Verhalten und Erleben gibt.

Insgesamt gesehen geht es darum, dem Patienten in der therapeutischen Beziehung die Möglichkeit zu geben

- korrigierende bindungsrelevante Erfahrungen zu machen und dabei neue Formen der adaptiven Strategien seiner Bindungssystems zu entwickeln und
- seine Erfahrungen, insbesondere die bindungsbezogenen, vollständiger zu symbolisieren und in sein Selbstkonzept zu integrieren.

Die Konsequenz wird für ihn sein:

- eine bessere Nutzung sozialer Ressourcen sowie
- die Steigerung seiner Kompetenzen bei seiner Lebensbewältigung.

Falldarstellung einer Gesprächspsychotherapie

Die folgende Falldarstellung soll zeigen, wie aufgrund des Bindungsmusters und der damit verbundenen Beziehungserwartung einer Patientin das „Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte“ als vorwiegender Ausdruck von Empathie vor allem zu Beginn der Behandlung nicht angemessen war, um das therapeutische Beziehungsangebot für sie erlebbar und annehmbar zu machen. Bezogen auf die Störung sowie die individuelle Eigenart der Patientin erschien hingegen ein alternatives Verhalten angemessen, um

speziell ihr eine „sichere Basis“ zu bieten. Es war auf diese Weise möglich, die Blockade ihrer Aktualisierungstendenz erheblich zu mindern und somit mehr Raum für Entfaltung und autonomes Verhalten entstehen zu lassen. Dabei werden von den Vorgehensweisen vor allem diejenigen dargestellt, die etwas mit den sichtbar gewordenen Bindungsstrategien zu tun hatten.

Zur Vorgeschichte²: Die Patientin war zu Beginn der Therapie Mitte 30, verheiratet, kinderlos und technische Zeichnerin. Ihre Eltern waren sehr jung (18 und 21 Jahre), als sie schnell nacheinander fünf Kinder bekamen, von denen die Patientin das dritte war. Die Familie war sehr arm. Zwischen dem 6. und 12. Lebensjahr hat sehr wahrscheinlich ein kontinuierlicher sexueller Missbrauch stattgefunden, die Patientin konnte aber nur andeutungsweise Mitteilungen machen. Sie hat sich damals ihrer Mutter anvertraut, die ihr aber nicht glaubte und statt dessen drohte, niemand wolle mit ihr zu tun haben, wenn sie solche Geschichten erzähle.

Die Patientin kaute Nägel (was sie immer noch tut), litt als Kind unter Alpträumen und hatte immer panische Angst, wenn der Vater nach Hause kam. Von ihm gab es unberechenbar Schläge. Die einzige positive Erinnerung der Patientin an die Kindheit gilt ihren Besuchen bei der Großmutter mütterlicherseits. Von ihr fühlte sie sich akzeptiert und herzlich behandelt und hier hat sie wohl erfahren, dass es so etwas wie Schutz und Zuwendung gibt.

Die Mutter verschuldete sich regelmäßig beim Spielen und forderte häufig von der Patientin Geld, das sie ihr auch gab, sich dabei aber selbst verschuldete. Später konnte sie sich gegen die Mutter diesbezüglich besser durchsetzen und durch viele Überstunden ihre Schulden zurückzahlen. Jahrelang überforderte sie sich bis zur totalen Erschöpfung, ohne dass sie ihr Befinden spüren konnte.

Schon früh verließ die Patientin das Elternhaus und wohnte in einer Wohngemeinschaft. In dieser Zeit nahm sie Drogen. Auf Veranlassung ihres damaligen Chefs unterzog sie sich einer monatelangen Behandlung in einer psychosomatischen Klinik. Zehn Jahre vor der hier beschriebenen psychotherapeutischen Behandlung wurde die Patientin vergewaltigt. Bald danach hatte sie eine Entzündung, die nicht ausheilte. In der Folgezeit konnte sie nicht mehr gehen, was ihr in der ersten Klinik, in der sie behandelt wurde, als Simulation ausgelegt wurde. Schließlich wurde die Symptomatik in einer anderen Klinik auf die unausgeheilte Entzündung als Ursache zurückgeführt. Die Patientin war damals über ein Jahr lang krank geschrieben.

Die Patientin hat viele Bekannte, für die sie immer da ist. Die Bitte einer Bekannten abzulehnen hat für sie die Bedeutung einer vollständigen Absage an die Freundschaft. Umgekehrt zeigt sie aber für jeden Verständnis, der ihr eine Bitte abschlägt – allerdings

begibt sie sich erst gar nicht in diese Gefahr, indem sie niemanden um Hilfe bittet.

Vor einigen Jahren hatte sich die Patientin sehr eng an eine Frau angeschlossen, die ihr zur wichtigsten Freundin wurde. Ihr gegenüber entwickelte sie, ohne dass sie sich dessen bewusst war, sehr große Erwartungen. Dieser Freundin erzählte sie zum ersten Mal die Geschichte ihres Missbrauchs und der Vergewaltigung, was für sie ganz kurz erleichternd war. Bald danach distanzierte sich jedoch die Freundin. Die genauen Umstände waren nicht zu eruieren, bestätigt hat sich jedoch die Vermutung, dass die Freundin von den relativ plötzlich entstandenen, der Patientin nicht bewussten Riesenerwartungen (bindungstheoretisch entsprechen sie einer hyperaktivierten Strategie des Bindungssystems) völlig überfordert war und sich etwas zurückzog – allerdings ohne die Absicht, die Freundschaft zu beenden. Die Patientin fasste diesen Rückzug aber als totale Absage auf (entsprechend ihrer Vermutung, wie man auf ein „Nein“ von ihr reagieren würde). Sie war überzeugt, die Beziehung zerstört zu haben, und dieser Verlust machte für sie ihr Leben sinnlos.

Psychischer Befund bei Behandlungsbeginn und Diagnose: Die Patientin war nur bedingt emotional ansprechbar und kontaktfähig. Sie war beherrscht von massiven Ängsten, Schuldgefühlen, Verzweiflung und Suizidgedanken, die sie nicht mehr abwehren konnte. Jahrelang war es ihr offensichtlich möglich gewesen, durch Abspalten und Leugnen die Wahrnehmung nicht akzeptierter Gefühle und Konflikte zu vermeiden. Ihre Motivation zur Psychotherapie war ambivalent: Einerseits suchte sie dringend Hilfe, gleichzeitig schämte sie sich wegen ihrer Hilfsbedürftigkeit, so dass sie sich sehr zurückzog. Hier zeigt sich ein Wechsel zwischen hyper- u. deaktivierenden Strategien ihres Bindungssystems.

Die Patientin wurde von der zwanghaften Wahnidee gequält, dass sie die einzige sinnvolle Beziehung ihres Lebens zerstört hat. Ihre Antriebs- und Affektstörungen hatten psychotischen Charakter. Sie können als Ausdruck eines hyperaktivierten Bindungsmusters verstanden werden. Es zeigt sich in ihren heftigen Bindungsbedürfnissen die intensive Suche nach Zuwendung und Unterstützung in der Not, die sie aber gleichzeitig als bedrohlich und gefährlich bewerten muss, denn nach ihren bisherigen Erfahrungen bringt Zuwendung die Gefahr der Ablehnung, des Missverständnisses oder gar des Missbrauchs mit sich. Zum Zeitpunkt des Beginns der Psychotherapie war dementsprechend nach ICD-10 die Diagnose F32.3: Schwere depressive Episode mit psychotischen und somatischen Symptomen auf dem Hintergrund einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Verlauf der Psychotherapie: Die Psychotherapie umfasste insgesamt 110 Sitzungen.

Die *erste Phase* war dem „Überleben“ der Patientin sowie dem Beziehungsaufbau gewidmet und umfasste einschließlich der probatorischen ca. 30 Sitzungen. Diese Phase wird am ausführlichsten

² Aus Datenschutzgründen wurden die Daten verändert, ohne die wesentlichen Merkmale zu beeinträchtigen.

beschrieben, weil hier die Notwendigkeit am größten war, auch mit ungewöhnlichen Interventionen empathisch-akzeptierend auf die spezielle Eigenart der Patientin einzugehen.

Die Patientin meldete sich telefonisch, um einen Termin zum kennen lernen zu vereinbaren. Sie sagte, ihr Hausarzt habe sie gedrängt, sich bei mir³ zu melden. Sie könne ja mal kommen und dann weiter sehen. Entsprechend einer deaktivierenden Strategie gibt sie sich nicht selber als diejenige aus, die Hilfe sucht, sondern als von anderen gedrängt. Ihrer eigenen Hilfsbedürftigkeit misst sie nicht genügend Gewicht bei, vielmehr soll die dringende Empfehlung anderer ihrer Anfrage den nötigen Nachdruck geben. Auch schützt sie sich vor Enttäuschungen, indem sie ihr Bedürfnis nach Hilfe und Zuwendung nicht im Bewusstsein symbolisiert und sich damit nicht zu eigen macht.

Als die Patientin zum Erstgespräch kam, wirkte sie sehr ängstlich, unkoordiniert in ihren Bewegungen, als wisse sie nicht „wohin mit sich“. Ich bot ihr im Therapiezimmer einen Sessel an, konnte aber ihrer Mimik entnehmen, dass sie nicht in der Lage war, Platz zu nehmen. Ich habe dieses Verhalten als hochgradige allgemeine Erregung im Zusammenhang mit einer entsprechenden Aktivierung des Bindungssystems verstanden und ging darauf ein, indem ich ihr anbot, in dem größeren Gruppenraum und der Diele umher zu gehen. Ich selbst setzte mich weit von der Tür weg, um ihr den möglichen „Fluchtweg“ nicht zu blockieren. Damit teilte ich ihr nonverbal mit, dass ich ihr jede Bewegungsfreiheit lasse und sie sich nicht bedroht fühlen muss.

Ohne Blickkontakt aufzunehmen (also unter Vermeiden einer direkten Beziehung), berichtete die Patientin unzusammenhängend, stockend und mit langen Pausen, wie sie die Beziehung zu ihrer besten Freundin kaputt gemacht habe, weil sie ihr etwas erzählt habe. Den (vermeintlichen) Bruch der Freundschaft erlebte sie ganz so, als sei hier die Drohung der Mutter wahr geworden (s. o.). Sie hatte die wahnhaftige Schuldvorstellung, durch das Erzählen ihrer Geschichte die für sie so wichtige Freundschaft zerstört zu haben.

Auf Nachfragen konnte die Patientin nur mit Nicken und Kopfschütteln eingehen. Sie äußerte heftige Zweifel, ob ihr überhaupt jemand helfen könne, aber andererseits werde sie die „Bilder nicht los“ und wisse auch nicht, ob sie das „überhaupt aushalte“. In diesem Verhalten zeigt sich eine charakteristische Mischung aus Hyper- und Deaktivierung des Bindungssystems: „Ich halte das nicht aus“ ist ein äußerst dringender, dabei aber nur indirekter und damit verdeckter Appell an die Zuwendung der Therapeutin. Der fehlende Blickkontakt hingegen, ebenso das stockende und nur andeutende Erzählen, zeigt die deutliche Unterdrückung bzw. Deaktivierung eines direkten, Schutz, Nähe und Zuwendung suchenden Bindungsverhaltens. Früher, so die Patientin, habe sie „immer alles im Griff“

gehabt (auch dies ist als ein charakteristisches Ziel einer auf sich selbst gestellten, das Suchen von Zuwendung vermeidenden Strategie zu sehen). Aus den wenigen Mitteilungen der Patientin konnte geschlossen werden, dass ihr depressive Episoden nicht fremd sind. Allerdings sei es noch nie so schlimm gewesen wie jetzt, dass sie die „Bilder aus der Vergangenheit“ nicht mehr „wegschieben“ könne.

In diesem Erstkontakt war ich eher unsicher, wie intensiv ich mein Beziehungsangebot und meine Bereitschaft, ihr zu helfen, äußern sollte. Ich sagte ihr deutlich, dass ich bereit sei, mit ihr zu arbeiten, auch sei ich sicher, dass sie davon profitieren könne, überließ aber ausdrücklich ihr die Entscheidung. Ich bin aber ziemlich sicher, dass meine Ausstrahlung etwas zurückhaltend war. Zum Einen berücksichtigte ich intuitiv ihre Angst vor Nähe, sicher spielte es aber auch (wie ich bei nachträglicher Reflexion bemerkte) eine Rolle, dass ich die auf mich zukommende harte Arbeit ahnte, falls die Patientin sich zur Therapie entschließen würde – was dann auch tatsächlich zutreffen sollte. Aus meiner heutigen Sicht hätte die Patientin an dieser Stelle ein klareres Signal der Bereitschaft zur Zuwendung gebraucht, denn es dauerte immerhin drei Monate bis sie sich wieder bei mir meldete, und zwar telefonisch mit der Mitteilung, dass sie sich jetzt sofort umbringen wolle.

Der von ihr gewählte Appell löste geradezu zwingend Hilfeverhalten aus. Bei diesem Telefonat äußerte ich zunächst einführendes Verstehen in Bezug auf ihre Sehnsucht nach ewiger Ruhe vor den quälenden Gedanken und Selbstvorwürfen. Dann versuchte ich, sie zu beruhigen und ihr Hoffnung zu geben, um ihr dann konfrontativ mitzuteilen, die Tatsache, dass sie mich angerufen habe, sei ein Beleg dafür, dass sie sich in Bezug auf das Sterben wollen noch nicht so ganz sicher sei. Als nächstes war ich direktiv: Ich schickte sie mit dem Glas voller aufgelöster Schlaftabletten zur Toilette und „befahl“ ihr sozusagen, es auszuschütten – dann würde ich mit ihr weiter sprechen. Das tat die Patientin, und ich konnte mit ihr probatorische Sitzungen verabreden.

Nach der dritten Sitzung meldete sie sich telefonisch, um mir mitzuteilen, dass sie sich nicht mehr aus dem Haus und Autofahren traue. Ich fasste das als einen weiteren, indirekten Hilferuf auf, der mir ihre elementare Hilflosigkeit signalisieren sollte. Mein Angebot von Hausbesuchen nahm sie an. Hausbesuche sind eine bei Psychotherapie eher ungewöhnliche Maßnahme. Meiner Erfahrung nach hat sie sich jedoch bei Patienten mit schweren Störungen und hochgradiger Verunsicherung (vor allem bei psychotischer Symptomatik) sehr bewährt. Sie haben so die Möglichkeit, in der Umgebung zu bleiben, in der sie sich noch am sichersten fühlen. Aus dieser minimalen Sicherheit heraus ist dann der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu einer fremden Person etwas leichter. Eine angedachte stationäre Behandlung lehnte die Patientin kategorisch ab.

Bei den Hausbesuchen (zweimal die Woche) saß sie meist in eine Decke gehüllt in der Küche, so dass zeitweilig von ihr nur die Haarspitzen zu sehen waren. Wenn sie die Haustür öffnete, schaute sie mich nicht an und huschte sofort wieder unter die Decke. Ich

3 Die Ich-Form wird hier gewählt, weil sich der Bericht der Therapeutin D.M. direkt auf ihr eigenes Erleben und Handeln bezieht.

vergewisserte mich am Anfang bei ihr, wo ich mich hinsetzen sollte, und bekam ein Nicken, wenn es passend war. Die Patientin sprach kaum, meine Interventionen waren vor allem beruhigend in dem Sinne, dass ich Dinge sagte, wie „Ich bin da“, „Ich bleibe jetzt eine Stunde“, „Sie müssen im Moment gar nichts tun“, „Es ist völlig in Ordnung, wenn Sie nicht mit mir sprechen wollen“, „Ich werde ganz sicher am ... um ... Uhr wiederkommen“. Wenn es mir gelang, ihre momentane Befindlichkeit in Qualität und Intensität genau zu erfassen, nahm sie kurz Blickkontakt auf und es war eine leichte Entspannung bemerkbar. Sehr erleichtert wirkte sie bei meiner geäußerten Vermutung, dass ihr Schweigen wohl auch damit zu tun habe, dass sie befürchtet, auch den Kontakt zu mir zu verlieren, wenn sie ihre Geschichte erzählt.

Nach und nach konnte sie Bruchstücke von sich mitteilen und war auch bereit, mit mir einen Arzt aufzusuchen, um sich ein Antidepressivum verschreiben zu lassen. Dieses hatte jedoch keine Wirkung, da sich herausstellte, dass sie einen Abführmittelabusus betrieb.

Eines Nachts bekam ich einen Anruf des Ehemannes, die Patientin sei fortgelaufen mit der Absicht, sich umzubringen. Ich besprach mit ihm nötige und mögliche Maßnahmen. Kurz danach gab er „Entwarnung“, denn er hatte sie gefunden. Später stellte sich dann heraus, dass zuvor die Mutter der Patientin sie telefonisch sehr bedrängt hatte.

Bei meinem nächsten Hausbesuch wurde mir die Tür von der Mutter der Patientin geöffnet, die mich sogleich beschimpfte, dass ich ihrer Tochter nicht helfe. Die Patientin war nicht am gewohnten Platz unter ihrer Decke. Statt dessen fand ich sie schließlich woanders, in einer Ecke zusammengekauert, zitternd vor Angst. Ich sagte ihr, dass ich jetzt die Mutter aus dem Haus werfen werde, was sie mir nicht glaubte, denn sie hielt die Mutter für „allmächtig“. Es gelang mir aber, die Mutter buchstäblich durch die Haustür hinaus zu schieben. Diese Aktion erwies sich insofern als für die Patientin empathisch, als sie ihr so dringend benötigtes Vertrauen förderte, dass ich jemand sein könnte, bei dem sie sich einigermaßen sicher fühlen kann. Zudem hatte sie direkt erleben können, dass ihre Mutter nicht unbesiegbar ist. Auch diese Art des Handelns im Rahmen einer Psychotherapie mag befremdlich erscheinen: Meine Erfahrung bei schwer beeinträchtigten Patientinnen und Patienten ist, dass das aktive Schützen vor bedrohlichen Bezugspersonen die Herstellung der „sicheren Basis“ fördert.

In der Folge wurde ich eine kürzere Zeit lang mit Telefonaten der Eltern der Patientin überhäuft, denen ich sehr entschieden klar machen musste, dass ich mich mit ihnen nicht über ihre erwachsene Tochter unterhalte.

Da ich ein paar Wochen nach diesen Ereignissen einen längeren Urlaub geplant hatte, die Patientin aber nach wie vor als körperlich und seelisch sehr instabil und suizidgefährdet einschätzte, motivierte ich sie zu einem Klinikaufenthalt. Als einen während meiner Abwesenheit greifbaren Anhaltspunkt für die Kontinuität

der therapeutischen Beziehung gab ich ihr zum Abschied ein „Übergangsobjekt“ (ein Marmorei, das sich rund anfühlt und zum Festhalten dienen kann) und beschrieb ihr die Stationen meiner Urlaubsreise. Es ging mir in dieser Phase darum, dass sich die Patientin aus der Beziehung zur Therapeutin Stabilität und akzeptierende Zuwendung versprechen und sie sich darauf, wenn auch vorsichtig, einlassen kann. Gleichzeitig war es für mich bei allen Interventionen besonders wichtig, der Patientin stets größtmögliche Selbstbestimmung zu ermöglichen und sie dabei zur Selbstwahrnehmung zu ermuntern: „Was tut mir gut?“, „Was kränkt mich?“, was sich in dieser Phase insbesondere auf das Erleben von Nähe und Distanz bezog.

Die *zweite Phase* der Therapie mit ca. 25 Sitzungen war vorwiegend den sozialen Ängsten der Patientin und deren Reduzierung gewidmet. Von nun an war neben „empathischem Handeln“ zunehmend das traditionelle gesprächspsychotherapeutische Vorgehen zur Förderung von Selbstwahrnehmung und Selbstexploration möglich und sinnvoll.

Die Patientin war neun Monate in der Klinik gewesen. Leider hatte ich versäumt, mit ihr eine Vereinbarung über ein eventuelles Kontakthalten während der Zeit des Klinikaufenthalts zu treffen. (Normalerweise biete ich in solchen Fällen an, nach Absprache schriftlich, fernmündlich oder per Besuch zu signalisieren, „Ich bin im Hintergrund da“.) So war ich etwas unsicher, ob ich mich melden soll. In jedem Falle wollte ich vermeiden, dass sie sich von mir nach der Art ihrer Mutter bedrängt fühlt. Schließlich schrieb ich ihr nach einiger Zeit einen Brief, in dem ich ihr – neben den üblichen Genesungswünschen – mitteilte, dass ich, wenn sie das wünscht, bereit bin, nach dem Klinikaufenthalt mit ihr weiter zu arbeiten. Sie wandte sich dann auch wieder an mich und erschien in erheblich besserer psychischer und körperlicher Verfassung (ohne psychotische Symptome) und war in der Lage zu sprechen.

Von ihren Problemen standen nun die sozialen Ängste (die Patientin ist in ihrem kleinen Ort sehr bekannt und steht unter dem Druck, ein dreiviertel Jahr Klinik „rechtfertigen“ zu müssen), Versagensängste (vor allem im Zusammenhang mit ihrer Wiedereingliederung in die Berufstätigkeit) und die Borderline-Persönlichkeitsstruktur im Vordergrund. Die Patientin war weiterhin für drei Monate krank geschrieben, danach aber sollte ihre berufliche Wiedereingliederung erfolgen.

Aus Angst, Bekannten zu begegnen, ging die Patientin zunächst wieder nicht aus dem Haus (fuhr aber Auto, so dass sie zu mir in die Praxis kommen konnte). Nach dem langen Klinikaufenthalt und ohne einen strukturierten Arbeitstag war sie außerdem nicht in der Lage, ihren Alltag zu organisieren. In den nächsten drei Monaten mit wöchentlich zwei Sitzungen machten wir Pläne zur Strukturierung ihres Alltags und „eroberten“ das soziale Umfeld. Ein paar Mal fuhr ich wieder zu ihr, um zunächst mit ihr zusammen im Dunkeln außer Haus zu gehen, später im Hellen, bis sie wieder alleine

ausgehen konnte und beispielsweise wieder das Einkaufen wagte. Auf diese Weise konnte sie im Schutz einer Bindungsperson für sie bedrohliche Situationen explorieren. Nach etwa zwei Monaten fand sie auch wieder ihren eigenen Tagesrhythmus.

In Bezug auf die nach und nach sich bei ihr wieder einstellen- den zahlreichen Bekannten, die sehr schnell wieder auf die große Hilfsbereitschaft der Patientin zählten, bekam sie von mir konkrete Anregungen zu „kommunikativen Selbstschutzmaßnahmen“, z. B. nicht gleich „ja“ zu sagen, sondern statt dessen: „Ich werde es mir überlegen und Bescheid geben“. Eine m. E. besonders wichtige Art der Intervention in dieser Phase waren Informationen, indem ich der Patientin ab und zu verschiedene menschliche und zwischen- menschliche Zusammenhänge aufzeigte und ihr beispielsweise erklärte, dass es leichter sei, die Dinge anzupacken, vor denen sie eher wenig Angst hat, als gleich mit dem bedrohlichsten Vorhaben zu beginnen; oder: dass es nicht (wie ihre Mutter ihr zeitlebens ver- mittelt hatte) egoistisch sein muss, zu müde für eine gemeinsame Unternehmung zu sein.

Die *dritte Phase* mit etwa 40 Sitzungen galt der beruflichen Wieder- eingliederung, der vertieften Selbstexploration und der Kontakt- aufnahme der Patientin mit ihrer Mutter. Um ihre Berufstätigkeit wieder aufzunehmen, begann sie zunächst halbtags zu arbeiten. Zuvor hatte sie einige Angsthürden (z. B. Gespräche mit Vorgeset- zen, Vorstellung in der Firma) zu überwinden. Unter großer Scham bekannte sie, bei ihrer früheren Berufstätigkeit von Kollegen kriti- siert worden zu sein, konnte sich aber nicht denken, weshalb. Jetzt, in der neuen beruflichen Anfangszeit, war es für sie hilfreich, von der Psychotherapeutin zu hören, wie ihre Verhaltensweisen auf sie wirken. Dies erleichterte es der Patientin, einen Perspektivenwech- sel vorzunehmen, was sie diplomatischer werden ließ.

Die größte Angst hatte die Patientin vor zukünftigen Begegnun- gen mit ihrer Mutter. Seitdem die Mutter während der psychotischen Phase der Patientin zwangsweise das Haus verlassen musste, hatte die Patientin mit ihr keinerlei Kontakt mehr gehabt. Sie befürchtete nach wie vor, sie werde, wenn sie Kontakt mit der Mutter aufnehmen würde, nicht in der Lage sein, sich abzugrenzen, und statt dessen ihrer „Inbesitznahme“ ausgeliefert sein. Von ihren Geschwistern wurde sie jedoch unter Druck gesetzt, sich mit der Mutter in Verbin- dung zu setzen.

Als empathische, weil auf ihre innere Situation akzeptierend eingehende, Interventionen wurden mit ihr „Sicherheitsstrategien“ entwickelt (z. B. Planung einer für sie günstigen Sitzordnung bei eventuellen Familientreffen, die Möglichkeit stützender Anrufe bei mir). Die Tatsache, dass sich die Patientin mit ihrer Angst von mir ernst genommen sah, führte dazu, dass sie ihre Angst überhaupt zum ersten Mal akzeptieren konnte, ohne sich deshalb als Versa- gerin zu fühlen, und dass sie auf diese Weise Bedrohungen besser begegnen konnte. In diesem Zusammenhang war sie auch zum ers- ten Mal in der Lage, anderen ihre Befürchtungen mitzuteilen und es

zuzulassen, von anderen unterstützt zu werden. Ihre Begegnungen mit der Mutter bewältigte die Patientin zunehmend souverän, was ihr große Erleichterung verschaffte. Entsprechend stand in den Therapiesitzungen die Bearbeitung der Beziehung zur Mutter immer mehr im Vordergrund, und es war ihr dann auch möglich, positive und negative Gefühle der Mutter gegenüber wahr- und ernst zu nehmen. Sie konnte ansatzweise der Mutter die Verantwortung für deren eigenes Leben überlassen und gleichzeitig einen Weg für sich selbst finden, um sich eigenverantwortlich um sich zu kümmern und mit geringerer Angst der inneren und äußeren Mutter zu be- gegnen.

Insgesamt war in dieser Phase die übliche gesprächspsycho- therapeutische Förderung der Selbstexploration deutlich vorherr- schend.

Die *vierte und Abschlussphase* umfasste ca. 15 Sitzungen mit größe- ren Abständen dazwischen. Die Aussicht auf das Ende der Behand- lung erlebte die Patientin wieder sehr ambivalent: Einerseits konnte sie rückblickend eher selbstwertschätzend wahrnehmen, was sie im Laufe der drei Jahre geleistet hatte – anstatt wie früher ihre Inan- spruchnahme von Psychotherapie immer nur als Anzeichen ihres Versagens anzusehen. Dem entsprechend freute sie sich auf ihre neue und andersartige Selbstständigkeit. Andererseits versuchte sie, sich vor dem aktiven Abschiednehmen zu drücken, indem sie Termine absagte und sich dann zunächst erst nicht mehr meldete. Ich musste dann wieder auf sie zugehen.

In dieser Abschiedsphase war es bei der Bearbeitung der noch wirksamen Selbstwertproblematik das vorrangige Ziel, auch durch Rückmeldungen von mir eine weitere Stärkung ihres Selbstwertge- fühls sowie die Festigung der bisher erzielten Erfolge zu erreichen („Ich erlebe sie zur Zeit ...“). In Vorbereitung auf den Abschied bekam sie von mir das Angebot, sich auch nach Ablauf der von der Kasse bewilligten Sitzungen wieder melden zu können, falls sie meine Unterstützung brauche.

Abschließende Bemerkungen

Die gesamte beschriebene Psychotherapie kann man als Stabili- sierung ansehen, bei der das Herstellen einer sicheren Basis durch empathiegeleitetes Handeln im Vordergrund stand. Dabei galt es vor allem, die für die Patientin problematischen Strategien ihres Bindungssystems zu berücksichtigen und die therapeutischen Interventionen entsprechend zu gestalten. Im einzelnen geschah dies in diesem Falle durch

- Berücksichtigen der nonverbalen Signale der Patientin,
- feinfühliges Gestalten von räumlicher Nähe und Distanz,
- aktives Beruhigen,
- Hausbesuche,
- aktives Beschützen gegen Übergriffe von außen,

- Begleiten beim Aufsuchen bedrohlicher Situationen und
- gezieltes Informieren.

Die so gestaltete sichere Basis war Voraussetzung für die Exploration des Selbst, die genauere Symbolisierung der Erfahrungen sowie die Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten der Patientin.

Eine Bearbeitung der sich in der Entwicklungsgeschichte der Patientin abzeichnenden Traumata fand nicht statt, denn auf jede vorsichtige Annäherung an derartige Themen reagierte die Patientin mit Destabilisierung, Angst, Unruhe und heftigem Widerstand. Gleiches galt für ihre frühere Krankheitsphase. Auch die Mutter-Tochter-Beziehung konnte nicht abschließend bearbeitet werden. Es kann als sicher gelten, dass die Patientin hierfür eine weitere psychotherapeutische Behandlung benötigt. Sicher ist aber auch, dass ihre jetzige Erfahrung, bedingungsfrei akzeptiert, verstanden und unterstützt zu werden, es ihr erleichtern wird, Hilfe und Unterstützung zu suchen, falls wieder ein Leidensdruck entstehen sollte, und noch mehr Mut zur Selbstexploration aufzubringen.

Die Ergebnisse der Bindungstheorie stützen und ergänzen die von Rogers (1959a) formulierten Bedingungen für konstruktive therapeutische Veränderungen und geben einen fruchtbaren Rahmen für ein kreatives Ausweiten der Möglichkeiten therapeutischer Interventionen. Entscheidend ist dabei weniger, was ein Klientenzentrierter Psychotherapeut tut, sondern der Zusammenhang, in dem dies geschieht, ebenso wie die Art und Weise, wie er es tut, nämlich kongruent und empathisch-akzeptierend, und dies so, dass es vom Patienten auch so erlebt wird.

Literatur

Ainsworth, M. D. S. (1985), Attachments across the life span, in: Bulletin of the New York Academy of Medicine 61, 792–812

Ainsworth, M. D. S./Blehar, M. C./Waters, E./Wall, S. (1978), Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation, Hillsdale, N. J. (Erlbaum)

Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J./Schwartz, H.-J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart (Kohlhammer) 1995

Bischof-Köhler, D. (1989), Spiegelbild und Empathie. Die Anfänge der sozialen Kognition, Bern (Huber)

Bischof-Köhler, D. (1991), The development of empathy in infants, in: Lamb, M. E. / Keller, H. (Eds.), Infant development: Perspectives from German-speaking countries, Hillsdale, NJ (Erlbaum), 245–273

Bowlby, J. (1969), Attachment and loss, Vol. 1: Attachment, New York (Basic Books); dt.: Bindung, München (Kindler) 1975

Bowlby, J. (1988), A secure base. Clinical applications of attachment theory, London (Routledge)

Feeney, J. A. (1999), Adult romantic attachment and couple relationships, in: Cassidy, J./Shaver, P. R. (Eds.), Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications, New York (Guilford), 355–377

Hazan, C./Zeifman, D. (1999), Pair bonds as attachments. Evaluating the evidence, in: Cassidy, J./Shaver, P. R. (Eds.), Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications, New York (Guilford), 336–354

Hinde, R. A. (1997), Relationships. A dialectical perspective, Hove (Psychology Press)

Höger, D. (1993), Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung - die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, in: Eckert, J./Höger, D./Linster, H. (Hg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Band 1. Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts, Köln (GwG), 17–41

Höger, D. (1995), Unterschiede in den Beziehungserwartungen von Klienten. Überlegungen und Ergebnisse zu einem bindungstheoretisch begründeten und empathiebestimmten differentiellen Vorgehen in der Klientenzentrierten Psychotherapie, in: GwG-Zeitschrift 100, 47–54

Höger, D. (1999), Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). Ein Verfahren zur Erfassung von Bindungsstilen bei Psychotherapie-Patienten, in: Psychotherapeut 44, 159–166

Höger, D. (2000), „Ist das noch GT, wenn ich ...?“ – Was ist eigentlich Gesprächspsychotherapie?, in: Psychotherapeuten Forum. Praxis und Wissenschaft 7, 5–17

Höger, D. (2002), Rogers und die Bindungstheorie, in: Person. Internationale Zeitschrift für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung 5, 42–45

Main, M. (1990), Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies, in: Human Development 33, 48–61

Reisch, E. (1997), Somatisierungsstörung, in: Eckert, J./Höger, D./Linster, H. W. (Hg.), Praxis der Gesprächspsychotherapie. Störungsbezogene Falldarstellungen, Stuttgart (Kohlhammer), 118–130

Reisch, E. (2002), Zur Arbeit mit Personen mit psychosomatischen Störungen, in: Keil, W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie, Wien (Springer), 551–562

Rogers, C.R. (1951a), Client-centered therapy, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Die klient-bezogene Gesprächstherapie, München (Kindler) 1973

Rogers, C.R. (1957a), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: Journal of Consulting Psychology 21, 2, 95–103; dt.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: Rogers, Carl R./Schmid, Peter F., Personenzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz (Grünwald) 1991; 2000, 165–184

Rogers, C.R. (1959a), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (ed.), Psychology. A study of science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 1959, 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987, 1991

Tausch, R./Tausch, A.-M. (1979), Gesprächs-Psychotherapie. Einfühlsame hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichem Leben, Göttingen (Hogrefe) 1979

Truax, C. B. (1961), A scale for the measurement of accurate empathy, in: Psychiatric Institute Bulletin I, 12

Autor/Autorin:

Diether Höger, 1936, Dr., Univ.-Prof. (emer.) für Psychologie an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Bielefeld, Klinischer Psychologe, Psychotherapie, Ausbildung und Qualifikation als Ausbilder in Gesprächspsychotherapie. Schwerpunkte: Psychotherapieforschung (insbesondere therapeutische Beziehung) und Bindungstheorie.

Doris Müller, 1945, Dipl.-Psych., niedergelassene Psychotherapeutin, Supervisorin, Notfallpsychologin PECON, Ausbilderin GwG, Dozentin in der Erwachsenenbildung.

Korrespondenzadressen:

*Univ.-Prof. Dr. Diether Höger
Barlachstraße 36
D-33613 Bielefeld
E-Mail: diether.hoeger@uni-bielefeld.de*

*Dipl.-Psych. Doris Müller
Danzigerstraße 13
D-86842 Türkheim
E-Mail: mueller.d.a@t-online.de*

Elisabeth Zinschitz

Beziehung: Ein tausendfach reflektierender Spiegelsaal

Kontakt und Wahrnehmung als beziehungsgestaltende Elemente¹

Zusammenfassung: Ziel dieses Artikels ist es, Überlegungen darüber anzustellen, welche Grundfähigkeiten der Mensch haben muss, um überhaupt von einer therapeutischen Beziehung profitieren zu können. Die personenzentrierte Literatur beschäftigt sich in erster Linie mit den vom Therapeuten zu erfüllenden Bedingungen der Empathie, Akzeptanz und Kongruenz. Hier jedoch liegt das Augenmerk auf der ersten und sechsten Bedingung, die vom Klienten erfüllt werden müssen und in denen es um Kontaktfähigkeit und Wahrnehmung geht. Im Folgenden wird zuerst die personenzentrierte und dann die entwicklungspsychologische Perspektive herangezogen, um zu verstehen, welche Fähigkeiten für diese beiden Funktionen erforderlich sind. Abschließend wird noch überlegt, dass diese Erkenntnisse für die psychotherapeutische Arbeit mit geistig behinderten und psychotischen Klienten von Interesse sein können.

Schlüsselwörter: Beziehung, Kontakt, Wahrnehmung, Rogers' erste und sechste Bedingung

Résumé: La relation : Une galerie des glaces aux mille reflets. Contact et perception en tant qu'éléments constitutifs de la relation. Le but de cet article est de réfléchir aux conditions de base qu'une personne doit réaliser pour pouvoir profiter d'une relation thérapeutique. La littérature centrée sur la personne s'occupe en premier lieu des conditions d'empathie, d'acceptation et de congruence à remplir par le thérapeute. Ici en revanche, l'accent est mis sur la première et la sixième condition thérapeutique qui appartient au client : la capacité de contact et de perception. Ensuite l'auteur, en vue de comprendre les capacités requises pour remplir ces deux conditions, s'arrête sur la perspective de l'approche centrée sur la personne, puis sur celle de la psychologie du développement. Pour terminer il remarque que ces considérations pourraient être intéressantes pour le travail psychothérapeutique avec des clients handicapés mentaux et psychotiques.

Mots clés: relation, contact, perception, la première et la sixième conditions de Rogers

Kontakt und Wahrnehmung

In seiner Formulierung der sechs Bedingungen für eine Beziehung, die therapeutische Veränderung hervorrufen soll, beginnt und endet Rogers mit zwei grundlegenden Elementen jener Fähigkeit, die der Mensch für soziale Interaktion und für das In-der-Welt-Sein überhaupt braucht: Damit zwei Menschen eine therapeutische Beziehung haben können, müssen sie miteinander in Kontakt sein und

einander wahrnehmen. Wenn wir also über Kontakt und Wahrnehmung sprechen, dann beschäftigen wir uns mit der therapeutischen Beziehung. Im Folgenden soll erörtert werden, welche Grundbedingungen der Mensch überhaupt braucht, um zu einem anderen Menschen Kontakt herstellen oder ihn wahrnehmen zu können.

1. Zwei Personen befinden sich in Kontakt.
2. Die erste Person, die wir Klient nennen, befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz; sie ist verletztlich oder voller Angst.
3. Die zweite Person, die wir den Therapeuten nennen, ist kongruent in der Beziehung.
4. Der Therapeut empfindet bedingungslose positive Beachtung gegenüber dem Klienten.

¹ Ein Teil dieses Artikels erschien unter dem Titel „Contact and perception in client-centred therapy with clients with learning disabilities“, in: Wyatt, G./ Sanders, P. (Eds.) (2002), Rogers' therapeutic conditions. Vol 4: Contact and perception, Ross-on-Wye (PCCS Books) 133–152.

5. Der Therapeut erfährt empathisch den inneren Bezugsrahmen des Klienten.
6. Der Klient nimmt zumindest in geringem Ausmaße die Bedingungen 4 und 5 wahr, nämlich die bedingungslose positive Beachtung des Therapeuten ihm gegenüber und das empathische Verstehen des Therapeuten (Rogers 1959a, 40).

In seiner Formulierung der ersten Bedingung spricht Rogers von Kontakt zwischen „zwei Personen“. In der sechsten Bedingung jedoch ist nur die Rede vom Klienten, der die Bedingungen, die ihm vom Therapeuten angeboten werden, wahrnehmen muss, damit eine Veränderung überhaupt stattfinden kann. Im Falle eines Kontakts beschäftigen wir uns demnach mit beiden in einer gemeinsamen Aktivität involvierten Personen, bei der Wahrnehmung liegt das Augenmerk auf dem Klienten als Empfänger, während der Therapeut als Sender Empathie und bedingungslose positive Wertschätzung anbietet. Die Tatsache, dass die Wahrnehmung eine Aktivität des Empfängers ist, wird relevant, wenn wir uns anschauen wollen, welche Fähigkeiten dafür erforderlich sind.

In diesen Überlegungen werde ich auf die klientenzentrierte Therapietheorie und Philosophie zurückgreifen. Auch wenn entwicklungspsychologische Perspektiven nicht ursprünglich Teil des traditionellen personenzentrierten Denkens² sind, werde ich mich ebenfalls auf Wissen über die menschliche (neuro-)biologische und psychologische Entwicklung beziehen. Zu Beginn soll aufgezeigt werden, wie Kontakt und Wahrnehmung innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes definiert werden, um zu schauen, was notwendig ist, damit der Klient mit dem Therapeuten in Kontakt sein und dessen Beziehungsangebot wahrnehmen kann. Dann wird die Entwicklung von Fähigkeiten im Bereich der Sinne und der Kognition beleuchtet.

Diese Überlegungen können nützlich sein, um ein genaueres Verständnis von der therapeutischen Beziehung allgemein, aber insbesondere auch neue Erkenntnisse über die Gestaltung dieser Beziehung mit geistig behinderten oder psychotischen Klienten zu gewinnen. Hier werde ich mich jedoch nur auf die Erörterung von Kontakt und Wahrnehmung beschränken.³

Kontakt und Wahrnehmung in der Personenzentrierten Psychotherapie

Eine umfangreiche Besprechung der Art und Weise, wie Kontakt und Wahrnehmung in der personenzentrierten Literatur diskutiert werden, würde den Rahmen dieses Artikels sprengen. Deshalb habe

ich hier drei Autoren ausgewählt, deren Betrachtungen bezüglich des Themas meinen Überlegungen am nächsten kommen. Einerseits eignen sich Rogers' Definitionen als Grundlage für die Diskussion; andererseits beziehe ich mich auf Olaf de Haas, der die Wechselseitigkeit von Kontakt hervorhebt; drittens hat Prouty eine sehr detaillierte Kontaktphilosophie herausgearbeitet, die sogar die Arbeit mit Klienten, welche lediglich ein sehr basales Niveau von Kontaktfähigkeit haben, möglich macht. Zum Zwecke der Deutlichkeit werde ich auch das unterschiedliche, aber teilweise auch überlappende Verständnis der Begriffe Wahrnehmung, Gewährwerdung und Bewusstsein bei diesen drei Autoren näher beleuchten.

Kontakt

In Definition 27 schreibt Rogers, „Menschen befinden sich in psychologischem *Kontakt* oder haben das Minimum an Beziehung, wenn sie eine offene oder unterschwellig *wahrgenommene* Veränderung des Erlebnisfeldes des anderen erzeugen“ (Rogers 1959a, 34, Hervorhebungen durch die Autorin). Er meint also, dass Kontakt und Wahrnehmung unmittelbar zusammenhängen. Weiter betrachtet Rogers Kontakt als ein grundlegendes Element, ja sogar als Ausgangspunkt jeder Beziehung. Er vermerkt: „Der vorliegende Begriff wurde ausgewählt, um deutlich zu machen, dass es sich um das Erfahrungsmilieu handelt, das man Beziehung nennen kann“ (ebd.).

Mehr zu diesem Thema findet sich bei de Haas (1991, 370–371); er schreibt, dass Beziehung aus zwei Dimensionen besteht, nämlich einer *Kontaktdimension*:

„Zwei Menschen sind miteinander in Kontakt, unter der Voraussetzung, dass sie sich einander gegenüber öffnen. Kontakt impliziert eine Bereitschaft, sich dem Einfluss des anderen auszusetzen. Der Kontakt wird dann unterbrochen, wenn einer sich dem anderen verschließt. [...] Indem sie sich gegenseitig einander gegenüber öffnen oder verschließen, regulieren Menschen sowohl die Intensität als auch die Art ihres Kontaktes. Guter Kontakt [...] verlangt, dass man sich subtil aufeinander einstimmt, sowohl wenn man sich öffnet als auch wenn man sich verschließt“⁴.

und einer *Interaktionsdimension*:

„Wir sprechen von Interaktion, wenn zwei (oder mehrere) Personen versuchen, sich bezüglich ihres verbalen oder nonverbalen Verhaltens solcherart aufeinander abzustimmen, dass man einerseits von gegenseitiger Beeinflussung, andererseits von Anpassung aneinander sprechen kann.“

In seinen weiteren Betrachtungen über therapeutische Interventionen konzentriert sich de Haas lediglich auf die Bemühungen des Therapeuten, sich dem Klienten gegenüber zu öffnen, um ihn akzeptieren zu können. Seine Aufmerksamkeit gilt nicht dem Klienten, und ebenso wenig beschäftigt er sich damit, wie dieses Sich-Öffnen

2 Im deutschsprachigen Raum hat in der Zwischenzeit insbesondere Eva-Maria Biermann-Ratjen die entwicklungspsychologische Perspektive mehrfach und ausdrücklich angemahnt und eingenommen (z. B. Biermann-Ratjen 1996; 2002).

3 Für eine ausführlichere Betrachtung zur Arbeit mit geistig behinderten und psychotischen Klienten siehe die in Fußnote 1 zitierte Arbeit.

4 Übersetzung von der Autorin dieses Artikels.

zustande kommt. Er gibt uns lediglich ein wenig mehr Einsicht in die Implikationen von Rogers' erster Bedingung, indem er Kontakt als eine Aktivität beschreibt – sich öffnen und sich verschließen – und als eine Bewegung – in Richtung der anderen Person.

Die Interaktionsdimension bringt uns zur sechsten Bedingung und fügt ihr auch etwas hinzu. Rogers verwendet in seiner Formulierung der sechsten Bedingung den Begriff „Interaktion“ nicht. Er schaut sich nur *eine Richtung* an (vom Therapeuten zum Klienten), während de Haas den dynamischen Charakter betont, indem er seine Interaktionsdimension als eine Bewegung beschreibt, als ein *Hin-und-Her* zwischen zwei Menschen, solange die Kontaktphase dauert.⁵ Wenn der Klient die Haltung, die der Therapeut ihm entgegen bringt, wahrnimmt, das heißt, offen ist für Empathie und bedingungslose positive Wertschätzung (Kontaktdimension), dann kann er sich davon beeinflussen lassen (Interaktionsdimension). Auch wenn die Wahrnehmung in diesen Reflexionen nicht explizit genannt wird, ist sie dennoch implizit. Der Therapeut bemüht sich, in seiner Interaktion empathisch und akzeptierend zu sein. Der Klient wird dadurch beeinflusst, sobald er dies wahrnimmt. Die Qualität dieses Einflusses wird von der Bedeutung bestimmt, die der Klient dem, was er wahrnimmt, gibt.

De Haas meint weiter, dass Kontakt Interaktion braucht, denn Kontakt ohne Interaktion wird auf die Dauer abgebrochen, da die Beteiligten die Situation wahrscheinlich als bedrückend erleben werden. Wenn es zum Beispiel ein langes Schweigen gibt, wird in den meisten der Fälle einer der beiden irgendwann doch etwas sagen. Andererseits ist Interaktion nicht möglich ohne Kontakt, denn die kontinuierliche Bewegung von Aktion und Reaktion wird unterbrochen, sobald kein Kontakt mehr da ist. Dies erklärt die Bedeutung des psychologischen Kontaktes sowie die Relevanz der sechsten Bedingung für die psychotherapeutische Beziehung: Kontakt stellt Beziehung her, die Interaktion definiert deren Qualität.

Prouty verwendet den Begriff „existenzieller Kontakt“, welchen er als „die natürliche, alternierende Bewegung von unmittelbarem prä-reflexivem Bewusstsein hin zur natürlichen Gegenwart von Welt, Selbst oder Andere“ definiert (Prouty 1994, 34). Er meint, dass dieser Kontakt mit einfacher Beobachtung und intentionalem Bewusstsein beginnt. Dabei bezieht er sich auf Merleau-Ponty (1962), der in der Struktur des phänomenalen Feldes der gelebten Erfahrung drei Ebenen unterscheidet: „... gewöhnliches, alltägliches, natürliches Bewusstsein kann als kommend von, gerichtet auf und verbunden mit Welt, Selbst und Andere verstanden werden“ (vgl. Prouty/Pörtner/van Werde 1998, 30). In dieser Definition steht wieder der soziale Charakter sowie die Bewegung zum Anderen hin im Vordergrund. Von Bedeutung ist hier, dass Prouty ganz klar jene Klienten, deren Wahrnehmung auf einer prä-reflexiven Ebene stattfindet, mit einbezieht.

Wahrnehmung

Rogers' Definition zeigt also, dass Kontakt und Wahrnehmung nicht von einander zu trennen sind. Sobald irgendeine Form von Kontakt da ist, ist auch Wahrnehmung da (oder nach Rogers auch „subception“ – unterschwellige Wahrnehmung).

Rogers (1959a) zitiert Kelley (1955), der Wahrnehmung definiert als „das, was ins Bewusstsein eindringt, wenn Reize, in der Hauptsache Licht oder Schall, von außen auf den Organismus einwirken“, und fügt hinzu, dass Wahrnehmung und *Gewahrwerdung* Synonyme sind. In Definition 6 umschreibt Rogers Gewährwerdung „als die symbolische Repräsentation eines Teils unserer Erfahrung. Diese Repräsentation mag verschiedene Grade von Schärfe oder Klarheit aufweisen. Von einer dumpfen Gewährwerdung von etwas, was tief innen existiert, bis hin zu einer scharfen Gewährwerdung von etwas, was im Brennpunkt steht.“ (Rogers 1959a, 25)

Rogers definiert seinerseits Wahrnehmung als „eine Vermutung oder eine Vorhersage (für eine) Handlung [...], die im Gewahrsein entsteht, wenn Reize auf den Organismus einwirken. Wenn wir wahrnehmen, ‚Dies ist ein Dreieck‘, ‚Dies ist ein Baum‘, ‚Diese Person ist meine Mutter‘, dann heißt das, dass wir eine Vorhersage machen; nämlich, dass die Objekte, von denen wir die Reize empfangen, auch bei anderen Gelegenheiten Eigenschaften offenbaren würden, die wir aufgrund unserer Vorerfahrung als charakteristisch für Dreiecke, Bäume, Mütter usw. ansehen“ (ebd.).

Wahrnehmung als der engere Begriff bezieht sich auf „die Bedeutung [...], die Reize in einem Prozess besitzen“, während Gewährwerdung der „breitere Terminus (ist), der Symbolisierungen und Bedeutungen abdeckt, die zum einen aus rein internen Reizen (z. B. Erinnerungsspuren, Körperempfindungen, u. ä.), zum anderen ebenso aus äußeren Reizen entstehen“ (ebd.). Meines Erachtens findet Wahrnehmung auf einem basaleren Niveau statt, wo in erster Linie unser zentrales Nervensystem und unsere Sinne miteinander verbunden sind, während Gewährwerdung eng mit Bedeutung verknüpft ist und deshalb außerdem noch höherer kognitiver Fähigkeiten bedarf, die Abstrahierung und Symbolisierung ermöglichen.

Wahrnehmung, Gewährwerdung, Bewusstsein

Die Vermischung der Begriffe *Bewusstsein*, *Wahrnehmung* und *Gewahrwerdung* kann zur Verwirrung führen, denn sie scheinen auf dasselbe Phänomen hinzuweisen. Zur Verdeutlichung erscheint es angemessen, dem ein wenig Aufmerksamkeit zu schenken und zu sehen, was das für die Definition von Kontakt bedeutet.

In Definition 6 beschreibt Rogers Bewusstsein als ein Synonym für Gewährwerdung: „Gewahrwerdung, Symbolisierung, Bewusstsein werden [...] als symbolische Repräsentation (nicht notwendigerweise in verbalen Symbolen) eines Teils unserer Erfahrung gesehen“ (ebd., 24). Wenn wir allerdings Proutys Verständnis von

5 Es ist anzunehmen, dass in jeder therapeutischen Beziehung nicht nur der Klient eine Veränderung erfährt, sondern auch der Therapeut wird gegen Ende der Beziehung nicht mehr derselbe sein wie zu Beginn.

Bewusstsein anschauen⁶, wird klar, dass dieser von etwas spricht, das basaler ist. Er bezieht sich auf das *prä-reflexive Bewusstsein*, das er als „die unmittelbar gespürte Wahrnehmung des Erlebens“ beschreibt (Prouty 1994, 33). Reflexives Bewusstsein bedarf der Aktivität von höheren Nervenzentren, die es uns ermöglichen, über uns selbst und unsere Lebensgeschichte nachzudenken. Laut Husserl, auf den Rogers sich bezieht, sind beide intentional: „Alles Bewusstsein ‚richtet sich auf‘ ein ‚Objekt‘“ (ebd., 34).

Werfen wir nun einen Blick darauf, wie diese Begriffe in den verschiedenen Kontaktdefinitionen verwendet werden, können wir zusammenfassend sagen, dass Rogers' psychologischer Kontakt sich eher auf reflektives Bewusstsein zu beziehen scheint, während Proutys existenzieller Kontakt viel basaler ist⁷ und sich auf die konkrete Phänomenologie bezieht. Andererseits hebt Warner hervor, dass Rogers' Definition von Kontakt minimalistisch ist: „Rogers' Definition von Kontakt beschäftigt sich mit Wahrnehmungen und keineswegs mit der Organisation der Bedeutung dieser Wahrnehmungen [...] Rogers' minimalistische Definition von Kontakt versucht nicht, die Qualität eines solchen Kontaktes oder dessen Einfluss auf den therapeutischen Prozess zu beschreiben.“ (Warner 2002, 78)

Es stimmt zwar, dass Rogers in seiner ersten Bedingung auch solche Klienten, die die Gegenwart des Therapeuten und die durch ihn hervorgerufene Veränderung ihres Erlebnissfeldes *unterschwellig wahrnehmen*, berücksichtigt, aber in der sechsten Bedingung wird diese basale Qualität nicht mehr explizit erwähnt (Rogers 1959a). Auch wenn er nicht explizit ein reflexives Bewusstsein als Bedingung für zwischenmenschlichen Kontakt fordert, fehlt dennoch im Weiteren die Unterscheidung zwischen zwei unterschiedlichen Bewusstseinsqualitäten der Wahrnehmung, der naiven („Ich sehe eine Blume“) und der reflexiven („Ich erlebe mich als jemanden, der eine Blume sieht“) (Bischof 1996). Hätte er *existenziellen Kontakt* in der ersten Bedingung explizit hinzugenommen, würde das bedeuten, dass nicht nur solche Klienten, die zur Selbstreflexion fähig sind, von Empathie und bedingungsloser positiver Wertschätzung profitieren würden, sondern auch jene, die sich in einem prä-reflexiven Zustand befinden.⁸

Rogers scheint schon immer wieder auf andere Kontaktebenen hinzuweisen. Beispielsweise findet sich ein Hinweis auf eine Verbindung zwischen Proutys *prä-reflexivem Bewusstsein* und Rogers' *unterschwelliger Wahrnehmung* (subception). Rogers definiert *unterschwellige Wahrnehmung* als ein „Konstrukt, um damit das Unterscheidungsvermögen ohne Gewährsein zu bezeichnen. [...] Der

Organismus kann also Reize und deren Bedeutung für den Organismus unterscheiden, ohne dass höhere Nervenzentren, die bei Vorgängen im Bewusstsein eine Rolle spielen, beteiligt sind. Diese Fähigkeit erlaubt dem Individuum, eine Erfahrung als bedrohlich zu erkennen, ohne dass die Bedrohung im Gewahrsein symbolisiert wurde“ (Rogers 1959a, 25–26). Aber insgesamt fehlt im Weiteren die Konsequenz, nach den Implikationen dieser Unterscheidung für die therapeutische Arbeit zu fragen.

Wenn wir in der Folge fragen, welche Fähigkeiten für die oben genannten Beziehungselemente erforderlich sind, dann scheint es, dass es diesbezüglich eine hierarchische Ordnung gibt. Im nun folgenden Abschnitt werden wir uns dies genauer ansehen.

Kontakt und Wahrnehmung aus der entwicklungspsychologischen Perspektive

Wahrnehmung und Kontakt als allgemeine menschliche Fähigkeiten können beide sowohl von der physischen als auch von der psychischen Ebene ausgehend definiert werden. Die physische Ebene dient in unserer Entwicklung als Grundlage für psychologischen Kontakt und für die Wahrnehmung psychologischer Elemente in diesem Kontakt. Um unsere Kontakterfahrungen organisieren und verarbeiten können, brauchen wir kognitive Fähigkeiten, die es uns ermöglichen, soziale Interaktionen zu verstehen.

Physischer Kontakt

Damit wir uns selbst als in Kontakt wahrnehmen können, sind wir auf unsere Sinne angewiesen. Auch Rogers inkludiert die Funktion der Sinnesorgane in seiner Definition von Wahrnehmung: „Wahrnehmung ist das, was ins Bewusstsein eindringt, wenn Reize, in der Hauptsache Licht oder Schall, von außen auf den Organismus einwirken“ (Rogers 1959a, 25). Die Sinnesorgane sind jene Teile des Organismus, die diese Reize aufnehmen und weiterleiten, sodass Wahrnehmung stattfinden kann. In allen sensorischen Bereichen fördert Kontakt die Bewusstwerdung der Grenzen, die uns von anderen Menschen sowie von den Dingen und der Welt um uns trennen, und die Entwicklung eines Bewusstseins von *Selbst, Welt* und *Anderen*. Jene Organe, die für die Wahrnehmung notwendig sind, gelangen zwischen der 8. und der 12. Woche der Gestationszeit zur vollen Reife (Oerter/Montada 1987, 132). Zu diesem Zeitpunkt kann der Fötus aufgrund der Synapsen und der Axone, die zwischen den Sinneszellen und dem Gehirn entstanden sind, Information aufnehmen und weitergeben. Die erste Kontakterfahrung unseres Lebens, noch intrauterin, finden über die Ohren und die Zunge und in geringerem Ausmaß über die Augen und die Haut statt. Experimente haben gezeigt, dass der Fötus schon Geräusche wie den Herzschlag der Mutter hört sowie verschiedene Geschmacksnuancen

6 Prouty sagt auch, dass „Bewusstsein sich auf natürliche und alternierende Weise in Richtung Existenz bewegt“ (1994, 34), was darauf hinweist, dass es eine Funktion der Aktualisierungstendenz ist.

7 Für eine eingehende Besprechung der Unterschiede zwischen Proutys und Rogers' Sichtweisen zu Kontakt siehe auch Warner (2002).

8 Darin liegt die Bedeutung und das Potenzial von Proutys Prä-Therapy (vgl. Prouty 1994).

der Gebärmutterflüssigkeit schmecken kann. Der Kontakt mit der Umwelt über Geruchs- und Sehsinn wird in den ersten Tagen und Wochen nach der Geburt stärker⁹ (Oerter/Montada 1987, 147).

Die Aufnahme von Reizen durch unsere Sinne ist mit *Sich-Öffnen* bei de Haas vergleichbar. Im Laufe seiner Entwicklung entfaltet sich das Neugeborene und öffnet sich immer mehr für immer komplexere Reize. Der Kontakt mit anderen in dieser ersten Phase findet zum Beispiel in Form von Hautkontakt statt. Diese Erfahrung vermittelt dem Kind die Gewahrnehmung einer Grenze, eines Unterschieds zwischen ihm und etwas oder jemand anderem. Sie bedeutet: „Ich weiß, wo ich anfangen und aufhören und wo du anfängst und aufhörst“. Dasselbe wird durch Augenkontakt erreicht, indem das Kind die Bezugsperson anschaut, durch die Ohren, indem es die Geräusche, die die Bezugsperson macht, hört und so weiter. Die motorische Entwicklung trägt zu seiner Fähigkeit bei, die Außenreize immer besser aufnehmen zu können und zu differenzieren, und erweitert den Erfahrungsraum des Kindes. Zuerst bietet allein schon die einfache Fähigkeit, den Kopf von einer Seite auf die andere zu drehen, eine große Bandbreite an visuellen Erfahrungen. Dann kann das Kind durch die Entwicklung motorischer Fähigkeiten nach Gegenständen greifen, was in der Folge die kognitive Fähigkeit zu *be-greifen* erweitert.

All diese Reize fördern die Entwicklung neuer neuronaler Vernetzungen, und das führt wiederum zu einer Erweiterung der Wahrnehmung und der dazu erforderlichen kognitiven Fähigkeiten und zu einer Veränderung des Kontaktverhaltens.

Eine Voraussetzung für diese Entwicklung ist, dass die für die Wahrnehmung erforderlichen Organe vorhanden und voll funktionsfähig und dass die motorischen Fähigkeiten verfügbar und kohärent sind. Weiter muss es ein „neurologisches Bewusstsein“ geben, das heißt, dass das Gehirn für Reize aufnahmefähig, also offen sein muss. Und schließlich muss eine adäquate kognitive Verarbeitung der aufgenommenen Reize stattfinden können.

Dies zeigt, dass Kontakt und Wahrnehmung auch auf der Entwicklungsebene eng miteinander verknüpfte Phänomene sind. Auch in Rogers' Therapietheorie wurde dies evident. Ohne Kontakt gibt es keine Wahrnehmung, das heißt, keine Stimulierung der Sinnesnerven, und es gibt keinen Kontakt, wenn dieser nicht von den beiden betroffenen Personen wahrgenommen wird. Man kann einen anderen Menschen mit der Hand berühren, aber wenn dieser das nicht spürt, wird das keine Veränderung in seinem Erlebnisfeld ausmachen (siehe Rogers' Definition 27; 1959a, 34). Damit die Berührung eine Bedeutung und also einen Einfluss auf die Person hat, wie es die sechste Bedingung verlangt, ist es notwendig, dass sie die Berührung spürt oder sieht oder hört, also wahrnimmt, ihr eine Bedeutung gibt und so in irgendeiner Weise davon beeinflusst wird. Wahrnehmung

und Kognition verleihen dem erlebten Kontakt eine Bedeutung, die uns auf die Ebene des psychologischen Kontaktes führt.

Psychologischer Kontakt

Durch die Entfaltung seiner Fähigkeiten bewegt sich das Neugeborene von einer undifferenzierten Form des In-der-Welt-Seins hin zu einer aktiveren Art, zu dieser Welt Beziehung aufzunehmen.

Schauen wir nun, welche Fähigkeiten nötig sind, um in Kontakt sein zu können, dann sehen wir, dass auch auf einer psychologischen Ebene in den verschiedenen Lebensabschnitten unterschiedliche Fähigkeiten entwickelt werden, die bestimmen, wie der Säugling mit sich selbst, der Welt und Anderen in Kontakt tritt. Binder hebt die Bedeutung des sozialen Kontakts für die Entwicklung der kindlichen Wahrnehmung dieser drei Elemente hervor. „Die beziehungsherstellenden Aktivitäten des Kindes sind wesentlich für die Entwicklung des Selbst [...], der Selbstwahrnehmung und der Wahrnehmung von Anderen“ (Binder/Binder 2001, 165).

Es ist bemerkenswert, wie groß das Potenzial sozialer Interaktion bereits in einer sehr frühen Lebensphase ist. Das Neugeborene zeigt eine eindeutige Präferenz für Reize, die eng mit sozialer Interaktion verbunden sind. Seine Augen richten sich auf jene der Bezugsperson und folgen sich bewegenden Objekten. Seine Bewegungen folgen synchron den Lauten der menschlichen Sprache. Sein Kopf dreht sich zur Quelle der akustischen oder olfaktorischen Reize. Neugeborene beruhigen sich, wenn sie aufgehoben und gewiegt werden. Wenn sie ihren Kopf wegrehen oder ihr Körper steif wird, signalisieren sie, dass sie den Kontakt abbrechen: Sie verschließen sich (vgl. de Haas 1991).

Das zeigt, dass ein Neugeborenes zum Zeitpunkt der Geburt nicht nur für die Aufnahme von Nahrung, sondern auch für soziale Interaktion ausgestattet ist. Außerdem bestätigt es die Tatsache, dass Kontakt eines der existenziellen menschlichen Bedürfnisse ist (Oerter/Montada 1987, 150–151). Ursprünglich wurde in den klassischen psychoanalytischen Entwicklungstheorien davon ausgegangen, dass das Neugeborene sich in einem Zustand des „normalen Autismus“ befindet und deshalb in einem längeren Zustand der Undifferenziertheit verharrt, in dem sozialer Kontakt nur insofern vorhanden ist, als andere Menschen seine Bedürfnisse befriedigen. Die Säuglingsbeobachtung jedoch hat zu neuen Verstehensweisen der sozialen Bezogenheit des Säuglings in einer sehr frühen Lebensphase geführt. Diese existiert um ihrer selbst willen und beruht nicht auf physiologischen Bedürfniszuständen (Stern 1992, 70).

Die Art und Weise, wie das Neugeborene Kontakt herstellt und diesen erlebt und wahrnimmt, hängt von seiner jeweiligen Entwicklungsstufe ab. Stern (ebd.) beobachtete Kinder unter dem Gesichtspunkt der sozialen Aktivität und des sozialen Erlebens, und er scheint dabei von einem phänomenologischen Ansatz ausgegangen zu sein. Er kam dabei zur Unterscheidung verschiedener

⁹ Die größte Sichtweite eines Neugeborenen beträgt 19–25 cm (Oerter/Montada 1987, 147).

Entwicklungsphasen des Selbstempfindens, die er als das *auf-tauchende Selbst*, das *Kernselbst*, das *subjektive Selbst* und das *verbale Selbst* bezeichnete. Es folgt eine kurze Übersicht dieser Phasen, da dies uns hilft zu verstehen, welche psychologischen Fähigkeiten für Kontakt und Wahrnehmung erforderlich sind.

Kontakt und Wahrnehmung in der Phase des auftauchenden Selbst

Laut Stern beginnt die Phase des *auf-tauchenden Selbst* nach der Geburt, bevor qualitative Veränderungen in der Art, wie das Kind in der Welt ist, so wie direkter Augenkontakt, Lächeln usw., sichtbar werden. In den ersten zwei Monaten seines Lebens lebt das Neugeborene in einer Art prä-sozialer, prä-kognitiver und noch nicht organisierter Lebensphase. Neugeborene arbeiten aktiv an der Entwicklung des Empfindens dieses auftauchenden Selbst, indem sie Reize aufnehmen, während sie in einem Zustand so genannter wachsamen Inaktivität sind. Sie zielen auf eine Stimulation ihrer Sinnesorgane durch Reize ab. Es gibt Reize, die Neugeborene bevorzugen, und solche, die sie ablehnen, was darauf hinweist, dass sie Reize von einander unterscheiden können und dass sie dabei sind, Grenzen zu erforschen, um eine organismische Vorstellung davon zu erhalten, wie sie selbst und andere beschaffen sind. Sie wiederholen Erfahrungen so oft wie möglich, so dass sie Hypothesen darüber zu erstellen scheinen, was in der Welt geschieht, und diese überprüfen, bevor sie sie integrieren oder ablehnen. Die kognitiven Prozesse sind in dieser Phase noch eins mit den affektiven Prozessen: Das Kind *ist* seine Affekte und *hat* sie noch nicht.

Stern meint, dass Neugeborene sich am Anfang in einem Zustand undifferenzierten Erlebens befinden, aber mit einer angeborenen Lernfähigkeit, die ihre Entwicklung weiter trägt. Dieses Lernen findet durch den Kontakt mit und die Wahrnehmung von sensorischen Reizen statt. Das bedeutet, dass Lernen seinen Ausgangspunkt in Bezogenheit findet. Die genetisch veranlagte Fähigkeit der Neugeborenen, zwischen Reizen zu unterscheiden, versetzt sie auf die Dauer in die Lage, ihre Erfahrung von einem Objekt auf das andere zu übertragen, das heißt, zu abstrahieren. Zum Beispiel kann das Kind dann ein Lächeln als solches „verstehen“, unabhängig davon, ob es von der Mutter oder von einer anderen Person kommt.

Dieses „Verstehen“ findet nicht auf einer kognitiven Ebene statt, sondern eher in Form einer erlebten körperlichen Spannung. Das Kind hat die selbe körperliche Reaktion auf jedes Lächeln. Kognitionen und Affekte finden nicht getrennt statt.

In dieser Phase werden Kontakt und Wahrnehmung als eins erlebt und finden auf einer physischen Ebene statt.

Kontakt und Wahrnehmung in der Phase des Kern-Selbst

Zwischen dem zweiten und dem sechsten Monat fangen die Kinder an, sich physisch als ein Ganzes und als von ihren Eltern getrennt wahrzunehmen. Sie entwickeln ein Erleben von Affekten sowie auch

eines kontinuierlichen Selbst. Letzteres macht die Gedächtnisleistung möglich. Sie sind imstande, zwischen ihrem eigenen Handeln und jenem anderer zu unterscheiden, und erwarten, dass ihr Verhalten Auswirkungen hat.

Sie besitzen ein integriertes Empfinden eines Kern-Selbst und eines Kern-Anderen und sie entdecken, dass sie selbst und Andere Gefühle, Motive und Absichten haben, die hinter den körperlichen Ereignissen liegen. Die Integration verschiedener Arten von Selbstwahrnehmung findet statt – des Selbst, das handelt, des Selbst, das fühlt, und des Selbst, das seinen Körper spürt. Das alles führt dazu, dass Neugeborene beginnen, auf einer persönlichen Ebene Beziehungen herzustellen.

In ihren Interaktionen erleben Neugeborene den Anderen als denjenigen, der ihr Selbst-Erleben reguliert, indem er bei ihnen innere Reaktionen hervorruft (siehe die Interaktionsdimension bei de Haas). Dabei geht es um ein Erleben, das das Kind nie selbst hervorrufen könnte. Laut Stern (1992, 150) kann in diesem Alter ein großer Teil des gesamten affektiven Spektrums, das das Kind wahrnehmen kann, nur in der interaktiven Gegenwart einer anderen Person erlebt werden. Das soziale Verhalten dieses anderen, der das Selbst des Kindes reguliert, beeinflusst klarerweise auch das Erleben des Kindes.

In ihrem *Kontaktverhalten* werden die Kinder aktiver und zielgerichteter. Ihre *Wahrnehmung* der anderen kennzeichnet sich durch die Wahrnehmung des Getrennt-Seins. Das bedeutet, dass beide Funktionen sich allmählich von der physischen auf die psychologische Ebene verschieben. Kognition und Affekte scheinen für sich stehende Prozesse zu werden.

Kontakt und Wahrnehmung in der Phase des subjektiven Selbst

Die Phase zwischen dem siebten und dem neunten Monat ist eine von großen Entdeckungen: Der Säugling wird sich seines *subjektiven Selbst* und eines *subjektiven Anderen* bewusst und dass Gefühle mit dem Anderen geteilt und ihm mitgeteilt werden können. Inter-subjektivität – grundlegend für die Entwicklung der Empathie – wird möglich. Kommunikation bekommt allmählich eine wichtigere Rolle. Das Kern-Selbst, das dadurch gekennzeichnet ist, dass das Kind sich allmählich seines Getrennt-Seins, seiner „getrennten inneren Befindlichkeit“ (Stern 1992, 179) bewusst wird, bleibt aufrecht, denn es ist eine Voraussetzung dafür, dass subjektives Erleben stattfinden kann. Gleichzeitig aber erweitert sich die Selbstwahrnehmung des Kindes und seine Bezogenheit wird intersubjektiv. Diese Entwicklung wird wunderbar durch die Tatsache veranschaulicht, dass das Kind auf einen Gegenstand, auf den die Bezugsperson zeigt, schaut und nicht mehr, wie vorher, auf deren Zeigefinger. Das bedeutet nämlich erstens, dass das Kind sich dessen bewusst ist, dass der Finger zur anderen Person gehört, zweitens dass die Fingerbewegung eine Bedeutung hat, nämlich auf etwas Drittes hinzuzeigen, dem beide, Kind und Bezugsperson, zusammen Aufmerksamkeit schenken, und drittens dass die andere Person eine

Reaktion im Kind hervorruft, indem sie auf den Gegenstand zeigt und eine gemeinsame Aufmerksamkeitserfahrung möglich macht.

Durch diese Entwicklung wird das Kind fähig zur psychischen Intimität und beginnt sich auch der Empathie gewahr zu werden, welche die Bezugsperson ihm entgegenbringt.

Die Empathie der Betreuungsperson wird nun anders erlebt. Es ist eines, wenn der Säugling auf das äußere Verhalten reagiert, das die Empathie der Mutter, z. B. ihr tröstendes Verhalten im richtigen Moment, widerspiegelt. Für den ganz jungen Säugling bleibt der empathische Prozess selbst unbemerkt, er nimmt nur die empathische Reaktion wahr. Etwas ganz anderes ist es, wenn der Säugling spürt, dass ein empathischer Prozess als Brücke zwischen den beiden inneren Befindlichkeiten aufgebaut worden ist. Die Empathie der Betreuungsperson, dieser für die Entwicklung des Säuglings so ungemein wichtiger Prozess, wird nun unmittelbar zum Gegenstand der kindlichen Erfahrung. (ebd., 181)

Wiederholte Erlebnisse dieser Art, nämlich dass Andere sich auf das Kind empathisch einstimmen, führen dazu, dass das Kind sich dessen gewahr wird, dass Andere an seinen Gefühlen teilhaben, das heißt, diese verstehen können. Das ist wesentlich für eine gute Entwicklung, denn „eine Fehlabstimmung zwischen Eltern und Kind wirkt zutiefst verstörend“ (Goleman 1999, 133).

In dieser Phase der Entwicklung des Selbstempfindens beginnt das Kind von sich aus *Kontakt* aufzunehmen, um Erfahrungen zu teilen, und es *nimmt* die andere Person als ein getrenntes, zu Gemeinsamkeit fähiges Wesen wahr, der in ihm Reaktionen hervorruft und reguliert. Es gibt eine deutliche Trennung zwischen Kognition und Affekt.

Kontakt und Wahrnehmung in der Phase des verbalen Selbst

Im Alter von ungefähr fünfzehn Monaten treibt die Entwicklung der Sprache die Symbolisierung erheblich voran. Das Selbstbewusstsein wird klarer sowie auch die Wahrnehmung des Anderen, denn Selbst und Andere haben jetzt ein Medium, mittels dessen sie gemeinsame Bedeutungen entwickeln können. Da nun das *verbale Selbst* in den Vordergrund kommt, lernen Kinder, auf symbolische Weise (im Spiel) zu handeln sowie auch über sich selbst nachzudenken und sich auf sich selbst als objektive Einheiten zu beziehen; außerdem können sie über Gegenstände und Personen kommunizieren, die abwesend sind.

Es ist wichtig zu verstehen, dass in dieser Entwicklung die drei anderen Formen des Selbst weiterhin aufrecht bleiben. Ihre Bedeutung wird lediglich geringer, dadurch dass das *verbale Selbst* die Oberhand gewinnt. Die Sprache ist nur zu einem Teil imstande, jenes Erleben mit einzuschließen, das auf den anderen drei Ebenen stattfindet.

Kontakt wird auf dieser Entwicklungsebene durch Sprache hergestellt. Die *Wahrnehmung* konzentriert sich auf das Verstehen der Bedeutung dieser Sprache.

Erforderliche Grundbedingungen für Kontakt und Wahrnehmung

Wir haben jetzt gesehen, wie Kontakt und Wahrnehmung innerhalb des personenzentrierten Denkens gesehen werden und wie ihr Funktionspotenzial sich über die ersten beiden Jahre des menschlichen Lebens entwickelt. Indem wir diese Perspektiven kombinieren, können wir überprüfen, auf welcher Entwicklungsebene ein Mensch, ein Klient seinerseits die Bedingungen für therapeutische Veränderung erfüllen kann (siehe Tabellen 1 und 2).

Wie erwähnt enthalten die verschiedenen Kontaktdefinitionen vier Elemente: (1) „sich öffnen“ (de Haas), (2) „eine offene oder unterschwellig wahrgenommene Veränderung des Erlebnisfeldes des anderen erzeugen“ (Rogers) und (3) „eine natürliche, alternierende Bewegung des unmittelbaren prä-reflexiven Bewusstseins hin zur natürlichen Gegenwart von Welt, Selbst und Andere“ (Prouty). Wenn Kontakt hergestellt wird, dann wird die Interaktion von der Empathie und der Akzeptanz getragen, die der Therapeut dem Klienten anbietet und die ihn als solche beeinflussen (4).

(1) Es ist kein Zufall, dass *sich öffnen* hier an erster Stelle steht. Es scheint, dass dafür die ganz basalen Fähigkeiten ausreichend sind. Hinreichend funktionierende Sinnesorgane sind die Fenster zum Gehirn, durch die Reize wie Sonnenstrahlen einströmen können, um Entwicklung und Wachstum zu fördern. Natürlich verändert sich die Art des Kontaktes mit jeder Phase, da die kognitiven und sozialen Kapazitäten des Kindes erweitert werden, aber die grundlegenden Funktionen dafür stehen in der Phase des *auftauchenden Selbst* bereits zur Verfügung.

(2) Rogers' Formulierung verlangt eine differenziertere Erörterung, denn er unterscheidet zwei Ebenen von Wahrnehmung. Wenn die Veränderung des Erlebnisfeldes eines Menschen von diesem *unterschwellig wahrgenommen* wird, dann findet diese Unterscheidung ohne Symbolisierung und Bedeutung statt. Es scheint, dass diese Fähigkeit zur unterschweligen Wahrnehmung in der Phase des *auftauchenden Selbst* beginnt, wenn das Neugeborene bereits imstande ist, Unterschiede wahrzunehmen. *Wahrnehmung* impliziert ein Bewusstsein, dass Reize auf den Organismus einwirken. Dieses Bewusstsein kommt voll zum Ausdruck in der Phase des *Kern-Selbst*, wenn die Grenzen zwischen Selbst und Anderen bewusst werden. Rogers schreibt weiter, dass Wahrnehmung die Fähigkeit mit einschließt, eine Vorhersage über die Eigenschaften der wahrgenommenen Objekte zu machen und dass wir uns dafür auf bereits gemachte Erfahrungen beziehen. Deshalb brauchen wir ein Gedächtnis, in dem das Ergebnis unserer wiederholten Erfahrungen gespeichert ist. Dies deutet ebenfalls auf die Phase des Kern-Selbst hin, wo das Selbst als etwas Kontinuierliches erlebt wird, und dadurch entwickelt sich seinerseits das Gedächtnis wieder weiter. Rückblickend auf die in Kap. 2.3. angeführte Hierarchie, verlangt die *Gewahrwerdung* höhere Funktionsebenen, die die Entwicklung von Abstrahierung und Symbolisierung möglich machen. Die erforderlichen Fähigkeiten

Tabelle 1: Erforderliche Funktionen für Kontakt und ihre Verfügbarkeit

Elemente der ersten Bedingung	Maximale Funktionen, die dafür erforderlich sind	Verfügbar ab der Phase des
Sich öffnen	Gut funktionierende Sinnesorgane Aufnahme von Sinnesreizen (auf der Ebene der Organe und des zentralen Nervensystems)	auftauchendes Selbst
Unterschwellige Wahrnehmung der Veränderung des Erlebensfeldes des anderen	Unterscheidung von verschiedenen Reizen	auftauchendes Selbst
Wahrnehmung der Veränderung des Erlebensfeldes des anderen	Bewusstsein des Getrennt-Seins	Kern-Selbst
Geteiltes Bewusstsein	Bewusstsein des Teilens von gemeinsamen Erfahrungen mit Anderen Symbolisierung und Bedeutung herstellen	subjektives Selbst (verbales Selbst) ¹⁰
Prä-reflexives Bewusstsein	Beobachtung + Intentionalität: Gezieltes Handeln und Bewusstsein des Getrennt-Seins	Kern-Selbst

Tabelle 2: Erforderliche Funktionen für Wahrnehmung und ihre Verfügbarkeit

Elemente der sechsten Bedingung	Maximale Funktionen, die dafür erforderlich sind	Verfügbar ab der Phase des
Wahrnehmung	Bewusstsein des Getrennt-Seins	Kern-Selbst
Interaktion	Erleben von Akzeptanz und Empathie Bewusstsein, dass der andere Mensch eine Reaktion in einem hervorruft	auftauchendes Selbst und Kern-Selbst subjektives Selbst

tauchen in der Phase des *subjektiven Selbst* auf, wenn das Kind wahrzunehmen beginnt, was die Bezugsperson ihm anbietet – wie beispielsweise Empathie –, und kommen in der Phase des *verbalen Selbst* voll zur Entfaltung, wenn nämlich die Entwicklung gemeinsamer Bedeutungen ebenso wie verbale Symbolisierung möglich werden.

(3) In seiner Definition von existenziellem Kontakt inkludiert Prouty *prä-reflexives Bewusstsein*, das sich durch eine *Vorwärtsbewegung*, das heißt *Intentionalität*, und *Beobachtung* kennzeichnet. Dieses ist aus folgenden Gründen der Phase des *Kern-Selbst* zuzuordnen. Für die Fähigkeit zur Beobachtung braucht der Mensch gut funktionierende Sinnesorgane, aber darüber hinaus ist Beobachtung auch eine gezielte Aktivität. Intentionalität ist eine Orientierung zum Anderen und zur Welt hin und verlangt, dass man sich als von ihnen getrennt erleben kann. Über beide Funktionen verfügt der Mensch ab dem zweiten Lebensmonat. Im Vergleich erfordert ein *reflexives* Bewusstsein die Fähigkeit, über sich selbst und über die eigene Lebensgeschichte nachzudenken, und dafür müssen Symbolisierung und die Herstellung von Bedeutung möglich sein. Somit kann es der Phase des *verbalen Selbst* zugeordnet werden.

(4) De Haas betont die Verbindung von *Kontakt* und *Interaktion*. Letzterer Begriff impliziert, dass die beiden Teilnehmer einander *beeinflussen*. Die sechste Bedingung verlangt, dass der Klient das Angebot an Empathie und bedingungslose positive Wertschätzung wahrnimmt, damit eine Persönlichkeitsveränderung möglich wird, das heißt, er muss für den Einfluss des Therapeuten offen sein. Unterschwellige Wahrnehmung oder Wahrnehmung dieses Einflusses, das heißt der Auswirkung von der Empathie und der Akzeptanz der Bezugspersonen, wird bereits in der Phase des *auftauchenden*

Selbst und des *Kern-Selbst* möglich, wenn die Entwicklung eines getrennten Selbstempfinden voranschreitet. Die Beschreibung der Entwicklung eines gemeinsamen Erlebens deutet jedoch darauf hin, dass die Phase des *subjektiven Selbst* erreicht werden muss, damit der Mensch sich der empfangenen Empathie und Akzeptanz gewahr werden kann, – im Sinne von Rogers' Definition von Gewährerdung –, denn dann entsteht auch die Gewährerdung, dass der Andere getrennt von einem selbst funktioniert und erlebt. Damit der Klient über die Implikationen einer solchen Beziehung nachdenken kann, muss er die Ebene des *verbalen Selbst* erreicht haben.

Die Implikationen für Psychotherapie

Nun stellt sich die Frage, inwiefern die oben stehenden Ausführungen für die psychotherapeutische Arbeit von Interesse sein können. Meines Erachtens lassen sich dabei zwei Ebenen unterscheiden. Einerseits kann dieses Wissen zu einem besseren Verständnis der Bedeutung der Beziehung für die Persönlichkeitsentwicklung beitragen und andererseits auch zu einer besseren Beziehungsgestaltung bei jedem einzelnen Klienten, indem das therapeutische Angebot auf den individuellen Stand der Wahrnehmungs- und Kontaktfähigkeit des Klienten abgestimmt werden kann.

¹⁰ Die Stufe des „verbalen Selbst“ ist dafür nicht unbedingt erforderlich, da Symbolisierung und Bedeutungsherstellung nicht unbedingt einer verbalen Fähigkeit bedarf, wie sich beispielsweise im Falle gehörloser Kinder zeigt; das Verbalisieren fördert lediglich die Abstrahierungsfähigkeit.

Die angeführten Erkenntnisse über die Entwicklung von Kontakt und Wahrnehmung betonen noch einmal die Wichtigkeit der Bezo-genheit und der Beziehung für die Entwicklung und das Wachstum des Menschen. Auch wenn manche der für Wahrnehmung und Kontaktaufnahme erforderlichen Fähigkeiten angeboren sind, ist dennoch eine externe Reizquelle notwendig, damit das angeborene Potenzial zur vollen Entfaltung kommen kann. Ein weiterer wesentlicher Faktor dabei ist die ständige Wiederholung dieser Interaktionserfahrungen, damit ihre Integration stattfinden kann. Dies gilt sowohl für die Entwicklung des Menschen generell als auch für den therapeutischen Prozess. So wie in den ersten Jahren unseres Lebens die Bezugspersonen unsere ständig fließenden Reizquellen sind, so ist dies in der therapeutischen Beziehung der Therapeut. Ihr Einfluss zeigt sich sowohl auf einer quantitativen als auch qualitativen Ebene. Gabbard (2000), der eine „neurobiologische Sicht auf Psychotherapie“ anbietet, berichtet von Forschungsergebnissen, die andeuten, dass das, was auch immer genetisch bestimmt ist, nicht nur auf die Art der Reize reagiert, sondern diese auch beeinflusst: „Die genetische Veranlagung des Menschen hat auch einen Einfluss auf die Qualität des Umgangs anderer mit ihm, und diese Entwicklungsförderung von seinen Eltern und anderen Menschen in seinem Umfeld kann wiederum die weitere Ausformung des Genoms beeinflussen“ (ebd., 118). Das bedeutet, dass das soziale Verhalten der Eltern (und des Therapeuten) auch von der Seinsweise des Kindes (und des Klienten) sowie ihrer Wahrnehmung dieser Seinsweise und ihrer Erwartungen daran bestimmt wird; und das beeinflusst wieder diese Seinsweise. Unter diesem Gesichtspunkt werden Interaktionen zu einem tausendfach reflektierenden „Spiegelsaal“, wo Ursache und Wirkung nicht mehr so einfach unterschieden werden können“ (ebd.)

Ausführlichere Überlegungen darüber, was diese Sichtweise für das Verständnis der therapeutischen Beziehung bedeuten könnte, würden genügend Stoff für zahlreiche weitere Artikel geben. Hier sei nur gesagt, dass dadurch die Bedeutung der Beziehung für die Persönlichkeitsentwicklung durch diese Erkenntnisse lediglich noch mehr bestätigt wird und dass Anlass zur Vermutung besteht, dass diese Wichtigkeit noch viel weiter reichen könnte, als bisher angenommen wurde.

Die Beziehungsgestaltung kann insofern von diesen Überlegungen profitieren, als der Grad der Wahrnehmungs- und Kontaktfähigkeit des Klienten den Psychotherapeuten feinfühlicher und genauer in der Anpassung seiner Vorgangsweise in jeder einzelnen therapeutischen Beziehung macht. Dies ist insbesondere wichtig in der Arbeit mit Klienten mit geistigen Behinderungen, Dissoziationen und Persönlichkeitsstörungen sowie auch Psychosen. Auch wenn die klientenzentrierte Therapietheorie die drei Grundhaltungen des Therapeuten für ausreichend hält, so ist doch auch dort bekannt, dass bei diesen Gruppen von Klienten eine Feinabstimmung des therapeutischen Beziehungsangebots für den Erfolg der Therapie wesentlich ist.

Abschließend lässt sich sagen, dass die geringe Aufmerksamkeit, die der ersten und sechsten Bedingung bisher geschenkt wurde, nicht gerechtfertigt ist. Eine tiefere Erörterung der Implikationen dieser Bedingungen gibt uns Informationen darüber, wie die dritte, vierte und fünfte Bedingung (Kongruenz, bedingungslose Wertschätzung und Empathie) geartet sein müssen, um die erste (psychologischer Kontakt) und die sechste (Wahrnehmung der drei Bedingungen) möglich zu machen und zu fördern. So beeinflusst in der Beziehung der Klient durch seine Seinsweise den Therapeuten in seiner Vorgangsweise und der Therapeut mit seiner Vorgangsweise die Seinsweise des Klienten: „ein tausendfach reflektierender Spiegelsaal“.

Literatur

- Biermann-Ratjen E. M. (1996), Entwicklungspsychologie und Störungslehre, in: Boeck-Singelmann, C./ Ehlers, B./ Hensel, Th./ Kemper, F./ Monden-Engelhardt, C. (Hg.), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen . Bd. I. Grundlagen und Konzepte, Göttingen (Hogrefe), 9–28
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2002), Die entwicklungspsychologische Perspektive des Klientenzentrierten Konzepts, in: Keil, W.W./ Stumm, G. (Hrsg.), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie, Wien/New York (Springer), 123–146
- Binder, U./ Binder, J. (2001), A theoretical approach to empathy, in: Haugh, S./ Merry, T. (Eds.), Rogers' therapeutic conditions: Vol 2: Empathy, Ross-on-Wye (PCCS Books), 163–191
- Bischof, N. (1996), Das Kraftfeld der Mythen. Signale aus der Zeit, in der wir die Welt erschaffen haben. München (Piper)
- Gabbard, G. O. (2000), A neurobiologically informed perspective on psychotherapy, in: British Journal of Psychiatry 177, 117–122
- Goleman, D. (1999), Emotionale Intelligenz, München-Wien (Carl Hanser) [Orig.: Emotional Intelligence, New York (Bantam Books) 1994]
- Haas de, O. (1991), Psychotherapeutisch intervenieren binnen de Klientgerichte benadering, In: Swildens, H./ Haase de, O./ Lietaer, G./ Van Balen, R. (Eds.) Leerboek Gesprekstherapie. De cliëntgerichte benadering, Utrecht (De Tijdstroom), 355–376
- Kelley, E. C. (1955), Education in communication, in: Etc., Summer 1955, 12, 248–256
- Merleau-Ponty, M. (1962), The phenomenal field, in: Honderich, T. (Ed.), The phenomenology of perception, London (Routledge), 60
- Oerter, R./ Montada, L. (1987), Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. München-Weinheim (Psychologie Verlags Union). ²1987

- Prouty, G. F. (1994), Theoretical evolutions in Person-centered/Experiential Therapy. Applications to schizophrenic und retarded psychoses, Westport (Praeger)
- Prouty, G. F./Pörtlner, M./van Werde, D. (1998), Prä-Therapie, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Rogers, C. R. (1959a), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (ed.), Psychology. A study of science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 1959, 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987, ³1991
- Stern, D. (1992), Die Lebenserfahrung des Säuglings, Stuttgart (Klett-Cotta) [Orig.: The interpersonal world of the infant, New York (Basic Books) 1985]
- Warner, M. (2002), Psychological Contact, Meaningful Process and Human Nature. A Reformulation of Person-Centered Theory, in: Wyatt, G., Sanders, P. (2002), Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice. Contact and Perception, Vol. 4, Ross on Wye (PCCS-Books), 76-95

Autorin:

Elisabeth Zinschitz, 1959, Klientenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis mit Schwerpunkt auf Behinderung und Trauma; Supervisorin für BehindertenbetreuerInnen, Frühförderung und Elternberatung im Behindertenbereich, Leitung eines Kinderschutzzentrums und Übersetzung verschiedener Artikel und Bücher; mehrere Artikel über Psychotherapie mit behinderten Menschen, Vorträge und Workshops über Behindertenarbeit und Prä-Therapie.

Korrespondenzadresse:

*Elisabeth Zinschitz
Stiftgasse 15-17/4
A-1070 Wien
E-Mail: e.zinschitz@chello.at*

Ludwig Teusch

Personzentrierte Angstforschung: Störungsbezogenes Vorgehen und Ergebnisse

Zusammenfassung: Die Entwicklung und Ergebnisse der Essener Arbeitsgruppe Gesprächspsychotherapie-Forschung zur Behandlung von Panik und Agoraphobie werden vorgestellt. In Anlehnung an das Phasenmodell von Swildens wurde ein manualgeleitetes therapeutisches Vorgehen entwickelt. In Therapie- und Verlaufsstudien wurde nachgewiesen, dass die Gesprächspsychotherapie effektiv die Leitsymptomatik Panik und Agoraphobie und die den Angststörungen zugrunde liegenden Persönlichkeitsdefizite vermindert. Therapietheoretisch hervorzuheben ist, dass nachgewiesen werden konnte, dass die Gesprächspsychotherapie über eigene Wirkmechanismen zur Angstreduktion führt. Verglichen mit einer Kombination aus Gesprächspsychotherapie und verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation reduziert ausschließliche Gesprächspsychotherapie besonders nachhaltig die übergroße Hilfsbereitschaft, die körperliche Affektresonanz und die subjektive Stressbelastung. Im Anschluss an die Gesprächspsychotherapie nehmen die Therapieeffekte noch weiter zu. Diese „Nachbesserung“ im Katamnesezeitraum weist auf die „aktualisierenden Tendenz“ hin.

Schlüsselwörter: Angststörungen, Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie, Prozess- und Ergebnisforschung

Résumé: Recherches centrées sur la personnes des troubles anxieux: procédures spécifiques et résultats. L'auteur présente les résultats du Groupe de travail de recherche d'Essen sur la psychothérapie centrée sur la personne pour le traitement de la panique et de l'agoraphobie. Suivant l'exemple du modèle des phases de Swildens un guide décrivant la procédure thérapeutique a été développé. A travers des études de thérapies et de leur évolution, il a été démontré que la psychothérapie centrée sur la personne réduit efficacement les déficit de personnalité qui sont à l'origine de la symptomatique de la panique, de l'agoraphobie et de l'anxiété. Il convient de souligner au niveau de la théorie de la thérapie qu'il a pu être prouvé que la psychothérapie centrée sur la personne réduit les peurs par des mécanismes d'action propres. Comparé avec une combinaison de psychothérapie centrée sur la personne et de confrontation avec les stimuli négatifs dans le cadre d'une thérapie comportementale, la psychothérapie centrée sur la personne seule, réduit de manière particulièrement durable la soumission excessive, la résonance corporelle des affects et le stress subjectivement ressenti. Les effets de la thérapie augmentent encore après la fin d'une psychothérapie centrée sur la personne. Cette « amélioration » pendant la période d'après la thérapie illustre bien la « tendance à l'actualisation ».

Mots clés: troubles liés à la peur, psychothérapie centrée sur la personne axée sur les peur, recherche sur le processus et les résultats

Die „Arbeitsgruppe Gesprächspsychotherapie-Forschung“ in Essen

Die Behandlung von Patienten mit Angststörungen ist seit jeher eine Domäne der Gesprächspsychotherapie. Lange wurden systematische störungsbezogene Konzepte für entbehrlich, wenn nicht sogar – mit Blick auf den unvoreingenommenen, ganz an den individuellen Bedürfnissen des Betroffenen orientierten Therapeuten – für schädlich gehalten (Finke/Teusch 2002). Störungsbezogene Überlegungen finden sich allerdings bereits früh in Berichten über die Arbeit mit schizophrenen Patienten, etwa von Gendlin (1964). In den letzten 15 Jahren wurden vor allem von Swildens (1991),

Sachse (Sachse/Maus 1991), Finke (1994) und Teusch (1986) systematische störungsbezogene Konzepte für fast alle psychiatrischen Störungen vorgestellt. Die von der Essener „Arbeitsgruppe Gesprächspsychotherapie-Forschung“ entwickelten Konzepte reichten bis hin zu Gesprächspsychotherapie-Manualen. Einen Schwerpunkt bildeten Untersuchungen zur Panik und Agoraphobie. Systematische Therapie- und Verlaufsstudien zeigten, dass Panikattacken, Agoraphobie und die damit einhergehende Depressivität im Verlauf einer gesprächspsychotherapeutischen Behandlung signifikant abnehmen und dass es über eigene Wirkmechanismen zu charakteristischen Änderungen auf der Persönlichkeitsebene kommt (Teusch/Finke 1999). Im vorliegenden Beitrag sollen die Ergebnisse und

der Weg unserer Forschung und die daran in besonderem Maße beteiligten Personen vorgestellt werden. Ohne deren engagiertes Zusammenwirken wäre eine empirische Forschung entgegen dem kognitiv-behavioralen oder biologisch orientierten Mainstream und auch dem „störungsfeindlichen“ Mainstream der gesprächspsychotherapeutischen Bewegung nicht möglich gewesen.

Die Untersuchungen wurden in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Essen durchgeführt. Der Psychotherapiebereich, in dem die Behandlung erfolgte, liegt in einer Parklandschaft am Stadtrand von Essen. Hier erfolgten keine Akutaufnahmen, sondern geplante Aufnahmen nach ambulantem Screening hinsichtlich der Notwendigkeit einer stationären Behandlung.

Durch Jobst Finke, einen der beiden leitenden Oberärzte, wurde 1974 die gesprächspsychotherapeutische Orientierung in die Klinik getragen. Ab 1986 kam mit dem Verfasser ein zweiter Gesprächspsychotherapeut als Oberarzt in die Abteilung, so dass die therapeutische Leitung von einer personenzentrierten Einstellung geprägt wurde. Die Mitarbeiter wurden personenzentriert ausgebildet und auf ein entwicklungsförderndes Klima Wert gelegt (Finke/Teusch 1986; Finke 1992).

Die Gesamtleitung der Psychiatrischen Universitätsklinik wurde 1987 von Markus Gastpar übernommen. Er war psychotherapeutischen wie biologischen Forschungsansätzen verpflichtet, legte großen Wert auf empirische Forschung und stellte die hierfür notwendige Infrastruktur bereit. Hildegard Böhme, eine gesprächspsychotherapeutisch und verhaltenstherapeutisch erfahrene Diplompsychologin, wurde für wissenschaftliche Aufgaben freigestellt und übernahm mit der ihr eigenen Energie die Begleituntersuchungen einschließlich umfangreicher Katamnesen sowie die methodische Aufbereitung der Ergebnisse.

In diese Zeit fiel ein Paradigmawechsel in Diagnostik und Therapie angstneurotischer Störungen. An die Stelle des psychoanalytischen Paradigmas traten methodenoffene diagnostische Konzepte. Angesichts der Erfolge der Psychopharmakotherapie und der Reizkonfrontation bei der Panikstörung mit Agoraphobie lag die erste Herausforderung darin, die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bei diesen Patienten nachzuweisen. Grawe (1976) und Plog (1976) hatten bereits viele Jahre zuvor bei Patienten mit gemischten Angststörungen eine mit verhaltenstherapeutischen Strategien gleichwertige hohe Effektivität der Gesprächspsychotherapie nachweisen können. Allerdings war zum damaligen Zeitpunkt noch nicht unterschieden worden zwischen spezifischen Angststörungen, und die Behandlung war noch nicht mit der Reizkonfrontation durchgeführt worden, die sich später als besonders effektiv erwies.

In unserer ersten Studie mit naturalistischem Design wurde eine unausgelesene Stichprobe von Patienten einbezogen. Von diesem Vorgehen ist eine besonders hohe klinische Relevanz bzw. Versorgungsrelevanz zu erwarten, da die für randomisierte Studien notwendigen Ein- und Ausschlusskriterien entfallen. Wir haben stationär behandelte Patienten mit Panik und Agoraphobie

bei Aufnahme und Entlassung sowie nach einem Jahr untersucht (Teusch/Böhme 1991). Wir waren natürlich sehr gespannt, wie sich unsere Behandlung langfristig auf der Symptomebene, also auf die phobischen Symptome auswirkt, zumal unser Augenmerk stärker den innerpsychischen und zwischenmenschlichen Veränderungen gegolten hatte. Wir waren insofern skeptisch, als uns vereinzelte spontane Rückmeldungen von Patienten nach der Entlassung fast ausschließlich auf erneut aufgetretene Angstzustände aufmerksam gemacht hatten. Umso erfreuter waren wir über die Ergebnisse: Es kam zu einer hochsignifikanten Abnahme der Panikattacken und der Agoraphobie im Behandlungsverlauf und, was noch wichtiger war, die Ergebnisse blieben im Jahr nach der Entlassung stabil. Wir waren also glücklicherweise dem „bias“ aufgesessen, dass sich unzufriedene Patienten eben häufiger melden, als erfolgreiche Patienten.

Die Entwicklung eines Gesprächspsychotherapie-Manuals

Bei der Präsentation dieser Ergebnisse auf Fachtagungen und in wissenschaftlichen Zeitschriften wurde deutlich, dass es nicht ausreicht, auf die gesprächspsychotherapeutischen Grundprinzipien zu verweisen, sondern dass das therapeutische Vorgehen bei Angststörungen detailliert beschrieben werden muss. Änderungen im klinikinternen Ausbildungscurriculum machten es zudem notwendig, die Therapeuten – überwiegend Assistenzärzte ohne längere psychotherapeutische Vorbildung – in kurzer Zeit einzuarbeiten. Vor diesem Hintergrund entwickelten wir ein kurzgefasstes Gesprächspsychotherapie-Manual für die Behandlung von Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie (Teusch/Finke 1995). Dieses Manual bündelt in erster Linie die Erfahrungen aus der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung vieler Angstkranker i. S. einer „bottom up“-Entwicklung.

Es fußt auf entwicklungspsychologischen Konzepten, die aufgrund der Behandlung (Finke 1994; Teusch/Finke 1995) einschließlich systematischer Therapie-Transkriptstudien (Speierer 1994) gewonnen wurden. Sie lassen – idealtypisch – bei Agoraphobiepatienten eine unzureichende Selbständigkeitsentwicklung erkennen. Durch einen Mangel an elterlicher Empathie gegenüber den Bedürfnissen des Kindes und vor allem durch mangelndes Akzeptieren und Anerkennen von Selbstständigkeitsregungen bleibt die Entwicklung zur Autonomie unvollständig. Das Selbstbild ist gekennzeichnet durch mangelndes Vertrauen in die eigenen Kräfte und das Selbstideal durch Wünsche nach Beherrschtheit, Kontrolliertheit und Unabhängigkeit (Speierer 1994). Die Betroffenen suchen Schutz und Geborgenheit und befürchten vor allem verlassen zu werden und Einsamkeit. Die Ambivalenz zwischen Autonomie und Abhängigkeitsbestrebungen wird als Grundlage für die Entstehung von Panik und Agoraphobie angesehen. Auslöser sind aktuelle

Spannungen oder Konflikte im Zusammenhang mit phantasierter, drohender oder realer Trennung.

Gestützt auf diese entwicklungspsychologischen Überlegungen und auf die Erfahrungen in der therapeutischen Begegnung mit zahlreichen Agoraphobiepatienten wurde für die jeweiligen Therapiephasen ein schrittweises Vorgehen entwickelt, mit unterschiedlichen Schwerpunkten in der Symptomphase, der Beziehungs- und Konfliktphase und der Abschiedsphase in Anlehnung an die Phaseneinteilung nach Swildens (1991). In der Symptomphase liegt der Schwerpunkt auf dem geduldigen und differenzierenden Umgang mit dem Angsterleben. Eine akzeptierende Haltung und ein differenziertes Spektrum von Interventionen sollen dem Patienten in dieser Phase helfen, seine erlebten Symptome zu „entkatastrophieren“, ihn bei den von ihm selbst ausgehenden Schritten zur Angstbewältigung zu ermutigen – allerdings ohne irgend eine Form der Expositionsinstruktion – und ihn auch für Zusammenhänge zwischen Angstsymptomen und seelischen Belastungen zu sensibilisieren. Viel zu früh verweisen konfliktzentrierte Therapeuten auf eine verhaltenstherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung, wenn der Patient darauf beharrt, er sei nur körperlich krank, ihm drohe wirklich ein Herzinfarkt, oder seine massiven Schwindelgefühle und die Angst umzukippen seien Folge von Schädigungen des Gleichgewichtsinns. Ein geduldiges, intensives Eingehen auf das Symptomerleben ist in dieser Phase die vertrauensbildende Voraussetzung für die weitere Therapie. Sie ist damit auch in besonderer Weise adaptiert auf Patienten mit diesen Störungen und insofern besonders person- bzw. patientenzentriert.

Natürlich kann ein gesprächspsychotherapeutisches Manual keine strikte und starre Behandlungsanweisung sein. Vielmehr beschreibt es Phasen, die viele Patienten im Therapieverlauf durchleben mit charakteristischen inhaltlichen und therapietechnischen Schwerpunkten in der Symptomphase, der Beziehungs- und Konfliktphase und der Abschiedsphase (Teusch/Finke 1995). Es soll dem Therapeuten helfen, den Patienten möglichst umfassend wahrzunehmen und charakteristische Klippen in der therapeutischen Beziehung wahrzunehmen und zu umschieben.

Behandlungssettings

Die Behandlung von Patienten mit schweren, z.T. chronischen Angststörungen erfolgte stationär in unterschiedlichen Settingbedingungen:

Setting GPT: Gesprächspsychotherapie nach dem Manual von Teusch und Finke (1995). Sie wurde als Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt, ergänzt um Körpertherapie und Gestaltungstherapie. Die Behandlung erfolgte in gemischten Neurosegruppen. Die Supervision erfolgte durch Jobst Finke.

Setting GPT+EXP: Zusätzlich zum Setting GPT wurde eine verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation nach dem Manual von

Mathews, Gelder und Johnston (1988) durchgeführt in einem räumlich getrennten Bereich der Klinik. Ziel war es, durch eine Kombination von Gesprächspsychotherapie und verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation die Ergebnisse weiter zu verbessern. Nachdem der Verfasser bei Isaak Marks am Institut of Psychiatry in London die Expositionstherapie (Marks 1987) gewissermaßen an der Quelle aufgesogen hatte, begannen wir mit dem Aufbau des kombinierten Therapieprogramms. Die Supervision erfolgte durch den Verfasser.

Nach Etablierung der beiden Programme führten wir eine prospektive randomisierte Studie durch, in der Angstpatienten nach dem Zufallsprinzip in die ausschließliche Gesprächspsychotherapie oder in das Angstspezialprogramm mit Gesprächspsychotherapie und Reizkonfrontation kamen. Unsere Arbeitshypothese war, dass die kombinierte Behandlung der Monotherapie überlegen sei. Vor allem der Verfasser und sein Team waren von deren Überlegenheit überzeugt.

Die Ergebnisse waren für uns überraschend: Wir fanden auf der Symptomebene eine signifikante Abnahme der Panik und der agoraphoben Vermeidung ohne wesentliche Unterschiede zwischen den beiden Settingbedingungen. Diese Besserung hielt auch ein Jahr nach Ende der Therapie an und es kam sogar zu einer leichten „Nachbesserung“ im Katamnesezeitraum (Teusch 1995; Teusch/Böhme/Gaspar 1997; Teusch/Finke 1999). Ohne eine Anleitung oder ein Training zur Angstbewältigung war es über das personenzentrierte Beziehungsangebot zu einer dramatischen Abnahme der Angstsymptomatik gekommen. Fast alle Patienten konnten ihren Lebensradius wieder erweitern und völlig oder zumindest weitgehend frei von Panik leben. Was hat ihnen geholfen? Auch wenn wir nicht über systematische Studien verfügen über die Beziehung zwischen therapeutischen Bedingungen, Abnahme der Inkongruenz und Änderungen auf Symptomebene können wir zumindest Vermutungen anstellen. Wir denken, dass eine akzeptierende, haltgebende Zuwendung besonders wichtig war angesichts der subjektiv oftmals existenziell bedrohlich erlebten Symptome und angesichts ausgeprägter Harmoniewünsche der Betroffenen. Wichtig war sie auch hinsichtlich ihrer verborgenen Autonomiewünsche, die sich zunächst oft nur in dem Beharren auf einem Somatogenese-konzept zeigten, später auch in anfangs verborgenen Unabhängigkeitsphantasien. Verstehende Interventionen, insbesondere das selbstkonzeptbezogene Verstehen, erleichterten die Sensibilisierung für Zusammenhänge zwischen körperbezogenen Angstsymptomen und Inkongruenz (Teusch/Degener 1990; Teusch 1991).

Um messbare Aufschlüsse über den therapeutischen Prozess zu gewinnen, haben wir das Expositions-konzept des Patienten mit einer 99mm-visuelle Analogskala gemessen. Darin hat der Patient die Aufgabe, auf einer Skala, die von 1 bis 99 reicht, zu markieren, wo er sich aktuell zwischen den Polen: „*Ich setze mich angstbesetzten Situationen immer aus*“ versus „*Ich setze mich angstbesetzten Situationen nie aus*“ befindet. Es zeigte sich, dass das Expositions-konzept nicht entscheidend für die Abnahme von Panik und Agora-

phobie war, wie von Marks (1987) postuliert wurde, sondern dass die Gesprächspsychotherapie über andere Prozesse zur Angstreduktion führte (Teusch/Böhme, 1999). Wir konnten zeigen, dass die Bereitschaft des Betroffenen, sich angstbesetzten Situationen auszusetzen, unterschiedlich ist, je nach dem ob eine rein gesprächspsychotherapeutische Behandlung, eine kombinierte Behandlung oder eine rein verhaltenstherapeutische Behandlung erfolgte. Hierzu wurden die Ergebnisse von Hand/Angenendt/Fischer/Wilke 1986 aus einer vergleichbaren Population herangezogen. Interessanterweise übernahmen die Patienten, die an der kombinierten Therapie teilnahmen, das Expositions-konzept entsprechend den Patienten der „reinen“ Verhaltenstherapie.

Für die Gesprächspsychotherapeuten waren natürlich die Veränderungen auf der Persönlichkeitsebene von besonderem Interesse. Sie wurden mit dem Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI) und dem Giessen-Test erfasst: Neben vielfältigen Verbesserungen, etwa einer Zunahme der Lebenszufriedenheit und einer Abnahme der sozialen Rückzugstendenz in beiden Behandlungsgruppen, kam es speziell bei ausschließlicher Gesprächspsychotherapie zu differentiellen Änderungen, wie in Blick auf die Effektstärken besonders eindrucksvoll zeigt: Ausschließliche Gesprächspsychotherapie führt dazu, dass die eigenen Bedürfnisse besser erkannt und geschützt werden. Die überstarke Hilfsbereitschaft (Soziale Orientierung) nimmt signifikant stärker ab und damit auch die subjektive Überbeanspruchung und die körperliche Affektresonanz im Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI). Die Monotherapie, in der Betroffene und Therapeuten gewissermaßen alles auf die „Karte Gesprächspsychotherapie“ setzen, zeigt ungeahnte Power (Teusch/Böhme/Finke 2001). Weiterhin zeigte sich, dass die Soziale Akzeptanz (Giessen-Test) nach „reiner“ Gesprächspsychotherapie nur langsam zunahm, bei zusätzlicher Reizkonfrontation jedoch rasch und anhaltend. Die Interpretation liegt nahe, dass die Exposition die Erwartungen der Außenwelt erfüllt, „gegen die Angst anzugehen“ und infolge dessen rasch dazu führt, sich sozial akzeptiert zu fühlen, während der gesprächspsychotherapeutisch angestoßene Prozess erst verzögert zur positiven sozialen Resonanz führt.

Diese in der stationären Psychotherapie gewonnenen Ergebnisse sollten im ambulanten Setting repliziert werden. Sie sind ermutigend, belegen sie doch die hohe und spezifische Wirksamkeit bei einer schweren, unbehandelt meist zur Chronifizierung führenden Angststörungen.

Literatur

- Finke, J. (1992), Gesprächspsychotherapie in der Psychiatrie, in: *Psycho* 12, 848-855
- Finke, J. (1994), Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart (Thieme)
- Finke, J./Teusch, L. (1986), Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie in der Psychiatrie in: *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 5, 361-366
- Finke, J./Teusch, L. (2002), Die störungsspezifische Perspektive in der Personenzentrierten Psychotherapie. in: Keil, W./Stumm, G. (Hg.) *Die vielen Gesichter der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie*, Wien/New York (Springer), 147-162
- Gendlin, E. T. (1964), Schizophrenia: Problems and methods of psychotherapy, in: *Review of Existential Psychology* 4, 168
- Grawe, K. (1976), *Differentielle Psychotherapie I*, Bern/Stuttgart/Wien (Huber)
- Hand, I./Angenendt J./Fischer, M./Wilke C. (1986), Exposure in-vivo with panic management for agoraphobia: Treatment rationale and long-term outcome, in: Hand, I./Wittchen, H. U. (Eds) *Panic and phobias. Empirical evidence of theoretical models and long-term effects of behavioral treatments*, Berlin/Heidelberg/New York (Springer), 104-127
- Marks, I. M. (1987), *Fears, phobias and rituals. Panic, anxiety, and their disorders*, Oxford/New York (Oxford University Press)
- Mathews, A./Gelder, M./Johnston, D. (1988), *Platzangst. Ein Übungsprogramm für Betroffene und Angehörige*, Berlin/Heidelberg/New York (Springer)
- Plog, U. (1976), *Differentielle Psychotherapie II*, Bern/Stuttgart/Wien (Huber)
- Sachse, R./Maus, C. (1991), *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*, Stuttgart/Berlin/Köln (Kohlhammer)
- Speierer, G. W. (1994), *Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*, Heidelberg (Asanger)
- Swildens, H. (1991), *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*, Köln (GwG-Verlag)
- Teusch, L. (1991), Diagnostik in der Gesprächspsychotherapie am Beispiel der Angsterkrankungen, in: Finke, J./Teusch, L. (Hg.), *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen*, Heidelberg (Asanger), 45-57
- Teusch, L. (1986) Gesprächspsychotherapie schizophrener Patienten, in: *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie* 5, 391-398
- Teusch, L. (1995), *Gesprächspsychotherapie in Kombination mit verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation bei Panikstörung mit Agoraphobie – Grundlagen und klinisch-experimentelle Überprüfung*, Universität Essen (Habilitationsschrift)
- Teusch L./Böhme H. (1991), Was bewirkt ein stationäres Behandlungsprogramm mit gesprächspsychotherapeutischem Schwerpunkt bei Patienten mit Agoraphobie und/oder Panik? Ergebnis einer Ein-Jahres-Katamnese, in: *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 41, 68-76
- Teusch, L./Böhme, H./Gastpar, M. (1997), The benefit of an insight oriented and experiential approach on panic and agoraphobia symptoms: Results of a controlled comparison of client-centered therapy and a combination with behavioral exposure, in: *Psychotherapy and Psychosomatics* 66, 293-301

- Teusch, L./Böhme, H. (1999), Is the exposure principle really crucial in agoraphobia? The influence of client-centered „nonprescriptive“ treatment on exposure, in: *Psychotherapy Research* 9, 1, 115-123
- Teusch, L./Böhme, H./Finke, J. (2001), Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation bei Agoraphobie mit Panikstörung, in: *Nervenarzt* 72, 31–39
- Teusch, L./Degener, T. (1990), Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Angstkranken in einem mehr-dimensionalen Behandlungskonzept – ein Erfahrungsbericht, in: Meyer-Cording, G./Speierer, G. W. (Hg.), *Gesundheit und Krankheit. Theorie, Forschung und Praxis der klienten-zentrierten Gesprächspsychotherapie heute*, Köln (GwG-Verlag), 148–162
- Teusch, L./Finke, J. (1995), Die Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung bei Panik und Agoraphobie, in: *Psychotherapeut* 40, 88–95
- Teusch, L./Finke, J. (1999), Gesprächspsychotherapie bei Angststörungen: Grundlagen, Therapie, Ergebnisse, in: *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 30, 4, 241–254

Autor:

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ludwig Teusch; Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Neurologie; Gesprächspsychotherapeut in der GwG; 1. Vorsitzender und Lehrtherapeut der ÄGG; Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel.

Forschungsschwerpunkt: Entwicklung und Evaluierung störungsbezogener personenzentrierter Behandlungskonzepte für psychiatrische Erkrankungen.

Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ludwig Teusch
Abt. Psychiatrie und Psychotherapie
Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel
Grutholzallee 21
D-44577 Castrop-Rauxel
E-Mail: l.teusch@evk-castrop-rauxel.de*

Michael Behr, Nicole Doubek, Steffi Holl

Authentizität als Einheit von Erfahrung, Selbstkonzept und Echt-Sein am Beispiel von unterrichtenden Lehrern

Zusammenfassung: Die klientenzentrierte Theorie beschreibt Authentizität als Einheit von Erfahrung, Selbstkonzept und Echt-Sein mit anderen. Drei Studien prüfen, ob es nützlich ist, Authentizität in zwei Konzepte zu unterteilen: intrapersonale Authentizität als Kongruenz von Erfahrung und Selbst, und interpersonale Authentizität als Echt-Sein mit anderen. In drei Studien werden je 30 bis 35 unterrichtende Lehrer auf ihr Echt-Sein getestet. Selbstkonzept-Maße der Lehrer zeigen niedrige Korrelationen zwischen intra- und interpersonaler Authentizität. Erleben von entweder zu wenig oder von überflutenden Emotionen prädiziert unterschiedliche Muster bei den Selbstkonzept-Maßen. Drei Subskalen für Echt-Sein in der Schule besitzen gute Inter-Rater-Reliabilität und Validität. Sie können bei pädagogischen Ausbildungen und in der Forschung eingesetzt werden.

Schlüsselwörter: Klientenzentrierte Psychotherapie, Lehrer-Schüler-Interaktion, Authentizität, Kongruenz, Schule

Résumé: L'authenticité comme unité d'expérience, de concept de soi et d'être authentique vue à travers l'exemple d'enseignants dans l'exercice de leur fonction. La théorie centrée sur le client décrit l'authenticité comme unité d'expérience, de concept de soi et d'être authentique avec les autres. 3 études analysent s'il est nécessaire de subdiviser l'authenticité en deux concepts: l'authenticité intrapersonnelle en tant que congruence entre expérience et soi, et l'authenticité interpersonnelle en tant qu'être authentique avec les autres. L'authenticité de 30 à 35 enseignants dans l'exercice de leur fonction est évaluée dans le cadre de 3 études. La mesure du concept de soi des enseignants fait apparaître des corrélations faibles entre authenticité intra- et interpersonnelle. Le fait de ressentir trop peu d'émotions ou d'être au contraire submergé par elles relève de modèles différents au niveau des mesures du concept de soi. 3 sous-niveaux d'évaluation pour l'être authentique à l'école possèdent une bonne fiabilité inter-évaluations et validité. Elles peuvent être utilisées dans les formations pédagogiques et dans la recherche.

Mots-clés: psychothérapie centrée sur le client, interaction enseignant-élèves, authenticité, congruence, école

Die personzentrierte Theorie der Persönlichkeit und des zwischenmenschlichen Verhaltens definiert Authentizität gleichermaßen als einen Persönlichkeitstrait und als ein interaktionelles Verhalten (Rogers 1951a; 1959a). Eine authentische Person nimmt ihr Erleben weitgehend vollständig und selbstwertschätzend wahr: sie symbolisiert es im Bewusstsein etwa in Form von sprachlichen Begriffen, Imaginationen, Metaphern, organismischen Vorgängen. Dies wird in der Regel als Kongruenz bezeichnet. Darüber hinaus teilt sie sich mit ihrem Erleben vollständig und übereinstimmend anderen mit; dies wird oft Echt-Sein genannt. Die Person gilt als authentisch, wenn der intrapersonelle und der interpersonelle Aspekt eine Einheit bilden: Eine Person nimmt sich selbst gut wahr, ist also in positivem Kontakt mit sich und mit ihrem emotionalen Erleben (Kongruenz) – und sie kommuniziert auch eindeutig und vollständig, in Übereinstimmung mit ihrem Erleben (Echt-Sein). (Tausch/Tausch 1990; Lietaer 1992; Weinberger 1992; Mearns/Thorne 1996; Bier-

mann-Ratjen/Eckert/Schwartz 1997; Schmid 2001; Wyatt 2001). Die Begriffe werden allerdings mit zum Teil unterschiedlichen Bedeutungsspektren verwendet: Authentizität beschreibt manchmal, vor allem in sozialwissenschaftlichen Gedankenfiguren, über das hier Definierte hinaus eine bestimmte Lebensweise bzw. Wertorientierung im Leben. Kongruenz meint manchmal auch den interpersonellen Teil von Authentizität – hier aber nicht. Echt-Sein meint manchmal nur die Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Kommunikationskanälen einer Person wie z. B. Gesichtsausdruck, Tonfall, Text („Kanalkongruenz“). Wie viel von ihrem Erleben die Person mitteilt wird dann mit dem Subkonstrukt Selbstdarstellung (Self-Disclosure) erfasst. Hier meint Echt-Sein beides, was weiter unten spezifiziert wird.

Die Forschung zu förderlichen Prozessen in der Psychotherapie, Beratung, Erziehung, Seelsorge usw. bestätigt, dass Echt-Sein im Verhalten der Helferperson eine der notwendigen Bedingung für

die Wirksamkeit von Entwicklungsförderung im Rahmen interpersoneller Beziehung darstellt. Dieser Aspekt von Authentizität, also der interpersonelle, bildet im Kontext der klientenzentrierten Beratungstheorie als „Echt-Sein“ eine der drei Kernbedingungen für Beraterverhalten. Die Messung aber bereitet Probleme. Zu Forschungs-, später auch zu Trainingszwecken, wurden Skalen für ein Fremdrating der Helferson entwickelt (Rogers 1951a; Carkhuff 1969). Die Carkhuff-Skalen erlauben die Einschätzung des interpersonellen Aspektes von Authentizität, nämlich Echt-Sein, allerdings nur im Sinne von Kanalkongruenz – Selbstdarstellung wird in einer Zusatzskala erfasst. Sie wurzeln in der amerikanischen Psychotherapieforschung der 60er Jahre und wurden für den Anwendungsbereich Erziehung/Schule (Aspy/Roebuck 1972; 1974; 1975; 1977; Aspy 1972) und für den deutschen Sprachraum adaptiert (Tausch/Tausch 1990; 1991). Reliabilität und Validität all dieser Skalen erscheinen jedoch als optimierbar.

Unsere Arbeit verfolgt zwei Ziele: 1. Sie überprüft die Einheitlichkeits-Hypothese der Authentizität als intra- und zugleich interpersonelles Konstrukt. Dazu bedient sie sich des Beispiels von unterrichtenden Lehrern. Fremdratings von trainierten Beobachtern über deren Echt-Sein werden korreliert (a) mit Maßen für intrapersonelle Kongruenz als Übereinstimmung von Erfahrung und Selbstkonzept und (b) mit Selbstkonzept-Fragebogeninventaren. 2. Sie entwickelt Fremdrating-Skalen zum Echt-Sein von Pädagogen, die das Konstrukt in praktisch relevanter Weise operationalisieren und die so eine bessere Validität und Inter-Rater-Reliabilität aufweisen.

Ratingskalen für das Echt-Sein von Pädagogen

Fremdrating-Skalen zur Operationalisierung und Erfassung des Psychotherapeutenverhaltens für Echt-Sein wurden zunächst von Truax und Carkhuff (1967; vgl. auch Carkhuff 1969) formuliert und in der Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie angewandt. Bei der Übertragung der klientenzentrierten Beziehungstheorie auf den Bereich von Unterricht und Erziehung führten Aspy und Roebuck (Aspy 1972; Aspy/Roebuck 1977) extensiv Lehrertrainings durch und evaluierten unter Verwendung der Skalen von Truax und Carkhuff sowie später anhand eigener, von diesen abgeleiteter Skalen. In der Regel rateten trainierte, blinde Beobachter aufgrund von Tonbandmitschnitten von Unterrichtsstunden von jeweils 3 bis 5 Minuten Dauer das Verhalten der Lehrer. Werte über die Reliabilität der Skalen werden, gemessen an Zahl und Umfang der Studien, nur sparsam mitgeteilt. In einer Untersuchung, bei der die Carkhuff-Skalen dem Rating zugrunde lagen (Aspy/Roebuck 1972, 366), erzielten drei Rater, Trainingsdauer nicht angegeben, eine Übereinstimmung (offenbar der Mittelwerte) von $r = .76$. Aspy formulierte dann eine eigene Skala zum Echt-Sein, um dem Untersuchungsfeld Schule und dem Material (Tonbandmitschnitte) gerechter zu werden

(Aspy 1972, 69–80). Er operationalisierte Echt-Sein dahingehend, dass eine spontane, natürliche Konversation betreibende Stimme hörbar werden sollte, im Gegensatz zu einer „school-teacher’s-voice“, die eher rituell, rollengebunden, mechanisch wirkt. Auf einer 5er Skala kann der jeweilige zeitliche Anteil abgestuft werden. Es fand sich eine Interrater-Reliabilität von „above .85“ (Roebuck/Aspy 1974). Aspy und Roebuck (1975, 218) beschreiben dann noch ein Verfahren, nachdem ihre Rater solange trainiert wurden, bis sie mit mindestens $r = .85$ mit zuvor erfolgtem Experten-Rating übereinstimmen.

Im deutschen Sprachraum wurde von Tausch und Tausch eine Operationalisierung und Skalierung des Merkmals Echt-Sein vorgelegt, die gleichermaßen bei Studien zur Psychotherapie und im Bereich Unterricht und Erziehung verwandt wurde (Tausch/Tausch 1990; 1991). Sie umschreibt das Merkmal Echt-Sein anhand von 12 kurzen Sätzen (Beispiele: „Eine Person sagt das, was sie denkt und fühlt. Sie gibt sich so, wie sie wirklich ist. Sie ist aufrichtig und heuchelt nicht.“). Auf einer 5er Skala kann der Grad der Ausprägung abgestuft werden. Bei der Anwendung dieser Praxisfeld-unspezifischen Skala auf Transkripte von Unterricht erzielten Höder/Tausch/Weber (1979, 234) eine Interrater-Übereinstimmung von .61, bei der Anwendung auf je 4-minütige Tonbandmitschnitte von Unterricht erzielten Wittern/Tausch (1983, 129) Interrater-Übereinstimmungen von jeweils $>.80$, bei der direkten Beobachtung von Übungsleitern in Sportvereinen erzielten Thiel und Rossmann (1981, 155) eine Interrater-Übereinstimmungen von 88% (Koeffizient nicht erläutert). Behr/Baegerau/Drebes/Kunzner/Rupieper (1997) wandten eine Übersetzung von Carkhuff-Skalen auf Videomitschnitte von Unterrichtsstunden an und rateten 3 bis 8 Sekunden lange Ausschnitte auf den Skalen Echtheit, $r = .63$, Selbstdarstellung, $r = .28$ und Direktheit, $r = .60$. Dieses Team entwickelte daraufhin eine deutschsprachige Operationalisierung von Echt-Sein für den Bereich von Unterricht und Erziehung in Form von drei vierstufigen Subskalen, die das Konstrukt Echt-Sein in pädagogischen Beziehungen differentiell erfasst für die Bereiche Direktivität (wie echt ist die Pädagogenperson, wenn sie Macht ausübt oder abgibt), interpersonelle Nähe (... , wenn es um Nähe, Zuwendung, Beziehung geht), Inhalt (... , wenn es um den Unterrichtsgegenstand, Themen, Aktivitäten geht). Die Skalenstufen wurden jeweils mit 6 bis 10 Sätzen umschrieben. (Behr/Baegerau/Drebes/Kunzner/Rupieper 1997). Diese Skalen erbrachten bei der Anwendung auf 3 bis 8 Sekunden lange Videomitschnitte von Unterricht nach 8-stündigem Ratertraining (Studierende des Lehramtes) Interrater-Reliabilitäten von .76 für Echt-Sein bzgl. Direktivität, .34 für Echt-Sein bzgl. Nähe und .74 für Echt-Sein bzgl. Inhalt.

Mit diesen Skalen liegen nunmehr differenziertere Operationalisierungen des Konstruktes Echt-Sein im pädagogischen Bereich vor, jedoch ist die Interrater-Reliabilität zum Teil inakzeptabel, und es erscheint die Arbeit mit nur sekundenlangen Videosequenzen im Praxisfeld als unpraktikabel. Auch gibt es noch keine Validierungen.

Intra- und interpersonelle Authentizität

Das Konzept von Authentizität als Einheitlichkeit von Erfahrung, Bewusstsein und Kommunikation einer Person wurde bislang keiner empirischen Kontrolle unterzogen. Dies ist vom Erkenntnisinteresse her nachvollziehbar: Emotionen als Bestandteile des Selbst bewusst und wertschätzend erleben können gilt von je her als zentrales Ziel von Beratungsprozessen in der klientenzentrierten Theorie. Der Klient nähert sich diesem Zustand über den Prozess der Selbstexploration, welche in der Psychotherapieforschung so wie andere Zustandsmaße auf Klientenseite stets als abhängige Variable konzipiert ist. Der kommunikative Aspekt von Authentizität, nämlich Echt-Sein als eindeutige, aufrichtige, selbstoffenbarende, transparente, nicht rollengebundene, ritualisierte Äußerungen, wird stets als Berater- bzw. Therapeutenvariable und als unabhängige Variable gesetzt – und so werden die interpersonellen Bedingungen für hilfreiche Prozesse auf Klientenseite herausgearbeitet. Dieses praktische Interesse hat zur Folge, dass das theoretische Postulat des Authentizität-Konstruktes im Rahmen der klientenzentrierten Persönlichkeitstheorie, nämlich die Einheitlichkeit hinsichtlich der Wahrnehmung und der Kommunikation von Emotionen, bislang nicht geprüft wurde.

Ziele der Studien

Zweck der vorliegenden Arbeit ist somit zum einen, eine Operationalisierung von Echt-Sein im pädagogischen Bereich so zu optimieren, dass unter Praxisbedingungen zufrieden stellende der Interrater-Reliabilitäten erzielt werden. Dazu werden die Skalen in einer optimierten Form bei direkten Live-Unterrichtsbeobachtungen, nach unterschiedlich langen Rater-Trainings und mit verschiedenen Rater-Teams eingesetzt. Die Studien 1 und 2 dienen der Vorbereitung dieses Ziels. In Studie 3 soll dann die Einheitlichkeitsannahme des Authentizität-Konstruktes in der klientenzentrierten Persönlichkeitstheorie überprüft werden. Es wird der korrelative Zusammenhang zwischen (1) dem Fremdrating von Echt-Sein im Pädagogenverhalten, (2) der Kongruenz als Übereinstimmung von organismischer Erfahrung und Selbstkonzept, sowie (3) verschiedenen Selbstkonzept-Konstrukten herausgearbeitet, welche der personzentrierten Theorie zufolge mit Authentizität korrelieren sollten. Dies sind zum Beispiel Selbstkonzept-Skalen, welche ein positives Verhältnis zu eigenen emotionalen und kognitiven Prozessen und zu positiven Selbstanteilen, etwa eigenen Fähigkeiten, beschreiben.

Aufgrund der Einheitlichkeitsannahme des Authentizität-Konstruktes hypothetisieren wir, dass sich mittlere bis starke Korrelationen zwischen diesen drei Variablen-Gruppen zeigen. Die Situation unterrichtender Lehrer sollte dabei in besonderer Weise eine hohe externe Validität sichern. Echt-Sein ist nicht nur eine

therapeutische Kernbedingung, sondern im personzentrierten Denken auch eine allgemeine Beziehungsvariable in jedweden zwischenmenschlichen Situationen. Das Echt-Sein der Lehrperson vor der Klasse wird auf mehreren Ebenen auf eine harte Probe gestellt, da zum Teil kontrastierende Anforderungen bewältigt werden müssen wie Schülermotivierung, Erhalt der Kontrolle über die Klasse, Herstellen von Nähe und Vertrauen, effektive Vermittlung von Wissen. Wir untersuchen so Personen, die über 45 Minuten hinweg ständig herausgefordert sind, in zentralen Bereichen zwischenmenschlicher Interaktion Verhalten zu zeigen.

Studie 1

Methode

Teilnehmer: Es nahmen freiwillig und unlohoniert 15 Lehrer und 15 Lehrerinnen teil, 11 Grundschul-, 5 Hauptschul- und 14 Realschullehrer, das Durchschnittsalter betrug 37 Jahre (S.D. = 11). Die Auswahl erfolgte aufgrund der Bekanntschaft der Raterinnen mit diversen Lehrern und Schulleitern und kann als zufällig gelten. Als Rater fungierten drei Studentinnen des Lehramtes mit einem Durchschnittsalter von 22 Jahren (S.D. = 1).

Instrumente: Zur Einschätzung des Echt-Seins der Lehrperson wurden Ratingskalen verwendet, die den Skalen von Behr/Baegerau/Drebes/Kunzner/Rupieper (1997) nicht umschriebene Zwischenstufen hinzufügten und so siebenstufige Ratings erlaubten.

Vorgehen: Es fand ein Rater-Training mit einer Dauer von insgesamt 24 Stunden statt, bei dem anhand von Videoaufzeichnungen von Unterrichtsstunden das Lehrerverhalten bezogen auf die gesamte Stunde anhand der Ratingskalen eingeschätzt wurde. Abweichungen wurden diskutiert und gemeinsame Standards festgelegt.

Danach beobachteten die Raterinnen von jedem Teilnehmer eine Unterrichtsstunde und rateten getrennt voneinander das Lehrerverhalten.

Ergebnisse und Diskussion

Die Rater-Übereinstimmung betrug zwischen je zwei Raterinnenpaaren und im Mittelwert:

Skala Echt-Sein bzgl. Macht: .84 – .85 – .91, $x = .87$

Skala Echt-Sein bzgl. Nähe: .95 – .95 – .96, $x = .95$

Skala Echt-Sein bzgl. Inhalt: .96 – .94 – .98, $x = .96$

Tabelle 1: Inter-Korrelationen der Rating-Skalen bei Studie 1

Skalen	1.	2.	3.
1. Echt-Sein bzgl. Macht		.67**	.70**
2. Echt-Sein bzgl. Nähe			.89**
3. Echt-Sein bzgl. Inhalt			

Anmerkungen: n = 30; ** p < .01 (zweiseitig)

Die Inter-Rater-Reliabilität ist sehr hoch. Tabelle 1 zeigt die Interkorrelationen der gemittelten Skalenwerte. Die zu hohen Interkorrelationen der Skalen erlauben es nicht, von unabhängigen Skalen zu sprechen.

Studie 2

Methode

Teilnehmer: Es nahmen freiwillig und unehonoriert 16 Lehrer und 14 Lehrerinnen teil, 15 Grundschul- und 15 Hauptschullehrer, das Durchschnittsalter betrug 47 Jahre ($S.D.=6$). Die Auswahl erfolgte aufgrund der Bekanntschaft der Raterinnen mit diversen Lehrern und Schulleitern und kann als zufällig gelten. Als Rater fungierten drei Studentinnen des Lehramtes mit einem Durchschnittsalter von 23 Jahren ($S.D.=1$).

Instrumente: Zur Einschätzung des Echt-Seins der Lehrperson wurde die schon in Studie 1 verwendete Skala Echt-Sein bzgl. Macht eingesetzt.

Vorgehen: Es fand außer einer 20-minütigen Einweisung in die Skala kein Rater-Training statt. Die Raterinnen beobachteten von jedem Teilnehmer eine Unterrichtsstunden und rateten getrennt voneinander das Lehrerverhalten.

Ergebnisse und Diskussion

Die Rater-Übereinstimmung betrug zwischen je zwei Raterinnenpaaren und im Mittelwert:

Skala Echt-Sein bzgl. Macht: $.57 - .86 - .61$, $x = .68$

Diese ohne Rater-Training erzielten Werte erbringen keine befriedigende Reliabilität und lassen so ein gewisses Training als notwendig erscheinen.

Studie 3

Methode

Teilnehmer: Es nahmen freiwillig und unehonoriert 21 Lehrer und 14 Lehrerinnen teil, 9 Grund-, 9 Haupt-, 8 Realschul- und 9 Gymnasiallehrer, mit einem Durchschnittsalter von 37 Jahren ($S.D.=12$) und durchschnittlich 14 Jahren Berufserfahrung ($S.D.=12$). Die Auswahl erfolgte aufgrund der Bekanntschaft der Raterinnen mit diversen Lehrern und Schulleitern und kann als zufällig gelten. Als Rater fungierten zwei 23jährige Studentinnen des Lehramtes.

Instrumente: Für die Fremdratings des Echt-Seins der Lehrperson wurden die Ratingskalen zum Echt-Sein von Pädagogen (REP) eingesetzt (siehe Anhang). Dies sind die in den vorigen Studien verwandten Skalen, die in ihren Skalenstufenbeschreibungen präzisiert und optimiert wurden.

Zur Messung des intrapersonalen Merkmals Kongruenz (Übereinstimmung von organismischer Erfahrung und dem Selbstkonzept) wurden drei selbstentwickelte Selbstauskunft-Skalen mit 4 bzw. 5 Items und fünfstufiger Likert-Skala verwendet. Sie stellen eine Vorform der Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE) dar (Behr/Becker 2002; Behr/Becker in Druck). Skala 1 misst die Wahrnehmung organismischer Erfahrungen der Person, Beispiel-Items: „Es ist leicht für mich, meine Empfindungen zu beschreiben.“ – „Meine Körpersignale bemerke ich schnell“, 5 Items, $r_{it} = .35$, $\alpha = .72$.

Skala 2 misst das Erleben der Person, zu wenig Gefühle zu haben, Beispiel-Item: „Ich würde gerne innerlich mehr erleben“, 4 Items, $r_{it} = .50$, $\alpha = .79$.

Skala 3 misst das Erleben der Person, von Gefühlen überflutet zu werden, Beispiel-Item: „Ich bin so voller Gefühle, dass ich mich selbst oft damit nicht ausstehen kann“, 5 Items, $r_{it} = .44$, $\alpha = .80$.

Als vierte Variable wurde ergänzend die Skala Extraversion des FDE (Bastine 1977) verwendet.

Selbstkonzept-Skalen: Es wurden verwendet

- die 8 Skalen der Frankfurter Selbstkonzept-Skalen (FSK) (Deusinger 1986),
- die 9 Skalen des Inventars zur Selbstkommunikation (ISE) (Tönnis 1986),
- der Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK) (Krampen 1991).

Vorgehen:

Es fand ein insgesamt 12-stündiges Rater-Training statt, bei dem anhand von Videoaufzeichnungen von Unterrichtsstunden das Lehrerverhalten bezogen auf die gesamte Stunde anhand der Ratingskalen zum Echt-Sein von Pädagogen (REP) eingeschätzt wurde. Abweichungen wurden diskutiert und gemeinsame Standards festgelegt. Dabei wurden die Skalen optimiert.

Danach beobachteten die Raterinnen Unterrichtsstunden und rateten getrennt voneinander das Lehrerverhalten. Nach der Stunde erhielten die Lehrer die Fragebogen nach Pkt. 2 und 3, die sie zuhause ausfüllten und anonym zusandten. Die Anonymität wurde durch ausschließliche Verwendung von Codes gewahrt.

Ergebnisse

Skalen-Kennwerte der REP

2 Raterinnen trainierten insgesamt 12 Stunden am Videomaterial. Bei den anschließenden Ratings während der Unterrichtsstunden erzielten sie die in Tabelle 2 berichteten Skalen-Kennwerte.

Die Interrater-Reliabilitäten sind sehr gut und ermutigen zu weiteren Versuchen mit kürzerem Ratertraining. Die Verteilung der Ratings erweist sich allerdings durchweg als rechtsschief, der Range wird nicht ausgeschöpft, wobei die unteren Skalenstufen 1 und 2 durchgängig nicht genutzt werden. Möglicherweise wird eine

Tabelle 2: Skalen-Kennwerte der Ratingskalen zum Echt-Sein von Pädagogen (REP)

Skala	Raterin	Mittelwert	Standardabweichung	Min.	Max.	Schiefe	Kurtosis	Inter-Rater-Reliabilität
Echt-Sein bzgl. Macht	Raterin 1 ^a	5.5	1.0	3	7	-0.59	0.24	.88 ^b
	Raterin 2 ^b	5.5	0.9	3	7	-0.50	-0.72	
Echt-Sein bzgl. Nähe	Raterin 1 ^a	5.5	0.9	4	7	-1.08	0.99	.90 ^b
	Raterin 2 ^b	5.7	0.7	3	7	-0.28	0.27	
Echt-Sein bzgl. Inhalt	Raterin 1 ^a	5.5	1.0	4	7	-0.92	1.07	.89 ^b
	Raterin 2 ^b	5.7	0.8	3	7	-0.27	-0.10	

Anmerkungen: a: n=35; b: n=30

ausgeglichenerer Verteilung erzielt, wenn Studierende und Berufsanfänger einbezogen werden, die vorliegende Stichprobe bestand aus berufserfahrenen Lehrpersonen.

Für die Berechnungen der Skaleninterkorrelationen in Tabelle 3 wurde jeweils der gemittelte Wert der beiden Ratings verwendet.

Tabelle 3: Inter-Korrelationen der Rating-Skalen zum Echt-Sein bei Pädagogen (REP) bei Studie 3

Skalen	1.	2.	3.
1. Echt-Sein bzgl. Macht		.40*	.39*
2. Echt-Sein bzgl. Nähe			.62**
3. Echt-Sein bzgl. Inhalt			

Anmerkungen: n=30; * p < .05; ** p < .01 (zwei-seitig)

Die mittelhohen Koeffizienten zeigen, dass die drei Skalen nur eingeschränkt als unabhängig voneinander betrachtet werden können. Wir hatten allerdings noch höhere Koeffizienten erwartet, da es sich beim Raten weiterhin als schwierig erwies, die drei Bereiche voneinander zu trennen, auf die sich das Echt-Sein bezieht.

Im Folgenden arbeiten wir darum mit einem Gesamtrating-Score für Echt-Sein als Mittelwert der 2x3 Ratings ($r_{it} = .52, \alpha = .87$).

Die Tabellen 4 bis 6 berichten die jeweils zweiseitigen Zusammenhänge zwischen dem Fremdrating des Echt-Seins, der Kongruenz und den Selbstkonzeptmaßen.

Tabelle 4: Korrelationen der gemittelten Fremdratings für Echt-Sein mit Selbstauskunft-Maßen für Kongruenz

Maße für Kongruenz	Fremdrating der Lehrperson als echt
Gutes Wahrnehmen von organismischen Erfahrungen	.38 ^t
Erleben eines Defizits an Gefühlen	-.18
Erleben einer Gefühlsüberflutung	-.01
Extraversion (FDE)	.34 ^t

Anmerkungen: FDE = Fragebogen zur direktiven Einstellung. n=27, t = Tendenz: p < .05 (ein-seitig)

Tabelle 5: Korrelationen der gemittelten Fremdratings für Echt-Sein mit Selbstkonzept-Skalen

Selbstkonzept-Skalen	Fremdrating der Lehrperson als echt
Inventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene (ISE)	
Selbstzufriedenheit	.36*
Selbstunzufriedenheit	-.13
Selbstermutigung	-.23 ^t
Selbstentmutigung	-.27 ^t
Psychische Befindlichkeit positiv	.32*
Psychische Befindlichkeit negativ	.09
Positive Selbstkommunikation	.28 ^t
Negative Selbstkommunikation	-.10
Totale Selbstkommunikation	.13
Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSK)	
allgemeine Leistungsfähigkeit	.13
allgemeine Problembewältigung	-.09
Verhaltens- und Entscheidungssicherheit	.34*
allgemeine Selbstwertschätzung	.03
(wenig) Empfindlichkeit und (gute) Gestimmtheit	-.11
Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutenden anderen	.55**
(gute) Kontakt- und Umgangsfähigkeit	.32*
(Erleben von) Wertschätzung durch andere	.22
(Wenig) Irritierbarkeit durch andere	.39*
(gute) Gefühle und Beziehungen zu anderen	.28 ^t
Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK)	
positives Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	.41**
Internalität	.09
Sozial bedingte Externalität	-.42**
fatalistische Externalität	-.24 ^t
generalisierte (internale) Selbstwirksamkeitsüberzeugungen	.29 ^t
generalisierte Externalität	-.40**
(gute) internale vs externale Kontrollüberzeugung	.37*

Anmerkungen: Angaben in Klammer verdeutlichen die aus der Skalenbezeichnung nicht hervorgehende Polung der Skala. n=35; t = Tendenz: p < .05 (ein-seitig); * p < .05; ** p < .01 (zwei-seitig)

Tabelle 6: Korrelationen der Maße für Kongruenz mit Selbstkonzept-Skalen

<i>Selbstkonzept-Skalen</i>	<i>Gutes Wahrnehmen von organismischen Erfahrungen</i>	<i>Erleben eines Defizits an Gefühlen</i>	<i>Erleben einer Gefühlsüberflutung</i>	<i>Extraversion (FDE)</i>
Inventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene (ISE)				
Selbstzufriedenheit	.44*	-.31	-.42*	.51**
Selbstunzufriedenheit	.21	-.02	.26	.02
Selbstermutigung	-.28	-.02	-.06	-.05
Selbstentmutigung	.02	-.19	.33*	-.09
Psychische Befindlichkeit positiv	.51**	-.54**	-.49**	.53**
Psychische Befindlichkeit negativ	.01	-.25	.50**	.06
Positive Selbstkommunikation	.44*	-.45**	-.50**	.52**
Negative Selbstkommunikation	.10	-.16	.40*	.01
Totale Selbstkommunikation	.42*	-.47**	-.04	.40*
Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSK)				
allgemeine Leistungsfähigkeit	.16	-.24	-.54**	.35*
allgemeine Problembewältigung	-.04	-.19	-.58**	.33*
Verhaltens- und Entscheidungssicherheit	.23	-.30	-.35*	.42**
allgemeine Selbstwertschätzung	.02	-.20	-.49**	.20
(wenig) Empfindlichkeit und (gute) Gestimmtheit	-.24	-.11	-.64**	.08
Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutenden anderen	.40*	-.45**	-.20	.63**
(gute) Kontakt- und Umgangsfähigkeit	.43*	-.68**	.04	.51**
(Erleben von) Wertschätzung durch andere	-.02	-.52**	-.13	.38*
(Wenig) Irritierbarkeit durch andere	.26	-.48**	-.35*	.47**
(gute) Gefühle und Beziehungen zu anderen	-.04	-.47**	-.09	.38*
Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK)				
positives Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	.23	-.12	-.46**	.43**
Internalität	.42*	-.41*	-.30	.40*
Sozial bedingte Externalität	.00	.35*	.14	-.38*
fatalistische Externalität	.15	.27	.49**	-.21
generalisierte (internale) Selbstwirksamkeitsüberzeugungen	.37*	-.27	-.42*	.42**
generalisierte Externalität	.11	.33*	.35*	-.37*
(gute) internale vs externale Kontrollüberzeugung	.11	-.28	-.46**	.49**

Anmerkungen: Angaben in Klammer verdeutlichen die aus der Skalenbezeichnung nicht hervorgehende Polung der Skala. FDE = Fragebogen zur direktiven Einstellung. n = 27; t = Tendenz; p < .05 (ein-seitig); * p < .05; ** p < .01 (zwei-seitig)

Das *Fremd-Rating des Echt-Seins* hängt nur schwach mit dem Erleben von Kongruenz und dem Erleben von Extraversion zusammen (Tabelle 4). Die zwei-seitige Signifikanz wird knapp verfehlt. Tendenziell, ein-seitig signifikant, werden 14% gemeinsame Varianz bestätigt.

Tabelle 5 zeigt saliente Selbstkonzept-Anteile bei Lehrern, die als *echt geratet* wurden. Sie sind mit sich selbst zufrieden und fühlen sich seelisch gut (ISE), sie schreiben sich Fähigkeiten zu und haben eine internale Kontrollüberzeugung (FKK), bei den FSK-Skalen zeigen sich zwar keine besonderen Zusammenhänge zu den allgemeineren Selbstkonzept-Anteilen, ausgesprochen deutliche aber zu den sozialen Aspekten des Selbstkonzeptes: *Standfestigkeit gegenüber*

Gruppen und bedeutenden anderen, wenig Irritierbarkeit durch andere, Kontakt- und Umgangsfähigkeit.

Tabelle 6 berichtet die Zusammenhänge der Maße für Kongruenz und den Selbstkonzept-Maßen. Ebenso wie das Fremd-Rating von Echt-Sein korreliert auch das *Wahrnehmen von organismischen Erfahrungen* mit den die sozialen Beziehungen betonenden FSK-Skalen *Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutenden anderen* und *Kontakt und Umgangsfähigkeit*. Gleichfalls korreliert es mit positiver Selbstkommunikation (ISE) und mit internaler Kontrollüberzeugung (FKK). Auch Extraversion, also der Ausdruck von Erfahrungen und Gefühlen, korreliert in ähnlicher Weise und eher stärker mit den Selbstkonzept-Skalen.

Die Maße für mangelnde Kongruenz, *Erleben eines Defizits an Gefühlen* und *Erleben einer Gefühlsüberflutung*, korrelieren nach unterschiedlichem Muster mit den Selbstkonzept-Maßen: insbesondere korrelieren alle *die sozialen Beziehungen betonenden FSK-Skalen* negativ mit dem *Erleben eines Defizits an Gefühlen*. Dagegen korrelieren die eher *allgemeinen selbstwert- und fähigkeitenbezogenen Skalen*, auch beim FKK, negativ mit dem *Erleben einer Gefühlsüberflutung*. Beim FKK erleben sowohl die *gefühlsüberfluteten Teilnehmer* als auch die ein *Gefühlsdefizit* spürenden eine generell *externale Kontrollüberzeugung*. Während die gefühlsüberfluteten jedoch eher eine *fatalistische Externalität* (etwa: ich werde vom Schicksal bestimmt) erleben, nehmen die *gefühlsdefizitären Teilnehmer* eher eine *soziale Externalität wahr* (mächtige Andere bestimmen mich). Auch beim ISE zeigen sich hierzu Unterschiede im Detail: *Erleben eines Gefühlsdefizits* korreliert stark negativ mit *positiver Befindlichkeit*, mit *positiver Selbstkommunikation* und mit *totaler Selbstkommunikation*. Es fehlt Selbstkommunikation, insbesondere die positive. Gefühlsüberflutung korreliert dagegen stark mit *allen negativen Selbstkommunikationsakten*. Selbstkommunikation ist durchaus vorhanden, aber sie ist deutlich negativ.

Diskussion

Die Bedeutung unserer Ergebnisse lässt sich so zusammenfassen:

- (1) Die Ergebnisse legen es nicht nahe, ein Konzept der Einheitlichkeit von intrapersonaler Authentizität (Kongruenz als Übereinstimmung von Erfahrung und Selbstkonzept) und interpersoneller Authentizität (Echt-Sein gegenüber anderen) aufrecht zu erhalten.
- (2) Die verschiedenen Zusammenhänge zwischen Kongruenz und den Selbstkonzept-Skalen zeigen aber, dass ein differentielles Konzept von Inkongruenz sinnvoll ist.
- (3) Die theoriekonformen Zusammenhänge des Fremd-Ratings von Echt-Sein durch die Ratingskalen zum Echt-Sein von Pädagogen (REP) mit den Selbstkonzeptskalen sprechen für deren Validität. Hier liegt ein zudem sehr reliables Instrument vor, dass das Echt-Sein der Pädagogenperson differenziert operationalisiert und messbar macht.

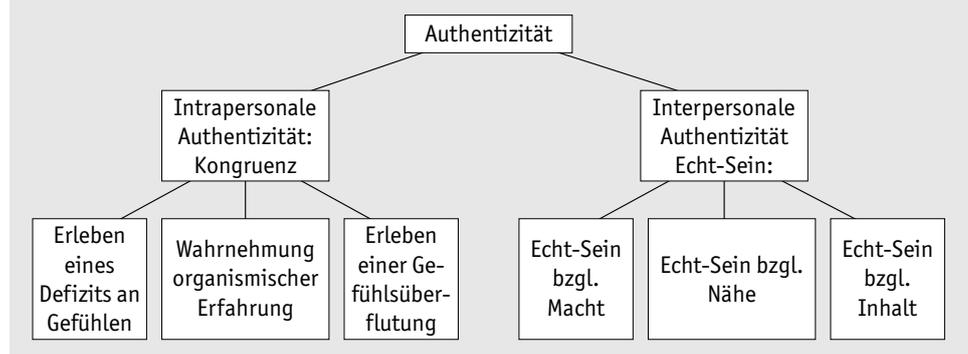
Kongruenz erweist sich als ein sehr facettenreiches und differenzierbares personenzentriertes Konstrukt. Die eher niedrige Korrelation mit dem Fremdrating des Echt-Seins von .38 spricht dafür, Kongruenz und Echt-Sein gegenüber anderen als zwei Sub-Konstrukte zu unterscheiden. Allenfalls könnte mess-

theoretisch argumentiert werden, dass ein solcher Koeffizient zwischen einem Selbstauskunftsmaß und einem Fremdrating durchaus beachtlich sei. Auch erscheint der Zusammenhang aufgrund der personenzentrierten Persönlichkeitstheorie insgesamt als schlüssig: Eine Person, die ihre organismischen Erfahrungen verzerrt oder gar nicht wahrnimmt, wird von anderen im interpersonellen Kontakt als weniger eindeutig erlebt. Das Erleben eines Defizits an und einer Überflutung mit Gefühlen korreliert denn auch nicht mit Echt-Sein. Insgesamt erscheint es uns aber als angemessener, zwei verschiedene Subkonstrukte zu konzeptualisieren.

Im weiteren legen unsere Daten auch nahe, Kongruenz differentiell zu sehen. Je nach dem, ob ein Zuviel oder ein Zuwenig an Gefühlen erlebt wird, ergeben sich zu allen drei herangezogenen Selbstkonzept-Inventaren spezifische Zusammenhangsmuster. Die Spielform der Inkongruenz prädiziert Selbstkonzeptstrukturen: Erleben eines Defizits an Gefühlen geht einher mit Problemen in sozialen Beziehungen, sozialer externaler Kontrollüberzeugung und mit wenig Selbstkommunikation. Erleben einer Überflutung mit Gefühlen geht einher mit geringem allgemeinen Selbstwert und niedrigem Fähigkeitenkonzept, fatalistischer externaler Kontrollüberzeugung und negativer Selbstkommunikation. Hier scheinen weitere Forschungen über differentielle Formen der Wahrnehmung, des Erlebens und des Bewertens von eigenen Gefühlen und Gedanken sehr vielversprechend zu sein in Hinblick auf die Weiterentwicklung der personenzentrierten Persönlichkeitstheorie und auch der Beratungspraxis.

Echt-Sein als interpersonelle Authentizität wurde in dieser Studie von vorne herein in drei Subkonstrukte differenziert aufgrund der Arbeit von Behr/Baegerau/Drebes/Kunzner/Rupieper (1997). Die Interkorrelationen der drei Subskalen sind zu hoch, um Unabhängigkeit zu hypothesieren, jedoch nicht höher als in den meisten mehrdimensionalen Messinstrumenten. Die Subskalen können durchaus einzeln verwendet werden, angepasst an spezielle Fragestellungen oder für einen differentiellen diagnostischen Bedarf. Zudem gründen sie theoretisch auf dem Dimensionenmodell von Tausch/Tausch (1978). In Studie 3 wurden die Skalen so optimiert, dass sie sehr gute Interrater-Reliabilitäten bei vertretbarem

Abbildung 1: Ein hierarchisches Modell von Authentizität und seinen Subkonstrukten basierend auf der personenzentrierten Persönlichkeits- und Beziehungstheorie.



Rater-Trainingsaufwand erlauben. Die Situation unterrichtender Lehrer vor der Klasse wurde hier als ein besonders geeignetes Setting gewählt, dass wegen der außerordentlichen Herausforderung an das Echt-Sein der Lehrperson für die Fragestellung als optimal erschien. Zusätzlich stellen die hier nun vorliegenden Skalen aus erziehungswissenschaftlicher Perspektive die Operationalisierung eines Lehrermerkmals dar, das in der Lehrerausbildung und -tätigkeit seit langem diskutiert und gefordert wird.

Abbildung 1 visualisiert das hier herausgearbeitete hierarchische Modell von Authentizität mit seinen Subkonstrukten. Für zukünftige Forschung könnte es vielversprechend sein, die Subkonstrukte

von Kongruenz weiter zu differenzieren, etwa in Korrespondenz mit den neuen Arbeiten von Speierer (1994; 2002), Iberg (2002), Behr/Becker (2002) und Geller/Greenberg (2002). Für das Echt-Sein wurde in die vorliegenden Skalen das Konstrukt der wahrgenommenen und intendierten Selbstdarstellung (self-disclosure) (Carkhuff 1969) integriert. Es wird hier als ein Indiz für die höchste Ausprägung von Echt-Sein gesetzt. Diese Zusammenführung folgt einer eher ursprünglichen, ganzheitlichen Sichtweise von Echt-Sein und macht die getrennte Konzeptualisierung von Selbstdarstellung rückgängig. Dies hat sich für den hier erforderlichen praxisfeldnahen Einsatz bewährt.

Anhang

Ratingskalen zum Echt-Sein von Pädagogen (REP)

Stufe 1	Die Person verschleiert ihre Lenkungs- und Kooperationsabsichten deutlich. Sie versucht, die Lenkung beispielsweise hinter falschen Aussagen und scheinbar kooperativen Angeboten zu verbergen, gibt jedoch in Wahrheit versteckte Anweisungen. Die Person versucht, eigene Unsicherheit vollständig zu überspielen oder sonst wie zu kontrollieren. Es gibt einen besonders großen Widerspruch zwischen dem, was sie sagt und dem, was ihre Stimme und gesamte Körpersprache signalisieren. Selbst Körpersprache, Stimmfärbung und Betonungen harmonisieren nicht immer.
Stufe 2	
Stufe 3	Die Person verbirgt ihre Lenkungs- und Kooperationsabsichten zum Teil. Aufforderungen und Befehle können beispielsweise durch Feststellungen und Fragen oder durch das Vorschieben der Interessen einzelner Kinder, durch „pädagogische Floskeln“, zum Teil versteckt werden. Mögliche Unsicherheit bei der Lenkung des Gruppengeschehens wird zum Teil überspielt. Die Person verschleiert ihre tatsächlichen Absichten nur soweit, dass einzelne Motive und Unsicherheiten teilweise transparent werden. Das „Nonverbale“, Körpersprache, Stimmfärbung und Betonung harmonisieren, stehen allerdings im leichten Widerspruch zu dem, was sie sagt.
Stufe 4	
Stufe 5	Die Person macht ihre Lenkungs- und Kooperationsabsichten deutlich. Sie lenkt die Kinder direkt, mit klaren Anweisungen oder sie gibt eindeutig Freiheiten: „Ihr könnt..., Wer möchte ...“. Aussagen, Stimmfärbung, Betonungen und Körpersprache harmonisieren. Die Person macht mögliche Unsicherheiten, und was sie von den Kindern will oder ihnen lässt, deutlich. Sie artikuliert dies aber nicht ausdrücklich als ihr persönliches Anliegen und handelt nicht immer bewusst.
Stufe 6	
Stufe 7	Die Person unterstreicht, zusätzlich zu Stufe 5, ihr persönliches Anliegen, meist in Form von „Ich-Aussagen“. Sie wirkt nicht nur stimmig und eindeutig, sondern tritt mit ihrem Willen bewusst ganz individuell in Erscheinung. Mit ihren Unsicherheiten, ihren Lenkungs- und Kooperationsabsichten macht sie sich ohne Schutz transparent und unmittelbar erfahrbar.

**Echt-Sein bezüglich
Macht**

Echt-Sein bezüglich Nähe

Stufe 1	Die Person versucht, ihr Gefühl zu den Kindern vollständig zu verschleiern und Unsicherheit zu verbergen. Ihr Lächeln ist verkrampft oder bricht plötzlich ab. Sie lobt stark übertrieben. Freude, Interesse, Zuneigung erscheinen deutlich als gespielt und unecht. Es gibt einen besonders großen Widerspruch zwischen dem, was die Person sagt und dem, was ihre Stimme und gesamte Körpersprache signalisieren. Darüber hinaus kann ein einzelnes nicht-verbales Signal ihr wahres Beziehungserleben deutlich machen.
Stufe 2	
Stufe 3	Die Person versucht, ihr Gefühl zu den Kindern zum Teil zu verdecken oder Unsicherheit zum Teil zu verbergen. Sie will Ablehnung überspielen, ein mögliches Lob wirkt etwas überzogen. In einer Entertainer- oder kumpelhaften Rolle erscheint sie zwar in sich eher stimmig, doch die Rolle selbst wirkt aufgesetzt durch extreme Betonungen, auffälligen dynamischen Einsatz von Stimme und Körper. Körpersprache, Stimmfärbung und Betonung harmonisieren, stehen allerdings im leichten Widerspruch zu dem, was die Person sagt.
Stufe 4	
Stufe 5	Die Person lässt ihr Gefühl zu den Kindern und Unsicherheit offen zu Tage treten. Sprache, Stimme, Körper und Bewegung drücken die Gefühle und das Beziehungserleben zum Kind stimmig aus. Der Blickkontakt hält meist lang an. Mimik, Gestik und Körperhaltung sind eher ausgeprägt und stimmen überein, etwa mit Scherzen, freundlichem Hochnehmen, intensivem Eingehen oder auch mit Kritik, Sarkasmus, Wut. Mögliche Gleichgültigkeit stimmt mit genereller Ausdrucksschwäche überein. Die Person spricht ihre Gefühle jedoch nicht direkt an und handelt nicht immer bewusst.
Stufe 6	
Stufe 7	Zusätzlich zu Stufe 5 handelt die Person bewusst. Sie fasst ihre Gefühle und ihre Beziehung zum Kind, etwa mit „Ich-Aussagen“, deutlich in Worte oder sie zeigt sie durch eindeutige Körpergesten, freundliche, bzw. unfreundliche Berührung usw.. Ihre Gefühle und ihr Beziehungserleben zeigt sie ungeschützt als ihr persönliches.

Echt-Sein bezüglich Inhalt

Stufe 1	Die Person verschleiern vollständig, welche persönliche Bedeutung die aktuellen Inhalte der pädagogischen Arbeit für sie haben. Etwa persönliches Desinteresse am Thema wird durch sachbezogenes Lob, falsche Behauptungen usw. verborgen. Wenn sie hinsichtlich des Inhalts unsicher ist, versucht sie, das vollständig zu verbergen und zu überspielen. Die Person versucht, beispielsweise durch inhaltliche Äußerungen Interesse zu zeigen. Ihre Stimmfärbung und/oder die gesamte Körpersprache signalisieren jedoch, dass sie ohne persönliches Engagement handelt. Obwohl durch einen eklatanten Machtkampf oder emotionalen Konflikt Absichten bei ihr auf den anderen Ebenen entstehen können, verharrt sie auf der Inhaltsebene.
Stufe 2	
Stufe 3	Die Person verbirgt zum Teil, welche persönliche Bedeutung die Inhalte für sie haben. Inhaltliche Unsicherheiten werden teilweise verschleiert. Sie will z.B. Engagement zeigen, ist aber desinteressiert und eher unkonzentriert. Sie formuliert Inhalte auf eine Weise, dass durch sie Anweisungen transportiert werden und die Machtebene nur teilweise transparent wird. Über inhaltliche Äußerungen kann auch Kontakt, Zuwendung oder Ablehnung indirekt ausgedrückt werden. Bei Ablenkung vom Inhalt durch eine andere Ebene bleibt die Person beim Thema, kann aber leichte Unsicherheiten zeigen. Sie wiederholt sich, liefert überflüssige Erklärungen, mehr Verlegenheitswörter und kleine Pausen.
Stufe 4	
Stufe 5	Die Person lässt erkennen, welche persönlichen Bedeutungen die Inhalte für sie haben. Je nach Engagement für das Thema zeigt sich der Tonfall bestimmt, ausdrucksstark, die Betonungen stark, die Aussprache fließend, die Körpersprache stimmig und der Blickkontakt lang anhaltend oder eben Betonungen und Ausdruck schwach. Die Person wirkt in ihrem Verhältnis zum Inhalt stimmig, handelt jedoch nicht immer bewusst. Unsicherheiten sowie die persönliche Bedeutung des Inhalts werden nicht verborgen, allerdings auch nicht ausdrücklich benannt.
Stufe 6	
Stufe 7	Zusätzlich zu Stufe 5 benennt die Person ausdrücklich die persönliche Bedeutung, die der Inhalt für sie hat. Bei der Behandlung eines Themas tritt ihr Engagement oder Desinteresse spürbar in Erscheinung. Inhaltliche Unsicherheiten oder Unkenntnis werden ggf. offengelegt. Die Person äußert sich bewusst.

Literatur

- Aspy, D. N. (1972), *Toward a technology for humanizing education*, Champaign (Research Press Company)
- Aspy, D. N./Roebuck, F. N. (1972), An investigation of the relationship between student levels of cognitive functioning and the teacher's classroom behaviour, in: *The Journal of Educational Research*, 65, 365–368
- Aspy, D. N./Roebuck, F. N. (1974), From humane ideas to humane technology and back again many times, in: *Education*, 95, 2, 163–171
- Aspy, D. N./Roebuck, F. N. (1975), The relationship of teacher-offered conditions of meaning to behaviors described by Flanders interaction analysis, in: *Education*, 95, 3, 216–222
- Aspy, D. N./Roebuck, F. N. (1977), *Kids don't learn from people they don't like*, Amherst, MA (HRD Press)
- Bastine, R. (1977), Fragebogen zur direktiven Einstellung (F-D-E), Göttingen (Hogrefe) ²1977
- Behr, M. (1987), Carl R. Rogers und die Pädagogik, in: *Neue Sammlung*, 27, 425–439
- Behr, M. (1989), Wesensgrundlagen einer an der Person des Kindes und der Person des Pädagogen orientierten Erziehung, in: Behr, M./Petermann, F./Pfeiffer, W. M./Seewald, W. (Hg.), *Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*. Band I, Salzburg (Müller), 152–181
- Behr, M./Baegerau, A./Drebes, I./Kunzner, A./Rupieper, M. (1997), „Wenn die Beziehung stimmt, läßt sich pädagogisch alles machen“ – Bindungstheorie, Säuglingsforschung und Authentizität der Pädagogenperson, in: Deter, D./Sander, K./Terjung, B. (Hg.), *Konkurrenz und Solidarität*, Köln (GwG-Verlag), 27–48
- Behr, M./Becker, M. (in Druck), *Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE)*, Göttingen (Hogrefe)
- Behr, M./Becker, M. (2002), Congruence and Experiencing Emotions: Self-report Scales for the Person-centered and Experiential Theory of Personality, in: Watson, J./Goldman, R./Warner, M. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice*, Ross-on-Wye (PCCS Books), 150–167
- Biermann-Ratjen, E./Eckert, J./Schwartz, H. (1997), *Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen*, Stuttgart (Kohlhammer) ⁸1997
- Carkhuff, R. (1969), *Helping and human relations*. Vol. I. Selection and training, New York (Holt, Rinehart and Winston)
- Carkhuff, R. (1969), *Helping and human relations*. Vol. II. Practice and research, New York (Holt, Rinehart and Winston)
- Deusinger, I. (1986), *Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen*, Göttingen (Hogrefe)
- Geller, S./Greenberg, L. (2002), Therapeutic Presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter, in: *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 1, 1, 71–86
- Höder, J./Tausch, R./Weber, A. (1979), Die Qualität der Schülerbeiträge im Unterricht und ihr Zusammenhang mit drei personenzentriertenhaltungen ihrer Lehrer, in: *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 3, 232–243
- Iberg, J. (2002), Psychometric Development of Measures of In-session Focusing Activity: The Focusing-oriented Session Report and the Therapist Ratings of Client Focusing Activity, in: Watson, J./Goldman, R./Warner, M. (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice*, Ross-on-Wye (PCCS Books), 221–246
- Krampen, G. (1991), *Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung*, Göttingen (Hogrefe)
- Lietaer, G. (1992), Die Authentizität des Therapeuten, in: In Stipsits, R./Hutterer, R. (Hg.), *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Kritik und Würdigung zu ihrem 50jährigen Bestehen*, Wien (WUV Universitätsverlag), 92–116
- Mearns, D./Thorne B. (1996), *Person-centred counselling in action*, London (Sage)
- Roebuck, F. N./Aspy, D. N. (1974), Grade level contributions to the variance of Flanders' interaction categories, in: *The Journal of Experimental Education*, 42, 3, 86–92
- Rogers, C. R. (1951a), *Client-centered therapy*, Boston (Houghton Mifflin); dt.: *Die klient-bezogene Gesprächstherapie*, München (Kindler) 1973
- Rogers, C. R. (1959a), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (ed.), *Psychology. A study of science*. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 1959, 184–256; dt.: *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*, Köln (GwG) 1987, ³1991
- Schmid, P. F. (2001), Authenticity: the person as his or her own author. Dialogical and ethical perspectives on therapy as an encounter relationship. And beyond, in: Wyatt, G. (Ed.), *Congruence*, Ross-on-Wye (PCCS Books), 217–232
- Speierer, G. W. (2002), Das Differenzielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie, in: Keil, W./Stumm, G. (Hg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie*, Springer (Wien), 163–185
- Speierer, G. W. (1994), *Das Differenzielle Inkongruenzmodell (DIM) Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*, Heidelberg (Asanger)
- Tausch, R./Tausch, A. (1978), *Erziehungspsychologie*, Göttingen (Hogrefe) ⁷1978
- Tausch, R./Tausch, A. (1990), *Gesprächspsychotherapie*, Göttingen (Hogrefe) ⁹1990
- Tausch, R./Tausch, A. (1991), *Erziehungspsychologie*, Göttingen (Hogrefe) ¹⁰1991
- Thiel, G./Rossmann, E. D. (1981), Über die Bedeutung von personenzentrierter Haltung von Übungsleitern in Sportvereinen, in: *Psychologie in Erziehung und Unterricht* 28, 154–160
- Tönnis, S. (1986), *Inventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene*, Weinheim (Beltz)
- Truax, C. B./Carkhuff, R. R. (1967), *Toward effective counseling and psychotherapy*, Chicago, IL (Aldine)
- Weinberger, S. (1992), *Klientenzentrierte Gesprächsführung*, Weinheim (Beltz) ⁵1992
- Wittern, J. O./Tausch, A. M. (1983), Personenzentrierte Haltungen und Aktivitäten von Lehrern und seelische Lebensqualität ihrer Schüler im Unterricht, in: *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 30, 128–134
- Wyatt G. (2001), (Ed.), *Congruence*, Ross-on-Wye (PCCS Books)

Autorenhinweis:

Die Studien 2 und 3 wurden durchgeführt mit Unterstützung der Zentralen Forschungsförderung der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd.

Autor/Autorin:

Michael Behr, Professor für Pädagogische Psychologie an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd.

Psychologischer Psychotherapeut und Ausbilder für personenzentrierte Beratung, Gesprächspsychotherapie und für Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen in der GwG und am Institut in Stuttgart.

Forschungsarbeiten und Publikationen zur Lehrer-Schüler-Interaktion, Förderunterricht, Elternberatung, heilpädagogischer/psychotherapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, Emotionalen Intelligenz und zur Institution Schule.

Nicole Doubek, Lehrerin an einer Grund- und Hauptschule.

Steffi Holl, Lehrerin an einer Grund- und Hauptschule.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Michael Behr

Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd

Oberbettringer Straße 200

D-73525 Schwäbisch Gmünd

E-Mail: michael.behr@ph-gmuend.de

Jobst Finke

Der Kampf um Anerkennung

Die Geschichte der öffentlich-rechtlichen Etablierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland

In Deutschland (vormals der BRD) sind seit 1968 auch so genannte neurotische Störungen als Krankheiten im Sinne der „Reichsversicherungsordnung“ anzusehen, und damit bestand für die gesetzlichen Krankenkassen seit dieser Zeit eine Leistungspflicht für Psychotherapie. Auf Grund ihrer relativ langen Tradition wurden seinerzeit die Psychoanalyse und die unmittelbar aus ihr abgeleiteten Verfahren wie z. B. die Tiefenpsychologie kassenrechtlich als einzige Verfahren zur Durchführung von Psychotherapie anerkannt. Die Verhaltenstherapie wurde erst in den 80er Jahren kassenrechtlich legitimiert.

Das Bemühen um eine öffentlich-rechtliche, vor allem auch kassenrechtliche, Anerkennung der Gesprächspsychotherapie (im Folgenden GPT) geht schon bis in die 70er Jahre zurück, obschon es zu dieser frühen Zeit auch innerhalb der GPT selber unterschiedliche Positionen zu der Frage gab, ob man eine solche Anerkennung in dem gegebenen sozialrechtlichen Kontext überhaupt erstreiten und damit die an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Institutionen anerkennen sollte.

Seit Anfang der 80er Jahre jedoch erhielten Vertreter der GPT häufig, fast alle drei bis fünf Jahre, die Gelegenheit, vor dem Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen unter Federführung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) den Antrag auf kassenrechtliche Anerkennung der GPT durch Darlegung der Störungs- und Therapietheorie zu begründen. Diese Anträge wurden regelmäßig mit der Begründung abgelehnt, dass die GPT über keine umfassende wie konsistente und differenzielle Störungstheorie verfüge und auch nicht nachweisen habe können, dass es sich hierbei um einen vor allem gegenüber der Psychoanalyse völlig eigenständigen Ansatz handele. Die empirischen Erfolgsstudien der GPT spielten bei dieser Argumentation noch gar keine Rolle, der Verweis auf diese Ebene fand keine Berücksichtigung.

1997 wurde in Deutschland das ebenfalls lang umkämpfte Psychotherapeutengesetz verabschiedet, womit Diplom-Psychologen nach einer entsprechenden psychotherapeutischen Ausbildung (Approbation) das Recht auf selbstständige Ausübung von (psychotherapeutischer) Heilkunde zuerkannt wurde. Für diese Approbation

sollten nur „wissenschaftlich anerkannte“ Psychotherapieverfahren zugelassen werden. (In der ärztlichen psychotherapeutischen Weiterbildung waren zu dieser Zeit als Hauptverfahren die Psychoanalyse und die Verhaltenstherapie, als Zweitverfahren u. a. die GPT anerkannt.) Der 1998 einberufene und von den zuständigen Bundesländern anerkannte „Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie der Bundesärztekammer“ sollte die verschiedenen Verfahren auf ihre Wissenschaftlichkeit hin überprüfen, wobei die bisher schon kassenrechtlich anerkannten Verfahren, die Psychoanalyse und die Verhaltenstherapie, ohne weitere Prüfung als wissenschaftlich legitimiert galten. Als Prüfkriterien sollten ausschließlich empirische Effizienznachweise zur Anwendung kommen, womit sich die Verhaltenstherapeuten im Beirat gegen die Psychoanalytiker durchgesetzt hatten.

Die GPT wurde schon ziemlich bald (1999) aufgrund vieler eingereicherter Effizienzstudien und einer umfassenden Synopsis von Rainer Sachse als wissenschaftlich ausgewiesen anerkannt. Allerdings war dies nur eine eingeschränkte Anerkennung: Die GPT wurde für die Ausbildung nur als Zusatz- oder Zweitverfahren, nicht als Hauptverfahren, anerkannt (wie bisher schon in der ärztlichen Weiterbildung). Dies wurde mit der Studienlage begründet, wonach nicht für eine genügend große Zahl von Störbereichen (Krankheiten) die geforderten Studien vorlagen (neben vielen Studien zu „gemischten Neurosen“ jeweils 2 Studien zu 4 Störbereichen).

Die in der Folgezeit unter Federführung der GwG nachgereichten Studien wurden vom Beirat wegen angeblicher methodischer Mängel (Art der Stichprobe, ungenügendes Kontrollgruppendesign, fragliche Spezifität des gewählten therapeutischen Vorgehens) immer wieder abgelehnt. Von einigen Mitgliedern des Beirates wurde auch öffentlich kundgetan, dass man die Anerkennung von weiteren Hauptverfahren für die Ausbildungssituation als ungünstig beurteile.

Von Seiten der GwG wurde neben intensiven Kontakten mit den zuständigen Ministerien auf Länderebene schon der Klageweg erwogen, als dann im Frühjahr 2002 vom Beirat doch die Anerkennung der GPT als Vollverfahren angedeutet und definitiv am 16.9.02

ausgesprochen wurde. Damit ist die GPT das einzige Verfahren, das bisher die Vollanerkennung des Beirates gefunden hat, und sie ist so in der Ausbildung neben der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie die „dritte Kraft“.

Hiermit ist aber zunächst nur die berufsrechtliche Anerkennung, also die Anerkennung der GPT als Hauptverfahren in der Ausbildung, nicht jedoch die sozial- also kassenrechtliche Anerkennung erreicht. Um eine solche laufen zur Zeit intensive Bemühungen. Ende 2002 legten die Gesellschaft für wissenschaftliche

Gesprächspsychotherapie (GwG), die Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG) und die Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) einen umfassend begründeten Antrag zur sozialrechtlichen Anerkennung dem Bundesausschuss und der KBV vor. Bei den hier anstehenden Überlegungen wird die „Wissenschaftlichkeit“ des Verfahrens nur ein Kriterium unter anderen sein.

Die Geschichte des Kampfes um die Anerkennung ist also noch nicht zu Ende.

Rezensionen

Hermann Spielhofer

Iseli, C. / Keil, W. W. / Korbei, L. / Nemeskeri, N. / Rasch-Oswald, S. / Schmid, P. F. / Wacker, P. G. (Hg.) (2002), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*

GwG-Verlag, Köln, ISBN 3-926842-35-0, 540 Seiten, € 35,90

Anlässlich der Jubiläen mehrerer deutschsprachiger person- bzw. klientenzentrierter Vereinigungen ist im Februar 2000 von APG, GwG, ÖGwG und SGGT ein gemeinsames Symposium veranstaltet worden mit dem programmatischen Titel *Identität, Begegnung, Kooperation*. Die Beiträge dieses Symposiums sind nun im vorliegenden gleichnamigen Buch veröffentlicht, das im Auftrag der Veranstalter herausgegeben worden ist. Nun erwartet man von derartigen Jubiläumsfeiern vor allem Festreden sowie positive Selbstdarstellungen und optimistische Ausblicke. Diesmal gab es im Rahmen des Symposiums jedoch durchaus innovative und auch kritische Beiträge zu grundlegenden Themen und die Artikel bieten schon wegen der übergreifenden Mitarbeit der Vereinigungen der drei deutschsprachigen Länder einen guten Einblick in den derzeitigen Stand der Entwicklung unseres Ansatzes sowie in die unterschiedlichen Orientierungen und Perspektiven; auch wenn nicht die gesamte Elite der deutschsprachigen Autoren vertreten war – nicht zuletzt aufgrund konkurrierender Fraktionen und Gruppierungen (was ebenfalls die komplexe und unübersichtliche aber auch dynamische Situation der Person-/Klientenzentrierten Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende widerspiegelt).

Bei der Rezension von so umfangreichen Sammelbänden wie im vorliegenden Fall mit mehr als fünfhundert Seiten und nahezu dreißig Beiträgen ergibt sich das Problem, dass es nicht möglich ist, alle Arbeiten gebührend zu berücksichtigen. Ich kann daher nur einige, mir im Hinblick auf den gegenwärtigen Diskurs der Personzentrierten Psychotherapie wesentlich erscheinende Artikel und Aspekte herausgreifen und persönlich dazu Stellung nehmen. Die Beiträge in diesem Buch sind breit gestreut und beziehen sich sowohl auf die gesellschaftspolitische Herausforderung des Ansatzes wie auch auf die konzeptuelle Ebene und die verschiedenen Anwendungsbereiche. *Jobst Finke* betont in seinem einleitenden Artikel, *Wachstum, Begegnung, Inkongruenz*, dass die Identität einer Methode vor allem durch die Störungslehre und Therapietheorie bestimmt wird,

wobei er in der Entwicklung der Therapietheorie bei Rogers drei unterschiedliche Phasen beschreibt, die auch zu unterschiedlichen Ausrichtungen der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie geführt haben. Außerdem spielt für die Störungslehre und Therapietheorie gerade in der Personzentrierten Psychotherapie das Menschenbild eine zentrale Rolle. Finke stellt in diesem Zusammenhang die grundlegende Frage, die meist ausgeklammert bleibt, da sie doch eine zentrale Grundannahme in Frage bzw. zur Diskussion stellt, nämlich, was Rogers nun eigentlich unter der „Natur“ (des Menschen) versteht, nachdem hier sowohl humanistische Ansätze wie auch naturwissenschaftliche Begriffe einfließen. Die Annahmen von „organismischer Erfahrung“ und der „Weisheit der Natur“ sind für ihn Hinweise, dass Rogers insbesondere in seinem Spätwerk Natur als Teil eines schöpferischen Kosmos betrachtet und damit die seit Descartes bestehende Trennung von materieller und geistiger Welt aufzuheben versucht. Finke kritisiert die romantisierenden Tendenzen nach einer „neuen Unmittelbarkeit, d. h. nach einem unverfälschten Verhältnis zur Natur“, die zum Teil die Attraktivität der klientenzentrierten Therapie auszumachen scheint und verweist darauf, dass Autonomie und Individualität nicht naturwüchsig vorgegeben, sondern Ergebnis einer bestimmten geschichtlichen Entwicklung und daher kulturell vermittelt sind.

Im zweiten Teil des Buches werden Positionen des Personzentrierten Ansatzes im aktuellen gesellschaftlichen Diskurs dargestellt, wie die Begriffe von Gesundheit und Krankheit oder Konzepte über Geschlechterrollen. *Jürgen Kriz* greift in seinem Artikel die Frage auf: *Was kann ‚personzentriert‘ am Beginn des 21. Jahrhunderts bedeuten?* Dabei geht es ihm vor allem um die Erhaltung der zentralen Anliegen der Personzentrierten Psychotherapie mit ihren humanistischen Werten innerhalb der gesellschaftspolitischen und ideologischen Strömungen mit deren Primat der Rentabilität und Effektivität. Ein bzw. *das* zentrale Anliegen ist für Kriz die Aktualisierungstendenz, „die spezifische, dem Leben inhärente Form der

allgemeineren ‚formativen Tendenz‘ und er betont die Notwendigkeit, „die natürlichen Entfaltungs- und Wachstumsprozesse des Menschen durch Bereitstellen adäquater ‚Umgebungsbedingungen‘ [...] zu fördern“. Damit weist sich Kriz als Vertreter der Wachstums-konzeption aus, die Rogers zu Beginn entwickelt hat und auf die er später nochmals zurück kommt. Dieses Konzept wurde bereits wegen der einseitigen biologistisch-naturwissenschaftlichen Begriffe kritisiert, die schwer mit dem humanistischen Ansatz und dessen Forderung nach Autonomie, Identität und Selbstbestimmung vereinbar sind, wie dies auch Finke betont. Kriz versucht vielmehr dieses Konzept der Aktualisierungstendenz und des Wachstums durch eine „moderne, naturwissenschaftlich fundierte“ Theorie, nämlich durch die Systemtheorie wissenschaftlich zu begründen. Damit besteht allerdings die Gefahr, dass die ontologischen Fragestellungen nach der „Person“ oder dem „Organismus“ durch die Konstruktion von selbstreferenziellen Prozessen und Strukturen verloren geht oder auf Modalitäten des zirkulären Fragens reduziert wird - obwohl Kriz andererseits davor warnt, „die Vorstellung einer ‚Person‘ als eines relativ stabilen Bezugspunktes des Handelns aufzugeben“ und er hält *Person*, „die man tief im Inneren wirklich ist“ außerdem für ein weiteres unverzichtbares Konzept des personzentrierten Ansatzes. So fruchtbar der systemische Ansatz für die wissenschaftstheoretische Diskussion sein mag - und gerade Kriz hat dabei einen wesentlichen Anteil - so besteht andererseits bei der Anwendung auf das Menschenbild oder auf die Persönlichkeitstheorie die Gefahr, dem „biologistischen Selbstmissverständnis“ Rogers weiter Vorschub zu leisten.

Josef Pennauer gibt in seinem Beitrag, *Entwicklung von Gesundheit*, einen Überblick über Konzepte einer personzentrierten Störungs- bzw. Gesundheitslehre. Ausgehend vom „Gesundheits- und Krankheitsbegriff, wie er bei Rogers zu finden bzw. direkt von ihm ableitbar ist“ versucht er Übereinstimmungen und Verbindungen mit „neueren Beiträgen aus verschiedenen Fachrichtungen“ sowie den Paradigmen- oder umfassender, den *Syntagmawechsel* (v. Üexküll) im Bereich des Krankheitsverständnisses darzustellen. Abgesehen davon, dass man korrekterweise nicht von dem Gesundheits- oder Krankheitsbegriff Rogers' sprechen kann, gerät dieser Artikel beim Versuch einer möglichst umfassenden Begründung des *personzentrierten Begriffs von Krankheit und Gesundheit* (so der Untertitel) zu einer unsystematischen Aufzählung unterschiedlicher Theorien und Konzepte ohne die zugrundeliegenden Annahmen und die dabei ins Spiel kommenden Forschungsmethoden zu berücksichtigen, die zu unterschiedlichen Gegenstandsbestimmungen führen. So ist davon die Rede, dass die Beziehung des Individuums zum Selbst, die Selbst-Beziehung „durchaus auch körperlich-biologisch verstanden werden [kann]“. Diese Problematik der phänomenologischen Zugangsweise wird in der person-/klientenzentrierten Literatur meines Erachtens generell zu wenig berücksichtigt. So kommt es zu unterschiedlichen Wirklichkeitskonstruktionen und Menschenbildern, je nachdem, ob man die anatomischen Gegebenheiten oder

physiologischen Prozesse mit naturwissenschaftlichen Verfahren untersucht, ob man das Verhalten von Probanden in Lernexperimenten beobachtet und analysiert, oder ob man mittels empathischem Verstehen, d. h. im Rahmen eines phänomenologisch-hermeneutischen Erkenntnisverfahrens versucht, die emotionalen und kognitiven Konstrukte einer Person, ihre Selbstkonzepte zu erfassen. Diese unterschiedlichen Zugänge zum Menschen liegen auf unterschiedlichen ontologischen und epistemologischen Ebenen und es gibt bislang keine meta-theoretischen Konzepte, mit denen diese unserem abendländischen Denken inhärenten kategorialen Bestimmungen zu vermitteln oder im Sinne Hegels dialektisch *aufzuheben* wären. Gegenstand der Psychotherapie kann immer nur das Erleben des Klienten sein; biologische oder soziale Phänomene haben nur eine Bedeutung, soweit sie im Erleben des Betroffenen in der je eigenen subjektiven Weise repräsentiert sind.

Die Arbeiten von *Marietta Winkler* und *Peter F. Schmid* zur *Person als Frau und Mann* stellen eine Art Resümee aus einem Workshop beim Salzburger Symposium dar. Wie einleitend vorsichtig festgestellt wird, ist dieses Thema innerhalb unseres Ansatzes „nicht gerade überbelichtet“, hat doch Rogers stets geschlechtsneutral von der „Person“ oder dem „Individuum“ gesprochen und damit eher das Gemeinsame betont. Inzwischen können wir, wie die Autoren feststellen, nicht mehr hinter die Diskussion der Frauenbewegung und die entsprechenden sozio-ökonomischen Untersuchungen zurückgehen und die unterschiedlichen Rollenbilder von Frau und Mann sowie ihre ungleichen Sozialisations- und Lebensbedingungen in einer nach wie vor patriarchalischen Gesellschaft ignorieren. Inzwischen sind Arbeiten zu diesem Thema eines „Zwei-Geschlechter-/Ein-Werte-Systems“ im Person-/Klientenzentrierten Ansatz nach wie vor spärlich und insofern ist es vor allem Winkler zu danken, dass sie sich in ihrer Arbeit konsequent mit dieser Problematik auseinandersetzt, auch wenn sie damit auf geteilte Zustimmung stößt, wie sie feststellt.

Im dritten Teil des Buches werden *Entwicklungen innerhalb der personzentrierten Konzepte* dargestellt. Die Schweizer Autoren, *Rainer Bürki* und *Ruth Hobi* gehen in ihrem Artikel, *Kein Apfel fällt von selbst vom Baum*, davon aus, dass der Personzentrierte Ansatz in seiner Grundidee eine systemische Konzeption darstellt, die im Unterschied zum person- bzw. individuum-zentrierten Aspekt nicht im gleichen Maß weiter verfolgt worden ist. Sie versuchen nun diese systemische Komponente weiter zu entwickeln und stellen vor allem am Konzept der Aktualisierungstendenz, dem Inkongruenzmodell und den Veränderungsprozessen dar, wie sie eine *systemzentrierte Gesprächspsychotherapie* auf der konzeptuellen Ebene verstehen. Wie bereits zum Beitrag von Kriz dargestellt, können naturwissenschaftlich fundierte Theorien, wie die Systemtheorie bei der Darstellung und Begründung biologischer Konzepte nützlich sein, ebenso bei wissenschaftsmethodischen Überlegungen mit ihren Begriffen von Emergenz und Entropie. Für die Persönlichkeitstheorie oder die Störungslehre, wo es neben den Prozessen und Strukturen

auch um Inhalte geht, stellt sich für mich jedoch die Frage, wie anhand anonym miteinander kommunizierender Systeme das autonome, selbstbestimmte Individuum dargestellt oder wie anhand „struktureller Koppelungen“ empathisches Verstehen begründet werden kann.

Von Klaus Heinerth kommt ein interessanter Beitrag, in dem er zwischen *versperrter* oder abgewehrter und *verzerrter Symbolisierung* bei der Entwicklung des Selbstkonzepts unterscheidet und daraus ein differentielles Verständnis von Persönlichkeitsstörungen und neurotischen Störungen ableitet. Er veranschaulicht dabei das Selbst anhand der Metapher eines Hauses mit unterschiedlichen Räumen, die verschiedenen Erfahrungsbereichen, wie Bindungs- oder Aggressionserfahrungen, entsprechen. Fehlt in der frühen Phase der Selbstentwicklung ein Gegenüber, welches das Erleben des Kindes empathisch begleitet und beantwortet, so kann dieses Erleben nicht in das Selbstkonzept aufgenommen werden, diese (Erfahrungs-)Räume sind unzugänglich, versperrt. „Ohne Interpretation von Signalen entsteht keine Information, also kein Wissen und damit auch kein Selbstkonzept“. Dies entspricht nach Heinerth den Persönlichkeitsstörungen, wo bestimmte Bereiche abgespalten werden; es bildet sich ein fragmentiertes Selbst und ein mangelndes Identitätsgefühl. Wenn allerdings bestimmte Erfahrungsbereiche benannt wurden und damit im Selbst repräsentiert sind, aber nicht positiv von der Umwelt bewertet wurden, so können diese Räume zwar bewohnt, aber nicht entsprechend den eigenen Wünschen eingerichtet werden; das Kind beugt sich dabei den Bewertungsbedingungen der Anderen; es kommt zur verzerrten Symbolisierung. Dabei entstehen eine Diskrepanz zwischen Selbst- und Idealbild und ein mangelndes Selbstwertgefühl sowie Anpassungsstörungen. Aus dieser Unterscheidung leitet Heinerth auch entsprechende Formen des Umgangs damit ab; so geht es bei der Persönlichkeitsstörung vor allem darum, durch Empathie und Ansprechen von Gefühlen (etwa im Sinne einer Prätherapie) die nicht erlebten Bereiche bzw. die verschlossenen Räume zugänglich zu machen. Bei den neurotischen Störungen muss es vielmehr darum gehen, durch unbedingte Wertschätzung für das Erleben des Klienten die Selbstanerkennung und die eigene Wertschätzung zu fördern. Dieser Artikel stellt für mich einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der Entwicklung der Selbststruktur sowie der daraus resultierenden Störungen dar. Hier wird auch die Bedeutung der Sprache einer Gemeinschaft für die Inhalte und Strukturen des Selbst dargestellt; je nachdem welche Erfahrungsbereiche kommuniziert werden und welche ausgeschlossen, *exkommuniziert* sind. Er verweist dabei auf Wittgenstein, wenn er betont: „Die Grenzen meiner Sprache sind die Grenzen meiner Welt“.

Wolfgang W. Keil bezieht sich in seiner Arbeit, zum Stellenwert der *Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Therapie* auf die Kontroversen zu diesem Thema und versucht einen Überblick über die „Spannbreite und damit die Unterschiedlichkeit im Verständnis von Methoden in der Psychotherapie“ zu erörtern. Es

ist Keil jedenfalls zuzustimmen (und darüber dürfte es wohl keine Diskussion geben), dass „der Erwerb einer grundsätzlichen methodischen Kompetenz bzw. eines grundlegenden therapeutischen Handwerkszeugs“ Voraussetzung für professionelles therapeutisches Handeln ist. Für ihn geht es in der Therapie vor allem darum, den therapeutischen Kontakt so zu intensivieren, dass die für die Veränderung nötige Tiefe des Erlebens erreicht und gehalten wird. Für Keil kann dies am besten durch das Arbeiten am Experiencing-Prozess erreicht werden. Allerdings bleibt offen, was unter der „für die Veränderung nötigen Tiefe des Erlebens“ zu verstehen ist und weshalb sie durch die Orientierung am Erlebensprozess eher zu erreichen ist als durch die Realisierung eines förderlichen Beziehungsangebots im Sinne der notwendigen und hinreichenden Bedingungen Rogers' (obwohl Keil andererseits in „radikaler Weise“ eine „personale therapeutische Beziehung“ fordert). Die Diskussion darüber, inwieweit das experienzielle Verfahren von Eugen Gendlin noch als personenzentriert gelten kann ist jedenfalls noch offen und sie ist vor allem unter Bezugnahme auf die anthropologischen und ethischen Grundlagen zu führen und nicht nur auf der Ebene der persönlichen Einschätzungen oder ideologischer Standpunkte. Ohne Rückbindung an diese Grundsätze verkommt Psychotherapie zwangsläufig zur bloßen Technik und verliert ihren emanzipatorischen und aufklärerischen Anspruch.

Peter F. Schmid stellt in seinem Beitrag die grundsätzliche Frage: *Was ist personenzentriert?* Es geht dabei um *Identität, Integrität, Integration und Abgrenzung* des personenzentrierten Ansatzes, um die Bestimmung der Kriterien und Voraussetzungen für die Zugehörigkeit. Er tritt für Profil und Identität ein sowie gegen Beliebigkeit, aber auch für den Dialog mit den anderen Positionen, um die Unterschiede zu klären und nicht zu verwischen. Für Schmid ist die Grundsatzentscheidung für Psychotherapie insgesamt sowie insbesondere für diesen Ansatz vor allem eine ethische Frage; eine Frage des sich in Anspruch nehmen lassen und der Ver-Antwort-ung. Dabei ist die systematische Erfahrung und Reflexion therapeutischen Handelns entscheidend, um verantwortungsvoll auf das Angesprochen-werden antworten zu können. Er geht davon aus, dass die von Rogers formulierten Bedingungen für eine Persönlichkeitsveränderung nicht nur *notwendig* sondern auch *hinreichend* sind, d. h. keiner Ergänzung bedürfen und er bezieht dabei eine Gegenposition zu Keil: „Die grundlegenden Positionen von Rogers sind weder überholt noch von anderen Ansätzen her ergänzungsbedürftig; sie sind in ihrer Radikalität, ihrem tiefen Humanismus und ihrem kritischen Potential noch nicht einmal eingeholt und ausgeleuchtet“. Schmid gibt eine Standortbestimmung des personenzentrierten Ansatzes bezogen auf die wesentlichen Bereiche wie Ethik, Anthropologie, Persönlichkeits- und Therapietheorie usw. Diese fundamentalen philosophischen Annahmen und Forderungen bedürfen allerdings der Vermittlung mit empirisch psychologischen Konzepten, um sie für die Störungslehre und für die Therapietheorie fruchtbar zu machen und sind nicht einfach eins zu eins übertragbar.

Im vierten Teil des Buches wird das Thema, *Personzentriert-Sein*, angesprochen, die *Präsenz* und das *Gegenwärtig-sein* in der therapeutischen Beziehung. Den Autorinnen, *Sylvia Gaul* und *Brigitte Macke-Bruck*, geht es in ihrem Beitrag, *Gedanken zum Anspruch „gegenwärtig zu sein“* um das Selbstverständnis als Therapeut/in angesichts der vielfältigen Anforderungen und unterschiedlichen theoretischen Konzepte. Wesentlich dabei ist für die Autorinnen auch der Umgang mit dem Spannungsverhältnis von Anteilnahme, Identifikation sowie eigener Verletzlichkeit und Hilflosigkeit auf der einen Seite und Klarheit des eigenen Selbstverständnisses sowie Professionalität auf der anderen Seite. *Elfriede M. Ederer* und *Hiltrud J. Gruber* beschreiben in ihrem Artikel, *Therapeutische Präsenz und ihre prozessuale Entfaltung im dynamischen Beziehungsfeld*, ihr Modell der wirksamen Determinanten, die den Therapeutenhaltungen zugrunde liegen und das sie am Symposium im Rahmen eines Workshops vorgestellt hatten. Diese Wirkmechanismen sind für sie die *Präsenz* oder das *Gegenwärtig-sein* des Therapeuten und das gemeinsam geschaffene *dynamische Beziehungsfeld*. Dabei wird durch dieses Beziehungsfeld als Resonanzraum die *Präsenz* gefördert und vertieft und so ein gemeinsamer Entwicklungsprozess ermöglicht, der durch einen Fokussierungsvorgang hin zu einem überpersönlichen Feld, in einen spirituellen Raum hinein erweitert werden kann. Dieses Modell bewegt sich allerdings zum Teil auf einer sehr spekulativen Ebene, abseits von therapietheoretischen und methodischen Begründungen, insbesondere wenn, mit Bezugnahme auf den späten Rogers, von „formativer Kraft“ oder „transzendenten“ Beziehungserfahrungen gesprochen wird. *Michael Gutberlet* berichtet in dem Beitrag *On Becoming Congruent* von einem Workshop, in dem es um das Kongruenter-Werden des Therapeuten oder Beraters als Person ging, dem wesentlichsten „Werkzeug“ der Personzentrierten Psychotherapie. Er betont in seinem Beitrag, dass es sich bei der Kongruenz um eine *Erfahrung im Hier und Jetzt* handelt und nicht um eine Eigenschaft oder Fähigkeit, die man besitzt; man muss sich ständig neu darum bemühen, offen zu sein für das eigene Erleben. Gutberlet dürfte allerdings die Bedeutung der Theorie unterschätzen, wenn er das Kongruenter-werden des Therapeuten als die bestmögliche Art ansieht, in differenzierter Weise auf den Klienten einzugehen oder wenn sich *Verstehen* allein aus dessen inneren Bezugsrahmen vollzieht. Unsere Erfahrung ist nicht voraussetzungslos, sondern wird bestimmt durch unsere Geschichte und unsere berufliche Sozialisation und unsere Konzepte, ohne die wir überhaupt nichts erkennen und einordnen könnten. Jede Erfahrung ist bereits eine Interpretation und es geht darum, die zum Teil impliziten, theoretischen und weltanschaulich geprägten Konzepte zu reflektieren. Wie Finke an anderer Stelle betont, geht es um die Frage, woraufhin der Klient verstanden werden soll und in welchen Zusammenhang der Sinn des zunächst noch Unverstandenen gesucht werden soll.

Im fünften und sechsten Teil des Buches werden *Bereiche klientenzentrierter therapeutischer Praxis* und *personzentrierter Beratung*

beschrieben. *Ute Binder* erörtert Empathie bei der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen, bei denen es sich primär um Störungen im emotionalen Bereich handelt, die das Verstehen und Sich-verständlich-machen in Beziehungen betreffen. Sie differenziert dabei zwischen „Empathie“ und „kognitiver sozialer Perspektivenübernahme“ und betont, dass es sich bei Empathie um ein „*prosoziales*, emotional-affektives Wahrnehmungs- und Bewertungssystem“ handelt, womit auch ein ethischer Anspruch eingefordert wird. *Elisabeth Zinschitz* beschäftigt sich in ihrem Artikel mit Empathie in der psychotherapeutischen Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Aufgrund der unterschiedlichen und vielfach eingeschränkten Erfahrungsmöglichkeiten spielt das Wissen über die Bedeutung der jeweiligen Behinderung für Entwicklung der Persönlichkeit und insbesondere des Selbstkonzepts für das empathische Verstehen eine wesentliche Rolle.

Gert-W. Speierer stellt in seinem Beitrag eine Untersuchung zum Erleben von Klienten bei Behandlungsbeginn vor, wobei anhand von standardisierten Fragebögen die Erlebnisintensität in vier Bereichen sowie inhaltliche Schwerpunkte erhoben wurden. Derartige empirisch-statistische Erhebungen können gewisse Hinweise bringen und sind vor allem zur Legitimation gegenüber staatlichen Behörden und Krankenkassen wichtig, können aber wenig zur Theoriebildung beitragen. Daten, die aufgrund standardisierter Items oder Tests erhoben werden, können nicht unmittelbar zur Überprüfung von Theorien herangezogen werden, da sie durch bestimmte nomothetisch empirische Modelle generiert werden, d. h. ihren Sinn bekommen und es ist vor allem nicht möglich mit reduktionistischen, quantitativ-empirischen Konzepten die komplexen Prozesse in der Therapie auch nur annähernd zu beschreiben. Wenn nun Speierer behauptet, dass mit solchen Ergebnissen über das Erleben der Klienten nicht nur die Überprüfung der personzentrierten Theorie der Persönlichkeit und der Psychotherapie „steht und fällt“, sondern dass sie auch über Erfolg und Misserfolg der therapeutischen Praxis entscheiden, so muss hier ein verkürztes positivistisches Wissenschaftsverständnis und das Ausblenden der wissenschaftstheoretischen Diskussionen der letzten Jahre und Jahrzehnte unterstellt werden.

Harald Doppelhofer und *Lore Korbei* behandeln in ihren Beiträgen die Einbeziehung von körperlichen Interventionen in der Person-/Klientenzentrierten Therapie. Sie betonen die Notwendigkeit, den Menschen als Einheit zu sehen und die Polarisierung in Körper und Geist zu überwinden; obwohl sie andererseits feststellen, dass der Ansatz von Rogers ohnehin eine ganzheitliche Sichtweise impliziert und „in der Psychotherapie“, so Doppelhofer, „ist der Körper immer schon miteinbezogen“. So ist im Selbstkonzept stets und vor allem der Körper (als *Leib*, der wir sind), repräsentiert, über den wir uns selbst und die Umwelt erleben. Insofern ist Psychotherapie immer auch Körpertherapie, was insbesondere bei der Behandlung von *psycho-somatischen* Störungen deutlich wird. Es ist daher schwer nachzuvollziehen, wenn Doppelhofer andererseits

betont, dass ich mich erst „mit der Einbeziehung des Körpers in die praktische Arbeit [...] an die ganze Person [richte]“. Was nun die „körperlichen“ Techniken betrifft, so stellen sie für mich sehr aktive und zwangsläufig manipulative Interventionsformen dar, die über den phänomenologisch-hermeneutischen Zugang zum Verständnis des Klienten hinausgehen und die nicht immer kalkulierbare und gravierende affektive Reaktionen auslösen können. Daher ist es nicht nur notwendig mit einer „erhöhten Sensibilität“ vorzugehen, wie Korbei schreibt, sondern es erscheint mir sowohl aus fachlichen wie ethischen Gründen eine fundierte methodische Reflexion erforderlich und zwar auf der Basis von Konzepten, aus denen abgeleitet werden kann, welche Interventionstechniken ich wann einsetze, mit welchem Ziel und was sie vor allem für den Prozess und die therapeutische Beziehung bedeuten. Da es solche Konzepte erst in Ansätzen gibt, halte ich es für notwendig, die Diskussion auch in diesem Bereich, wie auch bezüglich anderer Formen von „ergänzenden Techniken“ weiterzuführen und es sollte deren Einsatz nicht allein der Intuition oder der Befindlichkeit des Therapeuten überlassen bleiben – so wichtig sie dabei sein können.

Auch in dieser Publikation der Symposiumsbeiträge von Salzburg kommen die unterschiedlichen Strömungen und Orientierungen innerhalb unseres Ansatzes zum Ausdruck sowie die Problematik der Integration bzw. Abgrenzung – oder, wie es im Titel heißt der „Identität, Begegnung, Kooperation“ – die sich u. a. auch in der Diskussion um einen gemeinsamen Namen manifestiert. Meist wird als Kriterium für die Zugehörigkeit zur Person-/Klientenzentrierten Psychotherapie die Übereinstimmung von Konzepten praktischer Arbeit mit dem Menschenbild und den ethischen Grundsätzen gefordert. Allerdings ist Rogers selbst dabei ein unzuverlässiger Zeuge, da er seine Begriffe und Konzepte immer wieder modifiziert und

ihnen unterschiedliche Bedeutungen unterlegt hat; er kann daher nicht einfach „beim Wort genommen“ werden, ohne den jeweiligen Kontext zu berücksichtigen. Zum Teil beruhen die Missverständnisse auch darauf, dass ethische oder philosophisch-anthropologische Grundannahmen, wie etwa die Aktualisierungstendenz, als wesentliches Bestimmungsstück unseres Menschenbildes, unmittelbar auf den Bereich psychologischer Konzepte, wie der Persönlichkeitstheorie oder der Krankheitslehre übertragen werden. Geht es in der Anthropologie um Grundsätze oder „basic beliefs“, die postuliert werden als gemeinsame Grundorientierung, so sind psychologische Konzepte einerseits aus diesen Grundannahmen abzuleiten, sie haben sich aber andererseits auch im Rahmen empirischer Befunde der Psychologie und anderer benachbarter Wissenschaften zu bewähren. Eine Aktualisierungstendenz, die die im Organismus angelegte Potentiale, gleichsam als das „wahre“ oder „organismische Selbst“ verwirklichen soll, kann heute im Rahmen der Entwicklungstheorie nicht mehr unabhängig von den geschichtlichen Erfahrungen des Individuums, gleichsam ahistorisch bestimmt werden. Um die Diskussion über Identität und Integration von neuen Strömungen unseres Ansatzes auf eine andere Basis zu stellen, ist es meines Erachtens notwendig, neben den epistemologischen Fragen die anthropologischen Grundannahmen und insbesondere die Ableitungs- und Implikationsregeln bei der Entwicklung der psychologischen Konzepte zu diskutieren und weiterzuentwickeln. Es ist daher zu hoffen, dass die Ansätze, wie sie u. a. in der vorliegenden Publikation zur Darstellung kommen, weiterverfolgt werden und dies auch bei der Diskussion der theoretischen Konzepte zu Begegnung und Kooperation führt, was bisher vielfach zu kurz gekommen ist. Es gibt heute keine einheitliche Personzentrierte Psychotherapie, aber es sollte, in Anlehnung an eine Formulierung von Habermas über die Philosophie, einen personzentrierten Diskurs der Moderne geben.

Wolfgang W. Keil

Ryback, D. (2000), Emotionale Intelligenz im Management. Wege zu einer neuen Führungsqualität

Übertragen aus dem Amerikanischen von Elisabeth Zinschitz.

GwG-Verlag, Köln, ISBN 3-926842-30-X, 224 Seiten, € 29,65

Terjung, B. / Kempf, T. (2001), Von der Klientenzentrierten Therapie zur Personzentrierten Organisationsentwicklung (Person-Centered-Organisation-Development – PCOD)

Mit einer Einführung aus systemtheoretischer Perspektive von Heinz Hummitzsch.

GwG-Verlag, Köln, ISBN 3-926842-34-2, 114 Seiten, € 9,80

Der GwG-Verlag hat dankenswerterweise zwei gehaltvolle Publikationen zum personzentrierten Ansatz in der Managements- und Organisationsentwicklung herausgebracht, die sich u. a. durch ihre interessante Unterschiedlichkeit auszeichnen. Während David Ryback spürbar inspiriert von seiner persönlichen Begegnung mit Carl Rogers für emotionale Intelligenz in Management, Teamarbeit und betrieblicher Menschenführung plädiert, ermöglicht es die Aufsatzsammlung von Beatrix Terjung, das Entstehen ihres konsequent erarbeiteten autochthonen Konzepts einer personzentrierten Organisationsentwicklung mitzuverfolgen.

David Ryback, zunächst Pädagoge und Klinischer Psychologe und dann Managementberater, hat an verschiedenen Organisationen und Publikationen der Humanistischen Psychologie prominent mitgearbeitet und ist dem Kreis der Personen zuzuzählen, die gelegentlich mit Rogers direkt zusammengearbeitet haben. Als Beispiel dafür kann etwa auf den zusammenfassenden Artikel von Rogers und Ryback über eine personzentrierte Konfliktbewältigung in Gesellschaft und Politik verwiesen werden.¹ In dem nun hier vorliegenden Buch „Putting emotional intelligence to work“, das von der früheren PERSON-Redakteurin Elisabeth Zinschitz ins Deutsche übersetzt wurde, beschreibt Ryback mit großer Begeisterung Entwicklung und Qualitäten von emotionaler Intelligenz und Führungintelligenz. Wesentlich sind dabei v. a. das Schärfen der Wahrnehmung für (auch unterschwellige) Gefühle, die (kongruente) Kontrolle eigener Impulse, authentische Ehrlichkeit, effektives Zuhören, selbstbestimmte Teamarbeit sowie wirksame

Methoden zur Vermeidung bzw. zum Abbau von Stress. Bei dieser Darstellung wird zugleich die Entwicklung von rigid-hierarchischen Auffassungen über japanische Selbstmanagementkonzepte bis zum Einbezug sozialpsychologischer und humanistisch-psychologischer Ideen in das Management in lockerer Form gestreift. Einen besonderen Reiz dieses Buches macht es aus, dass Ryback jeden Abschnitt mit Ausschnitten aus seinen Gesprächen mit Rogers einleitet, wobei die personzentrierten Grundlagen für die jeweiligen Themenbereiche in alltagssprachlicher Form – wie eben der einer Unterhaltung beim Strandspaziergang – zum Ausdruck gebracht werden.

Die Materialiensammlung von Beatrix Terjung und Thomas Kempf enthält eine Reihe von Artikeln und Kongressbeiträgen von Ersterer und einige von beiden Autoren gemeinsam aus den Jahren 1984 bis 1998 sowie eine einleitende und grundlegende Skizze personzentrierter Organisationsentwicklung aus einer systemtheoretischen Perspektive von Heinz Hummitzsch. Anhand der Darstellung ihrer konkreten Aufträge aus Wirtschaft und Verwaltung beschreibt Terjung, wie sie zunehmend ein konsequent personzentriertes Konzept des Vorgehens im Bereich des subjektiven Erlebens auf allen Ebenen von Organisation und Organisationsentwicklung (explorative Einzelinterviews, hierarchieübergreifende Gruppengespräche, Teamtraining, selbstbestimmte Entwicklungssteuerung u. a. m.) erarbeitet hat. Im Rahmen des dabei entwickelten „Dualen Kompetenz-Teilungs-Konzepts“ kooperiert die personzentrierte Beraterin immer mit einem „strukturzentrierten“ Berater, der alle Bereiche der Organisationsentwicklung, soweit sie „außerhalb der Person“ liegen, betreut. Persönlich ganz wesentliche Vorerfahrungen für die hier beschriebene Tätigkeit hat Terjung in ihrer über 10 Jahre dauernden personzentrierten Arbeit mit Obdachlosen gewonnen, die in den ersten beiden Beiträgen der vorliegenden Materialiensammlung dargestellt wird. Durch diese, sie bis an ihre persönlichen Grenzen

1 Rogers, C. R. / Ryback, D. (1984), One alternative to nuclear planetary suicide, in: Levant, R. F. / Shlien, J. (Eds.), Client-centered therapy and the person-centered approach. New directions in theory, research and practice, New York (Praeger), 400–422

fordernde Arbeit hat Terjung ein tieferes Verständnis des Power-Konzepts von Rogers gewonnen. „Personal power“ ist demnach darin zu sehen, dass durch die wertschätzende Beachtung eigenen inneren Erlebens die Macht anderer, einer Person Schuldgefühle, Angst oder Hemmungen aufzuerlegen, vermindert und Herrschaft über das eigene Selbst ermöglicht wird. Bei frühgestörter Selbstentwicklung – wie bei Verwahrlosten – oder bei rigiden Kommunikationsformen – wie in hierarchischen und kompetitiven Institutionen – kann man aber nicht ohne Weiteres zur wertschätzenden Beachtung des inneren Erlebens im Sinn von „personal power“ kommen. In diesem Zusammenhang möchte ich vor allem Terjungs Erfahrung hervorheben, dass das einfühlsame (Mit-) Erleben der Obdachlosen eben nicht zu „personal power“, sondern nur zur weiteren Verstärkung des negativen Selbsterlebens führt. Es kann hier daher nicht von einer Inkongruenz im Sinn einer dynamischen Dissonanz zwischen organismischem Erleben und Selbst, die nach Veränderung

und Überwindung des Leidensdrucks drängt, gesprochen werden. Diesen dynamischen Faktor muss die personenzentrierte Beraterin vielmehr erst induzieren, indem sie etwa bei Verwahrlosten unbedingt auf deren Wahrnehmung und Anerkennung von (anfangs vielleicht nur minimaler) positiver Erfahrung besteht oder indem sie kompetitive Manager liebenswürdig, aber ebenso unbeirrt, mit ihrer eigenen Gefühllosigkeit konfrontiert.

Diese Überlegungen haben eine Relevanz weit über den Bereich von Management und Organisationsentwicklung hinaus und können alle Vertreter des personenzentrierten Ansatzes in ihrer Arbeit inspirieren. Sie stellen Ansätze zur weiteren Ausdifferenzierung von Rogers' Persönlichkeits- und Therapietheorie dar und würden es verdienen, systematisch und ausführlich ausgearbeitet zu werden. Gleichzeitig soll damit aber auch ausgedrückt werden, dass die beiden vorliegenden Publikationen weit über den Bereich von Management und Organisationsentwicklung hinaus von Interesse sind.

Brigitte Macke-Bruck

Die Erfahrungswelt in der beruflichen Praxis – Theorie und Praxis aus der Sicht einer Praktikerin

Zusammenfassung: Die berufliche Erfahrungswelt einer personenzentrierten Praktikerin zeichnet sich durch ihre jeweilige Einzigartigkeit aus und ist in einem ständigen Prozess von Weiterentwicklung befindlich. Aus der Perspektive der psychotherapeutischen Praxis werden die eigenen Beziehungen zur Theorie, zur beruflichen Praxis und zur Wissenschaft als Umgebung von Praxis untersucht. Dabei werden Bezüge zur Professions- bzw. Aktionsforschung hergestellt. Zuletzt wird die in der Praxis entstandene „Forschungskultur“ als eine der Quellen beruflicher Entwicklung beschrieben: Im Rahmen eines personenzentrierten Zugangs wird die, in der Weiterentwicklung des Selbstkonzepts enthaltene Empathieentwicklung einer Therapeutin gefördert.

Schlüsselwörter: Berufliche Erfahrungswelt, personenzentriertes Selbstverständnis, Selbstkonzept, Selbstreflexion, Empathieentwicklung, Symbolisierungsprozess, Intersubjektivität, Professions- bzw. Aktionsforschung

Résumé: Le monde empirique dans la pratique professionnelle – théorie et pratique du point de vue d'une praticienne. Le monde empirique professionnel d'une praticienne centrée sur la personne se distingue par son caractère chaque fois unique et se trouve dans un processus d'évolution constante. Ses relations personnelles à la théorie, à la pratique professionnelle et à la science en tant qu'environnement de la pratique sont étudiées dans la perspective de la pratique psychothérapeutique. Ainsi, les relations avec la recherche professionnelle et l'activité sont établies. Finalement, la « culture de la recherche » issue de la pratique est décrite comme instrument du développement professionnel: dans le cadre d'une approche centrée sur la personne, le développement empathique contenu dans l'évolution du concept de soi d'une thérapeute est favorisé.

Mots-clés: Monde empirique professionnel, idée de soi centrée sur la personne, concept de soi, autoréflexivité, développement empathique, processus de symbolisation, recherche professionnelle et d'action.

Abstract: The world of experience in professional practice. Theory and practice from the practitioner's perspective. The professional's world of experience is characterised by its uniqueness and by an ongoing developmental process. From her perspective as a practitioner, the author explores her relationship with theory, professional practice and science as a background to professional practice. In this context, she refers to professional research and action research. She also describes the "research culture" which has emerged within that practice as an instrument for professional development: The person-centred way of working furthers the development of the therapist's empathy, which is implicit in the development of the self concept.

Keywords: World of professional experience, person-centred self-concept, capacity for self-reflection, development of empathy, symbolisation process, professional research, action research

1. Vorwort

Wieso wissen wir, wann wir gerade empathisch verstehen und wann nicht? Was in meinem Inneren sagt mir eigentlich, wie ich meinem Klienten jetzt begegnen werde? Ist es Gespür, eine Art „feeling“, Intuition, Können, Kunst? Metaphern umschreiben das tagtäglich Praktizierte, aber was ist es nun wirklich? Ist es Empathievermögen oder ein Wissen um die Verwandlung von „core conditions“

in taktvolles Benehmen oder die Kenntnis des rechten „timings“? – Die Therapietheorie und die wissenschaftlichen Untersuchungen zum Wirkvermögen der Personenzentrierten Psychotherapie verdeutlichen meines Erachtens nur zum Teil, was Praktikerinnen können und wie therapeutisches „Wissen“ in der täglichen professionellen Praxis verfügbar ist. Die empiriegestützte Theorie sagt aus, dass Personenzentrierte Psychotherapie „funktioniert“: Es gilt als das „sine qua non“ erfolgreicher Therapie, das empathische Verstehen

(Rogers 1975a) derart genau auszudrücken, dass die Klientin wahrnimmt, dass bzw. wie sich ihre Therapeutin in sie unbedingt positiv beachtend einfühlen kann. Im Herzstück personzentrierter Theorie, der Theorie von den „hinreichenden und notwendigen Bedingungen“ für konstruktive Persönlichkeitsveränderung (Rogers 1957a), wird dies postuliert. Ein Feld förderlicher Bedingungen innerhalb einer Beziehung stellt zugleich die Matrix und die dialogische Voraussetzung dafür dar, dass sich Personen in Richtung von Erhaltung und Entwicklung, Autonomie und Gegenseitigkeit, Differenzierung und Ganzheitlichkeit (Rogers 1951, 1957a, 1959a) entfalten können. Diese Theorie ist Abstraktion – ein Modell, das auf die lebendige therapeutische Wirklichkeit in ihrer Komplexität *verweist*. Schwierig wird es, das intersubjektive Geschehen der *konkreten* kritischen oder kreativen Momente *jenseits* der Einzelfalldarstellung theoretisch zu fassen und von etwas zu sprechen, das wir mit den Klientinnen eigentlich nur unmittelbar *erleben* können. Genau hier erhebt sich die Frage, ob nicht zusätzlich zur Perspektive des konventionellen wissenschaftlichen Zugangs ein Beitrag aus der beruflichen Praxis bereichernd sein kann.

Theorie und Praxis werden zumeist aus der Sicht der Wissenschaft thematisiert. In diesem Artikel stelle ich die Beziehung zur Praxis und zur Theorie *aus der Perspektive einer Praktikerin* dar. Von eigenen Erfahrungen und Entdeckungen zu erzählen ist mir als Praktikerin vertraut, ebenso, dies in andere (Fach-)Sprachen zu übersetzen. Angeregt durch die Professionsforschung (Schön 1983; Buchholz 1999), die in der Praxis *nicht die Anwendung* von Wissenschaft sieht, versuche ich hier meine Gedanken zum „Können“ von Praktikerinnen in eine Art Systematik zu bringen. Sie entspringen persönlichen Erfahrungen aus der freiberuflichen psychotherapeutischen Praxis und der stationären Tätigkeit in Krankenhäusern mit einem Versorgungsauftrag. Ich differenziere hier bewusst in praktische professionelle und wissenschaftliche Arbeitsbereiche, trenne in psychotherapeutische „Praktiker“ und „Wissenschaftler“, obwohl es natürlich Personen gibt, die in beiden Funktionen tätig sind. Praktikerinnen antworten auf sich im therapeutischen Raum spontan entfaltende lebendige Wirklichkeiten, während personzentrierte Wissenschaftlerinnen die Veränderungsprozesse dieser Wirklichkeit erklären und deren Gesetzmäßigkeiten verstehen wollen. Praktikerinnen, die mit Psychotherapie ihren Lebensunterhalt verdienen, üben einen Beruf aus. Insofern ist ihre Tätigkeit als „professionell“ zu betrachten. Therapie findet nicht im luftleeren Raum statt, sondern innerhalb eines bestimmten, von Pluralität gekennzeichneten gesellschaftlichen Umfeldes. Eine Gesellschaft billigt den Mitgliedern einer Profession gewisse Privilegien zu, wie die Abgrenzung gegenüber anderen Berufsgruppen durch Zugehörigkeit und den Schutz eigener beruflicher Interessen usw. Im Gegenzug erwartet die Gesellschaft von der jeweiligen Profession die Einhaltung ethischer Regeln und die des Berufscodex. Das bedeutet, dass Professionen als Teil eines historischen und gesell-

schaftspolitischen Prozesses in einem Wandel befindlich sind und grundsätzlich (als solche) problematisierbar sein müssen (siehe z. B.: Wilkening 1978).

Hier werde ich meinen Fokus nicht auf die Problematik von Professionalität richten, sondern ein Verständnis des „Besonderen“, Einzigartigen psychotherapeutischer Praxis, die auch professionell organisiert ist, skizzieren. Anders als Marlies Pörtner, die ausgewählte Therapeutinnen und Therapeuten zur eigenen Praxis interviewt hat (Pörtner 1994), werde ich hier aus dem Strom einmaliger psychotherapeutischer Erfahrungen zweierlei herausfiltern: die Besonderheiten dessen, was Therapeutinnen „können“ und wie sich ihre berufliche Erfahrungswelt weiterentwickelt. Da ich allgemeine Aussagen dazu tätige, müsste ich meine Sätze immer mit einem Hinweis auf die darin enthaltene *subjektive* Sichtweise versehen. Ich verzichte darauf mit der Bitte an die Leserin und an den Leser, diesen Aspekt „mitzudenken“. Ich habe mich für die weibliche Schreibweise entschieden und ersuche hiermit die männlichen Leser, sich ebenfalls „mitzudenken“. Wo ich mich auf Texte anderer Autorinnen und Autoren beziehe, habe ich deren grammatikalische Struktur verwendet und es als Zitat gekennzeichnet.

2. Das „Können“ von Praktikerinnen

2.1 Praxis überschreitet die Anwendung von Theorie

Im Alltagsbewusstsein scheint der Unterschied zwischen Theorie und Praxis klar, und das Verhältnis zwischen Wissenschaft und Praxis deutlich trennbar zu sein. Bei genauerer Betrachtung droht sich diese Differenz aufzulösen. Seit etwa fünfzig Jahren regt sich, nicht nur im Bereich der Humanistischen Psychologie, Kritik an der Vorstellung, der professionellen Praxis läge ein „Modell technischer Rationalität“ zugrunde: Logisch gefolgert würde das nämlich bedeuten, Praxis *sei* die Anwendung theoretischen Wissens zur Problemlösung. Die dazu erforderlichen Theorien würden außerhalb der Praxis entwickelt, seien allgemein gültig und standardisiert. Eine Praktikerin sei die Expertin für die Lösung der anstehenden Probleme. – In professionelle Praxis gehen zwar die Erkenntnisse von Wissenschaft ein, aber die Praxis ist *niemals identisch* mit der *Anwendung* von Wissenschaft (Schön 1983, 23f). Aus der Sicht von Praxis ist auch Personzentrierte Psychotherapie weitaus mehr. Die oben erwähnte Unschärfe erzeugt beim Versuch, die komplexe Wirklichkeit von Psychotherapie *eindeutig* zu definieren, unterschiedliche Auffassungen: Psychotherapie als Wissenschaft bzw. als „psychotherapeutisch-wissenschaftliches Verfahren“ (siehe z. B.: Österreichisches Psychotherapiegesetz 1991), als „Konfession“ oder „Profession“ (Grawe/Donati/Bernauer 1994). Psychotherapie als (Heil-)Kunst, ein Lernvorgang, ein psychosoziales Beeinflussungsverfahren oder als Persönlichkeitsveränderung durch Beziehung.

Die psychotherapeutische Praxis selbst hat zu ihrer Umgebung wichtige Bezüge: exemplarisch seien neben den Angehörigen der Klientinnen die Wissenschaften, wie Ethik, Philosophie, Psychologie, Soziologie, Medizin und Neurowissenschaften, Biologie, das Rechts- und das Gesundheitswesen, Politik und Gesellschaft, die Künste sowie Religionen erwähnt. Die Wissenschaftstheorie lehrt, zur Verwendung gelangende Begrifflichkeit offen zu legen. Wenn „Praxis“ im Kontext der altgriechischen Bedeutung von „handeln“ ein Verändern eines Zustandes, einer Situation, noch allgemeiner, eines „Sachverhaltes“ ist, bedeutet „Theorie“, ursprünglich von „schauen“ kommend, „Erkennen“, bloßes Erblicken oder Wahrnehmen von etwas, das sich durch unser Wahrnehmen nicht verändert (Seifert 1992). Den Begriff „Wissenschaft“ verwende ich hier in einem weitgefassten Sinn: Wissenschaft ist die methodisch-systematische Erweiterung unseres Wissens im Zusammenhang mit einer Verbreiterung der empirischen Basis und der Ausarbeitung einer Theorie. Jetzt wird klar, dass sich die pure, klassische Bedeutung von „Theorie“ erweitern muss. Unter Theorie verstehe ich somit ein sich nicht widersprechendes System von Aussagen, das die empirischen Daten bzw./oder die Basissätze ordnet und uns ermöglicht, über unsere Erfahrungen nachzudenken und zu sprechen.

Das „Wissen“ umfasst alle Erfahrungen, die einer Überprüfung durch Erfahrung standhalten. Vorhandenes Wissen kann auf die Wahrnehmung strukturierenden Einfluss haben: Es sagt uns, was wir erkennen oder wie wir sehen, hören, fühlen sollen. Zugleich gilt auch, dass Hypothesen, wissenschaftliche Meinungen, Modellbildungen durch korrigierende Erfahrungen *veränderbar* sind. „Verstehen“ ist ein komplexer Prozess, der auf der Fähigkeit des Menschen wahrzunehmen basiert, was wiederum von seiner biologischen Ausstattung, seinen kognitiven und affektiven Möglichkeiten sowie von seinen Gedächtnisleistungen abhängt (Kriz/Lück/Heidbring 1996). Es ist subjektabhängig und konstituiert (gesellschaftliche) Wirklichkeit (Schütz/Luckmann 1979, 38f; Berger/Luckmann 1980), kann sinnstiftend sein, konstruktiv und die Komplexität strukturierend, oder Handlungscharakter haben (Kriz/Lück/Heidbring 1987; Schwemmer 1987).

Theoretische Modelle bilden die komplexe Wirklichkeit der therapeutischen Praxis ausschnittsweise ab, ordnen das „Chaos“ der Flut lebensweltlicher Vielschichtigkeit (Kriz 1997). Ihr Verhältnis zur Wirklichkeit ist gewissermaßen vergleichbar dem einer Landkarte zur Landschaft. Dabei soll nie vergessen sein, dass jede Gesellschaft und jede Zeit ihre eigenen „Landkarten“ hervorgebracht hat und innerhalb einer Gesellschaft verschiedene Sorten von Landkarten nützlich sind. Eine Landkarte wird nur Teile der ganzen Wirklichkeit abbilden, weil sie sonst nicht mehr übersichtlich genug wäre, zugleich soll sie für den jeweiligen Bedarf „genau genug“ sein. In der Wissenschaft hervorgebrachte Modelle, Konzepte – „Landkarten“ – werfen aus unterschiedlichen Perspektiven ein Licht auf die

komplexe Wirklichkeit des Forschungsgebietes und beeinflussen somit auch die Wahrnehmung für die „Landschaft“ selbst. Diese Perspektiven können einander ergänzen oder irritieren, beziehungsweise die Verstehensprozesse der Praxis anreichern. Insofern ist die Praxis „wissensbasiert“ (Buchholz 1999, 95f) und Theorie konstruktivistisch (siehe Kriz/Lück/Heidbrink 1996; Höger 2000; Janich 1996).

2.2 Psychotherapeutische Praxis als Gegenstand von Aktionsforschung

Das empathische Verstehen der Praxis, als ein sich erweiternder und vertiefender Prozess, knüpft am vorhandenen Wissen der Praktikerin an. Theorie kann in ihr dieses Verstehen anregen und Anlass geben, das therapeutische Geschehen und eigene Handeln zu reflektieren. Wo die Wissenschaft ein auf Machen-Können gerichtetes Wissen, also Technik, hervorbringt, bedeutet in Gegenüberstellung dazu das person-gebundene „reflexive Wissen“ der Praxis eine sich stets mehrende Erfahrung, die sich im einzigartigen Bezug zur aktuellen Situation auch immer erst bildet. In diesem Sinne erfordert Praxis stets Wahl und Entscheidung zwischen Möglichkeiten. Hier wird weiters besonders deutlich, dass ein Praktiker immer auch Werte-Entscheidungen trifft (Gadamer 1972; Rogers 1961a, 212). Diese auf anthropologischen Vorannahmen beruhenden Werthaltungen sind implizit immer gegenwärtig. In den Humanwissenschaften spiegeln sie sich, unabhängig davon, ob sie offengelegt worden sind oder nicht (Hagehülsmann 1984; Holzkamp 1973), sowohl im Menschenmodell, das einer Theorie zu Grunde liegt, wider als auch im Selbst-Verständnis der Praktikerin, die sich auf diese Theorie bezieht.

Praxis ist von Wissenschaft angeregtes Können, sie *wird* gewissermaßen zur Kunst, und je mehr ein Praktiker sein Können „beherrscht“, desto mehr Freiheit besitzt er gerade gegenüber diesem „Können“. Dieses Können bekommt dann etwas von Leichtigkeit, Schönheit, Selbstverständlichkeit (Gadamer 1972). Ihre Tätigkeit erfordert von Praktikerinnen einmalige Antworten. In „The Reflective Practitioner“ charakterisiert der Aktionsforscher Donald A. Schön die Situation professionell tätiger Personen: Praktiker sind immer selbst ein Teil der Situation, die sie gestalten. Dadurch *und* an sich sind diese Situationen instabil, unsicher, einzigartig, vielfältig-komplex, vieldeutig und durch Wert- und Interessenkonflikte gekennzeichnet (Schön 1983, 39f).

Wenn die Psychotherapieforschung gedanklich der professionellen Praxis übergeordnet wird, würde die Lebendigkeit der Praxis stark eingeschränkt werden, warnt Michael Buchholz in seiner professionstheoretischen Analyse (Buchholz 1999). Buchholz knüpft dabei an die Tradition der Aktionsforschung im englischsprachigen Raum

an (Schön 1983; Argyris/Schön 1999, 45f), wo es mittlerweile üblich ist, die Praxis gleichberechtigt neben die Wissenschaft zu positionieren. Er plädiert für eine eigenständige Beforschung professioneller Praxis neben klassischer Psychotherapieforschung. Wo Praktikerinnen systematisch ihr therapeutisches Handeln und Erleben reflektieren, findet die Aktionsforschung konkrete Verwirklichung: Ausführlich angelegte Therapieprotokolle, Fragetagebücher oder Intervisionsgruppen ermöglichen, interessante Fragestellungen gezielt zu bearbeiten und die eigene Arbeitsweise weiter zu entwickeln sowie im kollegialen Austausch neue Sichtweisen zu gewinnen. Diesseits und jenseits des Freudschen Junktims vom Heilen und Forschen hat sich im Bereich professionell betriebener therapeutischer Praxis eine *Kultur* der Reflexion, des Befragens und Erforschens entwickelt.

2.3 Einmaligkeit in der therapeutischen Erfahrungswelt

Berufliche Praxis ist an die Person der Therapeutin gebunden, an ihre Wesensart und Flexibilität. Ihre persönliche Lebenserfahrung, beginnend von klein an und die Lebenslerngeschichte bis zu den Entwicklungs- und Sozialisierungsprozessen, die in Aus- und Weiterbildungen stattfinden (Berger/Luckmann 1980), sind in der Praxis letztlich unhintergebar. Das reflektierte eigene Geworden-Sein wird eine Ressource für die Praktikerin darstellen können. Im Laufe ihres beruflichen Entwicklungsweges vergrößert sich der Erfahrungsschatz an je *einmaligen* therapeutischen Begegnungen: Sie verdankt ihren Klientinnen immer auch eigenes zwischenmenschliches Wachsen. Es vertieft sich ihre therapeutische Identität, Kompetenz und Klarheit bezüglich des eigenen professionellen Selbst-Verständnisses (Gaul/Macke-Bruck 2000, 261). Die berufliche Erfahrungswelt der Psychotherapeutin ist in ihrer Komplexität dauernd im Fluss und in Entwicklung. Jede psychotherapeutische Beziehung ist ein einzigartiges intersubjektives Geschehen. Die Praktikerin ist selbst an dieser Beziehung beteiligt und gestaltet sie von Moment zu Moment mit.

Eine Psychotherapeutin arbeitet tagtäglich, meist über längere Zeiträume hinweg mit ihren Klientinnen und Klienten. Im Gegensatz zu den, nach wissenschaftlichen Kriterien, spezifisch ausgewählten Personengruppen für die Forschungsdesigns, kommen in eine psychotherapeutische Praxis Klientinnen mit sehr unterschiedlichen Entwicklungs-Bedürfnissen, in vielerlei Leidenszuständen, teilweise mit unklaren „Arbeitsaufträgen“ oder außergewöhnlichen Erwartungen an Psychotherapie. Sie sind weder vorselektiert noch vordiagnostiziert worden und haben mitunter unangenehme Zuweisungserfahrungen gemacht. Würde man die Klientinnen zu Beginn der therapeutischen Zusammenarbeit im Prozesskontinuum (Rogers 1961a, 130ff) einstufen, befänden sich einige der sehr verletzlichen Klientinnen in den Bereichen „eins bis zwei“. Bei

Personen mit einem fragilen Selbstbezug (vgl. Warner 2000; Binder 1994; Eckert/Biermann-Ratjen 2000; Reisch 1994; Swildens 1991; Coffeng 2001, Prouty/Van Werde/Pörtner 1998) kann es mitunter ungleich schwieriger für Klientin und Therapeutin sein, eine tragfähige Beziehung zu etablieren als mit Klientinnen aus den Bereichen drei bis fünf im Prozesskontinuum. Letztere sind meist gut motiviert und können das therapeutische Angebot für sich aktiv nutzen. Einer erfahrenen Praktikerin ist es möglich, sich auf diese Gegebenheit flexibel einzustimmen und kreative persönliche Lösungen zu finden. Es genügt einfach nicht, reines psychopathologisches Wissen anwenden zu können. Weder das Wesen der personzentrierten Praxis, deren Annahmen zur Natur des Menschen, noch das entwicklungsorientierte Verständnis von Störung im PCA erlauben das. Wenn personzentrierte Therapeutinnen erleben, wie unterschiedlich es sein kann, mit so verschiedenen Menschen in Beziehung zu treten, wie es „schmecken“ kann, sie in ihren Grenzgängen zu begleiten, entwickelt sich therapeutische/klinische Erfahrung.

2.4 Therapeutische Identität spiegelt sich in person-gebundenem Wissen

Identität und personzentriertes Selbst-Verständnis einer Therapeutin zeigen sich am kongruenten, erfahrungsoffenen selbst-reflexiven Da-Sein für die Klientin. Das impliziert die Fähigkeit, jeweils an der *Person* der Klientin oder des Klienten orientierte Rahmenbedingungen für die therapeutische Arbeit entwickeln zu können. Es bedeutet, sich *immer neu* Klarheit über die eigene Verantwortung in der therapeutischen Beziehung zu verschaffen. Wo Personzentrierte Psychotherapie zum Beruf geworden, also auch gesellschaftlich legitimiert ist, zeigt sich die Professionalität einer Therapeutin auch in der Bereitschaft (Gaul/Macke-Bruck 2000, 263), ihr Handeln jedes Mal neu ethisch zu verankern, die einschlägige Therapietheorie integriert und deren spezifische anthropologischen Vorannahmen reflektiert zu haben (vgl. Höger 2000; Schmid 2002). Dies erscheint mir insofern bedeutsam, als die eigene therapeutische *Identität* den therapeutischen Prozess beeinflussen kann: In einer Studie haben Jochen Eckert und Eva-Maria Biermann-Ratjen gezeigt, welchen heimlichen Wirkfaktor die „Theorie“ des Therapeuten, nämlich seine Vorstellungen von der psychischen Entwicklung des Menschen, von der Entstehung psychischer Störungen und den therapeutischen Bedingungen zur Behebung dieser Störungen darstellt. Beim quantitativen Vergleich erwiesen sich die gesprächspsychotherapeutischen und psychoanalytischen Behandlungen im Mittel als gleich erfolgreich, in der qualitativen Analyse wurden spezifische Veränderungsmerkmale sichtbar. Etwas vereinfacht dargestellt, fanden sich folgende Ergebnisse. Nach der Gesprächspsychotherapie beachteten die Klienten stärker ihr Selbst in Interaktion mit der Umwelt, vor allem mit den wichtigsten Bezugspersonen, ihre Kontakt- und Beziehungsfä-

higkeit wuchs, während für psychoanalytisch behandelte Personen die eigene innere und äußere Autonomie stärker zunahm (Eckert/Biermann-Ratjen 1990).

Das Person-Gebundene der Praxis spiegelt sich im Selbstkonzept bzw. Selbstbild der Therapeutin wider. Ihre selbst-reflexiven Fähigkeiten definieren das Empathievermögen (Fonagy 2000; Daudert 2001), ihren Bewertungsprozess und beeinflussen die Entwicklung ihrer anthropologischen Annahmen, wie Welt-, Menschen- und Selbstbild und den Zugang zur Therapietheorie: Die Tätigkeit der personenzentrierten Praktikerin wurzelt in der Vorstellung, dass sich Personen unter bestimmten günstigen Bedingungen selbst regulieren und entfalten können (Rogers 1959a). Persönlichkeitsentwicklung, selbst-reflexives Potenzial, Lebenserfahrung, Bildung und therapeutisch-klinische Erfahrung sowie die therapietheoretischen Kenntnisse verdichten sich wiederum zum Wissen einer Therapeutin. Dieses Wissen ist ihr als integriertes, „implizites“ Wissen, „tacit knowing“ würde es Michael Polanyi bezeichnen (Polanyi 1964), grundsätzlich zugänglich. Sie kann es sich explizit verfügbar machen (vgl. Gendlin 1964). Das „Wissen“ einer Praktikerin ist folglich person-gebunden und in Entwicklung befindlich.

Therapeutische Praxis wird nicht immer im gleichen Maße als „gelingend“ erlebt. Bereitschaft und Sensibilität, dieses Faktum zu reflektieren, sind sowohl individuell als auch situativ unterschiedlich vorhanden. Sie gehören grundsätzlich zu lebendiger personenzentrierter Praxis und spiegeln sich in der Fähigkeit zur Selbstreflexion wider. Das Reflektieren als ein sich Vergegenwärtigen der eigenen Praxis bleibt immer der einzelnen Person selbst überlassen. Meines Erachtens wird eine Therapeutin genau in jenen Augenblicken zur „Erforscherin“ der eigenen Praxis, in welchen sie ihr Erleben in seiner *Einmaligkeit* zum Gegenstand des Fragens macht. Während im Wissenschaftsbetrieb die Kultur des Erforschens weitgehend klar definiert ist und man sich innerhalb eines Paradigmas an Übereinkünfte der scientific community zu halten bereit ist, gibt es dergleichen Reglementiertes in der professionellen Praxis nicht. Abseits der Verpflichtung zur Supervision liegt es im Verantwortungsbereich der Praktikerin, für die Förderung ihrer therapeutischen Kompetenz zu sorgen.

3. Weiterentwicklung in der beruflichen Praxis

1.1 Zum Verhältnis von Praxis und Theorie im PCA

Personenzentrierte Psychotherapie basiert auf der Vorstellung, dass konstruktive Persönlichkeitsveränderung innerhalb einer förderlichen wischenmenschlichen Beziehung stattfindet. Michael Buchholz entwirft in seiner Publikation „Psychotherapie als Profession“ (Buchholz 1999) ein professionstheoretisches Rahmenmodell für

die psychotherapeutische Praxis. Dabei bekommt der Gedanke zentralen Stellenwert, dass lebendige therapeutische Praxis wissensbasiert, aber keinesfalls die technische Anwendung von Theorie ist. Ein solches Konzept kann Praktikerinnen Strukturierungshilfe bei der *Weiterentwicklung ihrer eigenen beruflichen Tätigkeit* sein. Obwohl Buchholz dieses Modell am Beispiel der Psychoanalyse konkretisiert, drängte sich mir beim Lesen seines Buches der Gedanke auf, dass viele der Kriterien dieses professionstheoretischen Modells im personenzentrierten Konzept bereits verwirklicht sind. Dies erscheint insofern nicht weiter verwunderlich, als Rogers ein erfahrener Praktiker war, der zunehmend tiefer in die Erforschung seiner beruflichen Erfahrungswelt eindrang (Rogers 1959a, 12ff).

Ich möchte jetzt an den zentralen Konzepten Rogers' von 1957 und 1959 zeigen, dass erfolgreiche personenzentrierte Praxis keine *Anwendung* der Therapietheorie darstellt. „Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen“ (Rogers 1959a) beinhaltet *keine* konkreten Handlungsanleitungen oder genauen Beschreibungen eines erforderlichen Verhaltens, sie beschreibt *grundlegende Prinzipien* therapeutischen *Geschehens* (Höger 2000; Finke 1994) im Rahmen einer *gelingenden* Beziehung. „Die hinreichenden und notwendigen Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie“ (Rogers 1957a) sagen aus, was geschieht, wenn das *Feld der beschriebenen Bedingungen* in relativ hohem Ausmaß und über einen gegebenen Zeitraum hinweg verwirklicht ist: Persönlichkeitsveränderung als Entwicklung von Empathie und in Richtung auf größere Erfahrungsoffenheit, Selbstentfaltung, Differenzierung, Komplexität und Wechsel- bzw. Gegenseitigkeit (Hutterer 1992). Dieses Konzept ist eine Beschreibung der von Klienten erfahrenen und Forschern wie Beratern usw. „beobachteten Momente“ einer *gelingenden* Therapie: zu mangelndem Gelingen enthält es keine expliziten Aussagen.

Gerade mit der Formulierung der Therapietheorie auf hohem Abstraktionsniveau hat Rogers meines Erachtens einen *professionstheoretischen Rahmen* für die Personenzentrierte Psychotherapie verfasst: Wenn jemand diese therapietheoretischen Konzepte direkt in einer mechanistischen Art und Weise *anwenden* will, wird er scheitern. Es liegt nicht in der Macht der Therapeutin, empathisches Verstehen zu erzeugen, sich zu unbedingt positiver Beachtung zu verpflichten oder die Klientin dazu zu bringen, dass sie wenigstens in einem geringen Ausmaß die bedingungslose positive Beachtung ihr gegenüber und das empathische Verstehen der Therapeutin wahrnimmt. Ebenso wenig wird die Therapeutin bewusst verhindern können, dass sie inkongruent in der Beziehung zur Klientin wird – das widerfährt ihr naturgemäß ungewollt. Sich in Kontakt *befinden*, empathisch den inneren Bezugsrahmen der Klientin in einer „als ob“ Modalität *erfahren* und positive Beachtung *empfinden* geschieht ebenfalls jenseits aktiver, „rein kognitiver“ Steuerung. Es

ist Ausdruck einer inneren Einstellung und Bereitschaft innerhalb der Beziehung und wird Therapeutin und Klientin vielmehr zuteil.

Carl R. Rogers wusste, dass die Theorie von 1957 eine Gefahr in sich birgt: Manchmal gerät sie Praktikerinnen zur idealisierenden Norm. Wenn es sozusagen zu wichtig ist, die Therapeutenvariablen Empathie, Wertschätzung und Kongruenz in allerhöchstem Maße zu *erfüllen*, gerät die Person der Klientin verloren und die Therapeutin erlebt nicht mehr, dass und wie ihr empathisches Verstehen usw. von der Klientin erfahren wird. Hier stimmen, wie in empirischen Untersuchungen (z. B. Raskin 1974 in Rogers 1975a) gezeigt werden konnte, Selbst- und Fremdeinschätzung des Therapeutenverhaltens nicht überein. Gerade deshalb erscheint es mir besonders hilfreich, personzentrierte Theorie mit dem *korrektiven Moment* einer professionstheoretischen Rahmung zu lesen. Das dient insbesondere dort als Aufforderung zur Reflexion, wo die Therapeutin aus ihrem Gegenwärtig-Sein geraten ist, sich in der Beziehung zur Klientin als inkongruent erlebt bzw. ihr Erleben der therapeutischen Situation in der Supervision als solches identifiziert (Gaul/Macke-Bruck 2000). Weil Theorien auch handlungsleitend sind und die personzentrierte Therapietheorie die Beschreibung besonders günstiger Bedingungen enthält, ist eine Therapeutin in zweifacher Weise zur Selbstreflexion aufgefordert: Zur Spurensuche in Richtung von mangelnder Übereinstimmung mit den „hinreichenden und notwendigen Bedingungen konstruktiver Persönlichkeitsveränderung“ und in Richtung eigener blinder Flecke bezüglich eines unreflektierten therapeutischen Selbstideals.

1.2 Praxis als gelingende therapeutische Beziehung

Eine Theorie, die in so stark verallgemeinerter, besser vielleicht übergeordneter Weise verfasst ist, bietet Praktikerinnen die Möglichkeit, sich von Moment zu Moment in *einzigartiger*, also in nicht beliebiger Weise in einen Beziehungsprozess einzulassen. Die Darstellung in Gestalt „hinreichender und notwendiger Bedingungen“ ermöglicht der Therapeutin, sich im Verstehensprozess zwischen dem Ganzen und dem Spezifischen zu balancieren, ebenso zwischen Flexibilität und Fokussierung. Theorie stellt einen Rahmen dar, innerhalb dessen sich Therapeutinnen bewegen können, und gibt Sinn: Die gelebte Praxis wird diskutierbar, im Einzelfall kritisierbar und ermöglicht der Praktikerin, immer wieder neue Vorstellungen, neue Bilder darüber zu entwickeln, wie „Verstehen verändert“. Personzentrierte Theorie legt nicht die Interpretation eines von der Klientin dargestellten Problems/Themas fest, sondern eröffnet der Klientin und der Therapeutin eine Perspektive dafür, die gefühlte Bedeutung des thematisierten Sachverhaltes zu erfassen. Sie erlaubt (– ja fordert implizit geradezu von –) der Praktikerin, ihr empathisches Verstehen so exakt, also feinfühlig in passenden Worten, gewählten Gesten, „anschlussfähigen“

Bildern, stimmigen Metaphern zu vermitteln, dass sich die Klientin als wahrgenommen *erfährt*.

Schließlich dient diese Theorie wie ein Kompass zur Orientierung, sie hilft der Therapeutin, sich selbst zu verstehen: Bin *ich* kongruent in der Beziehung, wofür *empfinde* ich unbedingte positive Beachtung, wo bin *ich* nicht *in Kontakt*, *erlebe* ich empathisches Verstehen, wie *nimmt* die Klientin *mich wahr*? Eine professionstheoretische Sicht definiert Psychotherapie zugleich als instabile Situation (vgl. Schön 1983), weil sie von der Person der Praktikerin abhängig ist. Wenngleich es der Forschung möglich ist, aufgrund des Bestehens bestimmter Bedingungen zu Therapiebeginn, deren Gelingen zu prognostizieren (Korunka/Nemeskeri/Sauer 2001), wird es in der Praxis keine Erfolgsgarantie geben können.

Weil lebendige Praxis an die *Person* der Therapeutin gebunden ist, erfordert sie eine intersubjektive bzw. interaktionelle Definition. Personzentrierte Theorie impliziert diese Konzeption und sollte als Feldtheorie begriffen/gelesen werden (Kriz 1997; Höger 2000; Korunka/Nemeskeri/Sauer 2001, 86). Das bedeutet einerseits, dass die Tradition, von der „Verwirklichung der drei Therapeutenvariablen“ zu sprechen, den Nachteil in sich birgt, die intersubjektive Wirklichkeit der therapeutischen Situation auszublenden.

Eine Praktikerin lässt sich von der Eigenart einer Klientin anmuten. Intersubjektives und interaktionelles Verstehen erweitern den Blickwinkel auf das Beziehungsangebot der Klientin und deren Art, ein Beziehungsangebot aufzunehmen (Höger 2001). Stellen wir uns vor, eine Klientin wird sehr lange und sehr genau von ihren Versuchen, etwas Schwieriges zu bewältigen sprechen und die Therapeutin nicht gerne zu Wort kommen lassen. Zugleich ist sie auf Hilfe hoffend eingestellt. Vielleicht wird sich die Therapeutin als hilflos erleben, möchte sie die Klientin in keine beschämende Situation bringen. Sie fühlt, wie wichtig es für ihre Klientin ist, diese bedrohliche Situation zu vermeiden. Das unbedingt positiv beachtende empathische Verstehen der Therapeutin erfasst gleichermaßen a.) den Beziehungsaspekt zwischen ihr und der Klientin, b.) deren Bedürfnis, die Selbst-Achtung zu *erhalten* und die damit verbundene Schwierigkeit, sich dem eigenen Problem c.) freier zuzuwenden. Die erfahrene Praktikerin wird die auftauchende eigene Resonanz wahrnehmend das Verwirrende der Situation erfassen. Sie wird, sich in einem Abstimmungsprozess mit der Klientin befindend, ihr empathisches Verstehen *situativ* angemessen äußern. Einmal wird es passend sein, den Wunsch zu artikulieren, besser verstehen zu wollen, einmal vielleicht, wenn sich die Beziehung gerade als angemessen sicher erweist, das „Verwirrende“ der Situation ins Spiel oder das eigene Beziehungserleben als Selbstöffnung zur Sprache zu bringen. Im Gegenwärtig-Sein entsteht eine Antwort auf die ganze Klientin ihrem Bedürfnis nach Selbstachtung wird empathisch verstehend begegnet (vgl. Biermann-Ratjen 1998, 119f).

1.3 Empathieentwicklung und Selbstreflexivität

Carl R. Rogers betont in seinem Spätwerk erneut die Bedeutung der Empathie von Therapeutinnen als besonders wichtige Bedingung für die Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens einer Klientin sowie für das Verständnis von deren Persönlichkeitsdynamik (Rogers 1975a, 75f). In der Psychotherapieforschung wurde entdeckt, dass die Selbsteinschätzung von Therapeutinnen bezüglich ihrer Empathie weniger verlässlich ist als die Fremdeinschätzung von unbefangenen Beurteilerinnen oder von den Klientinnen selbst (Rogers 1975a, 84; Korunka/Nemeskeri/Sauer 2001). Ob empathisches Verstehen gelingt oder missglückt glauben Praktikerinnen dennoch meistens klar sagen zu können. Was sie gerade empathisch sein lässt, ist schon schwerer in Worte zu fassen und erfordert meist Reflexion. Ich möchte nun zeigen, wie Therapeutinnen sich dieser Problematik in kreativer Weise stellen können. Wo die Erforschung der eigenen Praxis in einem *personzentrierten Rahmen* stattfindet und auf der *Theorie der Persönlichkeit des PCA* (Rogers 1959a) basiert, sind spezifische philosophische Implikationen zur „Natur des Menschen“ enthalten. Für Klientin und Therapeutin müsste daher gleichermaßen gelten, dass sie die „Fähigkeit besitzen, sich selbst zu leiten, zu regulieren und zu kontrollieren unter der Voraussetzung, dass bestimmte definierbare Bedingungen bestehen. Nur“, schreibt Rogers weiter, „wenn diese Bedingungen fehlen, werden äußere Kontrolle und Regulation des Individuums erforderlich“ (Rogers 1959a, 47).

Sowohl während als auch nach den Therapiestunden gibt es im Gewahrsein einer Therapeutin Momente des Driftens zwischen einem Zustand des „self in process“ und einem „self as process“: Ich bin entweder in einem Fluss des Erlebens, also in einem (Selbst-)Erlebensprozess befindlich oder ich *vergegenwärtige* mir das eigene Erleben, trete also in *Beziehung* zum eigenen Erlebensstrom. Je weniger ich mich in einer Situation als ängstlich oder bedroht erfahre, desto leichter werde ich zwischen diesen Verfassungen des Selbsterlebens hin- und herschwingen können. Mein Erleben ist frei oder kaum strukturgebunden (Gendlin 1964; Rogers 1975a). Wo ich als Therapeutin in meinem Erleben gerade sehr stark strukturgebunden bin, wird mir kein Oszillieren zwischen diesen Selbstzuständen mehr möglich sein, ich werde mich als „inkongruent“ wiederfinden. Gleichzeitig ist die Beziehung zu Konstrukten ebenfalls relativ starr geworden: Vorstellungen über die Bedürfnisse der Klientin oder bezüglich des Selbstideals der Therapeutin, über therapietheoretische Konzeptionen und von früheren therapeutischen Erfahrungen geraten zum Hindernis erfahrungsoffenen, freien Verstehens.

Das Wissen um die Vorformen von Empathie, „Empathieentwicklung“ (Binder 1994) und die entwicklungspsychologische Dimension der Persönlichkeitsentwicklung (Rogers 1959a, 48–65; Biermann-Ratjen 1998, 106–118) vertiefen dabei das Verstehen.

Empathisches Verstehen bedeutet kraft der eigenen selbst-reflexiven Fähigkeiten, also der Erfahrung innerhalb einer sicheren Bindungsbeziehung von einer selbstreflexiven Person als geistig-seelisches Wesen anerkannt und verstanden worden zu sein, den intentionalen Standort einer anderen Person genau zu erfassen und mitteilen zu können (Fonagy 2000). Dies spiegelt sich im aktuellen Vermögen der Praktikerin zur Selbstexploration und Selbstreflexion wider. Das Symbolisieren relevanter Erlebnis-inhalte ist Ausdruck der Selbstaktualisierung. Erfahrungen, die im Selbstkonzept integriert sind, sind affektiv bewertete, vollständig symbolisierte und damit bewusst gemachte Erfahrungen. Jene Erfahrungen, die in Widerspruch zum eigenen Selbst geraten, können nicht vollständig symbolisiert werden und behindern als Inkongruenz damit auch, für die Klientin unbedingt positive Beachtung zu *empfinden* und empathisches Verstehen zu *fühlen* (Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz 1996, 81f). Eine prozessuale Auffassung und ein entwicklungsorientiertes Verständnis von Empathie scheinen mir in der Praxis unerlässlich zu sein.

Im sich Vergegenwärtigen und beim Reflektieren kann das „Noch-Nicht“ empathischen Verstehens auftauchen und somit gewahrt werden. Das Erleben wird sich (wieder) stärker in Richtung eines vollständigeren Symbolisierens entfalten können. Wer beispielsweise das eigene Erleben und Handeln beim ausführlichen Protokollieren (siehe Kap. 4) eines psychotherapeutischen Beziehungsprozesses zu reflektieren beginnt, vergegenwärtigt sich die unmittelbare Erfahrung noch einmal und sieht in der Folge die Reaktionen der Klientin und die eigenen in etwas anderem Lichte. Beim Schreiben kann erneut nach wirklich *passenden* Worten für das Erlebte gesucht werden. Der empathische Verstehensprozess des Gehörten, Gefühlten verfeinert sich und schreitet ein wenig voran: Als Therapeutin werde ich von einem, „Ah, das wollte sie mir vielleicht auch noch sagen ..., – war es das ...?“ erfasst.

Die subjektive Perspektive wird dabei vorerst weder in der Selbsterforschung noch bei der Praxisforschung im Rahmen einer Interventionsgruppe überschritten. In jenem Maße, in welchem es Praktikerinnen gelingt, diese Auseinandersetzung in einem personzentrierten Klima gegenseitiger Achtsamkeit stattfinden zu lassen, ist immer auch persönliches Wachstum und signifikantes Lernen möglich. Dies bedeutet, die in der Weiterentwicklung des Selbstkonzepts enthaltene Entwicklung des Empathievermögens von Praktikerinnen zu fördern. Die Auseinandersetzung mit eigener Theoriebildung und mit den eingangs bereits erwähnten „in der Umgebung der Therapie befindlichen Konzepten“ (Buchholz 1999) unterstützen diesen Prozess: Sich deren Anregung, Irritation oder einer Kritik auszusetzen, kann die eigene Position erhellen und bereichern (siehe Kap. 4).

1.4 Implizites Wissen und Handeln in der Praxis

Gegenwärtig-Sein und therapeutisches Verstehen haben zugleich Begegnungs- und Handlungscharakter. Der *intersubjektive* Verstehensprozess selbst schwingt zwischen dem Wunsch oder dem Bemühen zu verstehen und dem Erleben von Verstehen hin und her. Wo Empathie etwas von einem „Sich-anmuten-Lassen“ hat, also als Resonanz zum von der Klientin Gefühlten, Gemeinten, Gezeigten verstanden wird, ist immer auch die *interaktionelle* Dimension der Therapie beschreibbar (Biermann-Ratjen 1996; Finke 1994, 1998a; Binder 1994; Reisch 1994; Swildens 1991). Die konkrete Lebendigkeit der Praxis entspricht nicht idealtypischer Einförmigkeit: Es gibt Phasen, des „Im-Fluss-befindlich-Seins“ und weniger gleichförmig dahinfließende Situationen, Zeiten des Stagnierens oder starker Turbulenzen. In der „Aktionsforschung“ hat Donald A. Schön aufgrund von Fallstudien bestimmte Formen des Zusammenspiels von „Wissen“ und „Handeln“ in der Praxis beschrieben (Schön 1983, 49): Der Handlungstypus auf der Basis „unausgesprochenen-Wissens-in-der-Handlung“, weiters der Handlungstypus auf der Basis einer „Reflexion-in-der-Handlung“ und drittens jener auf der Basis einer „Reflexion-über-die-Handlung“.

Denken und Handeln sind nicht getrennt, wenn Praktikerinnen gerade auf der Basis „unausgesprochenen-Wissens-in-der-Handlung“ arbeiten. Sie befinden sich „wie im Fluß“. Den Mustern ihres Handelns ist ein Gefühl für die Situation, in der sie sich befinden, implizit. Sie haben ihr Handeln nicht durch intellektuelle Operationen bewusst geplant oder vorbereitet. Sie wissen mehr als sie auszusprechen vermögen. Sie machen sich nicht explizit bewusst, wo /wie sie dieses Wissen erworben haben (Schön 1983). In einer personenzentrierten Sprache bedeutet das: Mein empathisches Verstehen vollzieht sich: Ich fühle genaues Verstehen dessen, was mir die Klientin vermittelt, als ob ich in ihrer Lage wäre. Ich erlebe, wie sich einfühlsames Verstehen gleichsam zwischen uns ereignet, zugleich bin ich mir (tlw. an der Schwelle meines Gewahrseins) dessen bewusst, dass ich *meine* Wirklichkeit, nicht ihre Wirklichkeit erfahre. Ich drücke das Verstehen meiner Klientin gegenüber aus, ohne eine bestimmte intellektuelle Strategie zu verfolgen. In meinem Erleben sind Empfinden, Fühlen, Vorstellungen, Denken und Handeln ganzheitlich und nicht voneinander getrennt. Ich selbst nehme wahr, dass meine *empfundene* unbedingt positive Beachtung und *gefühlte* Empathie der Klientin in gewissem Maße wahrnehmbar sind. – Es stellt für die Therapeutin kein Problem dar, in der Beziehung zur Klientin kongruent und erfahrungsoffen zu bleiben. Sie stellt sich auf Unerwartetes, auf Bizarres empathisch ein und kippt nicht aus dem Gegenwärtig-Sein (Gaul/Macke-Bruck 2000, 257f).

Aber wie in anderen beruflichen Kontexten ist die therapeutische Situation nicht immer so ruhig dahinfließend. Praktikerinnen kennen Phasen, die größere Herausforderungen an sie darstellen,

weil sie das Verhalten der Klientin als verwirrend erleben oder aus der Fülle dessen, was verstanden sein will, nicht alles auf einmal beantworten können. Im Einzelfall wird sich die Therapeutin stärker dem eigenen Erleben zuwenden und deutlicher ein Oszillieren vom empathischen Verstehen zwischen sich und der Klientin fühlen. Bei Donald A. Schön würde dies unter den „Handlungstypus“ einer „Reflexion-in-der-Handlung“ gereiht werden. Im Vergleich zur ruhig fließenden therapeutischen Arbeit birgt hier die Erfahrung von Komplexität ein wenig Verunsicherung. Das Reflexive des Erlebens tritt deutlicher ins Bewusstsein der Therapeutin, ohne dabei immer verbalisiert werden zu müssen. Donald A. Schön sagt, wenn jemand „in-der-Handlung-reflektiert“, wird er zu einem „Forscher im Kontext der Praxis“ (Schön 1987, 56, 68). Wo die Lage besonders interessant oder sehr problematisch und schwierig geworden ist, ruft sie explizit nach Reflexion. Die Praktikerin beginnt ihr Erleben zu verbalisieren, zu hinterfragen, ausführlicher als sonst zu protokollieren und zu beforschen. Sie geht in Supervision, Intervision oder in eine Fortbildung. Es kommt zu einer „Reflexion-über-die-Handlung“ (Schön 1983, 76f). Dort kann eine neue und lebendige Beziehung zur eigenen Erfahrung hergestellt werden, eine Chance für die Praktikerin, in der Beziehung zur Klientin wieder kongruent zu werden.

4. Eine spezifische Forschungskultur

4.1 Forschung und Kultur

Nun stellt sich die Frage, ob es legitim ist, die Reflexionsstile der Praxis als „Forschung“ zu bezeichnen. Meines Erachtens sprechen zwei Argumente dafür, Praxisforschung als spezifische Form von Forschung zu betrachten. Wenn erstens der subjektive Faktor, den der Mensch in der Erforschung des Menschen und seiner Beziehungen darstellt, nicht länger als einflussnehmende Größe gelehnet wird (Kriz 1997) und wenn zweitens Forschung dabei dienen soll, „Wirklichkeit“ diesseits *und* jenseits der subjektiven Erfahrung zu verstehen. Sie erweitert das signifikante Lernen psychotherapeutischen Arbeitens um eine besonders wichtige Dimension: die mit einer Weiterentwicklung des Selbstkonzepts einhergehende Entwicklung des Empathievermögens von Therapeutinnen. Wichtig ist dabei allerdings, den *Unterschied* von wissenschaftlichen Forschungsprozessen und Praxisforschung, als Weiterentwicklung und Erforschung eigener Berufstätigkeit, nicht aus den Augen zu verlieren.

Carl R. Rogers ging in der Psychotherapieforschung ebenfalls direkt von seinen unmittelbaren Erfahrungen der therapeutischen Tätigkeit aus (Rogers 1959a, 69ff). Es bestand für ihn lange eine schier unüberbrückbare Kluft zwischen seiner Praxis und dem wissenschaftlichen Forschen (Rogers 1961a, 196ff). Erst als er seine Vor-Annahmen zur wissenschaftlichen Tätigkeit veränderte, löste

sich dieser Widerspruch auf. Rogers formulierte das, in Anlehnung an Kenneth W. Spence, so: Insbesondere in der kreativen Initialphase des Forschens entspringen die Daten aller Wissenschaften der unmittelbaren *Erfahrung* eines beobachtenden Menschen. Die Früh- und die Explorationsphase im naturwissenschaftlichen Forschungsprozess sei genauso durch das Vorherrschen von intuitivem Fühlen [...] gefärbt. Erst später werden diese subjektiven Annahmen im Stile der Wissenschaft über Hypothesenbildung u. ä. methodisch geprüft und innerhalb der Forschergemeinschaft validiert (vgl. Rogers 1959, 69; Rogers 1961a, 213ff; Korunka/Nemeskeri/Sauer 2002). Die Quelle für das Fragen und den Prozess des Forschens ist bei Praktikerinnen und Wissenschaftlerinnen vorerst ähnlich, nämlich die subjektive Erfahrung. Dann beginnen aber aufgrund anderer Motive unterschiedliche Weiterentwicklungen.

Die Forschungskultur der Praxis hat primär förderliche Aufgaben. Sie ist unabhängig von der Forderung nach Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen entstanden. Neben der Supervision sind ausführliches Protokollieren, Forschungstagebücher, die Gründung kollegialer Intervisionsgruppen oder Focusingpartnerschaften ein integraler Bestandteil im individuellen beruflichen Entwicklungsprozess von Therapeutinnen geworden. In Vorträgen, Workshops oder in theoriegeleiteter Supervision bieten Praktikerinnen einander an, ihre Erfahrungen im Kreis von Kolleginnen zur Diskussion zu stellen. Der immanente Selbsterfahrungsanteil eröffnet wiederum Gelegenheiten zur Reflexion eigenen therapeutischen Begegnens und Handelns, was die Entwicklung eines Zugangs aus einer *neuen Perspektive* zu den inneren Einstellungen bedeutet. Ähnliches ist im, von wechselseitiger Wertschätzung getragenen Klima bei (interdisziplinären) Teamsitzungen oder im Austausch mit anderen Berufsgruppen möglich; in der Differenz zueinander wird sich eigenes Erleben „klären“ können.

Darüber hinaus hat Michael H. Rønnestad in einer großen Langzeit-Studie über professionell tätige Psychotherapeuten gefunden, dass sich relativ viele Therapeuten und Therapeutinnen im Zuge ihrer beruflichen Laufbahn wieder in Selbsterfahrung begeben. Laut Rønnestad erhöht sich dadurch ihre Fähigkeit, auch in sehr schwierigen, komplexen und nicht im vorhinein planbaren Situationen empathisch zugegen zu sein (Rønnestad/Skovholt 2001).

Ein therapeutischer Blick, ein solcher Zugang oder therapeutisches Wissen ist gesellschaftlicher Bestandteil von Kultur geworden. Die Kultur des Er-Innens und des Erzählens, mit der die Praxisforschung immer beginnt, kann in kunstvolle Ereignisse münden. Jenseits der Einsamkeit der therapeutischen Praxis und der Stille von Verschwiegenheitsverpflichtungen halten manche Therapeutinnen etwas vom *Wesen* ihrer reflektierten Erfahrungen fest, wenn sie z. B. beginnen, Romane, Krimis, Geschichten, Märchen zu schreiben oder ihre Erfahrungen zu humorvollen Botschaften für das Kabarett oder

Theater verarbeiten. Die Welt der Psychotherapie wird einer gesellschaftlichen Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Wie es sich anfühlt, in Psychotherapie zu sein, weiß man erst, wenn man sich selbst in Therapie begeben hat. Professionell tätige Praktikerinnen geben in Informationsveranstaltungen einem interessierten Personenkreis Wissenswertes über ihre eigenen Arbeitsfelder und das Wesen von Therapie mit ihren Chancen und Grenzen weiter. Hier sind sie in ihrer Domäne, nämlich von etwas zu erzählen, wovon zu sprechen eigentlich unmöglich ist: Therapeuten ermöglichen anderen, in sich Vorstellungen beziehungsweise Bilder über Therapie zu entwickeln.

2.2 Die eigene Erfahrung als Ausgangspunkt

Während in Ausbildungskontexten, im stationären Bereich oder bei Praktikerinnentreffen die Dokumentationspflicht gelegentlich als lästige Notwendigkeit thematisiert wird, kann die Aufzeichnung eigener Notizen über Therapiebeziehungen auch zu einer Bereicherung werden. Praktikerinnen, die schon lange ausführlich verfasste Therapieprotokolle anlegen, sehen darin den persönlichen Entwicklungsprozess oder Ausdruck ihrer Forschungsinteressen widergespiegelt. Relativ oft haben jene Therapeutinnen mit genauen Schilderungen der Eingangssituationen und des Stundenverlaufs begonnen. Später kam es zu einer Zentrierung auf phänomenologische Darstellungen von Momenten der Veränderungen oder von schwierigen Phasen. Praktikerinnen beschreiben diese als Änderungen in der Beziehung zu Konstrukten, zu Symptomen, zum Körpererleben, zum Ort der Bewertung, im Verhalten zu Beziehungspartnern oder im beruflichen Bereich entlang des Prozesskontinuums. Das Interesse kann sich auf strukturgebundenes Erleben, Experiencing- oder Symbolisierungsprozesse richten, weiters auf das Erleben von Konflikten von unerträglicher Widersprüchlichkeit bis zu aushaltbarer oder gar stimulierender Spannung oder sich auf die Schilderung der Spannungen zwischen Selbstdideal und Selbstkonzept der Klientin beziehen. Manchmal wird im Lauf der Jahre nur noch das Wesentliche festgehalten: ein Bild, Wort, Gefühl, eine Szene oder Metapher als Ausdruck dessen, was in der Therapiestunde aufgetaucht oder besonders wichtig geworden ist.

Diese Aufzeichnungen beinhalten meist auch persönliche Notizen über Gefühle und Gedanken, die während der Stunde aufgetaucht sind, über Vorstellungen oder Fragen, die sich zur Situation aufgedrängt haben, aber nicht mitgeteilt wurden, da sie nicht das unmittelbar von der Klientin Mitgeteilte berührt haben. Es können Leitfragen für das Protokollieren entwickelt werden: Was genau will verstanden werden? Wie kommt es zum Verstehen im Dienste der selbsterhaltenden Komponente der Selbstaktualisierungstendenz? Was an Erfahrungen ist zu bedrohlich und wird deshalb vermieden und was davon aktualisiert sich innerhalb der therapeutischen Beziehung? Das Experimentieren mit lust- und sinnvollen Formen

des Protokollierens oder das Anlegen von Forschungstagebüchern zu bestimmten Fragestellungen gestattet, eigene therapietheoretische Ideen zu verfolgen: Wenn ein bekanntes theoretisches Konstrukt das individuelle Erleben nicht ausreichend genau zu erklären vermag, kann im „Bilden“ eigener „Theorien“ eine Sammlung von persönlichem „Erfahrungsmaterial“ angelegt werden.

4.2 Erforschung der eigenen Praxis als Empathieentwicklung

Eine kollegiale Intervisionsgruppe kann ebenfalls ein Ort der Erforschung beruflicher Praxis sein. Die konsequente Bereitschaft, sich im Rahmen einer vertrauensvollen personenzentrierten Atmosphäre schwierige Situationen der eigenen Praxis zu vergegenwärtigen, verändert die berufliche und gleichzeitig die persönliche Erfahrungswelt: Auch in unbekanntem, verwirrenden oder bedrohlichen Situationen ist es dann eher möglich, empathisch zugegen zu bleiben. Jene Momente in der therapeutischen Beziehung, wo das nicht möglich war, werden früher als solche wahrgenommen und weniger ausgeblendet. Damit ist verbunden, dass sich die Sensibilität gegenüber eigenem Inkongruent-Werden erhöht. Zugleich steigt auch die Bereitschaft, sich darin „auszuhalten“ und selbst besser kennen zu lernen: was erlebe ich innerhalb der therapeutischen Beziehung als bedrohlich usw.? Das bedeutet: Das (Selbst-)Ideal bzw. der Anspruch, die therapeutischen Bedingungen stets in höchstem Maße verwirklichen zu müssen, wird immer neu relativiert zu Gunsten der therapeutischen Realität, der Kongruenz und realen eigenen Möglichkeiten, empathisch zu verstehen und zugegen zu bleiben.

Dies sind wiederum Veränderungen im Sinne von Empathieentwicklung. Es wird leichter, den aktuellen intentionalen Standort der Klientinnen zu spüren und zu beachten: also zu sagen, worin die Klientin gerade ganz genau verstanden sein möchte. Beispielsweise darin, dass sie gerade nicht weiter weiß, sich zu sehr bedroht fühlt, um sich neuen, ins Gewahrsein drängenden Bewusstseinsinhalten zuwenden zu können, sich der Beziehung zur Therapeutin neu versichern möchte oder vielleicht in einem Experiencingprozess nicht gestört, sondern ganz sensibel begleitet werden möchte usw. Die Achtsamkeit gegenüber dem Mit-Geteilten wächst auch insofern, dass sich die Therapeutinnen nicht mehr so leicht im thematischen Verstehen verstricken, sondern eher die gefühlte Bedeutung des Erzählten, also die Selbst-Entwicklungsbedürfnisse von Klientinnen beantworten. Ihre Sensibilität im szenischen Verstehen usw. wächst und lässt die Therapeutinnen weniger verwirrt angesichts schwieriger Beziehungsangebote bzw. Beziehungserwartungen von Klientinnen zugegen bleiben. Im Bereich des therapietheoretischen Wissens gibt es eine Bewegung zu ganzheitlicher Integration und einem personengebundenen Erfahrungswissen. Die Therapietheorie wird auch eher bezugnehmend auf den inneren Bezugsrahmen der betroffenen Klientin formuliert.

Diese Veränderungen haben in jener Intervisionsgruppe stattgefunden, der ich selbst seit Jahren angehöre und die mir ein sehr wichtiger Ort des Innehaltens geworden ist. Freude und Interesse führen uns regelmäßig zusammen und das Klima gegenseitiger Wertschätzung und Achtsamkeit vertieft sich. Es wird zunehmend selbstverständlich, während des Intervisionsprozesses eine Balance zu halten zwischen dem Verstehen für die Therapeutin, für die Klientin, die sich zwischen beiden entfaltende Beziehung und für unsere je eigene Resonanz darauf. Wir lernen, die persönlichen Arbeitsstile immer tiefer wert zu schätzen. Wir geraten dabei weniger leicht in Konkurrenz über unausgesprochene Fragen: „Wer könnte den Fall besser lösen; wer begegnet der Klientin mütterlicher, einfühlsamer?“ Das impliziert, dass wir alle in einem empathischen Prozess sind, der jeder von uns ermöglicht, zu spüren, aus welcher Perspektive sie jeweils gerade zuhört, antwortet, mitfühlt oder uns etwas zu erklären versucht. Man befindet sich gerade in einer Beziehung von Gegenseitigkeit, in einer Alter-Ego Beziehung, in einer Art von Identifikation mit der geschilderten Klientin, in einer Übertragungssituation oder in einer facilitating-Position für die ganze Intervisionsgruppe.

4.4 Die Vielfalt im verstehenden therapeutischen Zugang ist bereichernd

Wenn Praktikerinnen beginnen, die eigene Tätigkeit über das Einholen externer Perspektiven zu befragen, gewinnt die Situation mit der Außenansicht eine zusätzliche Bereicherung. Jene Praxisforschung, die den „subjektiven Bereich“ nicht überschreitet, ist auf die Überprüfung an der unmittelbaren Realität in den nächsten Therapiestunden angewiesen. Diese „Grenzen“ werden durch die Arbeit mit Klienten-Fragebögen oder mit Tonbandaufzeichnungen der Sitzungen etwas nach außen verschoben. Eine entscheidende Voraussetzung für den Erfolg solcher Unternehmungen ist meines Erachtens das sensible Etablieren dieser Methoden, da sie per se den therapeutischen Beziehungsprozess beeinflussen. Als Therapeutin selbst kann ich bei der Erforschung der eigenen Praxis natürlich keine echte externe Perspektive einführen – zur Transzendierung der persönlichen Perspektive bin ich immer auf andere, die zu einer systematischen Außenschau fähig und bereit sind, angewiesen. Aktionsforschung befasst sich dann empirisch-wissenschaftlich mit professioneller Praxis. Perspektivenwechsel als Erweiterung der eigenen Wahrnehmungsmöglichkeiten finden aber nicht nur in der Praxisforschung selbst statt, sondern auch in der Auseinandersetzung mit aktuellen Forschungsergebnissen der empirischen Wissenschaften und durch die Reflexion der eigenen Beziehung zur methodenspezifischen Theoriebildung.

Psychotherapeutinnen reflektieren die eigene Erfahrungswelt am Einzelfall. Da mit der Empathieentwicklung im Laufe der beruflichen

Weiterentwicklung auch die Sensibilität für das „Nicht-Gelungende“ in der Praxis wächst, verändert sich auch der Bezug zu therapietheoretischen Modellen. Weil gelingende personenzentrierte Arbeit eine *sich verwirklichende* achtsame und empathische Begegnung innerhalb der psychotherapeutischen Beziehung darstellt, entzieht sie sich einer Anwendung oder Idealisierung von Therapietheorie. Wenn Personenzentrierte Praktikerinnen die unmittelbare Gegenwärtigkeit der Beziehung verlassen, können sie dies an den Rückmeldungen ihrer Klientinnen spüren oder, wie bereits beschrieben, im Reflektieren der eigenen Tätigkeit entdecken. In der Praxisforschung wird die verzerrte Wahrnehmung mit der unreflektierten oder erstarrten Beziehung einer Therapeutin zu therapietheoretischen Konstrukten in Verbindung zu bringen sein.

Der hohe Abstraktionsgrad personenzentrierter Theorie erfordert sowohl für die Forschung als auch für die konkrete gelebte Praxis Explizierungen. In den hierarchisch strukturierten Einteilungen dieser therapietheoretischen Explizierungen werden vier Verstehensebenen mit unterschiedlichem Abstraktionsgrad von einander differenziert (z.B. in Höger 1989, 2000; Biermann-Ratjen et al. 1996, 59f; Finke 1994, Gaul/Macke-Bruck 2000). Obwohl sich diese Modelle inhaltlich unterscheiden, enthalten sie die selben Vorstellungen von deren ordnender und strukturierender *Funktion*: In der jeweils hierarchisch übergeordneten Ebene wird festgelegt, was in der darunterliegenden verwirklicht sein muss. Die oberste Ebene definiert die Beziehung als psychotherapeutische und enthält anthropologische Vorannahmen. Darunter befindet sich Rogers' Therapietheorie als Prinzip oder Regulativ für alle sich daraus entwickelnden Explizierungen. Das bedeutet, dass in der nächsten Ebene erkennbar ist, ob ein therapietheoretisches Modell tatsächlich zur Verwirklichung Personenzentrierter Psychotherapie beitragen kann. Die vierte bzw. letzte Ebene stellt die Ebene der konkreten einmaligen therapeutischen Begegnung dar.

In der Welt des PCA tragen die therapietheoretischen Explizierungen bzw. Modelle die Handschrift ihrer Autorinnen und Autoren. Sie ermöglichen einer Praktikerin, sich von ihnen anregen oder auch irritieren zu lassen. Als personenzentrierte Therapeutin lese ich selbst diese Modelle niemals als Handlungsanweisungen oder als therapietechnische Manuale. Da ich glaube, dass Modelle auf die lebendige therapeutische Wirklichkeit nur verweisen können, sind sie in der Praxis nicht wie Rezepte anzuwenden. Theorien, die dem personenzentrierten Konzept immanente Aspekte erhellen, erweitern mir die einmaligen Zugangsmöglichkeiten im Verstehensprozess. Sie eröffnen einen neuen Blick auf das Altbekannte, werfen Licht auf zu eng gewordene Denkgewohnheiten. Da, wo Therapietheorie Muster therapeutischen Handelns expliziert oder beschreibt, dient sie mir in der reflexiven Rückschau auf die eigene gelebte Praxis: „Technik“ im ursprünglichen Sinn von „kunst-voll“, Methodik von „methodicos“ kommend als „nicht beliebig“, als mögliches Korrektiv. Die

Vielfalt im verstehenden Zugang wird dann von Praktikerinnen als Bereicherung erlebt und vertieft ihre Möglichkeiten, empathisch verstehend zugegen zu bleiben. Eine Auffassung von Empathie als prosozial, im Gegensatz zur kognitiven sozialen Perspektivenübernahme (Bischof-Köhler 1989 in Binder 1994), die primär eigene Befindlichkeit absichert, verhindert, dass Theorie gezielt angewendet wird und sich Praktikerinnen strategischerweise oder nach Belieben bei therapietheoretischen Modellen bedienen. Das selbst-reflexive Potenzial und die Kultur der Praxisforschung ermöglichen der Praktikerin, sich im Prozess des Reflektierens immer neu empathisch verstehend nachzustimmen. In der Beziehung mit der Klientin und in der Begegnung der eigenen Person gegenüber wird eine Therapeutin immer mehr als sie selbst zugegen bleiben.

Literatur

- Argyris, Ch./Schön, D. A. (1999), Die lernende Organisation: Grundlagen, Methoden, Praxis, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Berger, P. L./Luckmann, T. (1980), Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Biermann-Ratjen, E.-M. (1996), Entwicklungspsychologie und Störungslehre, in: Boeck-Singelmann et al. (Hg.) (1996), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 1, Göttingen (Hogrefe), 9–28
- Biermann-Ratjen, E.-M. (1998), Incongruence and Psychopathology, in: Thorne, B./Lambers, E., Person-Centred Therapy. A European Perspektive, London (Sage), 119–130
- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J./Schwartz, H.-J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart (Kohlhammer) 1975, 71995 (überarb. u. erweiterte Aufl.)
- Binder, U. (1994), Empathieentwicklung und Pathogenese in der klientenzentrierten Psychotherapie, Eschborn, Frankfurt (Klotz)
- Buchholz, M. B. (1999), Psychotherapie als Profession, Gießen (Psychosozial-Verlag)
- Coffeng, T. (2001), Contact in the Therapy of Trauma and Dissociation, in: Wyatt, G./Sanders, P. (eds.), Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice, Vol 4, Contact and Perception, Ross-on-Wye (PCCS Books), 153–167
- Daudert, E. (2001), Selbstreflexivität, Bindung und Psychopathologie. Hamburg (Kovac)
- Eckert, J./Biermann-Ratjen, E.-M. (1990), Ein heimlicher Wirkfaktor: Die „Theorie“ des Therapeuten, in: Tschuschke, V./Czogalik, D. (Hg.), Psychotherapie – welche Effekte verändern? Berlin (Springer)
- Eckert, J./Biermann-Ratjen, E.-M. (2000), Gesprächspsychotherapie nach Rogers – Prinzipien einer klientenzentrierten Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, in: Kernberg, O. F./Dulz, B./Sachsse, U. (Hg.), Handbuch der Borderline-Störungen, Stuttgart (Schattauer), 595–612
- Finke, J. (1994), Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart (Thieme)
- Finke, J. (1999a), Beziehung und Intervention, Stuttgart (Thieme)

- Fonagy, P. (2000), Das Verständnis für geistige Prozesse, die Mutter-Kind-Interaktion und die Entwicklung des Selbst, in: Petermann, F./ Niebank, K./Scheithauer, H. (Hg.), Risiken der frühkindlichen Entwicklung, Göttingen (Hogrefe), 241–254
- Gadamer, H.-G. (1972), Theorie, Technik, Praxis – die Aufgabe einer neuen Anthropologie, in: Neue Anthropologie (1–6), Gadamer, H.-G./Vogler P. (Hg.), Biologische Anthropologie. Erster Teil. Bd. 1, Stuttgart (Thieme), 9–37
- Gaul, S./Macke-Bruck, B. (2000), Gedanken zum Anspruch „Gegenwärtig zu Sein“. Die Vielfalt der Modelle in der Personzentrierten Psychotherapie aus der Sicht von zwei Praktikerinnen, in: Iseli, C./Keil, W.W./Korbei, L./ Nemeskeri, N./Rasch-Owald, S./Schmid, P. F./Wacker, P. G. (Hg.), Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG), 257–269
- Gendlin, E. T. (1964), A Theory of Personality Change, in: Worchel, Ph./Byrne, D. (eds.), Personality Change, New York (Wiley), 206–247
- Grawe, K./Donati, R./Bernauer, F. (1994), Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession, Göttingen (Hogrefe)
- Hagehülsmann, H. (1984), Begriff und Funktion von Menschenbildern in Psychologie und Psychotherapie, in: Petzold, H. (Hg.), Wege zum Menschen, Bd. 1, Paderborn (Junfermann) 1984, ⁶1994
- Holzkamp, K. (1973), Verborgene anthropologische Voraussetzungen der allgemeinen Psychologie, in: Neue Anthropologie (1–6), Gadamer, H.-G./Vogler P. (Hg.), Psychologische Anthropologie. Bd. 5, Stuttgart (Thieme)
- Höger, D. (2000), „Ist das noch GT, wenn ich ...?“ Was ist eigentlich Gesprächspsychotherapie? In: PsychotherapeutenFORUM 5, 5–17
- Höger, D. (2001), Rogers und die Bindungstheorie, in: Person 2, 42–45
- Hutterer, R. (1992), Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierung. Eine personzentrierte Theorie der Motivation, in: Stipsits, R./Hutterer, R. (Hg.), Perspektiven rogerianischer Psychotherapie, Wien (WUV), 146–171
- Janich, P. (1996), Konstruktivismus und Naturerkenntnis. Auf dem Weg zum Kulturalismus, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Korunka, Ch./Nemeskeri, N./Sauer, J. (2001), Carl Rogers als Psychotherapieforscher – Eine kritische Würdigung, in: Person 2, 68–89
- Kriz, J. (1997), Chaos, Angst und Ordnung. Wie wir unsere Lebenswelt gestalten, Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht)
- Kriz, J./Lück, H. E./Heidbrink, H. (1996), Wissenschafts- und Erkenntnistheorie. Eine Einführung für Psychologen und Humanwissenschaftler, Opladen (Leske + Budrich)
- Pörtner, M. (1994), Praxis der Gesprächspsychotherapie: Interviews mit Therapeuten, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Prouty, G./Van Werde, D./Pörtner, M. (1998), Prätherapie, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Reisch, E. (1994), Verletzbar Nähe. Ein klientenzentrierter Weg zum psychosomatischen Patienten, München (Pfeiffer)
- Rogers, C. R. (1951a), Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory, Boston (Houghton Mifflin) 1951; dt.: Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, München (Kindler) ³1981
- Rogers, C. R. (1957a), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: Journal of Consulting Psychology 21, 2, 95–103; dt.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: Rogers C. R./Schmid, P. F., Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz (Grünewald) 1991, 165–184
- Rogers, C. R. (1959a), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, S. (ed.), Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 1959, 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987
- Rogers, C. R. (1961a), On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy, Boston (Houghton Mifflin) 1961; dt.: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, Stuttgart (Klett-Cotta) ⁵1985
- Rogers, C. R. (1975a), Empathic—an unappreciated way of being, in: The Counseling Psychologist 5, 2, 2–10; dt.: Empathie – eine unterschätzte Seinsweise, in: Rogers, C. R./Rosenberg, R. L., Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit, Stuttgart (Klett-Cotta) 1980, 75–93
- Rønnestad, M. H./Skovholt T. M. (2001), Learning arenas for professional development: Retrospective accounts of senior psychotherapists, in: Professional Psychology: Research and Practice 32, 181–187
- Schmid, P. F. (2002), Die Person im Zentrum der Therapie. Zu den Identitätskriterien Personzentrierter Therapie und zur bleibenden Herausforderung von Carl Rogers an die Psychotherapie, in: Person 1, 16–33
- Schön, Donald A. (1983), The Reflective Practitioner, London (Temple Smith)
- Schütz, A./Luckmann, Th. (1979), Strukturen der Lebenswelt. Bd. 1, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Schwemmer, O. (1987), Handlung und Struktur. Zur Wissenschaftstheorie der Kulturwissenschaften, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Seifert, H. (21992), Einführung in die Wissenschaftstheorie. Bd. 3, München (Beck)
- Swidens, H. (1991), Prozeßorientierte Gesprächstherapie. Einführung in eine differentielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen, Köln (GwG)
- Vogler, P. (1972), Disziplinärer Methodenkontext und Menschenbild, in: Neue Anthropologie (Bd. 1–6), Gadamer, Hans-Georg/Vogler, Paul (Hg.), Biologische Anthropologie. Erster Teil. Bd 1, Stuttgart (Thieme), 3–21
- Warner, M. S. (2000), Client-centered therapy at the difficult edge: Work with fragile and dissociated process, in: Mearns, D./Thorne, B. (eds.), Personcentred therapy today: New frontiers of theory and practice, London, Thousand Oaks, New Dehli (Sage)
- Wilkening, H. J. (1978), Das Psychotherapeut-Patient-Verhältnis als berufliche Beziehung, in: Keupp, H./Zaumseil, M. (Hg.), Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens, Frankfurt/Main (Suhrkamp), 407–437

Autorin

Brigitte Macke-Bruck, 1960, Dr., Psychotherapeutin und Supervisorin (PP) in freier Praxis, Lehrtherapeutin im Forum/APG, Lehrbeauftragte im Universitätslehrgang des IFF „Palliative Care und Organisationsethik“ (Institut für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Universitäten Klagenfurt, Wien, Innsbruck und Graz), bis 1993 auch als Ärztin im stationären Bereich tätig.

Korrespondenzadresse

*Dr. Brigitte Macke-Bruck
Meynertgasse 8/5, 1090 Wien
E-Mail: b.mackebruck@nexta.at*

Michael Gutberlet

Die personzentrierte Haltung: die Kraft, die Veränderung schafft?

Über die Schwierigkeiten des Verstehens und Vermittelns von Rogers' sanfter Revolution

Zusammenfassung: In Ausbildungen und Fachdiskussionen wird nach wie vor die für die Praxis sehr bedeutsame Frage gestellt, ob die personzentrierte Haltung, wie sie Rogers formuliert und erforscht hat, für konstruktive Persönlichkeitsveränderung als hinreichend gilt, oder ob eine Erweiterung des Ansatzes notwendig ist.

Der Autor stellt dazu folgende Positionen zur Diskussion:

- Rogers' Haltungskonzeption stösst¹ auf Skepsis und Unverständnis, weil sie im Widerspruch steht zum gängigen Wissenschafts- und Bildungsverständnis und auch eine sehr ungewohnte, erfahrungsbezogene Vermittlungsform erfordert, ohne die sie nicht wirklich verstanden werden kann.
- Die personzentrierte Haltung als eine Erfahrung ist das entscheidende und hinreichende Agens für Veränderung und Heilung.
- Personzentrierte Haltung und der punktuellen Gebrauch von ausgearbeiteten Techniken, von lenkendem oder führendem Therapeutenverhalten schliessen einander nicht aus, sofern erstens gewährleistet ist, dass der innere Bezugsrahmen der Person – und nicht Theorie oder Technik – unangefochten im Zentrum der Aufmerksamkeit von TherapeutInnen steht und zweitens KlientInnen über jeden ihrer Schritte selbst entscheiden können. Diese Auffassung wird begründet, ihre Umsetzung in der Praxis verdeutlicht und auf ihre Risiken hingewiesen.

Schlüsselwörter: Hinreichende Bedingungen für Psychotherapie, personzentrierte Haltung, Integration anderer Therapiemethoden, Ausbildung

Résumé: L'attitude centrée sur la personne: la force qui crée le changement ? Sur les difficultés de compréhension et de transmission de la révolution douce de Rogers. Dans les formations et les discussions entre professionnels, la question très significative pour la pratique est toujours posée de savoir si l'attitude centrée sur la personne, telle que Rogers l'a formulée et explorée, est suffisante pour un changement constructif de la personnalité ou si une extension de l'approche est nécessaire.

L'auteur soumet pour cela les positions suivantes à la discussion:

- La conception de l'attitude de Rogers se heurte au scepticisme et à l'incompréhension, parce qu'elle est en contradiction avec la conception de la science et de la formation qui a cours et exige aussi une forme de transmission très inhabituelle, axée sur l'expérience, sans laquelle elle ne peut être réellement comprise.
- L'attitude centrée sur la personne est la force motrice décisive et suffisante pour le changement et la guérison.
- Ceci n'exclut cependant pas l'utilisation ponctuelle de techniques élaborées, de comportements directifs ou dirigistes de la part des thérapeutes, pour autant qu'il soit garanti que le cadre de référence intérieur de la personne – et non la théorie ou la technique – soit au centre de l'attention des thérapeutes et qu'en outre les clientes puissent décider eux-mêmes/elles-mêmes à chaque étape. Cette vision des choses est motivée, sa mise en oeuvre dans la pratique explicitée et ses risques signalés.

Mots-clés: Conditions suffisantes pour la psychothérapie, attitude centrée sur la personne, intégration d'autres méthodes thérapeutiques, formation

1 Bei Beiträgen von Schweizer Autorinnen und Autoren wird die Schweizer Variante der Rechtschreibung beibehalten (Anm. d. Red.).

Abstract: Is the person-centred attitude the power that leads to change? On the difficulties of understanding and communicating Rogers' soft revolution. *In training and in professional discussions we continue to ask a question which is very meaningful for professional practice: Is the person-centred attitude, as proposed and examined by Rogers, sufficient for a constructive change of personality or is it necessary to expand the approach. In this context, the author discusses the following propositions:*

- *Rogers' concept of the therapeutic attitude encounters scepticism and rejection because it contradicts the regular concept of science and training and it is unconventional in the sense that to be understood, it needs to be communicated and taught in ways that are closely related to experience.*
- *The person-centred attitude is the decisive and sufficient agent for change and healing. This, however, does not exclude the occasional application of elaborate techniques so long as the inner frame of reference of the person—and not the theory or the technique—remains the focus of the therapist's attention and so long as the clients themselves can decide which steps they need to take. The author describes the basis of this approach, clarifies its implementation and points out the risks.*

Keywords: *Sufficient conditions for psychotherapy, person-centred attitude, integration of other therapeutic methods, training*

Wer eine Einführung in den PCA des Carl Rogers für ein breiteres Fachpublikum gibt, wird von den TeilnehmerInnen bald mit der Frage konfrontiert: „Das klingt ja gut – aber reicht das wirklich, ist das allen Ernstes genug, um mit Menschen psychotherapeutisch oder beratend zu arbeiten?“

In Aus- oder Fortbildungsgruppen in Personenzentrierter Psychotherapie oder Beratung sind die kritischen Einwände dann differenzierter, etwa so:

„Ist Empathie, Wertschätzung und Kongruenz denn wirklich hinreichend, um Heilungs- und Veränderungsprozesse in Gang zu bringen, oder braucht es doch mehr und anderes? Ich habe einerseits die Gesprächspsychotherapie so verstanden, dass ich mit meinen Interaktionen beim Gefühl meiner Klientin² bleiben und nicht direktiv sein soll. Das Konzept scheint zu verbieten, dass ich Fragen stelle, konfrontiere, strukturiere und dass ich Techniken anwende oder dem Klienten theoretische Erläuterungen gebe. Aber andererseits höre und lese ich von Fach- und TeamkollegInnen (auch von GesprächspsychotherapeutInnen), man müsse Drogenabhängige konfrontieren, die Gespräche mit Borderline-PatientInnen strukturieren, depressive Menschen nicht durch zu viel empathisches Aufnehmen ihrer Gefühle noch tiefer in die Depression hineinführen, den Therapieprozess aktiv und zielorientiert steuern, u. Ä. mehr. Hat sich Rogers also in grundlegenden Fragen geirrt, und müssen folglich seine Theorie und die Praxis verändert werden?“

In der Fachliteratur wird der Zweifel dann bei manchen KollegInnen zur Gewissheit:

Reinhard Tausch vertritt die Auffassung, dass es eine „klientenzentrierte Notwendigkeit“ sei, die Gesprächspsychotherapie durch andere psychotherapeutische Methoden zu ergänzen (Tausch 1989).

Rainer Sachse kritisiert das Konzept von Rogers als „ein in jedem Fall gleiches Beziehungsangebot auf der Grundlage von Basisvariablen“ und kommt von diesem Verständnis her zu dem zwingenden Schluss, sie müsse in Richtung auf Zielorientierung und Prozesssteuerung modifiziert werden (Sachse 1991, 26).

Gert-Walter Speierer sieht gar einen „psychotherapeutischen Omnipotenzanspruch der nondirektiven, später der Triasvariablen-therapie als die notwendigen und hinreichenden Bedingungen der Therapie aller psychischen Störungen“ und stellt dem die störungsspezifische Inkongruenzbehandlung entsprechend ICD-Kategorien gegenüber (Speierer 1994, 105).

Hanne Hummel und Raimund Dörr sehen erhebliche Gefahren, wenn man ausschliesslich „klassische Gesprächspsychotherapie“, die sich an der Umsetzung der drei Basisvariablen orientiere, bei traumatisierten Menschen anwende. Es brauche viel spezifisches Fachwissen und spezifische Techniken, um gegenüber solchen PatientInnen adäquat zu reagieren (Dörr/Hummel 1999, 14).

Und es gibt manche *Artikel, Kursauschreibungen und Vorträge* über personenzentriertes Arbeiten, die mit wenigen Sätzen erklären, dass Empathie und so weiter ausserordentlich wichtig sei und dann in vielen Sätzen begründen, warum zusätzliches Wissen, zusätzliche Techniken, Strategien, Methoden unverzichtbar seien und diese dann darlegen.

Zahlreiche AutorInnen haben in unterschiedlicher Form gezeigt, dass solchen und ähnlichen Positionen, die eine grundlegende Modifikation und Ergänzung des PCA für notwendig halten, eine Fehlinterpretation des Rogers-Ansatzes zugrunde liegt (Höger 1989; Kriz 1989 und 2002; Gröflin-Buitink 1994 und 2002; Biermann-Ratjen et al. 1995; Bürki/Hobi 2002; Schmid 2002). Eines der Hauptargumente: Rogers hat seine Therapietheorie auf einem hohen Abstraktionsniveau formuliert. Er beschreibt Einstellungen und Haltungen auf Seiten des Therapeuten und nicht konkrete Verhaltensweisen. Daher bedeute die Behauptung, der PCA müsse

2 Im Artikel wird die männliche, die weibliche und die integrierte Form benutzt. Gemeint sind immer beide Geschlechter.

auf der Handlungsebene ergänzt und erweitert werden, eine Vermischung von Abstraktionsebenen – und die Kritik und die Forderung nach Erweiterung gehe ins Leere (Höger 1989).

Aus meinem Verständnis des PCA heraus stimme ich Högers Auffassung zu. Dank seiner fundierten, von Anderen mehrfach nachvollzogenen Argumentation könnte man m. E. die Diskussionen um die Sanierungsbedürftigkeit des PCA *auf der theoretischen Ebene* beenden. Für die Umsetzung der Theorie in die Praxis ist die Diskussion damit aber keineswegs beendet. Denn mit dem hohen Abstraktionsniveau von Rogers' Therapietheorie bleiben auf der Handlungsebene sehr viele Möglichkeiten ganz bewusst offen. Dadurch entstehen die grundlegenden und oft skeptischen, zweifelnden Fragen zur praktischen Arbeit, wie sie eingangs beispielhaft notiert wurden. Man könnte sagen, dass diese Skepsis durch das Konzept von Rogers geradezu provoziert wird, dass sie gewissermaßen „systemimmanent“ ist – die Diskussion mit sich selbst und anderen um das praktische Handeln kann darum nie ganz abgeschlossen werden.

Der Artikel soll dazu beitragen, einige Aspekte dieser notwendigen und schwierigen Diskussion etwas deutlicher hervortreten zu lassen. Dazu mache ich unter anderem den Versuch,

- ... eine Begründung zu geben, warum das Konzept von Rogers bei aller Sanftheit so umstürzlerisch ist und oft Widerstand und die vielen, wiederkehrenden Fragen auslöst,
- ... herauszuarbeiten, dass ein adäquates Verstehen des PCA mit der Verwobenheit von Haltungs- und Handlungsebene untrennbar an eine bestimmte Form von Ausbildung gekoppelt ist, in der insbesondere der Weg vom hohem Abstraktionsniveau zum Niveau konkreter Verhaltensweisen wieder und wieder erfahren wird,
- ... darzustellen, wie ich selbst in der Praxis lenkende, direktive Interaktionen verstehe, wie ich damit umgehe und wie ich sie theoretisch begründe.

Haltung und Erfahrung als Wirkfaktor von Veränderung und Heilung: Quer zum herrschenden Wissenschaftsverständnis

Mit seiner Theorie und Praxis hat der hochkarätige Wissenschaftler Rogers einige Säulen herkömmlichen wissenschaftlichen Denkens umgelegt. Er steht mit seiner Position quer zu dem, was die meisten von uns in zwanzig oder mehr Jahren Schul- und Berufsausbildung über das Lernen gelernt haben. Sein radikales Andersdenken und -handeln ruft daher geradezu nach Kritik, Zweifel und Forderung nach Ergänzung und Modifikation.

Er hat das, was auf dem Bildungsweg als oberster Wert vermittelt wurde, für die psychotherapeutische und beratende Arbeit massiv heruntergestuft: nämlich das Wissen und den Wissenserwerb sowie die Techniken, mit denen man Wissen anwendet. Stattdessen hat er an erste Stelle gesetzt: Die *Erfahrung*. Gemeint ist damit nicht der

Begriff „Erfahrung“ im Sinne der nützlichen Sammlung von Immer-Wieder-Praktiziertem, auf das man souverän zurückgreifen kann, sondern das, was ein Mensch im Hier und Jetzt innerlich erfährt.

Für die Psychotherapie und Beratung hat Rogers die revolutionäre Aussage gemacht: das Agens, der zentrale Wirkfaktor für Veränderung, Wachstum und Lösung von Blockierungen (also Heilung) ist das, was TherapeutInnen und BeraterInnen *in sich erfahren* und wie sie diese Erfahrung zum Ausdruck bringen. Anders gesagt: Der Therapeut wirkt primär durch das, was er *ist* und nicht durch das, was er macht und tut. Es ist seine *Haltung*, die Wachstum bewirkt und Blockierungen oder Krankheitssymptome löst – sein konkretes *Verhalten* ist nicht der entscheidende Faktor.

Ausdrücklich stuft Rogers auch die Technik, die er selbst entwickelt hat, in dieser Weise herunter, wenn er formuliert, dass die „Technik des ‚Reflektierens von Gefühlen‘ ... in keiner Weise eine wesentliche Bedingung für Therapie [ist]“ (Rogers 1957, 182f).

Konkretisiert an den drei Aspekten der personenzentrierten Haltung heisst das:

Die Personenzentrierte Psychotherapeutin wirkt, weil sie empathisch *ist*, weil sie Empathie für ihr Gegenüber in sich erlebt in einem gegebenen Augenblick – sie wirkt nicht deshalb, weil sie Äusserungen *macht*, durch die sich der Klient verstanden fühlen soll.

Sie wirkt, weil sie wertschätzend *ist*, weil sie Wertschätzung für ihr Gegenüber in einem gegebenen Augenblick in sich erfährt – sie wirkt nicht deshalb, weil sie Äusserungen *macht*, durch die sich der Klient geschätzt und geachtet fühlen soll.

Sie wirkt, weil sie kongruent *ist*, weil sie im Kontakt mit einem Klienten offen ist für ihre Erfahrung, keine relevante Erfahrung ausblenden muss und daher sich „ganz“ und „echt“ erleben kann in einem gegebenen Augenblick – sie wirkt nicht deshalb, weil sie Äusserungen *macht*, durch die der Klient die Therapeutin echt und ohne den Gestus fachlicher Überlegenheit wahrnehmen soll.

Diese grundlegende Auffassung drückt sich sehr prägnant in Rogers' Einleitung zum Gloria-Gespräch aus (Rogers 1965): Er spricht nicht davon, was er mit der Klientin in der folgenden halben Stunde *tun* wird und warum, sondern er formuliert: das Gespräch wird in dem Masse hilfreich sein, in dem es ihm gelingt, empathisch, wertschätzend und kongruent zu *sein*.

Angesichts der zentralen Bedeutung, die Rogers also dem „Sein“ des Therapeuten als verändernde Kraft gibt, wird noch einmal deutlich, warum Zweifel, Skepsis und die Forderung nach konkreten Verhaltensanweisungen für TherapeutInnen und BeraterInnen so oft geäußert werden. Dieses „Sein“ entzieht sich den gängigen Mitteln wissenschaftlicher Kontrolle und den gängigen methodisch-didaktischen Formen der Vermittlung weitgehend. Ich gebe den KritikerInnen insofern recht, als in Rogers' radikalem Standpunkt eine beträchtliche Gefahr liegt: dass er nämlich oberflächlich aufgenommen und dann missverstanden wird als Freibrief für beliebiges Handeln „aus dem Bauch“, als Erlaubnis, sich selbst in der Rolle des

Therapeuten zu verwirklichen, als Rechtfertigung für überhöhten bis schwärmerischen Glauben an die Wirkung der „Weisheit des Organismus“. Die Zweifel und die Gefahren müssen ernst genommen werden. Das, was mit dem Personenzentriert-Sein gemeint ist, darf nicht Formel bleiben, nicht Theorie, nicht schöne Philosophie – es muss erfahren und erarbeitet werden in der Aus- und Fortbildung. Nicht zwei- oder dreimal, sondern immer wieder. Es gehört zum Wesen personenzentrierter Haltung, dass sie nicht eines Tages so gelernt und verfügbar sein kann wie etwa eine Fremdsprache oder die Fähigkeit zur Reparatur einer Kaffeemaschine. Daraus folgen in einer Ausbildung sehr hohe Anforderungen an alle Beteiligten.

Personenzentrierter Haltung verinnerlichen und daraus handeln: Fern von gewohnten Bahnen des Lernens

Von Lernenden wird in der Ausbildung das selbe radikale Umdenken und Umfühlen gefordert, das Rogers in der Wissenschaft und Praxis vollzogen hat. PCA-AusbildungsteilnehmerInnen müssen gegen einen Strom schwimmen, in dem sie sehr lange mit so vielen anderen zügig und erfolgreich – mit Schul-, Ausbildungs- und Studienabschluss – geschwommen sind. Sie müssen auf die gewohnte, klare Aussage vom Lehrenden verzichten: „Das ist so und so und daher musst Du jetzt Folgendes lernen und dann das und das damit tun.“ Stattdessen werden sie in der Ausbildung immer wieder auf ihre *eigene/s* Erfahrung/Erleben verwiesen und etwa gefragt, wie *sie* denn den Klienten und seine Probleme sehen, welche Gefühle er denn bei ihnen auslöst, welches denn *ihre* Impulse, Überlegungen, Eindrücke von dieser Person sind, welche Erfahrungen denn *sie* mit diesem Menschen bereits gemacht haben, wie sie selbst mit einem vergleichbaren Problem umgehen, usw. Sie hören, dass nicht der Ausbilder oder das Lehrbuch die Richter über ihre therapeutischen Interventionen sind, sondern die Klientin.

Ich habe keinen Ausbildungsteilnehmer kennen gelernt (mich selbst natürlich eingeschlossen), für den das nicht verunsichernd war – für manche sehr, für manche weniger. Und so stellen sich drängende und berechtigte Fragen zur personenzentrierten Beziehungsgestaltung, etwa so: „Wenn es eine Erfahrung in mir ist, von der die therapeutische Wirkung ausgeht, wie komme ich dann in der konkreten Situation mit einer Klientin zu dieser Erfahrung? Wie komme ich denn los von der hartnäckigen inneren Frage, was ich jetzt und in der nächsten Stunde mit dem Klienten praktisch tun muss, damit seine Ängste nachlassen, die Depression schwindet, die Zwangshandlungen reduziert werden? Schliesslich sind das die Ziele, die Klient, Arbeitgeber und Krankenkasse fordern! Ich kann doch nicht jede Therapiestunde supervidieren lassen, um wieder Klarheit zu bekommen über mich und meine innere Erfahrung für die nächste Stunde mit Klientin X. Ich kann auch nicht warten mit meiner therapeutischen Tätigkeit, bis ich durch die eigene Therapie

sicher genug bin, dass die personenzentrierte Haltung genügend in mir verankert ist! Zumal ich ja wohl nicht einmal ganz sicher sein darf, dass ich diese Erfahrung im erforderlichen Mass in mir entfalten kann.“

Mit Faszination und manchmal mit Neid geht der Blick dann bisweilen auf die glasklaren Techniken der Verhaltenstherapie, auf die erlebnisaktivierenden Methoden der Gestalttherapeuten, auf die komplexen und beeindruckenden Theorien der tiefenpsychologischen Teamkolleginnen, auf die verblüffenden Strategien der Systemiker und so weiter. In diesen Therapierichtungen finden Lernende häufig Konzepte und Techniken, an denen sie ihr Handeln planen, ausrichten und prüfen können und sie finden dazu Anweisungen, die Sicherheit geben, sind sie doch entwickelt und erprobt von Wissenschaftlern und/oder erfahrenen TherapeutInnen.

Lernende im PCA werden also aus den vertrauten Bahnen des Erwerbs von Wissen und Fertigkeiten herausgeworfen und mit ungewohnten Anforderungen an sie als Person konfrontiert.

Dem muss eine Ausbildung in Personenzentrierter Psychotherapie oder Beratung Rechnung tragen. So, wie die praktische personenzentrierte Arbeit selbst abweicht vom gängigen Verständnis der Menschenbeeinflussung, so muss auch die Ausbildungsarbeit vom gängigen Lehr- und Lernverständnis abweichen. Das ist die zwingende Voraussetzung dafür, dass Lernende erfassen können, was mit Erfahrung als Agens gemeint ist und dass und wie sie wirkt. Nur so können die Zweifel am Konzept kleiner werden – eben nicht aufgrund eines Glauben an die Richtigkeit von Theorien oder Forschungsergebnissen, sondern aus dem Selbst-Erfahren.

Der Kern einer personenzentrierten Ausbildung: Kein Trainingslager für therapeutische Skills, sondern Gewächshaus für Entfaltung personaler Potenziale für die berufliche Arbeit

Wer Rogers' Theorie und Forschungsergebnissen zustimmt, dass es die gelebte Erfahrung ist, von der die therapeutische Wirkung ausgeht, wird die Person des Ausbildungsteilnehmers in den Mittelpunkt der Ausbildungsarbeit stellen. Um sie kreist das Ausbildungsbemühen, nicht um Theorie- und Technikvermittlung. Wer Rogers' Auffassung nicht teilt, wird umgekehrt gewichten. Sehr eindrücklich brachte schon vor 30 Jahren der Gesprächspsychotherapeut Wolf-Rüdiger Minsel diese Problematik auf den Punkt – an deren Aktualität hat sich m. E. nichts geändert.

Er schrieb: „Zusammengenommen wird hier von Rogers ein Verhaltens-/Interaktionsmuster gefordert, welches in der Realisierung grossen Schwierigkeiten unterworfen ist. Diese Schwierigkeiten werden besonders bei Fragen zur Ausbildung von Psychotherapeuten deutlich, geht es dabei doch um konkretes Einüben und Kontrollieren bestimmter Fertigkeiten. Dieses scheint bei den von

Rogers formulierten Verhaltenskomponenten nicht direkt möglich, da es sich bei diesen Merkmalen im Grunde um allgemeinemenschliche Einstellungen anderen Personen gegenüber handelt. Die Folge davon wäre nach der Konzeption von Rogers, diese Einstellungen/Haltungen anderen Personen gegenüber zu üben, wobei Kontrollen der Lernprozesse direkt kaum möglich sind“. (Minsel 1972, 24)

Die Konsequenz, die Minsel zog: Er entwickelte ein Ausbildungskonzept mit „programmierter Instruktion“ und mit „Micro-teaching“ (ebd. 105f). So hilfreich strukturierte Lernprogramme, wie sie Minsel und einige andere praktizier(t)en, oder konkrete Verhaltensanweisungen an TherapeutInnen, wie sie Sachse (1994) vornimmt, punktuell sein können: rücken trainierbare therapeutische Handlungen ins Zentrum der Ausbildung, geht diese am Eigentlichen vorbei und der Lernende entfernt sich vom wichtigsten Wirkfaktor des Personzentrierten Ansatzes.

Denn es geht im PCA in der Tat *primär* darum, das Agens „Haltung/Einstellung“ der einzelnen Therapeutin zu fördern, zu entwickeln, zu differenzieren. Freilich nicht in der verharmlosenden und falsche Assoziationen weckenden Form, wie das bei Minsel anklingt, wenn er von „allgemeinemenschlichen Einstellungen“ spricht, die geübt werden müssten, aber nicht angemessen geübt werden könnten. Und selbstverständlich geht es auch nicht um das Einüben eines auf der Handlungsebene immer gleichen Beziehungsangebots, wie Sachse (1991, 26) das unterstellt.

Es geht beim Lernen – man müsste vielleicht besser sagen: „Verinnerlichen“ – des PCA vielmehr um die mühsame Seelenarbeit der Integration einer personzentrierten Haltung in die Gesamtperson der Therapeutin und des Therapeuten.

Das bedeutet ein Hinarbeiten auf zunehmende Offenheit für Erfahrung durch Abbau von Abwehrhaltungen. Dies wiederum führt zu einer immer klareren und unverstellteren Selbst- und Fremdwahrnehmung und zu wachsender Unbestechlichkeit bei der Selbsteinschätzung, ob und in welchem Masse man/frau den Anderen und sich selbst versteht und akzeptiert.

Es geht um die oft mühsame und aufwendige Suche nach den für die eigene Person stimmigsten Ausdruckformen der personzentrierten Haltung („Kanäle“ der Vermittlung von Empathie, Wertschätzung und Kongruenz, Rogers 1957). Und es geht dabei auch um das kontinuierliche Weiterentwickeln der Fähigkeit, zu erkennen und zu berücksichtigen, wie der Klient Hans Meier in welchen Situationen auf welche Ausdrucksform reagiert – und in diesem Zusammenhang freilich auch um das Wachsen der Fähigkeit, die Grenzen der eigenen Möglichkeiten zu erkennen und zu akzeptieren. Und selbstverständlich geht es um die Integration von aufgenommenem Wissen und trainierten Fertigkeiten in die sich weiter entwickelnde, individuell sich ausformende personzentrierte Haltung. Und so weiter.

Personzentrierte Psychotherapeutin werden heisst: Als Person auf dem Prüfstand stehen

Die Konkretisierungen der notwendigen Prozesse in der Ausbildung machen deutlich, dass in einer solchen Entwicklung hin zur personzentrierten Psychotherapeutin ein sehr spezielles Lernklima und -setting nötig ist. Was immer eine Ausbildungsteilnehmerin gerade lernt – es ist sehr oft in sehr hohem Masse mit ihr selbst als Person verknüpft. Sie speichert nicht in erster Linie neutrales Wissen und Fertigkeiten, die sie später abrufen und anwenden kann. Sondern sie muss immer wieder neu ihren nicht a priori festgelegten therapeutischen Interventionen eine Gestalt geben, die dem Gegenüber und der Situation gerecht wird. Und dabei sind die schöpferischen Kräfte von ihr als Person unablässig gefragt und alle Irrtümer und Sackgassen, die sie dabei begeht, müssen durchlebt, ausgehalten und korrigiert werden.

Weil also die Entwicklung von Fachkompetenz und von personaler Kompetenz im personzentrierten Ausbildungskontext nicht voneinander zu trennen sind, braucht es viel Vertrauen, viel stabilen, als sicher erlebten Schutzraum, um sich im Rahmen einer Ausbildungsgruppe in dieser erfahrungsoffenen, relativ abwehrfreien Art und Weise einzubringen, zu lernen und professionell und persönlich zu wachsen. Wer sich vor sich selbst und anderen öffnen muss, um zu lernen, wer nicht nur sein gespeichertes Wissen und technisches Know-how, sondern sich selbst als ganze Person auf den Prüfstand stellen muss, ist sehr verletzlich.

Um dennoch das unvermeidliche Risiko einzugehen, braucht es eine Atmosphäre des Vertrauens in die Menschen, die lehren und in die, mit denen man lernt. Ein solches Klima und Vertrauen kann nicht durch vorgegebene Lernstrukturen und methodisch-didaktische Strategien geschaffen werden. Es muss sich innerhalb einer Gruppe mit ihren LeiterInnen/FacilitatorInnen in einem langfristigen, person- und gruppenzentrierten Prozess entwickeln. An dem muss gearbeitet werden. Immer wieder. Dieser Prozess muss im Zentrum stehen, er darf nicht als Selbstverständlichkeit betrachtet werden, die neben dem Trainieren und Wissen-Sammeln „einfach so“ mitläuft.

Dies sind enorme Anforderungen an alle Beteiligten – das ist unbestritten. Aber wer die verändernde Wirkung der *Erfahrung* personzentrierter Haltung vermitteln bzw. integrieren will, der muss sich der Schwierigkeit stellen. Nur so kann das Gemeinte dann auch an Klientinnen weitergegeben werden.

Wer sich in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen dieser Anforderung entzieht und sich *primär* auf Wissensvermittlung, Lernprogramme, Microteaching, Training von kontrollierbaren Fertigkeiten, auf das Eintrainieren von ziel-, prozess- oder problemorientiertem Therapeutenverhalten abstützt, der kapituliert aus meiner Sicht vor diesen Schwierigkeiten der Vermittlung personzentrierter Haltung.

Und eine in dieser Weise gewichtete Ausbildung ist in meinen Augen keine Ausbildung in Personenzentrierter Psychotherapie oder Beratung mehr. Weil das, was den Ansatz eigentlich ausmacht, dort nicht mehr im Zentrum steht. Die Erfahrung der „power“, der Kraft des Personenzentrierten Ansatzes, hat zu wenig Raum, kann sich nicht verankern oder wird zu einem zufälligen Nebenprodukt (Gutberlet 1999).

Personenzierte Haltung als notwendige, aber selbstverständliche Nebensache? Eine Illusion

Nun wird von denen, die einen Sanierungsbedarf am Rogers-Ansatzes sehen, an diesem Punkt oft angeführt, dass ja Empathie, Wertschätzung und Kongruenz durchaus als notwendig betrachtet werden und dass natürlich jeder Therapeut in einer PCA-Ausbildung lernt, jegliche Form direkter Intervention personbezogen durchzuführen

Aus meiner Ausbilder-Erfahrung heraus halte ich Letzteres inzwischen für eine Illusion. Es ist alles andere als selbstverständlich, dass TherapeutInnen die gelernten Theorien und Forschungsergebnisse sowie die eintrainierten Techniken dem Klienten und der Situation unterordnen. Wer zwei Drittel oder drei Viertel seiner Ausbildungszeit mit Theorie und Technik beschäftigt war, wer gelernt hat, dass für die Patientengruppe X die Methode der Wahl die und die sei, wer Lehrbücher der Soundso-Therapie durchgeackert und internalisiert hat, dem ist es keineswegs selbstverständlich, den Menschen, der da vor ihm sitzt, ernster zu nehmen als das, was er als „gesichertes Wissen“ und „bewährte Technik in der klinischen Praxis“ mit auf den Weg bekommen hat (Gutberlet 1995; 2002).

Die personenzierte Haltung als innere Erfahrung entfaltet nur dann ihre verändernde, heilende Kraft vollständig, wenn das Bemühen des Therapeuten um diese Haltung unangefochten die Vorrangstellung im therapeutischen Kontakt hat. In dem Masse, in dem sich die Zentrierung seiner Aufmerksamkeit verlagert von der Person hin zu einer festgefügtten Theorie über die Psyche des Menschen und ihre Störungen, zur elaborierten Technik, zur Strategie oder zum Manual, geht die Wirkkraft von Empathie, Wertschätzung und Kongruenz verloren. Dann wird auch die Aktualisierungstendenz bei der Klientin nicht mehr in dem Masse angesprochen wie zuvor. Denn auch sie schaut nun immer mehr nach aussen, zum Experten und seinen Erklärungen und Lösungswegen, und immer weniger nach innen zum eigenen Erleben und zu eigenen Lösungen.

Es würde den Rahmen sprengen, dieses zentrale Thema jetzt gründlicher darzustellen. Daher an dieser Stelle nur ein Beispiel aus der Praxis, das für viele und für die Grundidee stehen soll. Wenn in einer Supervisionsgruppe erst einmal der Satz gefallen ist: „Anorexie-Patientinnen haben eine gestörte Körperwahrnehmung“ und diese Auffassung und ihre Bedeutung für die konkrete Therapie nun

mehr und mehr Raum in der Supervision einnimmt, dann wird es für die Supervisorin immer schwieriger, die Körperwahrnehmung ihrer untergewichtigen Klientin Eva Müller einfühlsam und wertschätzend *aus deren eigenem Bezugsrahmen* heraus zu verstehen und sie als Person darin anzuerkennen. Doch genau das wäre die notwendige Bedingung dafür, dass die Klientin überhaupt anfangen kann, äussere, ihr innerlich fremde Bezugsrahmen anzuschauen und zu prüfen.

Wer aus personenzentrierter Haltung handelt, dem stehen viele Wege offen

Nach dieser ausführlichen und gewiss redundanten Beschäftigung mit der Bedeutung personenzentrierter Haltung als einer *Erfahrung* und mit den notwendigen Bedingungen bei der Vermittlung, kann nun die Antwort auf die Eingangsfragen zur Legitimität des Strukturierens, Konfrontierens, Fragens, des störungsspezifischen Intervenierens und des Gebrauchs von Techniken leichter gegeben werden.

So klar ich die Frage bejahe, ob personenzierte Haltung *hinreichend* sei für konstruktive Persönlichkeitsveränderung, so klar sage ich auch „Ja“ zu punktuellen Lenken, Techniken anwenden usw. Das ist aus meiner Sicht und meiner Erfahrung kein Widerspruch. Diese Einschätzung lässt sich aus der Theorie und aus meiner eigenen Erfahrung begründen:

Erstens: Rogers hat die explizite Aussage gemacht, dass jede Technik „ein Kanal“ werden kann, durch den personenzierte Haltung als das Agens von Psychotherapie und Beratung kommuniziert werden kann (Rogers 1957, 183). Es gibt also auch in seiner Theorie keine Begründung dafür, irgendeine Technik grundsätzlich zu „verbieten“. Also auch nicht das Strukturieren, Führen, Lenken.

Zweitens: Rogers selbst hat eine Technik entwickelt und angewandt, die des „Reflektierens von Gefühlen“. Darüber hinaus lassen sich in seinen therapeutischen Interaktionen eine Fülle von wiederkehrenden Mustern entdecken, die ohne weiteres als Techniken ausgearbeitet und benannt werden könnten. Es gibt keinen Grund, Techniken von Rogers gut und konzeptkonform zu heissen und solche von Freud, Lowen, Perls, Kanfer, Satir und so weiter von vornherein als nicht-personenziert einzustufen. Die Frage ist – aus personenzentrierter Sicht – bei allen Techniken oder Anwendungen einer Theorie die gleiche: Wird mit der Art, wie eine Technik angewandt wird, wie ein Gespräch strukturiert wird, wie eine Frage gestellt wird, Empathie und Wertschätzung für den Klienten zum Ausdruck gebracht, steht er im Mittelpunkt? Oder rückt die Technik ins Zentrum und die Person an den Rand? (Warum Rogers seine wiederkehrenden Handlungsmuster nicht als Techniken ausgearbeitet hat, wird weiter unten diskutiert).

Drittens: Wenn das Führen und Lenken unvereinbar wäre mit personenzentriertem Arbeiten, dann müssten wir das Focusing aus

dem PCA verbannen. Focusing ist eine Technik, zu der KlientInnen angeleitet werden, in der sie phasenweise auch geführt werden müssen. Wie hilfreich und wirksam oder wie schädlich diese Technik ist, hängt davon ab, wie sie gebraucht wird.

Viertens: Auf meinem persönlichen Weg zum Psychotherapeuten habe ich an eigener Seele erfahren, dass personzentrierte Haltung und der punktuelle Gebrauch von direktiven, lenkenden Interventionen sich nicht ausschließen. Drei TherapeutInnen/AusbilderInnen mit sehr unterschiedlichen Konzepten und praktischen Vorgehensweisen prägten meinen Wachstumsprozess und die Verarbeitung mancher Blockierungen – gemeinsam war ihnen das, was ich später bei Rogers empirisch extensiv erforscht und präzise beschrieben fand: Ihre Haltung von authentischer, akzeptierender Zuwendung, die durch fast nichts zu erschüttern war. Ihr waches Mitgehen und Mitfühlen mit dem Erleben ihres Gegenüber, gleichgültig wie tief oder oberflächlich, wie absurd oder nachvollziehbar es war. Ihre Fähigkeit und Bereitschaft, auch als Person in der Begegnung zu sein und dabei die Grenzen ihrer Rolle zu wahren. Diese Grundeinstellung im Kontakt hat die wichtigsten Effekte gehabt und die tiefsten Spuren hinterlassen – die unterschiedlichen Theorien und Techniken, die von den TherapeutInnen gelegentlich genutzt wurden, betrachte ich heute als deren individuelle Art, ihre (personzentrierte) Haltung in eine Ausdrucksform zu bringen, die zu ihrer eigenen Persönlichkeit und ihrem Ausbildungsweg passte.

Eine Anmerkung zur Rogers' Skepsis gegenüber Techniken und Theoriegebäuden

Wenn Techniken und anderes direktives Vorgehen aber dem personzentrierten Handeln nicht grundsätzlich widersprechen, wie ich das hier behaupte – warum hat Rogers dann nicht selbst seine eigenen wiederkehrenden Verhaltensmuster auch in Form von strukturierten Techniken gefasst und vermittelt? Warum hat er sich immer wieder einmal skeptisch gegenüber Techniken der Menschenbeeinflussung und der Anwendung von differenzierten Theorien geäußert? Das hat er meiner Interpretation nach deshalb getan, weil er bei der anfänglichen Vermittlung seiner eigenen Technik des „Reflektierens von Gefühlen“ mit einigem Schrecken erfuhr: Vorgefertigte Interventionsabläufe, vom Fachmann gelehrt, von belehrten Fachpersonen angewendet, schaden oft mehr als sie nutzen, weil sie – siehe oben – gar zu schnell wichtiger werden als der Klient, weil allzu oft der Klient sich der Technik und/oder der Theorie unterordnen muss und nicht mehr die Therapeutin mit ihrer Technik dem Klienten.

Das war (und ist) keine theoretische Befürchtung von minderer Bedeutung, sondern bedrückende Beobachtung in der Praxis. Es sei daran erinnert: Frauen mussten auf der Couch ihren „Penisneid“ entdecken, wenn sie gesund werden wollten, weil viele PsychoanalytikerInnen diese Spekulation von Freud als Wahrheit übernommen

hatten – nahmen Patientinnen diese Wahrheit nicht als ihre an, waren sie im „Widerstand“ oder galten als nicht-therapiefähig. Einige Menschen wurden durch diverse Methoden der Humanistischen Psychologie in seelische Zusammenbrüche getrieben, weil TherapeutInnen glaubten, man müsse und dürfe durch invasive Techniken „Durchbrüche von authentischen Gefühlen“ provozieren. Homosexuelle Personen wurden mit verhaltenstherapeutischen Aversions- und Belohnungstechniken gegen ihre sexuelle Neigung „behandelt“. Und so weiter.

Rogers hat vermutlich einen guten Teil dazu beigetragen, dass solche krassen therapeutischen Irrtümer mit ihren schlimmen Folgen für die betroffenen Menschen heute sehr viel seltener sind. Doch das Grundprinzip gilt auch noch heute. Wer Theorie und Technik in den Mittelpunkt seiner Arbeit stellt, ist immer in Gefahr, den Klienten in ein Korsett zu zwingen, das ihm schadet. Auch dafür liessen sich viele Beispiele aus der heutigen Alltagspraxis zusammenstellen. Und es gibt nur einen Weg, dies zu vermeiden: Die Person und ihren Weg ernster zu nehmen als alle psychologischen und psychopathologischen Theorien über die Psyche des Menschen – und den Weg, den die Person geht, wichtiger zu nehmen, als alle psychotherapeutische Technik, die auf bessere Wege führen soll.

Und wie sieht das in der Praxis aus?

Personzentrierte Haltung und Lenkung/ Führung/Technik in der Praxis von Therapie und Beratung

Im Folgenden rede ich deshalb von *meinem* Vorgehen in der Praxis, weil ich nicht den Anspruch erhebe, eine Theorie oder eine Handhabung entwickelt zu haben, die auch für andere gelten muss.

In meiner praktischen Arbeit als personzentrierter Psychotherapeut, Supervisor, Ausbilder, Berater hat die Person von Klientin, Patient oder Ausbildungsteilnehmerin den zentralen Platz.

Um dieses Zentrum herum und bezogen auf dieses Zentrum hat daneben auch alles Platz, was ich einmal gelernt an Theorie oder geübt habe als Technik oder auch selbst entwickelt habe. Dieses Handwerkszeug kann aus meiner persönlichen Biographie kommen, aus meinen praktischen und theoretischen Ausbildungen, aus meiner Berufserfahrung, den Rückmeldungen meiner KlientInnen, aus meinen Kontakterfahrungen mit Menschen allgemein. Ich betrachte keines dieser speziellen Handwerkszeuge als unverzichtbar und notwendig – aber ich halte es für selbstverständlich und unvermeidlich, dass solche „Werkzeuge“ in uns vorhanden sind und jeder Therapeut sich ihrer Existenz bewusst werden und damit konstruktiv umgehen muss. Nach meinem Verständnis verlasse ich durch den Gebrauch solcher Mittel *nicht* den Rahmen des Rogers-Konzepts. Im Gegenteil. Wenn ich wirklich *kongruent* bin – also *offen für meine Erfahrung* – dann dürfen solche Selbst-Erfahrungen nicht abgewehrt werden aus meinem bewussten Erleben. Auch diese Bestandteile

meiner Person müssen in meinem Erleben Raum haben und dann ggf. beitragen zu meinem konkreten Handeln – sie dürfen nicht durch ein (Selbst-)Konzept blockiert werden, das da etwa heisst: „Techniken sind verboten“.

An diesem Punkt teile ich nicht die radikalen Positionen von Peter Frenzel und Peter F. Schmid. Beide postulieren als zentrales Charakteristikum des PCA, dass jegliche Technik nur aus dem Hier und Jetzt in der Beziehung entstehen darf. Frenzel (1992, 207) begründet dies unter anderem mit der „spontanen Subjekt-Subjekt-Begegnung“ als Merkmal personenzentrierte Therapie, (Schmid 2002, 85) mit dem „absichtslosen Gegenwärtigsein“ und der „Un-Mittelbarkeit“ (= bar aller Mittel sein) (ebd. 92), ohne die eine Therapie nicht personenzentriert genannt werden dürfe.

So sehr mich diese radikale Position anspricht – meine Erfahrung und Reflexion der Erfahrung kann dem nicht zustimmen, sagt sie mir doch: Auch wenn dieses absichtslose Gegenwärtigsein in Sternmomenten in mir lebt, selbst dann bin *mit meiner ganzen Geschichte* als Person und Fachmann in einer solchen spontanen Subjekt-Subjekt Begegnung drin. Zu den „spezifischen Eigenarten der je eigenen Person“ (Frenzel 1992) gehören auch meine Kenntnisse um und Erfahrungen mit anderen Vorgehensweisen in und ausserhalb der GT/PCA-Therapierichtungen. Dem trage ich Rechnung, indem ich versuche, diese geschichtlich gewachsenen Aspekte meiner Therapeuten-Person in die Beziehung zu meinen KlientInnen einzubringen – transparent als *meine* Erfahrung und nicht als eine Wahrheit und mit Respekt vor dem inneren Bezugsrahmen des Gegenüber.

Keinen Platz hat also in meiner Arbeit der Versuch (so jedenfalls ist mein Bestreben), den Klienten von irgendeiner Theorie, von irgendeiner Technik, von irgendeiner persönlichen Erkenntnis überzeugen zu wollen. Ich bin stattdessen bemüht, *jede* meiner Interaktionen – und eben auch die theoriezentrierte, lenkend-technikzentrierte – meinem Klienten gewissermassen zur Begutachtung vorzulegen. Ich führe und lenke ihn durch eine theoretische Überlegung oder durch die mögliche Bedeutung eines Forschungsergebnisses, wenn er davon hören will. Ich führe und lenke ihn durch eine Technik, wenn er sich einmal darauf einlassen will. Aber *er* entscheidet bei jedem neuen Schritt, ob er auf mein Angebot eingehen will, ob er den Nutzen einer theoretischen Erklärung weiter für sich prüfen will oder nicht, ob er den nächsten Schritt in einem Technikaufbau machen will oder nicht. Er ist mit seinem aktuellen inneren Erleben und seinem Verhalten der Wegweiser für meinen nächsten Handlungsschritt, nicht ein Lehrbuch und nicht ein Manual. Jeder Zentrierung auf eine Technik folgt im Idealfall eine Zentrierung auf die Person.

Zweifel und Verunsicherung als Bestandteil des Personenzentriert-Seins – und als Teil seiner Wirkkraft

Ich habe im ersten Teil des Artikels den Eindruck formuliert, dass Zweifel am Personenzentrierten Ansatz und die Forderung nach Erweiterung und Überarbeitung gewissermassen systemimmanent sind. Die Ergebnisse meines Nachdenkens beim Entstehen des Artikels bestärken mich darin. Denn das Nicht-gewiss-Sein, ob Mann oder Frau als personenzentrierte/r TherapeutIn richtig handelt, ist ein ständiger Begleiter des Erlebens in der praktischen Arbeit. Streng genommen enthält *jede* therapeutische Interaktion die Frage: „Bewege ich mich mit *dieser* Handlung *jetzt* im Bezugsrahmen der Klientin oder wie viel hat sich von meinem eigenen Bezugsrahmen mit hineingemischt? Und: war ggf. die Kommunikation meines eigenen Bezugsrahmens hilfreich oder nicht für mein Gegenüber?“ Die Antwort auf diese Fragen weiss ich nie im Voraus, und so gehören Zweifel zu meinem Personenzentriert-Sein.

Vielleicht liegt im „Ja“ zu dieser Un-Sicherheit, mit dem Realismus und der Bescheidenheit, die darin enthalten sind, ein Teil der Wirkkraft des personenzentrierten Zugangs zum Menschen. Wer weiss und akzeptiert, dass all seine gesammelte Erfahrung und Erkenntnis, sein Wissen um Theorien, Techniken, störungsspezifisches Intervenieren etc. nicht mehr sind als *ein* Modell unter vielen möglichen, also ein *Versuch*, Frau X oder Herrn Y auf ihrem und seinem Weg zur Veränderung zu helfen, der geht mit diesem Handwerkszeug sehr vorsichtig um. Er legt es weg, wann immer er merkt, dass die Klientin es nicht brauchen kann oder ein besseres hat für ihre Situation. Und das ist – so sagt mir meine Erfahrung – sehr oft der Fall. So kann durch unsere grundlegende Vorsicht beim Konfrontieren mit einem äusseren Bezugsrahmen die Klientin in *ihre* Möglichkeiten hineinwachsen und von den externen Angeboten das übernehmen, was für sie tatsächlich brauchbar ist.

Auch Rogers selbst hat uns in seinem Erbe diese (fruchtbare) Bürde des Nie-sicher-Seins hinterlassen. Einerseits legt er ein klares Konzept darüber vor, wie konstruktive Persönlichkeitsveränderungen in Gang kommen (Rogers 1959). Daneben formuliert er Gedanken wie diese: „Erfahrung ist für mich die höchste Autorität [...] Kein Konzept eines anderen und keines meiner eigenen Konzepte ist so massgeblich wie meine Erfahrung.“ (Rogers 1961, 39; Übersetzung überarbeitet durch M. G.). Woraus sich die paradoxe Aussage ergibt: Indem ich dieser Erkenntnis von Rogers vorbehaltlos zustimme, muss ich, um in seinem Sinne zu arbeiten, meine eigene Erfahrung ernster nehmen als das Konzept von Carl Rogers.

Wenn das nicht verunsichernd ist.

Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J./Schwartz, H.-J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart (Klett Cotta) 1975, 1995 (überarb. u. erweiterte Aufl.)
- Bürki, R./Hobi, R. (2002), Kein Apfel fällt von selbst vom Baum. Zu einer systemzentrierten Gesprächspsychotherapie, in: Iseli, C./Keil, W. W./Korbei, L./Nemeskeri, N./Rasch-Owald, S./Schmid, P. F./Wacker, P. G. (Hg): Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG), 94–112
- Dörr, R./Hummel, H. (1999), Psychotherapie traumatischer Belastungen und Personenzentrierter Ansatz, in: Brennpunkt 80, 7–17
- Frenzel, P. (1992), Das Rad neu erfinden. Leitfäden zur Entwicklung Personenzentrierter Technik in der Psychotherapie, in: Frenzel, P./Schmid, P. F./Winkler, M. (Hg), Handbuch der personenzentrierten Psychotherapie, Köln (Edition humanistische Psychologie), 209–240
- Gröflin-Buitink, Ch. (1994), Die klientenzentrierte Grundhaltung und ihre Konkretisierung in einer psychotherapeutischen Beziehung, in: Brennpunkt 59, 33–59
- Gröflin-Buitink, Ch. (2002), Erleben – Benennen – Reflektieren. Theorie und Praxis – ihre fruchtbare Wechselwirkung in der Personenzentrierten Psychotherapie, in: Iseli, C. et al. (Hg): Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG) 113–144
- Gutberlet, M. (1984), Braucht die klientenzentrierte Psychotherapie die Integration anderer Therapiemethoden und ein erweitertes Krankheitsmodell? In: GwG-info 57, 5–13; a. in: Brennpunkt 19 (1984), Brennpunkt 44 (1990), 10–15
- Gutberlet, M. (1995), Die Integration von anderen Therapiemethoden in die Gesprächspsychotherapie (GT), in: Brennpunkt 65, 17–25
- Gutberlet, M. (1997), Die personenzentrierte Haltung und ihre Ausdrucksformen, in: Brennpunkt 71, 41–43
- Gutberlet, M. (1999), Die Entfaltung von Personal Power im personenzentrierten Ansatz. Vortrag zum ÖGwG-Symposium 1998 in Linz, in: Person 2, 101–109
- Gutberlet, M. (2002), On Becoming Congruent: Kurzer Workshop zu einer lebenslangen Aufgabe, in: Iseli, C. et al. (Hg): Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG), 286–295
- Höger, D. (1989), Klientenzentrierte Psychotherapie – Ein Breitbandkonzept mit Zukunft, in: Sachse, R./Howe, J. (Hg), Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie, Heidelberg (Asanger), 197–222
- Keil, W. W./Stumm, G. (2002), Die verschiedenen Strömungen in der Personenzentrierten Psychotherapie, in: Keil, W. W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer), 65–74
- Kriz, J. (1989), Entwurf einer systemischen Theorie klientenzentrierter Psychotherapie, in: Sachse, R./Howe, J. (Hg), Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie, Heidelberg (Asanger), 168–194
- Kriz, J. (2002), Monoklone Therapeuten für monoklone Symptomträger? – Zur „Wissenschaftlichkeit“ von Psychotherapie, in: Psychoscope 1, 8–12
- Minsel, W.-R. (1974), Praxis der Gesprächspsychotherapie, Wien (Böhlau)
- Rogers, C. R. (1957a), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: Journal of Consulting Psychology 21,2 (1957) 95–103; dt.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie, in: Rogers, C. R./Schmid, P. F. (Hg.), Personenzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis, Mainz (Grünwald) 1991, 165–184
- Rogers C. R. (1959a), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework, in: Koch, S. (ed.), Psychology. A study of a science, Vol. III, New York (McGraw Hill), 158–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987
- Rogers C. R. (1961a), On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart (Klett) 1973
- Rogers, C. R. (1965): A therapeutic interview with Gloria with explanatory comments (Film), in: Shostrom, Everett (F-1965) (ed.), Three approaches to psychotherapy, Film, 16mm color or b/w, Orange, CA (Psychological Films)
- Sachse, R. (1991), Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart (Kohlhammer)
- Sachse, R. (1996), Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie, Göttingen (Hogrefe)
- Schmid, P. F. (2002), Anspruch und Antwort: Personenzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person, in: Keil, W. W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer), 75–105
- Speierer, G.-W. (1994), Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM); Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung, Heidelberg (Asanger)
- Tausch, R. (1989), Die Ergänzung der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie durch andere psychotherapeutische Methoden: eine klientenzentrierte Notwendigkeit, in: Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Bd. 1, Salzburg (Otto Müller), 257–268

Autor

Michael Gutberlet, Dipl.-Psych., Personenzentrierter Psychotherapeut (SGGT), Supervisor, Ausbilder für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (SGGT). Verhaltenstherapeut (dgv), Gestaltpsychotherapeut FPI/SVG, Dozent an Ausbildungsinstitutionen des Gesundheits- und Erziehungswesens. Selbstständig tätig seit 1974.

Korrespondenzadresse

*Michael Gutberlet
Birmensdorferstrasse 285
CH-8055 Zürich
E-Mail: mgut@active.ch*

Christian Fehringer

Eine essayistische Beschreibung von Supervisionsprozessen

Zusammenfassung: *Supervision stellt ein Lernphänomen dar, das sich darauf bezieht, wie man etwas über einen bestimmten Lernkontext lernt. Bezogen auf die Supervision bedeutet es, dass der Gegenstand des Lernens die Art der Interpunktion von Erzählungen, von Ereignissen ist. Supervisanden sollten sich diese Art des Lernens ermöglichen, um mit einer Vielzahl von Perspektiven in ihren therapeutischen Beziehungen arbeiten zu können. Die Absicht in Supervisionsprozessen liegt nicht darin, Supervisanden zu verändern. Das Anliegen ist darin zu sehen, den Supervisanden behilflich zu sein, neue Beschreibungsmöglichkeiten für hochkomplexe und somit oft unentscheidbare therapeutische/beraterische Konstellationen zu (er)finden. Im Personzentrierten Ansatz wird dieses Arbeitsverständnis mit dem Begriff „to facilitate“ bezeichnet. Dieser Prozess soll in der vorliegenden Arbeit beschrieben und konkretisiert werden.*

Schlüsselwörter: *Narratives Paradigma, Konstruktivismus, Beobachter, Wirklichkeit, Wandlungsprozesse, to facilitate, Supervision als Lernphänomen, Übergangsritual*

Résumé: *Une description sous forme d'essai du processus de supervision. La supervision constitue un phénomène d'apprentissage qui se réfère à la manière dont on apprend quelque chose par un contexte d'apprentissage particulier. En relation avec la supervision, ceci signifie que l'objet de l'apprentissage est la manière de ponctuer des récits, des événements. Ceux qui effectuent des supervisions devraient se permettre ce type d'étude pour pouvoir travailler, dans leurs relations thérapeutiques, avec une multitude de perspectives. L'intention dans les processus de supervision n'est pas de changer ceux qui supervisent. Il faut y voir la demande d'aider le supervisant à trouver (découvrir) de nouvelles possibilités de description pour des constellations thérapeutiques/de conseil hautement complexes et donc souvent indiscernables. Dans l'approche centrée sur la personne, cette compréhension du travail est définie par le terme « to facilitate ». Le présent travail a pour objet de décrire et de concrétiser ce processus.*

Mots-clés: *Paradigme narratif, constructivisme, observateur, réalité, processus de transformation, to facilitate, la supervision comme phénomène d'apprentissage, rituel de transfert*

Abstract: *An essayistic description of supervision processes. Supervision represents a learning phenomenon which refers to how we learn something about a certain learning context. With regard to supervision this means that what we learn about is the punctuation of narratives, of events. Supervisees should make this kind of learning possible for themselves in order to be able to work in their therapeutic relationships with multiple perspectives. The intentions of supervision processes is not to change the supervisee, but to help the supervisee to find or invent new possible descriptions of extremely complex and therefore often insoluble constellations in therapy or counselling. In the Person-Centred Approach this working concept is called "facilitating". In this article this process is described and concretised.*

Keywords: *Narrative paradigm, constructivism, observer, reality, processes of change, facilitate, supervision as a learning phenomenon, transition ritual*

„Das Unveränderte ist nicht wahrnehmbar, solange wir nicht bereit sind, uns im Verhältnis zu ihm zu bewegen.“ (G. Bateson)

Ich wurde gebeten, über Veränderungsprozesse bei Ausbildungskandidaten¹ in der Ausbildungssupervision zu berichten. Ich beginne mit einem Beispiel aus meiner eigenen Supervisionserfahrung. Eine meiner förderlichsten Supervisionen erlebte ich bei einem sehr erfahrenen, sehr renommierten und sehr eiteln Kollegen einer nicht-personenzentrierten Therapierichtung. Eine massive Irritation meinerseits entstand aus der Tatsache, dass mein berühmter Supervisor, nachdem er meine Darstellung konzentriert verfolgt hatte, mit etwa drei Worten auf meine Beschreibung und mich Bezug nahm, um sich dann in einem phantastischen Entwurf zu verlieren, der offensichtlich nichts mehr mit mir und meinem Anliegen gemeinsam hatte. Aber die daraus entstehende Verwirrung war nur ein vorläufiger und nicht allzu lange anhaltender Zustand. Die Überraschung lag darin, dass in den phantasievollen und auch sehr einfühlsamen Lebens- und Beziehungsgeschichten sich genau das kreative und förderliche Potenzial, das mir in meiner Arbeit verlorengegangen war, befand. Es war in der Mehrzahl der Fälle der notwendige, vielleicht manchmal etwas brachiale Aspektwechsel, der bei mir einen wertvollen Lernprozess in Gang zu setzen vermochte. Diese supervisorische Erfahrung hat meine eigene Arbeit entscheidend geprägt.

Mein Anliegen ist darin zu sehen, das Vermögen meiner Supervisanden dahingehend anzuregen, Geschichten zu erzählen. Meine Gründe dafür liegen in der Annahme, dass Menschen in ihren Geschichten leben. Die Fähigkeit, Erzählungen zu kreieren, ist grundlegend für die menschliche Existenz, denn der Mensch ist im Verhältnis zu sich und zu seinen Mitmenschen ein Erzähler, und durch diese Erzählungen mit den anderen verwoben.

Jede Erfahrung ist in dieser Erzählung aufgehoben (Grossmann 2000). Die subjektive Wirklichkeit ist eine höchstpersönliche Erzählung, die immer an besondere Plausibilitätsstrukturen gebunden ist, an gesellschaftliche Grundlagen, an bestimmte Kontexte, die für ihren Bestand erforderlich sind. Die Soziologen Berger/Luckmann (1980) vertreten die Ansicht, das (Alltags-)Leben der Menschen funktioniere wie das Rattern einer gewaltigen Konversationsmaschine, die unentwegt subjektive Wirklichkeit garantiert, modifiziert und (re-)konstruiert. Kandidaten, die ihre Ausbildung abschließen werden, gliedern sich aus der Sicherheit der alten Strukturen aus, und eben dieser Statuswechsel bedeutet notwendigerweise die Neukonstruktion der eigenen Erzählungen. Es vollzieht sich ein Identitätswechsel, von der Ausbildung zur Profession, verbunden mit der Notwendigkeit eines geänderten Selbstverständnisses.

Mein Versuch, umfassend über Wandlungsprozesse zu schreiben – ich ziehe diesen Begriff dem der Veränderung oder der Entwicklung vor –, ist wesentlichen Einschränkungen unterworfen. Die für diesen Artikel erbetene Antwort darauf, „was denn eigentlich in einer Supervision echt, echt wirklich geschieht“, muss ich schuldig bleiben. Aus einer konstruktivistischen Perspektive, der ich mich verbunden fühle, wird davon ausgegangen, dass die ontische Wirklichkeit nicht direkt erkennbar ist. Da wir die Welt an sich nicht fassen können, können wir auch zu keiner Objektivität gelangen, zu keinem letztgültigen Sinn in unserem Bestreben, zu verstehen. Die Welt an sich wird aus dieser Perspektive nicht gefunden, sondern erfunden (von Foerster/von Glasersfeld 1999). Sie wird von einem Beobachter, der Beobachtungen beschreibt, operativ erzeugt. Alles was gesagt wird, wird daher immer von einem Beobachter gesagt. Bedeutungen liegen nicht einfach vor, sie werden in einem gemeinsamen Prozess, in einer bedeutsamen – hier supervisorischen – Beziehung erzeugt. Supervisor und Supervisand können demnach nicht über die objektive Realität eines „Falles“, sondern nur über ihre Erfahrungen sprechen. Ich will das nicht als nachteilig verstanden wissen. Es ist eine sinnvolle Anregung, es in Supervisionsprozessen nicht beim „ersten Blick“ bewenden zu lassen. Weitere Blicke und die möglicherweise damit verbundenen Zweifel an allzu einfachen Antworten, z. B. der Verzicht auf eine objektivierende Diagnostik, sind sinnvoll. Überzeugungen mit der Kraft von Glaubenswahrheiten machen dumm. Zu glauben, wenn etwas funktioniert, sei die Theorie dahinter richtig, ist ein Trugschluss. Soziale Realität wird ohne Wissen über das endgültige Ergebnis produziert. Verschiedenste „Nebenprodukte“ menschlichen Strebens und Wollens, nichtintendierte, nichtgewusste und ungeahnte Nebeneffekte sind Bestandteile unserer Aufgabenstellungen und durchkreuzen unsere Pläne, unsere Gewissheiten. Unter Umständen werden die schließlichen Effekte, um die es in einem Sozialsystem geht, durch die Kombination von Unwissenheit und Indirektheit weit effektiver erreicht, als wenn man sie wissentlich und direkt erreichen wollte.

Ein Beispiel: Als Therapeut eines sechsjährigen Mädchens, das stationär aufgenommen war, weil es ständig das Haus, in dem es mit seiner Familie und dem Großvater lebte, verwüstete, war ich in unterschiedlichsten supervisorischen Kontexten mit genau so vielen und noch viel mehr Theorien „über“ das Mädchen konfrontiert. Jede Theorierichtung hatte ihre Diagnose, ihre Wahrheit (in der Regel Defizitmodelle) über das Kind. In meinem Bemühen um therapeutische Effektivität schließlich vollkommen zermürbt, gab ich mich geschlagen und begann, mit dem Mädchen in den Therapiestunden „einfach“ Märchen zu erfinden. Wir hatten ungezwungene Stunden, die aber nichts an der Zerstörungswut des Kindes änderten, wenn es zu Hause war. Eines Tages entstand zufällig (?) eine gemeinsame Erzählung, in der ein Großvater ein Haus baut, die Großmutter plötzlich stirbt und der Großvater nur den Satz sagt: „Wenn ich das Haus jetzt fertig gebaut hab, kann ich auch sterben“. Ab dem Moment war es dann nicht mehr schwierig, dem Kind zu helfen. Die Angst

1 In der Folge wird der Lesbarkeit halber auf die durchgehende Anführung beider Geschlechter verzichtet.

des Mädchens, der Großvater werde sterben, sobald er mit dem Haus fertig sei, war verstehbar geworden, und in dem Moment, wo das Kind verstanden wurde, konnte es auch sein Verhalten ändern. Der erlösende Effekt wurde durch die zufällige kreative Kombination von Unwissenheit und Ungerichtetheit in der therapeutischen Arbeit auf Grundlage einer bedeutsamen Beziehung erreicht.

Gelingende Supervision stellt für mich ein Lernphänomen dar, das sich auch darauf bezieht, wie man etwas über einen bestimmten Lernkontext lernt. Bezogen auf die Supervision bedeutet es, dass der Gegenstand des Lernens die Art der Interpunktion von Erzählungen, von Ereignissen ist. Wenn ein Beobachter eine Unterscheidung trifft, dann nimmt er als Begleiterscheinung eine Indikation vor. Beispielsweise kennzeichnet er eine der beiden unterschiedlichen Seiten als wesentlich. Das gilt es zu bedenken, und damit kann in der Supervision gut gearbeitet werden.

Meine Absicht in Supervisionsprozessen liegt nicht darin Supervisanden zu verändern. Ich will in Supervisionen nicht überlegenes Wissen gegen ein unterlegenes Wissen ins Feld führen. Ich erzähle über meine Erfahrungen. Ich will Besserwisserei kritisieren, die (Gut-)Gläubigen und Überzeugten verunsichern. Ich will den Notwendigkeits- und Unbedingtheitscharakter menschlicher Sicht- und Handlungsweisen in Frage stellen, um der Kontingenz der eigenen Überzeugungen und Bedürfnisse gerecht zu werden. Mein Anliegen ist darin zu sehen, behilflich zu sein, neue Beschreibungsmöglichkeiten für hochkomplexe und somit oft unentscheidbare therapeutische/beraterische Konstellationen zu (er)finden, ein Gefühl für alternative Verstehensmöglichkeiten anzuregen, um daraus unterschiedliche Bedeutungsgebungen und damit veränderte Bewertungen zuzulassen. Im Personenzentrierten Ansatz wird dieses Arbeitsverständnis mit dem Begriff „to facilitate“ beschrieben (Schmid 1996, 228ff). Es geht darum, die Dynamik des Wahrgenommenen im Wahrnehmungsprozess durch den Wahrnehmenden zu erhalten, um nicht erstarrten Bildern ausgeliefert zu sein.

Die Fragen, wie ich meine Arbeit erlebe und wie ich die Wandlungen der Kandidaten wahrnehme, hängen zusammen. Die Struktur von Ausbildungssupervisionen legt es nahe, Supervision auch als pädagogischen Prozess zu verstehen. Die Fähigkeit zu lernen hat einerseits eine historische Dimension und ist zugleich auf die Zukunft bezogen. Lernen ist mit der Fähigkeit verbunden, sich der eigenen Geschichten zu erinnern, um in dieser Auseinandersetzung eine zukünftige Freiheit zu erlangen. Unter therapeutischer Professionalität, dem Heimisch-Sein, hier dem Heimisch-Werden in diesem Berufsfeld, verstehe ich das Sich-Aneignen einer personalen Professionalität. Diese ist von der Selbsteinschätzung, vom Selbstverständnis, das sich aus Eigen- und Fremdwahrnehmung bildet, abhängig. Sie ist abhängig vom empfundenen „Können“ in der praktisch-therapeutischen Herausforderung und somit untrennbar mit der Persönlichkeit und der Entwicklung derselben verbunden. Es gilt, eine Übereinstimmung zwischen dem herzustellen,

wer die Kandidaten in einer aktuellen Selbsteinschätzung sind, welche Empfindungen das auslöst, und dem, was sie werden wollen – (selbst)verantwortlich arbeitende Therapeuten/Berater, die sich in hochkomplexen Situationen zu bewähren haben. Identität ist nicht als etwas zu verstehen, was man hat oder nicht hat, sondern Identität steht immer bevor. Je nach Alter, Geschlecht, ökonomischer, sozialer und beruflicher Situation, je nach Anforderung von Kompetenzkatalogen, denen sich Kandidaten verpflichtet fühlen, stellen sich diese Identitätsfragen in Supervisionsprozessen auch regelmäßig anders.

Für mich sind diese Ausbildungssupervisionen Übergangsrituale. Es betrifft den Zeitraum eines Kontextwechsels, in dem eine zugestandene Vorläufigkeit in der Arbeitsweise sich in eine professionelle Arbeitsidentität wandeln soll. Rituale werden als kulturelle Handlungen definiert, die vollzogen werden können, wenn soziale Konflikte festgefahren sind oder Entwicklungen und Wandlungsprozesse anstehen und gefördert werden können und müssen. Sie haben das Ziel, aus einer definierten Situation in eine andere definierte Situation überzuführen, und setzen sich strukturell betrachtet aus drei Phasen zusammen: Aus einer Trennungsphase, einer Schwellen- und Übergangsphase und einer Wiedereingliederungsphase (van Genneep 1908). Die definierte Ausgangsstruktur wird durch ein Trennungs- und Ablösungsritual verlassen. Diese Übergangsphase setzt in der Regel eine gewohnte Erzähl- und Sprechweise vorübergehend außer Kraft und erzeugt einen Prozess, in dem die alte Struktur sich transformiert – zerlegt –, um sich schließlich wieder neu zusammensetzen zu können. Für diesen Prozess hoher Instabilität braucht es für Supervisanden einen sicheren Ort, wo Fragen und Ungewissheiten und auch die bestehenden und einengenden – theoretischen – Zugehörigkeiten gelöst werden können. Dieser Ort hat nur formal eine eindeutige Position; vielmehr handelt es sich dabei um einen Ort der Dis-Position, an dem es möglich sein soll, dem Supervisor offen entgegenzutreten.

Wandlungsprozesse brauchen Begegnung. Das Bestreben, Identität zu erwerben, ist das Bestreben, sich zu differenzieren und abzugrenzen. Sich dem Supervisor anzuvertrauen und trotzdem nicht abhängig zu sein. Ich versuche als Supervisor wahrzunehmen und zu verstehen, was Supervisanden berichten, was sie fragen, was ihnen Schwierigkeiten bereitet und was sie verwirrt. Erfahrungen werden wechselseitig überprüft, Übereinstimmungen und Diskrepanzen formuliert und bewertet. Es wird gemeinsam versucht, sich in bestimmte therapeutische Situationen einzufühlen, um empathisch wahrzunehmen, wann sich bei wem welche Gefühle wie entwickeln. Wird dann ein Gefühl als bekannt empfunden, ist es einordenbar und kann dazu beitragen einzuschätzen, was für eine bestimmte Arbeitssituation passend und förderlich sein könnte. Wenn Supervisanden in mir Gefühle erwecken, deren Herkunft ich nicht erkennen kann, beginne ich, selbst affektiv zu agieren und mein Gegenüber zu verwirren. Über das, was wir fühlen, womit wir uns gegenseitig herausfordern, können wir – hoffentlich ausreichend

offen – sprechen. Das ist wiederum auch davon abhängig, wie ich die Bereitschaft und die Möglichkeit der Supervisanden einschätze, mit meinen Beiträgen umzugehen.

Naturgemäß nehme ich nicht alles wahr, was Supervisanden mir anbieten. Aus dem mir Angebotenen wähle ich einen bestimmten Teil aus. Den, der mich interessiert, der mir wichtig erscheint, und das, was ich zu verstehen glaube. Das, was ich nicht verstehe, fällt in der Regel aus der Kommunikation heraus. Für Supervisoren ist es von entscheidender Bedeutung, nicht nach dem Motiv zu handeln, dass immer noch sie der interessanteste Fall in der Supervision sind. Es sind aus personenzentrierter Sicht nicht in erster Linie theoretische Konzepte oder Methoden, die Supervisionsprozesse beeinflussen. Es ist vielmehr das, was ich über mich weiß, oder vor allem nicht weiß, was mich begeistert, interessiert, ärgerlich, ängstlich macht, was mich blockiert oder kreativ macht, beglückt oder bedrängt – also all das, was meine Person ausmacht; was klar und übereinstimmend ist, undeutlich und krisenhaft, was fremd bleibt und entfremdend wirkt. Das beeinflusst die Supervision. Das sollten Supervisoren sich eingestehen, das sollten Supervisanden lernen und bedenken. In der Regel lernen Ausbildungskandidaten vor allem in den Bereichen, die auch für mich nicht zu bedrohlich oder zu verwirrend erscheinen. Sie lernen an meiner beruflichen Identität. Im Fußball gibt es die triviale Erfahrung, dass die eigene Mannschaft nicht besser spielen kann als der Gegner gut ist. Dort, wo der Kandidat noch nicht in der Lage ist, einen bestimmten Aspekt wahrzunehmen, eigene Gefühle zuzulassen oder wechselnde Identifikationen auszuprobieren, werden auch die Möglichkeiten des Supervisors sich in jenen Grenzen bewegen, die ihm vom Supervisanden gesteckt werden. Es gibt – interaktionell – gute und schlechte Supervisanden, wie es auf dieser Ebene gute und schlechte Supervisoren gibt. Es ist eine Frage der Passung. Der Erfolg der gemeinsamen Arbeit liegt demzufolge im Erreichen einer ausreichend sicheren Beziehung und liegt im Bestreben, eine größtmögliche Transparenz der je eigenen Möglichkeiten und Absichten zu gewährleisten.

Die Übergangsphase, die der Ablösungsphase folgt, ist ein Balanceakt in einem freien Raum von Unterscheidungs- und Entscheidungsversuchen, in dem Gewissheiten und Eindeutigkeiten eben nicht die vorherrschenden Erzählformen sind. Ausbildungskandidaten lernen, die Eindeutigkeit einer Situation in Frage zu stellen, und zum Vorteil der Klienten sind nicht mehr „Richtigkeit“ oder „die Wahrheit“ entscheidende Kriterien, sondern Konstrukte werden auf ihre „Brauchbarkeit“ hin überprüft (von Glasersfeld 1981). Sie lernen, mit Paradoxien zu leben und zu arbeiten, Sinn und Gegensinn zu erfassen. Sie lernen, mit seltsamen tautologischen Aussagen wie „Alles was gesagt wird, ist von jemandem gesagt“, oder „Was beobachtet wird, wird von einem Beobachter beobachtet“, umzugehen. Diese Aussagen symbolisieren die „Leere“ der Übergangsphase und öffnen die Räume, in denen sich neue Wirklichkeitskonstruktionen bilden. Vorherrschend sind narrative Sprachfiguren des Ungewissen, Uneigentlichen, Ambivalenten, und diese

Ausdrucksformen werden in dieser Phase von den Supervisanden als ausnehmend unangenehm und oft auch als unprofessionell erlebt, da sie in anderen therapeutischen Kontexten – medizinischen Kliniken, psychosozialen Institutionen, u. ä. – mit einem paradigmatischen Denken konfrontiert sind, das sich um Kategorien und Begriffe aus dem naturwissenschaftlichen Diskurs dreht, die einen höchstmöglichen Grad an logischer Konsistenz zu erreichen haben und auf Wiederholbarkeit abzielen. Ich erachte es aber als sinnvoll für therapeutisches Arbeiten, einen Sprachstil zu erwerben, der sich eher mit der Unbeständigkeit menschlicher Intentionen beschäftigt, in dem Bedeutungen offen gehalten werden, um nicht den (reproduzierbaren) Entwurf einer Wirklichkeit herzustellen, wenn nur definierte Parameter beachtet werden. Im narrativen Paradigma wird der Versuch bevorzugt, eine Geschichte zu erzählen, die sich mit der Zeit entfaltet. In den Geisteswissenschaften, aber auch in den Naturwissenschaften wird dieses Konzept zunehmend übernommen, vor allem deshalb, weil Wissenschaftler den narrativen Modus für das anfängliche Formulieren einer Idee als unverzichtbar ansehen.

In der Supervision erlebt mich mein Gegenüber und erlebt sich in meiner Gegenwärtigkeit. Sie oder er sucht nach einem nachahmenswerten Modell und nimmt dafür in der Regel den Supervisor. Wenn es mir gelingt, mich in meiner Selbstdarstellung zu begrenzen, dann schaffe ich für die Kollegen den nötigen Freiraum, sich ihrerseits darzustellen und zu entfalten. Das bedeutet für sie, über die eigenen Stärken und Schwächen frei reden zu können, ängstlich oder risikofreudig zu sein, nachdenklich, schweigend, wortreich, raumgreifend, kämpfend, vorsichtig suchend, trotzig verschlossen oder offen fragend zu sein. Dieses verwandelnde Lernen findet in der Regel in Krisen und Konflikten statt. Und es sind eben diese Lernprozesse, die wiederum Konflikte und Krisen heraufbeschwören. Nämlich gerade dann, wenn Supervisanden feststellen, dass Klienten, die mit großem Engagement „bearbeitet“ werden, ein Eigenleben führen, dass sie sie hintergehen, dass sie sie ausnützen, dass sie nicht mitarbeiten. Dass Kollegen, mit denen gut zusammengearbeitet wurde, in Konfliktsituationen nicht solidarisch, sondern Konkurrenten sind. Diese Art des Lernens kann eine bittere Einpassung in die desillusionierende Realität des beruflichen Alltags darstellen. Es schälen sich, oft sehr mühsam, individuelle Lernthemen heraus: Was betroffen macht, was weh tut, wie mit Verantwortlichkeit verantwortlich umgegangen werden kann, was erhofft wird, und – fast als zentrale Frage – was denn als Erfolg zu werten ist. All das trifft das eigene Selbstkonzept und modifiziert es, korrigiert es, reduziert und erweitert es. Stabilisierende Orientierungsmuster werden damit hinfällig. Entwicklung oder Wandlung findet in diesem Arbeitsprozess in einer äußeren und inneren Konfrontation statt. Dann, wenn die Realität des Faktischen mit dem Entwurf des Möglichen verglichen und abgestimmt werden muss. Im Verlauf dieses Prozesses geht es darum, das Eigene zu finden, eine professionelle Individuation zu erlangen, in der Sicherheit und Beweglichkeit sich optimal ergänzen.

Wie also wandeln sich Ausbildungskandidaten in dieser bedeutsamen supervisorischen Beziehung? Ein Aspekt war, den Kontext zu beschreiben, in dem diese Passungsprozesse stattzufinden haben, um ein Scheitern zu verhindern. Ein weiterer Aspekt liegt im sich wandelnden Verständnis und Umgang mit der „Eigenzeit“. Kandidaten lernen, dass Psychotherapie nicht allein in der Zeit, sondern auch und vor allem mit der Zeit handelt. Sie lernen, sich der Zeit, der Zeit-Geschichte zu bemächtigen, machen sie selbst zum Verhandlungsgegenstand. Sie erschaffen sich eine neue Perspektive auf die Zeit und die durch die Zeit organisierten Tatsachen. Sie regen damit die Gestaltbarkeit von Raum und Zeit an, die Dimensionen, in denen sich Menschen erleben, wahrnehmen und ihre je eigenen Erfahrungen machen. Sie lernen in diesem Prozess Verantwortung für ihre therapeutische Haltung, für ihre Fragen, ihren theoretischen Hintergrund, ihre Bedeutungswelten und für die Konsequenzen, die sich in der gemeinsamen Beziehung daraus ergeben, zu übernehmen. Sie lernen, als Therapeuten keine Verantwortung für Veränderung zu haben, sondern die Maxime der therapeutischen Verantwortung in der Erhaltung der eigenen Arbeitsfähigkeit zu sehen. Sie lernen, Arbeitskontexte zu unterscheiden.

Eine weitere Antwort sei in eine Geschichte verpackt: „In einem armen Dorf in China lebte ein Bauer. Er wurde von den Leuten im Dorf für reich gehalten, denn er besaß ein Pferd. Eines Tages lief dieses Pferd weg und alle Nachbarn kamen und klagten, wie groß der Verlust sei. Der Bauer sagte nur: „Vielleicht“. Einige Tage später kam das Pferd zurück und in seinem Gefolge trabten zwei Wildpferde. Alle Nachbarn freuten sich und priesen den Bauern glücklich, aber sagte nur: „Vielleicht“. Der Sohn des Bauern versuchte, ein Wildpferd zuzureiten, wurde abgeworfen und brach sich ein Bein. Die Nachbarn betraurten und beklagten das Unglück, aber der Bauer antwortete wieder nur: „Vielleicht“. Eine Woche später kamen Soldaten des Kaisers, um junge Männer für einen bevorstehenden Krieg einzuziehen. Sie nahmen den Sohn des Bauern nicht mit, da dessen Bein gebrochen war. Die Nachbarn sagten dem Bauern, welches Glück er gehabt habe, doch er erwiderte nur: „Vielleicht“. Usw., usw. ... (Bardmann 1992, 97).

Was zeigt sich durch diese Geschichte? So wie der Bauer mit seinem beständigen „vielleicht“ eindeutige Situationen relativiert, sie offen hält, so sind Kandidaten ihrerseits gefordert, ihre Einschätzungen ständig zu relativieren, sich mit Kontingenz auseinanderzusetzen, sich in einem narrativen supervisorischen Diskurs konsequent die Fragen zu stellen, was denn alles gesagt und gedacht werden kann. Und es wird gelernt und anerkannt, dass diese sogenannten differenten Positionen nicht beliebig zu wählen sind, sondern dass diese Pluralität theoretisch zu artikulieren, zu präzisieren und herauszuarbeiten ist. Und diese Arbeit ist mit der personenzentrierten Anforderung verbunden, jegliche Theorie im Moment der Begegnung wieder außer Acht lassen zu können. Die Kollegen lernen bei jeder Wahrnehmung um ihren Setzungscharakter und ihre Ausschlüsse zu wissen. Eine darauf aufgebaute

therapeutische Handlungswelt ist im Einzelnen spezifischer und im Ganzen durchlässiger. Das ist die Wandlung, die für mich im Vordergrund steht. Vom Grundsatz abzurücken, dass nichts so praktisch ist wie eine gute Theorie. Dass es vielmehr gilt, die Fähigkeit zu entwickeln, die Versionen des Wahren einer gegenwärtigen Situation zu erfassen um damit zu arbeiten. Auch der Personzentrierte Ansatz hat „naturalisierte“ Wahrheiten, wie wir wissen. Die Kollegen erlernen, ein „Vielleicht“ nicht nur zu akzeptieren, sondern daraus sogar Kraft für ihre Tätigkeit zu ziehen.

Literatur

- Bardmann, Th. M./Kersting, H. J./Vogel, H. C. (1992), Das gepfefferte Ferkel. Lesebuch für SozialarbeiterInnen und andere KonstruktivistInnen, Aachen (Kersting IBS-Verlag)
- Berger, P. L. Luckmann, T. (1980), Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie, Frankfurt/Main (Fischer)
- Grossmann, K. (2000), Der Fluß des Erzählens. Narrative Formen der Therapie, Heidelberg (Carl-Auer-Systeme)
- Schmid, P. F. (1996), Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Ein Handbuch. Bd. 2: Die Kunst der Begegnung, Paderborn (Junfermann)
- van Gennepe, A. (1908), Übergangsriten, Frankfurt/Main (Campus)
- von Foerster, H./von Glasersfeld, E. (1999), Wie wir uns erfinden. Eine Autobiographie des radikalen Konstruktivismus, Heidelberg (Carl-Auer-Systeme)
- von Glasersfeld, E. (1981), Einführung in den radikalen Konstruktivismus, in: Watzlawick, P. (Hg.), Die erfundene Wirklichkeit, München (Piper), 16–38

Autor

Christian Fehring, 1953, Mag. phil., Psychotherapeut, Supervisor, Coach (ÖV und ÖBVP) in freier Praxis. Ausbilder und Lehrtherapeut des Instituts für Personzentrierte Studien der APG. Interessen- und Forschungsschwerpunkt ist die Erschaffung von Bedeutung in der therapeutischen Beziehung und der Wandel von Sprache und Selbsterzählungen in diesen Prozessen sowie vergleichenden Psychotherapieforschung der systemisch-konstruktivistischen und der personenzentrierten Theorie und Praxis.

Korrespondenzadresse

*Mag. Christian Fehring
Roten Löwengasse 13/15
A-1090 Wien
Tel.: (0043) (0)1 310 19 42
E-Mail: christian.fehring@acw.at*

Franz Berger

Veränderungsepisoden und Bedeutungskonstruktion im personzentrierten Therapieprozess

Zusammenfassung: *Woran erkennt der Praktiker¹ während eines Therapieverlaufs unter den vielfältigen Phänomenen jene Veränderungen, die für den Therapieverlauf bedeutsam sind? Letztere sind für den Autor keine objektiven Gegebenheiten, sondern komplexe Konstruktionen in Form von Erzählungen und Wahrnehmungskonfigurationen. Orientierungsraster für Veränderungswahrnehmungen und -schlussfolgerungen leitet der Autor aus der personzentrierten Therapietheorie ab, er bezieht sich dabei auf Prozess- und Therapieziele. Als Indikatoren gelten etwa so konkrete Phänomene wie die Zunahme der Selbstexploration und die Vertiefung des Experiencing, aber auch weit abstraktere wie zum Beispiel die Reduktion der Inkongruenz oder die Veränderung des Selbstkonzepts. In den einzelnen Therapiephasen sind Veränderungssignale unterschiedlich bedeutsam. Veränderungen im Therapieprozess werden als Muster manifest. Illustriert werden diese anhand einer Reihe von änderungsbezogenen Therapieausschnitten aus dem Kontext der Studierendenberatung.*

Schlüsselwörter: *Personzentrierte Psychotherapie, therapeutische Episoden, Bedeutungskonstruktion, Therapieziel, Prozessvariable, Therapiedokumentation, Studierendenberatung*

Résumé : *Episodes de changement et construction de sens dans le processus thérapeutique centré sur la personne. A quoi le praticien reconnaît-il, parmi les multiples phénomènes qui se produisent au cours d'une thérapie, les changements qui sont significatifs pour le déroulement de la thérapie ? Ces derniers ne sont pas pour l'auteur des faits objectifs, mais des constructions complexes sous la forme de récits et de configurations de perceptions. L'auteur en déduit un schéma d'orientation pour les perceptions et les conclusions de changements de la théorie de la thérapie centrée sur la personne; il se réfère pour cela à des objectifs de processus et de thérapie. Sont pris en compte comme indicateurs, par exemple, des phénomènes aussi concrets que l'augmentation de l'auto-exploration et l'approfondissement de l'experiencing, mais aussi des notions beaucoup plus abstraites telles que, par exemple, la réduction de l'incongruence ou l'évolution du concept de soi. Dans les différentes phases de la thérapie, les signaux de changement sont diversement significatifs. Les changements dans le processus thérapeutique deviennent manifestes en tant que modèle. Ils sont illustrés en s'appuyant sur une série d'extraits de thérapies axées sur la transformation, extraits tirés du contexte du conseil aux étudiants.*

Mots-clés : *Psychothérapie centrée sur la personne, épisodes thérapeutiques, construction de sens, objectif de la thérapie, processus variable, documentation sur la thérapie, conseil aux étudiants*

Abstract: *Episodes of change and construction of meaning in the person-centred therapy process. What enables a professional in the course of therapy to distinguish, among the manifold phenomena that occur, those changes which are meaningful for the therapy process? For the author these are no objective facts, but complex constructions in the form of narratives and configurations of perception. On the basis of the person-centred theory of therapy, the author derives orientation frameworks for the perception of and conclusions about changes. In this he refers to the goals of the process and of therapy. Indicators are concrete phenomena like increasing self-exploration and the deepening of experiencing, but also much more abstract elements like, for example, the reduction of incongruence or the change of the self-concept. In the individual phases of therapy the signs of change are significant in different ways. Changes in the therapy process become evident as patterns. These are illustrated by a series of therapy excerpts focused on change and coming from the context of student counselling.*

Keywords: *Person-centred psychotherapy, therapeutic episodes, construction of meaning, therapy goal, process variable, therapy documentation, student counselling*

1 Um Doppelformulierungen bei geschlechtsspezifischen Wörtern zu vermeiden, verwende ich in diesem Artikel die weibliche und die männliche Form alternierend.

„Experiential theory is dialectically constructivist in nature, emphasizing that change is an inherent aspect of all systems, that meaning is created by human activity, is created in dialogue, is constrained by a bodily felt emotional experience, and ultimately is created by synthesis of experience and symbol.“
(Greenberg / Watson / Lietaer 1998, 453)

1. Zur Konstruktion von Veränderungsgeschichten

Veränderungen sind alltäglich in unserem Leben und unserer Umwelt, bloss² bemerken wir dies nicht immer oder erst nach einer gewissen Zeit, und wir lassen uns auch leicht täuschen: Wir glauben, dass es die Sonne ist, die untergeht, und wir wähnen uns in Bewegung, wenn im Bahnhof ein Zug in Gegenrichtung wegfährt. Veränderung an sich ergibt noch keinen Sinn. Um im Alltag oder im Kontext einer Therapie ‚wirkliche‘ Veränderungen oder ihr Ausbleiben festzustellen und ihre Bedeutung zu erkennen, bedarf es eines invarianten Bezugspunktes. Ich bin lebendig am Veränderungsprozess der Klienten beteiligt und verändere mich mit. Ein Orientierungsrahmen, gebildet aus dem Änderungswissen der personzentrierten Therapietheorie, aus Erkenntnissen der Psychotherapieforschung und meiner selbst in meinem gewordenen Selbstverständnis, meinem Selbst-‚Konzept‘ erlaubt mir, meine Wahrnehmungen zu validieren. Ich kreierte so aktiv meine Wahrnehmungen, in sie geht mein Vorverständnis über Realität ein. „Wir tragen Wahrnehmungserwartungen an die Umgebung heran“ (Grawe 1998, 182), wir interpretieren Wahrnehmungskonfigurationen im Sinn einer Intention, zum Beispiel auf dem Hintergrund therapeutischer Ziele. Offen bleibt, wie ‚wirkliche‘ therapeutische Veränderungen (vgl. „significant change events“, Elliott 1984) von normalen oder zufälligen Variationen des menschlichen Erlebens und Verhaltens einerseits, von Variabilität aufgrund anderer Einflussfaktoren andererseits unterschieden werden können.³ Wenn sich Menschen im Alltag in häufigen und intensiven Kontakten über ihre Erlebnisse, Werte und Ziele austauschen, vertieft sich ihre Beziehung. Sie erleben unter guten Bedingungen eine positive Veränderung, aber sind diese deswegen schon ‚therapeutisch‘? Ich sehe noch weitere Schwierigkeiten: Unsere Kenntnis von Veränderungen der Klientinnen stammen teilweise aus der unmittelbaren, aber – wie eben ausgeführt – nicht fehlerfreien Beobachtung im therapeutischen Kontakt, teilweise aus Schilderungen der Klientinnen selbst aus ihrem Alltag. Solche Aussagen sind ‚Texte‘ in einem spezifischen ‚Kontext‘, sie sind Konstruktionen (Angus / Hardtke 1994).

2 Bei Beiträgen von Schweizer Autorinnen und Autoren wird die Schweizer Variante der Rechtschreibung beibehalten (Anm. d. Red.).

3 Elliott (2001) beschrieb kürzlich eine hermeneutische Methode zur Validierung von Veränderungen.

Veränderungsbezogene Berichte sind Erzählungen, in denen ‚Texte‘ in eine Reihe und eine Beziehung zueinander gebracht werden, wir haben es hier mit hochkomplexen Konstruktionen zu tun.

Der Weg von der alltäglichen Beobachtung über ‚sichere‘ Aussagen bis zur Formulierung einer empirisch überprüfbaren Veränderungstheorie ist noch lange nicht abgeschritten. Unablässiges Sammeln von Beobachtungen und Erlebnisberichten, das dürfte deutlich geworden sein, führen nicht zu einem Verstehen des Veränderungsprozesses und seiner Facetten. Dazu bedarf es der nachvollziehbaren Konstruktion von Beziehungen zwischen den Daten und eines intersubjektiven Dialogs. Ich hoffe, dass meine Episodenschilderungen, respektive Erzählungen aus der Praxis der Studierendenberatung nachvollziehbar sind und ‚geteilte Wirklichkeit‘ herzustellen vermögen. Vorweg fasse ich einige veränderungsbezogene Raster zusammen, welche eine Orientierung bei der Wahrnehmung von therapeutischen Phänomenen erleichtern.

2. Veränderungsziele und Prozessveränderungen im Kontext der Personzentrierten Psychotherapie

„Wir haben auf klinischem und auf statistischem Weg herausgefunden, dass sich *ein voraussagbares Muster* der therapeutischen Entwicklung einstellt. (...) Wir wissen heute“, schreibt 1946 Carl Rogers selbstbewusst und programmatisch, „wie eine *komplexe und voraussehbare Kette von Ereignissen* eingeleitet wird.“ (Rogers 1946c, 416)⁴ Ich fasse die von ihm genannten therapiebedingten Wirkungen wie folgt zusammen: Der Klient wird über seine handlungsmotivierenden Einstellungen sprechen und seine Einstellungen und Reaktionen umfassender explorieren als bisher, und er wird auf Aspekte dieser Einstellungen stossen, die er bisher verleugnet hat. Er wird seine Einstellungen besser verstehen und sich mehr akzeptieren. Dabei ist nicht wichtig, ob er dieses bewusstere Verstehen seiner selbst und seines Verhaltens verbalisiert oder nicht. Mit geschärfter Selbstwahrnehmung wird er sich aus eigener Initiative und in eigener Verantwortung neue Ziele setzen, die befriedigender sind als die bisherigen, und er wird ein Verhalten wählen, das ihn zu diesen Zielen führt. Er ist weniger angespannt, spontaner, mehr in Übereinstimmung mit den sozialen Bedürfnissen der anderen. Es wird „ein Schritt vorwärts im Leben des Individuums“ sein. Rogers nennt zwei globale Bereiche, auf welche die Therapie verändernd zielt: auf die Reorganisation der Einstellungen und – vielleicht überraschend – auf die Neuausrichtung des Verhaltens (ebd. 422).

Die neuere Psychotherapieforschung hat diesen Katalog der Veränderungskriterien bestätigt und differenziert. Die Vorstellung, dass sich Veränderungen in Mustern äussern, vertritt zum Beispiel

4 Übers. und Hervorh. F. B.

Grawe (1992, 147): „Die Wirkungen von Psychotherapie müssen ganz prinzipiell als ein zusammenhängendes Muster von untereinander in funktionalen Wechselwirkungen stehenden Veränderungen konzipiert werden, anstatt als eine additive Ansammlung voneinander unabhängiger Einzeleffekte.“ Rice/Greenberg (1984) berichten in „Patterns of Change“ Untersuchungen zu Veränderungsmustern. Es wurden beispielsweise Schlüsselereignisse in der Therapeut-Klient-Interaktion⁵ untersucht und signifikante Veränderungsmomente analysiert⁶. Änderungen im Kontext der Personzentrierten Therapie – das wird dabei deutlich – werden nicht prioritär auf der Ebene der Symptome und auch nicht auf jener der Persönlichkeitsstruktur erwartet, sondern auf der Ebene „der Prozesse, welche die Wahrnehmung und das Erleben steuern“ (Eckert 1996, 183). Grawe (1998, 90) weist darauf hin, dass Klientinnen „prozessuale Fähigkeiten“ erwerben: Sie lernen, ihre Wahl- und Entscheidungsprozesse besser zu steuern. Allgemeiner gefasst zeigen sich Veränderungen in der Reduktion von Inkongruenz im Erleben respektive in der Veränderung des Selbstkonzepts. Klienten entwickeln Selbstempathie, werden gewahrt, was sie ändern möchten, gewinnen Energie, um etwas zu ändern und finden einen unmittelbaren Zugang zu ihrem Erleben in seiner Vielfalt (Greenberg/Rice/Elliott 1993, 147). Wenn eine Klientin entspannt und fröhlich von positiven Erlebnissen erzählt, ist dies nicht nur ein (symptombezogener) Hinweis, ‚dass es ihr besser geht‘, sondern und erstrangig ein Ausdruck der selbstinitiierten Fähigkeit, positive Erlebnisse zu schätzen, sie als Ressource zu nutzen und die Kommunikation darüber als Energiequelle zu genießen.

Vertiefung des Experiencing ist der zentrale Indikator für Veränderung. Aus personzentrierter Perspektive richtet die Therapeutin ihre Aufmerksamkeit in der Therapie weniger auf erwartete Muster als auf die Variation des Erlebens von Moment zu Moment⁷, dies in Konsequenz zur therapeutischen Aufgabe, wie sie etwa Greenberg/Watson/Lietaer (1998, 452) für die Experientielle Psychotherapie formuliert haben: „The most global task of experiential therapy is that of deepening clients' experiencing. (...) The specific tasks thus all involve deepening experiencing, but each one involves a variety of processes for achieving this in different problem contexts.“ Für Rogers bewirken die therapeutischen Bedingungen u. a. eine *Vertiefung der Kommunikation*: „If the client feels that he is actually communicating his present attitudes, superficial, confused, or conflicted as they may be, and that his communication is understood rather than evaluated in any way, then *he is freed to communicate more deeply.*“ (Rogers 1946, 419, Hervorh. F. B.) Vertiefung des Experiencing, Zunahme der Selbstexploration und ‚fließendere‘, ‚tiefere‘ Kommunikation sind demnach Bedingungen

für die Veränderungen und zugleich Wirkungen der therapeutischen Bedingungen. Sie haben zusammen ein Ziel: die Förderung einer beweglichen, integrativen Selbstorganisation.

Weitere Prozessaspekte wurden in den letzten Jahrzehnten untersucht, das Handbuch von Bergin & Garfield (1994) berichtet ausführlich darüber. Erforscht wurden Phänomene der nonverbalen und paraverbalen Kommunikation, Veränderungen der Klientenerwartungen an die Therapie, Variationen in der Offenheit/Defensivität, Entwicklung von negativen Gefühlen der Feindseligkeit u. a. m. Als sehr bedeutsam für den Therapieerfolg erwies sich die komplexe Prozessvariable ‚Therapeutische Allianz‘. Sie berührt die Qualität der Klient-Therapeut-Interaktion und des therapeutischen Engagements von beiden Seiten. Ein starkes Arbeitsbündnis beruht nach Horvath/Greenberg (1986, 533)

1. auf einer Übereinkunft über relevante Ziele der Therapie,
2. auf einer Zustimmung zu einer klar umschriebenen, einsichtigen und zielbezogenen Aufgabe und einer realistischen Einschätzung der Ressourcen, die notwendig sind, um das Therapieziel zu erreichen, und
3. auf einem Sich-Verbünden von Klientin und Therapeutin zu gemeinsamer, vertrauensvoller Kooperation.

Veränderungen im therapeutischen Prozess kann ich um so differenzierter wahrnehmen, je mehr ich in der Lage bin, „den ganzen Reichtum und die Vielfalt menschlicher Ausdrucksformen und bedeutungstragender Symbolisierungen“ (Keil 2002, 41) zu erfassen. *Experiencing, Integration verleugneter Selbstaspekte ins Selbstkonzept, Arbeitsbündnis, Empathie* etc. sind nicht bloße abstrakte Konzepte oder normative Ziele, sondern praktische Gefässe, um die Fülle der Phänomene aufnehmen zu können.

3. Veränderungen aus Klienten-Sicht

Wie nehmen Klientinnen selber Veränderungen in ihrer Therapie wahr? Ich liste typische Äusserungen aus der Praxis auf, in der Überzeugung, dass sie als Erwartungsmuster meine Wahrnehmung von aktuellen Veränderungen beeinflussen:

- „Ich bin aktiver, offener, mitteilbarer, hellhöriger, aufmerksamer und konzentrierter, aber auch müder, energieloser, hoffnungsloser, ängstlicher, verzweifelter: Ich nehme Gefühle intensiver wahr.“
- „Andere glauben mir plötzlich, und ich werde ernster genommen.“
- „Andere sagen mir, ich hätte mich verändert, und sie freuen sich (oder:) sind irritiert.“
- „Ich stürze in Stressmomenten weniger ab, sinke in depressiven Stimmungen weniger tief, gerate bei Aufregung weniger in Panik.“ – „Ich fange mich in Krisen rascher auf.“
- „Ich stehe jetzt zu dem, was mir wichtig ist, obwohl ich den Standpunkt der anderen auch verstehe.“

5 von Mathieu-Coughlan/Klein, 213–248

6 Elliott (1984)

7 „focus on moment-by-moment variation, rather than on stability and enduring patterns“ (Greenberg/Watson/Lietaer 1998, 456)

- „Wenn etwas zu diffus ist oder mir nicht passt, sage ich jetzt schneller Nein.“
- „Ich arbeite, liebe, streite und entscheide mehr in Übereinstimmung mit mir und genieße es.“
- „Mein Verhältnis zu (Eltern, Partnerin, anderen wichtigen Bezugspersonen) ist besser geworden.“
- „Ich merke, wie sich das, was ich erlebe, entscheide und tue zu einer zusammenhängenden Geschichte zusammenfügt.“

4. Phasenspezifische Veränderungssensitivität

Meine Erwartungen von Veränderungen und stabilen Zuständen sind je nach Therapiephase unterschiedlich. In einer *ersten Phase* mache ich mich mit der Eigenart und der intra-individuellen Variation der Person vertraut, werde auf nicht-integrierte Erfahrungsaspekte aufmerksam (Inkongruenz), gewinne so Anhaltspunkte für die Therapieindikation und für eine Art ‚Base-line‘ zur Beurteilung von späteren Veränderungen. Ich erhalte bereits in diesen ersten Kontakten Veränderungssignale, nämlich darüber, ob mein Beziehungsangebot wahr- und angenommen wird. Ein Beispiel hierzu:

Ein Student fand das Erstinterview auf der Studierendenberatung zunächst sehr belastend, in den Tagen darauf wuchs aber der Wunsch, sich weiter mit sich auseinander zu setzen und er erlebte das zweite Gespräch als befreiend: „Wenn ich sage, was ich denke und wie es mir geht, kommt so etwas wie eine neue Perspektive dazu; ich sehe es von verschiedenen Seiten und kann es auch mal stehen lassen.“ Im dritten Kontakt etabliert sich bereits ein intensiver, von Hoffnung genährter Explorationsprozess.

In einer *zweiten Phase* steht die Festigung eines Arbeitsbündnisses an. Ich achte auf Äusserungen über Erwartungen an und Ziele für die Therapie oder frage danach. Ich beobachte, ob die Klienten beginnen, sich mit sich auseinander zu setzen. Dies führt nicht zu einem festlegenden Therapieplan, wohl aber zu Bezugspunkten für die Zwischenbilanzen und die Schlussevaluation und zur Begründung einer verlässlichen Kooperation. Solche Bezugspunkte ermöglichen frühzeitiges Erkennen von negativen Entwicklungen.

In der *Hauptphase* der Therapie findet ein kontinuierliches, aber nicht zwanghaftes Monitoring des Prozesses statt: Wie steht es um das Niveau der Selbstexploration und des Experiencing? Erlebe ich mich wertschätzend, kongruent, empathisch? Wie schätze ich die Kooperation ein? Welche Änderungen der kognitiven Verarbeitung, des emotionalen Ausdrucks, der Verhaltensweisen sind zu beobachten? Veränderungshinweise entnehme ich spontanen Erzählungen (KL.: „Komisch, inzwischen ist das ganz anders.“) und meiner unmittelbaren Erfahrung mit der Klientin (Th.: „Ich habe den Eindruck, da hat sich etwas gewandelt.“), in Reaktionen auf herausfordernde Konfrontationen (Th.: „Ich sehe, dass Sie nicht mehr so heftig erschrecken, wenn ich Sie daran erinnere.“), anlässlich ausserordentlicher Ereignisse (KL.: „Vor drei Monaten

hätte mich das noch umgehauen.“) oder durch Mitteilungen zwischen den Therapiekontakten (Briefen, E-Mails). Besondere Sorgfalt lege ich auf das Monitoring des Arbeitsbündnisses: Stimmt die Qualität des Kontaktes noch? Sind wir auf der Spur der vereinbarten therapeutischen Aufgabe? Reichen die Ressourcen, um zum Ziel zu kommen?

In der *Schlussphase* der Therapie rege ich dazu an, die in der Hauptphase eingetretenen Veränderungen nochmals zu vergegenwärtigen, sie mit den anfänglichen Zielen und Erwartungen in Beziehung zu bringen. Das Abschlussgespräch dient diesem Zweck. In der Katamnese nach 6 bis 12 Monaten werden die mittel- und langfristigen Therapiewirkungen der Therapie, die Integration der Veränderungen in den Alltag und die Spätwirkungen erfasst.

5. Veränderungsepisoden in der Praxis der Studierendenberatung

Im Folgenden stelle ich änderungsbezogene Ausschnitte aus Therapie- und Beratungsverläufen vor und kommentiere sie exemplarisch auf dem Hintergrund der erwähnten Orientierungsraster⁸.

Zunehmende Selbstexploration: Peter schaut hinter die Angst

Ein Student sucht Hilfe bei der Bewältigung von Prüfungsangst im Anschluss an einen Misserfolg. Diesen schildert er wie ein Faktum, ein äusseres Ereignis, im Stil einer detaillierten Rechenschaftsablage. Allmählich werden Enttäuschung über den Misserfolg, Ärger über das Aufgehalten-Werden und Demoralisierung als persönliche Reaktion auf den Vorfall ausgedrückt⁹. Mit der Hinwendung zu seiner Verletzung, seinen zuvor uneingestandenem Rachewünschen und seiner Verzweiflung beginnt der Student, sich mit dem Schmerz des Abgewiesen-Werdens zu befassen und seine Handlungs- und Kommunikationsoptionen zu explorieren. Er erlebt zeitweilig mehr Angst, gewinnt aber zunehmend Sicherheit, dieser gewachsen zu sein, und stellt sich zuversichtlich der Wiederholungsprüfung.

Vertieftes Experiencing: Helen steht für sich ein

Helen heiratet während ihres Studiums einen Forscher und bringt mit ihm nach der Geburt eines Kindes zwei Jahre im Ausland.

8 Als Quellen für diese Texte zog ich meine Aufzeichnungen zu den Therapieprozessen, gelegentlich schriftliche Dokumente der Klientinnen bei. Die Namen sind geändert.

9 Studierende könne auch aus anderen als internalen Gründen scheitern, etwa wegen unfairer Prüfungsmodalitäten. Da wäre ein Therapieangebot unangemessen.

Sie verliert den Anschluss an ihr Studium, möchte aber doch einen Abschluss machen, kann sich aber kaum mehr auf ihre Abschlussarbeit konzentrieren. Sie ist verzweifelt und frustriert: „So habe ich mir mein Leben nicht vorgestellt.“ Nach einer langen Phase der Depression und Stagnation, gequält von Selbstvorwürfen, Zweifeln und Disziplinierungsversuchen beginnt Helen, lange aufgeschobene Sachen zu erledigen, bespricht sich mit ihrem Professor, wehrt sich gegen normative Appelle und Schuldzuweisungen ihrer Mutter und setzt sich gegenüber ihrem an traditioneller Rollenverteilung ausgerichteten Ehemann bei der Forderung nach mehr eigenem Raum in der Wohnung durch.

Helen geht – so die Makro-Veränderung – aktiv an die *alters- und genderspezifischen Herausforderungen in Familie, Partnerschaft und Beruf heran*. Sie vermeidet weniger die Konflikte im sozialen Kontakt. Ob dies auf die Therapie zurückzuführen ist oder auf die Erfahrungen mit ihrem Kind und die zweite Schwangerschaft oder auf die Auseinandersetzung mit ihrer Mutter lässt sich auf dieser deskriptiven Ebene nicht entscheiden. Hier ein Ausschnitt zum Therapieprozess auf der Mikroebene anlässlich der Schilderung eines Erlebnisses:

Helen räumte kurz vor der Geburt ihres zweiten Kindes ihr Arbeitszimmer auf, stiess dabei auf mehrere unvollendete Versionen ihrer Abschlussarbeit, die sie immer wieder neu begonnen und dann vergessen hatte, und gerät bei dieser Entdeckung in Unruhe: Sie sieht für sich keine Chance, sich später ohne abgeschlossenes Studium beruflich zu entwickeln und für zwei Kinder die Erziehungsverantwortung tragen zu können. „Ich bringe das nie auf die Reihe“, denkt Helen, gerät in Panik und fühlt sich schlagartig so müde, dass sie sich aufs Bett legt. „Ich weiss, es ist falsch, wenn ich mich in einem solchen Moment hinlege. Das macht alles noch schlimmer. Aber etwas war dann überwältigend – ich weiss gar nicht mehr, was da genau war – eben war es klar da, aber es ist mir schon wieder entwischt – da ist glaub' ich etwas Wichtiges verborgen, ich kann es aber fast nicht fassen. Es ist, als ob die Zeit stillsteht oder in Zeitlupe vergeht.“ Helen schweigt verwirrt und sagt dann: „Mir wird erst jetzt deutlich, dass immer dann, wenn ich in einer schwierigen Lage nicht weiss, was ich tun soll, ich mich sofort total unfähig und defizitär fühle und verzweifle und erwarte, dass andere da sind, die mir helfen. Das ist wie ein Scharnier, das sofort einschnappt und mir gar nicht erst die Wahl lässt, mich zu fragen, was ich denn selber in diesem Moment für mich tun könnte.“

Helens Experiencing hat eine Vertiefung erfahren. Sie entdeckt bei sich Momente der Leere und der Ohnmacht, kann (zunächst für einen ganz kurzen Moment) die Komplexität dieses Erlebens zulassen, sie findet es irritierend und aufregend. Die Symbolisierung gelingt noch nicht vollständig. Helen vermutet in sich selbst eine wichtige Ressource für ihre Unabhängigkeit und eine Alternative zur Panik und wundert sich, weshalb ihr etwas so Wichtiges ständig entgleitet, wenn sie darauf achtet. „Ich habe da anscheinend meine Widerstände“, sagt sie selbstironisch und verständnisvoll.

Das verlorene Selbst: Cornelia

Cornelia leidet an Bulimie und fürchtet, das Essen nie mehr stoppen zu können. Essen mache sie unempfindlich gegen Schmerz und Trauer, ‚föhlos‘. Während einer Therapiestunde sagt Cornelia, dass sie jetzt gerade total in Stimmung sei, einfach zu essen, und unmittelbar darauf schämt sie sich heftig: „Das darf niemand wissen.“ Dass Cornelia ihr Essbedürfnis mir als Zeugen unmittelbar mitteilt, ist ein bedeutender Schritt.

Phasen der Veränderungen waren seltener zu beobachten als solche der Stagnation. Cornelias Selbsterfahrung ging oft bis an die Grenze der Derealisierung. Am Anfang nahm sie vor allem Gefühle des Hasses und ihre Zerstörungswut wahr, meist konnte sie diese durch Erstarren kontrollieren. Gefühlen der Wärme, Sehnsucht, Trauer u. a. war Cornelia entfremdet. In Aufzeichnungen, die sie während der Therapie für sich machte und mir nach Abschluss der Therapie zu lesen gab, steht (zum Zeitpunkt des Therapiebeginns):

„Hilfe. Es gibt keine Hilfe. Ich werde wahnsinnig. Nein, ich bin es bereits, nur hat es noch niemand gemerkt. Oder ist dies ein Irrtum? Wissen es bereits alle und zeigen es mir nicht? Hilfe, ich weiss nicht, wer ich bin, was ich tue. Ich habe keine Kontrolle über mich. Ich, mich: was soll das heissen? Diese Wörter gibt es gar nicht. Du bist selber schuld, schuld schuld, SCHULD!“

Zu einem späteren Zeitpunkt in der Therapie schreibt Cornelia:

„Ich will wieder teilhaben an Freude, Wut, Trauer, Licht, Farben, Wärme, Geborgenheit, Sicherheit. Zerfliessen. Lachen. Wut. Ärger. Gemeinheit. Stillstand. Lähmung. Kälte. Schärfe. Splittern. Beklemmung.“

Briefe von Klienten während und nach dem therapeutischen Prozess sind eine kostbare Informationsquelle über sich abzeichnende, stattfindende oder erfolgte therapiebezogene Veränderungen. Cornelia hat ein Gaststudienjahr im Ausland absolviert und in dieser Zeit die Therapie sistiert. Von dort schrieb sie mir:

„Manchmal esse ich das Falsche, esse zuviel. Doch gerate ich deswegen nicht in Panik, vergesse das ‚Unglück‘ ziemlich schnell wieder, werde es eben nächstes Mal besser machen. – Und dann das Unglaubliche: Oft esse ich so, dass ich mich nachher wohlfühle, dass auch ich sagen kann: ‚Ich hatte Hunger, das Essen hat gut getan, und was machen wir jetzt?‘“

Ich erfahre, dass sich in der Symptomatik und in der Einstellung dazu etwas verändert hat. Im selben Brief schreibt Cornelia:

„Wieso ich weiss, dass es mir gut geht? Soll es einer etwa nicht gut gehen, die endlich wieder einmal ein wenig Sicherheit verspürt? Ich kann wieder lesen. Die Buchstaben verbinden sich wieder zu Worten, die Worte zu Sätzen und die Sätze zu Aussagen, die ich begreifen kann. Nicht mehr länger zersetzen sich die Aussagen in einen losgelösten Satz, der Satz in einzelne Worte und die Worte in Buchstaben, die mich einzeln attackieren ...“

Freude über die Umkehr eines inneren destruktiven Verarbeitungsprozesses kommt zum Ausdruck. Aus einem Brief nach Abschluss der Therapie:

„Sie haben mich begleitet, ich war einsam und hilflos. In Ihrem Raum durfte ich wieder zu leben beginnen. Ein Teil dieses Raumes ist jetzt in mir. Er kann mir nicht mehr abhanden kommen.“

Das Feedback widerspiegelt die Bedeutung, die ich der Leiblichkeit und dem (physikalischen) Raum beimesse. Signifikante Veränderungen in der Therapie lassen sich u. a. aus Beobachtungen dieser Dimensionen erschliessen, etwa wenn Cornelia zunächst die Zimmerwand entlang schleicht und später mit kräftigem Tritt den Raum durchquert und dabei mutig ‚gefährliche Zonen‘ durchschreitet.

De-Fragmentierung des Selbst: Stephanie

Eine Studentin schrieb mir während einer intensiven Leidenszeit zwischen den Therapiestunden einige Briefe:

„Ich finde keine ‚guten‘ Seiten mehr an mir, und wenn jemand anders sie zu sehen glaubt, würde ich weghören; es würde mich quälen. Ich weiss nicht, weshalb es so ist, aber es belastet mich. – Ich weiss nicht, was ich tun soll, ich werde nicht ruhiger; ich weine zwar nicht mehr, aber ich habe das Gefühl, als wäre ich ein Stück rohes Fleisch, an dem andere herumschneiden und -stechen und ganze Stücke daraus herausreissen. Langsam werde ich dumpf, aber nicht wirklich ruhig. Vielleicht kann ich schlafen.“

„Ich hasse mich. Mich kann niemand mögen“, sagt Stephanie in der Therapiestunde. „Ich stehe allen im Weg, habe keinen Platz, wo ich hingehöre. Ich sehe alles falsch – Ich mache alles falsch.“ Ihr Vater wiederhole immer wieder: ‚Das musst Du anders sehen, nicht so grau und negativ‘. „Wenn mein Vater mir überhaupt je mal zuhörte, fand er mich mühsam und fluchte“. Aus einem Brief einige Tage später:

„Es wird immer enger und dunkler um mich herum. Ich habe das Gefühl, immer stärker den Kontakt nach aussen zu verlieren. Ich fühle mich sehr fremd draussen. Bisher stellte ich mir oft vor, dass mich dieser oder jener verstehen könnte, wenn ich etwas erzählen würde; ich habe das aber selten ausprobiert, früher. In letzter Zeit rede ich ‚offener‘ mit anderen, aber sie werden mir nur fremder, stehen ganz wo anders. (...) Manchmal möchte ich mit irgendjemandem reden, der mir gerade begegnet. Ich werde das nicht tun, nur manchmal möchte ich gern jemanden kennen, der mich nicht abweist, oder bei dem ich das Gefühl habe, ihn nicht zu stören.“ (Stephanie erwähnt dann ein arbeitsbedingtes Telefongespräch). „Wir haben ziemlich lange telefoniert, obwohl wir uns kaum kennen.

(...) antwortete ich, dass ich ein zu grosses Durcheinander habe, um mich noch voll für etwas interessieren zu können. Ich hatte keine grosse Mühe das zu sagen. Er hörte mir zu, erzählte von sich. Im Moment hatte ich nicht das Gefühl, abgewiesen zu werden. Erst nachher kehrte ich alles x-mal um. (...) Für mich ist das sehr neu, und ich nehme es wahrscheinlich zu wichtig, als etwas zu Spezielles. (...) Ich friere, aber mein Kopf ist heiss. Es ist spät. Irgendjemand spielt Klavier. Ich habe Angst davor, nicht weiter zu können, stecken zu bleiben, zu erfrieren.“

Stephanie setzt sich mit Gefühlen der Entfremdung auseinander und macht neu – wenn auch nur kurz und gefolgt von gewohnten Entwertungen – die Erfahrung, dass sie ihr Bedürfnis nach Schutz und den Wunsch nach unbefangenen Kontakt in Einklang bringen kann. Immer wieder überwindet Stephanie ihre quälende Isolation und Stummheit und teilt sich mir mit. Die Zweifel, ob ich sie nicht doch abweise, gehen nie ganz weg.

In einem Brief nach der letzten Therapiestunde bedankt sich Stephanie:

„ (...) für Ihre Bereitschaft, mir zuzuhören, für Ihre Offenheit, für Ihr ‚Da-Sein‘ – Dinge, die für mich nicht selbstverständlich sind, ebenso wenig wie der Umstand, dass Sie mir immer wieder ‚Raum‘ anboten, konnte ich ihn auch nicht immer einnehmen. (...) In mir ist sehr viel Trauer über diesen Abschied; das Gefühl, allein zu sein, ist zwar jetzt stärker, aber es ist nicht ein Gefühl, allein gelassen worden zu sein – eine Unterscheidung, die für mich sehr wichtig ist.“

Auch nach einer zeitintensiven Therapie sind die Veränderungen selten spektakulär und kaum völlig widerspruchsfrei. Veränderungen geschehen kontinuierlich oder intermittierend, dialektisch und fast immer nur in kleinen Schritten, und wir erfahren davon meist nur ein Moment.

Reorganisation des Selbstkonzepts: Christian

Christian sucht gegen Ende seines Studiums Hilfe, weil er „nicht tue, was er wolle und tue, was er nicht wolle“: Er schiebt Projektarbeiten vor sich her, spielt nächtelang Schach im Internet und lebt in einer drängenden Hektik, die er auch in die Beratungsstunde hineinträgt. Er möchte sein Verhalten ändern, verbindet damit aber den Wunsch, Situationen und Menschen kontrollieren zu können. In den ersten Gesprächen setzt sich Christian mit dem empfundenen Erwartungsdruck der Umgebung (einschliesslich des Beraters) und den damit verbundenen Gefühlen von Ungenügen, Schuld und Ärger auseinander. In seiner Arbeit fühlt er sich von den vielen anstehenden Entscheidungen überfordert. Er wagt es, sein Selbstbild eines entscheidungssicheren, klar handelnden Mannes zu hinterfragen und sich seinen Zweifeln und Unsicherheiten zuzuwenden. Nach einigen Stunden zieht Christian eine vorläufige Bilanz auf der Ebene der Symptome: Seine Stimmung habe sich aufgehellt, er habe seine Inaktivität überwunden. Die Desorientierung über Ziele und Wege und den Umgang mit Ambivalenzen seien aufgehoben und er könne sich selbst besser erklären. Diese Reflexion über die Veränderungen im bisherigen Beratungsverlauf leitet eine weitere *Vertiefung der Selbstexploration und eine Themenverschiebung* ein: Er setzt sich mit der Beziehung zu seiner Familie und zu seiner Freundin auseinander. Die Klage über Kritik und Verletzungen von Seiten seiner Freundin wird abgelöst von der schmerzlichen Exploration seiner Erfahrung, dass seine Gefühle im Alltag von anderen und von ihm selbst dauernd entwertet werden. Die Beratung wird in dieser zweiten Phase kooperativer und unmittelbarer.

Lea will gehört werden

Lea schafft es nicht, ihr Studium und die Studienarbeiten an der Philosophisch-historischen Fakultät zu organisieren. Sie habe ihre Motivation für das Studieren verloren und könne sich nicht mehr konzentrieren. Dabei war sie mal eine gute Schülerin, die allerdings, um nicht als Streberin entwertet zu werden, ihre Fähigkeiten oft verschleierte. Inzwischen hat sie nur noch wenige Kontakte zu

KommilitonInnen und fühlt sich an der Uni überhaupt nicht wohl. Dabei möchte sie sich ‚reinegeben können‘: in die Arbeit, ins Gespräch, in eine Beziehung. Lea ist in der Beratung sehr zurückhaltend, unterbricht sich häufig mitten im Satz, erzählt mir auch, dass ihr zu jedem Satz, den sie sage, ein Gegen-Satz einfallen. Sie verliert zunehmend ihre Energie und ihr Selbstvertrauen. „Ich bin nicht interessant für andere“, sagt Lea, „ich weiss nicht, was ich erzählen soll.“ Dann aber: „Liebend gerne möchte ich ausrufen: ‚Hört mal zu, ich denke das so und so, was meint ihr dazu?‘ Aber ich habe Angst, dass ich mit meiner Idee nicht ankomme.“ Daraufhin verstummt Lea. Sie kann über Minuten nicht mehr sprechen und empfindet einen irritierenden Schmerz. Sie bittet darum, das Gespräch abbrechen zu dürfen. Es ist klar, dass Lea an etwas sehr Bewegendes gerührt hat, dies aber (noch) nicht benennen kann. – Das wäre für sie ein ganz schwieriger Moment gewesen, sagt Lea in der nächsten Stunde. Sie habe grosse Angst gehabt, die Kontrolle zu verlieren und *nicht mehr verstanden zu werden*. Ab dieser Episode werden die Gespräche lebhafter. So kommt es vor, dass Lea mich bei den schon vertrauten Unterbrechungen anblickt und schmunzelt. „Ich habe im Kontakt mit Kollegen einige Hemmungen abgelegt, erlebe aber noch grosse Angst, dass ich mich zu wenig abgrenzen könnte.“ Eine deutliche Veränderung nehme ich wahr, als Lea beginnt, die bevorstehenden Wochen zu planen und somit versuchsweise Markierungen und Grenzziehungen vornimmt. Sie unterbricht sich im Gespräch zwar noch gelegentlich, nimmt aber meist selber den Faden wieder auf. Lea hat schliesslich in Rekordzeit zwei Seminararbeiten verfasst und ein Referat gehalten, und sie sei gut angekommen. Sie habe sich mit Schwung vorbereitet und weniger Zweifel gehabt. Sie ist an weiteren solchen Erlebnissen interessiert

6. Wenn Veränderungen ausbleiben

Wenn ich therapeutischen Veränderungen soviel Gewicht beimesse, könnte leicht der Eindruck entstehen, als wären Veränderungen an sich gut und ihr Ausbleiben destruktiv. Dabei würden wir aus den Augen verlieren, dass es das Ziel der Veränderung ist, einen anderen, befriedigenderen Zustand zu erreichen, etwa die Aufhellung von deprimierenden Gedanken oder die Verminderung von lähmender Angst. Stabilität ist der dialektische Gegenpol zur Veränderung, sie kann Sicherheit signalisieren oder Blockade, Stillstand oder erholsames Ausruhen. Wenn ich in der therapeutischen Arbeit den Eindruck gewinne (oder mir dieser von meinen Klientinnen übermittelt wird), dass sich nichts verändert, denke ich zunächst daran, dass Veränderung nicht ein Ziel um jeden Preis ist, dass Veränderungen nie kontinuierlich, eher in Schüben stattfinden und es gerade Ebbe sein könnte, oder dass die therapielevanten Veränderungen ohnedies unerschwerlich ablaufen. Manchmal richten sich Klienten auf der Ebene eines erreichten (Teil-)Ziels ihrer Veränderungswünsche für eine Weile ein und stabilisieren die Erfahrungen. Gegen Ende der Therapie nehmen die Intensität der

Kooperation und die Häufigkeit von Veränderungssignalen nachvollziehbar ab, die Klienten erproben zunehmend ihre Ablösung und Unabhängigkeit von der Therapie.

Eine Stagnation des Prozesses erlebe ich anders: Sie äussert sich etwa in einer Häufung von Missverständnissen und in fehlender Kooperation, in der Verflachung des Experiencing oder in der Zunahme andauernder, gegenseitiger feindseliger Gefühle. Windstille und Stagnation können im Dienst der Selbstsicherungstendenz des Organismus stehen. Was möchte der Klient erhalten oder schützen und wird gerade bedroht? Wer oder was droht? Als erstes allerdings versuche ich mir klar zu werden, wie es um meine Wertschätzung für den Klienten und um meine Kongruenz steht, ob ich auf den Rhythmus und die Richtung des Klienten eingestimmt bin und ihn empathisch verstehe. Den Klienten spreche ich auf das beobachtete oder erahnte Stocken des Veränderungsprozesses an, überprüfe die Qualität des Arbeitsbündnisses und rege eine Zwischenbilanz an. Die kritische und wohlwollende Evaluation des Prozesses und der Dialog mit einem Kollegen haben fast immer nachhaltige und konstruktive Konsequenzen für die laufende Therapie. Nicht selten kommt diese damit wieder in Gang, oder es erweist sich, dass die Gründe des Innehaltens oder Zurückschreitens anderweitig begründet waren.

Eigentliche Sackgassen oder gar negative, schädigende Entwicklungen hingegen alarmieren mich: Ich ziehe eine Fachkraft hinzu, rege die Inanspruchnahme zusätzlicher Hilfe an oder schlage die Beendigung der Therapie vor. Ich lasse mich dabei von Fragen leiten, ob die Klientin mehr und andere Unterstützung bei der Bewältigung aktueller Probleme braucht (zum Beispiel Coping-Strategien) oder sich stärker auf die Mobilisierung ihrer im sozialen Netz vorhandenen Ressourcen konzentrieren sollte.

Als Beispiel für das Ausbleiben konstruktiver Veränderungen schildere ich die Beratung von Melanie.

Auf mich ist kein Verlass: Melanie gibt auf

Melanie möchte ihr Studium abschliessen, arbeitet aber ausschliesslich unter starkem Druck und ist dann sehr gestresst. Sie bittet mich um Unterstützung, um ein Arbeitsprogramm zu strukturieren und die Arbeit anzupacken. Von Anfang an beteuert sie, dass sie selber keinen Sinn im Studium sehe und die Ablehnung von Seiten der Lehrenden spüre. Sie entwertet sich konstant selber und möchte die Verantwortung für ihre Arbeitsmotivation, Disziplin und Arbeitskontrolle ganz an mich delegieren. Melanie vergisst von einer Stunde zur nächsten, worüber wir gesprochen haben, verschläft mal einen Termin, kommt mal zu einer falschen Zeit, hält sich nicht an ihre eigenen Vornahmen. Melanie nimmt sich vor, wieder ein Tagebuch zu führen und kauft sich eine Agenda. Ein gelegentlich aufblitzendes Interesse, ihre Probleme zu verstehen, wird immer wieder überlagert vom Wunsch, eine Lösung – nämlich den Erfolg im Studium – zu finden, ohne das Risiko, sich verändern zu müssen. Sie trifft auf eine Dozentin, die am Thema

ihrer geplanten Seminararbeit interessiert ist. Dies gibt ihr starken Auftrieb. „Etwas verändert sich in meinem Leben und in mir“, sagt sie, bevor sie wegen einer Familienangelegenheit ins Ausland fährt. In der nächsten Beratungsstunde erzählt sie, dass sie dort ‚eine Krise‘ erlebt habe. Nach Hause zurückgekehrt sei sie zusammengebrochen, habe sich von ihrem Freund getrennt und werde auf Anraten einer Freundin eine Verhaltenstherapie beginnen.

Trotz Ansätzen zu einer Veränderung war die Beratung erfolglos. Von Beginn an kam kein Arbeitsbündnis zustande, die gegenseitigen Erwartungen waren zu verschieden. Eigentlich hätte ich schon sehr früh mit Melanie über andere Möglichkeiten der Hilfe reden müssen.

7. Meine Resonanz auf Veränderungen in der Therapie

Auf Veränderungen und Stagnation in der Therapie reagiere ich mit der ganzen Breite der Gefühlsskala: Ich erlebe Ärger und Neugierde, Interesse und Ängste. Es gibt Momente der stillen oder lauten Freude und solche der Trauer und Resignation. Ich habe ein Interesse, meinen Beruf erfolgreich ausüben und meine Kompetenz erfahren zu können. Somit schmeichelt es mir und kommt es meiner professionellen Identität entgegen, wenn meine Klienten sich konstruktiv verändern und es der Therapie zuschreiben. Durch die Begleitung vieler Menschen in Not bin ich einerseits offener für ungewöhnliche Entwicklungen geworden und trete weniger ängstlich eine neue Therapie an. Ich bin aber auch bescheidener und stiller geworden, sensibler, verletzlicher, sensibilisierter. Ich bin genauer in der Wahrnehmung, zurückhaltender bei der Einschätzung einer Therapieindikation und rascher im Mich-Mitteilen geworden, Letzteres nicht immer zum Vorteil meiner Klientinnen. Bei negativen Entwicklungen bin ich weniger leicht verletzt oder enttäuscht, vielleicht gar etwas unempfindlich. Es schützt mich vor dem Burn-out. Aber in fast jeder Therapie oder Beratung höre ich noch heute in mir selber den Satz, an die Menschen in meiner Praxis gerichtet: „Ich wünsche so sehr, dass es Ihnen besser geht.“ Ich hoffe, dass ich in meiner Arbeit diesen Wunsch konstruktiv umzusetzen vermag.

Literatur

- Angus, L./Hardtke, K. (1994), Narrative processes in psychotherapy, in: Canadian Psychology / Psychologie canadienne 35, 2, 190–203
 Bergin, A. E. / Garfield, S. L. (1994) (eds.), Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, New York (Wiley)

- Eckert, J. (1996), Gesprächspsychotherapie, in: Reimer, C./Eckert, J./Hautzinger, M. /Wilke, E., Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen, Berlin (Springer), 124–191
 Elliott, R. (1984), A discovery-oriented approach to significant change events in psychotherapy: Interpersonal Process Recall and Comprehensive Process Analysis, in: Rice, L. N. / Greenberg, L. S. (eds.), Patterns of change. Intensive analysis of psychotherapy process, New York (Guilford Press), 249–286
 Elliott, R. (2001), Hermeneutic single-case efficacy design, in: Psychotherapy Research 12, 1–21
 Grawe, K. (1992), Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre, in: Psychologische Rundschau 43, 132–162
 Grawe, K. (1998), Psychologische Therapie, Göttingen (Hogrefe)
 Greenberg, L. S. / Lietaer, G. / Watson, J. C. (1998), Experiential therapy. Identity and challenges, in: Greenberg, L. S. / Watson, J. C. / Lietaer, G. (eds.), Handbook of experiential psychotherapy, New York (Guilford Press), 451–466
 Greenberg, L. S. / Elliott, R. K. / Lietaer, G. (1994), Research on experiential psychotherapies, in: Bergin, A. E. / Garfield, S. L., Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, New York (Wiley), 509–542
 Greenberg, L. S. / Rice, L. N. / Elliot, R. (1993), Facilitating emotional change: the moment-by-moment process, New York (Guilford Press)
 Greenberg, L. S. / Pinsof, W. M. (eds.) (1986), The psychotherapeutic process. A research handbook, New York (Guilford Press)
 Horvath, A. O. / Greenberg, L. S. (1986), The development of the Working Alliance Inventory, in: Greenberg, L. S. / Pinsof, W. M. (eds.), The psychotherapeutic process. A research handbook, New York (Guilford Press), 529–556
 Keil, W. W. (2002), Zur Erweiterung der personenzentrierten Therapietheorie, in: Person 6, 1, 34–44
 Rice, L. N. / Greenberg, L. S. (eds.) (1984), Patterns of change. Intensive analysis of psychotherapy process, New York (Guilford Press)
 Rogers, C. R. (1946c), Significant aspects of client-centered therapy, in: American Psychologist 1, 10, 415–422

Autor

Franz Berger, 1942, Dr. phil., Psychologe FSP, Gesprächspsychotherapeut und Ausbilder SGGT, Leiter der Studien- und Studierendenberatung Basel-Stadt, Lehrbeauftragter in Klinischer Psychologie und Psychotherapie an der Universität Basel mit Schwerpunkt Beratungspsychologie.

Korrespondenzadresse

*Dr. Franz Berger
 Studienberatung Basel
 Münzgasse 16
 CH-4001 Basel
 E-Mail: franz.berger@bs.ch*

Sylvia Keil

„Wenn ich mich so wie ich bin akzeptiere, dann ändere ich mich.“¹

Methodische Implikationen Klientenzentrierter Psychotherapie

Zusammenfassung: *In diesem Artikel werden Bedingungen für persönliche Veränderung durch Klientenzentrierte Psychotherapie aus der Perspektive der Praxis behandelt. Folgende Fragen stehen im Zentrum der Darstellung: Woran erkennen Psychotherapeutinnen² therapeutisch relevante Veränderung und welche Methoden und Techniken stehen ihnen zur Verfügung, um Veränderung zu ermöglichen?*

Zunächst werden allgemeine methodische Prinzipien im Mikro- und Makroprozess der Psychotherapie beschrieben. Dazu zählen die kontinuierliche Symbolisierung der impliziten Therapieziele, die Beachtung der jeweiligen Phase der Therapie und erlebnisfördernde Interventionen im therapeutischen Dialog.

Als zentrales Agens der Psychotherapie wird die prozessuale Reflexion der therapeutischen Beziehung betrachtet. Das Veränderungspotenzial liegt gerade in der Bewältigung der Abweichung der tatsächlichen therapeutischen Beziehung von der in der Therapietheorie geforderten Beziehungsqualität. Die aufgrund dieser Abweichungen notwendige Veränderung der Therapeutin selbst in der therapeutischen Beziehung ist ein Motor und gleichzeitig ein Indikator für strukturelle Veränderungen der Klientinnen. Parallel dazu entstehen Verstehenshypothesen, die kontinuierlich gemeinsam mit der Klientin überprüft und modifiziert werden. Diese enthalten gerade durch den akzeptierenden Charakter einen bedeutsamen Veränderungsimpuls. Die Fähigkeit, Verstehenshypothesen zu entwickeln, gehört zu den wesentlichen methodischen Kompetenzen einer klientenzentrierten Psychotherapeutin.

Schlüsselwörter: *Veränderung, Verstehenshypothesen, Beziehungsdiagnostik, therapeutische Beziehung, Grundhaltung, Beziehungsarbeit, Psychotherapie-Ziele, psychotherapeutische Methoden und Techniken, Praxeologie der Klientenzentrierten Psychotherapie*

Résumé: *« Si je m'accepte telle que je suis, je change. » Implications méthodiques de la psychothérapie centrée sur le client. Cet article parle des conditions permettant des changements personnels à travers la psychothérapie centrée sur le client dans une perspective de la pratique thérapeutique. Les questions suivantes sont au centre de la réflexion: à quoi les psychothérapeutes perçoivent-elles un changement significatif du point de vue thérapeutique et de quelles méthodes et techniques disposent-elles pour permettre le changement?*

Dans un premier temps des principes méthodiques généraux concernant le micro et le macro-processus de la psychothérapie sont décrits. Nous verrons en particulier la symbolisation continue des objectifs implicites de la thérapie, l'observation de chaque phase de la thérapie et les interventions génératrices d'expérience dans le dialogue thérapeutique.

Comme force agissante centrale de la psychothérapie, on observe la réflexion sur le processus de la relation thérapeutique. Le potentiel de changement réside justement dans la différence entre la relation thérapeutique effective et la qualité relationnelle théorique de la thérapie. L'évolution nécessaire de la thérapeute elle-même sur la base de ces différences dans la relation thérapeutique est en même temps un moteur et un indicateur pour des changements structurels des clientes. Parallèlement à cela, des hypothèses de compréhension sont élaborées, puis examinées et modifiées en permanence avec la cliente. Ces hypothèses contiennent une impulsion significative pour le changement, précisément de par le caractère d'acceptation. La capacité de développer des hypothèses de compréhension fait partie des compétences méthodiques essentielles d'une psychothérapeute centrée sur le client.

1 Rogers 1961a, 33

2 Da die fachliche Meinung der Autorin von einer weiblichen Sozialisation und Wahrnehmung geprägt ist, wird in diesem Artikel wegen der besseren Lesbarkeit nur die weibliche Form verwendet. Abgesehen davon sind jedoch immer – außer in eigens ausgewiesenen Fällen – beide Geschlechter gemeint.

Mots clés: *Changement, hypothèses de compréhension, diagnostic relationnel, relation thérapeutique, attitude fondamentale, travail relationnel, objectifs de la psychothérapie, méthodes et techniques psychothérapeutiques, praxéologie de la psychothérapie centrée sur le client.*

Abstract: Psychotherapy as a process of acknowledgement. *To be effective, psychotherapy must mutually acknowledge therapist and client, and consequently acknowledge and re-establish the client's own will. For Rogers, the attitudes of the therapist and the relationship he or she offers were always essential for a positive atmosphere in therapy. For the author, however, the relationship offered by the client and the roles he or she attributes to the therapist are also important aspects of therapy. In the context of the common process of transference and counter-transference we create an atmosphere, a space of interaction in which the denied organismic experiencing can "flow in" in the shape of unconsciously staged interactions and masked messages, almost "in between the lines". In such a way the dyad is interrupted by a third element. The integration in the common level of meaning and understanding, in the symbolic order of the common language, gives rise to a triadic structure, which makes it possible to dissolve the affective entanglement in the dyad. By means of symbolisation of the denied organismic experiencing, by means of the (re-)introduction of common communication, language obtains a creative power for the shaping of our experiencing and for determining its content and our needs as well as our emotional assessments. The semantics and syntax of our language, which are socially determined, can be used to uncover or bury the truth. Therefore it is the task of psychotherapy to examine critically the terms and the linguistic signs with regard to their uncovering and emancipatory potential.*

Keywords: *Denial, acknowledgement, empathy, interaction, construction, organismic self, positive regard, self-concept, symbolisation, therapeutic relationship, transference*

Einleitung

Der *Veränderungs*aspekt hat in der Klientenzentrierten Psychotherapie zentrale Bedeutung für das Verständnis von Heilung: Psychische Heilung geht einher mit einer Änderung des Selbstkonzepts. In diesem Heft der „Person“ stehen die Erfahrungen in und aus der Praxis im Mittelpunkt, so dass die Wahrscheinlichkeit besteht, dass dieses schon oft behandelte wichtige Thema „Veränderung“ auf neue Weise aufgenommen wird. Es soll bei der Erörterung den folgenden Fragen nachgegangen werden: *Woran erkennen wir, dass Veränderung bei der Klientin geschieht? Was tun wir, wenn wir den Eindruck haben, es geschieht keine Veränderung? Und schließlich: Wie verändern wir uns selbst als Therapeutinnen durch die therapeutische Arbeit?*

Ich habe die Einladung, meine Vorgehensweise als Praktikerin vorzustellen, gerne angenommen, denn als Ausbilderin und Supervisorin habe ich schon oft bedauert, dass wesentliches praktisches Know-how noch wenig beschrieben ist, eher wie eine Art „Geheimwissen“ in den Ausbildungs- und Supervisionsgruppen „lebt“ und weitergegeben wird. Ich hoffe, dass die Beiträge in diesem Heft mehr von diesem Wissen dem öffentlichen Diskurs darüber zugänglich machen werden, so dass man jungen Kolleginnen und Kollegen endlich sagen kann: „Lest dort nach!“

Das Schreiben hat mich insofern gefordert, als ich inzwischen zur Selbstverständlichkeit gewordene Routine ins Bewusstsein holen und die Komplexität der Gedanken, bestehend aus vielen einzelnen Überlegungen, in eine klare Struktur bringen musste. Ich habe mir außerdem zum Ziel gesetzt, meine Ideen darzustellen,

so wie sie sich in meiner nun schon 15 Jahre währenden therapeutischen Praxis gebildet haben. Auf solche Theorieteile, die mir auch in der täglichen Arbeit zur Seite stehen, werde ich besonders Bezug nehmen.

1. Zur Entwicklung meines Verständnisses von „Veränderung“

Als Vorbereitung für diesen Artikel besprach ich dessen Inhalte mit einer kritischen Freundin. Dabei hat mich eines überrascht, und ich möchte diese Erkenntnis gewissermaßen als generelle Aussage einleitend voraus schicken: Ich entdeckte, dass ich in der therapeutischen Arbeit kaum auf Veränderungen im Sinn von äußerlichen Therapieerfolgen bei den Klientinnen achte. Die ganze Konzentration richtet sich darauf, „meinen Job“ zu tun. Ich achte *nicht* darauf, „ob sich durch die Therapie bereits etwas verändert hat“, wie meine Freundin obige erste Frage – *wie erkennen wir, dass bei der Klientin Veränderung geschieht* – spontan interpretiert hatte. So sehr habe ich den Satz „... dann passiert die Veränderung *wie von selbst*“ verinnerlicht, dass ich mich in der konkreten Arbeit mit den Klientinnen für „objektive“ Veränderungen kaum interessiere.

Das hat zum Einen damit zu tun, dass ich erfahren habe, dass viele Klientinnen diese konkreten Veränderungen in ihrem Leben nicht thematisieren bzw. von Veränderungen eher in einer Art berichten, als ob sie in keinem Zusammenhang mit dem therapeutischen Prozess stünden. Sie beschreiben oft nur beiläufig ihr – aus meiner Sicht – neues Verhalten. Wenn es mir wichtig erscheint,

rekurriere ich manchmal auf einen Zusammenhang mit der Therapie und bekomme dann eher verschämt oder erstaunt das Eingeständnis zu hören, „dass dem wohl so sein würde“. Zum Anderen gibt es viele Klientinnen, die ständig von Therapieerfolgen berichten, was ich jedoch mit der Zeit als therapeutisch relevante Beziehungsbotschaften zu verstehen gelernt habe. Dasselbe gilt auch für Klientinnen, die hartnäckig – oft über Jahre hinweg – regelmäßig den Sinn der Therapie bestreiten.

Ich habe mir daher angewöhnt, mich bzgl. Therapiefortschritt oder -stagnation an meinem eigenen Erleben zu orientieren. Wie erlebe ich die Beziehungsqualität in der Therapie? Wie kann ich dazu beitragen, dass die geforderte Beziehungsqualität entsteht? Das sind die Fragen, mit denen ich mich dann beschäftige. Denn erst die Veränderung der Therapeutin selbst in der Beziehung ermöglicht wesentliche Entwicklungsschritte der Klientin.

Ich weiß, dass ich mit einer förderlichen Beziehung im Sinn der Therapietheorie das Potenzial aufbauen kann, welches die Veränderung, die für die Klientinnen wirklich sinnvoll ist, ermöglicht. Welche Veränderung, wie sie passiert, wann sie passiert, ist jedoch immer überraschend. Ich habe gelernt, Veränderungen, die von diesem Überraschungsmoment gekennzeichnet sind, als gültige, stabile Veränderungen zu betrachten.

Die Kommunikation der Empathie ist das einzige therapeutische Moment, das ich bewusst steuern kann, während die beiden anderen therapeutischen Qualitäten, das Erleben der Kongruenz und der bedingungslosen positiven Beachtung, nur reflexiv kontrollierbar sind. Neben diesem konsequenten Bemühen um Empathie mache ich mir gleichzeitig immer wieder meine Verstehenshypothesen bewusst, die ich dann meinen Klientinnen möglichst so mitzuteilen versuche, dass sie sich verstanden und angenommen fühlen.

Was ich also tun kann ist, versuchen zu verstehen, wie die Klientin *jetzt gerade* erlebt, wie sie *sich* dabei erlebt, wie sie ihr Symptom erlebt, wie sie *mich* aktuell erlebt, was sie zu all dem fühlt und denkt, wie sie sich dabei körperlich spürt oder nicht spürt, wie sie sich daran *hindert*, sich zu spüren, und wie ich all das in ihren inneren Bezugsrahmen einordnen kann.

Durch die Konzentration darauf bin ich meist während der Sitzungen selbst in einer focusing- bzw. trance-artigen Haltung, offen für eigene Impulse, die ich entweder ausspreche oder, wenn diese eigenen Empfindungen mir nicht wertschätzend genug vorkommen, zunächst nur wahrnehme, und erst dann in eine therapeutische Intervention einfließen lasse, wenn ich sie in eine Verstehenshypothese einbetten kann.

2. Einige methodische Grundprinzipien

Den methodischen Prinzipien, die mir für die Förderung von Veränderung bedeutsam erscheinen (und die dann in den folgenden

Kapiteln immer mitgedacht werden sollten), liegen das Therapie- und Persönlichkeitsmodell von Rogers (1959a), das Experiencing-Konzept von Gendlin (1964b) und die störungsspezifischen Ansätze von Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995), Binder/Binder (1991) und von Swildens (1991) zu Grunde.

2.1. Therapieziele

Der Klientenzentrierte Ansatz macht für sich allein noch keine Psychotherapie aus (vgl. Wood 1996; Keil W. W. 1989; Stumm/Keil 2003), er beschreibt vielmehr „nur“ die Qualität einer förderlichen Beziehung, also eine Seinsweise. Ich betrachte es daher als Ausdruck zutiefst personenzentrierter Haltung, dem Heilverfahren Psychotherapie, und damit vor allem den Klientinnen, die sich oft erst nach jahrelangem Ringen dafür entschieden haben, insofern Respekt entgegenzubringen, als in einer Psychotherapie immer *Ziele* angestrebt werden (müssen).

Zwischen einem absichtslosen Sich-Einlassen auf die Beziehung und der Formulierung von Therapiezielen besteht nur scheinbar ein Widerspruch. Eine Beziehung ist nie inhaltslos oder zweckfrei, und ein wesentlicher Inhalt und Zweck in einer therapeutischen Beziehung ist eben die gemeinsame Aufgabenstellung. Diesen Aspekt zu vernachlässigen, wäre, nun wiederum auf der Beziehungsebene betrachtet, nicht empathisch, inkongruent und nicht wertschätzend.

Um jedoch der Befürchtung zu begegnen, ich würde nun „aufgesetzten“ Therapieplänen das Wort reden, möchte ich darauf hinweisen, dass jedem Organismus als biologischem und sozialem System immer eine Zielorientierung³ (Äquifinalität) innewohnt, unabhängig davon, ob wir das Ziel erkennen und ausformulieren können. Damit unterscheidet sich mein Verständnis von Zielorientierung durchaus von dem mir zu mechanistisch anmutenden Konzept Sachsens (1992), der „Zielorientierten Gesprächspsychotherapie“.

Das in der therapeutischen Situation immer schon *vorliegende* Ziel gilt es jeweils zu erkennen und in einer realistischen Formulierung zu fassen, bevor man sich weiter gemeinsam „auf den Weg macht“. Der therapeutische Prozess ist oft mit einer gemeinsamen Wanderung in unwegsamem Gelände verglichen worden (z. B. von Rogers 1951). Zielformulierungen schaffen Orientierung. Wann immer man will, kann man auf diese zurückkommen und sie wie Orientierungspunkte in einem unbekanntem Gelände verwenden, um die neue Position mit der alten zu vergleichen. Dadurch lassen sich die therapeutischen Entwicklungsprozesse markieren und in Gang halten.

3 Biermann Ratjen et al. (1995) konzeptualisieren – angelehnt an Höger (1989) – die Aktualisierungstendenz als Organisationsprinzip und weisen dabei auf die Nähe des klientenzentrierten Konzepts zu systemischen Ansätzen hin.

Therapiezielformulierungen tragen den Therapieprozess von der inhaltlichen Ebene her weiter. Klientinnen in einem längeren Therapieprozess „gehen mit der Zeit die Probleme aus“, ohne dass sie deshalb die Therapie beenden möchten oder sollten. Hier kann unabhängig von anderen möglichen Interventionen, in diesem Fall die Erinnerung an das vereinbarte problemübergeordnete Therapieziel, Sicherheit im Prozess geben, während Therapiezielformulierungen zu Beginn einer Therapie dazu beitragen können, das Arbeitsbündnis zu festigen.

Dabei unterscheide ich Zielformulierungen der Therapeutin und Zielformulierungen für die Therapie bzw. die Klientin. Ziele der Therapeutin beziehen sich meist auf das Herstellen des notwendigen Beziehungsklimas. Personen mit Persönlichkeitsstörungen stellen einen auf der Beziehungsebene vor eine große Herausforderung und daher ist es notwendig, dass die Therapeutin eine persönliche Haltung für sich entdeckt, wie sie sich einerseits selbst schützen und andererseits doch dabei therapeutisch, nämlich verstehend und akzeptierend bleiben kann. Etwa angesichts eines narzisstisch geprägten Beziehungsangebotes (vgl. Swildens, 1991, 213) könnte das Ziel der Therapeutin zu Beginn einer Therapie folgendermaßen lauten: „Bei diesem Klienten möchte ich darauf achten, weniger gestresst zu sein, es zu wagen, locker zu bleiben und trotzdem, auf Grund des störungsspezifischen Verständnisses in einer bewundernden Haltung ihm gegenüber bleiben.“ Dieses Ziel ist mit dem Klienten noch nicht zu besprechen, da es eine Konfrontation wäre, die er zu diesem Zeitpunkt noch nicht aufnehmen könnte. Mit der konkreten Formulierung habe ich jedoch für mich eine Reflexionshilfe erzeugt. Nach der Sitzung, auf die ich mich mit dieser bewussten Zielsetzung eingelassen habe, kann ich mich dann fragen, ob ich das Ziel umsetzen konnte oder nicht. Diese Offenheit, dass Ziele eben vor allem *formuliert* werden sollen, aber nicht erreicht werden *müssen*, ist mir sehr wichtig. Ich werde darauf zurückkommen.

Klientinnen selbst formulieren ihr Therapieziel meist so, dass sie Symptome „weg haben wollen“. Diese Ziele lassen sich nicht verfolgen, da sie nicht im Bereich der Kontrolle von Klientin und Therapeutin liegen. Daher ist es notwendig, diese Ziele umzuformulieren. Bei oben erwähntem Therapieziel der Therapeutin könnte das gemeinsame dem Klienten gegenüber formulierte Therapieziel folgendermaßen lauten: „Wir schauen uns Ihre Beziehungen an, um etwas genauer sagen zu können, wie es kommt bzw. was Ihr Beitrag dabei ist, dass Sie immer wieder das Interesse an Ihren Partnerinnen verlieren.“ Damit ist es möglich, nach einigen Sitzungen mit dem Klienten gemeinsam zu überprüfen, ob wir bzgl. dieser Zielformulierung weiter gekommen sind und ob eine Veränderung des Zieles notwendig ist.

Das „geheime“ Therapieziel der Therapeutin und die Zielformulierung für die Therapie korrespondieren meist miteinander und legen eine Verstehenshypothese nahe, die aber in diesem Beispiel beim momentanen Stand der Beziehung noch nicht kommuniziert

werden kann. Eine mögliche Verstehenshypothese lautet: So wie *ich* gestresst bin in der Beziehung und mich vor seiner vernichtenden Bewertung fürchte, so fühlt *der Klient* sich vielleicht auch; sein „Das-Interesse-an-Partnerinnen-Verlieren“ ist daher eine getarnte Flucht aus seinem, ihm vermutlich nicht bewussten, Bewertungsstress in einer Partnerschaft.

Hierbei ist nun folgendes Paradox zu beachten: Einerseits soll die Therapeutin ihr Therapieziel, wie es oben formuliert wurde, verfolgen und umsetzen. Andererseits wird sie ihr Ziel, nämlich vor allem die Lockerheit, gar nicht oder kaum umsetzen können, während bewundernde Interventionen hingegen entspannend wirken müssten, wenn die in diesem Fall entstandene Verstehenshypothese richtig sein soll. Würde beim narzisstischen Klienten das angezielte Beziehungsklima problemlos zu entwickeln sein, wäre ja die Verstehenshypothese widerlegt und die Diagnose verfehlt. Wir sehen hier also die wichtige Bedeutung von Therapiezielen für die Generierung und Bestätigung von Verstehenshypothesen.

2.2. Therapiephasen

Das Konzept der Prozessphasen von Rogers (1980b), das Konzept der Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie von Swildens (1991) sowie Finkes (1994) Aufteilung der Therapiebeziehung in vier verschiedene Arten (Arbeitsbeziehung, Alter Ego-Beziehung, Übertragungsbeziehung und Dialogbeziehung) haben mich theoretisch sehr angesprochen. Da mich die Arbeit mit meinen Klienten manchmal ähnlich gefordert hat wie die Beziehung zu meinen Kindern, habe ich jedoch in meiner therapeutischen Praxis ein an die Eltern-Kind-Beziehung angelehntes eigenes Phasenmodell entwickelt.

Ich vergleiche die therapeutische Beziehung mit einer begrenzten Pflegeelternschaft, die in kurzfristigen Therapieprozessen den Charakter einer passageren Krisenaufnahme hat, in langfristigen jedoch die Funktion bekommt, dem Teil der Persönlichkeit der Klientin, der einer Nachbeelterung bedarf, so etwas zur Verfügung zu stellen. Gleichzeitig darf man jedoch die dabei bestehende Beziehung unter Erwachsenen nicht aus dem Auge verlieren. In schwierigen Phasen der Therapie lassen sich im Sinn einer Metakommunikation mit diesem Bild der „doppelten Beziehung“, also sowohl einer Beziehung unter Erwachsenen als auch einer gegenseitigen Abhängigkeitsbeziehung wie zwischen Eltern und Kindern, Erfahrungen, die auf der Erwachsenenenebene als beschämend erlebt werden müssen, leichter verarbeiten und manchmal überhaupt erst verstehen, z. B.: die Erfahrung kindlicher, sexueller o. a. Wünsche.

Wie auch bei realen Pflegekindern „bekommt“ man zu Therapiebeginn ein oft sehr talentiertes „Kind“ mit einer prägenden und in der Regel sehr problematischen Vorgeschichte, und es ist daher eine große Leistung von beiden, Beziehung und Bindung auf dieser Eltern-Kind-Ebene herzustellen. Diesen Vorgang möchte ich als die erste Phase

bezeichnen. Die weiteren Phasen folgen dann individuell je nachdem welche Phase der psychischen Entwicklung nachgeholt werden muss.

Ich kann also meinen Therapiebeziehungen, unabhängig von den speziellen Symptomen der Klientinnen, eine Altersstufe zuordnen: Mit diesem Klienten geht es mir etwa wie mit einem Säugling, den ich erst kennen lernen muss, mit der anderen Klientin geht es mir wie mit einer 18-Jährigen, die gerade plant, es sich bei mir auf unbestimmte Zeit im „Hotel Mama“ gemütlich zu machen, mit wiederum einer anderen Klientin geht es mir so wie mit einer Siebenjährigen, die beschlossen hat, erwachsen zu sein und auszuziehen, mit einem Klienten geht es mir so, wie wenn wir in einer heißen Pubertätsphase wären und meine Kapazität bis an die Schmerzgrenze ausgelotet werden müsste usw. Wohl gemerkt, das sind Bilder für die Therapiebeziehung, keine Aussagen über den Klienten oder die Klientin, die ja de facto erwachsen sind.

Das Modell stellt eine Möglichkeit dar, den Beziehungs- und Bindungsprozess durch bildhafte Symbolisierungen deutlich zu machen. Veränderungen im therapeutischen Prozess lassen sich dabei sehr gut erkennen, wenn man z. B. die Therapiebeziehung deutlich einer neuen Phase zuordnen kann. Umgekehrt lässt sich mit diesem Modell auch erklären, dass Veränderungen ihre Zeit brauchen. Manchmal müssen Erfahrungen eben ganz neu gemacht werden, bevor ein nächster Entwicklungsschritt passieren kann. Für manche wichtige Beziehungserfahrungen braucht es außerdem Vertrauen und Nähe, also eine sichere Bindung⁴ und dazu vorher viele Tests durch beide Seiten. Auch dabei vergeht Zeit ohne wesentliche erkennbare Veränderungen. Ich bin heute in der glücklichen Lage, sagen zu können, dass sich das Durchhalten in solchen oft schwierigen Phasen der Therapie – immer – lohnt.

2.3. Die Beziehung der Klientin zu sich selbst

Letztlich entscheidend für den Erfolg der Therapie ist, dass es Klientinnen gelingt, mit ihrem Erleben akzeptierend, wertschätzend und kongruent umgehen zu können. In der Sprache des Pflegeelternmodells formuliert: dass sie sich selbst, ihrem oft traumatisierten „Kind“, also ihrem Erleben gute Eltern sein können und die Verletzungen, die sie erlebt haben, nicht selbst, durch ihren eigenen Umgang mit sich selbst, weiter fortsetzen. Diese gute Beziehung zu sich selbst soll die Abwehr, die diese Elternfunktion ursprünglich nur mangelhaft erfüllte, während des Therapieprozesses schrittweise ersetzen.

Ich achte jedenfalls besonders darauf, die Beziehung zum eigenen Erleben der Klientinnen zu fördern. Kleine Schritte in diese Richtung

erlebe ich bereits als wichtige Veränderungen. Jedes „Ja, genau“ der Klientinnen gibt mir die Gewissheit, dass ich sie verstanden habe und sie sich damit auch ein Stück besser verstehen. Ein betroffener Gesichtsausdruck, ein berührter Augenkontakt sagen mir, dass ich ihr Erleben erreicht habe. Wenn es gelingt, Klientinnen darauf aufmerksam zu machen, dass sie gerade etwas Neues von sich selbst spüren, verstehe ich das als wichtigen Veränderungsschritt.

Mit den Klientinnen direkt im Erleben, im Hier und Jetzt zu bleiben, sich auch selbst auf den beängstigenden Ich-Du-Kontakt einzulassen, habe ich als unerlässlich für wesentliche Veränderungen erfahren. Klientinnen müssen da oft sehr ermuntert werden, bei diesem Erleben zu bleiben. Sie meinen verängstigt, es – ihr Erleben – sei nichts wert, eben *nichts*. Aber erst durch diese Art von Kontakt kann erfahren werden, dass man auch mit beängstigenden, chaotischen, unklaren und unsicheren Empfindungen akzeptiert werden kann, *da* sein kann. Wenn es gelingt, bei diesen Empfindungen angstfreier und akzeptierender dabei zu bleiben, können sich diese verändern und in heilende intensive Begegnungen mit sich und dem Du „auflösen“. Diese Momente erlebe ich als die intensivsten Veränderungsschritte in einer Therapie.

Da eben dieser direkte Zugang zum eigenen Erleben durch massive Angst und daher durch Abwehrstrategien und Symptomerleben versperrt ist, besteht ein Großteil der Therapie darin, die Abwehr akzeptierend und empathisch zu erfassen. Welche Gefühle können nicht symbolisiert werden? Welches Erleben rufen die Symptome hervor? Wie können die Klientinnen mit ihrem Symptomerleben, mit ihrer Panik, mit der Todessehnsucht, mit der depressiven Leere, mit den intensiven hysteriformen Gefühlsüberflutungen, dem Scheitern ihrer zwanghaften Beziehungsangebote, mit ihrem Kampf mit der Sucht umgehen? In diesen Phasen habe ich gelernt, einerseits mein eigenes Erleben als Indikator zu nehmen und mich gewissermaßen stellvertretend für das nicht wahrgenommene Gefühl der Klientinnen einzusetzen. So kann ich z. B. einen Klienten, der gerade über SMS erfahren hat, dass sich seine Freundin von ihm unvermutet trennen will und daraufhin mit „Selbstgeißelung“ reagiert, damit konfrontieren, dass er sich vermutlich sehr gekränkt, verletzt fühlt und wütend ist. Ich versuche die Klientinnen dazu zu bewegen, vorhandene Abwehrstrategien zu modifizieren. Im oben erwähnten Beispiel würde ich dafür plädieren, der Freundin zu sagen, dass er wütend ist, anstatt sich schuldbewusst zurückzuziehen. Das tue ich immer dann, wenn aus meiner Sicht die Abwehrstrategie die ursprüngliche Schutzfunktion nicht mehr erfüllt, sondern die aktuelle Not des Erlebens noch mehr erhöht, so dass die Erfahrungen, vor denen sie ursprünglich schützen sollte, gerade durch die Abwehr umso mehr verstärkt werden. Die „Selbstgeißelung“ in diesem Fall hatte ursprünglich die Funktion, den Klienten davor zu schützen, das Ohnmachtsgefühl angesichts von Eltern zu vermeiden, bei denen seine Wut nur bewirkt hätte, dass er noch wütender werden

⁴ Zu den verschiedenen Bindungsformen vgl. Bowlby (1975) und Ainsworth (1978)

hätte müssen. Wenn ich mich dem Persönlichkeitsanteil, der für die Abwehr steht, entgegenstelle, dann hilft oft Humor, die notwendige Akzeptanz für diese Zusammenhänge zu vermitteln.

Veränderungen, die durch solche Kriseninterventionen erreicht werden, betrachte ich als notdürftige und wenig elegante Veränderungen. Sie kommen kaum von den Klientinnen selbst; es handelt sich um Verhaltensänderungen, die sie vor allem *für mich* machen. Ich sehe deren Wert darin, dass Eskalationen auf diese Weise beruhigt und somit Verschlimmerungen hintangehalten werden. Derartige Interventionen können natürlich nur nach gründlicher empathischer Erfassung der Abwehr und mit sehr viel Verständnis für die Bedrohung gelingen (vgl. dazu S. Keil 2002).

3. Die Veränderung des Beziehungsmusters während einer Psychotherapie als Indikator für den Heilungsprozess

3.1. Die von der Therapietheorie geforderte Beziehungsqualität als Ziel der Psychotherapie

Die klientenzentrierte Therapietheorie beschreibt das Beziehungsmuster, das mit psychischer Gesundheit einhergeht bzw. sie hervorruft. Wenn ich in einem Kontakt dieses Beziehungsmuster verwirklicht erlebe, dann fühle ich mich sehr sicher, fühle mich verstanden, und es gelingt der Austausch mit dem anderen. Die Beziehung „fließt“ ungehindert hin und her. Ich erlebe mich und den anderen sehr echt, offen und vertrauensvoll. Wir sind beide überzeugt davon, füreinander wertvoll und wichtig zu sein. Das schließt auch eine gemeinsame Klarheit über die Grenzen in der Beziehung, das Ausmaß der gegenseitigen Verlässlichkeit und Verbindlichkeit mit ein. Diese Atmosphäre erlaubt alle Gefühle zueinander, auch Ablehnung und Liebe, ohne dass dadurch die gemeinsame Basis verloren geht. Zumindest zeitweilig ist diese utopisch anmutende Beziehung erreichbar. Dieses Miteinander-Sein spüre ich als *felt sense* so, als hätte ich eine Schale mit klarer strahlender Flüssigkeit in mir. Die Flüssigkeit symbolisiert mein Erleben, sie ist in diesem Zustand leicht und angenehm bewegt, nichts kann sie verdunkeln. Dieses Beziehungsklima möchte ich mit meinen Klientinnen erreichen.

3.2. Der Therapieprozess besteht aus der Bewältigung der Abweichungen von der geforderten Beziehungsqualität

Schon zu Beginn der Therapie bemühe ich mich um diese Beziehungsqualität. Allein diese Bemühung bewirkt oft schon erstaunliche Veränderungen, da sich die Klientinnen bereits akzeptiert, angenommen und oft auch verstanden fühlen, obwohl die Therapeutin die Grundhaltung zunächst nur technisch und noch nicht erlebensmäßig verwirklicht. Denn die tatsächlich sich etablierende

therapeutische Beziehung weicht von der oben beschriebenen Qualität mehr oder weniger stark ab. Das Beziehungsmuster entsteht aus den aufeinander treffenden Beziehungsangeboten von Therapeutin und Klientin, die erst einen gemeinsamen Weg finden müssen.

Auf Grund der Notwendigkeit, Kontakt herzustellen, stelle ich mich im Erstgespräch ganz auf die Klientinnen ein und erahne deren Bewertungsbedingungen. In dieser Unsicherheit des Anfangs ist es kaum möglich, sich gleichzeitig auf das Gegenüber so auszurichten, dass es sich wertgeschätzt fühlt, und dem eigenen Erleben kongruent Ausdruck zu verleihen. Es entsteht dabei unweigerlich eine Art von Spannung in mir.

Die Aufmerksamkeit ist auf die Klientin gerichtet, und es ist mir lediglich möglich, mein eigenes Erleben, meine eigene Veränderung im Kontakt *diffus* wahrzunehmen: Die oben erwähnte Schale hat sich zu einer Glaskugel geschlossen, die Flüssigkeit drinnen sprudelt wild und hat viele Farben angenommen. Dieser Stress allein stellt bereits eine große Abweichung dar, und es gelingt mir nicht, in dieser Situation mein Erleben so weit zu ordnen, dass ich es *adäquat* in Handlungen umsetzen kann. Angesichts unserer lebenslangen Abhängigkeit von dem Bedürfnis nach Anerkennung gibt es zumindest in der Erstkontaktphase der Therapie diesbezüglich eben noch keine Sicherheit. Ich empfinde daher meine Reaktion als durchaus normal und beschreibe damit vermutlich etwas Allgemeingültiges.

Ich habe jedenfalls mit der Zeit gelernt, diese Abweichung nicht mehr als Fehler zu betrachten, sondern sie verstehend zu nützen. In dieser Ansicht fühle ich mich unterstützt durch Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995), die davon ausgehen, dass es ein Hinweis dafür ist, die Therapie zu *beenden*, wenn die Therapeutin die geforderten Grundhaltungen über längere Zeit hindurch der jeweiligen Klientin gegenüber verwirklichen kann. Auch W. Keil (1997) betrachtet in seinem Konzept der hermeneutischen Empathie das Noch-nicht-akzeptieren-Können als Motor für die Therapie.

Ich kann dem Klienten akzeptierend begegnen, das heißt aber noch lange nicht, dass ich mich auch in einer solchen Weise akzeptierend *erlebe*, wie es die Therapietheorie fordert. An diesem hohen Anspruch halte ich dennoch fest. Der Therapieprozess besteht daher aus der kontinuierlichen Bewältigung der vorhandenen Abweichungen von der geforderten Beziehungsqualität.

3.3. Die Problematik der therapeutischen Beziehung entspricht der Problematik der psychischen Störung der Klientin

Ich gehe davon aus, dass das Beziehungsmuster, in das ich mit meiner Klientin unweigerlich gerate, in der wesentlichen Problematik, die dabei entsteht, der intrapsychischen bzw. interpersonellen Beziehungsproblematik der Klientin vergleichbar ist. Ich stelle mir eine Beziehung wie ein „kommunizierendes System“ vor. Gefühle,

welche eine Person nicht bewusst erlebt, spürt die andere trotzdem. Was ich im Kontakt mit einer bestimmten Klientin erlebe, entspricht Empfindungen, die sie entweder *auch* hat, die sie oft bei anderen auslöst, oder es handelt sich um Gefühle, die sie *gerade nicht* haben will. Diese Empfindungen hängen oft in bedeutsamer Weise mit der Lebensgeschichte der Klientin zusammen.

Da dieses Phänomen prinzipiell in die andere Richtung genauso funktioniert, dass eben Klientinnen auch auf meine Empfindungen reagieren, muss ich natürlich genau prüfen, wessen Beziehungsproblematik sich in Szene setzt. Eine gewisse Sicherheit ergibt sich dadurch, dass ich tatsächlich mit jedem Klienten *andere* Schwierigkeiten habe und dadurch, dass ich als Therapeutin keine eigenen persönlichen Interessen in der Beziehung verfolgen muss.

Meine Reaktionen auf die Klientinnen erlebe ich jedoch immer als *meine*. Manchmal geschieht es, dass schmerzhaft „wunde Punkte“ in mir angerührt werden. Dabei habe ich mit Erstaunen festgestellt, dass selbst diese Reaktion *immer* auch eine große Bedeutung in Hinblick auf die Problematik der Klientin hat.

Unabhängig davon, ob ich nun eine Empfindung als eigenen „wunden Punkt“ einschätze oder nicht, auch wenn es sich u. U. um eine Gefühlsübernahme⁵ handelt, wichtig ist mir dabei in jedem Fall, sehr klar zu trennen, was mein Erleben und daher *mein* Problem ist und was dabei das Erleben der Klientin ist. Zusammenhänge zwischen beiden Reaktionen lassen sich erst im Diskurs darüber mit der Klientin sicher klären. Strategisches Verhalten von beiden hat zudem oft einen durchaus berechtigten schützenden Sinn, gerade auch in der gegenwärtigen therapeutischen Beziehung und kann nicht nur als „Reinszenierung“ vergangener Beziehungserfahrungen „abgetan“ werden. In einem solchen Umgang mit diesem Phänomen in Beziehungen sehe ich einen wesentlichen Unterschied zum psychoanalytischen Konzept der Übertragung und Gegenübertragung. Lediglich im emanzipatorischen Ansatz der „Beziehungsanalyse“ von Bauriedl (1984) habe ich große Ähnlichkeiten mit meiner Vorstellung festgestellt. Von der interaktionellen Orientierung von der Lindens und von Kessels (1991) möchte ich mich hingegen abgrenzen. Die praktische Umsetzung ihres Konzepts, das sie selbst sehr wohl und auch sehr überzeugend mit dem Klientenzentrierten Ansatz in Verbindung setzen, mutet mich beim Lesen ihres kommentierten Transkripts (ebd., Teil 2) sehr „orthodox psychoanalytisch“ an, weil der Therapeut bemüht ist, sich als Person aus der Beziehung herauszuhalten und sein eigenes Erleben in der schwierigen Beziehung nicht thematisiert und schon gar nicht problematisiert.

Ich möchte betonen, dass es sich in dieser Beziehungsvorstellung immer um zwei sich gegenseitig erlebende reale Beziehungspartner handelt. Sie kommen in der Therapie zwar in verteilten Rollen zusammen, die Klientin muss jedoch deswegen

in ihrer persönlichen Problematik nicht schwieriger sein als die Therapeutin. Beide haben bisher überlebt, das ist die Legitimation ihres So-Seins, das Respekt verdient. Die Therapeutin sollte sich allerdings darin von der Klientin abheben, dass sie durch ihre Ausbildung gelernt hat, bewusst mit eigenem und fremdem Erleben umzugehen.

3.4. Beziehungsgestaltung als Abwehrstrategie

Es macht nach meiner Erfahrung einen wesentlichen Unterschied, ob Klientinnen sich *mit sich* beschäftigen, sich selbst explorieren oder ob sie mit dem Kontakt *mit mir* beschäftigt sind. Wenn ihre Aufmerksamkeit auf mich gerichtet ist und ich mit Verbalisierungen ihres Selbst-Erlebens interveniere, stagniert der Prozess, weil ich mich dann nicht auf der richtigen Dimension ihres Erlebens befinde, sie eben *nicht* verstehe. Sie kommen durch solche Interventionen nicht wirklich zu ihrem eigenen Erleben, sondern bleiben im strukturgebundenen Erleben haften. Das Gleiche gilt auch für eine Beziehungssituation, in der ich selbst eine auffällige Störung im Kontakt erlebe. Erst wenn ich in diesen Situationen den Dialog auf der Beziehungsebene aufnehme, also in echte persönliche Auseinandersetzung gehe, führt das dann wieder zur Selbstexploration.

Viele psychische Probleme lassen sich eben nicht durch Selbstexploration allein bewältigen, sie müssen sich erst in der therapeutischen Szene entfalten, um erkannt und benannt zu werden. Die wesentlichsten Störungen, in der Regel Persönlichkeitsstörungen⁶, die Leid erzeugen und aufrecht erhalten, zeigen sich in der Beziehungsgestaltung, weil sie ja oft fatal die Bindungs- und Beziehungsfähigkeit im Allgemeinen beeinträchtigen. Die Problematik dieser Muster kann so subtil sein, dass deren Regelmäßigkeit trotz großer Aufmerksamkeit oft jahrelang nicht erfahrbar ist. In diesen Mustern sind jedoch die echten Empfindungen gebunden, verborgen, so gut geschützt, dass sie nicht mehr verstanden und angenommen werden können. Erst die Veränderung dieser Strukturen „befreit“ die Empfindungen und macht sie dem bewussten Erleben zugänglich.

Wenn man sich auf die problematische Beziehung mit den Klientinnen einlässt, besteht für diese außerdem die Möglichkeit, *neue* Beziehungserfahrungen zu machen. Sie können die Beziehung testen, ausprobieren, wo die Grenzen sind, die Erfahrung machen, dass sie, auch wenn sie es uns als Kommunikationspartner schwer machen, akzeptiert werden. Dies braucht Zeit. Scheinbar passiert in diesen Phasen kaum eine Veränderung. Doch halte ich sie für sehr wichtig. Nur durch diese neuen Beziehungserfahrungen können die

5 Ute Binder (1994, 56) beschreibt die Gefühlsübernahme als Vorform der Empathie, bei der man Gefühle, die von widersprüchlichen Signalen des Anderen ausgehen, als deutlich ich-fremd erlebt.

6 Persönlichkeitsstörungen werden nach neueren Konzepten als Beziehungsstörungen aufgefasst (vgl. Sachse 1997, 2000).

alten Beziehungsmuster modifiziert und dadurch der Zugang zu den Gefühlen ermöglicht werden.

Mit einem Verweis auf Sachse (2002), der für die therapeutische Beziehungsbearbeitung eine Fülle von therapeutischen Interventionsmöglichkeiten aufzeigt, und Finke (1994), der „Beziehungsklären“ und „Selbsteinbringen“ als therapeutische Techniken in der Dialogbeziehung identifiziert, möchte ich meinen Schwerpunkt der Beziehungsarbeit beschreiben. Unter zu Hilfenahme all dieser Anregungen, die ich bei Sachse und Finke finde, beabsichtige ich vor allem, das wesentliche Beziehungsmuster zwischen mir und der Klientin zu erfassen und mir und der Klientin bewusst zu machen. Ich gehe davon aus, dass sich die Abwehr als typisches Beziehungsmuster aufrechterhält. In Abgrenzung zu systemischen Methoden, in denen versucht wird, solche Muster zu „verändern“, indem man sie „verstört“, versuche ich, diese Muster, bei denen ich als eine Beziehungspartnerin aktiv beteiligt bin, von einer Metaebene aus mit einer klientenzentrierten Haltung zu betrachten. Ich versuche, diese Muster vor allem in ihrem Sinn zu verstehen, ich achte darauf, wie ich sie erlebe, wie ich mich und die Klientin dabei erlebe, versuche zu ergründen, wie sich die Klientin dabei erlebt, was wir daran akzeptieren können und was nicht. Meist probiere ich aus, mich selbst zu verändern, im Wissen, dass dann das Beziehungsmuster nicht gleich bleiben kann. Allerdings weniger wegen der Änderung, sondern, um über den Versuch der Verhaltensänderung den Sinn des entstandenen Musters besser zu begreifen. Denn am klientenzentrierten Grundsatz, dass eine Änderung von selbst passiert, wenn man sich verstanden und akzeptiert hat, halte ich jedenfalls fest. Für diese Arbeit habe ich eine eigene Sprache entwickelt, eine Bilder-Sprache, die geeignet ist, Beziehungsmuster zu beschreiben. Mit einem Fallbeispiel möchte ich diese Arbeit mit der Beziehung verdeutlichen.

Fallbeispiel

Ich möchte betonen, dass der folgende Fallbericht nicht ein Beispiel für „richtige Therapie“ sein soll. Es ist durchaus sogar ein kritisierbares Beispiel. Manche werden meine Reaktionen vielleicht nicht nachvollziehen können, sondern als Fehler betrachten. Es soll lediglich zeigen, wie sich Beziehungsmuster etablieren, dass eben Fehler dazu gehören, dass man sich aus den Fehlern gemeinsam mit dem Klienten wieder herausbewegen kann und dass durch diesen Vorgang Therapie geschieht. Aus meiner Sicht unterscheide ich hier *unvermeidliche* Fehler und *tatsächliche* Fehler. Ein wirklicher Fehler wäre es, wenn während einer Therapie das Beziehungsmuster unverändert bleibt. Dann gibt es keinen Therapieprozess im eigentlichen Sinn.

In dem Fallbeispiel handelt es sich um einen etwa 40-jährigen Klienten und einen über 100 Stunden dauernden Therapieprozess,

der noch nicht abgeschlossen ist. Anlass für die Therapie war eine Scheidungskrise. Der beschriebene Ausschnitt beginnt nach der ersten Phase der Therapie, die den Charakter einer Begleitung und Krisenintervention hatte.

Der Klient hat Kinder, für die er ein sehr liebevoller Vater ist. Er ist hochintelligent, aber beruflich eher unter seinem Niveau mit geringem Einkommen beschäftigt. Als klinische Symptome bestehen eine Dysthymia, Schlafstörungen, Zwangshandlungen und Bluthochdruck, der medikamentös stabilisiert wird. Die biografische Anamnese ergab massive Gewalterfahrungen in der Kindheit und eine exponierte Außenseiterstellung in der Familie. Ich würde ihm eine leichte anankastische Persönlichkeitsstörung mit passiv aggressiven Zügen zuordnen.

Unzufrieden ist der Klient mit sich selbst und seinen Beziehungserfahrungen, hierin sucht er auch Veränderung.

1. Akt: „Er tut mir leid“ (etwa 50. Stunde)

Das Beziehungsangebot des Klienten erlebte ich zu diesem Zeitpunkt folgendermaßen: Er wirkte auf mich, wie einer der „fensterlt“, also Steinchen zum Fenster der Geliebten hinauf wirft, in der Hoffnung, dort eingelassen zu werden. So gestaltete er den Stundenbeginn regelmäßig damit, dass er über kleine Veränderungen in meiner Praxis kurze, manchmal provokante Kommentare abgab. Das Problem schien klar: Die „Steinchen“ wurden meist von den anderen fehlinterpretiert, nicht als Wunsch nach Kontaktaufnahme erkannt, sondern ignoriert oder riefen sogar Ärger hervor. Ich erlebte ihn zwar auch so provokant, bei mir entstand dadurch jedoch kein Problem, denn ich griff seine „Steinchen“ mit Interesse auf, er tat mir leid und ich sah in ihm das geprügelte, durch massive Gewalterfahrungen in der Kindheit scheu gewordene „Kind“. Er hatte seine Gefühle auf einer Null-Linie eingefroren, was ich auch unter dem Gesichtspunkt der erlebten Gewalt gut verstand. Der Klient teilte meine Sicht seiner Kontaktproblematik und er wollte daher versuchen, deutlicher von sich aus in Kontakt zu gehen.

2. Akt: „Am liebsten würde ich ihn schütteln“

Die nächsten Monate vergingen also mit dem gemeinsamen Ziel, seine Kontaktaufnahme zu verbessern. Wir besprachen viele seiner Versuche, bei manchen Aktionen wurde er mir aber richtig unsympathisch. Er rüttelte am „Watschenbaum“, allerdings meist ziemlich wehrlosen Opfern gegenüber. Er demonstrierte seine Macht, indem er die anderen zur Weißglut brachte. Ich selbst wurde immer aggressiver auf ihn; am liebsten hätte ich ihn manchmal geschüttelt. Allerdings war es gar nicht einfach, das, was mich genau daran aggressiv machte, zu identifizieren. Im Kontakt mir gegenüber wirkte er auf mich wie in einer Zwangsjacke steckend, während er mich gleichzeitig triumphierend böse anlächelte. Ich hatte zu diesem Zeitpunkt immer wieder das Bild, ich sei eine Lehrerin, er ein als Musterschüler getarnter „schlimmer“ Schüler, der sich diebisch freut, dass er mir Klebstoff auf den Sessel gestrichen hat. Ich

begann, meinen Ärger immer mehr auszudrücken. Da bemerkte ich, dass er wirklich triumphierte, wenn ich meinen Ärger zeigte, und zwar so, dass ich mich beschämt fühlte, in die Reihe seiner anderen Opfer gestellt. Auch die Gewalt, die er als Kind erfahren hatte, hatte er gefühlsmäßig ähnlich bewältigt. Nicht er erlebte sich als Opfer, sondern er fühlte sich als der Stärkere gegenüber dem schwachen Prügler, der die Kontrolle über sich verloren hat. Dies alles wurde mit ihm besprochen. Er wehrte sich heftig dagegen, wenn ich sein Verhalten als aggressiv benannte. Denn aggressiv wollte er überhaupt nicht sein, er suchte ja liebevollen Kontakt, was ich wiederum auch verstand. Er hielt es aber doch für möglich, dass er sich mit seinem Verhalten Ablehnung einhandelte. Dass diese für mich wirklich wichtige Hypothese bei ihm keinerlei tiefere Veränderungen auslöste, verunsicherte mich zwar in meiner Ansicht, gleichzeitig wurden meine Beobachtungen Stunde für Stunde bestätigt. Während wir also hier in den Stunden kämpften, berichtete er immer öfter von Erfolgserlebnissen in Kontakten in seinem Leben. Von Aktionen, in denen er die anderen auf seine charakterische Weise ärgerte, berichtete er jedoch nicht mehr. Dies scheint mir ein typisches Phänomen zu sein, dass es bereits Veränderungen gibt, während die Therapie zunächst noch mühsamer wird. Hier können wir den Vorhang des zweiten Akts schließen.

3. Akt: „Diese Freude auf meine Kosten wollte ich ihm nicht gönnen!“

Da meine Verstehenshypothese nicht ankam, sah ich einen Weg darin, mein eigenes Verhalten zu ändern, in der Hoffnung, dass dies zu einer Änderung bei ihm führen würde. Der dritte Akt wurde nun davon bestimmt, dass ich mich davor schützen wollte, beschämt zu werden. Ich dachte: Gut, er kann das ja so machen, ich brauche mich dem jedoch nicht auszusetzen. Mal sehen, wie er dann reagiert, wenn er keine Chance mehr bekommt, mich zu beschämen. Ich verstand zwar, dass er so Macht erleben konnte, dass er sich freute, wenn die anderen ihren Ärger zeigten, während er es schaffte, seinen Ärger zu kontrollieren. Trotzdem wollte ich ihm diese Freude auf meine Kosten nicht gönnen.

Also saß ich in nahezu „analytischer Abstinenz“ da und wartete auf seine Kontaktaufnahme. Auf Steinchen wollte ich nicht mehr reagieren, denn inzwischen erlebte ich seinen Triumph nicht nur wenn ich mich ärgerte, sondern auch dann, wenn ich auf seine halbherzigen Kontaktangebote einstieg. Mein verändertes Verhalten war ihm sichtlich unangenehm. Er äußerte sogar manchmal Unzufriedenheit über die Therapiestunden. Es war auch für mich sehr schwer, diese Härte durchzuhalten und ihm nur wenig entgegenzukommen. Er schien Sehnsucht nach Kontakt zu mir haben, ohne dass er diese wahrnehmen konnte. Stattdessen plagte er sich damit ab, ein Thema zu finden, das er behandeln wollte.

Unsere Beziehungssituation in dieser Phase versuchte ich mit einem Bild zu beschreiben. Er wirkte auf mich wie ein Tennispartner, der *meine* Bälle nicht zurück spielt, weil er damit beschäftigt ist,

seinen Ball im Gebüsch zu suchen. Ein Spielverderber, ein Spielverweigerer! Es wurde ihm sehr klar, dass er nur Spiele spielte, bei denen er als Sieger hervorging. Da er sich in diesem Punkt im Kontakt mit mir nicht so sicher war, achtete er darauf, „nur nicht zu verlieren“. Ich erkannte nun, in welchem Beziehungsdilemma ich mit ihm steckte: Auch ich wollte nicht mehr verlieren, denn sobald ich mich öffnete, triumphierte er. So konnte ich am eigenen Leib erleben, was er befürchtete, wie er die Beziehungen in seiner Kindheit erlebt haben musste.

Die Absurdität meiner „analytischen Distanz“ wurde mir klar und ich begann, sie wieder zu lockern, indem ich wieder mehr Beobachtungen und eigenes situatives Erleben einbrachte, ohne auf einer Öffnung seinerseits zu bestehen. Wenn ich mich beschämt fühlte, sagte ich es nun einfach, weil ich nun verstehen konnte, dass er an mir erleben musste, dass man dieses Gefühl haben kann und es trotzdem nicht vermeiden muss, sich zu öffnen.

Ich bin überzeugt davon, dass ich ohne meinen Versuch, mich zu schützen und dann damit zu scheitern, nicht zu diesem tiefen Verständnis gelangt wäre. Auf Grund vieler solcher Erfahrungen behaupte ich, dass die Beziehungsdiagnostik die sensibelste und genaueste ist – Rogers schreibt: „In einem sehr bedeutungsvollen und genauen Sinn ist die Therapie Diagnose“ (1951a, 208).

4. Akt: „Der Viechdoktor“

Eines hat sich inzwischen deutlich verändert: Er tut mir gar nicht mehr leid, ich sehe ihn als hartnäckiges Gegenüber, vor dem ich auf der Hut sein muss, vor dem ich auch Respekt habe. Ich bin also bezüglich der Forderung: „Der Therapeut erfährt bedingungslose positive Beachtung dem Klienten gegenüber“ einen erheblichen Schritt vorwärts gekommen. Ich erlebe ihn auch ein bisschen mehr bereit, von mir Hinweise und Beobachtungen anzunehmen.

Während dieser Therapiephase ist er übrigens wieder eine fixe Beziehung zu einer Frau eingegangen, in der er sich sehr wohl, wenn auch überlegen fühlt.

Beeindruckt von der Parallelität, in der auch ich zur gleichen Schutzstrategie wie er gegriffen hatte, empfand ich im folgenden Abschnitt der Therapie Sympathie für ihn, auch wenn er nach wie vor verschlossen blieb und sich in den Sitzungen das Leben damit erschwerte, ein Thema zu finden, an dem er sinnvoll „anknüpfen“ konnte. Liebevoll wies ich ihn immer wieder darauf hin, dass wir ständig ein Thema haben, das ihm scheinbar gar nicht als Thema auffiel, an dem er jedenfalls nicht „anknüpfen“ wollte. Ich fühlte mich dabei sehr liebevoll, fast verführerisch. Einmal als er sagte, sein Thema wäre „Beziehungsaufnahme“, beschrieb er, wie er den aktuellen Kontakt zu mir erlebte: ich wäre wie der „Viechdoktor“ bei Peter Rosegger, der sich schon die Haare rauft, der alles probiert und trotzdem das Tier nicht heilen könne. Er verglich sich schmunzelnd mit dem Tier. Ganz kurz war es ihm möglich, den Genuss zu spüren, den er dabei erlebte, wenn sich jemand so um ihn bemühte. Er merkte auch, dass er sonst immer von sich verlangte, selbst aktiv

zu sein. Gleichzeitig entspannte er seine körperlich fast spastisch verkrampft anmutende Haltung. Wir verstanden also, dass er es genoss, passiv die Bemühung der anderen um ihn zu erleben, während er von sich das Gegenteil, nämlich Aktion, verlangte und dadurch seine Kontakte blockierte. Die Idee, die „Klopfmassage“, wie ich selbst mein Beziehungs-Verhalten ihm gegenüber bildhaft erlebte, einmal zuzulassen, bevor er dann vermutlich selbst aktiv werden würde, gefiel ihm.

Damit schließt der 4. Akt. Weitere werden vermutlich noch folgen.

Vor dem Hintergrund der „Pflegeelternschaft“ würde ich dieser Therapiebeziehung metaphorisch folgendes Stadium zuordnen: Ich habe einen etwa achtjährigen Buben aufgenommen, der sich sehr problemlos bei mir eingewöhnt hat. Erst mit wachsendem Vertrauen zeigt er mir seine problematische Seite und wagt es, es mir schwer zu machen. Und nur unter der Bedingung einer sehr verlässlichen Arbeitsbeziehung unter Erwachsenen, die sich gegenseitig achten, ist der oben beschriebene mühsame Beziehungsprozess möglich geworden.

4. Die kontinuierliche Vertiefung der Verstehenshypothesen fördert die Veränderung

Alle bisher behandelten Themenbereiche, die für sich selbst betrachtet bereits Veränderungsschritte einleiten können, verbinden sich nun in diesem Kapitel zu einer Einheit.

Während wir, wie ich hoffe unter Pkt. 3 gezeigt zu haben, unser Erleben in der Therapie weder kontrollieren können noch es kontrollieren sollen, ist es jedoch möglich, das Ausmaß unserer Empathie zu steuern. Um Empathie kann man sich aktiv bemühen. Mit einiger Schulung kann man sich das, was man zu einem gegebenen Zeitpunkt, in der Regel nach bzw. vor jeder Sitzung, von den Klientinnen verstanden hat, bewusst machen und in Worte fassen. Diese über Empathie erschlossenen Erkenntnisse bilden die Grundlage für das Erstellen von Verstehenshypothesen. Eine Verstehenshypothese zeichnet sich dadurch aus, dass sie über das empathische Folgen im therapeutischen Gespräch hinausgeht. Es handelt sich dabei um therapeutische Aha-Erlebnisse, wie sie während der Sitzung aufblitzen oder in der Reflexion im Nachhinein passieren können.

Eine Verstehenshypothese ist eine Aussage darüber, wie man die Klientin in ihrer persönlichen Problematik zum aktuellen Zeitpunkt versteht. Sie berücksichtigt die folgenden Bezugspunkte und sucht bzw. erfasst Sinnzusammenhänge zwischen diesen einzelnen Items:

- die Erzählungen der Klientin (Inhalte, beschriebene Gefühle, Wünsche)
- die ursprüngliche Verstehenshypothese der Therapeutin
- das ursprüngliche Therapieziel der Therapeutin

- das vereinbarte gemeinsame Therapieziel
- die Symptome der Klientin
- die Persönlichkeitszüge bzw. der innere Bezugsrahmen der Klientin
- typische Szenen aus der Kindheit oder anderer prägender Erfahrungen in der Lebensgeschichte der Klientin
- die aktuelle Lebenssituation der Klientin
- das Erleben der Therapeutin (wertschätzend?/kongruent?/empathisch?; Tonbandkontrolle)
- gibt es eine Inkongruenz bei der Therapeutin? (nur durch Supervision erkennbar bzw. daran, dass man für sich selbst über längere Zeit hinweg zu keiner stimmigen Verstehenshypothese kommt)
- das Beziehungsangebot der Klientin
- das Beziehungsmuster zwischen Klientin und Therapeutin (wie verhält sich die Therapeutin gegenüber der Klientin und umgekehrt, was tun sie miteinander?)
- welche Gefühle der Klientin können nicht symbolisiert werden, wie werden sie abgewehrt?
- wie verändert sich dadurch die ursprüngliche Verstehenshypothese (wird sie widerlegt oder genauer)?

Merkmale dafür, dass eine sinnvolle Verstehenshypothese gefunden wurde, sind:

- wenn man die geforderte Grundhaltung wieder erlangt,
- wenn man die Persönlichkeitsstruktur der Klientin in einem sinnvollen Zusammenhang mit den oben angeführten Bereichen verstehen kann,
- wenn dieses Verständnis zu einer deutlichen Vorstellung davon führt, wie man dem Klienten daher auf veränderte Weise begegnen kann und
- wenn die Verstehenshypothese ein „Aha-Gefühl“ auslöst.

Durch diesen eigenen Auseinandersetzungsprozess, der zu Veränderungen auf Seiten der Therapeutin führt, werden Voraussetzungen dafür geschaffen, Veränderungen bei den Klientinnen zu ermöglichen, ohne inhaltlich lenkend zu sein. Denn eine Verstehenshypothese hat immer einen akzeptierenden Charakter. Es geht weniger darum, ob Verstehenshypothesen „richtig“ im objektiven Sinn sind. Wesentlich ist, dass man die eigene Erfahrung möglichst umfassend ins Bewusstsein holt und an dem vorhandenen gesammelten Datenmaterial überprüft. Durch diesen hermeneutischen Prozess entsteht ein tieferes Verständnis, das dann wieder Ausgangsmaterial für eine neue Verstehenshypothese bildet. Die Therapeutin ist also immer bereit, ihre vorläufigen Verstehenshypothesen kontinuierlich zu falsifizieren bzw. zu verifizieren oder zu modifizieren.

Mir ist dabei besonders wichtig, dass die einzelnen Verstehenshypothesen auch in ihrem Zusammenhang gesehen werden. Eine neue Verstehenshypothese beschreibt das Problem meist genauer als die ursprüngliche. Ich habe für diesen Sachverhalt das Bild

einer Tür gefunden, von der eine Wendeltreppe nach unten ins Ungewisse, in die Tiefe der Persönlichkeit führt. Die einzelnen Stufen entsprechen den immer genauer werdenden Verstehenshypothesen. Die „Tür“ steht für die erste richtige grundlegende Verstehenshypothese. Zu Beginn der Therapie sucht man meist nach der richtigen „Tür“, und da kann es sein, dass sich Verstehenshypothesen als grundlegend falsch erweisen. In einem längeren Prozess werden sie jedoch meist nur noch genauer und es fördert daher die Sicherheit der Therapeutin, wenn die früheren Hypothesen nicht „vergessen“ werden. Das lässt sich an obigem Bild verdeutlichen: Wenn der gesamte Raum noch unklar ist, steht man doch lieber auf einer Treppe als auf einer einzigen freischwebenden Stufe.

Als Supervisorin habe ich bemerkt, dass es offenbar sehr schwierig ist, die gefundenen Verstehenshypothesen im aktuellen Verhalten des Klienten bestätigt zu erleben bzw. wieder zu erkennen. Es ist offenbar nicht leicht, an diese eigenen, oft hart erarbeiteten Verstehenshypothesen zu glauben und sie umzusetzen. Wenn z. B. erkannt wurde, dass eine Klientin ihre Therapeutin „auf die Freundinnen-Ebene ziehen will“ (so wie die Klientin eben ihre eigene Mutter erlebt hatte, und dass es daher wichtig wäre, sich als Therapeutin mütterlich sorgend zu verhalten) und die Klientin plötzlich die Therapie nur mehr in zweiwöchigen Abständen fortsetzen möchte, könnte man das im Licht dieser Verstehenshypothese als neuerlichen Versuch der Klientin verstehen, die Therapeutin in ihrer mütterlichen Qualität zu testen. In der Therapie, in der es zu dieser Situation kam, hat die Therapeutin aus meiner Sicht richtig gehandelt, indem sie sich die Beibehaltung der Frequenz gewünscht hat, worauf die Klientin bereitwillig zustimmte. Aber die Therapeutin *wusste eben nicht*, ob es richtig und *warum* es richtig war und warum die Klientin so leicht umzustimmen war. Sie konnte mit ihren Verstehenshypothesen offenbar noch nicht so umgehen, dass sie selbst eine Entlastung erlebte. Anfängerinnen machen es sich häufig schwer, indem sie immer wieder von vorne zu denken beginnen und dabei ihre eigenen Verstehenshypothesen zu „vergessen“ scheinen.

Hat man die Verstehenshypothese zur Verfügung, kann man wirksamer intervenieren. Man könnte in obigem Beispiel daher nicht bloß sagen, man hätte gerne, dass die Frequenz gleich bleibt, sondern auf das oben erwähnte Ansinnen der Klientin reagieren, indem man die Antwort mit der Verstehenshypothese verknüpft – etwa so: „Ich habe den Eindruck, Sie fürchten sich davor, mich noch länger zu belasten, da Sie nicht erlebt haben, dass Sie Ihre Eltern strapazieren können.“

Auf der Suche nach einer praktischen Demonstration, die in den Rahmen dieses Artikels passt, bin ich auf die Idee gekommen, ein fiktives Gespräch als Grundlage zu nehmen, um zu zeigen, wie eine Verstehenshypothese aus der Reflexion der Grundhaltung im therapeutischen Gespräch entwickelt werden kann.

Gespräch	Kommentar
<p>K: Ich möchte über meine Zeiteinteilung sprechen, ich merke, dass ich zu gar nichts mehr komme ... ich verzettle mich.</p> <p>Th.: Haben Sie momentan zu viel zu tun?</p>	<p><i>Empathie:</i> Hier bin ich nur zum Teil (also nicht) empathisch, ich habe eine Erklärung parat: Wenn man zu viel zu tun hat, ist man überfordert.</p> <p><i>Akzeptanz:</i> Ich bin oberflächlich betrachtet schon akzeptierend, eher tröstend im Sinn von „mach doch einfach weniger, dann wird es dir besser gehen“.</p> <p><i>Kongruenz:</i> Irgendwie fühle ich mich im Kontakt überfordert. Als ob sie einen Zettelberg über mich drüber schütten würde – das nehme ich aber in der Situation nicht wahr. Erst jetzt beim Reflektieren bekomme ich das Gefühl, dass ich einen großen Druck spüre.</p>
<p>K: Na ja, ich glaub, das ist es nicht, jeder hat heutzutage viel zu tun. Irgendwie bin ich schlecht organisiert.</p> <p>Th: Wie meinen Sie das?</p>	<p>Also war die Intervention vorher nicht empathisch, denn die Klientin sagt: „Das ist es nicht.“</p> <p><i>Empathie:</i> Hier kann ich nicht empathisch sein, denn ich fühle mich zunächst zurückgewiesen. Mein Ansatz hat nicht gestimmt und ich versuche mich neu einzustimmen mit der Frage, die die Klientin, wie man unten sieht, zum Nachdenken bringt. Sie muss sich dabei anstrengen.</p> <p><i>Akzeptanz:</i> Ich bemühe mich um Akzeptanz, empfinde sie aber noch nicht, ich bin eher ärgerlich und werde streng.</p> <p><i>Kongruenz:</i> Ich erlebe es jetzt schwierig, ich bemühe mich – ich spüre einen großen Anspruch: „Jeder hat heutzutage viel zu tun“, etwas sehr Strenges ...</p>
<p>K: Na ja, das ist schwer zu sagen, ... (Pause) ... ich hab immer viel zu tun und dann verzettle ich mich, dann tu ich was anderes, nie mach ich das, was ich mir vornehme, und dann entsteht ein Chaos.</p> <p>Th.: Also Sie haben das Gefühl, Sie machen nie das, was Sie sich vornehmen.</p> <p>K: Ja, genau</p>	<p><i>Anmerkung:</i> Hier kann man sehen, dass die Klientin das Wort „verzetteln“ wieder aufgreift, das sie nun präzisiert.</p> <p><i>Empathie:</i> Ich greife einen Satz von ihr auf, im Bemühen, sie zu verstehen. Das kommt bei ihr gut an, sie sagt: ja genau. Das ist es, was ich erreichen wollte, also offenbar versteh’ ich sie richtig, aber ich versteh’ sie noch nicht wirklich.</p> <p><i>Akzeptanz:</i> Ich bemühe mich sehr, wahrscheinlich erlebt sie das aber nicht wirklich als die Akzeptanz, die sie sich wünscht! – Ich hab nicht den Eindruck, dass sie sich akzeptiert fühlt von mir, wir kämpfen eher miteinander.</p>

Kongruenz: Ich bin verblüfft. Es beschäftigt mich: „Ich mache nie das, was ich mir vornehme“ – Was ist da los? Wie ein Saboteur. Aber kann ich ihr das schon sagen?

Beschreibung des Beziehungsmusters: Die Therapeutin erlebt die Klientin fordernd, anstrengend und streng, die Therapeutin bemüht sich sehr, es „richtig“ zu machen – es entsteht fast ein Kampf, ein Ringen miteinander. Auf Grund dieser Reflexion könnte man nun den Ansatz für eine *Verstehenshypothese* entwickeln: Ähnlich wie sich die Therapeutin fühlt, könnte es der Klientin mit ihrem Problem gehen. Sie ist sehr bemüht und doch macht sie es nicht richtig. Es fällt auch auf, dass die Therapeutin ihre Überforderung während des Gespräches gar nicht wahrnimmt, zu sehr ist sie darauf konzentriert, es „richtig“ zu machen. Geht es der Klientin auch so? Merkt sie womöglich ihre Fremd- und Selbstüberforderung gar nicht? Wenn nun die Klientin berichtet, sie macht nie das, was sie sich vornimmt, könnte man annehmen, dass sie sich so gegen ihre Anstrengung/ ihre Ansprüche wehrt, aber offenbar ohne Erfolg. In diesem Saboteur steckt jedoch auch ein lustvoller Anteil. Ich muss lachen bei der Vorstellung, wie sich der eine Teil gegen den anderen wehrt, obwohl es sich um ein- und dieselbe Person handelt.

Entwicklung einer umfassenden Verstehenshypothese auf Grund des Beziehungsmusters: Da es sich hier um ein fiktives Gespräch handelt, ist dieser Schritt nur bedingt zeigbar. Das gefundene Beziehungsmuster müsste nun noch mit den anderen Fakten (Therapieziel, Symptomen, etc.) in Beziehung gesetzt und an diesen geprüft werden. Erst bei der Entdeckung von sinnvollen Zusammenhängen kann eine umfassende Verstehenshypothese entwickelt werden. Dasselbe Beziehungsmuster bei Vorliegen einer depressiven Störung würde anders anmuten als im Kontext einer Angst- oder somatischen Erkrankung. Eine von Trennungen geprägte Kindheit ruft in Verbindung mit diesem Beziehungsmuster andere Empfindungen dazu wach als eine Kindheit, in der die Klientin aus einem stabilem Elternhaus stammt. Genauso würden die Konsequenzen für den therapeutischen Umgang mit dieser Hypothese davon abhängen, ob es sich um den Beginn oder eher das Ende eines Therapieprozesses handelt.

Mögliche Konsequenzen für den nächsten Kontakt mit dieser Klientin auf Grund des Beziehungsmusters: Die Therapeutin könnte sich darauf konzentrieren, den lustvollen Saboteur zu stärken, ihn bewusster zu machen. Dafür ist es zunächst notwendig, es sich selbst in der Beziehung leicht zu machen, ohne deswegen abweisend zu werden. So kann sie die ganze Problematik und die Klientin humor- und liebevoller anschauen und verstärkt das Muster nicht dadurch, dass sie selbst gleich reagiert wie die Klientin. Da sich im ersten Gespräch beide angestrengt haben, müsste diese Veränderung der Stimmung der Therapeutin gleichzeitig eine wichtige Veränderung

im Beziehungsmuster bewirken. Erlebensmäßig ist die Therapeutin damit außerdem näher der Grundhaltung als vorher.

In diesem Sinn möchte ich nun zeigen, wie es in einem nächsten Gespräch weitergehen könnte. Dazu habe ich zwei Varianten „erfunden“. In der ersten versucht die Therapeutin die Verstehenshypothese umzusetzen, in der zweiten Variante bleibt sie unverändert in ihrer bemühten Haltung.

Auf Basis der Verstehenshypothese	Therapeutin bleibt unverändert
KL.: Ich habe jetzt Ferien gehabt. Das ist jedes Mal ein Horror. Angeblich hab ich frei, aber ich bin geschlaucht, ärger als in der Arbeitszeit.	KL.: Ich habe jetzt Ferien gehabt. Das ist jedes Mal ein Horror. Angeblich hab ich frei, aber ich bin geschlaucht, ärger als in der Arbeitszeit.
Th.: Ah, Sie sind geschlaucht, haben Sie wieder all das nicht gemacht, was Sie von sich verlangt haben?	Th.: Es ist schlimm für Sie, auch in der angeblichen Freizeit so angestrengt zu sein.
KL.: Nein, so schlimm war es nicht. Ich habe jetzt ein tolles System, einen E-Mail-Kalender, entdeckt. In den hab ich eingetragen, was ich wann machen kann. Das hat mir dann Spaß gemacht, meine Pläne zu erfüllen ... aber kaum war ich unstrukturiert, war es dann wieder die Hölle!	KL.: Ja, furchtbar, irgendetwas mach ich falsch, das kann nur mit mir zusammenhängen. Th.: Es ist für Sie wirklich unerträglich und Sie denken, dass Sie etwas falsch machen.
Th.: Da wurden Sie gefoltert (lachend).	KL.: Wenn ich nur wüsste, was? Th.: Was könnte das sein? KL.: Keine Ahnung!
KL.: Ja kann man sagen (lacht mit).	Th.: Aber Sie haben das Gefühl, es liegt an Ihnen.
Th.: Also kaum sind Sie unstrukturiert, geht die Hölle los (wieder ernst).	KL.: Ja, an wem sonst, andere haben auch viel um die Ohren.
KL.: Ja, sobald ich nicht zu mir stehe ...	Th.: Sie sind sich sicher, dass es an Ihnen liegt.
Th.: Es ist also ein Abgrenzungsproblem. Wenn Sie nicht auf sich hören, haben Sie in sich die Hölle.	KL.: Ja, hab ich ja gesagt ... (aggressiv) Th.: Was war genau so schlimm in den Ferien?
KL.: Ja ... (Pause) ... Es ist aber schwer, mich gegen alle Ansprüche immer abzugrenzen.	KL.: Also wo soll ich da anfangen (genervt) ...
Th.: Es scheint zu viel, das immer von sich zu verlangen.	
KL.: Ja, scheinbar bin ich da zu unerbittlich zu mir.	

In der ersten Variante kann die Therapeutin, von ihren Verstehenshypothesen ausgehend, dem ersten Ansturm der Klientin („Horror!“ „Hölle!“) mit Humor begegnen. Der Prozess entwickelt sich daraufhin konstruktiv weiter. Die Klientin kommt zu neuen Einsichten.

In der zweiten Variante reagiert die Therapeutin zunächst korrekt, aber ohne die Klientin tiefer zu verstehen. Das ist eine zu wenig in-

tensive Intervention, und der Konflikt zwischen den beiden, der sich im ersten Gespräch in der Reflexion andeutet, eskaliert weiter.

Ich hoffe, mit diesem einfachen Beispiel gezeigt zu haben, welchen Wert die Entwicklung von Verstehenshypothesen hat und welche verändernde Wirkung von diesem intensiven Auseinandersetzungsprozess in der Therapeutin selbst ausgehen kann.

5. Zusammenfassung

Ich möchte zum Schluss auf die Ausgangsfragen zurückkommen. Es ging darum, wie man Veränderung erkennt, was man tut, wenn der Therapieprozess stagniert und wie man sich selbst durch die Therapie verändert.

- Impulse zur Veränderung gehen von mehreren Mikroschritten aus. Bereits der Entschluss, eine Psychotherapie zu beginnen, ist in der Regel eine wesentliche Veränderung. Ein weiterer Schritt ist die Formulierung von Therapiezielen, die in jeder Psychotherapie impliziert sind. Therapieziele bieten einerseits Orientierung für Therapeutin und Klientin auf dem unsicheren Gelände, in dem sich Therapie abspielt. Die kontinuierliche Veränderung der Therapieziele im therapeutischen Prozess markiert andererseits die Veränderung und hält sie in Gang.
- Im therapeutischen Gespräch selbst kann durch verschiedene Interventionsformen der Zugang zum Erleben gefördert werden, einerseits durch die Alter-Ego-Beziehung, also das empathische Folgen, aber andererseits vor allem auch durch den personalen Dialog, die Auseinandersetzung in der aktuellen Beziehung im Hier und Jetzt. Wenn der Zugang zum Erleben der Klientin gelingt, ist die Basis für Veränderung geschaffen.
- Veränderung braucht aber auch Zeit, da, wie mit dem Modell der Pflegeelternschaft als Metapher für die therapeutische Beziehung gezeigt werden sollte, viele Entwicklungsschritte und therapeutische Interventionen nur in einer Beziehung möglich sind, in der die gegenseitige Bindung so stark ist, dass Therapeutin und Klientin es riskieren können, die Beziehung zu belasten, ohne fürchten zu müssen, deswegen verlassen zu werden.
- Ein wesentliches Veränderungspotenzial wird jedoch gerade in der Bewältigung der Abweichungen von der in der Therapietheorie geforderten Beziehungsqualität gesehen. Dabei kommt der Erfassung und dem empathischen Verstehen der sich etablierenden Beziehungsmuster besondere Bedeutung zu, um die Gefühle, die durch diese Muster abgewehrt werden, zu verstehen.
- Therapeutische Veränderung lässt sich am sichersten in der kontinuierlichen Entwicklung von Verstehenshypothesen verfolgen, in Gang halten und belegen. Verstehenshypothesen bauen auf den Erfahrungen der Therapeutin in der Beziehung zur Klientin auf, prüfen aber Erkenntnisse, die durch Empathie und Erleben der Therapeutin erschlossen werden, an Aussagen, Verhalten und Sympto-

men der Klientin. Gerade die Kontinuität der Verstehenshypothesen in ihrem Zusammenhang zeigen den therapeutischen Fortschritt.

Parallel zum Therapieprozess passieren Veränderungen im Leben der Klientinnen, die in der Therapie mehr oder weniger deutlich werden. Obwohl ich am Anfang behauptet habe, ich interessiere mich nicht für Veränderungen der Klientinnen, so ist mir inzwischen aufgefallen, dass es natürlich – so nenne ich sie – „Erntestunden“ gibt. Da ich aber dabei kaum etwas zu tun habe, außer die Freude und die damit verbundene Rührung zuzulassen, vergesse ich diese auf Grund meiner Persönlichkeitsstruktur leider sehr schnell (siehe fiktives Therapiegespräch).

Die in diesem Artikel geschilderte Beziehungsarbeit fordert mich sehr, mich mit mir auseinander zu setzen und ich habe den Eindruck, dass ich mich immer mit den Klientinnen *mit verändere*. Jede Veränderung der Klientinnen fordert zunächst von mir eine Veränderung, ein Aussteigen aus eigenen eingefahrenen Mustern. „Wenn ich mich einen anderen Menschen wirklich verstehen lasse, riskiere ich, durch das Verständnis verändert zu werden.“ (Rogers 1961a/1973, 34). Ich genieße die Intensität dieser Beziehungserfahrungen, die durch dieses kontinuierliche Sich-selbst-Riskieren aufgebaut wird, obwohl es viel Kraft kostet.

Durch die langjährige therapeutische Arbeit habe ich mittlerweile eine sehr große Erfahrung im Erkennen von sowie im Umgang mit Beziehungsmustern bzw. Abwehrstrategien bekommen. Ich kann mit großer Sicherheit einen langen Therapieprozess durchtragen und darin den Überblick behalten. Meine neuen Klientinnen profitieren davon, weil ich rascher und mit größerer Sicherheit konfrontierende Interventionen wagen und insgesamt mehr Halt geben kann.

Ich stehe jetzt eher vor der Schwierigkeit, bewusst dosieren zu müssen, welche Intervention Klientinnen zum jeweiligen Zeitpunkt, abhängig von ihrer speziellen Störung zugemutet werden kann und welche nicht. Ich stelle fest, dass ich nicht mehr die Geduld habe, wie ich sie früher zwar aus Unsicherheit aber durchaus zum Nutzen von Klientinnen aufbringen konnte.

Als Anfängerin hatte ich Mühe, zu hören, was eine Klientin sagte, später dann, konzentrierte ich mich darauf, den emotionalen Bezugsrahmen zu erspüren. In den letzten Jahren beschäftige ich mich damit, wie ich in den Therapien möglichst kongruent sein kann. Wohl ausgelöst durch die vermehrte theoretische Auseinandersetzung mit Psychotherapie taucht nun die Frage auf, für welche Klientinnengruppen ich hilfreich bin und für welche nicht. Ich stoße damit verstärkt auf die Notwendigkeit, mich mit unterschiedlichen störungsspezifischen Erlebensformen auseinanderzusetzen.

Wenn ich meine Erfahrung verallgemeinere, so wiederholt offenbar die einzelne Therapeutin den Entwicklungsprozess der gesamten Klientenzentrierten Psychotherapie noch einmal für sich in ihrer eigenen Praxis.

Literatur

- Ainsworth, M. D./Blehar, M. C., Waters, E./Wall, S. (1978), Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation, Hillsdale, N.Y., (Erlbaum)
- Auckenthaler, A. (1989), Statt zu deuten: Psychotherapie auf der Basis von Verstehenshypothesen (dargestellt anhand der Supervision einer klientenzentrierten Paartherapie), in: Reinelt, T./Datler, W. (Hg.), Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozeß. Aus der Sicht verschiedener therapeutischer Schulen, Berlin (Springer), 197–212
- Bauriedl, Th. (1984), Beziehungsanalyse. Das dialektisch-emanzipatorische Prinzip der Psychoanalyse und seine Konsequenzen für die psychoanalytische Familientherapie, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J./Schwartz, H.-J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart (Kohlhammer) 1979, 1995 (überarb. u. erweiterte Aufl.)
- Binder, U./Binder, J. (1991), Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie, Eschborn (Klotz)
- Binder, U. (1994), Empathieentwicklung und Pathogenese in der Klientenzentrierten Psychotherapie, Eschborn (Klotz)
- Bowlby, J. (1969) Attachment and loss, Vol 1 Attachment, New York (Basic Books); dt.: Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung, München (Kindler) 1975
- Finke, J. (1994), Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart (Thieme)
- Gendlin, E. T. (1964), A theory of personality change, in: Worchel, Ph./Byrne, D. (eds.), Personality change, New York (Wiley), 206–247; dt.: Eine Theorie der Persönlichkeitsveränderung, in: Bommert, H./Dahlhoff, H.-D. (Hg.), Das Selbsterleben in der Psychotherapie, München (Urban & Schwarzenberg) 1978, 1–62
- Höger, D. (1989), Klientenzentrierte Psychotherapie – ein Breitbandkonzept mit Zukunft, in: Sachse R./Howe J. (Hg.), Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie, Heidelberg (Asanger), 197–222
- Keil, S. (2002), Klientenzentrierte Krisenintervention in der Psychotherapie, in: Keil, W. W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer), 353–376
- Keil, W. W. (1989), Warum es notwendig ist, klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierten Ansatz zu trennen, in: Personzentriert 2, 5–10
- Keil, W. W. (1997), Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Therapie, in: Person 1, 1, 5–13
- Keil, W. W. (2002), Zur Erweiterung der personzentrierten Therapietheorie, in: Person 6, 1, 34–44
- Rogers, C. R. (1951), Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Die klient-bezogene Gesprächspsychotherapie, München (Kindler) 1973; ab 1983: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Frankfurt/Main (Fischer)
- Rogers, C. R. (1959), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, S. (ed.), Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GWG) 1987
- Rogers, C. R. (1961), On becoming a person. A therapists view of psychotherapy, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, Klett-Cotta (Stuttgart) 1973
- Rogers C. R. (1980), Client-centered psychotherapy, in: Kaplan, H. I./Saddock, B.J./Freedman, A. M. (eds.), Comprehensive textbook of psychiatry, III, Baltimore, MD (Williams and Wilkins), 2153–2168; dt.: Klientenzentrierte Psychotherapie, in: Rogers, C. R./Schmid, P. F., Personzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mainz (Grünwald) 1991, 185–237
- Sachse, R. (1992), Zielorientierte Gesprächstherapie. Eine grundlegende Neukonzeption, Göttingen (Hogrefe)
- Sachse, R. (1997), Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile, Göttingen (Hogrefe)
- Sachse, R. (2002), Zielorientierte Gesprächspsychotherapie, in: Keil, W. W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer), 265–284
- Stumm, G./Keil, W.W. (2003), Personzentrierter Ansatz, in: Stumm, G./Wiltschko, J./Keil, W. W. (Hg.), Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie, Stuttgart (Pfeiffer bei Klett-Cotta)
- Swidens, H. (1991), Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen, Köln (GwG)
- van Kessel, W./van der Linden, P. (1991), Die aktuelle Beziehung in der Klientenzentrierten Psychotherapie. Der interaktionelle Aspekt, in: GwG-Zeitschrift 90, 19–32 und Der interaktionell orientierte Therapeut bei der Arbeit (Teil 2) in GwG-Zeitschrift 91, 18–28
- Wood, J. K. (1996), The person-centered approach: Toward an understanding of its implications, in: Hutterer, R./Pawlowsky, G./Schmid, P. F./Stipsits, R. (eds.), Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion, Frankfurt/Main (Lang), 163–181

Autorin

Sylvia Keil, 1956, diplomierte Sozialarbeiterin, Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis, Lehrtätigkeit am Fachhochschulstudiengang für Sozialarbeit, Studium für Berufstätige des FH-Campus Wien sowie Mitarbeit in der Psychotherapie-Ausbildung der ÖGWG als Lehrtherapeutin und Ausbilderin.

Kontaktadresse

*Sylvia Keil
Albertgasse 39/6
A-1080 Wien
E-Mail: sylvia.keil@aon.at*

Klaus Heinerth

Woran erkenne ich, dass Veränderung beim Klienten geschieht?

Zusammenfassung: *Es werden aus der Praxis des Autors als Gesprächspsychotherapeut und Supervisor sowie aus der wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem klientenzentrierten Konzept einige Fragen gestellt, sehr persönlich betrachtet und einzelne Antworten versucht, vorläufig und unsystematisch: Woran erkenne ich, dass Veränderung beim Klienten geschieht (quantitative Veränderungen, qualitative Veränderungen, Pseudoveränderungen)? Woran erkenne ich, dass kein Wachstum stattfindet? Was mache ich, wenn ich den Eindruck habe, es geschieht keine Veränderung? Wie verändere ich mich als Therapeut durch die Therapie?*

Schlüsselwörter: *Gesprächspsychotherapie, Klientenverhalten, Therapeutenverhalten, Therapieprozess*

Résumé: *A quoi puis-je reconnaître que quelque chose change chez le client? A partir de la pratique de l'auteur en tant que psychothérapeute centré sur la personne et superviseur ainsi qu'à partir d'une réflexion scientifique à propos du concept centré sur le client, quelques questions sont posées, examinées de manière très personnelle et des ébauches de réponses sont données de manière provisoire et non systématique: A quoi puis-je reconnaître qu'un changement s'opère chez le client (changements quantitatifs, changements qualitatifs, pseudo changements)? A quoi puis-je reconnaître qu'il n'y a pas de développement et de changement? Que fais-je lorsque j'ai l'impression qu'il n'y a pas de changement? Comment est-ce que j'évolue en tant que thérapeute au cours de la thérapie?*

Mots-clés: *Psychothérapie centrée sur la personne, comportement du client, comportement du thérapeute, processus thérapeutique*

Abstract: *How do I recognise that change is happening in the client? The author asks some questions coming from his practice as a client-centred psychotherapist and supervisor as well as from scientific thinking about the client-centred concept. He looks at them from a very personal stance and tries to give some answers in a provisional and unsystematic way: How do I recognise that change is happening in the client (quantitative changes, qualitative changes, pseudo-changes)? How do I recognise that no growth is taking place? What do I do when I have the impression that no changes are happening? How do I as a therapist change through therapy?*

Keywords: *Client-centred psychotherapy, client behaviour, therapist behaviour, therapy process*

Woran erkenne ich, dass Veränderung beim Klienten geschieht?

Erste sehr kurze und selbstverständliche Antwort: mittels meiner Empathie verstehe ich Änderungen und bewerte meine Beobachtungen: handelt es sich um Selbstöffnung oder um Abwehr?

Zweite sehr abstrakte und für Gesprächspsychotherapeuten ungewöhnliche Antwort: Wenn ich es wissen und wissenschaftlich kommunizieren will, teste ich sie: erreicht der Klient günstigere Skalenwerte (z. B. in Selbstexploration)?

Dritte sehr vorläufige und zögerliche Antwort (auf die alleine ich weiterhin eingehen werde): diese Frage hat es in sich und bedeutet im Grunde: Wie reflektiere ich meine Empathie? Es ist die

schwierigste Frage, die mir seit langem gestellt wurde. Sie scheint so einfach und ist doch unübersehbar komplex. Das fängt damit an, dass ich zweifle, ob diese Frage überhaupt legitim ist bzw. fruchtbar werden kann. Der menschliche Erkenntnisapparat ist so gestaltet, dass wir im Grunde nur Veränderungen erkennen können, jedoch nicht Statisches, Unbewegliches, Selbstverständliches, Ubiquitäres (Heinerth 1999). Wir können nur das Veränderliche sehen, nur das, was sich als Vordergrund vor den Hintergrund schiebt, nämlich hier den fortgesetzten Prozess der emotionalen und kognitiven Veränderung auf dem psychotherapeutischen Weg. Insofern ist Psychotherapie überhaupt die Betrachtung, Bewertung und Steuerung von Veränderungsprozessen.

Die Abwesenheit von Veränderung ist Tod. Diese Feststellung bezieht sich nicht nur auf den physischen Tod, sondern auch auf die psychologische oder biologische Abwesenheit von Selbstaspekten, die nicht entwickelt (bei *versperrter Symbolisierung*, z. B. bei Persönlichkeitsstörungen, Heinerth 2002) oder wieder vernichtet wurden (bei *zerstörter Symbolisierungsfähigkeit*, z. B. bei Posttraumatischen Belastungsstörungen, Heinerth 2003). Bei diesen Störungen geht es nicht um Veränderungen des entwickelten Selbstkonzepts, nicht um den sich differenzierenden Ausbau des Bestehenden (z. B. bei Neurosen aufgrund *verzerrter Symbolisierung*), sondern um den ersten Aufbau von etwas Fehlendem. Diese Veränderungen bedürfen einer besonderen Aufmerksamkeit, da diese Klienten in besonderem Maße von der Anerkennung des Therapeuten abhängig sind.

In der Psychotherapie geht es um Wahrnehmung und Verstehen von internen Prozessen, erst durch den Therapeuten, dann durch den Klienten selbst. Und wenn wir etwas wahrnehmen, das wie Stillstand aussieht, so ist auch dieser Stillstand tatsächlich ein Prozess. Ein Klient, der sich nicht bewegt, bewegt sich doch in den Grenzen seines Spielraums, er kann sich im Kreise drehen, er kann zwischen Polen hin und her gerissen werden, er kann vergeblich um ein Verstehen ringen, er kann sich wehren gegen eine Bewegung, was auch eine Bewegung ist, aber er kann sich nicht nicht bewegen.

Die Frage ist also nicht nur, woran ich Veränderungen im Erleben von Klienten erkenne, sondern woran ich förderliche oder ungünstige Prozesse erkenne, Wachstum oder Scheitern.

Quantitative Veränderungen

Der Komplexität der Frage wird gerecht, wenn wir verschiedene Ebenen unterscheiden, auf denen Veränderung geschieht, und wie sie zu bewerten ist. Der fruchtbarste Ansatz erscheint mir, den Veränderungsprozess, so wie ihn die klientenzentrierte Theorie vorsieht, im Detail zu betrachten. Hier geht es um quantitative Veränderungen von Qualitäten des Erlebens und des Ausdrucks der Klienten, und zwar von Merkmalen, die als positiv befunden werden. Da ist als erstes die Erhöhung der *Selbstexploration* zu nennen. Darüber gibt es genügend Wissen und Erfahrungen, die belegen, dass diese Veränderung erstens zu erwarten und zweitens günstig ist. Die Güte der Selbstexploration bemisst sich an Stufen:

- sich äußern
- sich verbal äußern
- über sich reden
- über eigene Gefühle und Werte reden
- angesprochene Gefühle auch erleben (irgendwann)
- angesprochene Gefühle hier und jetzt erleben
- angesprochene Gefühle hier und jetzt ausdrücken
- Psychokatharsis: Ausdruck und Verarbeitung von Wut und Schmerz
- Verstehen der eigenen Gefühle.

Veränderungen des Klienten lassen sich daran erkennen, wie die einzelnen Stufen erklommen werden. Wachstum ist an allen Phasenübergängen bemerkbar. Dabei gibt es so etwas wie einen Deckeneffekt. Selbstexploration ist nicht beliebig zu steigern. So bedarf es neben der Güte der Selbstexploration auch der Zeit. Eine optimale Selbstexploration ist nicht zu verbessern, sie gilt es zu erhalten.

Parallel zur Verbesserung der Selbstexploration ist eine *Verringerung von Externalisierungen* zu beobachten. Der Klient berichtet zunehmend von den Bewertungen seines Erlebens (das sind Gefühle) anstatt von bloßen Sachverhalten, deren persönliche Relevanz nicht zu sehen ist.

Ein besonderes Prozessgeschehen der Selbstexploration ist *Experiencing*, das wirkliche Erleben der angesprochenen Gefühle im Hier und Jetzt. Auch hier gibt es ein Optimum. Die Abwehr von Gefühlen ist ebenso ungünstig wie ein volles und blindes Einsteigen und Ausleben. Es bedarf der optimalen Distanz zu den eigenen Gefühlen. Diese Veränderungen, die das kathartische Erleben zwischen Kälte und Hysterie, eine wachstumsfördernde Balance, fördern, sind erkennbar.

Die *Selbstöffnung* ist ein weiteres Kriterium für Wachstum. Abwehr, das Gegenteil von Selbstöffnung, ist der Versuch zu verhindern, dass Gefühle erlebt werden, aus Furcht, sie seien zu schmerzhaft. Dieser Versuch der Verhinderung von Gefühlen kann nicht punktuell geschehen. So es ist nicht möglich, nur schmerzhaft Gefühle abzuwehren, es ist nur möglich, das Erleben und den Ausdruck von Gefühlen überhaupt abzuwehren. Beim Versuch Schmerzen abzuwehren, werden immer auch Gefühle der Freude und des Glücks geopfert. Selbstöffnung bedeutet dann immer das Erfahren von den bisher abgewehrten Gefühlen, also z. B. von Wut oder Schmerz, aber auch das Erleben von vermehrter Zufriedenheit und Freude. Beide Veränderungen werden sichtbar, mitunter auch gleichzeitig: Ein Weinen mag gleichzeitig Glück und Schmerzen bedeuten.

Ein anderer Indikator zur Feststellung von Veränderungen ist die *Selbstempathie*. Der Klient wird weniger berichten, was und wie es ihn durchschüttelt, sondern auch, warum es ihn durchschüttelt, was genau passiert, was die Bedingungen seines Erlebens sind. Er wird zunehmend sich selbst, d. h. seine Erfahrungen und die damit verbundenen Gefühle verstehen.

Ein paralleles Phänomen zur vermehrten Selbstempathie ist die Verbesserung der *unbedingten Wertschätzung*. Klienten werden befähigt, sich wohlwollender zuzuschauen, auch dann, wenn sie Mist machen, ihren eigenen Ansprüchen nicht gerecht werden.

Ein weiteres erfahrbares Kriterium ist die zunehmende *Empathie für den Therapeuten* oder für andere Bezugspersonen. Vor allem für persönlichkeitsgestörte Menschen gilt dies, da sie ja zunächst nur eine eingeschränkte Empathiefähigkeit für sich und andere aufweisen. Ihnen ist zu helfen, indem sich der Therapeut selbst einbringt, so dass der Klient Gelegenheit erhält, Empathie zu erwerben. Die Selbstempathie und die Selbstexploration des Therapeuten helfen

dem Klienten, den Therapeuten besser wahrzunehmen und zu verstehen. Das hilft ihm, selbst empathischer zu werden. Dieser Prozess ist wahrnehmbar.

Auch die *Wertschätzung gegenüber dem Therapeuten* verbessert sich. Wenn zuerst Misstrauen da ist, was besonders für persönlichkeitsgestörte Menschen zutrifft, dann wird immer weitergehend versucht, dem Therapeuten zu glauben. Dieses Vertrauen ist leicht zu erschüttern, zugleich wird aber das Vertrauen wahrgenommen als eine Kraft, zwischenmenschliche Beziehungen sinnvoll und befriedigend zu gestalten. Ich habe es immer wieder erlebt, wie meine Klienten Verständnis gezeigt haben für mein Fehlverhalten (z. B. Versprechungen zu vergessen), und zwar nicht, um sich anzupassen oder anzubiedern. Klienten werden fähiger, ihre eigene Enttäuschung in den Mittelpunkt zu stellen und nicht das Versagen von mir oder anderen.

Was auch einer beobachtbaren Entwicklung unterliegt, ist die *Freude* und *Akzeptanz* sowie die Anerkennung für meine Begleitung. Bei persönlichkeitsgestörten Menschen kann es leicht passieren, dass meine überraschende Empathie als ein Übergriff verstanden wird, der abgewehrt werden muss. Es ist eine typische Veränderung, dass der Klient mein Bemühen akzeptiert und mit Dankbarkeit meine Verbalisierungen annehmen kann. Wenn sie gut treffen und eine Lücke im Erleben des Klienten schließen, werden sie mit einem Seufzer, vielleicht auch mit einem Weinen quittiert, einem Weinen, das heilsam ist.

Der Abbau von Misstrauen, ein weiteres Kriterium, ist auch daran zu erkennen, wie leicht Körperkontakt möglich ist. Körperkontakt als unbedingter Sicherheitsauslöser kann nicht von vorneherein von allen Klienten sofort angenommen werden. Die hilfreichen Arme des Therapeuten sind zunächst eine Bedrohung. Zunehmendes *Vertrauen* zeigt sich darin, dass die Klienten dankbar die schützende, Geborgenheit spendende Umarmung des Therapeuten sich nicht nur geben lassen, sondern auch aktiv nachsuchen.

Ein untrügliches Zeichen für den Fortschritt von Klienten ist die zunehmende *Dankbarkeit*. Klienten kommen in Therapie und haben Erwartungen, dass sie befreit werden von Leiden. Mühsam ist der Weg zu lernen, dass dies nicht zu haben ist ohne eigene Mitarbeit, ohne eigene Verantwortung. Das wird zunächst auch enttäuschen. So lange der Klient Forderungen an den Therapeuten stellt, dass er bedient wird, so lange wird das Fass ohne Boden bleiben. Erst die Dankbarkeit gibt diesem Fass einen Boden und lässt das Bemühen des Therapeuten Früchte tragen.

Ein Merkmal des Fortschritts von Klienten ist auch, nicht nur zulassen zu können, dass sie gemocht und geliebt werden, sondern dass sie auch zunehmend unbedingt wertschätzen und lieben können. Diese *Liebesfähigkeit* ist nicht ohne Vertrauen in die Menschen möglich. Die Erfahrung, dass sie lieben können, ist ein großer Schritt und bedeutet einen besonderen Wert.

Des weiteren ist eine zunehmende *Triangulierung* zu erkennen, d. h. dass der Klient, der gewöhnlich damit beginnt, sein gegenwärtiges Leiden auszubreiten, dazu übergeht, sein Leiden nicht nur in

Bezug zu setzen zu anderen Menschen seiner Umgebung, sondern weiterhin in Bezug zu Personen seiner Vergangenheit, bis hinunter zu frühkindlichen Erfahrungen mit seinen Bindungspersonen, und schließlich sein Erleben der Beziehung zum Therapeuten einbezieht. Er erarbeitet sich so ein sichereres Verständnis von seinen Mustern aller seiner persönlichen Beziehungen und Bindungen. Wie sehr er da seine Beziehung zum Therapeuten einbeziehen kann, zeigt seine fortschreitende Beziehungsfähigkeit.

Dazu gehört eine zunehmende *Regressionsfähigkeit*, die es dem Klienten ermöglicht, sich dort abzuholen, wo er mit einigen seiner emotionalen Verarbeitungen stecken geblieben ist, nämlich in seiner Kindheit. Diese Regressionsfähigkeit ist wahlfrei, d. h. Regression kann gewünscht und auch nach Wunsch beendet werden. Eine maligne Regression hingegen ist davon zu unterscheiden. Sie geschieht bei mangelhafter Bezogenheit auf das Gegenüber zu schnell, zu distanzlos, zu unverstanden.

Der Klient kann zunehmend von seiner Vorwurfshaltung absehen, sie erübrigt sich mit zunehmender Übernahme seiner *Verantwortlichkeit*. Nicht mehr die anderen sind an seinem Leiden schuld, sondern er selbst sieht sich zunehmend als Täter und fühlt sich verantwortlich dafür, wie er mit seinen Erfahrungen, wie andere ihn behandeln oder misshandeln, umgeht.

Die Öffnung gegenüber den eigenen abgewehrten Schmerzen ist das eigentliche Ziel von Psychotherapie, um ein treffenderes Selbstkonzept zu ermöglichen, Inkongruenzen zu erübrigen. Die Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung geschieht nur auf der Basis von Angst vor Schmerzen. Dieser *Angstabbau* ist wahrnehmbar.

Qualitative Veränderungen

Neben den genannten quantitativen Veränderungen gibt es auch qualitative Veränderungen, d. h., dass bestimmte Prozesse nicht grundsätzlich als günstig zu bewerten, sondern in Abhängigkeit von den Umständen zu beurteilen sind. So ist eine Veränderung z. B. je nach Anforderung der Diagnose oder der Phase, in der ein Klient augenblicklich verweilt, zu betrachten.

Zunächst ist eine Weisheit zu berücksichtigen, die sich anschaulich in dem frühchristlichen Spruch zeigt:

*Der Herr gebe mir die Kraft, mit Gleichmut
anzunehmen, was ich nicht ändern kann,
er gebe mir den Mut, zu ändern, was geändert
werden kann und muss,
und er gebe mir die Weisheit, das eine vom anderen
zu unterscheiden.*

Diese wesentliche Differenzierungsarbeit ist vom Klienten zu leisten. Es handelt sich um unterschiedliche Bewältigungsstrategien je nach dem, ob es um ein Problem geht, das sich handelnd lösen

lässt, oder um einen Schicksalsschlag, den es emotional zu bewältigen gilt. Ein Beispiel: Ein Klient verliert seinen Partner. Hier ist einerseits für den Verlust Trauerarbeit zu leisten, und andererseits für das weitere Leben Mut zu fassen, hier gilt es, Entscheidungen zu fällen. Beide Strategien sind notwendig, aber gleichzeitig nicht möglich. Menschen drücken Schmerzen aus, um sie zu verarbeiten (Trauerarbeit, um sich anzupassen), und sie haben Wut, die Energie mobilisiert, um zu handeln (die Welt anzupassen). Wut und Schmerzen gleichzeitig und angemessen auszudrücken ist nicht möglich, sie sind inkompatibel. Ein unreifes Lösungsverhalten wäre, einerseits gegen den Verlust wütend zu protestieren, und andererseits, den neuen Lebensabschnitt in Überforderung, Anpassung, Weinerlichkeit und Depression verantwortungslos zu blockieren. Die zunehmende *Passung von Problemmodus und Lösungsstrategie* ist ein Zeichen günstiger Veränderung.

Anfänglich mögen Klienten versuchen, Wut und Schmerz gleichzeitig auszudrücken. Sie nennen diesen instabilen Zustand *Verzweiflung*. Der kann ewig dauern, anders als der Ausdruck von Wut oder Schmerz, der endlich ist. Ein sichtbarer Schritt der Veränderung ist, Wut- und Schmerzausdruck zu trennen, beides nacheinander zu erfahren, auszudrücken und zu verarbeiten.

Und wenn die Passung stimmt und *Trauerarbeit* fällig ist, geht es darum, die Schmerzen der Verletzung zu spüren, sich den Verletzungen und Enttäuschungen zu öffnen. Dann ist kathartisches Weinen ein weiteres Kriterium für eine erfolgreiche Veränderung. Ineffektives Weinen ist daran zu erkennen, dass es ungleich länger dauern kann, wenig expressiv ist, und dass es gefolgt ist von verweinten Augen und Kopfschmerzen sowie von Beschämung und Selbstverachtung. Dagegen ist ein kathartisches Weinen gekennzeichnet durch Kürze, Heftigkeit und anschließend durch Klarheit des mimischen Ausdrucks, sogar durch die sichtbare Erfahrung von Glück.

Ein weiterer Schritt zeigt sich, wenn ein persönlichkeitsgestörter Klient eine *Abhängigkeit* vom Therapeuten beklagt. Die Kraft der therapeutischen Beziehung veranlasst Menschen mit frühen Störungen dazu, Beziehungen einzugehen, die attraktiv sind, aber zugleich auch gefährlich erscheinen. Nicht umsonst ziehen sie sich in eine Autarkie zurück (und verfehlen damit ihre Autonomie). Menschliche Beziehungen bleiben für sie jedoch verbunden mit einer Sehnsucht, die zu häufig enttäuscht wurde, so dass die zunehmende Abhängigkeit vom Therapeuten auch verstanden wird als ein Verlust der Kontrolle, verbunden mit einer zunehmenden Angst, wieder enttäuscht zu werden. Da aber eine emotionale Abhängigkeit für persönlichkeitsgestörte Menschen eine wesentliche Bedingung für den Therapieerfolg ist, muss hier eine Gefährdung beachtet werden, die es zu meistern gilt. Eine positive Entwicklung der Abhängigkeit zeigt sich darin, dass sie nicht in einem Klammern ausartet, sondern dass die Achtung vor dem Privatleben des Therapeuten ebenfalls zunimmt und dass verbalisiert werden kann, dass die positiven Gefühle, die als Abhängigkeit empfunden werden, etwas Schönes und Gutes sind und dass sie durch Klammern nicht verbessert werden können, dass

im Gegenteil ein Klammern die Beziehung gefährdet. Es ist es dann ein Zeichen von Reife, wenn der Wunsch nach und die Besorgnis vor dem Klammern verbalisiert werden kann, ohne dass das klammernde Verhalten gezeigt werden muss.

So wie zunehmende Abhängigkeit ein Zeichen sein kann für einen positiven Schritt, kann auch die zunehmende *Unabhängigkeit* wieder ein Zeichen für einen Schritt bedeuten. Ob Abhängigkeit oder Unabhängigkeit ein günstiger Schritt ist, hängt davon ab, in welcher Phase er geschieht. Die Abhängigkeit vom Therapeuten ist ein Durchgangsstadium und trennt die Phase der versuchten Autarkie vor Beginn der Therapie von der Phase der Autonomie am Ende der Therapie.

Die differentielle *Unterscheidung zwischen Gefühlen und Verhalten* ist ein Merkmal offenen Erlebens, dass nämlich Klienten z. B. lernen, dass sie so genannte böse Gefühle haben dürfen, solange sie nicht böse handeln. So ist ein Ärger auf den Partner wertzuschätzen. (Er wird seine einfühlbaren Gründe haben, im Partner oder in der Geschichte des Klienten). Ein mörderischer Hass ist unbedingt wertzuschätzen, ein Mordversuch hingegen nicht – selbst dann nicht, wenn er einfühlbar ist.

Ein Veränderungsprozess liegt vor, wenn aus Affekten, die erfahren werden, Gefühle werden, die verstanden werden. Der Übergang von unverstandenen Affekten (z. B. Panik) zu *kognitiv fassbaren Emotionen*, die verstanden werden („Ich habe Angst, weil ...“), ist unübersehbar und entspannend.

Ein weiteres Kriterium für die positive Veränderung ist der Schritt vom Ausdruck weinerlicher, *depressiver Gefühle* in Richtung Öffnung für Schmerzen, ihre Erfahrung und ihr Ausdruck. Von der Depressivität zur echten Trauer ist es ein großer Schritt, eher ein Doppelschritt. Einfacher ist es für Depressive, den Umweg über ihren Ärger zu nehmen:

Depressive wirken auf ihre Umgebung häufig aggressiv. Das hat seine Gründe. Seit Freud wissen wir, dass eine Depression eine nach innen gerichtete Aggressivität ist, die aber als solche nicht mehr wahrgenommen werden kann. Insofern ist ein *Ärger* eines depressiven Klienten ein Schritt auf dem Weg zur Umkehr, eine Möglichkeit, dass ihm seine Aggressivität bewusst wird.

Bei Ärger und Aggressivität jedoch kann es nicht bleiben, dies sind keine kathartischen Gefühle, die den Menschen befrieden. Für ärgerliche und aggressive Menschen ist der nächste Schritt, dass sie wirklich wütend werden. Erst die *Wut*, angemessen im Sinne der Lösungspassung, ausgedrückt und als Energie benutzt, um sein Leben zu ändern, ist kathartisch heilsam. Eine gute Wut ist wie alle wirklichen Gefühle (wie auch der Ausdruck von Freude durch Lachen) endlich.

Der Ausdruck von Wut befriedet, sofern dieser Ausdruck nicht neuerlich Verwundungen für andere bringt, die auf zwei Wegen zurückschlagen. Erstens durch Schuldgefühle, zweitens durch eine erhöhte Aggressivität auf der Gegenseite, die nicht ohne Wirkung bleiben wird. Der Ausdruck von Wut ist heilsam, wenn er sich nicht gegen andere richtet, sondern für sich selbst ausgedrückt wird.

Dieser *Impetus des Wuterlebens* ist Grundlage für eine wesentliche Veränderung. Es geht darum, dass ein Hass nicht mehr anderen Leuten gilt, denen die Verantwortung für das eigene Leiden zugeschrieben wird, sondern dass die Selbstverantwortung gestärkt wird, der Ärger sich gegen sich selbst richtet, ein Ärger über die eigene Unzulänglichkeit, Feigheit, das eigene Versagen. Hier ist es angemessen, wütend zu werden. Diese Verantwortungsübernahme für den Ausdruck lange anstehender Wut hilft, das eigene Leid in einem anderen Licht zu sehen, das Selbstkonzept umzustrukturieren.

Kathartische Gefühle sind das Erleben und der Ausdruck von Schmerz, von Wut und von Freude (Lachen). Auch das *Lachen* hat eine wesentliche kathartische Funktion, und wenn sich die Rate des Lachens, des wirklichen, herzlichen, humorvollen Lachens über sich selbst erhöht, ist dies eine Veränderung, die wünschenswert ist und sich deutlich abhebt vom Grinsen aus Scham oder Schadenfreude. Der Unterschied liegt erkennbar in der Wirkung. Kathartisches Lachen über eigene Unzulänglichkeit bedeutet eine liebevolle Akzeptanz, eine Verringerung des Abstands zwischen Selbst- und Idealbild, und befreit.

Schließlich sind noch allgemeine Änderungen des *Stressempfindens und Stressausdrucks* zu nennen. Generell lässt sich sagen, dass Therapie nicht stressfrei geschieht, da die Klienten immer am Rande ihrer Möglichkeiten operieren, immer im Bereich der Abwehr, der Angst, des Stresses. Dabei ist zu beobachten, dass in einer gelingenden Psychotherapie der Disstress zu Gunsten des Eustress abnimmt (Heinerth 2000). Die Aufregung der Therapie wird immer weniger ängstigend, immer mehr anregend und spannend erlebt und kann an bestimmten Phänomenen beobachtet werden.

Klienten verändern ihre *Sitzposition*, meist schon am Anfang einer Therapie. Vom Sessel Besitz zu ergreifen bedarf einer gewissen Gelassenheit und Sicherheit, die erst erarbeitet sein will. Noch ängstliche Personen lehnen sich nicht an, sitzen auf der Stuhlkante, als gälte es, notfalls leicht fliehen zu können.

Die Art des *Atmens* des Klienten ist ein wichtiger Indikator für den Stresszustand, der sich im Laufe einer gelingenden Therapie verändert. Eine Angstatmung zeigt sich im hohen Luftniveau in der Lunge und der Atempause im eingatmetem Zustand. Klienten atmen bis zum Anschlag ein, können nicht weiter einatmen, und erleben dabei Angst (sie laufen dabei Gefahr, eine Hyperventilation zu erleiden). Die Verlagerung der Atempause von oben nach unten ist ein untrügliches Zeichen der Entspannung. Beim Erleben von Schmerzen ist die Atmung sehr tief, mit einer Pause im ausgeatmeten Zustand, gelegentlich unterbrochen durch Schluchzen. Trauerarbeit gelingt nur in diesem Zustand, der leicht erkennbar ist.

Ein weiteres Indiz für Entspannung sind *Darmgeräusche*. Von Klienten beschämt festgestellt, können sie eine Quelle des Lachens werden, wenn geklärt ist, dass sie den Übergang vom Stress zur Entspannung begleiten.

Eine weitere Änderung lässt sich an der *Hauttemperatur*, am leichtesten der Hände, feststellen. Typisch sind kalte Hände unter

Stress, warme bei Entspannung. Am Händedruck lässt sich (unter Berücksichtigung anderer Faktoren wie Außentemperatur und Inanspruchnahme des Kreislaufs, z. B. wegen Eile) der Stress-Zustand sowie seine Änderung feststellen.

Pseudoveränderungen

Es gibt Veränderungen, die positiv erscheinen, aber differenziert zu bewerten sind. So besteht immer die Möglichkeit, dass der Klient sich nicht für sich, sondern sich für den Therapeuten verändert. Dies ist eine Vorleistung, die als solche für den Beziehungsaufbau genutzt werden kann. Es ist jedoch nur ein Versprechen, das noch einzulösen ist.

Zunehmende Emotionalisierung der Gesprächsinhalte wurde angesehen als eine positive Veränderung. Es ist aber auch denkbar, dass es sich um einen hypomanischen Prozess handelt. Wenn es den Klienten zu plötzlich, zu unverständlich besser geht, ist ein gewisses Misstrauen angebracht.

Misstrauen ist auch dann angebracht, wenn Klienten sehr plötzlich aufgrund äußerer Umstände glücklich sind und es den Anschein macht, als ob Therapie nicht mehr nötig wäre. Die Veränderung gilt es zu genießen, aber auch wachsam zu begleiten. Eine wirkliche Veränderung im Sinne einer Verbesserung ist erst dann sicher anzunehmen, wenn die Zufriedenheit auch anhält bei neuen Enttäuschungen und gewöhnlichen Frustrationen, die der Alltag bereit hält. Insofern ist erst die relative Stabilität von Zufriedenheit als günstige Änderung zu bezeichnen, weniger einmaliges Glück – das aber hoffen lässt.

Es gibt eine Veränderung, die gegen Ende einer Therapie geschehen kann und es einläutet: Statt zu reden, *damit* man sich versteht, geschieht ein Reden, *weil* man sich versteht. Dabei geht es weniger um die Selbstexploration, um Aufbau und Gestaltung der Beziehung, sondern um das Leben dieser Beziehung, um sie beenden zu können. Es ist eine tastende Normalität, zunehmender Smalltalk zum Abschied.

Woran erkenne ich, dass kein Wachstum stattfindet?

Eine mangelhafte Veränderung, neben einer Symptompersistenz, zeigt sich darin, dass immer dieselben Inhalte vom Klienten vorgebracht werden. Dies ist ein untrügliches Zeichen dafür, dass sich der Klient im Kern dieser Geschichte noch nicht verstanden fühlt. Der Klient wird so lange versuchen, sein Problem auszubreiten, bis er sich verstanden fühlt, bis er fähig ist, einen Schritt zu tun. Dieser Schritt befähigt den Klienten, sein Problem in einem anderen Licht zu sehen, d. h. er kann aufhören, immer dasselbe zu berichten, weil er nun seine Erfahrungen anders sehen und bewerten kann, weitere oder neue Perspektiven in Angriff nehmen kann.

Was mache ich, wenn ich den Eindruck habe, es geschieht keine Veränderung?

Eine schnelle Antwort ist banal: Wenn das Problem beim Klienten liegt, spreche ich es an, wenn ich es bei mir sehe, spreche ich es in meiner Supervision an (und das eine schließt das andere nicht aus). Etwas differenzierter möchte ich die Frage getrennt für Persönlichkeitsgestörte und für Neurotiker beantworten.

Bei Frühen Störungen gilt es, Geduld zu haben und nicht in Aktionismus zu verfallen, wenn eine Veränderung nicht sichtbar ist. Ich formuliere „nicht sichtbar ist“, weil sehr gut eine Veränderung trotzdem unscheinbar stattfinden kann. Ich erinnere mich an einen Fall, wo ich nach 20 Sitzungen etwas verunsichert fragte, was eigentlich die Ziele der Therapie seien. Diese Frage bedeutete für die Klientin einen erheblichen Mangel an Empathie. Die Klientin, eine Borderline-Persönlichkeit, war zutiefst erschrocken, weil in der Frage mitschwang, dass nichts passiere, sie bei mir nicht richtig sei. Übersehen hatte ich, dass es 20 Stunden brauchte, um überhaupt Vertrauen zu fassen. Es musste erst meine Zuverlässigkeit getestet werden, die ich mit dieser Intervention infrage stellte. Bei Neurotikern zeigt sich eine Stagnation weniger darin, dass eine Veränderung nicht sichtbar ist, sondern eher darin, dass immer wieder dieselben Geschehnisse auf gleiche Art exploriert werden. Das ist ein Hinweis darauf, dass sich der Klient hier noch nicht voll verstanden und anerkannt fühlt. Es gilt nun, auf Zusammenhänge zu achten, die ich bisher zu wenig beachtet habe.

Wie verändere ich mich als Therapeut durch die Therapie?

Rogers' Formulierung, dass er in der Beziehung mit einem Klienten, in jeder einzelnen Sitzung, wächst, kann ich heute nur zustimmen. Wenn ich Psychotherapie als ein Beziehungsgeschehen betrachte, so ist es notwendig, dass ich mich einbringe, und wenn ich mich selbst einbringe, selbst auch öffne, so wie ich es vom Klienten auch erwarte, dann erscheint es mir unumgänglich, dass ich mich auch verändere. Das gilt im Kleinen, wenn ich z. B. besser gelaunt aus einer Therapie herausgehe als ich reingegangen bin, oder wenn ich bestimmte Prozesse im Klienten besser verstehe (d. h. empathischer geworden bin), als auch im Großen: Für mich war es sehr beeindruckend zu erleben, dass ich bestimmte junge Männer schlecht verstanden habe und leicht ungeduldig wurde, bis mir aufging, dass ich mich selbst in frühen Jahren auf dem Klientenstuhl habe sitzen sehen. Diese Erkenntnis hat mich für das wirkliche Leiden dieser Menschen, wie für meine eigene Biographie, öffnen können. Das Anschauen der Abwehr dieser Klienten hat mir geholfen, meine eigenen Verletzungen wohlwollend zu sehen und meine Abwehr zu verstehen. Ich habe diese Klienten gebraucht, um mich selber weiter entwickeln zu

können. (Diese Entwicklung ist kein Missbrauch, denn die Nutznießer waren am Ende diese Klienten selbst.)

Meine Veränderungen durch meine psychotherapeutischen Tätigkeiten kann ich nicht mehr übersehen. Nach 33 Jahren aktiver therapeutischer Arbeit muss ich mir eingestehen, dass meine Wahl, Psychologie zu studieren, nicht zufällig war. Die Wahl basierte auf einer Neugier auf den Menschen, sicher auf mich, auf ein Neuland, so wie ich es mir selber damals auch war, ohne mir dessen bewusst gewesen zu sein. Insofern kann ich allen meinen Klienten danken, dass ich in der Beziehung mit ihnen habe auch wachsen dürfen.

Literatur

Dies ist ein sehr persönlicher Bericht geworden. Man sehe es mir nach, dass ich nur eigene Veröffentlichungen in Betracht gezogen habe.

Heinerth, K. (1999), Die Notwendigkeit des Fremden für das Eigene, in: PAB 2

Heinerth, K. (2000), Von der Akuten zur Posttraumatischen Belastungsreaktion, in: PAB 1

Heinerth, K. (2002), Versperrte und verzerrte Symbolisierungen: Zum differentiellen Verständnis von Persönlichkeits- und neurotischen Störungen in Theorie und Praxis, in: Iseli, C./Keil, W.W./Korbei, L./Nemeskeri, N./Rasch-Owald, S./Schmid P.F./Wacker P.G. (Hg.), Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG), 145–180

Heinerth, K. (2003), Psychotherapieverfahren: Gesprächspsychotherapie (Erwachsene), in: Behnen et al., Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis (Loseblattsammlung), Heidelberg (R. v. Decker), Abschnitt 1820

Autor

Klaus Heinerth, 1940, Univ.-Prof. Dr., Studium der Psychologie, Philosophie, Soziologie und Psychopathologie, Universitätsprofessur in Frankfurt/Main, seit 1983 in München, Klientenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder in Gesprächspsychotherapie (GwG), Psychologischer Psychotherapeut (PsychThG). 1969 Gründung der GwG, 1995 Gründung des Instituts für Gesprächspsychotherapie (IGT) in München, 1998 Gründung der Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG).

Korrespondenzadresse

*Prof. Dr. Klaus Heinerth
Department Psychologie
Leopoldstraße 13
D-80802 München
E-Mail: Klaus@Heinerth.de
Online: www.Heinerth.de*

Rosina Brossi

Unzeitgemäss?¹ Gedanken einer Praktikerin zum Thema Langzeittherapien

Zusammenfassung: Entlang den Äusserungen von Klientinnen und Klienten wird die Erfahrung mit Prozessen in Langzeittherapien nachgezeichnet. Die Klientinnen und Klienten machen deutlich, dass sie für den Aufbau der therapeutischen Beziehung und speziell für die Phasen von Stagnationen im Wachstumsprozess viel Zeit und eine verlässliche, nicht wertende Anwesenheit der Therapeutin brauchen. Beschrieben wird auch, was die „Langsamkeit“ dieser Prozesse jeweils für das Erleben und Verhalten der Therapeutin – das heisst für die Konkretisierung des Beziehungsangebotes – bedeutet. Die Prozessschritte, die im Laufe des Artikels sichtbar werden, zeigen, wie die in der Veränderungstheorie beschriebenen Prozesse bei Menschen stattfinden können, die an einer schweren psychischen Störungen leiden.

Schlüsselwörter: Langzeittherapie, therapeutisches Beziehungsangebot, Stagnation, schwere psychische Störung, Integration neuer Erfahrungen ins Selbstkonzept

Résumé: *Anachronique? Réflexions d'une praticienne sur le thème des thérapies de longue durée.* L'expérience de processus dans le cadre de thérapies de longue durée est dessinée au fil des propos de clientes et de clients. Les clientes et clients font comprendre qu'ils ont besoin, pour la construction de la relation thérapeutique et particulièrement pour les phases de stagnation dans le processus de croissance, de beaucoup de temps et d'une présence de la thérapeute qui leur inspire confiance et ne les juge pas. Il est également décrit ce que la « lenteur » de ces processus signifie chaque fois pour le vécu et le comportement de la thérapeute – c'est-à-dire pour la concrétisation de l'offre relationnelle. Les étapes de processus qui deviennent visibles au fil de l'article, montrent comment les processus décrits dans la théorie de la transformation peuvent se passer chez des êtres qui souffrent de troubles psychiques graves.

Mots-clés: *Thérapie de longue durée, offre de relation thérapeutique, stagnation, trouble psychique grave, intégration de nouvelles expériences dans le concept de soi*

Abstract: *Anachronistic? A practitioner's reflections on long term therapy.* Using statements of clients, the author describes her experiences with processes in long term therapies. The clients make it clear that they need a lot of time as well as the therapist's reliable, non-judgmental presence in order to establish a therapeutic relationship, specifically for the phases of stagnation in the process of growth. The author also describes the meaning of the "slowness" of such processes for the therapist's experiencing and behaviour, that is how she implements the relationship offer. The steps within the process, which become visible in the course of the article, show how in human beings suffering from a severe disorder, the processes as described by the theory of change can take place.

Keywords: *Long term therapy, therapeutic relationship, stagnation, severe mental disorder, integration of new experiences into the self concept*

1 Bei Beiträgen von Schweizer Autorinnen und Autoren wird die Schweizer Variante der Rechtschreibung beibehalten (Anm. d. Redaktion).

Einleitung

„Es ist meine feste Überzeugung, dass wir alle viel zu wenig langsam sind.“ (Robert Walser)

Sich heute einer solchen Überzeugung anzuschließen, scheint mir ein eigentliches Wagnis. Ebenso nachfolgend zu beschreiben, wie ich mit einigen meiner Klientinnen und Klienten über Jahre zum Teil Jahrzehnte psychotherapeutisch gearbeitet habe. So lange, bis diese eine stabile und anhaltende positive Veränderung bei sich wahrnehmen konnten.

Während all dieser Jahre veränderte ich mich natürlich zusammen mit ihnen. Mein Vertrauen in den Personenzentrierten Ansatz wuchs. Meine am Prozess orientierte Sichtweise von gesundem, beziehungsweise gestörtem Erleben wurde differenzierter, und ich vertrete diese Sichtweise immer radikaler.

Und die Rolle der Zeit als eines wichtigen Aspektes im Veränderungsprozess gewann für mich zunehmend an Bedeutung.

Aus meiner Praxis kenne ich Therapien, die von ungefähr zehn bis hin zu fünfhundert Stunden dauern, verteilt über eine Zeit von einigen Monaten bis zu sechzehn Jahren. Es ist in Fachkreisen anerkannt, dass die Länge einer Therapie von verschiedenen Faktoren abhängt: zum Beispiel vom Alter der Klientinnen, von der Art und dem Ausmass ihres Leidens und von ihrem Umgang mit diesem. Dann auch vom gewünschten Ziel: Sollen die Symptome beseitigt werden oder sollen eine Veränderung des Selbstkonzepts und der interpersonellen Fähigkeiten erreicht werden (Eckert 2002, 445; Brockmann et al. 2002, 347).

Es besteht jedoch durch die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens ein immer intensiverer Druck, Veränderungsprozesse innerhalb immer weniger Stunden erreichen zu müssen. Dabei wird nicht spezifiziert, welche Prozesse für eine dauerhafte Veränderung nötig wären. Diesem Druck sehe ich oft auch Ausbildungskandidatinnen und Ausbildungskandidaten in der Psychotherapieausbildung ausgesetzt. Sie kommen damit schlecht zu Rande und fühlen sich ineffizient, sobald Prozesse längere Zeit brauchen.

Schreiben über meine Erfahrungen mit langjährigen Therapien bedeutet für mich, dass ich diesem Druck etwas entgegensetze. Ich möchte damit dazu ermutigen, sich weiterhin auf komplexe, unvorhersehbare, manchmal überraschende Prozesse einzulassen mit dem Ziel einer stabilen Veränderung des Selbstkonzeptes. Dies braucht Zeit. Unterschiedlich viel Zeit.

Im Folgenden werde ich vor allem über die Arbeit mit jenen Klientinnen berichten, deren therapeutischer Prozess von langen Phasen des Stagnierens gekennzeichnet war. Sie brauchten innerhalb der therapeutischen Beziehung viel Zeit, um bis anhin als bedrohlich erlebte Erfahrungen neu als Selbsterfahrungen in ihr Selbstkonzept

integrieren zu können. Es wird eine persönliche Auswahl von Momenten sein, die das Wesentliche meiner Erfahrungen mit schwierigen Prozessen zeigen sollen. Ich werde die Klientinnen und Klienten selber über ihre Erfahrungen und deren Bewertung berichten lassen. Sie sind es, die mich vor allem gelehrt haben, genau hinzuhören. Dabei werde ich weniger Inhalte hervorheben, sondern zeigen, wie sie starres Erleben, das ja im Dienste der Selbsterhaltung steht, ausdrücken und wie eine Entwicklung zu flexiblerem Umgang mit Erleben spürbar werden kann. Ich werde sie zudem über ihren Veränderungsprozess berichten lassen und darüber, welche Wirkfaktoren sie in der therapeutischen Beziehung wahrgenommen haben.

Ich werde auch meinen eigenen Erfahrungsprozess bei der Begleitung dieser Prozesse beschreiben, mein Stagnieren, meine Angst und meine Hoffnung, die mich immer wieder antreibt. Dann möchte ich über meine eigene Veränderung berichten, die diese Begleitung bei mir auslöste.

Stillstand oder Veränderung in Zeitlupe?

Zeitlupe ist eine Technik, die bei Normalgeschwindigkeit mit freiem Auge nicht sichtbare Dinge sichtbar machen kann.

Stagnierende oder fragile Prozesse sind langsame Prozesse. Der Weg der Veränderung ist lang, weil sich früh in der Entwicklung der betroffenen Personen nur ein brüchiges Selbst bilden konnte. Dies führte zu weiteren schwierigen Erfahrungen. Das Tempo der Veränderung ist langsam, denn es ist sehr schmerzhaft, diese Erfahrungen zuzulassen. Deshalb besteht eine starke Ambivalenz im Umgang damit. Veränderungen werden gewünscht, ja herbeigesehnt und gleichzeitig gefürchtet. Bewältigungsstrategien werden als lästig erlebt und doch auch benötigt. Auf Beziehungen ist man angewiesen und doch erscheinen sie einem auch bedrohlich.

So ist es für mich als Therapeutin nötig, selber das Tempo zu drosseln, mich auf diese ganz langsamen Bewegungen einzustellen, aufmerksam darauf zu sein. Mich darauf einstellen, heisst, mich um bedingungslose Wertschätzung zu bemühen. Mir scheint oft, dass ich als Zeugin gebraucht werde, die diese minimalen Bewegungen wahrnimmt und das Wahrgenommene mitteilt. Die Bewegung friert manchmal fast ein, es wäre leicht, sich davon ab- und Bewegterem zuzuwenden. Ein feiner Übergang, eine leichte Veränderung würde so nicht wahrgenommen, manchmal auch ein unerwarteter Sprung übersehen. Ich erlebe es oft als anstrengend, genau da zu bleiben, an diesen unscheinbaren, diffusen Übergängen, dieses fast Immobile zuzulassen. Es sieht ja aus wie Nichtstun, „was mache ich da überhaupt?“, denke ich dann oft. Trotz besseren Wissens löst das manchmal Scham- und Insuffizienzgefühle bei mir aus.

Wenn die Veränderung als zu beängstigend erlebt wird, gilt es auch zuzulassen, dass nach einer Vorwärtsbewegung wieder ein Schritt rückwärts erfolgen kann.

Doch entsteht so – für mich immer wieder neu und eine Überraschung – eine Bewegung vorwärts, die sich weiterschraubt, manchmal minim, dann wieder sprunghaft, meist unvorhersehbar.

Und das Ganze ist nur möglich, weil mein Bemühen, das alles nicht zu bewerten und zumindest ansatzweise zu verstehen, auch als solches mit all dem damit verbundenen Misstrauen von den Klientinnen wahrgenommen wird.

Anhand von deren Aussagen möchte ich nun mögliche Ausdrucksformen von Stagnation im psychotherapeutischen Prozess aufzeigen. Ich habe die Gesprächsausschnitte wohl übersetzt, sie aber aus Gründen der Authentizität nahe am Schweizerdeutschen gelassen.

„Eigentlich wollte ich gar nicht kommen“

„Eigentlich wollte ich gar nicht kommen, weil es mich einfach angeschissen hat, aber ich habe einfach gedacht, jetzt gehst du trotzdem noch, ja irgendwie ist es nicht fair, wenn ich das dann einfach vergesse ... Vielleicht weil ich auch im Moment wieder nicht so recht weiss, wie geht es mir eigentlich, ähm, ich merke, dass ich sehr schnell aus dem Gleichgewicht gerate, ja. Ich will dann jeweils nicht darüber reden und nicht wirklich hinschauen, wie es ist, oder nicht wirklich nachspüren müssen, ich glaube, es kommt dann jeweils ein Haufen zusammen, es ist einfach dann: ‚äh, ja, leck mich doch am Arsch‘, also nicht gegen Sie ... Ja, ich habe mir dann auch gesagt, ich kann ja kommen und das erzählen und kann dann wieder gehen, muss ja auch nicht die ganzen 50 Minuten dasitzen, ähm, ja viel gibt es irgendwie nicht, doch, es gibt schon einiges.“

Frau A. (24-jährig) „kam“ schon seit über zwei Jahren in Psychotherapie. Ihre Angst und Ambivalenz drückte sie bis dahin aber nicht verbal im Kontakt mit mir aus, sondern in ihrem Verhalten. Sehr oft kam sie einfach nicht, „vergass“ es, vor allem anfänglich. Später entschuldigte sie sich manchmal vor, manchmal nach der Stunde auf dem Telefonbeantworter. Oft brauchte es von mir eine schriftliche Nachfrage, damit sie sich wieder melden konnte. Sie schämte sich über ihr, wie sie sagte, unreifes Verhalten. Manchmal meldete sie sich von alleine wieder. Nach einer etwa dreimonatigen Pause verblüffte sie mich mit der Aussage, sie wolle wieder kommen, weil ihr der „wertfreie“ Raum gefehlt habe. Der obenstehende Gesprächsausschnitt stammt aus der darauf folgenden Stunde. Ich habe mich darüber gefreut, zeigt sie doch damit eine Veränderung: sie drückt ihre Erfahrung neu unmittelbar in der Beziehung aus und versteht, dass es in der Psychotherapie gerade darum geht. Ich war mir sicher, dass nun eine neue Phase begonnen hatte.

Meine Reaktion auf das Verhalten der Klientin war in diesen Jahren ambivalent. Auf der einen Seite war mir die Tatsache, dass sie immer wieder erschien, eine Bestätigung, darauf zu vertrauen, dass sie mit dem psychotherapeutischen Angebot ansatzweise die Hoffnung verband, etwas positiv verändern zu können. Ihr Nichtkommen löste bei mir aber gelegentlich Unsicherheit und auch Wut aus. Ich musste immer wieder darum ringen, sie mit ihrer Abwehr

anzunehmen und damit weiter auf ihre Möglichkeit zur Veränderung zu vertrauen. Ihre trotzig pubertäre Art ging mir zuweilen auf die Nerven, doch spürte ich das ungeliebte, bedürftige Kind dahinter, das ich nicht aufgeben konnte.

Die Klientin hat sich mittlerweile vermehrt auf die therapeutische Beziehung eingelassen. Doch darüber werde ich weiter unten berichten.

„... wenn ich zu Hause bin, ist das Wollen plötzlich weg“

Stagnation im Wachstumsprozess wird vor allem in Phasen spürbar, in denen sich die Selbsterhaltung gegenüber der Selbstentfaltung behaupten will. Dabei nimmt das Klagen über die Symptome oft breiten Raum ein, und die dahinterliegenden Gefühle werden vermieden, bisweilen ziemlich abrupt abgewehrt. Obwohl die Symptome als lästig erlebt werden, können sie nicht aufgegeben werden.

Dieses Dilemma beschreibt Frau B. (40-jährig), die wegen ihrer Alkoholsucht schon mehrere Entziehungskuren hinter sich hat und trotz multidisziplinärer Unterstützung immer wieder rückfällig geworden ist, so:

„Ich möchte aufhören, wegen der Kinder – obwohl, vielleicht finden sie es gar nicht so schlimm, ich versuche ihnen ja alles zu geben. Immer wenn ich weg bin, auch als ich in der Suchtklinik war, will ich aufhören. Wenn ich zu Hause bin, ist das Wollen plötzlich weg ... Manchmal habe ich schon Angst vor den Folgen, doch oft nicht wirklich.“

Frau B. beteuert immer wieder, wie gerne sie das Problem weg hätte, vor allem, weil sie sich dann weniger schämen und sich nicht so schuldig fühlen müsste. Sie versucht auch immer wieder ernsthaft, etwas dagegen zu unternehmen. Ist sie aber rückfällig, versucht sie ihr Leiden zu verharmlosen. Sie spricht nur dann über ihre Sucht, wenn ich sie darauf anspreche. Dann fühlt sie sich entlastet und ist für einen Moment bereit, zu explorieren.

Frau C. (30-jährig) hingegen hat nicht gerne, wenn ich meine gefühlsmässige Reaktion auf die von ihr beschriebenen Erfahrungen ausdrücke. Sie reagiert ärgerlich:

„Nein, so schlimm war das nicht, ich finde, dass Sie übertreiben, nein, das hat mir nichts ausgemacht. Ich dachte einfach, jetzt spinnt er mal wieder (der jähzornige Vater). Ich habe mich einfach in mein Zimmer eingeschlossen.“

Sie wird von verschiedensten Ängsten und diffusen Schuldgefühlen geplagt, die sie im Alltag einschränken. Sie findet es aber „komisch“, dass ihre Ängste etwas mit ihren Erfahrungen zu tun haben sollen. Ihre eintönigen Beschreibungen von Erlebnissen wirken oft leblos. Darauf angesprochen, äussert sie:

„Ja, ja, da war auch nichts, ich lebte wie unter einer Käseglocke, ich lebte eigentlich gar nicht, so von zwölf bis ich etwa vierundzwanzig war, ging das so.“

Sagt's und will nichts mehr damit zu tun haben, sondern beginnt sofort über etwas weniger Bedrohliches zu sprechen.

Wieder etwas anders mit ihrer Ambivalenz geht die an Panikattacken leidende 45-jährige Frau D. um. Die Stunden mit ihr verlaufen meist ähnlich: am Anfang beklagt sie sich über die Symptome, sucht nach Erklärungen, nach Lösungen, um dann vermehrt Gefühle zuzulassen. So fühlt sie sich zum Beispiel unfähig, eigene Wünsche auszudrücken, sowohl solche nach mehr Nähe, vor allem aber auch solche, die ihre Grenzen betreffen.

„Ich habe oft das Gefühl, ich bekomme keine Luft mehr, in den unpassendsten Momenten, kaum ist es ruhig und ich muss ruhig sitzen, dann ist das so. Es wäre eine lockere Sache eigentlich, doch es passiert mir in letzter Zeit häufig, vor allem wenn es unpassend ist. Es darf nicht unpassend sein, und ich kann es niemandem sagen. Platzangst, das kann ich sagen, das ist eine gesellschaftlich anerkannte Panik. Beim Essen komme ich auch so in eine Panik, dann sage ich, ich habe eine Erkältung ... Ich habe das Gefühl, ich kann sowieso nur mir selber helfen, wieso soll ich dann das jemandem erzählen ... Aber ich wäre extrem froh, wenn das aufhören würde. Stattdessen wird es immer stärker, so 2-3 mal am Tag, keine Luft, das Herz hört auf klopfen ... Es muss irgend etwas sein, das mich plagt. Etwas, das mir zu nahe kommt. Es hat immer etwas mit Luft und mit Schlucken zu tun. Es hängt vielleicht schon auch damit zusammen, dass es für mich so schwierig ist, irgend welche Schwächen zuzugeben, das, was ich als Schwäche anschau.“

Mit Hilfe der therapeutischen Beziehung kommt Frau D. in den Stunden ihrem Erleben jeweils etwas näher, wenn ihr auch ganz vieles sehr unverständlich erscheint. Zwischen den Stunden ist sie mit diesem noch Unklaren überfordert. Dass die Symptome stärker werden, zeigt aber, wie sehr sich das Erleben aktualisiert.

Zum Schluss dieses Kapitels lasse ich noch die umtriebige Frau E. (28-jährig) sprechen. Sie hüpfte in der Stunde von einem Thema zum andern und schaut, dass ich ihr ja nicht zu nahe komme, indem sie mich mit ihren Erlebnissen überhäuft und mich möglichst nicht zu Wort kommen lässt. Sie drückt am deutlichsten aus, wie sehr es ihr zuwider ist, sich früheren schmerzhaften Erfahrungen zuzuwenden:

„Aus irgendeinem Grund habe ich plötzlich an meinem Ex-Mann gedacht, aber ich will nicht daran denken, das war ein anderes Leben, das ist jetzt abgeschlossen. Ich versuche, ihn als Mensch und die Zeit des gemeinsamen Lebens so weit als möglich fortzuschieben, weil für mich das Ende von dieser Ehe so schlimm war. Da möchte ich nicht mehr dran denken, ich möchte das alles in einen Schuhkarton reinpacken und verstauen und fort damit, in den Rhein werfen ... Ja, aber es ist, weil ich das selber so verdränge, wenn ich in Basel bin denke ich immer, hoffentlich läuft er mir nie mehr über den Weg, das ist irgendwie ziemlich unverdaut, das Ganze.“

In all diesen Gesprächsausschnitten begegnen wir dem Dilemma, Erfahrung abzuwehren oder ansatzweise zuzulassen. Da ein Dilemma immer eine Wahl zwischen zwei nicht wirklich guten Alternativen bedeutet, ist eine Entscheidung sehr schwierig! Das Erstarren geht auf Kosten der eigenen Lebendigkeit, beim vermehrten Zulassen setzt man sich etwas Unbekanntem, Bedrohlichem aus.

Für mich als Therapeutin ist es natürlich angenehmer, wenn Bewegung in die Stagnation kommt, sie nährt mein Vertrauen auf Veränderung und ich kann „etwas tun“, nämlich mit der Klientin zusammen das erst Angedeutete vermehrt zu verstehen suchen. Ich kann einen flexibleren Symbolisierungsprozess begleiten.

Doch weiss ich, wie schmerzhaft das Zulassen von bestimmten Erfahrungen sein kann, und dass es deshalb naheliegend ist, sich dagegen zu wehren.

Der Umgang mit dem Stagnieren ist für mich herausfordernder. Er konfrontiert mich mit eigenen unangenehmen Gefühlen und negativen Bewertungen „Jetzt hab dich doch nicht so!“, „Sei doch nicht so feige!“, „Ist das mühsam!“, gehört zum Freundlicheren, was sich in Gedanken bei mir abspielt. Ärgerlich machen mich vor allem die Bewältigungsstrategien, die mein Bemühen um Verstehen allzu offensichtlich unterwandern. Das Trennende in der therapeutischen Beziehung kann mich sehr belasten. Ich brauche Raum für meine schwierigen Gefühle, innerlich oder in der Supervision, sie gehören zu diesem Zeitpunkt nicht in die therapeutische Beziehung.

Verstehe ich mich in meinen Gefühlen, gelingt es mir auch wieder, die Klientinnen in ihren zu verstehen. Ich kann ihnen wieder besser in ihrer Erfahrung begegnen, darin, dass sie für diese bis jetzt abgewehrten Gefühle nie Anerkennung fanden und Angst davor haben, dass diese Erfahrung sich hier wiederholen könnte. Dieses empathische Wissen entlastet die therapeutische Beziehung.

„... ein einziges Chaos“

„Es ist gemein, hier zu sitzen und nicht abschalten zu können, so viele Gedanken gehen mir durch den Kopf, drehen sich im Kreis, ein einziges Chaos. Mein Körper schmerzt, ist gespannt, ich möchte heulen können, aber es geht kaum. Ich mag mich diesem Lebenskampf nicht mehr stellen. Ich habe solche Angst. Zur Zeit fühle ich mich aus allem herausgerissen, nehme mich selber aus allem raus, weil ich das Gefühl habe, ich bin nur etwas und nur wichtig, wenn ich erzählen kann, was ich alles geleistet habe.“ (Frau F., 36-jährig)

Ist das Festhalten an Symptomen ein Versuch, Distanz zum eigenen Erleben zu behalten, entsteht im Chaos, in welchem Ängste übermächtig werden, zu viel Nähe dazu. Auch so können Erfahrungen nicht angemessen symbolisiert werden. Drängt Erleben, das bis anhin nicht zugelassen werden konnte, an die Oberfläche, oft besonders schmerzhaft bei schwer traumatisierten Menschen, können Krisen auftreten, je nachdem werden Kriseninterventionen nötig.

Frau A., die sich nun, wie ich oben beschrieben habe, vermehrt auf die Therapie eingelassen hat, ist momentan in einer akuten Krise. Es wird konkret spürbar, was sie mir und sich bisher nicht zumuten wollte: sie beginnt über ihre latente Suizidalität zu sprechen, darüber, wie sie ihren Selbstmordversuch, den sie mit sechzehn Jahren beging, erlebt hat. Sie sehnte sich seit ihrem zwölften Lebensjahr, als ihr geliebter an Aids erkrankter Onkel gestorben sei, nach einem

friedlicheren Ort, wo sie nie mehr geplatzt würde, wo sie geliebt würde. Sie ist traurig und verzweifelt, fühlt sich auf dieser Welt nicht willkommen und ihr Zustand beängstigt sie:

„Ich hoffe immer, das hört jetzt dann auf mit dem Weinen, tagelang weine ich, am Morgen schon, ich mag jetzt dann nicht mehr. Es sollte doch aufhören, aber ich falle immer weiter nach unten. Ich habe Angst. Sie möchten mich jetzt sicher in die Klapsmühle stecken, Sie denken sicher, ich spinne.“

Sie braucht mich jetzt sehr, bleibt aber misstrauisch und unsicher, ob ich sie aushalten und halten kann.

Lange Zeit hatte ich das Gefühl, mit Frau G. (46-jährig) im Nebel herumzuirren. Sie kam mir vor wie eine Überlebende, die sich an die therapeutischen Beziehung wie an einen Strohhalm klammerte. Sie war ständig sehr traurig, weinte meist, war oft mit psychotischem Erleben beschäftigt. Im Alltag fand sie gegenüber anderen Menschen – vor allem Männern – keine Möglichkeit, sich zu schützen. Sie erzählte mir erst nach Monaten von der jahrelangen sexuellen Ausbeutung durch ihren Onkel. Warum erst nach so langer Zeit, obwohl ich sie nach möglichen Grenzüberschreitungen gefragt hatte? Sie habe gedacht, es sei nur der Onkel gewesen. Dies sei ja sicher nicht so schlimm, der habe ja nicht so richtig zur Familie gehört. Von der massiven Gewalt, der sie von Seiten ihres Vaters ausgesetzt gewesen war, hatte sie schon früher erzählt. Der gehörte zur Familie.

Ab diesem Zeitpunkt hat sich der Nebel gelichtet, das psychotische Erleben verschwand. Aber es folgten Jahre mit immer neuen, zum Teil massiven Krisen, begleitet von Depressionen, von somatischen und psychosomatischen Krankheiten. In einer dieser Krisen entstand das folgende Gedicht, das etwas von ihren Gefühlen zur Zerstörung ihrer Integrität erahnen lässt.

Einsamkeit

schwarzes Messer unter dem Herzen,
eingewachsen in's Gedärme
Berührung erzeugt brennenden Schmerz
ich möchte so nicht leben

Sehnsucht nach Nähe
Sehnsucht nach Berührung
Sehnsucht, dass jemand das Messer entfernt,
die Klinge entschärft,
dass ich mich bewegen kann,
dass ich mich berühren lassen kann.

Angst vor Nähe,
Angst vor dem Schmerz,
Hass gegen den, der mich berührt,
der das Messer bewegt,
brennender Schmerz,
ich möchte so nicht leben

Damit Chaos überhaupt aushaltbar ist, bin ich als Therapeutin diejenige Person, die den Überblick und die Hoffnung behalten muss. Diejenige, die ernst nimmt, wie schlimm diese Erfahrungen wirklich sind. Ich muss in meiner Betroffenheit spürbar sein, ohne dass ich

selber die nötige Distanz verliere. Ich muss bereit sein, Zusatzstunden und Telefonkontakte anzubieten.

Es gilt das Wachstumspotenzial, das in diesen Krisen liegt, wahrzunehmen. Krusten werden aufgeweicht, Erleben wird zugänglich, eine Integration von neuen Selbsterfahrungen ins Selbstkonzept wird möglich.

Ich fühle mich in dieser Phase einer Therapie meist freier. Die Klientinnen haben manchmal keine andere Wahl mehr, als sich auf mich zu verlassen, und ich habe das Gefühl, dass dadurch mein Bemühen um Akzeptanz eher wahrgenommen wird.

Die zentrale Erfahrung, die die Klientinnen bis dahin machen konnten, scheint mir diejenige zu sein, dass ich sie nicht aufgebe. Dass ich sie in ihrem So-Sein wahr- und annehme. Sowohl dann, wenn sie sich auf die Symptome und wenn sie sich aus der Beziehung in sich zurückziehen. Aber auch dann, wenn sie sich an der Beziehung wie an einem Rettungsanker festhalten. Das ist das Mindeste und gleichzeitig das Meiste, was ich ihnen anbieten kann. So können sie sich mit der Zeit aus der Erstarrung lösen und allmählich den Mut fassen, neue Selbsterfahrungen zu machen und neue Schritte zu wagen.

Aber wie erleben Klientinnen selbst ihre Veränderung? Was erleben sie als wirksam in der therapeutischen Beziehung?

Bewegende neue Selbsterfahrungen

„Ich bin jetzt wirklich flexibler geworden“

Frau H. (45-jährig) kommt seit vielen Jahren in die Therapie. Anfänglich als eine auf dieser Welt total verlorene Existenz. Sie konnte mit mir kaum in Kontakt treten. Jahrelang war die Therapie für sie einfach überlebensnotwendig. Seit einiger Zeit kann sie das in der Beziehung mit mir neu Erfahrene im Alltag vermehrt umsetzen.

Sie kam zehn Minuten zu spät in die Stunde, weil sie eine Fahrradpanne gehabt hatte.

„Ich habe mich nicht mal so aufgeregt, ich habe gedacht, es ist jetzt einfach so, jetzt versuche ich das Beste daraus zu machen. Seit ich Fahrrad fahre, hatte ich ja schon viele Reifenpannen. Was mir auffällt: ich bin jetzt wirklich flexibler geworden im Handeln. Manchmal denke ich jetzt, es ist besser, den Zug zu nehmen. Früher dachte ich gar nichts. Wenn ich eine Reifenpanne hatte, hatte ich schon fast das Rad draussen, also, ich habe gar nicht überlegt, ist das jetzt schlau, hier den Reifen zu flicken, oder gäbe es noch andere Möglichkeiten. Ja, da merke ich jetzt eigentlich schon einen Fortschritt ... also irgendwie scheint es mir, ich verliere mich nicht so in der Situation, ich bleibe bei mir ... ich frage mich, was wäre jetzt das Beste ... ich hatte kein schreckliches Gefühl mehr. Das zeichnet sich überall ab. Ich fühle mich nicht mehr ausgeliefert. Ich kann Sachen jetzt auch mehr von aussen anschauen.“

Es wird deutlich spürbar, wie sehr sich Frau H. heute mit dem Leben verbunden und dadurch bereichert fühlt.

Auch im nächsten Ausschnitt berichtet eine 35-jährige Klientin mit sichtlichem Stolz von ihrer Veränderung im zwischenmenschlichen Verhalten:

„Ich habe einen lang gehegten Vorsatz, mal mit meinen Eltern deutlicher zu reden, umgesetzt. Ich glaube, ich war oft zu wenig deutlich, nicht laut, immer anständig, was schon tief in mir drin sitzt. Jetzt habe ich's total gut erlebt, also ich habe mich anders gefühlt. Ich konnte meine Anliegen gut und sec hinlegen. Sie, es war unschlagbar! Mein Vater wie ein Fisch, der nach Luft schnappte, versuchte immer wieder dazwischenzureden. Ich habe mein Alter reingebracht, was mir gut täte an Unterstützung von ihnen, die Verantwortung übernehme ich schon selber. Für mich war das wie eine Befreiung, ich spürte viel Energie. Ich kann ja etwas verändern an dieser Beziehung, bin nicht darauf angewiesen, dass meine Eltern etwas verändern. Ja, es muss von mir kommen. Ich darf mich durch ihre möglichen Reaktionen nicht zu sehr daran hindern lassen.“

In dieser Phase der Therapie verändert sich auch die therapeutische Beziehung. Ich werde zunehmend als ein Gegenüber wahrgenommen, dessen Reaktionen interessieren. Frau I. (33-jährig) war unsicher, ob sie die Therapie beenden sollte oder ob sie noch weiter kommen wollte:

„Ich habe mir lange überlegt wegen dem Weitermachen und es stimmt auf jeden Fall. Dass ich es mir so lange überlegen musste, hat auch mit der Frage tun, ob ich mir in etwas Wichtiges dreinreden lasse. Ich habe es aber toll gefunden, was Sie mir dazu gesagt haben, wie Sie das so klar spezifiziert haben und ich finde das auch schön, dass Sie sich so Überlegungen zu mir machen. Ich habe halt gedacht, du solltest es jetzt selber schnallen, aber ich merke ja, wie es mir gut tut. Erst seit ein paar Wochen merke ich auch in meinem Verhalten Veränderungen: ich wehre mich mehr gegen Leute, die mir zu nahe treten. Ich lasse aber auch mehr auf mich zukommen im Positiven, habe weniger Angst, wenn etwas zwischen mir und einer andern Person ins Rollen kommt.“

Frau K. (39-jährig), die anfänglich unter schweren Zwängen und Zwangsgedanken litt, hat in der Zwischenzeit eine Ausbildung gemacht und sich ein eigenständiges, zufriedenstellendes Leben aufgebaut. Sie wird sich immer wieder schmerzlich bewusst, dass ihrer Veränderung auch Grenzen gesetzt sind. Hier beschreibt sie, wie es für sie ist, wenn an sie viele Anforderungen gleichzeitig gestellt werden:

„Es ist für mich immer ein Stück weit: ja, so ist das Leben, es ist so, aber ich merke dann immer, dass ich, wie soll ich sagen, dass ich dann da Mühe habe, dass ich überfordert bin. Es ist zu schnell und zuviel. Wenn ich etwas höre oder sehe, auf das ich reagieren sollte, da bleibt es bei mir lang hängen, so muss ich es beschreiben. Wenn ich aus Distanz schaue, gefällt mir das Leben so, ich finde es hat einen guten Rhythmus, aber ich komme manchmal emotional einfach nicht nach. Es ist, ach es ist schade, dass ich nicht mehr kann ... Vielleicht ist schon das das Leben, immer wenn etwas ist, dann geht es ja schon wieder weiter ... (sehr leise) das ist, glaube ich, schon eine Kunst, wenn man das kann, von einem zum nächsten gehen. Es geht ja um die Gefühle, und das kann ich nicht so schnell – uff – ...“

Wir begegnen hier selbstverantwortlich handelnden Personen, die ihre Möglichkeiten erweitern konnten und sich ihrer Grenzen bewusst sind. Dies hat wiederum einen Einfluss darauf, dass sie sich selbstbewusster verhalten können.

Machen Klientinnen ihre Veränderungen im Selbstkonzept so spürbar, empfinde ich eine tiefe Dankbarkeit. Es beglückt mich, nach langer von Stillstand, Verzweiflung und Trauer geprägten Zeit, daran teilhaben zu dürfen. Leitete mich vorher das Hoffen darauf, dass Veränderung möglich ist, bin ich in diesen Momenten tief berührt, wenn das Wachstumspotenzial so deutlich seinen Weg findet und so differenziert ausgedrückt werden kann.

„Ich konnte Vertrauen aufbauen“

Es kommt vor, dass ich den Abschluss einer Therapie nach so vielen Jahren der gemeinsamen Arbeit als abrupt erlebe. Als hätte etwas in mir gar nicht mehr mit dieser Möglichkeit gerechnet. So erging es mir auch bei Herrn L. (50-jährig), dessen Therapie fünf Jahre gedauert hat. Er war ein rigider und verschlossener Mann. Im Laufe der Therapie erlitt er zwei psychotische Zusammenbrüche. Er musste jeweils in die Klinik eintreten. Zu meinem Erstaunen wollte er danach jeweils die Therapie bei mir fortsetzen. Ich erlebte ihn mir gegenüber als sehr misstrauisch, und das setzte mir zu. Die Stunden mit ihm waren deswegen und weil er sich lange Zeit im Kreis drehte und nichts finden konnte, wofür er sich hätte interessieren können, anstrengend. Alles und Alle enttäuschten ihn immer wieder. Dann, ich war wirklich überrascht, entschloss er sich zu einer beruflichen Weiterbildung im landwirtschaftlichen Bereich. Vor dieser hatte er sich bis anhin sehr gefürchtet. Die Weiterbildung gefiel ihm, er wurde beweglicher. Er beschloss, wiederum überraschend für mich, die Therapie abzuschließen. Nach der letzten Stunde bekam ich eine Postkarte von ihm: ein Seerosenbild von Monet. Er sandte mir „blumige Grüße“ und schrieb:

„wie bereits erwähnt, bin ich Ihnen für die Therapie dankbar, ich konnte Vertrauen aufbauen, auch im Leben und viel lernen: meine Wünsche präzisieren, Wichtiges von Unwichtigem unterscheiden, Konfliktsituationen angehen.“

Frau G., deren Gedicht ich weiter oben zitiert habe, begleitete ich am längsten, insgesamt über 16 Jahre, zeitweise in geringer Frequenz. In diesem Zeitraum begann sie zunächst eine Lehre, später absolvierte sie erfolgreich ein Studium und arbeitete an verschiedenen Stellen im sozialen Bereich. Sie lebte in verschiedenen Wohngemeinschaften, einige Zeit mit einem Partner, heute lebt sie alleine. Ich hatte mich darauf eingestellt, dass sie „ewig“ kommen würde.

Der Prozess mit ihr war oft sehr schmerzhaft. Er war gekennzeichnet davon, dass die Klientin immer von Neuem Wünsche und Vorstellungen loslassen musste. Fast alles, was sie sich in ihrem Leben aufzubauen versuchte, musste sie wieder aufgeben, da sie sich in der jeweiligen Situation nicht schützen konnte und ihr meist nur der Ausweg in die Krankheit blieb. Nachdem sie an ihrer letzten Stelle lange krankgeschrieben war, rang sie sich mit Unterstützung von mir und der eines Psychiaters dazu durch, eine Invalidenrente zu beantragen.

Danach ging es ihr langsam besser. Es gelang ihr nun – unter we- niger Druck –, sich besser zu spüren, zu wählen, wo sie sich einlassen wollte und wo nicht, Wünsche zu äussern. „Plötzlich“ auch denjeni- gen, die Therapie abzuschliessen. Sie spüre, „dass das stimme“, ob- wohl es ihr auch Angst mache. Anfänglich verunsichert, unterstützte ich sie darin. In der Schlussstunde wollte sie keine Rückschau halten, das käme ihr zu nahe, sagte sie. Sie wollte aber ein Nachgespräch vier Monate später. Bei diesem wirkte sie sehr lebendig auf mich. Sie habe schon noch ihre Krisen, sagte sie, aber sie spüre viel mehr Energie, könne das Leben auch geniessen und ihre Freundschaften pflegen. Sie sei froh um die Rente. Sie sei aber auch froh, dass das Geld knapp reiche. Ihre Sparsamkeit betrachte sie als ihren eigenen Beitrag dazu. Sie sei mit der Beraterin bei der Invalidenrente auch im Ge- spräch, weil sie gerne wieder einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen möchte, gerne „für Menschen etwas tun, aber nicht mehr so nahe mit Menschen zusammen sein.“ Sie sagte im Nachgespräch:

„Es tut mir gut, dass ich nach dieser langen Zeit, die Therapie abschlies- sen konnte. Wobei ich betonen möchte, dass ich keine einzige Stunde zuviel gekommen bin“ und „ich war noch nie so nahe bei mir selber.“

Einen breiten Raum nahmen darauf ihre Fragen an mich ein: wie es meinen (inzwischen erwachsen gewordenen!) Söhnen gehe und wie ich mich in meiner neuen Wohnung fühle. Wir sprachen über die neuesten Filme, die wir gesehen hatten. Es wurde deutlich, die The- rapie war abgeschlossen. Unsere Unterhaltung nahm die Form eines freundschaftlichen Gespräches an. Ich konnte mich von jemandem verabschieden, der von einer überlebenden zu einer lebenden Per- son geworden war.

„Ich habe Ihre Wahrnehmung und Ihre Akzep- tanz immer sehr geschätzt und gebraucht“

Zum Schluss kommen Klientinnen mit Aussagen zu den Wirkfaktoren der Therapie zu Wort. Zuerst Frau M. (44-jährig), die eine sechsjäh- rige Therapie abschloss:

„Ich musste in dieser Zeit viel aufgeben. Sie arbeiteten mit mir an mei- nem Selbstwert, dass ich mich selber besser wahrnehmen und erst- nehmen lernte. Ich habe Ihre Wahrnehmung und Ihre Akzeptanz immer sehr geschätzt und gebraucht. Ich ging immer beruhigt von Ihnen weg. Sie haben mir gut getan. So habe ich habe Kampf gegen mich selber beenden können.“ (Frau M.)

Frau F., die die Therapie nach zehn Jahren abschliessen wollte, sagte in der letzten Stunde:

„Vielleicht finden Sie komisch, was für mich so Wendepunkte in der Therapie gewesen sind: einmal, als ich mich innerlich gegen Sie und mich verschloss und ich mich ziemlich elend fühlte, haben Sie mir einen Tee gemacht. Als zweites fällt mir ein, dass Ihr Hund, (der sich nie in meinem Praxisraum, sondern in der Küche aufhält) einmal zu mir ins Wartezimmer geschlichen kam und seinen Kopf auf meinen Oberschen- kel legte. Da dachte ich: ‚Wenn Ihr Hund mich mag, dann bin ich doch nicht so schlecht.‘“

Die schwer traumatisierte Frau N. (30-jährig) begleitete ich neun Jahre. Sie sagte am Schluss:

„Ihre Geduld hat mir sehr geholfen. Sie haben mir nie das Gefühl gege- ben, dass ich schneller vorwärts kommen müsste. Sie haben mich ge- lehrt, dass es am meisten hilft, etwas zu akzeptieren, wie es ist. Wenn mir das heute nicht gelingt, stelle ich mir immer vor, was Sie jetzt zu mir sagen oder was Sie mich fragen würden.“

Frau O. (33-jährig) sagte in ihrem Abschlussgespräch:

„Seit ich mich besser spüre, bin ich offener für andere. Ich empfand die Arbeit hier mit Ihnen als eine zutiefst soziale. Was ich mit Ihnen erlebt habe, kann ich jetzt auch übertragen auf andere Beziehungen.“

Sie schenkte mir zum Abschied ein schönes Büchlein aus ver- schiedenen, von ihr mit Text ergänzten, Postkarten. Ihre Aussagen stehen als letzte in dieser Darstellung des therapeutischen Prozes- ses aus Klientinnensicht:

„– Manchmal war mir alles zuviel und sehr undurchsichtig“ (auf der Karte sieht man eine Frau, die von vielen Körben fast verdeckt ist).

„– Manchmal fand ich es sehr schwer, mich zu verstehen“ (ein Hase mit Zebrastrreifen).

„– So oft ging mir alles zu langsam – ich schien mir zu langsam“ (eine Schnecke, die einen Frosch auf ihrem Haus trägt).

„– So oft haben Sie für mich hingeschaut“ (ein Ausschnitt, der vor allem die Augen eines Schlittenhundes zeigt).

„– Und so aufmerksam hingehört“ (ein Luchs).

„– Ich finde es schön, wie viel Humor Sie haben – und dass Therapie nicht etwas ausschliesslich Tödernes ist“ (eine Miss Marple ähnliche Dame, die auf einem Motorrad sitzt).

„– Ich habe mich nie allein gefühlt“ (drei ältere, etwas schräge Damen, die auf einer Parkbank sitzend Tee trinken).

„– Und in Sicherheit“ (eine spiralförmige Muschel).

Es fällt auf, dass in all diesen Aussagen die Grundhaltung der positiven Beachtung oder unbedingten Wertschätzung als zentral angesehen wird. Alle Sätze drücken aus, dass es diese Grundqua- lität meines Beziehungsangebots war, die ihnen ermöglicht hat, Vertrauen aufzubauen, um sich in der therapeutischen Begegnung allmählich selber besser verstehen zu lernen.

Reflexion

„Vielleicht konnten Sie auch auf eine Art profitieren“

- wünschte mir Herr L. auf seiner Karte zum Abschluss. Wie ich pro- fitierte, werde ich nun zu beschreiben versuchen.

Wie habe ich mich durch Begleitungen, wie die oben beschrie- benen, in meiner Arbeit als Psychotherapeutin weiter entwickelt?

Ich bin eine weisse, mitteleuropäische Frau, mittelständisch, mittlerweile mittelalterlich, feministisch und politisch links den- kend. Diese Eigenschaften beinhalten Möglichkeiten und Grenzen.

Sie sind Teil der konkreten Färbung meines personenzentrierten therapeutischen Angebotes.

Mein eigener Veränderungsprozess in der psychotherapeutischen Arbeit ist auf diesem Hintergrund zu sehen. Er ist einerseits mit den Erfahrungen verbunden, die ich mit meinen Klientinnen gemacht habe. Andererseits resultiert er aus der Auseinandersetzung mit der Theorie des Personenzentrierten Ansatzes und mit dessen neueren Entwicklungen.

Konstruktive Veränderung von Erleben wurde von Rogers als Bewegung auf der Prozessskala vom eher starren zum flexiblen Pol beschrieben. Ich kann meine Veränderung als Therapeutin auch am besten so darstellen. Am Anfang meiner Tätigkeit war ich wohl fasziniert von Rogers' Beschreibungen des Wesens von Veränderungsprozessen und den Zielen der personenzentrierten Psychotherapie. Bei der Umsetzung in die Praxis war ich aber durch einen starken Leistungsanspruch und durch Ängste, zu versagen, eingeschränkt. Die Klientinnen zeigten mir aber, dass Psychotherapie funktioniert und ermöglichten mir, mich in meiner Rolle zunehmend zurechtzufinden und mich auf die Komplexität des Geschehens einzulassen. Ich wurde dadurch freier, gelassener, auch präsenter. Ich konnte genauer hin hören und Unerwartetes, Fremdes bedrohte mich immer weniger.

Die Langzeitklientinnen haben mich in erster Linie Bescheidenheit und Respekt gelehrt. Respekt für ihren Weg, ihr Tempo, ihr Bedürfnis nach Schutz, für ihren Mut hinzuschauen.

Das erfordert in der Arbeit viel Kraft, sowohl von den Klienten als auch von mir. Trotz der Sicherheit, die ich zunehmend gewonnen habe, ist es paradoxerweise so, dass mich die jeweilige konkrete Situation umso mehr verunsichern kann. Diese ist immer wieder einmalig und neu. Es ist unabdingbar, mich immer wieder ganz auf dieses Neue einzulassen. Und es ist auch unabdingbar, das jeweils Erfahrene zu reflektieren.

Das eine ist ohne das andere nicht denkbar. Das empathische Nachdenken in Inter- und Supervision ist mir deshalb sehr wichtig. Auch wichtig ist mir die Beschäftigung mit der Therapietheorie.

Im Laufe der Zeit hat sich mein Umgang mit ihr verändert. Ich erlaube mir heute, vermehrt mein Erleben als Gütemassstab anzusetzen. Inwieweit wird meine Arbeit durch einen Beitrag bereichert und erweitert? Aus verschiedenen Perspektiven kann ich so das konkrete Geschehen ausleuchten, um diesem in seiner Komplexität besser gerecht werden zu können.

So profitiere ich etwa aus der Perspektive der Mikroprozesse vom Experiencing: vom Erkennen von kleinen Veränderungen am Rande des Gewährwerdens in scheinbarem Stillstand (Gendlin 1998). Die systemtheoretischen Erkenntnisse machen mich gelassener: es ist hilfreich, Komplexität zuzulassen, Chaotischem Raum zu geben und darauf zu vertrauen, dass sich dadurch eine neue sinnvolle Ordnung ergibt. Meine Erfahrung, dass Prozesse im nachhinein zwar

beschreibbar, aber niemals voraussagbar sind, wird hier benannt und erklärt (Kriz 1998).

Die entwicklungspsychologische Perspektive hilft mir, die Person in ihrem Geworden-Sein, in ihrem So-Sein besser zu verstehen. Es stellen sich mir dadurch Fragen, welche Art Beziehung sie in der jeweiligen Situation als hilfreich erleben könnte und als wie fragil sich die Beziehung bisweilen erweisen kann (Biermann-Ratjen et al. 1995).

Högers Ausführungen zu „Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung“ haben für mich viel geklärt im Bezug auf das Verständnis von Bewältigungsstrategien.

Von Prouty (Prouty et al. 1998) und Warner (2002) habe ich viel über verletzten Kontakt gelernt. Auch meine Auseinandersetzung mit Diagnostik – zum Beispiel mit Smith Benjamin (2001) – vertieft mein Verstehen.

Die genannten Beiträge (zusammen mit anderen, die hier jetzt keine Erwähnung finden) befriedigen in hohem Masse meinen Wunsch, in meinen Erfahrungen, meinen Gedanken und meinem Erleben als Therapeutin verstanden zu werden, sowie denjenigen, meine Klientinnen besser zu verstehen.

Zum Schluss

Die therapeutische Beziehung ist eine zeitlich begrenzte. Manchmal kann es – wie wir gesehen haben – lange dauern, bis sie nicht mehr nötig ist. Es stellt sich die Frage, was als lange definiert wird. Welches sind die Kriterien dafür? Wieso empfinde ich etwas als zu lang oder als zu kurz, als langweilig oder kurzweilig? Was heisst es, jemandem Zeit zu geben?

So komplex das Thema Zeit ist, so komplex ist auch die Beschreibung des zentralen Gehalts der therapeutischen Beziehung. Bezogen auf die vorher beschriebene Arbeit mit Langzeittherapien will ich aber doch zum Schluss eine Zusammenfassung meiner Erfahrungen wagen:

Personen, die frühe Missachtung und Verletzung erfahren haben, konnten nur ein brüchiges Selbst entwickeln. In der Folge gelang ihnen nur eine dysfunktionale Beziehungsgestaltung.

Sie werden auch in der therapeutischen Beziehung mit Zweifeln und Misstrauen zu kämpfen haben und brauchen Verständnis dafür, dass sie manchmal ausführlich Erfahrungen sammeln müssen, um herauszufinden, ob Psychotherapie für sie wirklich hilfreich ist und ob sie dieser konkreten Therapeutin trauen können. So kommt es oft zu einer längeren Motivationsphase.

Diese Personen sind auch stärker gefährdet in Bezug auf Re-traumatisierungen. Krisen können häufig vorkommen. Innerhalb des therapeutischen Prozesses kommt es oft zu Kriseninterventionen (Brossi 1998). Das Bedürfnis nach Schutz ist gross und manchmal lange anhaltend.

Von den drei Grundhaltungen des personenzentrierten Angebotes braucht es in diesen Therapien in den langen Phasen der Stagnation und der möglichen Zusammenbrüche vor allem das Vermitteln von positiver Beachtung oder unbedingter Wertschätzung und ein Verstehen, welches das Bedrohliche von Selbstexploration und Selbsterfahrung anerkennt. Es braucht Empathie für die Notwendigkeit der Selbstbehauptung. Die Empathie dafür lässt mit der Zeit an den Rändern Neues zu. Wie die Vegetation, die sich an Stadträndern und auf ausgedienten Fabrikarealen wieder ausbreitet und zu blühen beginnt, werden dadurch mit der Zeit Veränderungen möglich.

So können auf dem Boden des Verstehens, dass Erfahrungen nicht zu Selbsterfahrungen werden konnten, innerhalb der therapeutischen Beziehung erstmals Erfahrungen zu Selbsterfahrungen werden. Das Selbstkonzept wird damit erweitert. Auch in dieser Phase der Therapie braucht es Zeit, damit Wunden verheilen können, Grenzen akzeptiert werden können. In der Beziehung mit einer wichtigen kongruenten Person wollen die Klientinnen in ihren neuen Selbsterfahrungen Anerkennung finden und wahrgenommen werden, so dass ihr Selbst konsistenter werden kann. Nun ist vermehrt eine Begegnung möglich, in der die Gefühle und Reaktionen der Therapeutin gewünscht werden. Allgemein erleben sich die Klientinnen beziehungsfähiger. Damit wird ein Abschluss der Therapie möglich. Die Klientinnen haben die therapeutische Beziehung verinnerlicht.

Ich erlebe es als Erweiterung meines eigenen Selbsterlebens, dass in den letzten eineinhalb Jahren doch einige meiner „ewig dauernden Therapien“ zum Abschluss kamen. Ich weiss nun, dass meine Geduld, mein Dranbleiben, meine Fähigkeit auf kleinste Bewegungen zu achten und auch ziemlich chaotisches Erleben und Verhalten zuzulassen, Qualitäten sind, die mit den Zielen des Personenzentrierten Ansatzes durchaus kompatibel sein können. Sie ermöglichen mit, dass Therapien auch nach vielen Jahren einen konstruktiven Abschluss finden.

Ein zweites Zitat von Robert Walser soll diesen Artikel abschliessen. Walser, der bis zu seinem fünfzigsten Geburtstag bedeutsame Werke der Schweizer Literatur verfasst hatte, lebte, nach einem psychotischen Zusammenbruch, bis zu seinem Tode 1956 fast dreissig Jahre in der psychiatrischen Klinik in Herisau:

„Nur was ich selbst erlebt, erfüllt habe, wird mir zu einem Besitz, und nur wenn ich etwas Wirkliches besitze, kann ich in Wirklichkeit etwas geben.“ (Walser 1998)

Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J./Schwartz H.J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. Stuttgart (Kohlhammer) 1979, 71995 (überarb. u. erweiterte Aufl.)
- Brockmann, J./Schlüter, T. et al. (2002), Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten, in: Psychotherapeut 47, 6, 347–355
- Brossi, R. (1998), Krisenintervention auf der Grundlage des klientenzentrierten Konzeptes, in: Brennpunkt 74, 26–45
- Eckert, J. (2002), Kurzzeit- und längerfristige Psychotherapie, in: Keil, W.W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer), 445–466
- Gendlin, E.T. (1998), Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode, München (Pfeiffer)
- Höger, D. (1993), Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung – die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, in: J. Eckert, J./Höger, D./Linster, H. (Hg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd. 1, Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes, Köln (GwG), 17–41
- Kriz, J. (1998), Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner, Wien (Facultas)
- Prouty, G./Pörtner, M./van Werde, D. (1998), Prä-Therapie, Stuttgart (Klett-Cotta)
- Smith Benjamin, L. (2001), Die interpersonelle Diagnose und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, München (CIP-Medien)
- Walser, R. (1998), Lektüre für Minuten, Zürich (Suhrkamp)
- Warner, M. S. (2002), Psychologischer Kontakt, bedeutungstragende Prozesse und die Natur des Menschen. Eine Neuformulierung personenzentrierter Theorie, in: Person 6, 1, 45–58

Autorin

Rosina Brossi, 1952, lic. phil. Psychotherapeutin und Ausbilderin SGGT, arbeitet in eigener Praxis.

Kontaktadresse

*Rosina Brossi
Grenzacherstrasse 10
CH-4058 Basel
E-Mail: rosinabrossi@bluewin.ch*

Corinne Rickenbacher-Fromer

Die Ingredienzen des therapeutischen Prozesses

Zusammenfassung: Der Artikel versucht die wichtigsten Elemente des therapeutischen Prozesses zu erfassen. Er thematisiert auch die Komplexität und die Schwierigkeiten dieses Prozesses. Wichtig ist das mitmenschliche Engagement der Therapeutin sowie die Bereitschaft der Klientin, sich auf das Beziehungsangebot der Therapeutin einzulassen. Der therapeutische Prozess ermöglicht durch das Engagement der Therapeutin emotionale Beziehungskorrekturen. Es ist wichtig, der Klientin die Werkzeuge auf den Weg zu geben, die ihr helfen, sich zu aktualisieren. Die Therapeutin muss also jede Therapie auf die konkrete Klientin abstimmen. Dieser Prozess verändert schliesslich¹ die Therapeutin und die Klientin.

Schlüsselwörter: Therapeutischer Prozess, Engagement der Therapeutin, Bereitschaft der Klientin sich einzulassen, Prozessveränderungen

Résumé: Les ingrédients du processus thérapeutique. L'article cherche à répertorier les éléments les plus importants du processus thérapeutique. Il a également pour thème la complexité et les difficultés de ce processus. L'important est l'engagement humain de la thérapeute et la disposition de la cliente à accepter l'offre relationnelle de la thérapeute. Le processus thérapeutique permet des corrections émotionnelles de la relation par l'engagement de la thérapeute. Il est important de donner à la cliente sur le chemin les outils qui l'aideront à s'actualiser. La thérapeute doit donc adapter chaque thérapie à sa cliente concrète. Au bout du compte, ce processus transforme la thérapeute et la cliente.

Mots-clés: Processus thérapeutique, engagement de la thérapeute, disposition de la cliente à s'engager, changements de processus

Abstract: The ingredients of therapeutic process. This article tries to grasp the most important elements of the therapeutic process. It also discusses the complexity and the difficulties of this process. Important is the interpersonal commitment of the therapist as well as the client's willingness to let him- or herself become involved in the relationship offered by the therapist. Because of the commitment of the therapist the therapeutic process facilitates corrections on the level of the emotional relationship. It is important to provide the client with tools which help him or her to actualize him- or herself. So in each therapy, the therapist needs to tune in on the concrete client. This process finally changes the therapist as well as the client.

Keywords: Therapeutic process, commitment of the therapist, willingness of the client, become involved, process changes

Was ist überhaupt ein psychotherapeutischer Prozess?

Ein therapeutischer Prozess regt die Selbstauseinandersetzung an. Die Klientin² setzt sich mit ihren Konstrukten und Annahmen über die Welt auseinander. Die Selbstreflexion stellt einen wichtigen Teil des Prozesses dar. Dies impliziert, dass so etwas wie ein beobachtendes Ich existiert. Dies ermöglicht eine liebevolle und nicht wertende Haltung. Die nicht wertende Haltung ist die Basis,

die es der Klientin ermöglicht, in einen Introspektionsprozess einzutreten. Dies kann man auch als Verarbeitungsprozess bezeichnen. Die neuen Erkenntnisse werden mit anderen Wissensbeständen verknüpft, dadurch entstehen neue Einsichten, Verhaltensmuster, das heisst Veränderungen. Damit die Klientin überhaupt in diesen Prozess eintreten kann, braucht sie ein Gegenüber, das sich zu ihr in Beziehung setzt. Dies ist die Rolle der Therapeutin. Die Therapeutin bezieht sich auf das Erleben der Klientin. Sie entwertet nicht, sie versucht sich einzufühlen in den inneren Bezugsrahmen. Sie teilt das Verstandene mit, fragt nach, stellt erweiternde und neue Fragen. Sie begegnet mit Achtung und Wohlwollen. Dies ermöglicht der Klientin nachzudenken, Fragen zu stellen, ohne zu befürchten, entwertet zu werden. Die Therapeutin erschafft nicht nur den Raum, um zu reflektieren, sondern sie regt auch an, indem sie sich als Person

1 Bei Beiträgen von Schweizer Autorinnen und Autoren wird die Schweizer Variante der Rechtschreibung beibehalten (Anm. d. Red.).

2 Wenn in diesem Beitrag von der Therapeutin und der Klientin die Rede ist, sind immer beide Geschlechter gemeint.

in den Prozess hineinbringt. So hilft sie auch Selbstverständlichkeiten in Frage zu stellen. Der therapeutische Prozess ermöglicht durch das Engagement der Therapeutin emotionale Beziehungskorrekturen. Die Klientin macht neue, positive Beziehungserfahrungen und kann Beziehungsschemata entwickeln, die ihr andere offenere und befriedigendere Beziehungsgestaltungen ermöglichen.

Viele psychische Störungen resultieren aus ungünstigen sozialen Interaktionen. Die drei Variablen Empathie, positive Beachtung, Kongruenz dienen sowohl als Basisvariablen, um überhaupt eine Beziehung gestalten zu können, als auch als Handlungs- und Kontrollvariablen für die Therapeutin.

Mit Hilfe einer Therapeutin kann die Klientin nun sich neue erweiternde Fragen stellen, die zu einer Veränderung von behindernden Annahmen und Dogmen führen und ihr eine Weiterentwicklung ermöglichen. Das innere Zwiegespräch wird wieder angeregt.

Eine psychische Störung impliziert eine Stagnation des inneren Zwiegesprächs. Ich sehe es als meine Aufgabe als Therapeutin, dieses Gespräch wieder anzuregen und der Klientin zu helfen, sich als Mensch aktualisieren zu können.

Schwierigkeiten des therapeutischen Prozesses

Wie bereits erwähnt, müssen verschiedene Grundbedingungen vorhanden sein, um überhaupt einen Prozess gestalten zu können.

Die Klientin muss ansatzweise bereit sein sich einzulassen. Sie sollte über ein beobachtendes Ich verfügen, das ihr ermöglicht, aus einer gewissen Distanz heraus nachzudenken. Sie sollte keine Angst aufweisen vor Gefühlen und bereit sein, sich emotional berühren zu lassen. Das kritisierende Ich sollte im Laufe des Prozesses in ein empathisches, sich einfühlendes Ich verwandelt werden.

Die Therapeutin ihrerseits sollte eine positiv beachtende, nicht entwertende, kongruente und empathische Haltung einnehmen, sich bemühen, diese Empathie immer wieder herzustellen und zu vermitteln. Versuchen, den Bezugsrahmen der Klientin zu verstehen. Gegenwärtig, präsent und engagiert sein. Als Mensch voll spürbar. Sie muss wie die Klientin über ein beobachtendes Ich verfügen sowie über die Fähigkeit, nachzudenken. Sich in Frage stellen zu können und immer wieder darüber reflektieren können, wie sie den Kontakt zur Klientin herstellen kann. Wie sie den Bezugsrahmen der Klientin erfassen könnte.

Und hier beginnen die Schwierigkeiten. In meiner therapeutischen Praxis kommen oft Klientinnen zu mir, die Angst davor haben sich einzulassen. Die ihre Gefühle weder spüren noch zeigen möchten. Die nicht über ein beobachtendes Ich verfügen. Es fällt ihnen schwer, nachzudenken und zu mir in eine Beziehung zu treten. Sie möchten nicht erfasst werden und sprechen unklar. Eigentlich möchten sie überhaupt nicht verstanden werden, sondern erhoffen sich von mir Heilung, ohne sich daran beteiligen zu müssen. Sie verspüren keine Lust, sich auf einen Weg mit mir aufzumachen.

Paradoxerweise verfügen die meisten Klientinnen nicht über die Fähigkeiten, die sie eigentlich haben müssten, um von einem therapeutischen Prozess zu profitieren. Und oft ist ihr Leiden gerade Ausdruck davon. Interpretationen von Rogers im Sinne von Schmid (2002) scheinen mir zu sehr idealistisch und dogmatisch geraten und decken sich nicht mit meinem therapeutischem Alltag.

So schreibt Schmid (2002):

„1. Klient und Therapeut kooperieren auf der Basis eines fundamentalen ‚Wir‘. 2. Vom Klienten geht der Anspruch aus; er ist der Experte der ‚Kunde‘. 3. Der Therapeut antwortet existenziell auf diesen Anspruch mit seiner Präsenz.“ (Schmid 2002, 29)

Diese Vorgehensweise scheint mir nicht klientenzentriert zu sein, sondern eher ideologiezentriert. Geht diese Sichtweise nicht vom konkreten Klienten aus, der uns in der Praxis begegnet, sondern von einer abstrakten Idee des gemeinsamen Dialogs. Wären unsere Klienten nämlich Experten, kämen sie oft nicht zu uns. Sie kommen, weil sie leiden und ihnen oft die nötigen Erkenntnisse und Werkzeuge fehlen, um ihr Leiden zu vermindern.

In dem Sinne stimme ich mit Wolfgang Keil in seiner folgenden Aussage überein:

„Das grössere Missverständnis sehe ich aber in Form einer rigid eindimensionalen Auffassung vom personenzentrierten Therapiekonzept. Dieses wird dabei so verstanden, dass therapeutische Intentionen und Absichten hier keinen Platz hätten, weil sie dem Vertrauen in die Aktualisierungstendenz und das Selbstheilungs- und Entwicklungspotenzial des Klienten widersprechen würden. In diesem Verständnis verhindert Experte-Sein das Person-Sein. Therapeutische Diagnosen, therapeutische Methoden und Techniken, störungsspezifisches oder zielorientiertes therapeutisches Vorgehen u.Ä. werden als mit einer Personenzentrierten Psychotherapie wesentlich unvereinbar angesehen. Diese sei vielmehr ausschliesslich als un-mittelbare und absichtslose personale Begegnung zu verstehen. ... *Zusammenfassend möchte ich all diese Auffassungen so charakterisieren, dass sie gerade die professionell-klinischen Aspekte der Psychotherapie ablehnen.*“ (Keil 2002, 35, Hervorh. K. R.-F.)

Aufgrund einer abstrakten Idee von gemeinsamer Identität werden Aktualisierungstendenzen und Weiterentwicklungen von personenzentrierten Therapeutinnen als nicht konform angesehen, ihre Ideen werden oft boykottiert. Identität heisst in dieser Sichtweise identisch mit Rogers' Weltbild zu sein. Wobei dieses Weltbild auch nicht so klar definierbar scheint. So spricht Schmid gar von der „Notwendigkeit einer *identifizierbaren Position*: um erkennbar zu sein, also ein Gesicht zu haben“ (Schmid 2002, 19).

Hier geht es nun also wirklich nicht mehr um die Person, die zu uns mit ihrem Leiden kommt, sondern um die Verteidigung der reinen Lehre. Psychotherapie wird hier zu einem religiösem Glaubensbekenntnis.

Ich meinerseits versuche der konkreten Klientin gerecht zu werden. Das ist auch der spannende Teil des Berufes: herauszufinden,

was jeweils der konkrete Mensch, der mir gegenüber sitzt, braucht, um sich zu aktualisieren und sein Leiden zu vermindern.

Ich versuche ihn zu verstehen. Verstehen ist durchaus ein komplexer Prozess, der sich auf der Inhalts-, Bearbeitungs- und Beziehungsebene abspielen kann. Manchmal erfasse ich den Bezugsrahmen der Klientin auf der Beziehungsebene, indem ich spüre, dass sie bei mir gewisse negative Gefühle auslöst. So muss ich mich dann fragen, was auf der Interaktionsebene zwischen uns gerade passiert, dass ich mich verärgert fühle. Ich muss also versuchen, meine Kongruenz herzustellen, um wieder empathisch auf sie eingehen zu können. Ich spüre vielleicht in der Reflexion, dass ich mich bestimmt, manipuliert fühle und verstehe, indem ich darüber nachdenke, dass die Klientin glaubt, dass sie nur mittels manipulativem Verhalten erreicht, dass man sich um sie kümmert, sie als Mensch anerkennt. Sie hat vielleicht gelernt, dass sie nicht automatisch Zuwendung bekommt. Dieses Verhalten gilt es zu verstehen und zu thematisieren, denn daran leidet sie in den interpersonellen Beziehungen.

Manchmal offenbart sich das Leiden jedoch in der Art und Weise, wie die Klientin mit sich umgeht. Sie entwertet sich, sie schaut nicht in sich hinein. Sie verhindert mit ihrem Verhalten den Prozess der Auseinandersetzung. Sie fürchtet sich vor sich selbst. Dies gilt es zu verstehen, zu vermitteln. Hier scheint es oft auch wichtig, der Klientin Werkzeuge auf den Weg zu geben. Ihr zum Beispiel zu zeigen, wie das überhaupt geht, in sich hineinzuschauen. Wie man Lösungswege erarbeitet etc.

Manchmal bewegt sich die Therapie wirklich ausschliesslich auf der Inhaltsebene. Hier ist es wichtig, ganz gegenwärtig zu sein und zu verstehen, was die Klientin mir mitteilen möchte, um ihr Selbstverstehen anzuregen.

Je nach der Ebene, auf der sich der therapeutische Prozess bewegt, muss ich als Therapeutin verschieden intervenieren. Ausführlich bei Finke (1999) beschrieben. Ein sehr empfehlenswertes Buch.

Wie erkenne ich, dass sich bei der Klientin etwas verändert hat?

- Daran, dass ich weniger aktiv intervenieren muss. Die Klientin ist mehr bei sich, setzt sich mit ihren Gedanken, Gefühlen auseinander. Ich fasse zusammen, helfe, ihr Selbstverstehen zu vertiefen.
- Es herrscht eine andere Intensität in der Stunde, die auch körperlich spürbar ist. Ich fühle mich ganz gegenwärtig, belebt, glücklich und empfinde den psychotherapeutischen Beruf als grossartig.
- Mein Unbewusstes verbindet sich mit dem Unbewussten der Klientin. Ich verstehe sie wirklich. Die Bedeutungen ihrer Aussagen sind mir klar, ich kann sie ihr mitteilen.
- Der Dialog fühlt sich an wie ein gemeinsamer Fluss. Als teilten wir einen gemeinsamen Erlebensstrom. Es entsteht bei mir eine Resonanz auf das Gesagte. Ich kann mitschwingen.

- Ich fühle mich kongruent, positiv beachtend und empathisch. Ich fühle mich voller Liebe für diesen Menschen, der so bei sich ist, so authentisch und auseinandersetzend.

- Ich erlebe die Klientin in ihrer ganzen Mimik und Haltung so anders. Es leuchtet von innen heraus. Sie ist in diesen Momenten wirklich sehr schön und entspannt. Aschenputtel verwandelt sich durch die innere Liebe zu sich in eine Schönheit.

- Die Klientin schaut mich nicht mehr die ganze Zeit an, sie versucht die Antworten bei sich zu finden, erlebt sich als Handelnde. Sie ist aktiv mit dem beschäftigt, was bei ihr auftaucht. Sie sucht die Antworten nicht bei mir, sondern bei sich. Sie ist bei sich, bei ihrem Erleben, bei den unmittelbaren Gefühlen, die aus diesem Strom auftauchen, sie setzt sich mit sich auseinander und gewinnt neue Erkenntnisse, die ohne grosse Anstrengung auftauchen.

Mit den Worten eines meiner Klienten: „Ich bin ehrlich zu mir, ich bekomme dadurch klarere Antworten. Ich lasse es, wie es ist. Ich habe ein Bild dafür. Es ist wie ein Wunderblütenbaum. Es welken und wachsen Blätter. Es ist organisch und dynamisch.“

- Es ist ein Handeln aus dem eigentlichen authentischen Selbst. Aus der eigenen Mitte: der Klient vertraut seiner inneren Stimme und kann nun wirklich in einen empathischen Dialog mit sich treten. Der Wachstumsprozess kann beginnen und sich entfalten.

- Der Therapieprozess fühlt sich leicht und beschwingt an. Die Zeit vergeht schnell. Es entstehen spontane Bilder und Erkenntnisse.

Was mache ich, wenn sich nichts verändert?

Mit Rogers stimme ich überein, dass die Menschen, wie andere lebendige Organismen, über eine Aktualisierungstendenz verfügen. Ich glaube jedoch, dass sie diese nicht immer entwickeln können. Die Tendenz, unsere Selbstkonzepte und Weltbilder zu erhalten, ist oft viel grösser. Hier stossen wir auch an die Grenzen der Psychotherapie. Und letztendlich bleibt die Frage unbeantwortet, warum gewisse Menschen sich auf den Weg begeben und andere nicht.

Auch wenn wir uns noch so bemühen, empathisch, kongruent und positiv beachtend zu sein und den inneren Bezugsrahmen der Klientin zu verstehen, kann es sein, dass sich gar nichts bewegt.

Bevor man jedoch aufgibt, lohnt es sich, doch noch zu verstehen, was eigentlich im therapeutischen Prozess passiert. Wenn ich das Gefühl habe, es verändert sich nichts, der therapeutische Prozess stagniert, dann muss ich mir zuerst mal Hilfe holen. Ich berate mich mit meinem Partner, der auch als Psychotherapeut tätig ist. Oft kann jemand, der nicht in den Prozess involviert ist, genauer wahrnehmen, was abläuft.

Manchmal braucht der Klient auch seine eigene Zeit, um sich zu entwickeln, das heisst entfalten zu können. Dies erlebe ich oft bei schweren Traumatisierungen, schwierigen Lebensgeschichten. Eine Klientin von mir, die sehr kritisch und abwertend mit sich umging, brauchte sieben Jahre intensive und bemühte Beziehungsarbeit,

um wieder liebevoll und akzeptierend mit sich umzugehen. Ich bin fest davon überzeugt, dass es eine Aktualisierungstendenz gibt, die konstruktive Veränderungen anregt. Nur weiss ich manchmal nicht, wie lange man warten soll und ob sie sich wirklich bei allen Klientinnen entwickelt.

Es ist oft auch wichtig zu verstehen, auf welcher Ebene man als Therapeutin intervenieren sollte. Wo der Prozess stockt.

Durch die Auseinandersetzung mit meinem Partner wird mir dann auch klar, auf welcher Ebene ich weiter intervenieren muss. Es wird mir klar, ob es Interventionen auf der Bearbeitungsebene braucht, das heisst, ob der Prozess vielleicht stagniert, weil die Erlebens- und Bearbeitungsebene zu wenig tief ist. Liegt es mehr auf der Beziehungsebene, hat die Klientin z. B. eine so grosse Sehnsucht nach einer Mutter, dass sie die Interaktionen so gestaltet, dass ich mich permanent um sie kümmern muss. Aus diesem Verstehen heraus, kann ich das Gemeinte ihrer Handlungen empathisch aufgreifen. Im Sinne von: „Ich spüre da ist eine grosse Sehnsucht nach einer Mutter in ihnen“. Ich kann meine Interventionen noch erweitern indem ich eine Deutung hinzufüge. „Sie wünschten sich manchmal, dass ich wie eine Mutter für sie da wäre.“ etc. Verstehen heisst auch Selbstverstehen. Indem ich mich aktiv in den Prozess hineinbegebe und die Interventionen mache, die es im Moment für diesen Verstehensprozess braucht, helfe ich der Klientin sich selber zu verstehen. Zu spüren, was das einsame ungeborgene Mädchen in ihr noch braucht. So benötigt sie nicht mehr unbewusste, manipulierende Interaktionen.

Manchmal stagniert der Prozess jedoch, weil die notwendige Tiefe des inneren Erlebens fehlt. Dies liegt vielleicht daran, dass die Klientin die Tiefe vermeiden will, und dann sollte dies verstanden, das heisst, thematisiert werden. Oder vielleicht weiss die Klientin wirklich nicht, wie man eine innere Tiefe herstellt. Das heisst, dass sie nicht weiss, was es eigentlich heisst, in sich hineinzuspüren oder in sich hineinzuschauen. Sie ist in einem Milieu aufgewachsen, das ihr eigene Gefühle nicht gestattete. Es ist ihr fremd, in sich hineinzuspüren. Hier ist es meines Erachtens wichtig, der Klientin ganz konkret zu helfen. Man kann ihr den Focusingprozess beibringen oder imaginative Verfahren.

Für mich bedeutet „klientenzentriert“ zu arbeiten, der Klientin das anzubieten, was sie braucht, um ihr Leiden zu vermindern und den Aktualisierungsprozess anzuregen.

Wenn alle Interventionen nichts nützen sollte auch dies zum Thema gemacht werden. Die Angst der Klientin, sich zu verändern. Manchmal hilft jedoch auch das Ansprechen nicht mehr weiter, und hier komme ich ganz persönlich an meine Grenzen und muss mich entscheiden, ob ich die Therapie unter diesen Bedingungen weiterführen möchte. Wie lange soll man überhaupt zuwarten? Vielleicht wäre dies auch mal einen Beitrag wert. Was macht man wirklich, wenn Leute sich nicht verändern wollen? Wie lange sollte man eine Therapie so laufen lassen?

Wie verändere ich mich als Therapeutin?

Im Verlaufe des therapeutischen Prozesses spüre ich, dass ich mich emotional gegenüber der Klientin mehr öffne. Sie rückt mir gefühlsmässig näher. Ich verspüre immer mehr Liebe zu ihr. Die Beziehung wird freundschaftlicher, dichter. Ich verspüre Stolz über den Weg der Klientin. Stolz und Glück. Ich fühle mich glücklicher, je weiter ein Prozess fortschreitet. Ich komme auch näher zu mir. Die Selbstexplorationen der Klientin regen auch meine eigene Auseinandersetzung an. Es kommt mir so vor als wäre auch ich ein Stück Weg gegangen. Als hätte auch ich mich aktualisiert.

Ja, ich hoffe, mit meinem Beitrag einige Anregungen gegeben zu haben und freue mich natürlich auch auf andere Beiträge und Zuschriften. Psychotherapieprozesse sind komplex, spannend und manchmal zermürend.

Literatur

- Finke, J. (1999), Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie, Stuttgart (Thieme)
- Schmid, P. F. (2002), Die Person im Zentrum der Therapie. Zu den Identitätskriterien Personenzentrierter Therapie und zur bleibenden Herausforderung von Carl Rogers an die Psychotherapie., in: Person 6, 1, 16-33
- Keil, W. W. (2002), Zur Erweiterung der personenzentrierten Therapietheorie., in: Person 6, 1, 34-44

Autorin

Corinne Rickenbacher, 1958, Dr. phil. Derzeit tätig als selbstständige Psychotherapeutin in einer Gemeinschaftspraxis in Luzern. Arbeit mit Einzelnen, Paaren und Familien.

Korrespondenzadresse

*Corinne Rickenbacher
Birkenstrasse 14
CH-6003 Luzern
E-Mail: corifro@tiscali.ch*

Christian Korunka, Wolfgang W. Keil und Kristin Haug-Eskevig

Klientenzentrierte Psychotherapie in Österreich

Eine Bestandsaufnahme aus praxeologischer Sicht

Zusammenfassung: Die vorliegende Studie setzte sich zum Ziel, die Durchführung ambulanter Klientenzentrierter Psychotherapie in Österreich aus einer praxeologischen Perspektive zu beschreiben. Dazu wurden Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen (Mitglieder der ÖGwG) u. a. gebeten, ihre „letzten beiden ordnungsgemäß abgeschlossenen Klientenzentrierten Psychotherapien“ zu beschreiben. Die vorliegenden Daten von 92 TherapeutInnen beziehen sich auf 175 Einzeltherapieprozesse und erlauben die Beschreibung eines weitgehend repräsentativen Bildes klientenzentrierter Praxis.

In Übereinstimmung mit früheren Studien reicht das Spektrum Klientenzentrierter Psychotherapie von kurzen Therapien bis zu längeren therapeutischen Prozessen – wobei ein Großteil der Therapien rund 20–80 Stunden umfasst. Die Klientenzentrierte Psychotherapie kommt dabei – im Sinne eines Breitbandkonzepts – bei sehr unterschiedlichen Störungsbildern, darunter auch zahlreichen schweren Störungen, zum Einsatz. Die Ergebnisse stehen im Wesentlichen mit einer Studie von Eckert (1994) für die BRD in Übereinstimmung. Insgesamt bestätigt die Studie eine gute Verankerung der Klientenzentrierten Psychotherapie in der ambulanten Psychotherapieversorgung in Österreich.

Schlüsselwörter: Klientenzentrierte Psychotherapie, Psychotherapieforschung, ambulante Psychotherapie

Résumé: *Psychothérapie ambulatoire centrée sur le client en Autriche – Un bilan du point de vue praxéologie.* L'objectif de la présente étude est la description de psychothérapies centrées sur le client ambulatoires en Autriche dans la perspective de l'analyse de la pratique. Pour cela, il a été demandé à des psychothérapeutes centrés sur le client (membres de la ÖGwG) de décrire, entre autres, leurs «deux dernières psychothérapies centrées sur le client» menées à terme. Les données présentées ont été récoltées auprès de 92 thérapeute et concernent 175 processus thérapeutiques individuels. Ceci donne une image largement représentative de la pratique centrée sur le client.

Comme pour les études antérieures, le domaine de la psychothérapie centrée sur le client comprend des thérapies courtes ainsi que des processus thérapeutiques plus longs – la majeure partie des thérapies se situant entre 20 et 80 heures. La psychothérapie centrée sur le client y est utilisée – dans le sens large du concept – pour des problèmes très divers, parmi lesquels de nombreux troubles graves. Les résultats concordent pour l'essentiel avec ceux d'une étude d'Eckert (1994) pour la RFA. Au total, l'étude confirme un bon ancrage de la psychothérapie centrée sur le client dans le domaine des soins psychothérapeutiques ambulatoires en Autriche.

Mots-clés: *Psychothérapie centrée sur le client, recherche en psychothérapie, psychothérapie ambulatoire*

Abstract: *Out-patient client-centred psychotherapy in Austria. State of the art from a practitioner's perspective.* This study aimed at describing the implementation of client-centred psychotherapy in Austria from a practitioner's perspective. Therefore client-centred psychotherapists (members of the ÖGwG) and others were asked to describe their "last properly finalised client-centred psychotherapeutic cases". The data from 92 therapists refer to 175 processes of individual therapy and allow a description of a largely representative picture of client-centred practice. Consistent with earlier studies, the spectrum of client-centred psychotherapy stretches from short-term therapy to longer therapy processes, the larger part of them lasting 20–80 hours. Client-centred therapy is applied – in the sense of a wide ranging concept – for very different disorders, including very severe ones. The results are largely in agreement with a study done by Eckert (1994) in Germany. In all, the study confirms that client-centred psychotherapy is well anchored in out-patient mental health care in Austria.

Keywords: *Client-centred psychotherapy, psychotherapy research, out-patient psychotherapy*

Forschung war für Carl Rogers stets ein wichtiges Anliegen. Er verstand menschliche Erfahrungen – wie etwa in der Psychotherapie – niemals als bloße Anhäufung von rein individuellen, zufälligen und isolierten Ereignissen, sondern als Geschehnisse, die von überindividuellen inneren Ordnungen und Strukturen her geprägt sind. Forschung ist demnach das Bemühen, solche Ordnungen in den subjektiven Erfahrungen zu entdecken und damit deren tieferes Verstehen zu ermöglichen. Weiters besteht Wissenschaft für Rogers dann darin, die entdeckten Zusammenhänge in Theorien einzuordnen. „Ich kann gar nicht umhin, die Bedeutung, die Regelmäßigkeit oder die Gesetzmäßigkeit in jedem großen Erfahrungskomplex zu suchen. [...] Diese spezifische Neugier [...] hat mich dazu gebracht, Theorien zu entwickeln, um die Ordnungsstruktur dessen zu erfassen, was schon Erfahrung ist, und diese Ordnungsmuster neuen und unerforschten Bereichen aufzulegen, um sie weiter zu prüfen.“ (Rogers 1961a, 40) Diese Theorien sollen keinesfalls zu Dogmen erstarrten, sondern als Hypothesen wieder neue Perspektiven eröffnen für weitere Forschung und damit für besser passende Theorien.

Die Österreichische Gesellschaft für klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung (ÖGwG) hat im Jahre 2001 eine Untersuchung über die ambulante klientenzentrierte Psychotherapie in Österreich veranlasst. Im Sinn des Wissenschaftsverständnisses von Rogers wollten wir die Ergebnisse dieser Untersuchung nicht bloß als mehr oder weniger interessante Statistik ansehen, sondern versuchen, darin über subjektive Mutmaßungen hinaus einige gesicherte Charakteristika bzgl. dieses Faktums zu erfassen und dessen „innere Ordnungen“ zu verstehen. Im Folgenden soll nun ein zusammenfassender Überblick über diese Untersuchung, die dahinter stehenden Anliegen und die dabei gewonnenen Ergebnisse gegeben werden.

1. Das Anliegen der Untersuchung

Die Untersuchung sollte ein repräsentatives Bild über die Verbreitung sowie von einigen inhaltlichen Charakteristika und verschiedenen weiteren Merkmalen und Rahmenbedingungen der klientenzentrierten Psychotherapie¹ in Österreich ermöglichen. Zugleich wollte die ÖGwG dazu beitragen, dass die Tätigkeit (eines Großteils) ihrer Mitglieder in empirisch-wissenschaftlicher Form dokumentiert wird.

Im Rahmen der Untersuchung wurden klientenzentrierte TherapeutInnen hinsichtlich ihrer Therapiepraxis befragt. Sie wurden gebeten, einige Fragen zu ihren letzten beiden einvernehmlich

abgeschlossenen Psychotherapien zu beantworten und einige allgemeine Informationen zu ihrer Therapiepraxis zu geben.

Die Fragestellung wurde z. T. von einer Untersuchung übernommen, die Jochen Eckert² 1994 in Deutschland unter den Mitgliedern der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) durchgeführt hatte, um gesicherte Daten darüber zu bekommen, welche KlientInnen wie lange und mit welcher Behandlungsfrequenz von den klientenzentrierten TherapeutInnen tatsächlich behandelt werden. Die Frage der Dauer von normalen und erfolgreichen klientenzentrierten Psychotherapien stand dabei im Vordergrund des Interesses.

Die Definition eines vollen und abgeschlossenen therapeutischen Prozesses bzw. die Thematik der kunstgerechten Beendigung einer Psychotherapie und der Kriterien dafür bedürfen einer näheren Erörterung. Die Fragestellung bei unserer Untersuchung hat ausdrücklich auf das Kriterium der Übereinstimmung von TherapeutIn und KlientIn Bezug genommen. Vordergrundig geht es dabei darum, dass TherapeutIn und KlientIn darin übereinstimmen, dass in etwa soviel erreicht wurde, dass man die Therapie beenden kann. Den Hintergrund sollte hier aber immer das sich aus dem jeweiligen Therapiekonzept ergebende Verständnis von den Therapiezielen bzw. von den Kriterien eines abgeschlossenen Therapieprozesses bilden. In der klientenzentrierten Therapie stellt die Veränderung des Selbst(konzepts) das generelle Therapieziel dar, das über das Gewährwerden der eigenen Inkongruenzen bzw. über die Klärung und Explikation des eigenen inneren Bezugssystems erreicht werden soll. Die geforderte Übereinstimmung kann somit darin gesehen werden, dass es der Therapeutin/dem Therapeuten gelingt, der Klientin/dem Klienten kontinuierlich kongruent wertschätzend und empathisch zu begegnen, so wie es der Klientin/dem Klienten gelingt, die ihm von der Therapeutin/vom Therapeuten angebotene Beziehung kontinuierlich zu sich selbst einzunehmen.³

Wie für jede Art von Psychotherapie ist es auch für die klientenzentrierte Therapie eine wichtige Fragestellung, für welche Menschen mit welchen Problemen und Störungen sie sich eignet bzw. ob und wie sich die verschiedensten Therapiemotive in das eben dargestellte generelle Therapieziel dieser Richtung integrieren lassen. Dazu können zwei aus dem Therapiekonzept sich ergebende Aspekte festgehalten werden. Die klientenzentrierte Therapie ist einerseits grundsätzlich nicht problem- oder symptomzentriert, sondern personzentriert, andererseits ist sie jedoch nicht als Breitbandverfahren, sondern als Breitbandkonzept⁴ zu verstehen. Das konkrete Vorgehen (das Therapieverfahren) ist demnach immer den Personen (mit ihren Störungen) entsprechend differenziell, die Therapieprinzipien (das Therapiekonzept) bleiben jedoch die

1 Nach dem derzeitigen Stand der gesetzlichen Anerkennung werden TherapeutInnen mit abgeschlossener Ausbildung bei der ÖGwG mit der Zusatzbezeichnung „Klientenzentrierte Psychotherapie“ und TherapeutInnen mit abgeschlossener Ausbildung in einer der beiden Sektionen der APG bzw. des VRP mit der Zusatzbezeichnung „Personenzentrierte Psychotherapie“ in die Liste des österreichischen Gesundheitsministeriums eingetragen.

2 Vgl. dazu Eckert/Wuchner (1994) und Wuchner/Eckert (1995).

3 In Anlehnung an die Zielformulierungen von Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995).

4 Die Unterscheidung wurde erarbeitet von Höger (1989).

gleichen. Dabei gilt, dass das konkrete Vorgehen zwar einerseits mit den Prinzipien übereinstimmen muss, es sich jedoch andererseits nicht aus ihnen, sondern erst aus der konkreten Situation ableiten lässt. Daraus lässt sich auch folgern, dass die Indikation sich nicht nach „objektiven“ Kriterien (Arten von Störungen z. B.) richtet, sondern „subjektive“ Faktoren, v. a. die Erreichbarkeit einer guten Beziehung zwischen *dieser* Klientin und *dieser* Therapeutin, die wesentlichere Rolle spielen. Zu diesen subjektiven Faktoren ist auch die „Ansprechbarkeit“ der Klientin/des Klienten für das im Therapiekonzept bzw. in der therapeutischen Zielsetzung zum Ausdruck kommende Welt- und Menschenbild zu zählen⁵. Die genauere Erforschung der so verstandenen „Passung“ von KlientInnen und TherapeutInnen übersteigt allerdings bei Weitem den Rahmen unserer Untersuchung. Diese kann lediglich ein erstes Bild von den realen KlientInnen unserer Therapieform liefern, das von eher äußeren Parametern (v. a. den Diagnosen, aber auch Daten wie Geschlecht, Alter, Bildung, therapeutische Vorerfahrung u. a. m.) bestimmt wird.

Die Entwicklung einer klientenzentrierten therapeutischen Beziehung bzw. der Prozess einer Veränderung des Selbst(konzepts) brauchen genügend Zeit und genügend Raum. Aus dem Therapiekonzept ergeben sich somit Folgerungen für das therapeutische Setting. So ist es – jedenfalls bei längerfristigen klientenzentrierten Therapien – üblich, zu Beginn keine Zeitbegrenzung zu setzen bzw. ausdrücklich ein offenes Ende zu vereinbaren. Es war ein Anliegen unserer Untersuchung, dieser Frage und vor allem der Frage der tatsächlichen Dauer von klientenzentrierten Therapien in der Praxis nachzugehen.

Über die Frage der Dauer von normalen klientenzentrierten Psychotherapien hat es bis vor einiger Zeit noch etliche Unklarheiten gegeben. Zur Zeit ihrer Entstehung und darüber hinaus schien die klientenzentrierte Psychotherapie – u. a. in Absetzung zur Psychoanalyse – oberflächlich gesehen wie eine Kurztherapieform aufzutreten. Tausch (1973, 47f) vertritt etwa die Lehrmeinung, dass klientenzentrierte Therapien bei einem „hohen Ausmaß der wesentlichsten Psychotherapeutenvariablen“ im Allgemeinen eine Dauer von 4–20 Kontakten aufweisen. Dem entsprach auch, dass bei der Vielzahl von empirischen Untersuchungen in unserer Richtung zumeist relativ kurze, d. h. etwa 20 Stunden kaum übersteigende Therapieverläufe vertreten waren. Andererseits ist jedoch zu bedenken, dass diese Therapieform nie als dezidierte Kurztherapie mit den dafür nötigen Charakteristika (etwa nach Linster/Rückert (1998): spezifische Indikation, Fokus- bzw. Zielbegrenzung, spezifisches Beziehungsangebot – „Arbeitsorientierung“, vorgängige

Zeitbegrenzung) konzipiert wurde. Im Gegenteil: es braucht ja Zeit, bis in der therapeutischen Beziehung die Grundhaltungen bzw. die sechs „notwendigen und hinreichenden Bedingungen“ einigermaßen kontinuierlich gegeben sein können. Folgerichtig hat Rogers (1954b, 407 orig.) schon aus den ersten umfassenden empirischen Untersuchungen den Schluss gezogen, dass klientenzentrierte Psychotherapie bei kurzer Dauer ihre Wirksamkeit viel weniger entfalten könne als bei längerem Verlauf. Die Praxis scheint dies zu bestätigen. So haben Binder et al. bereits 1979 der Lehrmeinung von Tausch widersprechen können: bei einer kleinen Untersuchung von 180 abgeschlossenen klientenzentrierten Therapien in Deutschland berechneten sie eine durchschnittliche Dauer von 39 Sitzungen bei einer Spanne von 2 bis 240 Sitzungen. Eckert und Wuchner konstatieren 1994 einen weiteren Anstieg der durchschnittlichen Behandlungsdauer (jedenfalls in Deutschland) auf rund 70 Stunden, verteilt auf etwa 2 Jahre. Eckert (2002, 448f) begründet diesen Trend u. a. mit dem heute deutlich höheren Durchschnittsalter der KlientInnen zu Therapiebeginn sowie mit der Erweiterung der Indikation auf bereits chronisch gewordene Störungen bzw. überhaupt weit über den Bereich der klassischen Neurosen hinaus.

2. Zur Durchführung der Untersuchung

Für die Befragung der TherapeutInnen wurde ein kurzer Fragebogen entwickelt, in dem zunächst eine Reihe von Fragen bezüglich der „letzten zwei ordnungsgemäß abgeschlossenen ambulanten klientenzentrierten Psychotherapien“ gestellt wurden. Eine ordnungsgemäß abgeschlossene Therapie“ wurde dabei definiert als: „Meine Klientin/mein Klient und ich stimmen darin überein, die Behandlung aufgrund des Erreichten abschließen zu können“. Es sollten somit in erster Linie solche Therapieverläufe untersucht werden, die – unabhängig davon, ob es sich um Kurztherapien oder längerfristige Therapien handelt –, einen *vollen und abgeschlossenen therapeutischen Prozess* repräsentieren. Bei der Auswahl und Formulierung der Fragen wurde auf eine Vergleichbarkeit mit der Studie von Eckert (1994) geachtet.

Der Fragebogen wurde Ende Juli 2001 im Rahmen einer Vereinsaussendung an alle Mitglieder der ÖGwG zu diesem Zeitpunkt (n=567)⁶ verschickt. Zur Erhöhung des Rücklaufs diente eine Erinnerung-E-Mail und eine nochmalige Aussendung im Herbst 2001.

5 Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995, 72) resümieren qualitative Unterschiede bei erfolgreichen Therapien verschiedener Richtungen; demnach legen Gesprächstherapie Klienten (im Vergleich mit Psychoanalyse- und Verhaltenstherapie Klienten) mehr Wert auf bessere Kontakt- und Beziehungsfähigkeit als auf Symptombefreiheit oder „Einsicht“.

6 Zur Problematik, die Anzahl der klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in Österreich zu erfassen: die staatliche PsychotherapeutInnenliste enthält 553 klientenzentrierte TherapeutInnen, die ÖGwG zählt 567 (freiwillige) Mitglieder. Von Letzteren sind ca 100 Ausbildungsteilnehmer und einige wenige Nicht-TherapeutInnen; von den Ersteren sind nicht (mehr) alle ÖGwG-Mitglieder und es gibt eine relativ große Zahl, die die ÖGwG-Ausbildung absolviert, aber nicht abgeschlossen hat und daher eingetragene PsychotherapeutInnen ohne den Zusatztitel „klientenzentriert“ sind.

Der Rücklauf betrug $n=92$ (16%). Dieser relativ geringe Wert ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass ein Teil der Mitglieder AusbildungsteilnehmerInnen sind (ca. 100 Personen), und dass angenommen werden kann, dass eine nicht unbeträchtliche Personengruppe die Ausbildung zwar abgeschlossen hat, jedoch nicht therapeutisch praktisch tätig ist.⁷ Aufgrund der genannten Zahlen und Schätzungen ist anzunehmen, dass der Rücklauf, bezogen auf aktiv tätige PsychotherapeutInnen, etwa bei 25–27% liegt.

Von den 92 TherapeutInnen wurden 175 Einzeltherapien mit Erwachsenen und 8 Einzeltherapien mit Kindern/Jugendlichen beschrieben. Aufgrund der geringen Fallzahl wurden diese 8 Fälle in die folgenden Auswertungen nicht einbezogen.

Im Rahmen einer Diplomarbeit an der Universität Wien hat Kristin Haug-Eskevig (2002) die Ergebnisse der Untersuchung ausführlich dargestellt. Die Daten der Untersuchung werden außerdem von Ursula Truls (ÖGwG) im Rahmen einer Studie über die Klientenzentrierte Psychotherapie als Kurzzeit- vs. längerfristige Therapie weiter ausgewertet werden.

3. Exkurs: Zur Verbreitung der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie in Österreich

Bevor wir im Detail auf die Ergebnisse der vorliegenden Studie eingehen, möchten wir in einem Exkurs einen knappen Überblick über die Situation der Klienten- und Personenzentrierten Psychotherapie innerhalb der österreichischen Psychotherapieszene geben, die wesentlich durch eine ziemlich vorbildliche gesetzliche Regelung aus dem Jahre 1990 geprägt wurde. Das Psychotherapiegesetz definiert Psychotherapie als eigenständigen (Zweit-)Beruf, der vorgängige Berufs- und Lebenserfahrung (Mindestalter) voraussetzt. Der Zugang wird dabei ausdrücklich für viele „Quellenberufe“, auch für nicht-akademische Ausbildungsgänge, offen gehalten. Die psychotherapeutische Ausbildung wird durch das Gesetz extensiv normiert; sie ist aufgliedert in ein „Propädeutikum“, das eine allgemeine psychotherapeutische Grundbildung vermittelt, und in ein methodenorientiertes „Fachspezifikum“.

Vor der Gesetzgebung befand sich die nicht-ärztliche Psychotherapie in einem gesellschaftlichen Graubereich und war mehr oder weniger vom möglichen Vorwurf der Kurpfuscherei bedroht.⁸ Dennoch wurde – und das besonders nachdem die humanistischen Richtungen etwa in den 70er Jahren Fuß fassen konnten – Psycho-

therapie in Österreich in einem respektablen Ausmaß betrieben. Wie eine Untersuchung aus den 80er Jahren belegt, hat die Klientenzentrierte Psychotherapie einen großen Anteil daran. Tabelle 1 zeigt, dass die Klientenzentrierten TherapeutInnen damals etwa ein Drittel und seit der gesetzlichen Regelung durchgehend etwa 10% aller PsychotherapeutInnen stellen.

Tabelle 1: Anzahl der PsychotherapeutInnen in Österreich

	1986 ¹		1995 ²		2003 ³	
	N	%	N	%	N	%
Gesamtzahl PsychotherapeutInnen	1.200		3.737		5.502	
Klientenzentrierte Psychotherapie (ÖGwG)	400	33,3%	352	9,4%	553	10,1%
Personenzentrierte Psychotherapie (APG, VRP)	20	1,7%	71	1,9%	182	3,3%
Gesamt	420	35,0%	423	11,3%	735	13,4%

1 Quelle: Jandl-Jäger/Stumm (1988)

2 Eingetragene PsychotherapeutInnen nach Stumm/Brandl-Nebehay/Fehlinger (1996)

3 Quelle: Liste der eingetragenen PsychotherapeutInnen des Gesundheitsministeriums, Stand Februar 2003

Bei der Beurteilung des vorliegenden Zahlenmaterials ist die Einführung des österreichischen Psychotherapiegesetzes im Jahre 1991 zu berücksichtigen. Zahlen vor diesem Datum beruhen auf Schätzungen bzw. den Angaben der jeweiligen Ausbildungsvereine. Die für diese Zeit vorliegenden Zahlen bestätigen den hohen Stellenwert Klienten-/Personenzentrierter Psychotherapie. Seit 1991 kann auf die Datenbank der Eintragungen in die „PsychotherapeutInnenliste“ des österreichischen Gesundheitsministeriums zurückgegriffen werden. Bei der Bewertung dieser Daten ist jedoch einerseits eine gewisse Verzerrung aufgrund der Eintragungspraxis in der ersten Phase der Gesetzeseinführung (zahlreiche Eintragungen von PsychotherapeutInnen ohne Zusatzbezeichnung bzw. ohne abgeschlossene schulenspezifische Ausbildung) und andererseits die „Angebotsorientierung“ (zahlreiche neue Ausbildungen bzw. Ausbildungsrichtungen wurden in den letzten 10 Jahren anerkannt) zu berücksichtigen. Beides ist Ursache für den scheinbaren Rückgang der Klienten-/Personenzentrierten PsychotherapeutInnen auf einen Anteil von rund 10%, der aber insgesamt über die Zeit hinweg eine leichte Tendenz eines Anstieges aufweist. Aufgrund der relativ hohen Anzahl an AusbildungsteilnehmerInnen in den Klienten-/ Personenzentrierten Fachspezifika ist für die Zukunft ein weiterer leichter Anstieg zu erwarten. Langfristig betrachtet positioniert sich die Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie in Österreich als stabil bzw. leicht wachsend – aufgrund der vorliegenden Zahlen knapp hinter den systemischen Schulen – als eine der meist verbreiteten psychotherapeutischen Richtungen in Österreich.

Die folgende Tabelle zeigt die regionale Verteilung der PsychotherapeutInnen in Österreich insgesamt und für die Klienten- bzw. Personenzentrierte Psychotherapie.

7 Stumm (1999) schätzt diese Zahl auf ca 15% aller PsychotherapeutInnen.

8 Die Anfänge dieser „Tradition“ können etwa mit dem Gerichtsverfahren gegen Theodor Reik 1926 und Freuds Schrift zur „Frage der Laienanalyse“ datiert werden.

Tabelle 2: Regionale Verteilung psychotherapeutischer Versorgung in Österreich

	PsychotherapeutInnen insgesamt		PsychotherapeutInnen pro 10.000 Einwohner	Anteil Klientenzentrierte Psychotherap.		Anteil Personenzentrierte Psychotherap.	
	N	%		N	%	N	%
Burgenland	61	1,1%	1,8	5	8,2%	4	6,6%
Kärnten	263	4,8%	4,7	26	9,9%	2	0,8%
Niederösterreich	483	8,8%	3,1	33	6,3%	26	5,4%
Oberösterreich	547	9,9%	4	69	12,6%	9	1,7%
Salzburg	541	9,8%	10,5	67	12,4%	—	0,0%
Steiermark	580	10,5%	4,9	76	13,1%	6	1,0%
Tirol	444	8,1%	6,6	111	25,0%	4	0,9%
Vorarlberg	263	4,8%	7,5	26	9,9%	2	0,8%
Wien	2.312	42,0%	15,9	139	6,0%	129	5,6%
unbekannt	8	0,0%	—	1	0,0%	—	0,0%
ÖSTERREICH	5.502	100,0%		553	10,1%	182	3,3%

Quellen: Liste der eingetragenen PsychotherapeutInnen (Stand Februar 2003) und Volkszählung 2001

Betrachtet man die regionale Verteilung der PsychotherapeutInnen insgesamt, so zeigt sich das für die Psychotherapie bekannte Bild des überproportionalen Anteils im städtischen Bereich, dessen Ursachen einerseits in der erhöhten sozialen Akzeptanz der Psychotherapie im städtischen Umfeld und andererseits im in der Regel städtisch angebotenen Ausbildungsangebot liegen. Im Verhältnis zur Bevölkerungszahl sind PsychotherapeutInnen überdurchschnittlich stark in Wien und in Salzburg (hier v. a. in der Stadt Salzburg) und auch noch in Vorarlberg zu finden. Die dazu unterschiedlichen regionalen Verteilungen der Klienten- und Personenzentrierten PsychotherapeutInnen resultieren aus der Struktur der Ausbildungsvereine: Während die ÖGwG traditionell eine starke gesamtösterreichische Ausrichtung (mit Sitz in Linz und Schwerpunkten in Tirol, Oberösterreich, Salzburg und Steiermark) besitzt, führt die APG ihre Ausbildungen großteils in Wien und Umgebung durch. Gemeinsam hat dies jedoch eine relativ gute regionale Verteilung der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie auf den gesamten österreichischen Raum zur Folge.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie in Österreich gut in der psychotherapeutischen Versorgungslandschaft verankert ist. Sie ist derzeit – nach den systemischen Schulen – die am meisten verbreitete therapeutische Richtung. Der relative Anteil der Klienten-/Personenzentrierten PsychotherapeutInnen weist eine leicht steigende Tendenz auf. Aufgrund ihrer historisch unterschiedlichen regionalen Positionierungen weisen die Klienten- und Personenzentrierten PsychotherapeutInnen gemeinsam ein gutes regionales Versorgungsangebot auf.

4. Ergebnisse der Studie

In den folgenden Abschnitten werden vorerst Merkmale der TherapeutInnen analysiert und die Frage der Repräsentativität der Erhebung diskutiert, im Hauptteil erfolgt die Beschreibung der klientenzentrierten Therapieprozesse, im Anschluss werden die Ergebnisse mit den Befunden von Eckert (Eckert/Wuchner 1994) verglichen.

4.1. Merkmale der befragten TherapeutInnen

Insgesamt gibt es in Österreich rund doppelt so viele Psychotherapeutinnen als Psychotherapeuten. Stumm (1999, 7) belegt, dass diese Proportion bei den Klienten- und Personenzentrierten TherapeutInnen noch stärker in Richtung Frauenanteil tendiert. Ähnliches wurde beim durchschnittlichen Alter der PsychotherapeutInnen konstatiert. Dieses betrug in der Studie von Stumm (1999) 43,2 Jahre; wobei Klientenzentrierte TherapeutInnen etwas älter waren.

Im Vergleich damit liegt das Alter der 92 in unserer Studie befragten Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen zwischen 30 und 65 Jahren (Mittelwert: 47,5; Std.abw.: 8,1); der Anteil der Therapeutinnen beträgt 69,6%. Die Stichprobe kann daher bezüglich Alters- und Geschlechtsverteilung als weitgehend repräsentativ für die österreichischen PsychotherapeutInnen betrachtet werden⁹.

Die Berufserfahrung unserer befragten PsychotherapeutInnen liegt zwischen 2 und 28 Jahren (Mittelwert: 13,2; Std.-abw.: 7,3).

⁹ Die Alters- und Geschlechtsverteilung entspricht ebenfalls weitgehend den ÖGwG-Mitglieder-Daten.

Dieser relativ hohe Wert korrespondiert erwartungsgemäß mit dem Alter der TherapeutInnen, er liegt über den in den einschlägigen Arbeiten erhobenen Werten (vgl. Schaffenberger/Glatz/Frank/Rosian 1997; in der Folge als ÖBIG-Studie zitiert).

Mehr als die Hälfte der TherapeutInnen (52,2%) gibt als „Quellenberuf“ Psychologie an, alle anderen „Quellenberufe“ weisen relativ geringe Anteile auf (z. B. Pädagogik: 14,2%; Sozialarbeit: 6,5%; Medizin: 5,4%). Diese Verteilung stimmt zwar mit den Daten der ÖGwG weitgehend überein, unterscheidet sich aber von der Gesamtverteilung der „Quellenberufe“ österreichischer PsychotherapeutInnen (insbesondere durch den relativ hohen Anteil an PsychologInnen).

Rund $\frac{1}{3}$ der TherapeutInnen verfügt über eine abgeschlossene Ausbildung in zumindest einer weiteren Therapierichtung, besonders häufig wurden hier systemische Familientherapie und Körpertherapie genannt. Auch dieses Merkmal ist weitgehend erwartungskonform für Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen (vgl. Stumm 1999).

Inwieweit die befragten PsychotherapeutInnen in Institutionen bzw. in freier Praxis tätig sind, kann aus den Angaben zu den KlientInnen rückgeschlossen werden; nur 14% der beschriebenen Fälle stammen aus institutionellen Settings. Dieser Anteil stimmt gut mit den vorhandenen Vergleichswerten überein; so schätzt Stumm (1999), dass 15-20% der PsychotherapeutInnen ausschließlich in einer Institution arbeiten; nach dem aktuellen Stand der PsychotherapeutInnenliste des Gesundheitsministeriums (Februar 2003) arbeiten 697 Personen (12,7%) ausschließlich in Institutionen, und jeweils etwas mehr als 40% nur in freier Praxis bzw. in freier Praxis und institutionellen Settings.

Die TherapeutInnen unterscheiden sich stark – bei insgesamt relativ hohen Werten – bezüglich ihrer Arbeitsbelastung; im Mittel werden 16,6 KlientInnenstunden pro Woche abgehalten (Std. abw.: 11,4). Dieser Wert entspricht zwar hinsichtlich der Streuung den Daten der ÖBIG-Studie¹⁰, liegt aber etwas über dem dort angegebenen Mittelwert (14,7).

Interessant dabei ist, dass 81% der befragten TherapeutInnen mit ihrer Arbeitsbelastung zufrieden sind (im Mittel arbeitet diese Gruppe von TherapeutInnen mit 15,4 KlientInnenstunden); 15% geben eine zu hohe Arbeitsbelastung an (Mittelwert: 27,9 KlientInnenstunden), nur 4% eine zu geringe Arbeitsbelastung (Mittelwert: 7,7 KlientInnenstunden).

Ein weiterer Hinweis auf das Ausmaß und die Struktur der Tätigkeit der PsychotherapeutInnen ergibt sich aus ihrem „KlientInnendurchsatz“, definiert analog zur ÖBIG-Studie als die Anzahl der

Erstgespräche sowie der begonnenen und beendeten Psychotherapien pro Jahr. Tabelle 3 stellt die Mittelwerte der ÖBIG-Studie unseren Befunden gegenüber.

Tabelle 3: „KlientInnendurchsatz“ der Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen im Vergleich zur ÖBIG-Studie

	<i>Erstgespräche/ Jahr (Mittelwert)</i>	<i>Begonnene Therapien/ Jahr (Mittelwert)</i>	<i>Beendete Therapien/ Jahr (Mittelwert)</i>
ÖBIG 1997 – in freier Praxis	17,1	11,1	8,0
ÖBIG 1997 – in Institutionen	44,2	19,7	14,7
ÖGwG 2001 – in freier Praxis	24,3	23,8	10,1
ÖGwG 2001 – in Institutionen	55,6	21,4	16,6

Bei der Beurteilung dieser Angaben ist zu beachten, dass es sich hier um (vermutlich nicht ganz exakte) Schätzungen der befragten TherapeutInnen handelt; in unserer Befragung wurde eine Schätzung für einen konkreten Monat (Mai 2001) verlangt, die hier für den Vergleich mit den ÖBIG-Daten realistisch hochgerechnet wurde (Monatsangaben x 10).

Es fällt jedoch auf, dass der „KlientInnendurchsatz“ insgesamt über den Vergleichswerten liegt; insbesondere die TherapeutInnen in freier Praxis geben hier z. T. wesentliche höhere Werte an.

Daten zum Setting wurden in unserer Befragung nicht erhoben, da sich die erfragten KlientInnendaten nur auf Einzelsettings bezogen. Man kann jedoch plausibel annehmen, dass die Vergleichsdaten der ÖBIG-Studie (1997) im wesentlichen auf die Arbeit der Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen übertragbar sind (68% Einzelsetting, 16% Gruppensetting, 12% Familiensetting, 4% anderes).

Im Mittel nehmen die befragten TherapeutInnen 3,3 Supervisionsstunden pro Monat in Anspruch, wobei besonders häufig 4 Stunden (je eine Einzelstunde pro Woche bzw. 2x2 Gruppenstunden pro Monat) angegeben wurden.

Es kann festgehalten werden, dass die befragten Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in wesentlichen Kennwerten als repräsentativ für die österreichischen PsychotherapeutInnen bezeichnet werden können. Dies betrifft insbesondere soziodemografische Merkmale (Alter, Geschlecht), und Arbeitsform (freie Praxis bzw. Institution). Bezüglich der „Quellenberufe“ und des relativ hohen Anteils an zusätzlichen Ausbildungen ist die befragte Gruppe repräsentativ für Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen der ÖGwG.

Die Angaben zur Arbeitsbelastung und zum „KlientInnendurchsatz“ deuten darauf hin, dass es sich hier um eine eher überdurchschnittlich psychotherapeutisch tätige Gruppe handelt. Dies ist vermutlich auf ein erhöhtes Interesse und damit eine erhöhte Beteiligung an der Befragung durch stark mit dem TherapeutInnenberuf identifizierte Personen zurückzuführen. Damit in Übereinstimmung steht die vergleichsweise hohe Berufserfahrung der TherapeutInnen und die Angaben zur Zufriedenheit mit der Berufsbelastung.

10 In der ÖBIG-Studie sind folgende Angaben (KlientInnen pro Woche) zu finden: bis 5 (18%), 6-10 (27%), 11-15 (18%), 16-20 (14%), 21-25 (11%), 26-30 (7%), über 30 (5%).

In Hinblick auf die nun folgenden Angaben zu den KlientInnen kann daher angenommen werden, dass diese Angaben ein ausgesprochen gutes und repräsentatives Bild für die klientenzentrierte Therapiepraxis von relativ erfahrenen und gut in der Praxis verankerten TherapeutInnen darstellen.

4.2. Die KlientInnen

Die folgenden Auswertungen beziehen sich auf die Angaben der TherapeutInnen zu ihren „letzten beiden ordnungsgemäß abgeschlossenen ambulanten klientenzentrierten Psychotherapien“ bei Erwachsenen im Einzelsetting (n=175, davon 74% in freier Praxis).

119 der KlientInnen (68%) waren weiblich¹¹. Das Alter der Klientinnen betrug im Mittel 36,9 Jahre (Std. abw.: 11,1), das der Klienten 38,3 Jahre (Std. abw. 9,5). Sowohl Alters- als auch Geschlechtsverteilung decken sich weitgehend mit den vorhandenen Vergleichsdaten (vgl. ÖBIG 1997).

Nicht unerwartet sind die Befunde zur höchsten Ausbildungsstufe der KlientInnen: 22% besitzen einen Hochschul-/Universitätsabschluss, 36% Matura/Abitur, 16% einen Fachschulabschluss, 17% einen Lehrabschluss und nur 7% einen Pflichtschulabschluss. Damit unterscheidet sich das Bildungsniveau der KlientInnen hochsignifikant von der österreichischen Durchschnittsbevölkerung¹². Dementsprechend deuten auch die Angaben der Berufe der KlientInnen auf eine überdurchschnittlich hohe soziale Schicht hin: 18% höhere Angestellte, 6% Selbstständige, 55% Angestellte, und nur 4% Arbeiter und 1,7% Arbeitslose.

Die (Einzel-)KlientInnen der klientenzentrierten PsychotherapeutInnen entsprechen weitgehend den (noch immer) „typischen“ KlientInnen insofern, als der Frauenanteil relativ hoch ist und die Bildung bzw. soziale Schicht als deutlich überdurchschnittlich bezeichnet werden kann.

53% der KlientInnen leben in einer Partnerschaft, 47% leben alleine. Diese Verteilung entspricht in etwa der österreichischen Soziodemografie¹³.

Mehr als 1/3 der KlientInnen (21,7%) besaß bereits Vorerfahrung mit Psychotherapie, die früheren Therapien dauerten im Mittel 15 Monate. Es handelt sich hier um ein typisches Phänomen, mit

vermutlich weiterhin steigender Tendenz (in der Praxisstudie von Brockman/Schlüter/Brodbeck/Eckert (2002) betrug dieser Anteil bspw. mehr als 30%).

Ein Großteil der KlientInnen kam aus Eigeninitiative (68,6%), rund einem Viertel (27,4%) wurde die Psychotherapie (meist von einem praktischen Arzt oder Psychiater) empfohlen. Wenn man bedenkt, dass diese Angaben von den TherapeutInnen nach Abschluss der Therapie gemacht wurden, ist hier jedoch von gewissen Ungenauigkeiten bzw. Verzerrungen auszugehen. Ein bemerkenswertes – aus einer Genderperspektive allerdings nicht unerwartetes – Ergebnis ist in diesem Zusammenhang, dass Frauen hochsignifikant häufiger aus eigener Initiative eine psychotherapeutische Behandlung beginnen (Eigeninitiative: Frauen 77,3%, Männer 50,0%; Empfehlung/Überweisung: Frauen 21%, Männer 41%; $\chi^2=14,7$, $p \leq .000$).

Ein Hinweis auf die Krankheitswertigkeit der behandelten Störungen ist bereits aus dem relativ hohen Anteil an KlientInnen, die Psychopharmaka einnahmen (32,6%, davon entfällt der überwiegende Teil auf Antidepressiva), abzuleiten. Dementsprechend hoch ist auch der Anteil an von der Krankenkasse mitfinanzierten Psychotherapien (78,7%), bei denen als Voraussetzung eine entsprechende „Krankheitswertigkeit“ gegeben sein muss.

Die Diagnosen der KlientInnen wurden nach dem ICD-10 erhoben. Die folgende Tabelle fasst die genannten Diagnosen zusammen:

Tabelle 4: Diagnosen/Störungsgruppen der KlientInnen nach ICD-10, gereiht nach der Häufigkeit

Diagnose/Störungsgruppe nach ICD-10	Häufigkeit in %
Neurotische Störungen	45,6
Affektive Störungen	28,1
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	7,6
Persönlichkeitsstörungen	7,7
Schizophrenie	1,8
Sucht und Abhängigkeitserkrankungen	1,2
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit / Jugend	1,2
Nicht näher bezeichnete Störungen	1,2
Keine Diagnose	5,8

Die Verteilung der Störungsbilder bestätigt nicht nur klientenzentrierte Psychotherapie als Breitbandkonzept aus einer praxeologischen Perspektive, es zeigt auch, dass ein beträchtlicher Anteil an schweren Störungsbildern (je nach Definition rund 1/3) diagnostiziert wurde¹⁴. Auf der Ebene der Einzeldiagnosen ergibt sich folgende Reihung der Häufigkeiten:

11 Ein bemerkenswertes „Nebenergebnis“ ist in der Tatsache zu sehen, dass 74% der Klientinnen die Therapie mit einer Therapeutin durchführen, während 43% der Klienten einen Therapeuten wählen. Dies ist ein signifikantes Ergebnis im Sinne einer leichten Tendenz zu einer „Geschlechtspaarung“ Klientin/Therapeutin bzw. Klient/Therapeut ($\chi^2=5,23$, $p \leq .05$).

12 Nach den Daten des österreichischen statistischen Jahrbuchs (1991) besaßen 5,2% der österreichischen Bevölkerung einen Hochschul-/Universitätsabschluss, 9,8% Matura/Abitur, 11,4% einen Fachschulabschluss, 32% einen Lehrabschluss und 42% einen Pflichtschulabschluss.

13 Laut Statistik Austria (www.statistik.at.; Daten von 2001) beträgt der Anteil an verheirateten Erwachsenen in Österreich 45,3%.

14 Die Verteilung der Diagnosen bei weiblichen und männlichen KlientInnen unterscheidet sich nicht ($\chi^2=10,01$, $p=0,26$).

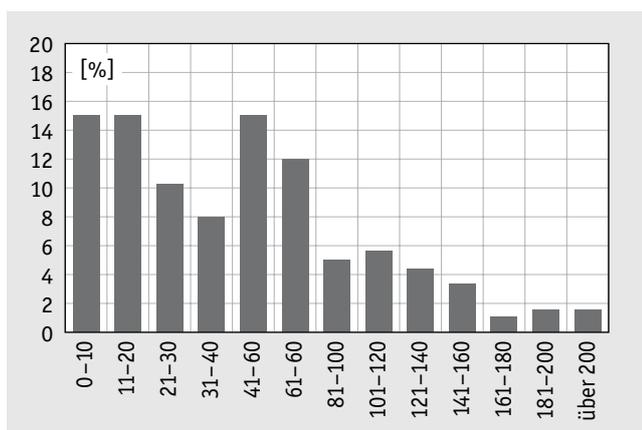
Tabelle 5: Einzeldiagnosen der KlientInnen nach ICD-10, gereiht nach der Häufigkeit

Einzeldiagnose nach ICD-10	Häufigkeit in %
34.1 Dysthymia/Neurotische Depression	13,1
40.0 Agoraphobie	6,9
43.2 Anpassungsstörung	6,9
43.0 Akute Belastungsreaktion	4,6
41.0 Panikstörung	2,9
41.2 Angst und depressive Störung, gemischt	2,9
50.1. Atypische Anorexia Nervosa	2,3
50.2 Bulimia Nervosa	2,3
60.31 Borderline	1,7

Klientenzentrierte Psychotherapie als Breitbandkonzept bestätigt sich in der Vielfalt der Diagnosen auch im ambulanten Bereich. Die vorliegende Stichprobe umfasst alle wesentlichen psychotherapie-indikativen Störungsbilder und Diagnosen zumindest zu einem wesentlichen Prozentsatz. Entsprechend der Schwere der Störungen findet sich auch ein wesentlicher Anteil an KlientInnen, die Psychopharmaka einnehmen; beim überwiegenden Teil der KlientInnen erfolgt eine Kostenrückverrechnung mit der Krankenkasse.

In Übereinstimmung mit dem klientenzentrierten Konzept wurde am Beginn von rund ¾ der beschriebenen Psychotherapien kein Zeitrahmen bzw. ein offenes Therapieende vereinbart; bei den 25,1% der Fälle, in denen ein Zeitrahmen vereinbart wurde, war dieser von Fall zu Fall sehr verschieden (Mittelwert: 35,3 Stunden, Std. abw.: 50,9).

Die folgende Abbildung fasst die Längen (Stundenumfänge) der beschriebenen Psychotherapien zusammen:

Abb. 1: Verteilung der Stundenumfänge der beschriebenen Klientenzentrierten Psychotherapien

Aus der Abbildung ist die große Streuung der Längen der beschriebenen Psychotherapien erkennbar. Der Mittelwert beträgt 61,1 Stunden, wobei aufgrund der Verteilung der Median von 41 die Daten besser beschreibt (jeweils 50% der Therapien liegen unter

bzw. über 41 Stunden). Die Hälfte der Therapien dauern zwischen 17 und 78 Stunden; ausgesprochen kurze (unter 10 Stunden: 14,7%) bzw. lange (über 120 Stunden: 12,5%) sind relativ selten. Wenn man Psychotherapien unter 30 Stunden als „Kurzzeittherapie“ verstehen will, dann erfüllen rund 40% der beschriebenen Therapien dieses Kriterium. Die Mehrzahl der Klientenzentrierten Psychotherapien zählt jedoch auch in unserer Studie nicht zu dieser Kategorie.

Der überwiegende Anteil (83,4%) der beschriebenen Klientenzentrierten Psychotherapien wurde in einer Behandlungsfrequenz von einer Stunde pro Woche durchgeführt; variable Behandlungsfrequenzen wurden in 12,6% der Fälle vereinbart. Eine „Ausdünnung“ der Behandlungsfrequenz in den letzten Abschnitten der Psychotherapie ist relativ häufig (45%).

Aus den Stundenumfängen und den Behandlungsfrequenzen resultiert eine mittlere Behandlungsdauer von rund 21 Monaten (Median: 16). Die Behandlungsdauer der Hälfte der beschriebenen Psychotherapien liegt in etwa zwischen 5 Monaten und zwei Jahren.

Die Stundenumfänge bzw. die Behandlungsdauer stehen weder mit soziodemografischen Merkmalen der KlientInnen noch mit Merkmalen der TherapeutInnen oder auch der Finanzierungsform (Krankenkasse) in einer signifikanten Beziehung.

Ein interessantes Ergebnis besteht darin, dass KlientInnen, die aus Eigeninitiative eine Therapie in Anspruch nahmen, längere Behandlungszeiten aufweisen, als solche, denen die Therapie angeraten wurde ($F=6,54$, $p \leq .00$). Die Ursache dafür ist vermutlich in der höheren Motivation zur persönlichen Auseinandersetzung bei selbst initiiertem Psychotherapie zu sehen. Dies kann wohl als ein typisches Merkmal einer psychotherapeutischen Orientierung, die in ihrem Selbstverständnis über Symptom- bzw. Lösungsorientierung im engeren Sinne weit hinausgeht, betrachtet werden.

Eine zu erwartende strukturelle Einflussgröße auf die Länge der Psychotherapien ist die Organisationsform: Therapien in freier Praxis weisen längere Behandlungszeiten auf als solche in Institutionen¹⁵, wobei hier eine Wechselwirkung mit dem Schweregrad der behandelten Störungen als Ursache dafür anzunehmen ist.

Erwartungskonform ist der wesentlichste Einflussfaktor auf die Länge der Psychotherapie die Diagnose bzw. die Form der Störung ($F=7,82$, $p \leq .000$). So weisen beispielsweise Persönlichkeitsstörungen eine rund 3x längere Behandlungszeit auf als neurotische Störungen.

Die Befunde zeigen, dass die Längen „typischer“ Klientenzentrierter Psychotherapien sehr unterschiedlich sind. Auf der einen Seite verdient ein wesentlicher Teil der Therapien die Bezeichnung „Kurztherapie“, andererseits finden – insbesondere bei schweren Störungen – auch mehrjährige Therapieprozesse statt. „Typische“ Klientenzentrierte Psychotherapien werden einmal pro Woche abgehalten und dauern zwischen

¹⁵ Als „Institutionen“ sind hier sowohl ambulante Beratungsstellen als auch (in den meisten Fällen) stationäre Therapieeinrichtungen zu verstehen.

5 Monaten und zwei Jahren. Die praxeologische Analyse bestätigt den Stellenwert von Motivation und Eigeninitiative der KlientInnen sowie das klientenzentrierte beziehungsorientierte Selbstverständnis, das über eine Symptomorientierung im engeren Sinne weit hinaus geht.

4.3 Vergleich mit der Studie von Eckert (1994)

Der Befragung der TherapeutInnen der GwG, die von Eckert/ Wuchner im Frühjahr 1994 durchgeführt wurde, liegen Daten von 379 GesprächspsychotherapeutInnen zugrunde. Es wurden insgesamt 324 Einzeltherapien mit Erwachsenen beschrieben, die im Folgenden mit unseren Befunden verglichen werden. Aufgrund der analogen Konzeption des Erhebungsinstruments und der Durchführung der Befragung ist ein methodisch fundierter Vergleich möglich;.

Die folgende Tabelle vergleicht wesentliche Kennwerte der beiden Studien:

Tabelle 6: Vergleich wesentlicher Kennwerte der Studie von Eckert/Wuchner (1984) mit unseren Ergebnissen

	<i>Eckert/Wuchner 1984</i>	<i>ÖGwG 2001</i>	<i>Signifikanz</i>
TherapeutInnen			
Alter	44,6 Jahre	47,5 Jahre	p ≤ .01
Geschlecht (Anteil Therapeutinnen)	59%	70%	n. s.
Therapieerfahrung	14,4 Jahre	13,2 Jahre	p ≤ .01
Alter der KlientInnen	34 Jahre	37,3 Jahre	p ≤ .01
Anteil an Klientinnen	73%	68%	n. s.
Diagnose: Neurosen (ICD-9) bzw. neurotische Störungen (ICD-10)	48%	45,6%	n. s.
Behandlungsumfang (Mittelwert)	69,2	61,1	p ≤ .01
Behandlungsumfang (Median)	61	41	p ≤ .01
Behandlungsfrequenz 1x/Woche	55,5%	84,9%	p ≤ .00

Beim Vergleich der beiden Studien ist festzuhalten, dass aufgrund der relativ hohen Fallzahlen signifikante Ergebnisse bereits bei relativ geringen Unterschieden (Effektstärken) zu beobachten sind. Wenn man dies berücksichtigt, zeigen sich nur unwesentliche Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungen. Das vermutlich bedeutsamste Ergebnis ist ein um rund 15% kürzerer Behandlungsumfang in der österreichischen Studie, wobei dies aufgrund der Problematik der Vergleichbarkeit der Diagnosen nur mit Vorsicht beurteilt werden sollte.

Die österreichische Studie bestätigt nach knapp 10 Jahren die Befunde von Eckert/Wuchner aus der BRD. Sowohl TherapeutInnen als auch KlientInnen weisen vergleichbare soziodemografische Merkmale auf; die österreichischen Daten deuten auf einen etwas geringeren Behandlungsumfang; die fast ausnahmslos wöchentliche Behandlungsfrequenz scheint ein österreichisches Spezifikum zu sein.

5. Resümee

Die Intention unserer Studie war, in der Tradition von Carl Rogers eine Beschreibung der Praxis von Klientenzentrierter Psychotherapie in Österreich mit dem Ziel des Aufdeckens von Ordnungsprinzipien. Es ging daher nicht um eine Analyse von Erfolgsfaktoren der Psychotherapie, sondern um eine Bestandsaufnahme aus praxeologischer Perspektive.

Die Stichprobengröße und die soziodemografischen Merkmale der befragten TherapeutInnen lassen darauf schließen, dass die Befunde zumindest für gut in der Praxis verankerte Klientenzentrierte TherapeutInnen repräsentativ sind. Vor dem Hintergrund der weitgehenden Ähnlichkeit der Konzepte und der Komplementarität der regionalen Verteilung in Österreich ist der vorsichtige Schluss zulässig, dass die Befunde auch für Personzentrierte Psychotherapie – und damit für die gesamte Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie in Österreich Gültigkeit besitzen und damit die ambulante

Praxis eines Ansatzes abbilden, der seit Jahrzehnten zu einem der wichtigsten therapeutischen Richtungen in der Psychotherapieversorgung gehört.

Der insgesamt relativ geringe Rücklauf muss jedoch leider auch als Hinweis darauf gewertet werden, dass Praktiker die empirische Evaluation ihres eigenen Handelns (noch immer) nicht ernst genug nehmen und damit letztlich der Weiterentwicklung ihres eigenen Ansatzes schaden oder zumindest nicht dienlich sind (vgl. Laireiter/Stieglitz/Baumann 2001).

Die ambulante Psychotherapie wird zu einem überwiegenden Teil in

freier Praxis durchgeführt, wobei der „KlientInnendurchsatz“ hier nur etwas geringer als in institutionellen Settings ist – die befragten TherapeutInnen sind dementsprechend auch überwiegend mit ihrer Auslastung zufrieden, es liegt sogar eine Tendenz zur subjektiven Überlastung vor. Trotz der relativ hohen Zahl zugelassener PsychotherapeutInnen in Österreich scheint es den Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen weiterhin gut zu gelingen, eine beruflich zufrieden stellende Praxis aufzubauen und diese professionell zu gestalten (vgl. die Angaben zur eigenen Supervision).

Die soziodemografischen Merkmale der KlientInnen bestätigen leider noch immer, dass eine Durchdringung der Psychotherapie in alle gesellschaftlichen Schichten – zumindest im Kontext der ambulanten Psychotherapie – nicht gelungen ist. Andererseits nimmt die psychotherapeutische Vorerfahrung der KlientInnen, die eine Bereitschaft besitzen, eine psychotherapeutische Behandlung in

Anspruch zu nehmen, vermutlich weiter zu. In Übereinstimmung mit diesen Überlegungen zeigt sich, dass ein Großteil der KlientInnen aus Eigeninitiative in die Psychotherapie kommt – was zwar im Sinne von Eigenverantwortung und Beziehungsaufbau förderlich für eine Klientenzentrierte Psychotherapie ist, jedoch auch zeigt, dass der Weg in die Psychotherapie und auch die Überweisungspraxis noch zu verbessern wären (vgl. Slunecko et al. 2003).

Die Befunde zeigen aus einer praxeologischen Perspektive, dass die Klientenzentrierte Psychotherapie nicht nur ein Breitbandkonzept (Höger 1989) ist, sondern auch zur Behandlung schwerer und schwerster Störungen eingesetzt wird. Die Längen der Psychotherapien umfassen dabei ein Spektrum, das von „Kurzzeittherapie“ bis zu sehr langen therapeutischen Prozessen reicht, wobei ein Großteil der Therapien – bei wöchentlicher Frequenz – in einem Zeitraum von ½ Jahr – 2 Jahren liegt.

Eine Außenperspektive – die Behandlungsdauer steht in Bezug zur Diagnose – legt eine differenzielle Betrachtungsweise nahe. Aus einer dem Ansatz immanenten phänomenologischen Perspektive resultiert jedoch die Länge der abgeschlossenen Psychotherapien aus der erfolgreichen Beziehungsgestaltung und der personalen Begegnung zwischen KlientIn und TherapeutIn. Der Zusammenhang der Therapielänge mit der Eigeninitiative bestätigt diese Perspektive. Aus einer praxeologischen Sicht stehen daher differenzielles und personales/beziehungsorientiertes Verständnis von Psychotherapie in keinem Widerspruch, sondern stellen Prozessbeschreibungen aus unterschiedlichen Beobachterperspektiven dar. Grundlage und Bestätigung für beide Perspektiven ist die Professionalität der Durchführung der Psychotherapie, die u. a. darin zum Ausdruck kommt, dass die Länge der Psychotherapie weder mit TherapeutInnenmerkmalen, noch mit soziodemografischen Merkmalen der KlientInnen oder mit der Finanzierungsform in Beziehung steht.

Der Vergleich mit den Befunden aus der BRD zeigt ein weitgehend ähnliches Bild ambulanter klientenzentrierter Praxis in der BRD und Österreich für die letzten rund 10 Jahre. Inwieweit die etwas kürzeren Stundenumfänge in Österreich ein artifizielles Ergebnis oder Ausdruck gesellschaftlicher Veränderungen bzw. auch Auswirkung von etwas anderen Behandlungssettings sind, ist nur schwer zu beurteilen.

Ein Spezifikum des emanzipatorischen Verständnisses des Personenzentrierten Ansatzes ist die kritische Auseinandersetzung mit Genderfragen (vgl. Schmid/Winkler 2002). Mehrere Einzelbefunde aus unserer Studie könnten hier ein „empirisch fundierter“ Anstoß für eine weitere Entwicklung der Genderperspektive in unserem Ansatz sein.

Wir hoffen, dass die vorliegende Studie als Anstoß und Aufforderung für weitere empirische Reflexionen der klienten-/personenzentrierten Praxis – und damit für die notwendige empirisch-wissenschaftliche Auseinandersetzung – gesehen wird.

Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J./Schwartz, H.-J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart (Kohlhammer) 1979, 71995 (überarb. u. erweiterte Aufl.)
- Binder, H.-J./Binder, U./Kratzsch, S./Schmalzriedt, L. (1979), Behandlungsdauer bei klientenzentrierter Psychotherapie: Eine kritische Analyse, in: GwG-info 36, 1–21
- Brockmann, J./Schlüter, T./Brodebeck, D./Eckert, J. (2002), Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten, in: Psychotherapeut 47, 6, 347–355
- Eckert, J. (2002), Kurzzeit- und längerfristige Psychotherapie, in: Keil, W. W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer), 445–466
- Eckert, J./Wuchner, M. (1994), Frequenz-Dauer-Setting in der Gesprächspsychotherapie heute. Teil 1: Einzeltherapie bei Erwachsenen, in: GwG Zeitschrift 95, 17–20
- Haug-Eskevik, K. (2002), Strukturen der Inanspruchnahme von Klienten-/Personenzentrierter Psychotherapie in Österreich, Diplomarbeit an der Universität Wien
- Höger, D. (1989), Klientenzentrierte Psychotherapie – ein Breitbandkonzept mit Zukunft, in: Sachse, R./Howe, J. (Hg.), Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie, Heidelberg (Asanger), 197–22
- Jandl-Jäger, E./Stumm, G. (Hg.) (1988), Psychotherapie in Österreich. Eine empirische Analyse der Anwendung von Psychotherapie, Wien (Deuticke)
- Laireiter, A. R./Stieglitz, R. D./Baumann, U. (2001), Dokumentation in der klinischen Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie, in: Stieglitz, R. D./Bauman, U./Freyberger, H. (Hg.), Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Stuttgart (Enke), 82–102
- Linster, H./Rückert, D. (1998), Gesprächspsychotherapie als Kurztherapie oder Klientenzentrierte/Personenzentrierte Kurztherapie, in: Psychotherapie Forum 6, 225–235
- Rogers, C. R. (1954b), The case of Mr. Bebb, the analysis of a failure case, in: Rogers, C. R./Dymond R. F. (eds.), Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the client-centered approach, Chicago (University of Chicago Press), 349–409
- Rogers, C. R. (1961a), On becoming a person. A therapists view of psychotherapy, Boston (Houghton Mifflin); dt.: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, Klett-Cotta (Stuttgart) 1973
- Schaffnerberger, E./Glatz, W./Frank, W./Rosian, I. (1997), Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Österreich, Wien, ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen)
- Schmid, P. F./Winkler, M. (2002), Die Person als Frau und Mann. Zur Geschlechterdifferenz in Personenzentrierter Therapie und Beratung, in: Iseli, C./Keil, W. W./Korbei, L./Nemeskeri, N./Rasch-Owald, S./Schmid, P. F./Wacker, P. G. (Hg.), Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG), 65–91
- Slunecko, T./Mayer, H./Vorderwinkler, C./Fischer-Kern M./Zimerleiter, O. (2003), Zugänge zur Psychotherapie: Die Qualität der Therapiemotivation; unveröffentlichter Abschlussbericht des FWF-Projekts 14318
- Stumm, G. (1999), Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie in Österreich, in: Person 3, 1, 5–10

Stumm, G./ Brandl-Nebehay, A./ Fehlinger, F. (1996), Handbuch für Psychotherapie und psychosoziale Einrichtungen, Wien (Falter)
Tausch, R. (1973), Gesprächspsychotherapie, Göttingen (Hogrefe) ⁵1973
Wuchner, M./ Eckert, J. (1995), Frequenz-Dauer-Setting in der Gesprächspsychotherapie heute. Teil I1: Einzeltherapie bei Kindern und Jugendlichen, in: GwG Zeitschrift 97, 17–20

AutorInnen

Christian Korunka, Dr. phil., Universitätsprofessor am Institut für Psychologie der Universität Wien (Arbeitsschwerpunkte: Arbeits- Organisations- und Gesundheitspsychologie), Personenzentrierter Psychotherapeut, Supervisor, Gesundheitspsychologe, Leiter von Universitätslehrgängen an der Universität Wien, Ausbilder im IPS der APG.

Wolfgang Walter Keil, 1937, Mag. rer.soc.oec., Klientenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder und Lehrtherapeut in der ÖGwG; Gruppentherapeut und Gruppendynamiktrainer im „Österr. Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG)“; Ehrenobmann der ÖGwG.

Kristin Haug-Eskevig, Mag., Psychologin, führte im Rahmen ihrer Diplomarbeit am Institut für Psychologie der Universität Wien die Erhebungen der in diesem Artikel beschriebenen Daten durch.

Korrespondenzadressen

*A. Univ. Prof. Dr. Christian Korunka
Institut für Psychologie
Universität Wien
Universitätsstraße 7
A-1010 Wien
E-Mail: christian.korunka@univie.ac.at*

*Mag. Wolfgang W. Keil
Albertg. 39/6
A-1080 Wien
E-Mail: wolfgang.keil@aon.at*

Humanismus und/oder Naturalismus

Eine Auseinandersetzung zum Menschenbild und zum Verständnis der Aktualisierungstendenz im PCA

Im letzten Heft der PERSON (2/2002, 26–34) erschien ein Beitrag von Jobst Finke mit dem Titel „Das Menschenbild des Personzentrierten Ansatzes zwischen Humanismus und Naturalismus“. Er reflektiert dort kritisch naturwissenschaftliche Verständniszugänge zur Aktualisierungstendenz und plädiert für ein „dezidiert humanistisches, d. h. personalistisch, subjekttheoretisch wie kulturhistorisch begründetes Menschenbild des PCA“.

Jürgen Kriz, derzeit der Träger der renommierten „Lazarsfeld-Gastprofessur“ der Human- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien, fühlte sich durch den Beitrag von Jobst Finke zu einer im folgenden dargestellten pointiert formulierten Replik veranlasst.

Diesen Beginn eines spannenden und auch für das praktische Verständnis unserer Ansatzes wichtigen wissenschaftstheoretischen Diskurses zum aktuellen Verständnis des Menschenbildes nahmen wir zum Anlass, einige Vertreter des PCA, die sich bereits früher zu den angesprochenen Themen geäußert hatten, um eine Stellungnahme zu den Auffassungsunterschieden von Jobst Finke und Jürgen Kriz zu ersuchen.

Wir hoffen, dass dies erst der Beginn einer spannenden Auseinandersetzung ist, die den Stand der Theorieentwicklung unseres Ansatzes im besten Sinne aufzeigt, und würden uns über weitere Beiträge in den nächsten Nummern der PERSON freuen.

Christian Korunka, im Namen der Redaktion

Humanisme et/ou naturalisme – Une discussion sur la conception de l'être et sur la compréhension de la tendance à l'actualisation dans l'approche centrée sur la personne. *Dans la dernière numéro de PERSON (2/2002, 26–34) un article de Jobst Finke intitulé « La conception de l'homme dans l'approche centrée sur la personne : entre humanisme et naturalisme » a été publié. Il examine de manière critique les différentes manières de compréhension de la tendance à l'actualisation appartenant aux sciences physiques et naturelles et plaide pour une conception de l'être de l'ACP « résolument humaniste, c'est-à-dire personaliste, fondée sur la théorie subjectiviste et sur l'histoire culturelle. »*

Cet article a amené Jürgen Kriz, à l'époque titulaire de la célèbre « chaire de professeur invité Lazarsfeld » de la faculté des sciences humaines et sociales de l'Université de Vienne, à répliquer de manière très pointue.

Nous avons mis à profit ce début d'un discours de philosophie scientifique passionnant et important pour la compréhension pratique de notre approche portant sur la compréhension actuelle de la conception de l'être, pour demander à certains représentants de l'ACP qui s'étaient déjà exprimés précédemment sur les thèmes abordés, de faire des commentaires par rapport aux divergences de vues entre Jobst Finke et Jürgen Kriz.

Nous espérons que ceci n'est que le début d'une discussion passionnante qui montre l'état de l'évolution de la théorie de notre approche dans le meilleur sens, et serions heureux de publier d'autres articles dans les prochains numéros de PERSON.

Christan Korunka au nom de la rédaction

Humanism or naturalism—a controversial discussion about the view of human beings and the understanding of the actualising tendency in the Person-Centred Approach. *In the last issue of our journal (PERSON 2/2002, 26–34) Jobst Finke published a paper under the title „The anthropological foundations of the Person-Centred Approach between humanism and naturalism“. In this paper he presents a critical reflection on an anthropological understanding of the Person-Centred Approach and of the actualising tendency based on natural science only, and he pleads for “decided humanistic, i.e., personalistic, subject-theoretical and cultural-historical anthropological foundations of the PCA”.*

Finke's paper made Jürgen Kriz, presently holder of the renowned “Lazarsfeld Visiting Professorship” of the Faculty of Human and Social Sciences of the University of Vienna, feel obliged to formulate a rejoinder as follows.

This initiation of an interesting theoretical discourse which is also important for a practical reflection of the PCA, prompted the editors to invite scientific person-centred experts who have already published papers in the above mentioned areas to comment on this controversy between Finke and Kriz. We hope this presentation will initiate an ongoing and stimulating discussion which will give evidence of the actual state of theoretical development of the PCA at its best. We would like to encourage further contributions to this dialogue which eventually will be published in forthcoming issues of our journal.

Christian Korunka for the editorial team of PERSON

Jürgen Kriz

Mechanistischer Humanismus statt humanistischer Systemtheorie?

Eine Replik auf den Beitrag von Jobst Finke

Zunächst ist es mir wichtig, wesentliche Gemeinsamkeiten mit Jobst Finke zu betonen: Ich habe seinen Beitrag so verstanden, dass es ihm, wie auch mir, darum geht, die Perspektive der Humanistischen Psychologie im Allgemeinen und des Personzentrierten Ansatzes (PCA) im Besonderen im Diskurs (und in der Praxis) therapeutischer Ansätze nicht verschwinden zu lassen. Denn selbst wenn seriöse Metaanalysen über die Wirksamkeit des PCA *nicht* zu so guten Ergebnissen geführt hätten, wäre dieser Ansatz immer noch eine der bedeutsamen Antworten auf die Frage, wie wir leben wollen. Jenseits aller gegenwärtigen unerfreulichen berufs- und ständepolitischen Ränkespiele repräsentiert der PCA einen wesentlichen Standpunkt im Spektrum menschlicher Perspektiven in einer pluralistischen Gesellschaft. Daher ist es auch wichtig, dass dieser Ansatz nicht mit anderen Strömungen so verwässert oder von anderen Prinzipien unterlaufen wird, dass das Wesentliche des PCA zur Unkenntlichkeit verzerrt wird. Hierin sind wir wohl einig.

Dies festzuhalten ist nicht nur aus sachlichen Gründen wichtig. Vielmehr gehört es m. E. wesentlich zu einer humanistischen Grundhaltung, das „communicare“ – die Suche nach gemeinsamem Verstehen – nicht für ein „disputare“ – das Bemühen, den anderen in der Kontroverse zu besiegen – preiszugeben. Dies erfordert aber elementar, dem anderen erst einmal zuzuhören oder, im schriftlichen Dialog, das hinreichend zu lesen, worauf man vorgibt, sich zu beziehen.

Indem Finke – und hier nun unterscheiden wir uns diametral – die Selbstorganisations- und Systemtheorien als inkompatibel zum PCA verortet, vermisste ich leider dieses Bemühen. Denn wenn er Systemtheorie als „naturalistischen Reduktionismus“ brandmarkt, von „kausal-analytisch als verdinglichter Natur im Sinne der Naturwissenschaften“ spricht, betont, dass Maturana (z. B. 1982) mit dem „Autopoiese-Konzept“ von einer „rein mechanistischen Theorie“ spreche, usw. usw. vermengt er in unzulässiger Weise Aspekte und Positionen, um deren Trennung es gerade in der von ihm zitierten Literatur (etwa bei Kriz 1999) geht. Schon „Autopoiese“ als naturalistisches Konzept zu deuten und dies gegen „Kultur“, „Sinn“ etc. auszuspielen, ist – so allgemein – schlicht falsch. Denn „Autopoiese“ ist auch ein zentrales Konzept in der Theorie des Soziologen Luhmann, wo es nun gerade explizit um Kultur, Sinn usw. geht. Aber Finkes Autopoiese-Vorhalte greifen doppelt daneben, denn er hätte nicht nur diese Differenzierung „der“ Autopoiese (Kriz 1999) finden können, sondern, weit bedeutsamer, die Tatsache, dass ich dort

(wie in mindestens einem Dutzend weiterer Arbeiten) ausführlichst die Untauglichkeit auch der kulturellen Theorie „Autopoiese“ zum Verständnis *therapeutischer* Prozesse zu zeigen versuche.

Vielmehr wird dort eine Systemtheorie vertreten, für welche die Finkesche Dichotomie „Naturalismus“ – „Humanismus“ ebenso inadäquat ist, wie seine Frage: „Denkt Rogers naturalistisch?“ Rogers denkt nämlich nicht naturalistisch (auch nicht „schwach, sehr gemäßigt“ wie Finke befindet). Rogers denkt vielmehr „rogerianisch“! Es *kann* Sinn machen, Rogers' Denken zum besseren (oder schlechteren) Verständnis, zur eigenen Orientierung etc. bestimmten Kategorien *zuzuordnen*. Die daraus gezogenen Schlüsse und Wertungen haben dann aber mit der Art der Kategorisierung und nicht unbedingt mit dem Kategorisierten zu tun. Die Problematik solcher bei Finke häufigen Argumentationsfiguren wird – um nur ein weiteres Beispiel zu nennen – auch deutlich, wenn er schreibt, dass der „Humanismus, so wie er sich seit der Renaissance entfaltet hat [...] einen gewissen Anthropozentrismus (impliziert)“, und daher zum Schluss kommt, dass eine ganzheitliche Position nicht mit dem PCA vereinbar sei. Ich bezweifle aber, dass die Humanistische Psychologie mit dem Ziel entstand, irgendetwas aus der „Renaissance“ zu entfalten! Die Motive der Menschen waren unterschiedliche, bestanden aber sicher nicht darin, als Realisation irgendeiner abstrakten ideengeschichtlichen Kategorie aufzutreten.

Um die Problematik solcher Argumentationsfiguren nochmals prägnant zu formulieren: Es werden komplexe, einmalige Phänomene – dazu gehört Rogers' Denken, die Anliegen und Entwicklungen, die dann unter „Humanistischer Psychologie“ zusammengefasst wurden, oder das Bemühen personenzentrierter Therapeuten, mithilfe der Systemtheorie bestimmte Prozesse und Prinzipien verstehbar zu machen – von Finke in bestimmte Kategorien eingeordnet und dann daraus Schlüsse gezogen. Doch diese Schlüsse betreffen m. E. eben öfter nicht die zu diskutierenden Phänomene selbst, sondern Finkes problematische Zuordnungen.

Deswegen ist z. B. der o. a. Unvereinbarkeits-Schluss zwischen dem PCA und einer ganzheitlichen Position keineswegs zwingend – ganz abgesehen davon, dass m. E. ein wohl verstandener Anthropozentrismus, der menschliche Anliegen zum Maßstab macht, gerade heute nicht gegen Ganzheitlichkeit ausgespielt werden kann. Zunehmend wird doch deutlich, dass die Lebensgrundlagen und Lebensprozesse des Menschen in seinen Umgang mit der Natur eingebettet sind.

Kommen wir nun zur modernen Systemtheorie, so sehe ich deren Bedeutsamkeit darin (und so verstehe ich auch Rogers' großes Interesse an den sich damals abzeichnenden Entwicklungen), dass hier durch die Naturwissenschaften gerade jene Prinzipien betont werden, für welche der PCA in Überwindung des mechanistisch-reduktionistischen Weltbildes des 19. Jahrhunderts angetreten ist. Gegenwärtige Systemtheorie und der entsprechende interdisziplinäre Diskurs vertreten eben gerade eine nicht-reduktionistische, nicht-mechanistische, nicht auf Kontrollideologie und lokal-kausaler Intervention beruhende Konzeption. Und ich verstehe nicht, wie Finke dies in der von ihm zitierten Literatur entgangen ist und er deren zentrale Anliegen ins Gegenteil verkehrt. Wenn Finke immer wieder Systemtheorie und sein Weltbild aus dem 19. Jahrhundert zu „der Naturwissenschaft“ zusammenmengt, hätte er sich bereits bei Rogers (oder in Kriz 1999) darüber informieren können, dass er einer völligen Fehlinterpretation gerade dieser neueren Entwicklungen aufsitzt. Im Kern argumentiert Finke so gegen seine eigenen Missverständnisse (woher diese auch immer rühren mögen).

Bedeutsam scheint die Frage, ob wir Modelle aus den Naturwissenschaften brauchen. Aber auch diese Frage ist nur bedingt angemessen gestellt: Nach rund 350 Jahren klassisch-abendländischer Wissenschaft und ihrer Technologie ist unsere Alltagssprache nämlich immer noch voll mit Wörtern und Konzepten dieses alten mechanistischen Weltbildes. Diese Konzepte begründen (oder fördern) leider oft die leidvolle Weise, in der Patienten ihre Beziehungen zu sich selbst, zu anderen Menschen und zur Welt verstehen und gestalten. Und auch die Geschichten und Rekonstruktionen von Therapeuten sind durch diese Alltagssprache voll von solchen Metaphern – und sie sind z. B. auch im Beitrag von Finke nachzuweisen (s. u.). Es geht somit nicht darum, ob wir naturwissenschaftliche Konzepte brauchen, um Lebens- und Erlebensprozesse der Menschen zu verstehen. Sondern es geht darum, die Fülle *vorhandener*, *lebensinadäquater*, mechanistischer und reduktionistischer Konzepte, welche die Lebenswelten unserer Klienten, gesellschaftliches Handeln und ihre Diskurse sowie auch die Beschreibungen humanistischer Therapeuten oft durchziehen, zunächst einmal durch angemessenere Konzepte und Metaphern zu ersetzen.

Finke missversteht zudem völlig, dass „systemisch“ keine *ontologische* Kategorie ist, die einen bestimmten Realitätsbereich beschreibt, sondern eine *epistemologische* Kategorie, also eine bestimmte Betrachtungsweise – und eine, die m. E. dem PCA sehr angemessen ist. Seine Aussage, z. B.: „sofern diese Modelle nur physikalisch-chemische oder biologische Prozesse beschreiben, sind sie naturalistisch“, ist daher zwar durchaus richtig, aber geht (wie viele ähnliche Stellen) völlig ins Leere: So geht es eben etwa bei „Kriz 1999“ mit den „Sinn-Attraktoren“, also der Frage und Rekonstruktion, wie sich komplexe Sinnzusammenhänge oft leidvoll verdichten und unveränderlich werden, sicher nicht um „physikalisch-chemische oder biologische Prozesse“!

Gerade die Naturwissenschaft des 20. Jahrhunderts hat (schon vor der Systemtheorie) längst die ontologisierende Anmaßung aufgegeben, zu wissen, wie die Welt „wirklich ist“ oder „wirklich funktioniert“. Prägnant hat dies Werner Heisenberg bereits 1955 auf einem Philosophenkongress so ausgedrückt: „Wenn von einem Naturbild der exakten Naturwissenschaften in unserer Zeit gesprochen werden kann, so handelt es sich eigentlich nicht mehr um ein Bild der Natur, sondern um ein Bild unserer Beziehung zur Natur.“ Es geht somit auch in den Naturwissenschaften darum, dass *Menschen in Beziehung zur Welt* treten. Diese menschliche Beziehungswelt fokussiert in den Naturwissenschaften primär auf Aspekte der Materie, in den Humanwissenschaften primär auf Aspekte des Lebens, der Psyche und der Kultur. Allerdings ist dieses Verständnis der *Welt-Begegnung* nach 350 Jahren abendländischer Wissenschaft mit dem Programm der *Welt-Kontrolle, -Beherrschung* und *designhaften Veränderung* noch keineswegs Basis für die gängigen Metaphern der Alltagswelt und auch der *Mainstream-Wissenschaft*. Diese klassische Haltung zur Welt durchzieht aber Teile der Naturwissenschaft genauso wie der Humanwissenschaft und der Alltagswelt. Daher halte ich die Dichotomie „Kultur vs. Natur“ für eine Einordnung des PCA für weit weniger klärend, als die Unterscheidung in eine Haltung der Weltbegegnung, die u. a. inhärenten Strukturen und Eigenwertigkeiten des Gegenüber (be-)achtet, und eine Haltung, welche vor allem auf Beherrschung und Kontrolle aus ist. Beide Haltungen finden wir jeweils sowohl in den Natur- als auch in den Kultur- und Humanwissenschaften. Und ich verstehe das Anliegen der Humanistischen Psychologie und des PCA so, dass sie nicht gegen die Naturwissenschaft angetreten ist, sondern gegen diese Kontroll- und Machbarkeitsideologie, welche Naturwissenschaft und Humanwissenschaft durchzog und durchzieht. Und dem eben erteilt auch die Systemtheorie eine deutliche Absage.

Ich zweifle nicht, dass Finke sich zu einer humanistischen Position bekennt. Aber indem er eben nicht bereit ist, den durch die Systemtheorie forcierten Verständnisswandel moderner Naturwissenschaft nachzuvollziehen (aber auch nicht so konsequent phänomenologisch bleibt, wie es Autoren wie Peter Schmid in Wien beispielsweise versuchen; vgl. Schmid 1994), fällt es ihm schwer, sich aus den verdinglichenden, ontologisierenden, mechanistischen Metaphern zu lösen, die unsere gesellschaftlichen Denkwelten immer noch durchziehen.

Für mich ist es daher nicht nur nicht systemisch, sondern eben auch für Grundhaltung des PCA problematisch, wenn Finke etwa von „Blockierungen“ spricht (also eine lokal-kausale Metapher verwendet statt des Verständnisses von einem spezifischen aktualisierten Muster oder Attraktor), oder von „Bewältigungstechnik“: So transportiert doch z. B. „Bewältigung“ die Vorstellung, dass etwas „fremd“ Verursachtes hingenommen (und bewältigt, also repariert, kompensiert, gestützt etc.) werden muss. Während die systemische Vorstellung einer spezifischen dynamischen Struktur für deren Gewordenheit und Bedeutung im Gesamtzusammenhang

sensibilisiert und somit Verstehensprozesse fördert. Ebenso legt etwa das klassische Konzept von „Zielen“ Aspekte von Planbarkeit, Kontrolle, richtig-falsch-Bewertungen etc. nahe. Das systemische Äquivalent von teleologisch-imaginativer Prozessstruktur hingegen betont eher, dass das zu Erreichende oft erst auf dem Weg selbst Konturen gewinnt, und dass kreative Lösungen sich gerade erst aus der Vagheit und Unschärfe ergeben und durch fixierte Zielvorstellungen vielleicht eher behindert werden.

Wenn wir – bei aller hier gebotenen Kürze – also durch eine systemische Perspektive ein Verständnis für ganzheitliche Prozesse, für Entwicklungssprünge, für nicht-kausale Intervention, für Geschichtlichkeit etc. fördern und eher Reparatur-, Kontroll- und Planbarkeitsvorstellungen kritisch gegenüber werden, so wäre das für die Weiterentwicklung des PCA sicher nicht schlecht. Und wenn wir damit am interdisziplinären wissenschaftlichen Diskurs teilneh-

men, so werden Menschen mit ihre Deutungs- und Verstehensprozessen deswegen keineswegs mit „Flüssigkeiten“ oder „pflanzenhafter Entfaltung“ gleichgesetzt oder verwechselt, es sei denn, man denkt selbst unzulässig reduktionistisch. Eine Verketzerung moderner naturwissenschaftlicher bzw. systemischer Konzepte vermag m. E. jedenfalls keinen Humanismus zu begründen, sondern steht in Gefahr, stillschweigend und unterschwellig die gängigen mechanistischen Metaphern weiter zu transportieren. Das aber genau wollte der PCA nicht.

Prof. Dr. Jürgen Kriz

Derzeit: Institut für Psychologie der Universität Wien

Liebiggasse 5, A-1010 Wien

E-Mail: juergen.kriz@univie.ac.at

Jochen Eckert

„Entweder – Oder“ oder „Sowohl – Als auch“ oder „Weder – Noch“, sondern nur Pappkameraden?

Zunächst möchte ich auf meine besondere Situation hinweisen: Ich bin von der Redaktion der Zeitschrift zu einer Stellungnahme zu dem Aufsatz von Jobst Finke und der Replik von Jürgen Kriz gebeten worden. Da mir also beide Beiträge vorliegen, komme ich in die Position – zumindest gegenüber diesen Personen – das „letzte Wort zu haben“. Ich sitze am längeren Hebel. Auch besteht die Gefahr, dass ich mich mit einem von beiden gegen den anderen verbünde, denn sie beziehen kontroverse Positionen. Wenn ich mich zu einer dieser Positionen bekenne, ist Streit vermutlich vorprogrammiert.

Wenn ich mich dennoch verpflichtet fühle, diesem nicht aus dem Wege zu gehen, dann hat das mit den überzeugenden Ausführungen von Hans Swildens (2002) zu tun, der eine wesentliche Bremse in der Weiterentwicklung des klientenzentrierten Konzepts darin sieht, dass theoretische Auseinandersetzungen vermieden worden sind, auch wenn unterschiedliche Positionen vertreten worden sind: „Differences of opinion within the context of the humanistic-person-centered view of human beings should be resolved peacefully and without dispute. This way of dealing with conflicts points to a problem at the paradigm level. The paradigm itself blocks progress because it makes conflict impossible“ (ebd. 126). Ich sehe das allerdings noch etwas pessimistischer: Meinungsunterschiede sind in der Regel nicht „peaceful“ gelöst, sondern durch Ignorieren und Verleugnen ausgeschwiegen und damit auch ausgesessen worden. Eine rühmliche Ausnahme stellt in jüngster Zeit allerdings das Buch „Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie“ dar (Keil/Stumm 2002), das die verschiedenen Entwicklung einander

gegenüberstellt und auch Hinweise auf undiskutierte Konzeptveränderungen nicht scheut, z. B. bei dem von Speierer benutzten Inkongruenzbegriff (Speierer 2002, 19).

Studierende der Psychologie, die das Lehrbuch Klinische Psychologie von Davison/Neal (1996) zum Lernen heranziehen, werden gleich zu Beginn darüber aufgeklärt, dass die Geschichte der Psychologie geprägt ist von Kontroversen über das richtige Erklärungsmodell. So wurde viel Energie in die Frage gesteckt, ob psychische Krankheiten besser somatogenetisch oder psychogenetisch zu erklären seien. Spätestens seit Kuhn weiß man, dass die Frage, welche die richtige und welche die falsche Theorie ist, falsch gestellt ist. Kuhn (1962) erklärt die Existenz unterschiedlicher Erklärungsmodelle für ein und dasselbe Phänomen als Ausdruck der Existenz unterschiedlicher Paradigmen. Ein Paradigma ist ein konzeptueller Rahmen, auf den sich Wissenschaftler geeinigt haben. Dieser Rahmen wird auf ein bestimmtes Universum von wissenschaftlichen Fragestellungen angelegt, wobei sowohl die Methoden festgelegt sind, mit denen diese Fragestellungen untersucht werden, als auch die Regeln zur Interpretation der erhobenen Daten. So lernen Psychologiestudierende, dass es in der Klinischen Psychologie mindesten fünf verschiedene Paradigmen gibt, die denselben Sachverhalt, z. B. die Entstehung einer Depression, ganz unterschiedlich erklären.

Als fortschrittliche Modelle gelten solche, die verschiedene Sichtweisen zusammenführen, wie das Diathese-Stress-Modell, oder andere sog. bio-psycho-soziale Modelle.

Fazit: Die Entscheidung für den einen oder den anderen Erklärungsansatz im Sinne eines „Entweder-Oder“ gilt in der Psychologie seit langem als überwunden.

Finke glaubt nun eine „aktuelle Naturalismus-Kulturalismus-Kontroverse“ ausmachen zu können, die es notwendig mache, dass sich die Personzentrierte Psychotherapie positioniere – und das natürlich auf der richtigen Seite. Die beiden Quellen, auf die er sich beruft (Röska-Hardy 2002; Wingert/Kettner 2002), sind zwei Beiträge in einem Jahrbuch eines kulturwissenschaftlichen Instituts in Nordrheinwestfalen.

Ich kann nicht erkennen, wo in der Psychotherapie diese Kontroverse geführt wird und von wem. Zu erkennen ist, dass das sehr alte Hirn-Seele-Problem durch die Fortschritte in der Neuropsychologie erneut an Aktualität gewonnen hat. In dem sehr lesenswerten Buch des Psychoanalytikers Fritz Deneke (1999) „Psychische Struktur und Gehirn. Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten“ findet sich die Feststellung: „Von einer Lösung des Hirn-Seele-Problems und einer Antwort auf die zentrale Frage ‚Wie ist das Erleben mit seinen subjektiven Qualitäten neuropsychologisch erklärbar?‘ sind wir nach wie vor weit entfernt“ (ebd. 122).

Das Dilemma, das bei dem Versuch entsteht, die Frage zu entscheiden, ob eine dualistische oder eine monistische Weltauffassung richtiger sei, demonstriert Deneke am sog. Bieri-Trilemma, das aus folgenden drei Basissätzen besteht.

1. Mentale Probleme sind nichtphysische Phänomene.
2. Mentale Phänomene sind im Bereich physischer Phänomene kausal wirksam.
3. Der Bereich physischer Phänomene ist kausal geschlossen.

Obwohl man auch als Anhänger des klientenzentrierten Konzepts allen drei Aussagen spontan zustimmen könnte, beweist Bieri, dass nicht alle drei Aussagen zugleich richtig sein können. Warum das so ist, kann man bei Deneke (ebd. 116 ff) nachlesen.

Es erhebt sich also die Frage, warum Carl Rogers und wir in eine Kontroverse hineingezogen werden sollen, die es m. W. in der von Finke vorgestellten Form in der Psychotherapieszene nicht gibt. Das Gegenteil scheint der Fall zu sein: Die Befunde der hirnhysiologischen Forschung weisen neue Wege in der Psychotherapie auf, z. B. für die Traumatherapie (Sachsse 2003), und sie werden „nicht nur aufgenommen, sondern geradezu aufgesogen“ (Berner/Sachsse 2003, 3)

Oder hat Finke einen Pappkameraden bemüht? Zur Erinnerung: Ein Pappkamerad ist eine Figur, die in Ermangelung oder statt eines wirklichen Feindes aufgestellt wird und die dann als Feind gehalten muss. Ein Feind scheint die Systemtheorie zu sein bzw. die Personen, die die Systemtheorie in das Klientenzentrierte Konzept eingeschmuggelt und dabei die Unverträglichkeit der Systemtheorie mit dem humanistischen Ansatz übersehen haben, da doch systemtheoretischen Ansätze, so Finke, „generell dazu tendieren, das System ‚Individuum‘ apersonal und subjektlos zu konzipieren“.

Kriz hat in seiner Antwort auf Finkes Ausführungen darauf verwiesen, dass es sich bei dieser Auffassung von Systemtheorie ebenfalls um einen Pappkameraden handele, der mit dem, was Systemtheorie ist und an Erklärungswert bietet, nicht viel zu tun hat.

Dem habe ich nichts hinzuzufügen.

Univ. Prof. Dr. Jochen Eckert
Loehrsweg 1, D-20249 Hamburg
E-Mail: jeckert@uni-hamburg.de

Günter Zurhorst

Personzentrierter Ansatz und Neuro-Phänomenologie

Eine kurze Replik auf den Beitrag von Jobst Finke

*„Hinter deinen Gedanken und
Gefühlen steht ein mächtiger
Gebieter, ein unbekannter Weiser –
der heißt Selbst.
In deinem Leibe wohnt er, dein Leib ist er“.*
(Friedrich Nietzsche)

Jobst Finke thematisiert in seinem Beitrag eine zentrale Problematik, die aktuell auch für die Psychotherapie von großer Bedeutung ist und mittlerweile auf allen Psychotherapie-Kongressen der unterschiedlichen Verfahrensrichtungen diskutiert wird: Wie ist das

Verhältnis von körperlichen, psychischen und sozialen Vorgängen und Prozessen bei psychischen Leidenszuständen genauer zu verstehen? Und da sich die Biologie selbst zur „Leitwissenschaft“ des 21. Jahrhunderts erklärt hat und die Neurowissenschaften allgemein auf dem universitären Vormarsch sind, ist die Psychotherapie insgesamt alarmiert und herausgefordert, sich mit den neuen Erkenntnissen der Hirnforschung auseinanderzusetzen. Denn in der Zuspitzung z. B. eines Wolf Singer wird nichts weniger behauptet, als dass das gesamte psychische Geschehen durch biochemische und molekularbiologische Vorgänge – demnächst – erklärbar ist. Gegen diesen reduktionistischen „Naturalismus“ führt

Finke die Essentials der Humanistischen Psychologie (Werte, Sinn, Kreativität, Selbstverwirklichung) und ihre Verankerung in phänomenologischer und existentialistischer Philosophie ins Feld. Doch räumt er ein, dass bei Rogers selbst sich einige biologische Elemente nachweisen lassen, die mit der Grundannahme der Aktualisierungstendenz verbunden sind. Zu Recht weist er hier auf den untergründigen Vitalismus/Neo-Vitalismus mit seiner gewiss problematischen organistischen Ganzheitslehre hin, auf die sich Rogers intensiv bezogen hat. Jedoch möchte Finke diese Versatzstücke lebensphilosophischer Positionen einerseits für seine „kulturwissenschaftliche Grundthese“ retten, indem er sie in starke Opposition zu allen „mechanistischen Erklärungsversuchen“ der andrängenden Neurowissenschaften zu bringen sucht. Andererseits kritisiert er diese organistischen Ganzheitsvorstellungen jedoch als gegen humanistische Grundauffassungen gerichtet, da sie die Bedeutung der Person und des Subjektes negieren. Bloß: Wenn der Rogers'schen Aktualisierungstendenz der organistische Zahn gezogen wird, was bleibt dann an Naturhaftem noch übrig? Finke kann dann schließlich nur noch die „Selbstheilungskraft“ des Menschen beschwören und diese nur in Form einer dünnen und blutleeren existentialistischen Ethik ins Spiel bringen. Doch das ist entschieden zu wenig und unterläuft die aktuellen Auseinandersetzungen um die Neurowissenschaften durch altbekannte abstrakte Gegenpositionen von Natur hier, Kultur dort.

Was könnte hier weiterhelfen, wie könnte ein dem Personenzentrierten Ansatz gemäßer Begriff von Natur aussehen, der die mit rassistischen Konnotationen einhergehenden organistischen Ganzheitskonzepte vermeidet? (Zur Erinnerung: Das Konzept des Holismus stammt von dem südafrikanischen General Smuts!)

Mein Vorschlag wäre, die Phänomenologie der „Leiblichkeit“ (im Unterschied zur „Körperlichkeit“) stark zu machen, wie sie z. B. von Bernhard Waldenfels („leibliches Selbst“) und auch von einigen Neurowissenschaftlern selbst ins Spiel gebracht worden ist.

Dazu ein paar kurze Ausführungen!

Bezüglich des Zusammenhangs von körperlichen, psychischen und sozialen Prozessen ist es außerordentlich interessant zu sehen, dass sich zurzeit in den Kognitionswissenschaften ein bedeutsamer Paradigmenwechsel von einer repräsentationalen und computationalen Theorie des Geistes zu einem neurobiologischen Wahrnehmungsparadigma vollzieht, das sich wesentlich auf phänomenologische Erkenntnisse (vor allem von Merleau-Ponty) stützt. Menschliche Gehirne funktionieren eben nicht wie serielle Rechenmaschinen, und auch das konnektionistische Paradigma, demzufolge die Verarbeitungsvorgänge im Gehirn als ein Vorgang der Selbstorganisation in neuronalen Netzen – und dies z. T. nach gestaltpsychologischen Grundannahmen – stattfinden, reicht noch nicht aus, um die traditionell vorherrschende atomistisch-reduktionistische Ontologie zu überwinden. Die Mediziner und Hirnforscher Engel und König sind der Überzeugung, dass eine neue Grundlage erforderlich ist: „Wir stützen uns hierbei unter anderem auf die phänomenologisch-

hermeneutische Tradition, da wir (ohne einer nostalgisch gefärbten Rückkehr zu klassischen philosophischen Positionen das Wort reden zu wollen) der Meinung sind, dass sich hier heuristisch wertvolle Intuitionen herauslösen und für die Kognitionswissenschaften nutzbar machen lassen“ (Engel/König 1998, 173).

Ihren alternativen Theorie-Entwurf nennen sie „Neuro-Phänomenologie“: „Aus den ... anti-reduktionistischen Argumenten ergibt sich die Vermutung, dass die neurobiologische Beschreibung allein nicht zur Erfassung kognitiver Prozesse ausreicht. Um zu einer angemessenen Wahrnehmungstheorie beizutragen, muss die neurobiologische Beschreibung [...] rückgebunden bleiben an eine überzeugende *Phänomenologie der Kognition*, das heißt an eine Deskription von kognitiven Prozessen auf der Ebene der Handlungen des Gesamtsystems. [...] Dies bedeutet unter anderem, dass hier die Leiblichkeit des kognitiven Subjekts stärkere Berücksichtigung finden muss, da kognitive Prozesse nur ‚leiblich engagierten‘ Subjekten überhaupt zugeschrieben werden können. [...] Eine solche Theorie würde zudem die personale Ebene wieder in den Blick bringen, sie würde Sehen als Handlung einer Person thematisieren, und nicht als elektrische Aktivitätsmuster in einem ihrer Organe“ (Engel/König 1998, 191).

Die beiden Autoren führen im Einzelnen aus, wie die Grundlinien ihrer „Neuro-Phänomenologie“ aussehen: Abkehr von bloß „weltabbildenden“ hin zu „handlungsbezogenen“ Kognitionen; Einführung des Begriffs der „Situiertheit“, demzufolge das wahrnehmende Subjekt der Situation nicht bloß gegenübersteht, sondern selbst integraler Bestandteil der Situation (also „situier“) ist; Einführung einer ‚holistischen Hirntheorie‘, derzufolge Leistungen einzelner Sinnessysteme immer nur mit Bezug auf den Kontext des Systemganzen adäquat beschrieben werden können etc. Dem „Neuro-Chauvinismus“ eines Crick und Koch von 1990 („... we believe that the problem of consciousness can, in the long run, be solved only by explanations at the neural level“) wird hier also eine konstruktive Ablehnung erteilt.

Was meint nun die Rede vom „leiblichen Selbst“? Unter anderem im Ausgang von Nietzsches „Philosophie des Leibes“ (Zarathustra), der zufolge hinter unseren Gedanken und Gefühlen ein mächtiger Gebieter und unbekannter Weiser steht: nämlich das Selbst, das in unserem Leibe lebt bzw. *unser Leib selbst ist*, hat die Phänomenologie versucht, Strukturen und Bedeutung des Leibseins diesseits aller wissenschaftlichen Zurichtungen herauszufinden. Der Ausgangspunkt befindet sich dabei jenseits aller psychophysiologischen, cartesianischen Dualismen von Natur und Geist, Körper und Seele, Außen und Innen, Körper und Bewusstsein etc. „Mein Leib ist der Gesichtspunkt aller Gesichtspunkte“: er ist permanent da; er ist von sich aus auf sich selbst in prä-reflexiver Weise zurück bezogen (*Sich-Empfinden*, *Sich-Bewegen* etc.); er ist affektiv („Schmerz wählt man nicht, sondern macht sich selber bemerkbar“); er ist geschlechtlich und sozial auf andere bezogen, kurz: jede gegenständliche Leibauffassung (Leib als „Körper“) setzt einen präreflexiven

fungierenden Leib voraus: „Das leibliche Da bedeutet eine Vorgegebenheit von Welt, Selbst und Anderen, hinter die wir nicht zurückkönnen, und fernerhin ist diese Vorgegebenheit kein bloßes factum brutum, gegen das unsere Sinnentwürfe anrennen, vielmehr heben die Prozesse der Sinnbildung selber an mit einer leiblichen Spontaneität und schlagen sich nieder in leiblichen Gewohnheiten“ (Waldenfels 1980, 17).

Diese kurz skizzierte These vom „leiblichen Selbst“ könnte vielleicht der entscheidende Vermittler zwischen „Natur“ und „Kultur“

auf humanspezifischem Niveau sein. Es könnte sich daher lohnen, diesen Begriff für den Personenzentrierten Ansatz differenziert auszuarbeiten.

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst

Birkbuschstr. 16

D-12167 Berlin

E-Mail: zurhorst@htwm.de

Christian Fehringer

Replik auf den Beitrag von Jobst Finke „Das Menschenbild des Personenzentrierten Ansatzes zwischen Humanismus und Naturalismus“

Finkes Befürchtung, der flüchtige Leser könne von systemtheoretischen Konzepten und Theorien zur Selbstorganisation eine Bestätigung des Modells der Aktualisierungstendenz ableiten, kann ich nachvollziehen. Dass Finke sich dabei aber selber als flüchtiger Leser der Systemtheorie erweist, er Äpfel (Ontologie) und Birnen (Epistemologie) vergleicht, dient seinem Anliegen nicht. Die Schwierigkeit bei Finkes Artikel sehe ich darin, dass er hochkomplexe wissenschaftstheoretische Phänomene als Argumentationsfiguren in bestimmte Kategorien einbettet und sie als dem PCA passend, ein bisschen passend, oder als inkompatibel kategorisiert.

Die Geschichte vom erhabenen Wesen „Mensch“ ist abhandeln gekommen. Weder seine „Gottesebenbildlichkeit“ noch seine Vernunft scheinen zu überzeugen. Dass die humanistische Anthropologie der europäischen Tradition an eine ontologische Metaphysik gebunden war, wird heute niemand mehr bestreiten. In dieser Tradition wurde die Frage nach dem Wesen des Menschen gestellt, oder was der Mensch an sich selbst sei. Der Beschreibung des Menschseins wurde eine konkrete Unterscheidung zugrunde gelegt, nämlich die Unterscheidung von Mensch und Tier. Das hatte dann zur Bestimmung des Menschenseins durch Vernunft geführt. Vernunft wurde dabei als Natur des Menschen begriffen, aber Natur kann offensichtlich natürlich oder widernatürlich sein. „Natur“ und „Mensch“ sind beides Begriffe, die in ihrer spezifischen Ausprägung und Akzentuierung keinesfalls apriorischer Natur sind, sondern kontingente Geschöpfe eines bestimmten Geistes und realgeschichtlichen Kontextes. Wenn es z. B. in der Antike heißt, etwas sei nicht natürlich, dann wird darunter verstanden, dass es den sozialen Regeln nicht entspricht. Die Natur war entweder die Gesellschaft oder ein ökologisches Ideal, das auf Selbstbeherrschung oder Autarkie abzielte. Damit bin ich beim Thema.

Auf- und Einteilungen sind einer Auseinandersetzung nicht unbedingt förderlich. Jede wissenschaftliche Disziplin wählt ihre Systemreferenz aus. Festzuhalten ist, dass sowohl die Systemtheorie in Verbindung mit konstruktivistischen Konzepten als auch der Personenzentrierte Ansatz eindeutig gegen eine linear-kausale, reduktionistisch-mechanistische Weltanschauung Stellung beziehen. Autopoiese nur als naturalistisches Konzept zu begreifen ist kurzsichtig, und dieses Konzept gegen Kultur und Sinn auszuspielen, dient der Sache nicht. Die Anliegen der Systemtheorie liegen genau in dem Bereich, den Finke kritisiert: nämlich ontologisierende Begrifflichkeiten zu überwinden und einen Diskurs zu fördern, der „Wahrheiten“ in ihrer Kontextualität zu begreifen und zu relativieren versucht. Systemtheorie ist ein wissenschaftliches Beobachtungsprogramm. Es macht Sinn, personenzentrierte Konzepte unter dieser oder jener Perspektive zu betrachten und zu fragen, welche Motivationslagen für wen, wann und auch wofür wichtig sind. Das wäre eine personenzentrierte, wie auch systemtheoretisch/ konstruktivistische Form der Fragestellung, die berücksichtigt, dass der Konstruktivismus keine Anthropologie, sondern eine Epistemologie ist. Die wichtigsten Fragen der Systemtheorie sind nicht, was wird beobachtet, sondern wer beobachtet und warum so und nicht anders. Denken in Gewissheiten oder gar Absolutheiten wird außer in religiösen Glaubenssystemen nirgendwo mehr reklamiert oder praktiziert. Zudem existiert eine Vielzahl verschiedener Varianten des Konstruktivismus. Die Unterschiede sind teilweise enorm und entstehen aus den unterschiedlichen Forschungsgegenständen und Erkenntnisinteressen, aus der Positionierung zur Außenwelt, der Interpretation der Erreichbarkeit der Außenwelt (Ontologie) und schließlich daraus, wie viel Außenwelt ihre Vertreter gewillt sind, an den internen Operationen des Bewusstseins mitwirken zu lassen.

Finke bezieht sich in seinem Artikel auf Maturanas Autopoiese-konzept (vgl. Maturana 1982) und auf Luhmann (z. B. 1994), der diese biologische Perspektive in der Soziologie formuliert. Luhmann argumentiert, dass das Konzept der Autopoiese nicht auf die Biologie beschränkt werden sollte. Die Herausforderung dieser Theorie liegt für unser Metier darin, dass Luhmann den Mensch als Wechselwirkungsfaktor sieht und auch sehr stringent argumentiert, weshalb er den Schritt in die Apersonalität und Subjektlosigkeit unternimmt. Diese Debatte zwischen einem biologischen und einem soziologischen Ansatz prägt in sehr hohem Ausmaß den systemtheoretischen Diskurs, hat in der aktuellen Standesphilosophie, im Gegensatz zur Naturalismus-Kulturalismus Kontroverse, größte Aufmerksamkeit, und es ist aus personenzentrierter Sicht fatal, diesen Diskurs auf die Frage zu reduzieren, ob „unsere“ Theorie Modelle aus den Naturwissenschaften braucht oder nicht. Passender wäre zu überlegen, ob es möglich ist, bestehende personenzentrierte Konzepte durch angemessenere und förderlichere Narrative / Metaphern weiterzuentwickeln. Von Interesse wäre, wie förderlich es ist, Anteile einer humanistischen Emphase zu kürzen und dem Begriff der Kontingenz auch in unserem Metier Aufmerksamkeit zuteil werden zu lassen.

Theorie galt für Rogers immer eher als beifälliges intellektuelles Resultat jahrelanger empirischer Arbeit mit Klienten. Seine „Philosophie“ ist geleitet von den konkreten Erfordernissen einer auf Persönlichkeitsentwicklung ausgerichteten Therapie, auf deren Erfolg allein die Theorie zielt. Das – beharrende – Zugrundelegen eines bestimmten Menschenbildes („ganzheitlich“, „personenzentriert“, „humanistisch“ etc.) ist keinesfalls schon per se affin zur Philosophie, und ist auch etwas dürftig. Seit dem Beginn ihrer Geschichte fragt die Philosophie nach den Grundannahmen, wieso gerade dieses und nicht ein anderes Bild des Menschen zu bevorzugen ist. Sie hat dabei zugleich ein zunehmend ausdifferenziertes begriffliches Repertoire für ihre Versuche entwickelt, diese Voraussetzungen zu beschreiben und vor allem zu begründen. Spätere Versionen ihres Tuns gehen darauf, Begründungen zu begründen, und lassen so ihr ausschließlich textimmanentes Verfahren transparent werden. In ihren ständig sich wandelnden Konzepten von „Begründungen“ ist dann ein bestimmter, historisch zu einem gegebenen Zeitpunkt jeweils „befriedigender“ Reflexionsstand zum Ausdruck gebracht. Konkurrierende Menschenbilder werden auf dieser Basis diskutiert und begrifflich weiterentwickelt und ausdifferenziert. Dies trifft auf personenzentrierte Theorie, aus philosophischer Sicht, nicht zu. Diese Tatsache spricht an sich nicht gegen personenzentrierte Theorie, darf aber nicht zur – philosophischen – Sackgasse werden. Rogers selbst bezeichnet sein Denken als eine hausgemachte Abart existenzialistischer Philosophie. (Rogers 1977, 192) Meint Finke dazu, dass Rogers einmal so oder so denkt?

Für eine Systemtheorie Luhmannscher Prägung ist die Universale „Mensch“ und damit auch jegliches Menschenbild unter den Bedingungen der Moderne gesellschaftlich funktionslos geworden, da sie fälschlicherweise suggeriert, es gäbe eine gemeinsame onto-

logische Basis, die von allen Menschen gleichsinnig und gleichermaßen eingesehen werden könnte, eben den „Mensch“. Aber das Signum der Moderne ist die doppelte Kontingenz. Statt Ontologie also radikale Relativität, negativ formuliert Orientierungslosigkeit, die nur scheinbar, bloß rhetorisch, durch die Universale „Mensch“ kompensatorisch überwunden werden kann. Daher sollte man sie fallen lassen, lautet Luhmanns Argument. Luhmann argumentiert als Soziologe, hat daher auch kein Problem damit, Menschen als Wechselwirkungsfaktoren zu begreifen, um in seiner Theorie stringent arbeiten zu können. Diese Perspektive ist für unseren Bereich so nicht anzuwenden; das soll auch nicht das Anliegen sein. Jegliche Alltagspraxis, therapeutische Alltagspraxis, Kommunikation und die Gesellschaft selbst, die ja systemtheoretisch mit doppelter Kontingenz gleichzusetzen ist, scheint ohne eine solche Universale – den Menschen als sicheren Wert – durch eben diese doppelten Kontingenzen in ihrer Funktion gefährdet, da sie sich auf keine Sicherheiten mehr berufen könnte, die bei ihrem erfolgreichen Ablauf jedoch immer vorauszusetzen ist.

Fürchtet Finke, dass Selbstorganisation, wenn man sie nicht in eine „gute“ Aktualisierungstendenz einbindet, ungerichtet ist, „wild“ werden kann? Dass selbstorganisierte Systeme nur ein einziges Ziel kennen – sich zu erhalten; fern von jeglicher „Wachstumstendenz“. Beim personenzentrierten Axiom der Aktualisierungstendenz erwachen Reminiszenzen an die ontologisch-metaphysische Gedankenwelt der Antike. Natur wie Mensch werden bei Aristoteles nach der Metapher des Organismus erklärt, gemäß der sich alles Leben auto-teleologisch („entelechiā“) auf den Vollsinn seines Seins hin entwickelt – wenn nichts „dazwischenkommt“. Dieser (Neo-)Vitalismus leitet aus seinem Bewusstsein Begriffe wie Totalität und Finalität ab, verstanden als substantielle Form und als schöpferische Kraft, als geistige Energie. Da diese Begriffe gegeben erscheinen, wird kein Versuch unternommen, sie einer epistemologischen Kritik zu unterziehen. Die personenzentrierte Idee, so scheint es, hat ihre Theorie der Aktualisierungstendenz mit einem normativen Index („wahr“) versehen und kommt so ungewollt in die Nähe einer – anthropozentrischen – Metaphysik, als Vorschrift für die Richtung der Sinnsuche im Namen eines einzigen, wahren Sinns, einer gerichteten Kraft. Habermas (1981, 129) schreibt, dass mit Descartes das Subjekt an die Stelle Gottes tritt, was zu einer quasi-religiösen Aufwertung des Menschen führt. Bezieht man diesen Prozess auf die Entwicklung der Metaphysik, so bildet sich mit der Zentrierung der Welt auf den Menschen und seine Vernunft eine spezifisch neuzeitliche Metaphysik heraus. „Was jeweilig innerhalb dieser traditionellen Metaphysik als das zuhöchst Seiende angesetzt wurde, das ist unterschiedlich. Aristoteles bestimmte als zuhöchst Seiendes den Gott, die moderne Metaphysik setzte an die Stelle Gottes den absoluten Geist und schließlich den Menschen. Diese Unterschiede mögen bedeutsam sein, aber ihrer Struktur nach geschieht in ihnen dasselbe: ein Seiendes wird gesucht, das gründend für alles andere ist.“ (Schulz 1957, 49)

Mein Vorwurf an Finke lautet daher, dass er ein „seriöses“, vor-modernes und traditionell-ontologisches Verständnis von Theorie und ihrem Verfahren gegenüber ihrem Gegenstand, besser ihrem Anliegen – dem Menschen – hat. Rogers hat aber im Rahmen seiner Möglichkeiten, als Psychologe und „Nichtphilosoph“, im Laufe der Entwicklung des Ansatzes viele Ideen und Denkstrukturen, die zeitgenössische Philosophen beschäftigen, für seine theoretisierenden Nachfahren nicht nur möglich gemacht, sondern immer wieder ausdrücklich auf die Begrenztheit seiner Theorie hingewiesen.

Die Phänomene und die damit verbundenen Fragestellungen, die Finke beschreibt, sind es wert, diskutiert zu werden. Es ist sinnvoll, zu fragen, in welchem Verhältnis verschiedene Konzepte zueinander stehen können. Es ist nicht sinnvoll Zuordnungen zu treffen, wenn sich Wissenschaftsbereiche auf unterschiedliche Referenzsysteme beziehen und anschließend zu behaupten, das sei nicht kompatibel. Jede Theorie ist eine Theorie beobachtender Systeme. Sie muss daher eine Systemreferenz angeben, und sei es sich selber. Dafür gibt es keine Vorschriften. Die Welt sagt nicht, wie sie es haben will (Luhmann 1994, 52). Es ist dem Personzentrierten Ansatz zu ermöglichen, an der Beobachtung zweiter Ordnung teilzunehmen. Wir können zwar dadurch die Voraussetzungen unseres eigenen Beobachtungsschemas nicht aufheben, wohl aber uns selber dabei beobachten, wie wir andere Funktionssysteme beobachten. Luhmann argumentiert, wenn man der Frage nach dem Beob-

achter einen metaphysischen Primat (Metaphysik aber für welchen Beobachter?) gibt, lösen sich die alten Probleme der Ontologie, des Wahrheitskonsenses auf. Man gewinnt neue Möglichkeiten der Beschreibung des Reichtums der Welt. Die Welt wird zum Rahmen, in dem verschiedene Beobachter dasselbe verschieden unterscheiden können (Luhmann 1994, 53). Er weist deshalb dem Menschen den Platz in der Umwelt des Gesellschaftssystems zu und orte die massive Kritik daran in humanistischen Erblasten. Er stößt aber bei genauer Analyse dieser Tradition auf Denkvorsetzungen, die er heute für unakzeptabel hält. Mit Orientierung an Menschenbildern hat man schlechte Erfahrungen gemacht, und bei seinem Theoriekonzept ist es der Gesellschaft nicht verwehrt, sich „menschlich“ zu entwickeln (ebd. 55). Luhmanns Angriff gegen „den“ Menschen ist ein Angriff gegen einen reduktiven Moralismus als Problemlösungsstrategie unserer Gesellschaft und damit Verkürzung des Problemhorizonts. Der Sinn des Dialogs über dieses Thema ist nicht Mitteilung der „Sache selbst“, sondern Erhellung des je eigenen Selbstverständnisses. Auf dieser Basis ist die Auseinandersetzung zu führen.

Mag. Christian Fehringer

Roten Löwegasse 13/15

A-1090 Wien

E-Mail: christian.fehringer@acw.at

Jobst Finke

Komplexität und Differenz

Antwort auf die Replik von Jürgen Kriz

Die Absicht meines Artikels im vorigen Heft von PERSON war der Versuch einer Auseinandersetzung mit den theoretischen, vor allem anthropologischen Grundlagen des PCA. Mein Anliegen galt dieser sachlichen Klärung und Differenzierung von Begriffen und war nicht als Kampfansage an bestimmte Positionen gemeint. Da es als solche aber offensichtlich von Jürgen Kriz verstanden wurde, will ich mich fragen, was ich zu diesem Missverständnis beigetragen haben könnte.

Ich mag an manchen Stellen meines Artikels etwas überspitzt formuliert haben. In dieser formalen Hinsicht möchte ich der Kritik von Jürgen Kriz nicht widersprechen. Inhaltlich bin ich aber doch über seinen so empört formulierten Widerspruch äußerst überrascht, glaubte ich doch, mit nicht wenigen Argumenten in seinem Sinne zu sprechen. Da ich dies offensichtlich nicht getan habe, kann ich nur versichern, dass ich ihn nicht kränken und seine wissenschaftliche Leistung in keiner Weise in Zweifel ziehen wollte.

Die Zuspitzung mancher meiner Formulierungen haben sich in diesem Falle auch insofern als kontraproduktiv erwiesen, als sie es Jürgen Kriz offensichtlich erschwerten, genau wahrzunehmen und abzuwägen, was ich eigentlich gesagt habe. So muss ich jetzt manche inhaltlichen Entstellungen meines Textes in seiner Replik korrigieren. Übersichtshalber werde ich auf die einzelnen Stichworte des Gesamtthemas getrennt eingehen.

Zu „Systemtheorie“

Jürgen Kriz kritisiert, dass ich die Systemtheorie als „naturalistischen Reduktionismus gebrandmarkt“ hätte. Solches steht in meinem Artikel nicht. Ich habe lediglich geschrieben, dass Systemtheorien dazu neigten, den Menschen subjektlos zu konzipieren. Kriz selbst wirft zumindest der Systemtheorie Luhmanns vor, dass mit deren Ausformulierung des Autopoiese-Konzeptes eine Ausklammerung oder zumindest eine Unterbelichtung personaler Aspekte gegeben sei (Kriz 1999, 111ff, 121). So sieht Kriz die Notwendigkeit, für eine personenzentrierte Systemtheorie erst ausdrücklich

die Berücksichtigung der Person zu fordern (Kriz 1999, 129); jedoch ist darüber hinaus zu fragen, ob bei der systemtheoretisch konzipierten „Person“ auch wirklich humanistische Aspekte des selbstbestimmten, moralischen Subjektes wie Werterleben und verantwortliche Wertentscheidung angemessen ausformuliert werden. Es war ja gerade der Einwand von Habermas gegen Luhmann, das letzterer z. B. auch Werte rein funktionalistisch interpretiere und damit jeden auf Wahrheitsfähigkeit zielenden Begründungsanspruch von Werten aufgeben (Habermas/Luhmann 1971, 142ff).

Bei der Beschreibung der für die Systemtheorie wichtigen Kategorie des Prozesses habe ich bei Kriz eine grundsätzliche Unterscheidung zwischen dem Geschehen eines subjekthaften Erlebens und einem (je nach Ordnungszustand unterschiedlich eindeutig) bedingungsanalytisch erfassbaren, mathematisch formalisierbaren Ablauf in einem biologischen oder technischen System nicht finden können. Da ein Prozess entlang einer Zeitachse verläuft, wird so beim erlebnishaften Geschehen im gleichen Maße die „physikalische“ Zeit zugrundegelegt, wie beim technischen Ablauf. Diese zwar dynamistische, aber eben auch funktionalistische Perspektive sehe ich auch bei Kriz (1999, 137ff), wenn er etwa zur Beschreibung der für die Person so wichtigen Sinn-Kategorie Begriffe der Kybernetik heranzieht und von „Sinnattraktoren“ spricht (was auch eine erhebliche Verengung des Sinn-Verständnisses bedeutet). Durch diesen systemtheoretisch-kybernetischen Blick auf die Person wird zwar nicht schon ein Naturalismus definitiv vorgegeben, doch die Möglichkeit der Einführung eines solchen gebahnt, da die zugrunde liegenden Modellbildungen prinzipiell auch (und oft sogar primär) für biologische wie für technische Systeme gelten sollen.

Ich bitte nun aber inständig darum, zu unterscheiden zwischen einer „Verketzerung der Naturwissenschaft“, wie Kriz sie mir vorwirft, und der Grenzziehung zwischen verschiedenen wissenschaftlichen Sichtweisen. Ich befürworte unter dem Aspekt bestimmter Aufgabenstellungen, wie z. B. störungs- und auch therapietheoretischer Konzeptbildungen, durchaus die partielle Anwendung systemtheoretischer Betrachtungsweisen im PCA und messe diesen eine wichtige heuristische Bedeutung zu. Die Perspektive eines funktionalistischen Zweckrationalismus ist in bestimmter Hinsicht auch für den PCA unumgebar, wenn er wissenschaftlich und „gesundheitspolitisch“ anschlussfähig bleiben will. Der Beitrag der Systemtheorie ist dabei willkommen. Ich bin lediglich gegen eine Verabsolutierung dieser Sichtweise. Dabei verkenne ich keineswegs, wie Kriz mir unterstellt, dass für ihn die Systemtheorie eben nur eine Sichtweise, nur eine Methode ist, wobei allerdings hinzuzufügen wäre, dass die jeweilige Sichtweise immer auch ihren Gegenstand mitkonstituiert. Mir ist allerdings unklar, ob Kriz von einem universellen Geltungsanspruch eben dieser systemischen Sichtweise ausgeht, ob er hier die „unity of science-Perspektive“ vertritt, also hier die alle Gegenstandsbereiche erfassende Einheitsmethode gefunden zu haben glaubt. Wenn Kriz etwa an Peter F. Schmid lobend

hervorhebt, dass dieser „konsequent phänomenologisch“ bleibe, so unterschlägt er nicht nur die ausgeprägt personalistische und dialogphilosophische Sichtweise dieses Autors, sondern er scheint auch andeuten zu wollen, dass sich Schmid jeder die Geltung der Systemtheorie begrenzenden methodischen Festlegung enthalte. Denn mit „phänomenologisch“ hat Kriz vermutlich nicht den spezifischen Erkenntnisgang Husserl'scher Prägung gemeint, sondern lediglich die jeder speziellen Methodik entsagende Bescheidung auf ein rein deskriptives und heuristisch unbestimmt bleibendes Vorgehen.

Also, sieht Kriz in der Systemtheorie die alles bestimmende Methode? Immerhin gibt es Äußerungen bei Kriz, die zur Systemtheorie konkurrierende Methoden nicht auszuschließen scheinen. Im Sinne des altehrwürdigen und auch für den PCA gültigen Prinzips der „hermeneutischen Billigkeit“, nach dem ein Text so auszulegen ist, dass dem Geist des Autors am konstruktivsten entsprochen wird, will ich die Äußerungen von Kriz über narrative Konzepte und Systemtheorie (Kriz 1999, 123ff) so lesen, dass auch das systemische Denken nur eine Erzählform unter anderen ist, dass also ein möglicher Geltungsuniversalismus der Systemtheorie von der Narrationstheorie unterlaufen wird. Unter dieser Prämisse bleibt mir allerdings die Empörung von Jürgen Kriz gegenüber meinen Äußerungen umso mehr unverständlich.

Zu „Autopoiesis“

Jürgen Kriz scheint mir zu unterstellen, ich hätte speziell gegen seine Autopoiese-Konzeption argumentiert. Das trifft aber in gar keiner Weise zu.

Jürgen Kriz wirft mir vor, dass ich den Paradigmenwechsel in den modernen Naturwissenschaften, wie er sich gerade am Autopoiese-Konzept zeige, nicht zur Kenntnis nehmen wolle. Obwohl ich doch ausdrücklich die antimechanistischen und antideterministischen Perspektiven dieses Konzeptes erörtert habe. Allerdings habe ich auch von der Einführung naturalistischer Positionen (womit keinesfalls ein ausschließlich mechanistisches Naturverständnis gemeint ist) gesprochen, wenn man die entsprechenden Ausführungen Maturanas unmittelbar zur Begründung eines personenzentrierten Menschenbildes heranzieht. In dieser Hinsicht fühle ich mich durch Kriz selbst bzw. durch seine Zitierweise Maturanas bestätigt. Hier steht nämlich als Zitat Maturanas (Kriz 1999, 84) u. a.: „Menschliches Erkennen ist ein biologisches Phänomen und [...] durch die Struktur des Organismus determiniert“. In diesem Zitat spricht sich mit entwaffnender Prägnanz das aus, was man gemeinhin Biologismus oder Naturalismus nennt, unabhängig davon, ob man in diesen definitorischen Konsens einstimmen will oder nicht. Andererseits hat (ebenfalls nach Kriz 1999, 85, 87) Maturana selbst sein Autopoiese-Konzept zunächst auf die Betrachtung des Lebens in einer Zelle bzw. auch auf mehrzellige Organismen beschränkt sehen wollen und sich gegen eine Übertragung dieser Konzeption auf andere Systeme, etwa auf soziale Systeme, gewehrt. Der Neurobiologe

Maturana selbst würde dann also die Gegenstandsangemessenheit seiner (biologischen) Perspektive sehr wohl beachten und keine (biologische) Grenzüberschreitung begehen wollen. Auch in diesem Punkt verstehe ich also den empörten Protest von Jürgen Kriz auf meine Ausführungen nicht.

Was ich hier sagen wollte, nun noch einmal: Der „klassische“ Humanismus geht von der Unvollständigkeit des natürlichen Menschen aus, der erst durch Selbstbildung und Selbstvervollkommen die Humanitas in sich entwickeln muss. Im Existentialismus Sartres ist der Mensch dadurch bestimmt, dass er sich selbst konzipieren, sich selbst in seinem Wesen erst wählen muss, und Sartre (1965) sieht gerade in dieser Position einen dezidierten Humanismus. Die hier angesprochenen humanspezifischen Vollzüge der Selbstbildung, Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung sollten (auch und vor allem) mit Theorieansätzen beschrieben werden, die primär an diesem Humanspezifischen ausgerichtet sind.

Zu „Ganzheitlichkeit“

Jürgen Kriz unterstellt mir die Behauptung einer Unvereinbarkeit des PCA mit einer ganzheitlichen Position. Davon steht so in meinem Artikel kein Wort. Ich habe vielmehr unterschieden wissen wollen zwischen einer auf die menschliche Person einerseits und den Kosmos andererseits bezogenen Ganzheitlichkeit, also zwischen einer personalen und einer kosmologischen Ganzheitlichkeit. Das Konzept einer personalen Ganzheitlichkeit ist unverzichtbares Merkmal einer humanistischen Position. Das Konzept einer kosmologischen Ganzheitlichkeit, in der der Mensch sich in einer All-Einheit aufgehoben glaubt, ist indes, so schrieb ich, mit humanistischen Auffassungen und, so füge ich jetzt hinzu, streng wissenschaftlichen Positionen nur schwer vereinbar.

Zu „Rogers“

Kriz schreibt, dass der Denkansatz von Rogers „ein komplexes, einmaliges Phänomen“ sei; Rogers denke nicht naturalistisch, sondern einfach „rogerianisch“. Wenn Kriz damit andeuten will, was auch seine weitere Argumentation nahe legt, dass das Denken von Rogers a priori jeder Möglichkeit einer kategorisierenden Zuordnung (zu historisch Bekanntem) enthoben ist, so dass hier jeder Versuch einer ideengeschichtlichen Kontextualisierung scheitern muss, dann käme dies in eine gefährliche Nähe zu den Denkmustern einer antiwissenschaftlichen Heiligenverehrung. Vielleicht wollte Kriz aber auch nur sagen, dass ich den Denkansatz von Rogers falsch verortet habe. Ich bitte ihn dann aber, meine Bewertung vieler Aspekte dieses Ansatzes als ausgesprochen humanistisch nicht zu übersehen. Allerdings vertritt Rogers neben humanistischen Positionen einen Organismus, also die bekannte Konzeption vom Organismus als einem ganzheitlichen System, das nicht nur für das einzelne Individuum, sondern für den ganzen Kosmos bestimmend ist. Ich hatte die ideengeschichtlichen Wurzeln dieses Organismus dargestellt und in diesem Zusammenhang

erörtert, dass hier gerade nicht von einem Naturalismus im Sinne der Naturwissenschaften gesprochen werden kann. Ich sehe allerdings weiterhin die ungelöste Schwierigkeit einer Synthese von Humanismus und organismischen Konzepten, ein Problem, über das ich auch mit Jürgen Kriz gern diskutiert hätte (keinesfalls mit der Erwartung einer Zustimmung in allen Punkten). Aber Kriz hat leider, so verstehe ich ihn, die gesamte Problemstellung eher ärgerlich abgewehrt. Dies bedauere ich, denn zum Unternehmen „Wissenschaft“ sollte es doch auch gehören, die Voraussetzungen und impliziten Vorannahmen des eigenen Ansatzes nicht undurchschaut zu lassen, vielmehr um deren Explikation und Konsistenz bemüht zu sein.

Zu „Humanismus“

Jürgen Kriz bezweifelt, dass „die Humanistische Psychologie mit dem Ziel entstand, irgendetwas aus der Renaissance zu entfalten“ und „als Realisation irgendeiner abstrakten ideengeschichtlichen Kategorie aufzutreten“. Diese Formulierung scheint sagen zu wollen, dass keine inhaltlichen Bezugnahmen der Humanistischen Psychologie auf das bestehen, was nicht nur in der Philosophie fest als Humanismus definiert ist, eine Definition, die in einem engen Zusammenhang mit der Geschichte dieses Begriffes und dieses Denkens steht. Dies wäre in der Tat ein brisanter Befund. Denn er würde den Vorwurf rechtfertigen, dass die Humanistische Psychologie eigentlich einen Etikettenschwindel betreibt oder dass zumindest deren Begründer den Begriff „humanistisch“ der Beliebigkeit willkürlichen Umdeutens anheimgegeben haben. In der Tat gibt es Autoren (etwa Graumann 1980), nach denen die Humanistische Psychologie nicht wirklich humanistisch ist. Ich war bisher der Überzeugung, solchen Ansichten widersprechen zu müssen, da ich bei Rogers, wie in meinem Artikel dargestellt, auch ausgeprägt humanistische Positionen sehe. Mir ist hier daran gelegen, diesen Widerspruch auch angesichts der heutigen Vertreter des PCA aufrechterhalten zu können. Wenn allerdings Jürgen Kriz gegen alle philosophische Tradition und gegen die aktuellen Diskurse in den Human- und Kulturwissenschaften die Dichotomie von Naturalismus und Humanismus als „inadäquat“ ansieht und damit wichtige Unterscheidungen bei der Begründung des personenzentrierten Menschenbildes für entbehrlich hält, dann wäre zu erörtern, unter welchen Prämissen diese Dichotomie vermeintlich aufgehoben ist, und was dann noch der Terminus „humanistisch“ (nicht „human“!), der seinen Gehalt zum nicht geringen Teil seinem Gegenbegriff verdankt, bedeuten soll.

*Prof. Dr. Jobst Finke
Psychiatrische Landes- und Hochschulklinik
Borkhovenallee 171
D-45239 Essen
E-Mail: jobst.finke@uni-essen.de*

Literatur

- Berner, W./Sachsse, U. (2003), Editorial zu Persönlichkeitsstörungen und Körper, in: Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie (PTT) 7, 3
- Davison G. C./Neal J. M. (1996), Klinische Psychologie, Weinheim (Psychologie Verlags Union), 4¹⁹⁹⁶
- Deneke, F.-W. (1999), Psychische Struktur und Gehirn. Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten, Stuttgart (Schattauer)
- Engel, A./König, P. (1998), Das neurobiologische Wahrnehmungsparadigma, in: Gold, P./Engel, A. (Hg.), Der Mensch in der Perspektive der Kognitionswissenschaften, Frankfurt/Main (Suhrkamp), 156–194
- Graumann, C. F. (1980), Psychologie – humanistisch oder human? In: Völker, U. (Hg.), Humanistische Psychologie, Weinheim (Beltz), 39–50
- Habermas, J./Luhmann, N. (1971), Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Habermas, J. (1981), Theorie des kommunikativen Handelns, Bd. 2, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Keil, W. W./Stumm, G. (2002) (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer)
- Kriz, J. (1999), Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner, Wien (Facultas)
- Kuhn, T. S. (1962), The structure of scientific revolutions, Chicago (University of Chicago Press)
- Luhmann, N. (1994), Die Tücke des Subjekts und die Frage nach den Menschen, in: Fuchs, P./Göbel, A. (Hg.), Der Mensch – das Medium der Gesellschaft, Frankfurt/Main (Suhrkamp), 40–56
- Maturana, H. (1982), Erkennen: Die Organisation und Verkörperung der Wirklichkeit. Ausgewählte Arbeiten zur biologischen Epistemologie, Braunschweig (Vieweg)
- Rogers, C. R. (1959a), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (ed.), Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 1959, 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987, 3¹⁹⁹¹
- Rogers, C. R. (1977), Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie, München (Kindler)
- Röska-Hardy, L. (2002), Die Naturalisierung des Geistes, in: Rösen, J. (Hg.), Jahrbuch 2001/2002 des kulturwissenschaftlichen Instituts im Wissenschaftszentrum NRW, Essen (Eigenverlag), 130–150
- Sachsse, U. (2003), Distress-Systeme des Menschen. Persönlichkeitsstörungen, in: Theorie und Therapie (PTT) 7, 4–15
- Sartre, J.-P. (1965), Der Existentialismus ist ein Humanismus, Reinbek (Rowohlt)
- Schmid, P. F. (1994), Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch. Bd. 1: Autonomie und Solidarität, Köln (Edition Humanistische Psychologie)
- Schulz, (1957), Der Gott der neuzeitlichen Metaphysik, Pfullingen
- Speierer, G. W. (2002), Das differenzielle Inkongruenzmodell, in Keil, W. W./Stumm, G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer)
- Swildens, H. (2002), Where did we come from and where are we going? The development of person-centered psychotherapy, in: Person-Centered & Experiential Psychotherapies 1, 111–131
- Waldenfels, B. (1980), Der Spielraum des Verhaltens, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Waldenfels, B. (1991), Der Kranke als Fremder, in: Finke, J./Teusch, L. (Hg.), Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen, Heidelberg (Asanger), 95–123
- Waldenfels, B. (1998), Grenzen der Normalisierung, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Waldenfels, B. (2000), Das leibliche Selbst, Frankfurt/Main (Suhrkamp)
- Wingert, L./Kettner, M. (2002), Was macht eine Lebensform human? In: Rösen, J. (Hg.), Jahrbuch 2001/2002 des kulturwissenschaftlichen Instituts im Wissenschaftszentrum NRW, Essen (Eigenverlag), 339–342

Reinhold Schwab, Jochen Eckert und Diether Höger

Zur Situation der Gesprächspsychotherapie (GPT) in Forschung und Lehre in Deutschland

Zusammenfassung: *Informiert wird über die gegenwärtige Rolle der Klientenzentrierten Psychotherapie in Forschung und Lehre an den deutschen mit Psychologie befassten Universitätsinstituten und -kliniken. Dabei werden neuere Forschungsaktivitäten und -ergebnisse berücksichtigt, ferner wird die Präsenz der GPT in der universitären Lehre und den Lehrbüchern dargestellt. Im Ergebnis zeigt sich: Die derzeitigen Forschungsaktivitäten sind insgesamt als nicht ausreichend zu bezeichnen. Wenn geforscht wird, ist ein Trend zu störungsspezifischer Forschung zu verzeichnen, bei der auch die Wirksamkeit manualgestützter Therapien untersucht wird. In den Lehrinhalten der Universitätsinstitute und den bekannten Lehrbüchern der Klinischen Psychologie ist die GPT vertreten, jedoch im Vergleich zu den beiden anderen großen psychotherapeutischen Paradigmen oft weniger gewichtig. Sorgfältig kontrollierte Forschung zu Prozessen und Effekten der GPT halten wir weiterhin für dringend geboten, zumal anzunehmen ist, dass die vorliegenden älteren Studien nicht mehr vollständig das abbilden, was heutige GPT in der Praxis bedeutet.*

Schlüsselwörter: *Gesprächspsychotherapie in Deutschland, Psychotherapieforschung, Effektivität der Gesprächspsychotherapie, Psychotherapieprozess*

Résumé: *Au sujet de la situation de la psychothérapie centrée sur la personne (PCP) dans le domaine de la recherche et de l'enseignement en Allemagne. Cet article informe sur le rôle actuel de la psychologie centrée sur la personne dans la recherche et l'enseignement dans les instituts et les cliniques universitaires allemands traitant de psychologie. Des activités et des résultats de recherche plus récents y sont pris en compte; la présence de la PCP dans l'enseignement universitaire et dans les manuels d'étude y est en outre décrite. Résultat: les activités de recherche actuelles s'avèrent globalement insuffisantes. Lorsque des recherches sont menées, la tendance est à une recherche spécifique à certains troubles, qui étudie également l'efficacité de thérapies assistées par des manuels. Dans les programmes d'enseignement des instituts universitaires et les manuels connus de la psychologie clinique, la PCP est certes représentée, mais on lui accorde souvent comparativement moins d'importance qu'aux deux autres grands paradigmes psychothérapeutiques. Nous sommes d'avis en outre qu'une recherche soigneusement contrôlée sur les processus et les effets de la PCP s'impose d'urgence, d'autant plus qu'il faut bien admettre que les études plus anciennes existantes ne reflètent plus de manière suffisamment complète ce que la PCP signifie actuellement dans la pratique.*

Mots clés: *Psychothérapie centrée sur la personne en Allemagne, recherche en psychothérapie, efficacité de la psychothérapie centrée sur la personne, processus psychothérapeutique*

Abstract: *About the situation of client-centered therapy in research and teachings in Germany. This article gives an overview of the momentary status of CCT within research and teachings amongst German universitarian psychological departments and hospitals. Considered are latest research projects and findings as well as the status of CCT within students' textbooks. Results: In total the current activities in empirical research are not sufficient, although a tendency towards disorder specified and partly manual based research can be stated. CCT can be found in established textbooks of clinical psychology as well as in the subjects of teachings of universitarian departments, although being less prominent compared to the behavioral and psychodynamic paradigms. Carefully controlled research considering processes and effects of CCT is regarded as furthermore urgently important, since older findings can be considered as non-descriptive of the core of modern CCT.*

Key words: *Client-centered therapy in Germany, psychotherapy research, psychotherapeutic outcomes, psychotherapeutic processes*

1. Einleitung

Gesprächspsychotherapeuten sind zu Recht stolz darauf, eine Psychotherapie zu vertreten, die seit den Zeiten des Gründers dieser Schule, C. R. Rogers, immer großen Wert darauf gelegt hat, die Wirksamkeit und Wirkungsweise des Verfahrens empirisch zu dokumentieren – und der dies auch überzeugend gelungen ist. Bekanntlich hat sich hierzu in Deutschland vor allem Reinhard Tausch mit seiner Hamburger Arbeitsgruppe verdient gemacht. Eine zusammenfassende Darstellung der von ihm angeleiteten Forschung in den Jahren 1969 bis 1974 stammt aus dem Jahre 1976 (Tausch 1976). Über die danach, bis 1992, noch erschienenen wichtigsten empirischen Veröffentlichungen des Teams um Reinhard Tausch kann man sich bei Langer (2001) informieren.

Auch von anderen Forscherinnen und Forschern erschienen seit Anfang der 70er Jahre empirische Arbeiten zur Gesprächspsychotherapie, nicht zuletzt auch in der damaligen DDR (Helm 1978; s. auch den Bericht von Frohburg 1990 über „20 Jahre Gesprächspsychotherapie in der DDR“). So galt ab etwa Mitte bis Ende der 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts in Deutschland die Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie als hinreichend nachgewiesen.

Auch braucht die GPT bekanntlich den Vergleich mit anderen etablierten Psychotherapieverfahren keineswegs zu scheuen, wie die umfangreiche Metastudie von Grawe, Donati und Bernauer (1994) aufzeigt. Sie bescheinigt der Gesprächspsychotherapie: „Die Ergebnisse sind bemerkenswert, wenn man an das Spektrum an Störungen denkt, auf die Gesprächspsychotherapie angewandt wurde, und an die relativ kurze Therapiedauer, in der die Effekte erreicht wurden“ (ebd. 134), auch wenn dabei die GPT im Vergleich zur Verhaltenstherapie partiell etwas weniger gut abschneidet (ebd. 135).

Leider ist inzwischen wohl kaum zu bestreiten, dass nach dem damaligen Forschungsboom die empirische Forschung zur GPT in Deutschland während der vergangenen ein bis zwei Jahrzehnte zumindest quantitativ zurückgegangen ist. Außerdem hat man sich in den ersten Jahrzehnten zu wenig um die (Weiter-)entwicklung theoretischer Konzepte gekümmert. Dazu passt denn auch, dass in einem von der deutschen Regierung in Auftrag gegebenen Forschungsgutachten (Meyer et al. 1991) beklagt wurde, dass in der GPT keine ausreichend differenzierte Störungstheorie vorläge.

Diese Aussage trifft zwar heute nicht mehr zu, da mittlerweile differenzielle Störungskonzepte entwickelt wurden, vor allem von Biermann-Ratjen und Swildens (1993), Finke (1994), Höger (1997; 1998), Sachse (1992; 1998; 2002) und Speierer (1994)¹. Wie weit sich die neuere und neueste empirische Forschung davon leiten lässt, ist freilich eine andere Frage, der wir – unter anderem – im Folgenden nachgehen wollen.

Zu unserer Hauptfrage, der generellen aktuellen Bedeutung der GPT in der Forschung und Lehre in Deutschland, sei hier gleich eine neuere Arbeit angeführt, die sich dazu äußert: Auckenthaler und Helle (2001) nennen als ein Fazit ihrer Studie zur Forschung in der Klientenzentrierten Psychotherapie „die weiterhin große ‚Zurückhaltung‘ von Vertretern des Klientenzentrierten Ansatzes gegenüber Forschung *generell*“ (Ebd. 394). Zwar sei die GPT in der Lehre an den deutschen Hochschulen relativ gut vertreten, doch in der Forschung sehe die Situation „wenig erfreulich, eher sogar düster“ aus (Ebd. 394 f.). Wir werden im Folgenden sehen, ob bzw. wie weit wir uns dieser Einschätzung anschließen müssen.

Vorweg hier aber noch eine Anmerkung zur Angemessenheit der in der bisherigen GPT-Forschung hauptsächlich angewandten „naturwissenschaftlichen“ Methodik im Unterschied zum phänomenologischen Ansatz und der Kontroverse darum (s. hierzu ebenfalls Auckenthaler/Helle 2001)². Eine Reihe von Gesprächspsychotherapeuten, nicht zuletzt wohl gerade viele Praktikerinnen und Praktiker (weniger die akademischen Forscher), neigen zu der Auffassung, die essentiellen Geschehnisse in einer GPT könnten durch die herkömmliche „naturwissenschaftliche“ Methodik nicht angemessen erfasst und dargestellt werden. Wir sind jedoch überzeugt: Auch wenn sich bei einer Gesprächspsychotherapie in der Therapeut-Patient-Beziehung, im Erleben der Patienten etc. Prozesse und Veränderungen vollziehen, die mit den herkömmlichen Verfahren nur unvollständig abzubilden sind, so gilt doch auf alle Fälle: Jede Patientin, jeder Patient möchte durch die Psychotherapie die Beseitigung oder zumindest Linderung ganz bestimmter Probleme erreichen – und wenn ein Psychotherapieverfahren wie die GPT diese Ziele zu erreichen vorgibt, auf welche Weise auch immer, müssen ihre Vertreter bereit sein, ihre Resultate objektiv überprüfen zu lassen. Das Leid, mit dem ein Patient die Psychotherapie aufsucht, ist sehr wohl mit herkömmlichen psychologischen Methoden erfassbar, und die Verringerung bzw. Minderung des Leidens ebenso! Unabhängig vom Forschungsmodell kommen wir um eine „Operationalisierung“ auf keinen Fall herum (auch nicht etwa bei qualitativem Vorgehen), solange wir therapeutische Aktionen, Geschehnisse und Ergebnisse überhaupt allgemein nachvollziehbar abbilden und kommunizieren wollen.³

1 Speierers „Differenzielles Inkongruenzmodell DIM“ ist umstritten (vgl. Keil 2001, 138).

2 Zu den verbreiteten Missverständnissen hinsichtlich der Bedeutung der „naturwissenschaftlichen Methode“ vgl. Jürgen Kriz in diesem Heft.

3 Von den Kritikern der naturwissenschaftlichen Methodologie wurden übrigens bislang kaum konkret begehrt alternative Wege aufgezeigt.

2. Gegenwärtiger Stand und Aktivitäten der Forschung in Gesprächspsychotherapie

2.1 Theoretische Konzepte mit empirischer Fundierung

Obwohl das Augenmerk dieses Beitrags hauptsächlich den Aktivitäten und Ergebnissen der empirischen Forschung gilt, wollen wir an dieser Stelle zunächst auf drei konzeptuelle Weiterentwicklungen zu sprechen kommen, die sich freilich um eine empirische Absicherung bemühen, nämlich Diether Högers bindungstheoretische Interpretation des gesprächspsychotherapeutischen Geschehens, die von Ludwig Teusch und Jobst Finke entwickelten Manuale zur Durchführung von Gesprächspsychotherapie, und Rainer Sachses Zielorientierte Gesprächspsychotherapie.

Höger (1997, 1998, 2000) geht es um eine Theorie der Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie. Als Beitrag dazu stellt er eine Verbindung zwischen dem Klientenzentrierten Ansatz und der Bindungstheorie (Bowlby 1969) her. Er interpretiert Rogers' Bedingungen für konstruktive Persönlichkeitsveränderungen (Rogers 1959) im Sinne der Bindungstheorie und nimmt an, dass der Klient bzw. die Klientin⁴, sofern er bzw. sie das von bedingungsfreier positiver Beachtung begleitete empathische Verstehen des Therapeuten auch so wahrnimmt, sich im Zustand der Sicherheit befindet und frei von Bedrohung fühlt. Ist dies gegeben, werden beim Klienten die Abwehrprozesse minimiert und an ihre Stelle kann nunmehr Explorationsverhalten treten (Bischof 1975; Bowlby 1988). Der Klient kann sich also jetzt solchen Aspekten seiner Person und der Welt zuwenden, die für ihn bedrohlich und ängstigend sind und die er im Zustand der Unsicherheit vermeiden muss, deren Integration in das Selbst jedoch für seine konstruktive Entwicklung bedeutsam ist. In der Diktion des Klientenzentrierten Ansatzes heißt dies: Die entfaltenden Aspekte der Aktualisierungstendenz gewinnen die Oberhand über die erhaltenden (Höger 1993). Die Ergebnisse einer empirischen Studie (Höger/Wissemann 1999) stimmen mit dieser Sichtweise überein: Faktorenanalysen der Skalen des Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogens (Höger/Eckert 1997; s.u.) für die ersten fünf GPT-Sitzungen ergaben den erwarteten engen Zusammenhang zwischen den Skalen 1 Zurechtkommen mit dem Therapeuten/der Therapeutin, 4 Erleben persönlicher Sicherheit und Zuversicht und 3 Veränderungserleben. Das Gleiche wurde für die folgenden Sitzungen 6 bis 15 gefunden. Auch Biermann-Ratjen und Eckert (2002) kommen zu dem Schluss, dass die von Rogers formulierten Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess vergleichbar sind mit den von Bowlby benannten Bedingungen für die Entwicklung einer sicheren Bindung.

Eine auf den ersten Blick für ein eher nichtdirektives Psychotherapieverfahren befremdliche – wie wir meinen: angesichts des allgemeinen Trends in der Psychotherapieforschung (vgl. Bänninger-Huber 2001) aber notwendige – Tendenz innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes stellt die Entwicklung von Manualen zur Durchführung von GPT dar. Teusch und Finke (1995) und Finke und Teusch (1999) entwickelten je ein Manual für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Panik und Agoraphobie bzw. ein Manual für die Behandlung der Depression⁵. Deren Idee besteht darin, „in Therapiephasen bestimmten störungsspezifischen und persönlichkeitsstypischen Themenbereichen jeweils bestimmte Klassen von Interventionen zuzuordnen“ (Finke/Böhme/Teusch 2000, 103). Im Sinne des klientenzentrierten Ansatzes warnen die Autoren jedoch zurecht davor, dass sich der Therapeut dabei etwa einem bestimmten Plan unterwirft oder durch eine „kurzschlüssige Zielorientierung“ wesentliche Aspekte des Erlebens des Klienten übersieht. Die Aufgabe klientenzentrierter Therapeutinnen und Therapeuten bleibt weiterhin, von Moment zu Moment aufmerksam zu sein für das Erleben und Befinden des Klienten. „Die Gesprächspsychotherapie setzt sich intensiv mit dem Symptomerleben des Klienten auseinander, sie sieht in diesem immer eine Äußerungsform der ganzen Person. Insofern bleibt auch eine ‚störungsspezifische‘ oder gar ‚manualgeleitete‘ Gesprächspsychotherapie ein ganzheitliches Verfahren“ (ebd. 103f.). Die Wirksamkeit dieses Vorgehens im stationären Setting wurde von den Autoren in einer Reihe von Studien (s. unten) dokumentiert.

Eine konzeptionelle Weiterentwicklung der GPT hat Sachse (1992; 1999) vorgelegt. Wie der Autor betont, weicht seine Zielorientierte Gesprächspsychotherapie ab von der Nondirektivität des ursprünglichen Ansatzes der GPT. Auf der Basis eines von ihm entwickelten Motivations-Emotions-Regulationsmodells (mit diversen Anleihen aus der Allgemeinen Psychologie) wird besonderer Wert gelegt auf die Prozessdirektivität. Diese richtet sich auf (1) die Förderung der Annäherungstendenzen der Klienten, (2) die gezielte Reduzierung der Vermeidungstendenzen, (3) sog. Bearbeitungsangebote an den Klienten und (4) auf das Festhalten des Klienten am Konfliktbereich (Sachse 1999). In empirischen Studien, auf die wir unten zu sprechen kommen, konnte Sachse die Effektivität seines Ansatzes aufzeigen.

2.2. Studien zur Effektivität der GPT

Zusammenfassend sei vorweg festgestellt: Es ist ein Trend auszumachen, den wir sehr begrüßen, nämlich ein Anwachsen störungsspezifisch ausgerichteter Wirksamkeitsstudien.

4 Im Folgenden werden wir zur leichteren Lesbarkeit meist nur von „Klient“ und „Therapeut“ sprechen. Gemeint sind selbstverständlich immer beide Geschlechter.

5 Andere Manuale, nämlich solche für die Behandlung von Anpassungsstörungen mit zeitlich limitierter Gesprächspsychotherapie und für die Behandlung von Patientinnen mit Bulimie, befinden sich zurzeit noch – unter Leitung von J. Eckert – in der Erprobung (s. unten).

In mehreren störungsspezifischen, im stationären Rahmen durchgeführten, Studien wurden einerseits die generellen Effekte von GPT bei verschiedenen Krankheitsbildern untersucht (Böhme/Finke/Teusch 1998), andererseits Vergleiche des „Basisprogramms“ (GPT) mit zusätzlicher Reizkonfrontation und/oder Medikation angestellt (Böhme/Teusch/Finke, 2000). Die wichtigsten Ergebnisse aus diesem Forschungsprogramm: Böhme, Finke und Teusch (1998) berichten über die Langzeiteffekte (Einjahreskatamnese) von stationärer GPT bei insgesamt 202 Patienten unterschiedlicher Störungsbilder (ICD-10 F1–F6). Das Behandlungsangebot („Basisprogramm“) besteht aus einem 3-monatigen stationären gesprächspsychotherapeutisch orientierten Programm, wobei jeder Patient pro Woche eine Sitzung Einzeltherapie (60 Minuten) und vier Sitzungen Gruppentherapie (à 90 Minuten) erhält, dazu Bewegungs- und Beschäftigungstherapie (zweimal pro Woche à 90 Minuten). Wie die Autoren betonen, ist auch das Vorgehen der Bewegungs- und der Beschäftigungstherapeuten und des Pflegepersonals vom Personenzentrierten Ansatz geprägt. Als Messinstrumente wurden eingesetzt die Clinical Global Impressions (CGI), die Bech-Raphaelsen Melancholia Scale (BRMES) und als Persönlichkeitstest der Gießen-Test. Zum Zeitpunkt der Entlassung und nach einem Jahr zeigte sich: Es wurden signifikante Verbesserungen – mit guten bis sehr guten Effektstärken – erreicht in den Variablen Schwere der Erkrankung, Depressivität, Selbst- und Fremdakzeptanz. Bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen verbesserte sich besonders die Soziale Kompetenz. Überraschenderweise gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen und dem Therapieerfolg. Wie weit dieses Ergebnis auf eine erfolgreiche Indikationsstellung und/oder andere Selektionsvorgänge zurückzuführen ist, muss zunächst noch offen bleiben. Aus der psychotherapeutischen Praxis ist das Ergebnis bekannt, dass der Therapieumfang, d. h. die aufgewendeten Therapiesitzungen, im Zusammenhang mit der Diagnose des Patienten stehen (Eckert/Wuchner 1994).

Eigentlich gilt seit seiner ersten Feststellung durch Luborsky/Singer/Luborsky (1975) bis heute das sog. Äquivalenzparadox: Die verschiedenen Therapieverfahren unterscheiden sich nicht bzw. nicht wesentlich bezüglich ihrer generellen Wirksamkeit. Es sind zwar immer wieder einmal Metaanalysen von vergleichenden Therapiestudien vorgelegt worden, die die Überlegenheit eines Therapieverfahrens gegenüber anderen offenbar nachweisen konnten. Diese Unterschiede wurden jedoch insignifikant, wenn die Parteilichkeit des Therapieforschers (seine „allegiances“) in Rechnung gestellt, d. h. herauspartialisiert wurde (Luborsky et al. 1999; 2001). Auch für die Klientenzentrierte Psychotherapie scheint das Äquivalenzparadoxon gültig zu sein, wie sich den neueren Meta-Analysen entnehmen lässt (Elliott 2002; Elliott/Greenberg/Lietaer 2004). Seit der vergleichenden Studie von Grawe (1976) und Plog (1976) gilt auch als empirisch belegt, dass Patienten mit Phobien von einer GPT in gleichem Umfang profitieren wie von einer Verhaltenstherapie.

Dennoch wird immer wieder behauptet, dass bei Phobien Verhaltenstherapie die Behandlung der Wahl sei.

Vor diesem Hintergrund gingen Teusch und Böhme (1999) und Teusch, Böhme und Finke (2001) erneut der Frage nach: Lassen sich agoraphobische Symptome auch mit Gesprächspsychotherapie, ohne Exposition in vivo, behandeln? (Teusch/Böhme 1999). In der Arbeit von Teusch und Böhme (1999) erhielten 20 Patienten GPT, weitere 20 Patienten wurden zusätzlich zur GPT mit verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation behandelt. Die Zuteilung zu den beiden Gruppen geschah randomisiert. Die kombinierte Behandlung wurde in einer gesonderten Station des Krankenhauses durchgeführt. Eine weitere Vergleichsgruppe bestand in einer Gruppe von 72 Patienten, die ausschließlich die Reizkonfrontationsbehandlung erhielten. Gemessen wurden per Visueller Analogskala die Bereitschaft, sich phobischen Situationen auszusetzen und die Beeinträchtigung durch phobische Symptome. Ergebnis: Die Reizkonfrontationstherapie – entweder allein oder in Kombination mit GPT – führte zwar schneller zu signifikanten Verbesserungen als die Behandlung nur mit GPT (bis zum Zeitpunkt der Entlassung), aber nach einem Jahr war der Unterschied nicht mehr signifikant. Hinsichtlich der Symptombeeinträchtigung waren die Verläufe bei den drei Vergleichsgruppen nahezu identisch. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Reduktion der Angstsymptome im Verlauf einer Gesprächspsychotherapie über andere Mechanismen verläuft als bei der Behandlung mittels Reizkonfrontation. Eine ähnliche Studie – mit ähnlichem Resultat – haben Teusch, Böhme und Gastpar (1997) vorgelegt. 40 Patienten mit schwerer Panikstörung und Agoraphobie wurden nach Zufall entweder nur gesprächspsychotherapeutisch behandelt („Basisprogramm“, s. o.) oder gesprächspsychotherapeutisch mit zusätzlicher Reizkonfrontation. In beiden Gruppen erfolgte die Behandlung manualgeleitet. Mehrere Messinstrumente zur Fremd- und Selbsteinschätzung wurden eingesetzt. Im Ergebnis zeigte sich: Beide Behandlungsverfahren führten zu signifikanten Reduktionen der Panikattacken, Vermeidung und Depression. Auch hier führte die kombinierte Behandlung zunächst zu etwas deutlicheren Effekten; nach einem Jahr bestand jedoch kein signifikanter Unterschied mehr zwischen den beiden Versuchsgruppen hinsichtlich der Reduktion von Angst und Depression.

Eine weitere ähnlich konzipierte Untersuchung – ebenfalls mit Panik- und Agoraphobiepatienten – haben Teusch, Böhme und Finke (2001) vorgelegt, diesmal mit einer etwas größeren Patientenstichprobe: 28 Patienten erhielten ausschließlich GPT und 48 GPT mit verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation. Auch hier führten beide Verfahren hinsichtlich der Leitsymptome Panik und Agoraphobie und in fast allen erfassten Persönlichkeitsvariablen (FPI-R1 und Gießen-Test) zu signifikanten Verbesserungen. Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ergaben sich im Verlauf bei einigen Persönlichkeitsvariablen: Die mit GPT behandelten Patienten fühlten sich weniger abhängig von den Erwartungen anderer, weniger unter Stress, und gaben weniger psychosomatische Beschwerden

an. Die Patienten mit zusätzlicher Reizkonfrontation fühlten sich von ihrer sozialen Umwelt schneller akzeptiert als die anderen.

Die Studie von Finke, Böhme und Teusch (2000) galt der Bedeutung *zusätzlicher Medikation* (neben GPT) bei Patienten, bei denen entweder eine Depression oder eine Angststörung diagnostiziert wurde. Die Depressivität gemäß der Bech-Raphaelsen-Skala war in jedem Falle nur etwa mittelmäßig ausgeprägt. Von den insgesamt 55 Patienten wurden 17 ausschließlich gesprächspsychotherapeutisch behandelt, die anderen 38 Patienten erhielten zusätzlich auch Medikamente. Überraschenderweise zeigte sich, dass sich bei den zusätzlich medizierten Patienten die Depressivität weniger schnell und weniger deutlich verminderte als bei den Patienten, die nur die Gesprächspsychotherapie erhalten hatten. Die Autoren vermuten, „dass bei den Patienten ohne medikamentöse Therapie gerade durch den Umstand fehlender Medikamentierung stärker die Initiative zur Selbsthilfe und die Motivation zur Selbstexploration und Problemlösung geweckt und eine passive Hilferwartung vermieden wurde“ (S. 17). Sicherlich zurecht weisen die Autoren auch darauf hin, dass die Patienten eben nur in mittlerem Ausmaß depressiv waren. Bei stärker Depressiven spielen (zusätzliche) Psychopharmaka gewiss eine wichtigere Rolle. Kritisch ist unseres Erachtens anzumerken, dass in der Studie keine Zufallszuteilung der Personen auf die beiden Vergleichsgruppen vorgenommen werden konnte, so dass nicht auszuschließen ist, dass es in der „reinen“ Psychotherapiegruppe mehr hoch motivierte Patienten gab als in der Gruppe mit der Kombinationsbehandlung.

Eine zusammenfassende Darstellung über die Erfahrungen der Essener Klinik mit dem „Basisprogramm“ (= GPT) und Kombinationen mit Reizkonfrontation und Psychopharmaka bei insgesamt 354 Patienten (mit Einjahreskatamnese) geben Böhme, Teusch und Finke (2000). Die Autoren gelangen dabei zu dem Schluss, dass sich durch Ergänzung der GPT entweder durch zusätzliche Verhaltenstherapie oder zusätzliche Medikation kaum Vorteile hinsichtlich der Symptomreduktion und Verbesserung in Persönlichkeitsmerkmalen erzielen ließen. Ergänzend sei hier noch auf die jüngst von Teusch (2002) in dieser Zeitschrift gegebene zusammenfassende Darstellung der Essener Studien zur störungsbezogenen Angstbehandlung mittels GPT hingewiesen. Ein Fazit des Autors lautet: „Die Monotherapie, in der Betroffene und Therapeuten gewissermaßen alles auf die ‚Karte Gesprächspsychotherapie‘ setzen, zeigt ungeahnte Power“ (ebd. 58).

Abschließend zu den Arbeiten der Essener Forschungsgruppe zitieren wir noch eine Untersuchung, die die Frage untersuchte, welche Veränderungen durch GPT bewirkt werden: Untersucht wurde, ob sich die Kausalattributionen und der Copingstil bei gesprächspsychotherapeutisch behandelten Patienten verändern, obwohl die GPT Kognitionen nicht direkt zu korrigieren versucht. Böhme, Finke, Gastpar und Staudinger (1994) fanden in ihrer prospektiven Studie, dass sich – bei insgesamt 108 neurotischen Patienten, die das oben beschriebene gesprächspsychotherapeutische Basisprogramm durchlaufen hatten – ein und zwei Jahre nach

Abschluss der Behandlung in der Tat signifikante positive Veränderungen in Kausalattributionen (Reduktion negativ-stabil-globaler Attributionen) und im Copingstil (weniger passiv-vermeidendes Coping) zeigten.

Als weitere Beiträge zu einer störungsspezifischen Forschung und Vorgehensweise im Bereich der Gesprächspsychotherapie sind Untersuchungen von Sachse (1995, 1998) mit Patienten zu nennen, die an psychosomatischen Magen-Darm-Problemen litten. Psychosomatische Patienten galten lange wegen geringerer Introspektionsfähigkeit und Selbstexploration insbesondere für klärungsorientierte Psychotherapieverfahren wie die Gesprächspsychotherapie als „schwierig“. 29 Klienten mit Ulcus Duodeni, Colitis Ulcerosa oder Morbus Crohn wurden mit der bereits vorgestellten Zielorientierten Gesprächspsychotherapie behandelt, wobei versucht wurde, das Vorgehen an die spezielle Personengruppe zu adaptieren: Der „Tendenz zur Reflexionsvermeidung“ der Psychosomatiker wird durch eine „Strategie der adaptiven Indikation“ (Sachse 1995, 31 f.) begegnet, d. h. die Therapie wird so modifiziert, dass sie auf die Eingangsbeifindlichkeit der Klienten „passt“. In Sachses Terminologie bedeutet dies: Der Therapeut setzt einen Schwerpunkt auf die „Bearbeitungsebene“. Dabei richtet er seine Aufmerksamkeit darauf, „ob und in welcher Weise der Klient dysfunktional mit eigenen Problemaspekten umgeht und meldet dem Klienten dies zurück“ (1995, 33). In der Tat konnte Sachse durchaus beeindruckende Veränderungen in einer Reihe erfasster Persönlichkeitsmerkmale berichten, mit relativ hohen Effektstärken (Mittel: 1.3). Das Fazit des Autors ist: 1. GPT ist bei Patienten mit psychosomatischer Magen-Darm-Erkrankung indiziert. 2. GPT „muss allerdings den Eingangsvoraussetzungen und Möglichkeiten der Klienten angepasst werden, um diese Klienten wirklich effektiv fördern zu können“ (S. 43).

Weitere Beispiele störungsbezogener Forschung sind Arbeiten zur gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Eckert/Biermann-Ratjen 1998). Eckert, Biermann-Ratjen und Wuchner (2000) untersuchten Langzeitveränderungen der Symptomatik bei Patienten mit Borderline-Störung, die an einer ca. 100 Sitzungen umfassenden störungsorientierten Klientenzentrierten Gruppenpsychotherapie teilgenommen hatten. Vier Jahre nach dem Erstinterview mittels des Diagnostischen Interviews für Borderliner (DIB) erfüllten von 14 untersuchten Patienten nur noch zwei die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dabei zeigten sich die stärksten Veränderungen im Bereich der „Impulskontrollverluste“.

Am Hamburger Psychologischen Institut III wird in zwei Projekten die Wirksamkeit von GPT bei der Behandlung von Anpassungsstörungen und bei Bulimie untersucht. Die ersten Ergebnisse des Anpassungsprojektes wurden auf der 34. Jahrestagung der Society for Psychotherapy Research (SPR) in Weimar 2003 vorgestellt (Altenhöfer/ Eckert/Schwab 2003). Es zeichnet sich ab, dass eine auf 12 Sitzungen zeitlich limitierte

manualgestützte Gesprächspsychotherapie für Patienten mit einer Anpassungsstörung eine nachhaltige und in vielen Fällen auch ausreichende Hilfe sein kann. Für das Bulimieprojekt, in dem die Behandlungen gerade erst angelaufen sind, wurde ebenfalls ein Manual erstellt (Schützmann et al. 2003), dessen Nützlichkeit im Rahmen des Projektes geprüft wird.⁶

Aus demselben Institut stammt eine Untersuchung von Schwab (1997; vgl. auch Schwab 2001) zur Wirksamkeit gesprächspsychotherapeutischer Gruppentherapie (Kurztherapie) bei Personen mit einer Einsamkeitsproblematik. Das therapeutische Konzept war „klientenzentriert-erweitert“, d. h. bei grundsätzlicher Orientierung am Klientenzentrierten Konzept wurden bestimmte zusätzliche Interventionsangebote (gruppentherapeutische Übungen und Hausaufgaben) gemacht. Das Programm sieht insgesamt 13 Sitzungen vor. Dabei wird das erste Treffen als „Intensivtag“ über sieben bis acht Stunden – mit gemeinsamer Mittagspause – durchgeführt; die zwölf folgenden Sitzungen von jeweils 2½-stündiger Dauer finden abends statt, im wöchentlichen Abstand. Im Vergleich zu einer Wartegruppe (n=29) veränderten sich durch die Gruppentherapie (n=40) Einsamkeit, negatives Selbstbild und soziale Ängste signifikant in positiver Richtung. Die Veränderungen im Einsamkeitserleben blieben bis zur Katamnese vier Monate später stabil.

Ein Beispiel für Feldforschung im Klientenzentrierten Konzept ist die Arbeit von Tscheulin, Walter-Klose und Wellenhöfer (2000). Prozesse und Effekte eines überwiegend personenzentriert-erfahrungsbezogenen Behandlungskonzepts einer Klinik (mit diversen therapeutischen Angeboten, bei denen Selbsthilfegruppen eine besondere Rolle spielen) werden anhand einer Stichprobe von 573 Personen mit unterschiedlichen Störungen untersucht. Innerhalb von ein bis zwei Jahren nach Therapieabschluss konnten umfangreiche Katamnesen durchgeführt werden. Der durchschnittliche therapeutische Gewinn zum Abschluss der stationären Behandlung erzielte eine Effektgröße von $ES = .74$. (bzw. $.82$ zum Zeitpunkt der Katamnese). – Im Rahmen dieses Projekts haben Tscheulin, Trouw und Walter-Klose (2000) auch einen für die diagnostische Praxis interessanten Beitrag geliefert, nämlich eine personenzentrierte Klassifikation von Patienten. Anhand des Freiburger Persönlichkeitsinventars FPI-R und des Gießen-Test ließen sich die Patienten in vier Cluster einteilen: Testnormale, Aktionsbezogene, Selbstbezogene und Testextreme, die sich auch hinsichtlich des subjektiven Veränderungserlebens voneinander unterschieden. Den deutlichsten (subjektiven) Therapieeffekt erlebten die Aktionsbezogenen.

Klinische Erfahrungen und auch Forschungsergebnisse haben die GPT als ein Therapieverfahren ausgewiesen, das eine Langzeitwirkung entfaltet, d. h. nach Abschluss der Behandlung kommt es bei einem erheblichen Teil der Patienten zu weiteren Veränderungen

(s. z. B. Biermann-Ratjen et al. 1997, 65). Dieser Frage ist Frohburg (in Druck) in Form einer Überblicksarbeit zu *Katamnesen* in der Gesprächspsychotherapie nachgegangen. Auf der Basis von 41 GPT-Studien, die Angaben zur Katamnese bei insgesamt ca. 2000 Patientinnen und Patienten enthalten, kommt die Autorin zu dem Ergebnis: „Gesprächspsychotherapie ist auch aus katamnestischer Perspektive ein effektives Psychotherapieverfahren mit einer breiten Indikationsbasis“. Außerdem zeigte sich in jeder zweiten Studie, dass die am Therapieende festgestellten positiven Veränderungen im Laufe des Katamnesezeitraums sogar noch zunahmen.

2.3. Prozessforschung

Wir können hier zunächst – zusammenfassend – feststellen: In der Forschung rückt der psychotherapeutische Prozess neuerdings wieder mehr in den Vordergrund, und zwar sowohl theoretisch als auch in empirischen Studien. Es wurden Messinstrumente zur Prozessforschung weiterentwickelt, z. B. der bereits erwähnte Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen BIKEB (Höger/Eckert 1997), oder der Gruppenerfahrungsbogen GEB von Strauß und Eckert (1994). Damit sind Verfahren entwickelt, die der oben erwähnten Forderung nach einer angemesseneren Forschungsmethodik durchaus ein Stück entgegen kommen, indem sie die Perspektive des Patienten (und nicht außenstehender Beobachter) ins Auge fassen. Ferner wurden Therapieverläufe genauer empirisch analysiert (Sachse 1992, 1998; Frohburg/Sachse 1992), s. auch die Beiträge in Eckert (1995). Dazu im Folgenden einige Ausführungen.

2.3.1 Messinstrumente und Messprobleme

Widmen wir uns zunächst dem „Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen BIKEB“ von Höger und Eckert (1997), der zweifellos von großer praktischer Bedeutung ist und noch weiter werden könnte. Er beruht auf dem „Klienten-Erfahrungsbogen KEB“ (Eckert 1974), einem in der Forschung (vgl. Eckert/Bolz/Pfuhlmann 1979; Eckert/Schwartz/Tausch 1977) wie auch der Ausbildung von Klientenzentrierten Psychotherapeuten in Deutschland bewährtes Verfahren zur Erfassung der unmittelbaren Wirkung eines Therapiekontakts. Eine Serie von Faktorenanalysen nach dem Prinzip der P-Analyse (Cattell 1963) ergab für den BIKEB sechs Dimensionen: 1. Zurechtkommen mit dem Therapeuten/der Therapeutin, 2. Zurechtkommen mit sich selbst in der Stunde, 3. Veränderungserleben, 4. Erleben persönlicher Sicherheit und Zuversicht, 5. Erlebte Beruhigung, und 6. Erleben körperlicher Entspannung vs. Erschöpfung. Jede der hinreichend reliablen Skalen wird aus vier Items gebildet.

Eine andere Fragebogenentwicklung geht von dem Anspruch des Klientenzentrierten Ansatzes aus, wonach die Wirkung von Psychotherapie bei Klienten primär in Veränderungen der Persönlichkeit im Sinne einer größeren Reife und einer Abnahme von

6 Die Manuale können bei den Autoren angefordert werden.

Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung besteht, was seinerseits die Heilung oder Besserung von Symptomen nach sich zieht (Rogers 1959). Um empirische Überprüfungen dieser Hypothese zu ermöglichen, adaptierte Höger (1995a) das in den USA konstruierte „Feelings, Reactions and Belief Survey FRBS“ von Desmond S. Cartwright (Cartwright/deBruin/Berg 1991; Cartwright/Mori 1988) für den deutschen Sprachraum. Es besteht aus neun an dem von Rogers beschriebenen Konzept der reifen Persönlichkeit orientierte Skalen: 1. Focusing Conscious Attention (FCA), 2. Openness to Feelings in Relationships (OFR), 3. Trust in Self as an Organism (TSO), 4. Fully Functioning Person (FFP), 5. Feeling Uncomfortable with People (FUP), 6. Struggling with Feelings of Inferiority (SFI), 7. Feeling Ambivalent in Relationships (FAR), 8. Openness to Transcendent Experiences (OTE) und 9. Religious-Spiritual Beliefs (RSB). Die deutsche Version des FRBS wurde an mehreren Stichproben überprüft und ergab reliable Skalen mit internen Konsistenzen von Cronbach's alpha zwischen .62 (FAR) und .87 (FUP). Mit ihm (außer bei OFR, OTE und RSB) ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen einer klinischen und einer nichtklinischen Stichprobe, insbesondere bei den Skalen FFP (mit einer Effektstärke von 1,54), FUP (1,07), SFI (0,98) und FAR (0,93). Eine gemeinsame Faktorenanalyse der Skalen des FRBS mit den drei Skalen einer deutschen Version der „Adult Attachment Scale AAS“ (Collins/Read 1990) – 1. Angst, 2. Abhängigkeit und 3. Nähe – ergab drei sinnvolle Faktoren: 1. Allgemeine Funktionstüchtigkeit und Reife der Person (FFP, FCA) vs. Unsicherheit und Probleme der Selbstakzeptanz (SFI, AAS-Angst), 2. Sicherheit in Beziehungen (OFR, AAS-Nähe, AAS-Abhängigkeit) vs. Probleme in der Beziehungsgestaltung (FUP, FAR) und 3. Religiös-transzendente Basis existenziellen Vertrauens (OTE, RSB, TSO).

Zur Erfassung des Klienten- und Therapeutenverhaltens in mikroanalytischen Studien entwickelte Sachse (1992) je eine spezielle Ratingskala, die wir passenderweise erst im nächsten Absatz darstellen.

Einer wohl recht häufig übersehenen Messproblematik widmeten sich Böhme und Teusch (1997), nämlich der Verfälschungstendenz mancher Patienten bei der Erhebung von Therapieergebnissen. An einer Stichprobe von gut 300 stationär behandelten Patienten ließ sich zeigen, dass Ratings (z. B. gemäß HAMD) etwa durch die „social desirability“ und die Tendenz, normal zu erscheinen, verzerrt werden. Abwehrende Patienten erscheinen aus diesem Grund bei der Aufnahme und zum Abschluss der Psychotherapie weniger gestört. Je mehr ihre Offenheit zunimmt, desto geringer erscheint der Therapieerfolg. Nicht zuletzt in der Praxis sollte man sich dieses Phänomens bewusst sein.

Mit dem Ziel einer Vereinheitlichung der Untersuchungsinstrumente auch im Hinblick auf die Vergleichbarkeit von Untersuchungen hat Tscheulin (2001) den „Würzburger Leitfaden (WLF) zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle personenzentrierter Beratung und Psychotherapie“ entwickelt, von dem nun die 3. Version erschienen ist.

Diese Loseblattsammlung von Hinweisen auf bzw. Beschreibungen von Instrumenten zur Eingangsdiagnostik, Prozessdiagnostik, Abschlussdiagnostik und Katamnese soll Klientenzentrierten Psychotherapeuten und Beratern konkrete Empfehlungen zu einer wissenschaftlich begründeten Kontrolle ihrer Praxis vermitteln. Eine Liste von Formular-Vorlagen kann zur Anfertigung von Arbeits-Formularen verwendet werden. Einige der von Tscheulin aufgeführten und dargestellten Instrumente seien hier genannt: ein Anamnese-Bogen, der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB, s. o.), das Persönliche Eindrucksdifferential (PED) von Plessen (1982), der Klinik-Gemeinschaft-Erfahrungsbogen (KliGEB), der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) von Zielke und Kopf-Mehnert (1978), etc. Zur Erfassung von Persönlichkeitsveränderungen wird die Vorgabe unter anderem des FPI-R, des Gießen-Test und eines Q-Sort (Real-Idealbild Einschätzung) nach Helm (1974) für die Eingangs- und Abschlusstestung empfohlen.

2.3.2 Aspekte des Therapieprozesses

Einen Beitrag zur Methodik klientenzentrierter Prozessforschung leistete Sachse (1992 1998, 2002) durch Untersuchungen mittels mikroanalytischer Methoden. Untersuchungseinheiten solcher Mikroanalysen sind sog. Triples, bestehend aus einer Abfolge einer Klientenäußerung, einer Therapeutenäußerung, und wiederum einer Klientenäußerung. Jede Therapeutenäußerung wird auf einer hierfür entwickelten 8-stufigen Bearbeitungsangebots-Skala geratet, jede Klientenäußerung auf einer ebenfalls 8-stufigen Bearbeitungsweise-Skala. Einige der Resultate, die damit erzielt wurden, hat Sachse (2002, 95ff.) zusammengefasst. Unter anderem hat sich gezeigt: Die Verhaltensweisen des Therapeuten beeinflussen den Prozess auf Seiten des Klienten stark und konsistent. – Die Klienten tragen relativ wenig zur konstruktiven Bearbeitung der Probleme bei. – Verstehen allein ist nicht genug; wenn der Therapeut sein Verständnis in einer verflachenden Weise kommuniziert, verschlechtert sich die Bearbeitungsweise des Klienten mit großer Wahrscheinlichkeit. – Auch formale Qualitäten der Therapeutenäußerungen sind wichtig: Selbst gute Bearbeitungsangebote können ins Leere gehen, wenn sie zu lang, komplex, zweideutig und schwer verständlich sind. – Die Bearbeitungsleistung des Patienten hängt von der Natur der Störung ab. Menschen mit einer psychosomatischen Störung lassen sich durch die Bearbeitungsangebote des Therapeuten weniger leicht beeinflussen.

Frohburg und Sachse (1992) untersuchten in zwei parallelen, unabhängig voneinander durchgeführten mikroanalytische Prozess-Studien mit 18 bzw. 48 Klienten die Steuerungseffekte im Verlauf von Gesprächspsychotherapien. Sie gingen der Hypothese nach, „dass vertiefende, gleichhaltende und verflachende Bearbeitungsangebote in erster Linie entsprechende Veränderungen in der Bearbeitungsweise nach sich ziehen“ (S. 97). Auch hier wurden, wie oben beschrieben, Triples analysiert, mit Einsatz der erwähnten beiden

Ratingskalen. Mit sehr hoher Übereinstimmung zwischen den beiden Studien zeigte sich unter anderem: Im Unterschied zu den Anfangskontakten, wo die Klienten auf vertiefende Bearbeitungsangebote des Therapeuten nur zögerlich reagieren, nehmen Klienten in den mittleren Kontakten die Bearbeitungsangebote in hohem Maße an. Ferner ergab sich, dass von der Mitte bis zum Abschluss der Therapie die Bereitschaft der Klienten zur vertiefenden Arbeit gleich hoch bleibt, obwohl die Therapeuten in der Endphase deutlich weniger vertiefende Angebote machten als in der Mittelphase. Die Autoren schließen daraus, „dass Klienten in der Gesprächspsychotherapie GPT nicht nur ihre Probleme lösen, sondern auch lernen, konstruktiver als zuvor mit sich und ihren Problemen umzugehen“ (S. 108).

Höger (1995b, 1999) sieht in der Passung der Beziehungsangebote von Klient und Therapeut einen bindungstheoretischen Aspekt. Insbesondere zu Beginn einer Psychotherapie befindet sich ein Klient im Zustand von Kummer und Not. Nach der Bindungstheorie ist sein Bindungssystem aktiviert (Bowlby 1988). Er zeigt daher in dieser Situation dem Therapeuten gegenüber Bindungsverhalten, das seinem Bindungsmuster entspricht. Dieses wiederum ist ein Ergebnis seiner bisherigen Bindungserfahrungen. Mit dem von Höger (1995b, 1999) entwickelten „Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen BFKE“ konnten faktorenanalytisch drei Dimensionen identifiziert und entsprechende Skalen gebildet werden: 1. „Akzeptanzprobleme“, 2. „Öffnungsbereitschaft“ und 3. „Zuwendungsbedürfnis“. Mehrere Clusteranalysen führten zu fünf stabilen Clustern mit spezifischen Konfigurationen der Skalenausprägungen, die auch bei einer auf die Erwartungen an die Partnerschaft bezogenen Parallelform des Fragebogens, dem „Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen BFPE“ (Höger/Buschkämper 2002) repliziert wurden. Sie lassen sich als Bindungsmuster bzw. im Sinne von Main (1990) als Verhaltensstrategien des Bindungssystems interpretieren. Neben dem der primären Strategie entsprechenden und als „sicher“ bezeichneten Cluster sind die beiden sekundären Strategien mit jeweils zwei Untergruppen vertreten: die hyperaktivierende Strategie „ambivalent“ (mit den Varianten „verschlossen“ und „anklammernd“) und die deaktivierende Strategie „vermeidend“ (mit den Varianten „verschlossen“ und „kooperationsbereit“ bzw. „bedingt sicher“). Das Bindungsmuster „bedingt sicher“ wurde bisher noch nicht identifiziert und ist insofern bemerkenswert, als die ihm zugeordneten Personen zwar z. B. mit der Adult Attachment Scale AAS (Collins/Read, 1990) als sicher klassifiziert werden, in ihrer Bindungsstrategie jedoch anders als das Bindungsmuster „sicher“ ihr eigenes Zuwendungsbedürfnis nicht wahrnehmen (Höger/Buschkämper, 2002). Kuppardt (1999) konnte zeigen, dass die „bedingt Sicherer“ im Vergleich mit den „Sicherer“ in ihrem sozialen Netzwerk andere mehr unterstützen, ihrerseits jedoch weniger Personen benennen können, an die sie sich um Unterstützung wenden könnten. Höger (1999) vermutet im Sinne von Rogers (1959), dass bei den Beziehungserfahrungen dieser Individuen mit bedeutsamen anderen Personen insbesondere die Wünsche nach

Zuwendung nicht empathisch verstanden und akzeptiert worden sind und daher im Selbst nicht repräsentiert werden.

Interessanterweise zeigte sich in einer Studie über die Bindungsstile von Psychotherapeuten von Nord, Höger und Eckert (2000), dass von ihnen – klientenzentrierte wie psychodynamisch Orientierte in gleicher Weise – im Vergleich zu einer Normalenstichprobe nur halb so viele Personen als „sicher“, gleich viele als „vermeidend-verschlossen“ und doppelt so viele als „bedingt sicher“ klassifiziert wurden.

Im Zusammenhang mit den Bindungsmustern betont Höger (1995b), dass es sich bei ihnen um lebenswichtige adaptive Strategien handelt. In bindungsrelevanten Situationen (u. a. bei Kummer und Not wie zu Beginn einer Psychotherapie) hält das Individuum zunächst an der ihm eigenen fest, weil sie ihm ein relativ optimales Ausmaß an Sicherheit gewährt. Für die therapeutische Praxis kann dies z. B. bedeuten, dass ein Therapeut auf einen Klienten mit einem vermeidend-verschlossenen Bindungsmuster bedrohlich wirkt und Abwehr auslöst, wenn er allzu sehr darauf besteht, sich mit dessen Emotionen zu beschäftigen. Eine mit konsequent bedingungsfreier Wertschätzung verbundene Empathie des Therapeuten würde sich demgegenüber dann zeigen, wenn er dem Klienten genau den Abstand gewährt, den dieser benötigt.

2.4 Studien im Kontext der GPT

Wir möchten abschließend noch einige Arbeiten darstellen, die sich zwar nicht (direkt) mit Fragen der Wirkungs- und/oder Prozessforschung beschäftigen, aber im Kontext der GPT jeweils eine relevante Fragestellung bearbeiten und damit einige weitere Aktivitäten gesprächspsychotherapeutischer Forschung belegen.

Die folgende Arbeit entstand aus der Erkenntnis heraus, dass in der GPT eine gründlichere Auseinandersetzung mit dem ubiquitären Phänomen der Übertragung und Gegenübertragung fehlt. Schulz und Pelster (2002) haben versucht, mit empirischen Mitteln eine Antwort auf die Frage zu erhalten, welche Bedeutung Übertragungsphänomene (auch) in der Gesprächspsychotherapie haben und wie man ihnen gegenüber eingestellt ist. Insgesamt 190 Gesprächspsychotherapeutinnen und -therapeuten (darunter 74 Ausbilder der GwG) nahmen an der schriftlichen Befragung teil. Dabei stellte sich heraus: 63% der Befragten beobachten das Vorkommen von Übertragungsphänomenen in ihren Therapien zumindest „häufig“ oder gar „fast immer“. 86% halten es für „wichtig, dass das Thema Übertragung/Gegenübertragung auf dem Hintergrund der Klientenzentrierten Psychotherapie intensiver diskutiert wird“ (ebd. 18). Die Autoren der Studie stellen fest, dass hier „die therapeutische Praxis die klientenzentrierte Theorie längst überholt hat“ (Ebd. 13).

Eine Untersuchung von Frohburg (2001) widmete sich der Frage, worüber und auf welche Weise in den Therapien eigentlich

gesprochen wird. Die Autorin analysierte mit Hilfe eines Klassifikationssystems 379 gesprächspsychotherapeutische, tiefenpsychologisch fundierte und verhaltenstherapeutische Falldokumentationen hinsichtlich der Gesprächsthemen (Selbstbild – soziale Beziehungen – lebenspraktische Fragen – Symptome und deren Bewältigung – spezielle Themen), der Gesprächsmodalitäten (eher kognitiv vs. eher emotional vs. eher intentional) und der Zeitperspektive (Vergangenheit vs. Gegenwart vs. Zukunft). Insgesamt zeigten sich im Ergebnis kaum Unterschiede zwischen den drei Richtungen. Bemerkenswert ist dabei gewiss, was auch die Autorin erstaunlich findet: Während der Anteil an kognitiv akzentuierten Gesprächsthemen in allen drei Verfahren mit etwa 69% relativ hoch lag, betrug der Anteil an emotional akzentuierten Themen – ebenfalls bei jedem Verfahren fast gleich – nur etwa 18%. Für die GPT hätte man hier einen deutlich höheren Prozentwert erwarten können. Zu bedenken ist dabei allerdings, dass die untersuchten Protokolle nicht speziell für die Fragestellung dieser Untersuchung erstellt worden waren. Andererseits mag man in dem Ergebnis einen Beleg dafür sehen, dass eben auch in der GPT nicht nur „Gefühle reflektiert“ werden ...

Schwab und Liese (2000) verglichen in einer schriftlichen Umfrage Gesprächspsychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten hinsichtlich Burnout. Bei 46 Verhaltenstherapeuten und 43 Gesprächspsychotherapeuten (dabei jeweils 22 Frauen), die anhand von Mitgliederlisten der GwG und der DGVT zufällig ausgewählt wurden, zeigte sich: Abgesehen von einer vergleichsweise höheren emotionalen Erschöpfung waren die Befragten im Durchschnitt eher weniger burnoutbelastet als eine Vergleichsstichprobe von Berufstätigen. Dabei ließen sich einzelne Burnoutaspekte relativ gut aus Persönlichkeitsmerkmalen vorhersagen, vor allem aus den Variablen Neurotizismus, Introvertiertheit, Narzisstische Wut und Gier nach Lob und Bestätigung (jeweils positive Korrelation). Gesprächspsychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten unterschieden sich hinsichtlich der erfassten Variablen insgesamt nur wenig voneinander. Die Verhaltenstherapeuten hatten jedoch die signifikant höheren Werte in den Persönlichkeitsmerkmalen Gewissenhaftigkeit und Autarkie-Ideal, ferner im Burnoutmerkmal Distanziertheit. Die Therapeuten mit regelmäßiger Supervision zeigten sich signifikant weniger burnoutbelastet als die Befragten ohne Supervision.

Die Arbeit von Jacobs, Heymann und Kuhn-Sürig (2002) schließlich verweist inhaltlich bereits auf unser nächstes Kapitel. Auf der Basis des gesprächspsychotherapeutischen Ansatzes wurde ein – für Therapeuten aller Richtungen gedachtes – multimediales Trainingsprogramm schwieriger Therapiesituationen konzipiert und bei Studierenden der Psychologie und Teilnehmern eines Weiterbildungsgangs empirisch erprobt. Zwei Versionen wurden eingesetzt, eine VHS-Version (videogestützt) und eine CD-Rom-Version (computergestützt). Das Training führte im Vergleich zu einer Kontrollgruppe – Personen eines Trainings in Verhaltensbeobachtung – zu bedeutsamen Verbesserungen in den Dimensionen

Empathie, Akzeptanz, Kongruenz, Selbsteinbringung des Therapeuten und Ansprechen der therapeutischen Beziehung. Dabei war die CD-Rom-Version der Videoversion tendenziell überlegen. Wegen der zunächst noch relativ kleinen Stichproben dieser Arbeit planen die Autoren eine Multi-Center-Studie an mehreren Universitäten.

Wir haben versucht, eine möglichst vollständige Bestandsaufnahme der gegenwärtigen GPT-Forschung in Deutschland zu machen. Wenn wir recht sehen, ist die Forschung allerdings nur auf relativ wenige Zentren konzentriert, offensichtlich weniger als dies noch Mitte des vorigen Jahrzehnts der Fall war. Dies lässt sich einer Arbeit von Frohburg und Auckenthaler (1996) entnehmen. Eine schriftliche Umfrage bei 37 deutschen Psychologischen Universitätsinstituten ergab vor rund 7 Jahren, dass die GPT-Forschung an 18 Instituten repräsentiert war – wobei die Autorinnen allerdings feststellten, dass die mit der GPT-Forschung befassten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler an den Universitäten „in den letzten Jahren unserer Meinung nach eher im Hintergrund geblieben“ waren (S. 17). – Eine Wiederholung dieser Befragung würde gegenwärtig höchstwahrscheinlich kein wesentlich anderes Bild ergeben.

3. Die Repräsentanz der Gesprächspsychotherapie in der Lehre

Zur Abschätzung der Bedeutung einer Psychotherapierichtung an den deutschen Universitäten wollen wir nicht nur den vorliegenden, oben beschriebenen Forschungoutput heranziehen, sondern uns nun auch die Frage vorlegen, ob und in welchem Umfang die GPT auch in der Lehre, d. h. im Studienangebot der Institute und in den gängigen Lehrbüchern vertreten ist.

Hier können wir anknüpfen an die eben bereits zitierte Umfrage von Frohburg und Auckenthaler (1996) über die Situation der Gesprächspsychotherapie an den deutschen Psychologischen Universitätsinstituten. Damals ergab sich ein relativ positives Bild, beruhend auf 37 von 43 angeschriebenen Instituten. Es zeigte sich, dass „die Gesprächspsychotherapie an den Psychologischen Instituten der deutschen Universitäten sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern präsent ist“ (S. 17). An 76 % der Institute war die GPT „in Lehre und/oder Forschung“ vertreten (die Verhaltenstherapie zu 84 %, die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie dagegen nur zu 32 %). Ein Lehrangebot in GPT wurde dabei für gut 50 % (22) aller angeschriebenen Institute dokumentiert, wobei die GPT in den Veranstaltungstiteln explizit (als „Gesprächspsychotherapie“ oder „Klientenzentrierte Psychotherapie“) allerdings nur bei 12 Instituten erschien.

Eine weitere, neuere Umfrage können wir hierzu anführen, die allerdings das eben gezeichnete Bild etwas trübt. Im Herbst 1999 unternahm die Deutsche Gesellschaft für Psychologie an allen deutschen universitären Abteilungen/Arbeitseinheiten für Klinische

Psychologie eine Umfrage zu Ausbildungsinhalten zum Psychologischen Psychotherapeuten im Diplomstudiengang (Kröner-Herwig/Fydrich/Tuschen-Caffier 2000). Siebenundachtzig Prozent der Institutionen beteiligten sich daran. Das für unsere Fragestellung relevante Ergebnis ist: Während dem Bereich Verhaltenstherapie 66 % der Lehre zugeordnet wurde, galt dies für die Gesprächspsychotherapie nur zu 18 %. Die GPT lag damit zwar an zweiter Stelle, aber doch mit beträchtlichem Abstand hinter der Verhaltenstherapie⁷.

Wieweit ist die GPT aktuell in der Lehre vertreten? Eine den beiden eben zitierten Studien vergleichbare Wiederholungsbefragung aus jüngster Zeit ist uns nicht bekannt. Wir selbst haben aber speziell für diesen Beitrag eine relativ aktuelle (Sommersemester 2003) Erhebung quasi der etwas anderen Art unternommen: eine Sichtung der Internet-Präsentationen sämtlicher im Psychologie-Kalender 2003 (Hogrefe 2003) aufgeführter deutscher Psychologischer Institute an den Universitäten, speziell im Hinblick darauf, ob die Gesprächspsychotherapie in den dort beschriebenen Lehrangeboten vertreten ist.⁸ Wir fanden: Von insgesamt 87 Hauptwebseiten (Portale) Psychologischer Institute an deutschen Universitäten haben 13 die Klientenzentrierte Psychotherapie im Lehrangebot. Dies reicht von einem Minimalangebot mit GPT als Teil einer einzigen Veranstaltung bis zu mehreren Seminaren/Kursen in GPT mit Vergabe von Credits.

Die 13 Institute mit GPT im Lehrangebot gehören zu folgenden Universitäten: Aachen (TU), Berlin (FU), Berlin (Humboldt-Universität), Bielefeld, Bonn, Braunschweig (TU), Freiburg, Göttingen, Hamburg, Heidelberg, Köln, München, Osnabrück.

Damit ist die Gesprächspsychotherapie in den Lehrangeboten eines guten Teils der deutschen Psychologischen Institute enthalten. Differenziertere Aussagen dazu wollen wir wegen der doch etwas unsystematischen Datengrundlage nicht machen.

Was die Behandlung der GPT in den gängigen Lehrbüchern zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie betrifft, so beklagt Auckenthaler (2001) das „Zurückdrängen der Gesprächspsychotherapie“ in den Lehrbüchern. Die Autorin registriert, dass die GPT zwar in fast allen Lehrbüchern vorkommt, aber gegenüber früheren Jahren weniger positiv dargestellt wird. Immerhin, so können wir nun feststellen, wurde in der neuesten deutschen Ausgabe des amerikanischen Lehrbuchs „Klinische Psychologie“ von Davison und Neale (2002, 6. Aufl.)⁹ die von Auckenthaler bedauerte Streichung des Humanistischen Paradigmas in den beiden vorherigen Auflagen des Buches nun vom Herausgeber Hautzinger wieder rückgängig

gemacht. Selbst wenn die GPT in einem Lehrbuch behandelt wird, bleibt natürlich immer noch die wichtige Frage, ob dies dem Verfahren Gesprächspsychotherapie angemessen geschieht. Für das ebenfalls aus dem Amerikanischen stammende Lehrbuch von Comer (2001) zum Beispiel kann man dies leider nicht bestätigen.

In deutschen Lehrbüchern ist die Situation uneinheitlich. Es gibt Lehrbücher, wie das von Reimer et al. (2000) oder von Kriz (2001), in denen die GPT gleichgewichtig zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und zur Verhaltenstherapie abgehandelt wird. Dagegen sind Lehrbücher, die als primäre Zielgruppe Fachärzte haben, vor allem den Facharzt für psychotherapeutische Medizin, traditionellerweise dem psychoanalytischen Paradigma verpflichtet und räumen der Darstellung der GPT wenig Raum ein. So sind z. B. in dem 690 Seiten umfassenden Lehrbuch von Ahrens u. Schneider (2002) der GPT nur knapp fünf Seiten vorbehalten. Bei den Lehrbüchern, die die Psychologischen Psychotherapeuten als Zielgruppe haben, wird der Gesprächspsychotherapie „per Gesetz“ derzeit mehr Raum zur Verfügung gestellt: Die Gesprächspsychotherapie muss als wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren in jeder Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten in seinen Grundlagen gelehrt und geprüft werden. Das hat zur Folge, dass bereits etablierte Lehrbücher, wie das von Senf & Broda (2000), dem Verfahren Gesprächspsychotherapie mehr Beachtung schenken als bisher, und neue Lehrbücher, wie das von Strauß et al. (2003, im Druck) der Darstellung der GPT von vornherein mehr Gewicht beimessen.

4. Schlussfolgerungen

Unser Überblick über die neuere empirische Forschung zur GPT an den deutschen Hochschulen und über die Repräsentanz des Verfahrens in der Lehre und in den Lehrbüchern ist keine beruhigende Bilanz. Die Verbreitung des Verfahrens und seine Rezeption an den Universitäten ist verglichen mit den 70er Jahren deutlich zurückgegangen.

Zwar sind in den letzten Jahren wieder eine ganze Reihe von Veröffentlichungen deutschsprachiger Autorinnen und Autoren zur Gesprächspsychotherapie erschienen. Die allermeisten Beiträge sind jedoch theoretischer Natur oder Erfahrungsberichte aus der Praxis (die wir hier ausgeklammert haben). Dabei fällt übrigens auf, dass die großen Sammelwerke zur Klientenzentrierten bzw. Personenzentrierten Psychotherapie bzw. einzelne Beiträge in ihnen in den vergangenen Jahren vor allem von österreichischen Autorinnen und Autoren stammen (s. z. B. Stumm/Wiltschko/Keil 2003; Iseli et al. 2002; Keil/Stumm 2002).

Sorgfältig konzipierte und störungsspezifisch durchgeführte empirische Untersuchungen zur GPT sind in den renommierten Fachzeitschriften unterrepräsentiert. Immerhin ist ein Trend dazu festzustellen, sogar zu manualgeleiteter Forschung. Hier sind

7 Etwa je 7 % der Lehre waren der Tiefenpsychologie bzw. Psychoanalyse zuzuordnen.

8 Für die Inspektion aller in Frage kommenden Webseiten sei Frau cand. psych. Yvonne-Olivia Stocker gedankt.

9 Das Lehrbuch wird gemäß der Umfrage von Kröner-Herwig et al. (2000) an 93.8 % der befragten Institutionen verwendet!

inzwischen zweifellos Fortschritte erzielt worden. Doch das Erreichte ist nur ein respektable Anfang.

Man muss auch sehen, dass die meisten der oben zitierten Studien nur von einigen wenigen Forschungsgruppen stammen. Insgesamt lässt sich somit in Anlehnung an das eingangs zitierte Urteil von Auckenthaler und Helle (2001) über die aktuelle Bedeutung der GPT in der Forschung an den deutschen Hochschulen feststellen: Die Situation ist immer noch „wenig erfreulich“, wenn auch nicht gerade „düster“.

Die Notwendigkeit zu weiterer sorgfältiger Forschung ergibt sich unter anderem auch aus folgender Tatsache: Die GPT gilt zwar hinsichtlich ihrer Wirksamkeit als hinreichend bestätigt, doch viele der hierzu herangezogenen Forschungsergebnisse sind quasi veraltet, beruhen auf einer Art von Gesprächspsychotherapie, die heutzutage vermutlich so kaum mehr praktiziert wird. Das von Schulz und Pelster (2002) mit Blick auf die eigene Fragestellung (Übertragung in der GPT) konstatierte Phänomen, hier habe die Praxis die Theorie überholt, ist vermutlich ein Ausdruck dieser Weiterentwicklung.

Nach der wissenschaftlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland und der für die Ausbildungscurricula festgeschriebenen Bedeutung der GPT wäre zu erwarten, dass dieses Verfahren an den Hochschulen sowohl in der Lehre als auch in der Forschung nun wieder (noch) mehr an Attraktivität und Bedeutung gewinnt.

International lässt sich ein Wiederaufleben des Personzentrierten Ansatzes beobachten, wie es etwa durch die Gründungen der internationalen Zeitschrift *Person-centered and Experiential Psychotherapies* und der – vorliegenden – deutschsprachig-internationalen Zeitschrift *PERSON* zum Ausdruck kommt.

Der quasi innerparteiliche, eingangs angesprochene Streit über den der Klientenzentrierten Psychotherapie angemessenen Forschungsansatz sollte hierbei nicht länger erschwerend sein, abgesehen davon, dass die Auseinandersetzung ja wissenschaftlich fruchtbar sein kann. Zugegebenermaßen entspricht unser hier propagierter Ansatz eher dem medizinisch-naturwissenschaftlichen Vorgehen. Eine anders konzipierte Forschung hätte allerdings auch kaum eine Chance, internationalen Standards zu genügen (vgl. Eckert/Höger/Schwab 2003). Wir müssen uns, weil wir die vorgegebenen Kriterien nicht ändern können, nach ihnen richten. Und wir stehen dabei in Konkurrenz zu anderen Verfahren, der wir uns stellen müssen, ob wir wollen oder nicht.

Unabhängig davon können und sollen Gesprächspsychotherapeuten in der Praxis selbstverständlich weiterhin die Inkongruenz eines Menschen und nicht seine Symptome behandeln (vgl. Heinerths Artikel zur „Symptomspezifität und Interventionshomogenität“ 2002). Nur: Gleichzeitig müssen sie sich zur überzeugenden Dokumentation dessen, was sie tun, den wissenschaftlich generell üblichen Methoden unterziehen.

Und dabei brauchen wir uns um die Zukunft der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie keine Sorgen zu machen.

Literatur

- Ahrens, S./Schneider, W. (2002), Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin, Stuttgart (Schattauer) ²2002
- Altenhöfer, A.,/Eckert, J./Schwab, R. (2003), Efficacy of Client-Centred Psychotherapy in the Treatment of Patients with Adjustment Disorders. Poster auf dem 34th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research in Weimar, 25. – 29.6. 2003.
- Auckenthaler, A. (2001). Die Gesprächspsychotherapie vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen in Klinischer Psychologie und Psychotherapie, in: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. (Hrsg.), Visionen für ein gesellschaftliches Miteinander: Der Personzentrierte Ansatz im Zeitalter von Digitalisierung und globalem Wertewandel, Köln (GwG-Verlag), 132–139
- Auckenthaler, A./Helle, M. (2001), Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie: Entwicklungslinien, Schwerpunkte, Ergebnisse, in: Frenzel, P./ Keil, W.W./ Schmid, P.F./Stölzl, N. (Hg.), Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie: Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen, Wien (Facultas Universitätsverlag), 393–411
- Bänninger-Huber, E. (2001), Von der Erfolgsforschung zur Prozessforschung – und wieder zurück? Zum aktuellen Stand der Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum, in: Psychotherapeut 46, 348–352
- Biermann-Ratjen, E.-M./Swildens, H. (1993), Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts, in: Eckert, J./Höger, D./Linster, H. (Hg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Band 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts, Köln (GwG-Verlag), 57–76
- Biermann-Ratjen E.-M./Eckert, J./Schwartz (1997), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, (Kohlhammer) ⁸1997
- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J. (2002), Erwartungen an eine klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie, in: Strauß, B./Buchheim, A./Kächele, H. (Hg.), Klinische Bindungsforschung. Theorien-Methoden-Ergebnisse, Stuttgart (Schattauer), 9–16
- Bischof, N. (1975), A systems approach toward the functional connections of attachment and fear, in: Child Development, 46, 801–817
- Böhme, H./Finke, J./Gastpar, M./Staudinger, T. (1994), Die Veränderung von Kausalattributionen und Coping durch stationäre Gesprächspsychotherapie, in: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 44, 432–439
- Böhme, H./Finke, J./Teusch, L. (1998), Effekte stationärer Gesprächspsychotherapie bei verschiedenen Krankheitsbildern: 1-Jahres-Katamnese, in: Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 48, 20–29
- Böhme, H./Teusch, L. (1997), Abwehr in Rating-Skalen und Therapieerfolg, in: Nervenarzt, 68, 896–902
- Böhme, H., Teusch, L. & Finke, J. (2000). Stationäre störungsspezifische Gesprächspsychotherapie: Bisherige Erfahrungen mit dem Basisprogramm und Kombinationen mit VT-Reizkonfrontation oder Psychopharmaka, in M. Bassler (Hg.), Leitlinien zur stationären Psychotherapie – Pro und Contra. Mainzer Werkstatt über empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 1999, Gießen (Psychosozial-Verlag), 73–87
- Bowlby, J. (1969), Attachment and loss, Vol. 1: Attachment, New York (Basic Books)
- Bowlby, J. (1988), A secure Base. Clinical applications of attachment theory, London (Routledge)

- Cartwright, D./deBruin, J./Berg, S. (1991), Some scales for assessing personality based on Carl Rogers' theory: further evidence of validity, in: *Personality and Individual Differences*, 12, 151–156
- Cartwright, D./Mori, C. (1988), Scales for assessing aspects of the person, in: *Person-Centered Review*, 3, 176–194
- Cattell, R. B. (1963), The structuring of change by P-technique and incremental R-technique, in: Harris, C. W. (Hg.), *Problems in measuring change*, Madison (University of Wisconsin Press), 167–198
- Collins, N. L./Read, S. J. (1990), Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples, in: *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644–663
- Comer, R. J. (2001), *Klinische Psychologie*, Heidelberg (Spektrum) ²2001
- Davison, G. C./Neale, J. M./Hautzinger, M. (2002)(Hg.), *Klinische Psychologie*, Weinheim (Psychologie Verlags Union) ⁶2002
- Eckert, J. (1974), *Prozesse in der Gesprächspsychotherapie: Die Bedeutung subjektiver Erfahrungen von Klient und Psychotherapeut im Hinblick auf den Therapieverlauf und Therapieerfolg*, Unveröff. Diss., Universität Hamburg
- Eckert, J. (1995) (Hg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie: Aktuelle Ansätze und Ergebnisse*, Köln (GwG-Verlag)
- Eckert, J./Biermann-Ratjen, E.-M. (1998), The treatment of Borderline personality disorder, in: Greenberg, L. S./Watson, J. C./Lietaer G. (Hg.), *Handbook of experiential psychotherapy*, New York (Guilford), 349–367
- Eckert, J./Biermann-Ratjen, E.-M./Wuchner, M. (2000), Die langfristigen Veränderungen der Borderline-Symptomatik bei Patienten nach klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie, in: *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 50, 140–160
- Eckert, J./Bolz, W./Pfuhlmann, K. (1979), Überprüfung der Vorhersagbarkeit von psychotherapeutischen Effekten aufgrund der „Ansprechbarkeit“ des Klienten bei Gesprächspsychotherapie und dynamischer Kurztherapie, in: *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 8, 169–180
- Eckert, J./Höger, D./Schwab, R. (2003), Development and current state of the research on client-centered psychotherapy (CCT) in the German language region, in: *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2, 3–18
- Eckert, J./Schwartz, H. J./Tausch, R. (1977), Klienten-Erfahrung und Zusammenhang mit psychischen Änderungen in der personenzentrierten Gesprächspsychotherapie, in: *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 6, 177–184
- Eckert, J./Wuchner, M. (1994), Frequenz – Dauer – Setting in der Gesprächspsychotherapie heute. Teil I: Einzeltherapie bei Erwachsenen, in: *GwG-Zeitschrift*, 95, 17–20
- Elliott, R. (2002), The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis, in: Cain, D. J./Seeman, J. (Hg.), *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice*, Washington, DC (American Psychological Association), 57–81
- Elliott, R./Greenberg L. S./Lietaer, G. (2004), Research on experiential psychotherapies, in: Lambert, M. J. (Hg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. Fifth Edition*, New York (John Wiley & Sons), 493–539
- Finke, J. (1994), *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*, Stuttgart (Thieme)
- Finke, J./Böhme, H./Teusch, L. (2000), Differentielle Effekte stationärer Gesprächspsychotherapie bei Angst und Depression, in: Bassler, M. (Hg.), *Leitlinien zur stationären Psychotherapie – Pro und Contra. Mainzer Werkstatt über empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 1999*. Gießen (Psychosozial-Verlag), 102–114
- Finke, J. & Teusch, L. (1999), Psychotherapiemanual: Entwurf zu einer manualgeleiteten Gesprächspsychotherapie der Depression, in: *Psychotherapeut*, 44, 101–107
- Frohburg, I. (1990), 20 Jahre Gesprächspsychotherapie in der DDR, in: *GwG Zeitschrift*, 21 (80), 215–222
- Frohburg, I. (2001), „Worüber wird denn eigentlich in Psychotherapien gesprochen?“ Eine Analyse von Falldokumentationen, in: Langer, I. (Hg.), *Menschlichkeit und Wissenschaft: Festschrift zum 80. Geburtstag von Reinhard Tausch*, Köln (GwG-Verlag), 257–271
- Frohburg, I. (in Druck), Katamnesen zur Gesprächspsychotherapie: Überblicksarbeit, in: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*
- Frohburg, I./Auckenthaler, A. (1996), Die Gesprächspsychotherapie in der universitären Ausbildung und Forschung in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Bestandsaufnahme, in: *GwG Zeitschrift* 103, 14–18
- Frohburg, I./Sachse, R. (1992), Steuerungseffekte im Verlauf der Psychotherapie oder: Wann arbeiten Klienten am effektivsten an der Klärung eigener Motive? In: Sachse, R. (Hg.), *Neue Handlungskonzepte in der Klientenzentrierten Psychotherapie. Eine grundlegende Neuorientierung*, Heidelberg (Asanger), 95–108
- Grawe, K. (1976), *Differentielle Psychotherapie 1: Indikation und spezifische Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie*, Bern (Huber)
- Grawe, K./Donati, R./Bernauer, F. (1994), *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*, Göttingen (Hogrefe)
- Heinerth, K. (2002), Symptomspezifität und Interventionshomogenität, in: *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 33, 23–26
- Helm, J. (1974), Eine vorläufige Kurzform des Persönlichkeits-Q-Sorts (Butler und Haigh), in: Helm, J./Kasielke, E./Mehl, J. (Hg.), *Neurosendiagnostik*, Berlin (Deutscher Verlag der Wissenschaften), 39–56
- Helm, J. (1978), *Gesprächspsychotherapie. Forschung – Praxis – Ausbildung*, Berlin (VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften)
- Höger, D. (1993), Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung – die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, in: Eckert, J./Höger, D./Linster, H. (Hg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*, Band 1. Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts, Köln (GwG-Verlag), 17–41
- Höger, D. (1995a), Deutsche Adaptation und erste Validierung des „Feelings, Reactions and Belief Survey“ (FRBS) von Desmond S. Cartwright. Ein Beitrag zur konzeptorientierten Erfassung von Effekten der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, in: Eckert, J. (Hg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie. Aktuelle Ansätze und Ergebnisse*, Köln (GwG-Verlag), 167–183
- Höger, D. (1995b), Unterschiede in den Beziehungserwartungen von Klienten. Überlegungen und Ergebnisse zu einem bindungstheoretisch begründeten und empathiebestimmten differentiellen Vorgehen in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *GwG-Zeitschrift*, 100, 47–54
- Höger, D. (1997), Der Beitrag der Gesprächspsychotherapie zu einer allgemeinen Psychotherapientheorie, in: Mandl, H. (Hg.), *Bericht über den 40. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in München 1996*, Göttingen (Hogrefe), 667–673
- Höger, D. (1998), Bindungstheoretische Aspekte der psychotherapeutischen Beziehung. Posterpräsentation auf dem 41. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Dresden 1998.
- Höger, D. (1999), Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). Ein Verfahren zur Erfassung von Bindungsstilen bei Psychotherapie-Patienten, in: *Psychotherapeut*, 44, 159–166

- Höger, D. (2000), „Ist das noch GT, wenn ich ...?“ – Was ist eigentlich Gesprächspsychotherapie? in: *Psychotherapeuten Forum. Praxis und Wissenschaft*, 7 (5), 5–17
- Höger D./Buschkämper, S. (2002), Der Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE). Ein alternativer Vorschlag zur Operationalisierung von Bindungsmustern mittels Fragebögen, in: *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23, 83–98
- Höger, D./Eckert, J. (1997), Der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB). Ein Verfahren zur Erfassung von Aspekten des „Post-Session Outcome“ bei Psychotherapien, in: *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 129–137
- Höger, D./Wissemann, N. (1999), Zur Wirkungsweise des Faktors „Beziehung“ in der Gesprächspsychotherapie. Eine empirische Studie, in: *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47, 374–385
- Hogrefe – Verlag für Psychologie (2003)(Hg.), *Psychologie Kalender 2003*, Göttingen (Hogrefe)
- Iseli, C./Keil, W. W./Korbei, L./Nemeskeri, N./Rasch-Owald, S./Schmid, P. F./Wacker, P. G. (2002) (Hg.), *Identität – Begegnung – Kooperation: Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*, Köln (GwG-Verlag)
- Jacobs, S./Heymann, A./Kuhn-Sürig, T. (2002), Effekte eines Multimedia-Trainingsprogramms schwieriger Therapiesituationen, in: *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* 33, 301–306
- Keil, W. W. (2001), Klientenzentrierte Therapietheorie, in: Frenzel, P./Keil, W. W./Schmid, P. F./Stölzl, N. (Hg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*. Wien (Fakultas), 119–146
- Keil, W. W./Stumm, G. (2002)(Hg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie*, Berlin (Springer)
- Kriz, J. (2001), *Grundkonzepte der Psychotherapie*, Weinheim (Psychologie Verlags Union) 2001
- Kröner-Herwig, B./Fydrich, T./Tuschen-Caffier, B. (2000), Ausbildung für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Ergebnisse einer Umfrage. <http://www.klinische-psychologie-psychotherapie.de/Ausb-Umfrage.pdf>
- Kuppardt, A. (1999). Bindungsmuster und soziale Unterstützung. Unveröffentlichte Diplom-Arbeit, Universität Bielefeld.
- Langer, I. (2001), Die Untersuchungen des Hamburger Teams um Reinhard Tausch zur Gesprächspsychotherapie und zur Klinischen Psychologie in Kurzzusammenfassungen, in: Langer, I. (Hg.), *Menschlichkeit und Wissenschaft: Festschrift zum 80. Geburtstag von Reinhard Tausch*, Köln (GwG-Verlag), 209–231
- Luborsky, L./Singer, B./Luborsky, L. (1975), Comparative studies of psychotherapies: Is it true that „Everybody has won and all must have prizes“? in: *Archive of General Psychiatry*, 32, 995–1008
- Luborsky, L./Diguier, L./Seligman, D. A./Rosenthal, R./Krause, E. D./Johnson, S./Halperin, G./Bishop, M./Berman, J. S./Schweizer, E. (1999), The researcher’s own therapy allegiances: A „wild card“ in comparisons of treatment efficacy, in: *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95–106
- Luborsky, L./Rosenthal, R./Diguier, L./Andrusyna, T. P./Berman, J. S./Levitt, J. T./David, A./Seligman, D. A./Krause, E. D. (2001), The Dodo bird verdict is alive and well – mostly, in: *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 2–12
- Main, M. (1990), Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies, in: *Human Development*, 33, 48–61
- Meyer, A. E./Richter, R./Grawe, K./Schulenburg, J.-M. von der/Schulte, D. (1991), Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Hamburg: Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf.
- Nord, C./Höger, D./Eckert, J. (2000), Bindungsmuster von Psychotherapeuten, in: *Persönlichkeitsstörungen*, 4, 76–86
- Plessen, U. (1982), *Verlaufs- und Erfolgskontrolle im psychotherapeutischen Prozeß*, Göttingen (Hogrefe)
- Plog, U. (1976), *Differentielle Psychotherapie II: Der Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen und spezifischen Therapieeffekten im Vergleich von Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie*. Bern (Huber)
- Reimer, C./Eckert, J./Hautzinger, M./Wilke, E (2000), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. 2. Aufl., Berlin Heidelberg (Springer)
- Rogers, C. R. (1959), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, S. (Hg.), *Psychology: a study of a science*, Vol. 3, New York (McGraw Hill), 184–256
- Sachse, R. (1992), *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie: Eine grundlegende Neukonzeption*, Göttingen (Hogrefe)
- Sachse, R. (1995), *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie: Effektive psychotherapeutische Strategien bei Klienten und Klientinnen mit psychosomatischen Magen-Darm-Erkrankungen*, in: Eckert, J. (Hg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie: Aktuelle Ansätze und Ergebnisse*, Köln (GwG-Verlag), 27–49
- Sachse, R. (1998), Treatment of psychosomatic problems, in Greenberg, L. S./Watson, J. C./Lietaer, G. (Hg), *Handbook of experiential psychotherapy*, New York/London (Guilford), 295–327
- Sachse, R. (1999), *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*, Göttingen (Hogrefe)
- Sachse, R. (2002), Process-outcome research on humanistic therapy variables, in: Cain/D. J./Seeman, J. (Hg.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*, Washington, DC (American Psychological Association), 83–115
- Schulz, W./Pelster, C. (2002), Das Übertragungsphänomen in der Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, in: *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 33, 12–22
- Schützmann, K./Laleik, S./Eckert, J./Biermann-Ratjen, E.-M. (2003), *Gesprächspsychotherapie der Bulimia nervosa. Ein Leitfaden zur ambulanten klientenzentrierten Psychotherapie bei Bulimia nervosa*. Unveröff. Manuskript, Universität Hamburg, Psychologisches Institut III
- Schwab, R. (1997), *Einsamkeit: Grundlagen für die klinisch-psychologische Diagnostik und Intervention*, Bern (Huber)
- Schwab, R. (2001), *Gruppenpsychotherapie gegen Einsamkeit. Vorliegende Ansätze und Erfahrungen mit einem personenzentriert-erweiterten Konzept*, in: Langer, I. (Hg.), *Menschlichkeit und Wissenschaft: Festschrift zum 80. Geburtstag von Reinhard Tausch*, Köln (GwG-Verlag), 325–338
- Schwab, R./Liese, G. (2000), Burnout und Persönlichkeit bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: Ein Vergleich zwischen Gesprächspsychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten, in: *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 31, 45–51
- Senf, W./Broda, M. (Hg.) (2000), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie*. 2. Aufl., Stuttgart (Thieme)

- Speierer, G.-W. (1994), Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung, Heidelberg (Asanger)
- Strauß, B./Eckert, J. (1994), Dimensionen des Gruppenerlebens. Zur Skalenbildung im Gruppenerfahrungsbogen, in: Zeitschrift für Klinische Psychologie, 23, 188–201
- Strauß, B./Hohagen, F./Caspar, F. (im Druck). Lehrbuch Psychotherapie, Göttingen (Hogrefe)
- Stumm, G./Wiltschko, J./Keil, W.W. (2003), Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung, Stuttgart (Pfeiffer bei Klett-Cotta)
- Tausch, R. (1976), Ergebnisse und Prozesse der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei 550 Klienten und 115 Psychotherapeuten, in: Jankowsky, P./Tscheulin, D./Fietkau, H.-J./Mann, F. (Hg.), Klientenzentrierte Psychotherapie heute, Göttingen (Hogrefe), 60–73
- Teusch, L. (2002), Personzentrierte Angstforschung: Störungsbezogenes Vorgehen und Ergebnisse, in: Person, 2, 55–59
- Teusch, L./Böhme, H. (1999), Is the exposure principle really crucial in agoraphobia? In: Psychotherapy Research, 9, 115–123
- Teusch, L./Böhme, H./Finke, J. (2001), Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation bei Agoraphobie mit Panikstörung, in: Nervenarzt, 72, 31–39
- Teusch, L./Böhme, H./Gastpar, M. (1997), The benefit of an insight oriented and experiential approach on panic and agoraphobia symptoms: Results of a controlled comparison of client-centered therapy and a combination with behavioral exposure, in: Psychotherapy and Psychosomatics, 66, 293–301
- Teusch, L./Finke, J. (1995), Die Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung bei Panik und Agoraphobie, in: Psychotherapeut, 40, 88–95
- Tscheulin, D. (2001), Würzburger Leitfaden (WLF) zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle Personzentrierter Beratung und Psychotherapie. Version 3: neu überarbeitet und ergänzt, Köln (GwG-Verlag)
- Tscheulin, D./Trouw, C./Walter-Klose, C. (2000), Personzentrierte Klassifikation von Patienten: Eine Vierergruppierung und ihre Zusammenhänge mit ICD-10-Kategorien und Effektivitätsmaßen bei stationärer Psychotherapie, in: Speierer, G.-W. (Hg.), Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie, Bonn (GwG-Verlag), 49–74
- Tscheulin, D./Walter-Klose, Ch./Wellenhöfer, G. (2000), Effektivität personzentrierter stationärer Psychotherapie an der Hochgrat-Klinik: Ein Überblick zur Qualitätssicherung bei 1550 Patienten, in: Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung, 1, 35–44
- Zielke, M./Kopf-Mehnert, Chr. (1978), Der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV), Weinheim (Beltz)

Autoren:

Reinhold Schwab, 1942, Priv.-Doz. Dr. phil. habil., Dozent am Psychologischen Institut III der Universität Hamburg, Arbeitsbereich Gesprächspsychotherapie. Psychologischer Psychotherapeut, Ausbilder in der GwG.

Forschungsschwerpunkte: Spezielle Aspekte der Klientenzentrierten Psychotherapie; Klinische Psychologie der Einsamkeit; störungsrelevante Einstellungen.

Jochen Eckert, 1940, Dr. phil. habil., Ord. Univ.-Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie. Leiter des Arbeitsbereiches Gesprächspsychotherapie des Psychologischen Instituts III der Universität Hamburg. Präsident der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG). Mitherausgeber der Fachzeitschriften PSYCHOTHERAPEUT, Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie (PTT), Zeitschrift für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik.

Forschungsschwerpunkte: Psychotherapieforschung, Diagnostik und Therapie von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Diether Höger, 1936, Dr., Univ.-Prof. (emer.) für Psychologie an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Bielefeld, Klinischer Psychologe, Psychotherapie, Ausbildung und Qualifikation als Ausbilder in Gesprächspsychotherapie.

Forschungsschwerpunkte: Psychotherapieforschung (insbesondere therapeutische Beziehung) und Bindungstheorie.

Korrespondenzadressen:

Priv.-Doz. Dr. Reinhold Schwab
Psychologisches Institut III der Universität Hamburg
Von-Melle-Park 5
D-20146 Hamburg
E-Mail: rschwab@uni-hamburg.de

Prof. Dr. Jochen Eckert
Psychologisches Institut III der Universität Hamburg
Von-Melle-Park 5
D-20146 Hamburg
E-Mail: jeckert@uni-hamburg.de

Prof. em. Dr. Diether Höger
Barlachstraße 36
D-33613 Bielefeld
E-Mail: diether.hoeger@uni-bielefeld.de

Jürgen Kriz

50 Jahre empirische Psychotherapieforschung: Rückblicke – Einblicke – Ausblicke

Zusammenfassung: Im ersten Teil, Rückblicke, wird Carl Rogers Beitrag zur Psychotherapieforschung unter inhaltlichen und methodologischen Gesichtspunkten gewürdigt. Es wird deutlich, dass viele der heutigen APA-Kriterien für Psychotherapieforschung erstmalig von Rogers entwickelt wurden.

Im zweiten Teil, Einblicke, werden die starken Einflüsse ideologie-gefärbter, stillschweigender Annahmen diskutiert, welche den heutigen Debatten über Psychotherapieforschung unterschwellig zugrunde liegen. Die Bedeutsamkeit der Aspekte „Rechtfertigungsforschung“, „Prozessforschung“ und „Grundlagenforschung“ werden gegeneinander abgewogen. Ferner wird die übliche Unterscheidung in qualitative und quantitative Ansätze kritisch hinterfragt.

In dritten Teil, Ausblicke, wird ein Plädoyer dafür gehalten, endlich die klassisch-mechanistischen Modelle und Metaphern zu überwinden, die selbst unsere Humanistischen Ansätzen immer noch durchziehen. Die Einführung lebensadäquater Modelle, wie sie z. B. die moderne Systemforschung anbietet, würde nicht nur den Anliegen Humanistischer Psychologie mehr Rechnung tragen, sondern der Psychotherapie-Debatte zudem den Anschluss an die interdisziplinären Diskurse ermöglichen.

Schlüsselwörter: Personzentrierter Ansatz, Forschung, Methoden, qualitative-quantitative Forschung, Systemtheorie

Resumée: 50 Années de recherche empirique en psychothérapie: un regard rétrospectif, l'actualité et les perspectives d'avenir. Dans la première partie, regard rétrospectif, la contribution de Carl Rogers à la recherche psychothérapeutique est appréciée. Beaucoup de critères que l'APA applique aujourd'hui furent développés pour la première fois par Rogers.

Dans la deuxième partie, l'actualité, l'auteur aborde les hypothèses implicites qui sous-tendent subtilement les débats actuels sur la recherche psychothérapeutique et qui sont bien importantes. L'importance des trois aspects « recherche validante », « recherche sur le processus » et « recherche des fondements » est comparée. De plus la distinction habituelle entre une approche qualitative et une approche quantitative est soumise à un examen critique.

La troisième partie, perspectives d'avenir, présente un plaidoyer pour que nous surmontions finalement les modèles et les métaphores classiques-mécaniques qui sont encore présents dans nos approches humanistes. Il est nécessaire de les remplacer par des modèles plus adéquats en ce qui concerne la vie, comme par exemple ceux de la recherche systémique. C'est-à-dire, si l'on remplace les principes mécaniques (le contrôle, l'homogénéité, l'absence d'histoire, la linéarité et la continuité, la fixité et le simple lien de cause à effet) par des principes scientifiques modernes (le développement et le déploiement, l'émergence, la transition de phases, la présence d'histoire, la non-linéarité, la dynamique, la contextualité et la causalité écologique-holistique), on aboutit à des principes qui correspondent aux idées fondamentales de la Psychologie Humaniste. Ainsi le débat sur la psychothérapie non seulement pourrait se rattacher aux discours interdisciplinaires, mais surtout, et ce serait plus important, nos métaphores, qui s'opposent à la vie et à l'expérience, pourraient finalement être remplacées par des métaphores plus convenables.

Mots-clés: Approche centrée sur la personne, recherche, méthodes, recherche qualitative-quantitative, théorie systémique

Abstract: 50 Years of Empirical Research in Psychotherapy: Retrospection—Inspection—Expectation. The first part, retrospection, shows that the great contribution of Carl Rogers' research was not only in content but also in method. Many of the present APA criteria of psychotherapeutic research were developed by Rogers.

The second part, inspection, discusses the great influence of tacit ideological assumptions on modern controversies about research methods. In addition, three different motives of research—"justification", "process-orientation" and "basic research orientation"—are revisited within the context of "qualitative" and "quantitative" methods.

The third part, expectations, is a plea to overcome the classical mechanistic models and metaphors which underlie even the humanistic approaches. If one replaces mechanistic principles (control, homogeneity, non-historical view, linearity and continuity, statics, and simple local causality) with more modern systems oriented principles (development, unfolding, emergence, phase-transition, systems-history, non-linearity, dynamics, contextuality, and ecological or holistic causality) then these principles correspond very well to the fundamental principles of psychotherapy. As a consequence, by using these models research in psychotherapy will not only catch up with the interdisciplinary discourse but will replace misleading and life-hostile metaphors by more adequate ones.

Keywords: *Person-centered approach, Research, Methods, qualitative-quantitative research, systems-theory*

1 Rückblicke

Die empirische Psychotherapieforschung kann im Jahr 2004 ein Jubiläum verzeichnen: Vor 50 Jahren erschien mit dem Werk von Rogers/Dymond (1954 a) ein Meilenstein, der auch für heutige Psychotherapieforschung noch richtungsweisend ist, da nach wie vor die Entwicklung einer theorieadäquaten Methodik eine Herausforderung darstellt. Das Besondere an Rogers Forschungsansatz war, dass nach Jahrzehnten veröffentlichter und diskutierter Fallstudien im Kontext psychoanalytischer Ansätze – was natürlich auch einen Ansatz empirischer und wissenschaftlicher Forschung darstellt – erstmals Therapien aufgezeichnet, systematisch diagnostische Verlaufsdaten erhoben, und nach Patientengruppen zusammengestellt statistisch analysiert wurden. Kontroll- und Wartegruppensigns wurden erstmals entwickelt, ein beachtlicher Teil der damals verfügbaren psychologisch-diagnostischen Tests wurde eingesetzt und neue, spezifisch an der Theorie der Persönlichkeit und der Personzentrierten Psychotherapie (PCA) ausgerichtete Verfahren wurden neu konzipiert und evaluiert.

Die Differenziertheit seiner theoretischen Konzeption ermöglichte es Rogers zudem, auch im Bereich der Prozessforschung Neuland zu betreten. Dazu entwickelte er mit seinen Mitarbeitern beispielsweise eine spezielle Form eines Q-Sorts in dem 100 Statements („Ich bin liebenswert“, „Ich bin ein harter Arbeiter“) nach dem Selbstbild, dem Idealbild und dem Bild „eines normalen Menschen“ auf einer Skala von 1-9 sortiert wurden. Diese Daten mit dem SIO-Q-Sort („Self“, „Ideal“, „Ordinary“) wurden zu Beginn, am Ende und während der Therapie erhoben und erlaubten so über Kreuzkorrelationen differenzierte Analysen des Therapieverlaufs auf Variablen, die für die Theorie bedeutsam sind.

Zwar hatte Rogers mit seinen Aufzeichnungen und Analysen von Therapiegesprächen auch schon früher in einer Reihe von Arbeiten Grundsteine der empirischen Psychotherapieforschung gelegt. So wird bereits im Jahrbuch der Encyclopedia Britannica von 1950 Rogers Forschung wie folgt aufgeführt und gekennzeichnet: „Diese Schritte Rogers, seine Methode der nicht-direktiven Therapie wissenschaftlicher Testbarkeit zugänglich zu machen, sind ein Meilenstein für die Klinische Psychologie“ (Übers. J. K.). Doch die nach vielen Aspekten durchgeführten Forschungen, die im o.a.

Band von 1954 zusammengefasst sind, stellten die Forschung auf neue Grundlagen. Selbst in seinem Lehrbuch über „Differentielle Psychologie“ widmet Hofstätter (1971), der die Entwicklung der empirischen Psychologie in Deutschland maßgeblich vorangetrieben hat, dieser Q-Sort-Forschung Rogers ein Kapitel.

Dies belegt, wie stark der wissenschaftliche Impact von Rogers Forschung auch über die Klinische Psychologie hinaus war. Kein Wunder also, dass Rogers 1956 mit zwei Kollegen als erster den Wissenschaftspreis („Distinguished Scientific Contribution Award“) der „American Psychological Association (APA)“ zugesprochen bekam. Wobei es in der Begründung heißt: „... für die Entwicklung einer originellen Zugangsweise, um die Beschreibung und Analyse von Psychotherapieprozessen zu objektivieren, für die Formulierung einer testbaren Theorie von Psychotherapie und ihrer Effekte auf die Persönlichkeit und das Verhalten, und für extensive, systematische Forschung, um die Bedeutsamkeit der Methode zu zeigen und die Implikationen auf die Theorie zu untersuchen und zu überprüfen. Seine ... flexible Anwendung wissenschaftlicher Methoden mit denen er die sehr schwierigen Probleme im Zusammenhang mit dem Verständnis und der Veränderung des Individuums anging, haben diesen bedeutsamen psychologischen Bereich innerhalb der Grenzen der wissenschaftlichen Psychologie vorangetrieben.“ (Übers. J. K.)

Interessant ist Rogers Verhältnis gegenüber dem Behaviorismus, wie es sich in drei veröffentlichten Debatten mit B. F. Skinner niederschlug – wobei eine der Debatten so große Beachtung fand, dass sogar in Science publiziert wurde: Im Kern widersprach Rogers keineswegs Skinners Annahme, dass eine Kombination aus genetischen Faktoren und Verstärkern sowohl zur Erklärung als auch zur Kontrolle von Verhalten eine bedeutsame theoretische Perspektive darstellen können. Aber er bezweifelte, dass die äußeren Einflüsse auf den Organismus eine hinreichende Erklärung für alles Verhalten sei, wie Skinner behauptete, und insistierte darauf, dass Verhalten ebenfalls von kreativen und integrativen Prozessen des Organismus selbst bestimmt sein kann. Und im Gegensatz zur Forschungsfrage Skinners, wie diese (Außen-) Kontrolle effektiver gestaltet werden könne, ging es Rogers eher um eine Vergrößerung der Effektivität von (innerer) Selbst-Lenkung, Selbst-Aktualisierung, Kreativität und Fähigkeit zur Adaptation.

Was also gelegentlich fälschlich als Rogers „Ablehnung von Diagnostik“ kolportiert wird, ist in Wirklichkeit eine differenzierte kritische Position gegen die Einseitigkeit der traditionell logisch-positivistischen Forschungsperspektive. Gerade in Bezug auf die Psychologie und menschliche Beziehungen schien ihm dieser Ansatz zu enge Grenzen vorzugeben. Die ihm wirklich wichtigen Fragen wurden zu wenig angegangen, zu sehr auf leicht zu erhebende „Outcomes“ reduziert und die Klienten zu sehr objektiviert und dehumanisiert. Für Rogers theoretische Konzeption wie auch für seine empirische Forschung wurde es zunehmend wichtiger, das phänomenale Feld und die Frage, wie man seinem Tun und Leben Bedeutung verleiht, zu berücksichtigen, statt nur einseitig von außen zu diagnostizieren und zu beschreiben. Gleichwohl warb Rogers in seiner Zeit an den Universitäten von Chicago und Wisconsin die für damalige Verhältnisse ungeheure Summe von über 1,15 Millionen US-Dollar für seine empirische Psychotherapieforschung ein.

2 Einblicke

2.1 Forschung als Politikum

Heute, 50 Jahre später, finden wir die Diskurse über Psychotherapieforschung durch gesellschaftliche Trends in drei miteinander verwobenen Aspekten stark irrational beeinflusst: Erstens wird die zunehmende Komplexität ökonomischer, verwaltungstechnischer und medialer Prozesse mit ihren globalen Wechselwirkungen zunehmend als bedrohliche und verunsichernde Herausforderung empfunden. Als Reaktion darauf sind Reduktionismen aller Art, die einfache, griffige Lösungen, Sicherheiten und Wahrheiten versprechen, auf dem Vormarsch. Dies ist, zweitens, verbunden mit den Strukturgesetzen unserer zunehmenden Medien-Gesellschaft. Information wird vorzugsweise in 45-Sekunden-Takes präsentiert. Da bleibt für lange, komplexe Ausführungen keine Zeit. Problemanalysen verkommen zur Reduktion auf ein oder zwei „Faktoren“ oder „Ursachen“, die man mit ebenso einfachen Rezepten korrigieren will. Drittens wird dieser Trend durch die ökonomische Krise der Industrienationen verstärkt, in der für soziale Aufgaben immer weniger Geld zur Verfügung gestellt wird. Da nach wie vor das einzige Rezept für die Überwindung solcher Krisen im Wirtschaftswachstum gesehen wird, ordnet man alles dem Primat kurzfristiger ökonomischer Effektivität unter, deren Strukturen auch Bereiche überziehen, die sich üblicherweise nicht so einfach „rechnen“ lassen. Doch wird eine solche ideologische Verklammerung über Hilfskonzepte hergestellt, welche die eigentlichen Ziele begrifflich verschleiern: In der Debatte um „Qualität“ und „Qualitätssicherung“ geht es vor allem um finanzielle Einsparungen – d. h. um die Frage, wie das Herunterfahren von finanziellen Randbedingungen, die bisher wesentlich für Qualität mit gesorgt haben, ohne allzu großen Schaden (oder allzu großes Aufsehen) vonstatten gehen kann. Und nicht zufällig heißt das in diesen Tagen

in Niedersachsen verordnete Programm, bei dem es lediglich um die rasche und drastische Reduzierung von Professoren und Personal an den Universitäten geht, „Hochschuloptimierungskonzept“.

Dieses reduktionistische Klima und eine radikale Konkurrenz um fast leere Kassen, die manche als Ansporn empfinden, anderen das Wasser abzugraben, ist für einen komplexen Ansatz wie den PCA, die sich zudem einer humanistischen Grundhaltung verpflichtet fühlt, leider nicht sonderlich gedeihlich. Aber anderswo treibt es seltsame Blüten. So ist in einer wissenschaftlich aufgemachten Werbebroschüre für ein Ausbildungsinstitut in „Klärungsorientierter Psychotherapie“ neben umfangreichen Verunglimpfungen des PCA die Behauptung zu lesen, „Klassische Gesprächspsychotherapie (Rogerianischer Prägung) erweist sich in Effektivitätsstudien durchweg als nur mäßig effektiv. Die durchschnittlichen Effektstärken liegen bei 1.24 ... Zielorientierte Gesprächspsychotherapie weist Effektstärken von 2.3 auf. Damit ist sie so effektiv wie Kognitive Therapie“ (Sachse 2003).

Mir scheint es sinnvoll, diese Behauptung etwas näher zu analysieren. Dabei geht es mir weniger um diese Behauptung selbst. Vielmehr ist sie leider als exemplarisch für eine Vorgehensweise anzusehen, bei der scheinbar wissenschaftlich fundierte, methodisch korrekt und exakt (2 Stellen hinter dem Komma!) erbrachte „Befunde“ vorgetragen werden, mit denen man die methodisch wenig versierte Öffentlichkeit und Politiker im gewünschten Sinne beeindrucken kann. Solches „Befunde“ durchziehen in ähnlicher Form und auch bezogen auf andere Ansätze die Debatten über Psychotherapieforschung zum Zwecke der Diskreditierung. Und vielen ist nicht klar, auf welch wackeligen und ungeprüften Vorannahmen diese vermeintlichen „Befunde“ beruhen. Daher wollen wir kurz an diesem exemplarischen Beispiel der Frage nachgehen, was an stillschweigenden Vorannahmen zugrunde gelegt werden muss, damit eine solche Aussage mehr wäre als wissenschaftlich verbrämter Unsinn?

Dabei wollen wir sogar außer Acht lassen, dass „Effektstärke“ ein Fachbegriff ist, der sich primär auf die statistische Diskriminierung zweier Verteilungen bezieht und keineswegs identisch sein muss mit therapeutischem Effekt oder Heilerfolg. (vgl. Kriz 2000 c).

Wichtiger ist eher die Frage, was es überhaupt heißen soll, „die durchschnittlichen Effektstärken liegen bei 1.24“? Im Gegensatz zur Pharmaforschung kann das „Produkt Gesprächspsychotherapie“ nicht synthetisch rein hergestellt und appliziert werden. Somit ist es keineswegs irrelevant, welche Therapeuten man die zu beforschenden Therapien durchführen ließ. Eine möglichst repräsentative Auswahl? (Woher gewann man die Basisinformation dafür?) Müsste man nicht möglichst erfahrene Therapeuten nehmen? Was aber heißt das – und: wie realistisch ist es, anzunehmen, dass erfahrene Therapeuten in den Studien genau „Klassische Gesprächspsychotherapie (Rogerianischer Prägung)“ durchgeführt haben? Wählte man (was wohl realistisch ist) jene, die man gerade bekommen konnte: Waren das dann nicht eher jene, die vielleicht unter Patientenmangel litten – oder vielleicht überzufällig Anfänger oder gar Studenten mit ein paar Trainingskursen? Was würde man von der Argumentation halten:

„Beethoven kann man am Klavier nicht spielen – klingt schauerlich! Wir haben es mehrfach von ein paar Studenten ausprobieren lassen!“

Selbst „Klassische Gesprächspsychotherapie (Rogerianischer Prägung)“ wurde also in der Realität üblicherweise durch Therapeuten repräsentiert, die ihre Therapie von unterschiedlichen Ausgangsbedingungen (Lebens- und Bildungs(ver)läufen), in unterschiedlichen Ausbildungsstätten und mit einer erheblichen Varianz an theoretischen und praktischen Vorstellungen erlernt haben, und sich (spätestens!) danach (hoffentlich!) auch um andere Konzepte und Vorgehensweisen von Therapie gekümmert haben – kurz: ihre therapeutische Kompetenz und Vorgehensweise verändert haben. Das gilt natürlich analog auch für andere Therapieformen und Therapeuten – jedenfalls solange noch keine monoklonen Therapeuten für monoklonale Patienten genormte Therapien vollstrecken (vgl. Kriz 2002). Was also kann „Therapie A“ mehr bedeuten, als eine sehr heterogene Menge an Therapeuten, die mit heterogenen Kompetenzen, Vorstellungen und Vorgehensweisen sich einem therapeutischen Ansatz „A“ zuordnen (genauer: dem meist zusätzlich ebenfalls heterogenen Ideen-Konglomerat unter der Bezeichnung „A“).

Welche Studien werden einbezogen? Wie begründet sich die Auswahl? Wie wird mit unterschiedlichen Stichproben, mit unterschiedlicher Anzahl von Erfolgskriterien umgegangen. Und wie wird „Therapie-Erfolg“ überhaupt definiert und gemessen? Ein kleiner Blick in die Debatte klinischer Psychologie zeigt, dass dies keineswegs klar ist. Schon hinsichtlich der inhaltlichen Ziele, was überhaupt erstrebenswert ist, herrscht keineswegs Konsens. Für ein großes Spektrum sog. „chronischer Krankheiten“ – angefangen von schwerer Schizophrenie, Hirnschädigungen, Asthma, Diabetes, etc. – oder anderer nicht (mehr) heilbarer Krankheiten wie z. B. Krebs hat sich das Konzept der „Bewältigung“ durchgesetzt, bei dem eben eine „Ausheilung“ der Primärsymptome nicht als sinnvoller Therapie-Erfolg angestrebt werden kann, sondern eine Erhöhung der „Lebensqualität“ und ein „erträglicher Umgang“ mit der Krankheit. Doch wie sind diese – ebenfalls wohl nicht von jedem gleich verstandenen – Begriffe zu definieren? Und selbst dann, wenn man hinsichtlich der Konzept-Definitionen weit mehr Einigkeit hätte, als faktisch vorherrscht: Wie werden diese denn nun konkret operationalisiert und gemessen, d. h. an welchen konkreten empirisch erfassbaren Größen wird das Konzept denn festgemacht?

Noch gar nicht zur Sprache gekommen sind jene Fragen, um die in der Literatur über Psychotherapie-Forschung gemeinhin so viel Aufhebens gemacht wird: Wurden Vergleiche „vorher/nachher“ (d. h. ein pre-post-Design) durchgeführt, oder aber Verlaufsstudien (Panelanalyse), bei der zu vielen Zeitpunkten die Information erhoben wurde? Wie waren die Kontrollgruppen zusammengesetzt, die den Therapie-Erfolg gegen Zufallseinflüsse bzw. Spontanremission sichern (d. h. gegenüber der Tatsache, dass sich auch bei einem Teil der unbehandelten Patienten nach einer Zeit „Besserung“ einstellt)? Wie umfangreich und nach welchen Kriterien wurde die Stichprobe der Patienten erhoben?

Doch diese Probleme sind vergleichsweise einfach zu lösen im Vergleich zu viel grundlegenden Fragen – etwa die, welche Modelle von „Ursache-Wirkung“ wir unseren Überlegungen zugrundelegen. Psychotherapieforscher reden gern davon, dass die unterschiedlichen Faktoren, die den Erfolg einer Therapie beeinflussen, miteinander vernetzt sind. Wenn wir ernst nehmen, was die moderne naturwissenschaftlich fundierte Systemtheorie uns lehrt, dann sind in komplex vernetzten Systemen diskontinuierliche Verläufe zu erwarten. Daraus würde aber folgen, dass z. B. keine Gruppenvergleiche derart durchgeführt werden dürften, dass die Veränderungen auf Datenniveau aggregiert (d. h. zusammengefasst – etwa über Mittelwertbildung) werden. Je nach individuellem Ausgangspunkt (der zu erheben wäre) kann nämlich ggf. eine „große Ursache“ dann keine Wirkung, eine „kleine Ursache“ eine große Wirkung entfalten.

Diese eher anekdotische Schilderung nur weniger Fragen (vgl. Kriz 1996) hat wohl deutlich werden lassen, welche immensen theoretischen und konzeptionellen Probleme und Schwierigkeiten zu lösen wären, bevor man die aufgeworfenen Fragen einigermaßen kompetent und einheitlich so entscheiden könnte, dass die Basis für ein „Herumrechnen“ im Sinne der obigen Aussage mehr als nur wissenschaftlich verbrämter Unsinn wären. Doch zur Aufwertung des eigenen Ansatzes und zur Diskreditierung anderer lassen sich solche Zahlen – mit zweistelliger „Genauigkeit“ hinterm Komma – gut im Rahmen der o. a. „45-Sekunden-Takes“ in die Welt setzen.

Dies ist besonders bedrohlich, weil im deutschen Sprachraum derzeit versucht wird, eine völlig einseitige Sicht von „Wissenschaftlichkeit“ in der Psychotherapieforschung durchzudrücken. So wählte der sog. „Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie“, der in der BRD über die „wissenschaftliche Anerkennung“ von Psychotherapieverfahren zu befinden hat, eine Definition, die „wissenschaftlich“ ausschließlich auf „Effektivität“ und diese wiederum auf eine an der Pharmaforschung orientierte Labor-Effektivität („Efficacy“) reduziert und beschränkt. In der Schweiz wurde die Diskussion in ähnliche Weise zu führen versucht (Ehlert 2002, vgl. aber auch Kriz 2003 b).

Dabei wird geflissentlich übersehen, dass diese völlig einseitige, Forschung, Lehre und Praxis der Psychotherapie extrem beschränkende Definition für „Wissenschaftlichkeit“ im Gegensatz zu einer Diskussion über Forschungsmethoden der Psychotherapie steht, die der international renommierte Psychotherapieforscher Martin P. Seligman unmittelbar vor seiner Wahl zum Präsidenten der „American Psychological Association“ (APA), 1997, eröffnet hat.

Seligman hatte zunächst viele Jahre selbst vehement einen (wie er schreibt:) „Goldstandard“ der „Efficacy“ in der Psychotherapie vertreten. Bei diesem geht es um die Wirksamkeit von abgegrenzten Einzelfaktoren, bezogen auf abgegrenzte Symptome, unter streng kontrollierten Laborbedingungen. Inzwischen plädierte er nun dafür, zumindest gleichberechtigt auch die Wirksamkeit in der Real-situation („Effectiveness“), d. h. die reale Gesamtwirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung, zu berücksichtigen.

Es lohnt sich, seine Ausführungen zum ersteren Ansatz, Efficacy, hier zu zitieren, denn diese Kriterien werden weiterhin von einigen als einzige Kriterien für „angemessene Forschung“ propagiert:

„Grundsätzlich wird dabei eine Behandlungsgruppe unter gut kontrollierten Bedingungen mit einer Kontrollgruppe verglichen. Aber neben der Kontrollgruppe weisen Effizienzstudien, die mittlerweile zu einem paradigmatischen Unterfangen geworden sind, noch eine hochkomplexe Methodologie auf. Im Idealfall gehören die folgenden Raffinessen dazu:

1. Zuordnung der Patienten zu der Behandlungs- und Kontrollgruppe nach dem Zufallsprinzip.
2. Strenge Kontrollen: Neben Kontrollgruppen ohne Behandlung werden Kontrollgruppen gebildet, bei denen eine Placebo-Behandlung mit potentiell therapeutischen Elementen eingesetzt wird, die für Patienten wie Therapeuten glaubwürdig sind. Damit wird der Einfluss unspezifischer Faktoren überprüft, zum Beispiel Rapport, Erfolgserwartung und teilnahmevolle Aufmerksamkeit (sog. Nonspezifika).
3. Die Behandlung ist standardisiert, mit hochgradig detaillierten expliziten Therapievorgaben. Die Einhaltung der Standards wird anhand von Videoaufnahmen der Sitzungen überprüft, Abweichungen werden korrigiert.
4. Die Behandlung erfolgt in einer festgelegten Zahl von Sitzungen.
5. Die Zielergebnisse werden sorgfältig operationalisiert (z. B. klinisch diagnostizierte DSM-IV-Störungen, Zahl der berichteten Orgasmen, Selbstauskünfte über Panikattacken, prozentueller Anteil flüssiger Äußerungen).
6. Auswerter und Diagnostiker wissen nicht, aus welcher Gruppe die Patienten kommen. (Anders als bei Medikamentenstudien sind „doppel-blinde“ Effizienzstudien in der Psychotherapie unmöglich, da Patienten und Therapeuten die Behandlungsform kennen. Wann immer Sie jemanden eine „Doppelblindstudie“ in der Psychotherapie verlangen hören, halten Sie Ihren Geldbeutel zurück!)
7. Die Patienten erfüllen die Kriterien für eine einzige diagnostizierte Störung; Patienten mit mehreren Störungen werden in der Regel nicht einbezogen.
8. Nach Behandlungsende werden die Patienten über einen festgelegten Zeitraum mit einer umfassenden Testbatterie eingeschätzt.“ (Seligman 1997).

Seligman berichtet dann aber weiter, dass ihn die Beteiligung an der „consumer report study“ von 1995 eines besseren belehrt habe. Angesichts der Ergebnisse dieser großen amerikanischen Verbraucher-Umfrage über die Wirkungen von Behandlungen im realen psychotherapeutischen Feld, die sich unbestritten (selbst bei Einräumung aller methodischer Probleme – von denen allerdings auch die Laborforschung, wie alle Forschung, nicht frei ist) sehr deutlich von den aus Laborstudien abgeleiteten Behauptungen über die Wirksamkeit unterscheiden, schwor er vehement seinem

bisherigen Irrtum öffentlich ab, was für geistige Größe und wissenschaftliche Redlichkeit spricht, die man sich auch anderswo mehr wünschen würde. Mit der Betonung auf „Effectiveness“ machte er klar, dass die wissenschaftliche Debatte selbst über empirisch und quantitativ nachgewiesene Effektivität zumindest um diese wichtige Perspektive bereichert werden muss, wenn sie nicht völlig einseitig an der Realität vorbeiaargumentieren will.

So schreibt er: „Durch diese Studie wurde mir klar, dass die Entscheidung, ob eine bestimmte Methode unter streng kontrollierten Bedingungen einer anderen Methode oder der Kontrollgruppe überlegen ist, etwas anderes ist als die Frage nach dem, was in der Praxis wirkt (...). Ich halte „Efficacy“-Studien seitdem nicht mehr für die einzige, ja nicht einmal für die beste Möglichkeit, um festzustellen, welche Methoden in der Praxis tatsächlich wirksam sind. Ich bin zu der Überzeugung gekommen, dass „Effektivitäts“-Studien, mit denen die Erfahrungen der Patienten unter den realen Bedingungen in der Praxis erhoben werden, eine brauchbare und glaubwürdige „empirische Validierung“ von Psychotherapie und Medikation ermöglichen“ (Seligman 1997).

Wie bereits erwähnt, wurde Seligman ein Jahr nach dieser (in etlichen Publikationen vollzogenen) Kehrtwendung seiner bisherigen Position zum Präsident der mächtigen APA gewählt. Dies verdient allein schon deshalb hervorgehoben zu werden, weil ähnlich einseitige Kriterien, wie die des „Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie“, einige Jahre vor Seligmans Präsidentschaft von einer Gruppe APA-Therapieforscher veröffentlicht wurden und nun hiezulande gern mit dem Argument vertreten werden, dies sei eben der internationale (sprich: amerikanische) Stand der Wissenschaft, vertreten durch die APA, dem sich niemand verschließen dürfe. Die Tatsache aber, dass eben jene APA Seligman nach seiner massiven Kritik an diesen Kriterien zum Präsidenten wählte, wird meist verschwiegen.

2.2 Zentrale Aspekte der Methoden-Debatte

Betrachten wir vor diesem Hintergrund einige Aspekte, die bei einer Erörterung über Forschung im Rahmen des PCA eine Rolle spielen, so muss festgestellt werden, dass Diskussionen in diesem Bereich häufig von Kontroversen über die kategorielle Zuordnung einer bestimmten Vorgehensweise durchzogen sind. Diese gehören quasi zum Hintergrund, vor dem sich als Figuren die konkreten Bemühungen um eine dem PCA angemessene Form wissenschaftlicher Forschung abzeichnen.

2.2.1 Zur Forschungsperspektive

Einer dieser Diskussionsbereiche lässt sich durch die Begriffe (a) „Rechtfertigungsforschung“ (semantisch und pragmatisch ähnlich auch: „Effektivitätsforschung“, „Evaluationsforschung“), (b) „Prozessforschung“ und (c) „Grundlagenforschung“ drei Clustern zuordnen.

a) Zur Rechtfertigungsforschung: Im Zentrum der Rechtfertigungsforschung stehen die beiden Fragen: „wirkt Therapiemethode A“ und „wirkt Therapiemethode A mindestens gleichgut oder besser als B“. Hierzu wurde oben bereits einiges ausgeführt. Wichtig ist zu beachten, dass solche Effektivitätsforschung, wie sie im Rahmen gesellschaftlicher Rechtfertigungsaufgaben gefordert wird, natürlich besonders solche Kriterien zu berücksichtigen hat, die jene vorgegeben haben, gegenüber denen man sich rechtfertigen muss oder will. Eine Evaluationsstudie, die dies nicht genügend in Rechnung stellt, macht wenig Sinn, weil eine Untersuchung nach anderen Kriterien als „nicht stichhaltig“ nicht anerkannt wird, sei sie für Praktiker und Wissenschaftler auch noch so überzeugend. Genaugenommen geht es hier somit mehr um wissenschaftspolitische Fragen als um wissenschaftliche bzw. methodische: So reicht es eben nach den o. a. derzeitigen Kriterien nicht aus, bzw. ist sogar weitgehend irrelevant, wenn hunderte oder gar tausende gut dokumentierter erfolgreicher Behandlungen vorgewiesen werden können. Vielmehr müssen die Behandlungen (und das können dann vergleichsweise wenige sein) im Rahmen von Studien erbracht worden sein, die sich durch eine möglichst explizite, standardisierte Diagnostik nach ICD, möglichst „reine Störungsgruppen“ und eine Kontrollgruppe auszeichnen, so dass vor allem Effektstärken gemessen werden können. Für Details muss auf Übersichten in Form von „Checklisten“ (Eckert 1999, Petrak 1999) und die weiterführende Literatur verwiesen werden.

Es sei zwar nochmals betont, dass „Effektstärken“ nicht notwendig etwas mit „therapeutischem Erfolg“ zu tun haben (s.o.). Doch auch wenn sich zahlreiche weitere Ungereimtheiten, logische, formale, statistische, methodische und inhaltliche Einwände gegen die Art der Forschung zu den beiden oben aufgeführten Fragen in Feld führen lassen (vgl. Kriz 1996, 1997, 1998 b, 1999 b, 2000 a, b), hat sie wissenschafts-, gesundheits- und gesellschaftspolitisch derzeit eine große Bedeutung. Auch der PCA kann sich dem Rechtfertigungsdruck nicht entziehen – und wenn denn schon solche Rechtfertigungsstudien durchgeführt werden, tut man gut daran, sich an den Checklisten zu orientieren, damit die knappen Forschungsressourcen in diesem Bereich optimal eingesetzt werden. Forschungspolitisch müssen die realen Machtkonstellationen und das Vorherrschen einer empiristisch-reduktionistischen Sichtweise berücksichtigt werden.

b) Zur Prozessforschung: Diese für den Praktiker und die wissenschaftliche Weiterentwicklung von Therapieverfahren wesentlich fruchtbarere Perspektive versucht, den Einfluss, den wichtige Bedingungsaspekte – wie: Interaktionsformen zwischen Therapeut und Klient, einzelne Therapie-Schritte, Rahmenbedingungen etc. – auf einen günstigen oder ungünstigen Therapieverlauf haben können, näher zu untersuchen und ggf. frühzeitige Indikatoren für typische Verläufe zu finden. So gibt es aus der Forschung zahlreiche Hinweise darauf, dass die Beziehung zwischen Klient und Therapeut, besonders aus der Erlebensperspektive der Klienten, überaus

bedeutsam mit dem Therapieerfolg zusammenhängt, und dass sich darüber hinaus häufig innerhalb der ersten Sitzungen ergibt, ob diese Beziehung als hilfreich angesehen werden kann (Orlinsky/Grawe/Parks 1994, Höger/Wissemann 1999).

Bei aller Wichtigkeit, das Konzept der „Störungen“ und ihrer Entwicklungen im PCA zu differenzieren (Biermann-Ratjen 1996), wäre es auch eine wichtige Frage der Prozessforschung, die Entwicklung und Veränderung von Zielen, Leitbildern und Imaginationen im Laufe einer Therapie näher zu erfassen. Mit einem fortschreitenden Verständnis des scheinbar eigenen Sinnlosen des Patienten im therapeutischen Prozess geht häufig auch eine Veränderung angestrebter Ziele einher. Dies verträgt sich, ebenso wie die „Komorbidität“, wenig mit der Vorstellung von allzu reinen und festen „Störungskategorien“.

Ein weiterer Aspekt der Prozessforschung wäre, der Frage nach der Identifikation unterschiedlicher Prozessphasen weiter (vgl. z. B. das Konzept von Petersen 1994) nachzugehen, die einerseits eine diagnostische Standortbestimmung für den Verlauf der Therapie ermöglichen, andererseits weitere Fragen über ein ggf. differenziell zu einzelnen Phasen unterschiedliches hilfreiches Vorgehen aufwerfen: Was in Anfangsphasen hilfreich sein kann, könnte ggf. in der Endphase einer Therapie eher hinderlich sein und umgekehrt.

Allein schon diese drei, als exemplarisch anzusehenden, Fragekomplexe eröffnen das Feld für eine große Anzahl möglicher Untersuchungen über den Therapieprozess auch im Rahmen des PCA.

c) Zur Grundlagenforschung: Noch bedeutsamer als normierte Belege dafür, dass der PCA hilfreich und heilsam auch bei Menschen mit „klassischen Störungsbildern“ wirkt und noch zentraler als die Untersuchung von wesentlichen Bedingungen für den therapeutischen Prozess ist meines Erachtens Forschung in Bezug auf jenen Fragenkomplex, der die impliziten und expliziten Annahmen darüber näher untersucht, warum und wie denn Therapien überhaupt wirken, wie sie mit den Lebensvollzügen von Menschen in Zusammenhang stehen, welche moderierenden Einflüsse sie auf Gesundheitsprozesse haben, etc. Es geht hier somit um die allgemeinen Grundlagen für die therapeutische Arbeit.

Hier kann neben dem umfangreichen Wissen aus den Grundlagendisziplinen Psychologie, Medizin u. a. auch auf zahlreiche spezifische therapeutische Studien verwiesen werden – auch im Rahmen des PCA. Gleichwohl ist hier noch viel Forschungsarbeit zu leisten. Diese kann und muss eng verzahnt sein mit einer konzeptionellen Ausdifferenzierung, theoretischen Durchdringung und Weiterentwicklung dessen, worauf der PCA überhaupt seinen therapeutischen Anspruch begründet – also mit der Personzentrierten Theorie. Die Forschung zu einzelnen Teilaspekten – etwa Störungslehre (Biermann-Ratjen 1996), Bindungstheorie (Höger 1995, 1999) oder Systemtheorie (Kriz 1999 a), um nur wenige Beispiele zu nennen – wird dabei selten unmittelbar als Prozessforschung oder gar Outcomeforschung in den Rahmen therapeutischer Prozesse integrierbar

sein. Gleichwohl sind solche Kenntnisse für eine Weiterentwicklung des PCA (wie auch für jeden anderen Ansatz) unabdingbar.

2.2.2 Zur methodologischen Frage „quantitativ oder qualitativ?“

Ein anderer Diskussionskomplex wird durch die Frage bzw. Kontroverse beherrscht, ob quantitativ oder qualitativ vorgegangen werden soll oder gar darf (nach den Kriterien des sog. „Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie“ wäre qualitative Forschung weitgehend irrelevant). Auch hier handelt es sich natürlich nur um grobe und keineswegs völlig gegeneinander abgegrenzte methodologische Kategorien. Dennoch sind diese beiden Attribute häufig zu findende und typische begriffliche Bezugsgrößen in der Forschungsdiskussion.

a) Zum Attribut „quantitativ“: Es gehört zu den Vordergründigkeiten der gegenwärtigen reduktionistischen Diskussion, dass „Quantifizierung“ – also die Transformation von empirischen Sachverhalten auf numerische Relationen, ausgedrückt durch Zahlen – ein Wert „für sich“ zugesprochen wird. Dies wird z. B. in der derzeitigen Debatte um „Qualitätssicherung“ und „Qualitätskontrolle“ deutlich, in der die Vorschläge zur Erfassung von „Qualität“ fast ausschließlich auf quantitative, numerische Aspekte hinauslaufen. Dies ignoriert aber den fundamentalen philosophischen und begrifflichen Unterschied zwischen „Qualität“ und „Quantität“ – weshalb einer „Qualitätssicherung“, die so gehandhabt wird, der begriffliche Charakter einer terminologischen Nebelbombe zugesprochen werden muss.

Quantitäten, d. h. Zahlen, kommen aber erst dort ins Spiel, wo aufgrund zu großer Informationsmenge der Umweg über eine Abbildung der empirischen auf eine numerische Struktur gewählt werden muss, um dann die Vorteile algorithmisierbarer und automatisierbarer (Computer!) Informationsreduktion mittels mathematisch-statistischer Operationen nutzen zu können, oder – bei Einzelphänomenen – dort, wo eine bestimmte Präzision erwünscht oder notwendig ist (z. B. die Messung des Intelligenzquotienten oder des Ausmaßes an Depressivität etc.).

Zusammen mit der Quantifizierung haben sich bestimmte forschungslogische Vorgehensweisen eingebürgert (die meist faktisch, aber nicht notwendig logisch, damit verbunden sind). Hierzu gehört, die erhobenen Daten als Stichprobe aus einer Grundgesamtheit aufzufassen und dann von den konkreten Beobachtungen mittels inferenzstatistischer Modelle eine Beziehung zu allgemein gültigen Aussagen herzustellen, wobei wiederum das (statistische) Hypothesentesten – und in diesem Rahmen die Verwendung von Signifikanztests – einen besonderen Stellenwert bekommen hat.

Zur Quantifizierung gehört aber z. B. auch die typisch statistisch-modellhafte Perspektive, beobachtete Eigenschaften (ggf. repräsentiert durch Messgrößen) als mit „Fehlern“ behaftete Realisationen von (numerisch-statistisch!) „wahren“ Parametern anzusehen (ausführlich u. a. in Kriz 2003 a). Wo dies der inhaltlich-

theoretischen Fragestellung der Forschung entspricht, kann diese statistische Perspektive sehr effiziente und differenzierte Aussagen erlauben. Problematisch wird dies allerdings dort, wo diese Perspektive dem Inhalt in inadäquater Weise übergestülpt wird. So ist beispielsweise eine bestimmte psychische Beeinträchtigung eines bestimmten Menschen eine letztlich einmalige Konstellation von dessen Lebensprozessen im Kontext seiner Geschichte und seiner Umgebung, und es kann Sinn machen, im Rahmen der theoretischen Rekonstruktion diese Beeinträchtigung der Kategorie „Affektive Störung“ zuzuordnen. Sie ist aber nicht die „Realisation“ dieser (oder einer anderen) diagnostischen Kategorie; das heißt, der Wert, den diese Person auf einer bestimmten Skala eines klinischen Tests erhält, ist nicht die „Realisation“ irgendeines „wahren Wertes“. Eine solche Vermengung, wenn nicht Verwechslung, von Beschreibungsebenen und deren Kategorien mit den Phänomenen selbst wird z. B. am Konzept der „Komorbidität“ deutlich: Es laufen eben keine vom Menschen losgelösten diagnostischen Kategorien herum, die dann, bei „Komorbidität“, ggf. gemeinsam auftreten. Vielmehr lässt sich das komplexe Krankengeschehen dieses (und vieler anderer Menschen) eben oft nicht nur einer, sondern mehreren Kategorien zuordnen – und diese mehrfache kategorielle Einordnung ist logisch etwas ganz anderes als ein „gemeinsames Auftreten“ von „Krankheiten“ im Konzept der „Komorbidität“.

Ebenfalls weder logisch noch inhaltlich notwendig, sehr wohl aber faktisch, sind mit dem quantitativen Ansatz bei der Erhebung empirischer Information überproportional bestimmte Vorgehensweisen verbunden – wie z. B. Experimente oder geschlossene Kategoriensysteme bei Befragungen und Beobachtungen. Im Gegensatz hierzu sind unstandardisierte Interviews, Inhaltsanalysen, teilnehmende Beobachtung ohne geschlossene Kategorien etc. eher im Bereich der Qualitativen Forschung zu finden. Der Grund liegt darin, dass durch klare, operational definierte und geschlossene Vorgabesysteme in der Erhebungssituation die Zuordnung zu Zahlen oft leicht und normiert erscheint (und ggf. von Hilfskräften erfolgen kann, wenn nicht sogar schon numerische Vorgaben von den Untersuchten selbst angekreuzt werden). Die oft unterstellte Vermeidung von subjektiven und interpretativen Unschärfen als Vorteil einer solchen Vorgehensweise ist aber als Missverständnis zu werten: Im Gegensatz zu qualitativen, interpretativen Vorgehensweisen sind hier die Unschärfen nur nicht explizit im Material nachvollziehbar. Es bedarf aber erheblicher (und oft fraglicher) Vorannahmen, damit z. B. ein Kreuz auf einer 7-stufigen Skala bei einem bestimmten Fragebogen-Item so interpretiert werden darf, wie es dann als Voraussetzung (stillschweigend) in die statistische Weiterverarbeitung eingeht.

Als Konsequenz für die Therapieforchung ergibt sich, dass nichts gegen die Verwendung quantitativer Vorgehensweisen spricht, wenn dies der Fragestellung und dem Gegenstand angemessen ist. Die algorithmisierte, normierte und ggf. automatisierte Bearbeitung zumindest von Teilschritten im Forschungsprozess

kann erhebliche Erleichterung bringen; die Informationsreduktion in Form von Tabellen und Maßzahlen und die algorithmisierte Argumentation im Rahmen von Signifikanztest haben oft erhebliche Überzeugungskraft – besonders gegenüber der großen Zahl von „Konsumenten“ solcher Forschungsergebnisse (wie Krankenkassen, Behörden, Publikationsorganen), die meist nur über eine mäßige Methodenkenntnis verfügen und dem gegenwärtigen Trend huldigen, Zahlen und Statistiken einen geradezu mystisch-magischen Stellenwert einzuräumen, indem diese in ihrer Aussagekraft erheblich überschätzt werden und ihnen die unangemessene Funktion von objektiven Wahrheitswerten zugesprochen wird.

Wer an seriösen Ergebnissen interessiert ist, sollte sich gerade bei quantitativer Vorgehensweise der vielen verdeckten Möglichkeiten zu Forschungsartefakten bewusst sein, weil selbstverständlich die methodischen Vorgehensweisen inhaltliche Bedeutungen und Voraussetzungen haben, die oft implizit in den Operationen und deren Voraussetzungen stecken und damit (besonders wenn sie vom Computer durchgeführt werden) häufig gar nicht bewusst (geschweige denn expliziert und diskutiert) werden (vgl. Kriz 1981). Aus diesem Grunde habe ich mehrfach für eine semantisch-methodisches „split-half“ plädiert: nämlich einen möglichst großen Teil der Analyse mit zwei zufälligen (!) Hälften des Materials durchzuführen und zu überprüfen, wie weit die Aussagen übereinstimmen. Bei größeren Abweichungen muss dann entweder erklärt werden, wieso man trotzdem an hinreichend stabile Ergebnisaussagen glaubt – oder aber man hat Artefakte in der Forschung entdeckt.

Sehr beachtenswert sind auch die Vorschläge von Kiene (2001) zu einer komplementären Methodenlehre der klinischen Forschung mittel seines Konzeptes der „Cognition-based Medicine“. Kiene zeigt auf, wie eine Wirksamkeitsbeurteilung sehr wohl am individuellen Patienten vorgenommen werden kann, und wie daher das Primat gruppenstatistischer Beweise aus Ideologie und Unkenntnis gespeist wird. An die Stelle der Grundpfeiler konventioneller Methodenlehre – Experiment, wiederholende Beobachtung, Vergleichskontrolle und Randomisation – setzt er Gestaltaspekte, abbildende Korrespondenz sowie funktionelle und pathogentische bzw. therapeutische Kausalgestalt. Er zeigt, wie die statistisch-experimentelle Methode mangelnde Gestaltkenntnisse durch Randomisierung und Massenstatistik kompensieren muss, während bei z. B. bei abbildender Korrespondenz ggf. ein Einzelfall genügt. Triviales Beispiel wäre, wenn man mit einem Traktor mit ganz bestimmtem Reifenprofil über ein zuvor glattes Feld fährt und sich dieses Profil in der Erde abdrückt: Man braucht dann nicht wiederholte Beobachtungen, viele Felder oder ein „Kontrollfeld“ auf dem man nicht fährt, um Evidenz zu haben, dass hier das Profil der Traktorreifen tatsächlich gewirkt und das Ergebnis verursacht hat.

Kiene hat seine komplementären Methodenlehre der klinischen Forschung zwar stärker an medizinischen Beispielen entwickelt. Diese lassen sich aber hervorragend auch auf psychologische Psychotherapie übertragen.

b) zum Attribut „qualitativ“: Während im quantitativen Ansatz Eindeutigkeit, Operationalisierbarkeit, Algorithmisierbarkeit, Planbarkeit, Reduktion und Übersichtlichkeit typisch sind (was je nach Intention jeweils als Vor- oder Nachteil gesehen werden kann), sind für den qualitativen Ansatz eher Vieldeutigkeit (Polyvalenz), Kategorien-Offenheit, Interpretation, Exploration, Veränderbarkeit im Forschungsprozess und Komplexität charakteristisch. Diese Kennzeichnung macht verständlich, warum solche therapeutischen Richtungen, die sich mit ähnlichen Begriffen beschreiben würden, eine hohe Affinität zu qualitativen Vorgehensweisen haben.

Von Verfechtern quantitativer Ansätze wird dazu allerdings oft ins Feld geführt, dass eine qualitative Vorgehensweise nur ein erster, explorativer Schritt sei: Sobald man dann mehr Kenntnisse über den Gegenstand und damit klarere und genauere Kategorien habe und damit wiederum mehr Möglichkeiten zur Messung sehe etc., sei der „Fortschritt“ zur Quantifizierung möglich. Dies ist für manche Beispiele der Forschungsentwicklung zwar durchaus korrekt; dennoch übersieht eine solche Argumentation die fundamentale Bedeutung, die dem Konzept der „Qualitäten“ zukommt:

„Qualität“ (lat.: *qualitas*) meint Eigenschaft, wobei in der klassischen Philosophie und Naturwissenschaft (Galilei, Descartes, Newton, Locke) zwischen primären und sekundären Qualitäten unterschieden wird: Erstere sind Eigenschaften, die die Dinge „an sich“ und objektiv besitzen, d. h. unabhängig von unserer Wahrnehmung. Hierzu gehört neben Ausdehnung, Form, Größe, Anzahl, etc. auch das Wesen (besonders beim Menschen). Sekundäre Qualitäten sind Eigenschaften, die die Dinge nicht an sich besitzen, sondern entsprechende Wahrnehmungs- bzw. Bewusstseinsinhalte - Farben, Laute, Gerüche, Geschmack, etc.

Während es schon bei den ersteren – die als „Ausdehnung, Form ...“ scheinbar Messbarkeit suggerieren – eben wesentlich nicht um das Ausmaß geht sondern um das „An-sich“-Sein, wird dieser Unterschied beim Wesen des Menschen (oder auch des Tieres, der Mitwelt etc.) besonders deutlich: Unter Verweis auf z. B. Heidegger würde man betonen, dass das Wort „Mensch“ niemals wesentlich ein „Was“ meint, obwohl „Mensch“ sprachlogisch ein Substantiv ist wie „Tisch“, „Haus“. Solche Substantive sammeln individuelle Entitäten zusammen in eine Klasse („Tisch“) und diese bezeichnet das „Was“ der Mitglieder. Der Mensch aber ist in diesem Sinne kein „Was“, denn das Wesen liegt in seiner Existenz; diese macht ihn frei zu unterschiedlichen Weisen, er selbst sein zu können. Wie ein Mensch existiert, ist daher nicht durch sein „Was“ bestimmt, sondern dadurch, wie er sich in seinem Da-Sein selbst versteht. Daher kann der Mensch nie nur ein Fall oder Beispiel der Spezies „Mensch“ sein (eine Perspektive, die z. B. für Quantifizierung, Statistik etc. notwendig ist), denn was es ihm ermöglicht, als Mensch zu leben, ist nicht seine Spezies sondern sein Verstehen seiner selbst (oder seines Selbst) als etwas Seiendes, das Verständnis der eigenen Existenz.

Wer im Fluss nur den „Energieförderanten“, im Tier den „Fleischvorrat“ und im Menschen die „Arbeitskraft“ sieht, ignoriert die

Qualität. Und auch den Menschen als Objekt der Beobachtung zu sehen – als jemanden, der Fragebogen-Items in bestimmter Weise beantwortet – fokussiert auf etwas anderes als auf das Wesen. Das ist natürlich weder verboten noch unmoralisch; es kann ggf. sehr sinnvoll sein. Aber das Wesen, um nicht zu sagen: das Wesentliche, bleibt dann eben unerfasst – und diese Diskrepanz lässt sich durch keinen begrifflichen Taschenspielertrick – wie z. B. „Qualitätssicherung“ über quantitative Messgrößen – verdecken.

Mit dem Verweis auf die sog. sekundären Qualitäten wird zudem die „Perspektive der ersten Person“, die Innerlichkeit, gegenüber der „Perspektive der dritte Person“, der Äußerlichkeit, betont. Die Innenperspektive des erlebenden Subjekts, mit seiner reichhaltigen Phänomenologie ist eben etwas anderes als die distanzierte Beschreibung aus der Außenperspektive. Man kann „Vertrauen zum Therapeuten“ auf vielerlei Weise von außen versuchen zu beschreiben: über Beobachtung des Ausdrucks und des Verhaltens, über physiologische Messungen usw. und man kann den Patienten sogar fragen und die Antwort registrieren – aber das Erleben des „Vertrauens“ durch den Patienten, seine Innensicht, ist etwas prinzipiell anderes. Zwar kann kein Forschungsansatz diesen Unterschied überbrücken – aber der qualitative Ansatz mit seiner Möglichkeit der Sinnrekonstruktion, des Einordnens in Bedeutungskontexte usw. kann diesem Unterschied stärker Rechnung tragen als die quantitative Vorgehensweise. Phänomene von erlebter Störung und Stagnation sowie deren Überwindung im therapeutischen Prozess in einen Sinnzusammenhang zu stellen und verständlich zu machen ist etwas anderes, als Kategorien zu zählen und zu messen – selbst dann, wenn es Kategorien von Sinnbeschreibungen sind. Daher kann das eine auch nicht als „Vorstufe“ für das andere gesehen werden.

Beide, quantitative und qualitative Forschung haben – je nach Fragestellung, Forschungsinteresse und Erklärungsperspektive – ihre unterschiedlichen Stärken und Schwächen und daher ihre jeweils eigene Berechtigung. Wobei nichts dagegen, sehr viel aber dafür spricht, in einer umfassenderen Untersuchung beide Perspektiven zu berücksichtigen.

3. Ausblicke: Die System-Perspektive als Basis einer adäquaten Methodologie für Personzentrierte Psychotherapieforschung

Unter Wissenschaftstheoretikern besteht weitgehend Konsens darüber, dass das noch vor hundert Jahren oftmals propagierte Ziel, „objektive“ Tatsachen zu einem Gebäude „wahrer“ Sätze zu „akkumulieren“ sowohl logisch als auch faktisch empirisch nicht haltbar ist. Mehr denn je ist heute eine kontextfreie Betrachtung von „Methoden“ und „wissenschaftlichem Fortschritt“ obsolet. Der Mensch, seine jeweilige Gesellschaftskultur – und damit, hart formuliert, auch bestimmte Ideologien – lassen sich aus der Wissen-

schaftsentwicklung nicht wegdenken. Durch ein diskursives Wahrheitsverständnis, das die Pluralität der Ansichten nicht als Schwäche und Fehler begreift, sondern als Stärke, weil durch die Vielfalt an Perspektiven ein komplexer Gegenstand meist adäquater erfasst werden kann, ist inzwischen der Mensch, seine Kultur und Gesellschaftsform und seine Sprache im Sinne der Semiotik immer schon in die Betrachtung von Methodologien und Methoden einbezogen: Wissenschaft – und damit auch die Methoden der einzelnen Disziplinen und Unter-Richtungen – lässt sich dabei als ein komplexes Zeichensystem auffassen, bei dem immer zentral die drei semiotischen Dimensionen mitbedacht werden müssen: Semantik, die Relation zu dem, wozu die sachliche Beziehung hergestellt werden soll, Syntax, die Relation zu den anderen Zeichen und Wissensbeständen (die „Grammatik“ der Methoden, Theorien und Wissensbestände also) und Pragmatik, die Relation zur Verwendung durch die Menschen sowie zu deren weiteren Verwendungs- und Verwertungszusammenhängen (genauer in Kriz/Lück/Heidbrink 1995).

Als wesentlich Konsequenz ergibt sich daraus, dass Fragen der Forschungsmethodik nicht isoliert gesehen und behandelt werden können. Vielmehr sind sie als ein Aspekt einer Ganzheit zu sehen, zu der das Welt- und Menschenbild, die inhaltlichen Anliegen, Fragen und Hypothesen, die Methodologie und letztlich die Methodik im engeren Sinne gehören.

Daraus folgt, dass wir über die Diskussion typischer methodischer Positionen hinaus der Frage nachgehen müssen, wie eine Methodologie beschaffen sein könnte, die der Perspektive Personzentrierter Psychotherapie, mit ihrer Betonung der therapeutischen Beziehung, der Person und des Prozesshaften, angemessen ist.

So beruht der groteske Anachronismus der Apologeten des Efficacy-Standards darin, dass man sich auf vermeintlich „naturwissenschaftliche Forschungsprinzipien und Methoden“ beruft, dabei aber ein Weltbild der Naturwissenschaften des 19. Jahrhunderts zu restaurieren versucht, das gerade die naturwissenschaftliche Entwicklung des 20. Jahrhunderts zunehmend als irrig, inadäquat und forschungshinderlich verworfen hat. Doch auch jenseits des „Efficacy-Programms“ beruht ein großer Teil der Forschung auf dem klassischen naturwissenschaftlichen Weltbild, weil dieses nach mehreren Jahrhunderten abendländischer Wissenschaft nun auch unserem Schul- und Alltagswissen als eine selten hinterfragte Selbstverständlichkeit zugrunde liegt.

Ohne hier auf Details eingehen zu können (genauer und ausführlich in Kriz 1998 a), lässt sich dieses Weltbild durch folgende Prinzipien kennzeichnen. Diese sind zwar in den modernen Naturwissenschaften fragwürdig geworden, wie jeweils gleich ergänzt werden soll, dennoch durchziehen sie weiterhin als Leit- und Leid-Ideen unser Denken und allzu oft auch unsere Erklärungsprinzipien von psychotherapeutischer Veränderung:

- **Kontrolle:** Dies ist eines der Hauptprinzipien klassisch-abendländischer Wissenschaft. In den Epochen zuvor wollte man die Welt eher deshalb verstehen, um im Einklang mit ihr zu handeln

(vor dem religiösen Hintergrund, die Struktur von Gottes Schöpfung, die „*harmonices mundi*“, ehrfurchtsvoll zu verstehen). Doch durch die Aufklärung setzte sich der Mensch selbst als Schöpfer ein: Es galt nun, die Natur und ihre Prinzipien zu verstehen, um sie zu beherrschen und etwas „machen“ zu können. Statt Vertrauen in Selbstorganisationsprinzipien und deren Unterstützung wurde allein und einseitig auf die Methode der Kontrolle gesetzt. Das Prinzip „Kontrolle“ passte natürlich den Mächtigen und Besitzenden hervorragend in ihre konservativen Ideologien, die ihnen Macht und Besitztümer sicherte, und den Einsatz von Kontrollorganen wie z. B. Polizei und Militär zur Erhaltung dieser Zustände rechtfertigt – während Selbstorganisation zwar möglicherweise für die Gesamtheit bessere Lösungen aber vielleicht auch eine Beschränkung der Position der „Kontrollreue“ bedeutet hätte. Nicht zufällig dauerte es mindestens ein Jahrhundert länger, bevor sich die Wissenschaft neben der Kontrolle von Ordnung und deren Zerfallstendenzen (Thermodynamik) dem autonomen Entstehen von Ordnung (Selbstorganisationstheorien) zuwandte.

- **Homogenität:** Wichtige Aspekte der Kontrolltechnologie sind Homogenisierbarkeit, Analyse und Synthese: Eine Ganzheit wird ihrer Eigenstruktur entkleidet, in homogene Teile zerlegt, diese analysiert und dann zu einem Ganzen synthetisch (und nach der designhaften Schöpfungs idee des Menschen) neu zusammengefügt. Aus zermahlenen Steinen, ohne deren Eigenstruktur, wird beliebig formbarer Beton, aus gewachsenem Holz werden Hartfaserplatten, aus Fleisch wird das „Formfleisch“, aus der Psychotherapieschicht mit gewachsenen Richtungen die unterschiedliche Lebenszugänge repräsentieren, wird eine einheitliche Therapie aus „Wirkfaktoren“ synthetisiert. Die Planetenbahnen, die mit einer Eigengestalt nach Kepler noch die „*harmonices mundi*“ repräsentierten, wurden nach Newtons Naturverständnis zu einer beliebigen Realisation mathematischer Gleichungen. Alles ist gleich gültig (und damit auch „gleichgültig“ gegenüber ausgezeichneten Eigenstrukturen). Heute wissen wir, dass Kepler mindestens so viel Recht hatte wie Newton: Aufgrund der Rückkopplungs- und Resonanzeffekte gibt es diskrete Klassen stabiler „Planeten-Lösungen“ – selbst das Universum ist also nicht so gleich-gültig, wie uns Newton und die klassisch abendländische Wissenschaft dies weismachen wollten.

- **Geschichtslosigkeit:** Die Beschreibungen der Natur über Gleichungen gelten nach klassischer Sicht nicht nur überall im Raum sondern auch in der Zeit: Eine Sonnenfinsternis lässt sich 2000 Jahre zurück oder voraus berechnen. Wirkungen und ihre Wege sind weitgehend umkehrbar und damit ohne eine spezifische Geschichtlichkeit. Auch dies ist durch die moderne Systemtheorie für wesentliche Vorgänge in der Natur widerlegt. Hier sind irreversible Prozesse bedeutsam – Entwicklungen also, die von der Zeit abhängig sind und dem System eine spezifische Geschichtlichkeit verleihen.

- **Linearität und Kontinuität:** Der Leitsatz „*natura non facit saltus*“ (die Natur macht keine Sprünge), von Leibniz formuliert, wurde im Mikro-Bereich bereits durch die Quantenmechanik

widerlegt: Die Natur macht, so gesehen, nur Sprünge! Doch dies berührte unser Verständnis von Alltagsphänomenen wenig. Im Gegensatz dazu sind die typischen qualitativen Sprünge, die im Rahmen moderner Systemtheorie beschrieben werden, alltagsrelevant. Sie gelten nämlich für alle Systeme, sofern diese nicht künstlich isoliert und Rückkopplungen ausgeschlossen werden – und damit ist faktisch die gesamte Natur betroffen, besonders der Bereich des Lebendigen. Kleine „Ursachen“ können dabei, je nach Geschichte des Systems, große Folgen haben, große „Ursachen“ ggf. nahezu keine Folgen. Im Rahmen von Emergenz entstehen plötzlich völlig neue Systemqualitäten etc. Die übliche Linearität von Ursache-Wirkung und die Kontinuität des Verlaufs einer Entwicklung sind somit nicht mehr gegeben.

- **Lokale Kausalität:** Ursache-Wirkung sind nach klassischer Vorstellung (auch im Kontext der Kontrolle) lokal verknüpft – in einem Sinne, dass die Wirkung dort eintritt, wo interveniert wird. Typisches Beispiel: das Ausbeulen einer Blechdose. Dies Modell ist aber für dynamische Systeme (also u. a. Lebensprozesse) inadäquat: schon die Struktur eines Wasserfalls lässt sich nicht durch „Ausbeulen“ verändern. Verändert werden müssen Umgebungsbedingungen unter denen ein System selbstorganisiert eine ihm inhärente andere Organisationsstruktur wählt. Dies ist eine fundamental andere Vorstellung von Kausalität.

- **Statik:** Klassische Vorstellungen beinhalten Statik und Stabilität (selbst die Thermodynamik müsste eigentlich, so gesehen, treffender „Thermostatik“ heißen), womit natürlich auch bestimmte Verwertungsinteressen (z. B. Energieausbeute bei Maschinen) verbunden ist – wir sprachen dies bereits oben an, im Zusammenhang mit der funktionalen Reduktion von „Qualität“ (das Tier als „Fleischlieferant“). Damit einher geht eine typische Verdinglichung (Reifikation) von Prozessen: Die Krankheit, die Verhaltensstörung, der Regen, das Feuer etc. sind Substantive, und damit eher Dinge, obwohl eigentlich Prozesse gemeint sind. Dies wiederum ist eng damit verbunden, dass oft nur die Veränderung von solchen „Dingen“ erklärungsbedürftig erscheint (da „Dinge“ ohne Wirkeinflüsse so bleiben wie sie sind). Aus der Perspektive dynamischer Systeme aber sind gerade auch die Stabilitäten von Prozessen erklärungsbedürftig – also nicht nur die Übergänge „gesund-krank“ (Pathologie) und „krank-gesund“ (Therapie, Heilung) sondern auch „krank-krank“ (Frage: wie müssen die Bedingungen sein, damit ein „krankes“ System „krank“ bleibt?) und „gesund-gesund“ (was zumindest neuerdings nicht mehr als dinghafte Selbstverständlichkeit gesehen sondern als „Salutogenese“ thematisiert wird).

Wenn man diese Prinzipien und Leitideen klassisch-abendländischer Wissenschaft auf den Menschen anwendet, so wird deutlich, dass damit ein Kontext vorgegeben wird (z. B. auch für die Diskussion und Weiterentwicklung von „Forschungsmethoden“), in dem wesentliche Aspekte nicht angemessen zur Geltung kommen. Denn dieser Kontext beraubt den Menschen seiner

- **Vertrauenswürdigkeit:** indem, wie oben betont wurde, Vertrauen durch Kontrolle ersetzt wurde. Entsprechend findet man selbst in der Psychotherapie weit mehr Programme zur Förderung von Selbstkontrolle (bzw. -management) als von Selbstvertrauen. Und „Kontrollverlust“ wird eher als Störung thematisiert und gefürchtet als Vertrauensverlust.

- **Individualität und Einmaligkeit:** In Statistiken, diagnostischen Kategorien, Effektivitätswerten etc. tauchen Menschen mit ihren Lebensgeschichten und ihren existenziellen Entwürfen in der Regel nicht mehr auf – das einzelne Schicksal ist im Lichte dieser Zugänge gleich-gültig (im doppelten Sinne – vgl. oben)

- **Geschichtlichkeit:** Jenseits eines diagnostischen Status quo ist die Lebensgeschichte nicht weiter bedeutsam. So setzt z. B. manualisierte Therapie, im Sinne des Efficacy-Beweises für eine bestimmte Diagnose-Gruppe eben gerade bei der Gleichheit der zu Behandelnden an (sonst könnte man gar nicht so viel wissenschaftliches Brimborium darum machen, für welche Gruppe nun das Vorgehen als „wissenschaftlich“ „bewiesen“ gilt und für welche nicht). Dies ist bereits von außen gesehen, in Anbetracht typischer nicht-linearer Phasenübergänge bei Veränderungsprozessen, inadäquat. Aus der „Erste-Person-Perspektive“ drückt aber die Geschichtlichkeit einen wesentlichen Aspekten von „Sinnhaftigkeit“ aus, mit der sich der Mensch existenziell in seine Welt stellt – ein Aspekt, der bei dem o. a. Efficacy-Beweis gerade irrelevant zu sein hat.

- **Nicht-Linearität:** Kreative Entwicklungs- und Heilungsverläufe, die nicht-linear, sprunghaft, nicht lokal-kausal (s. o.) verlaufen, sind nicht vorgesehen (es würde beispielsweise keinen Sinn machen, mittlere Effektwerte von Gruppen zu berechnen, wenn man ernsthaft qualitative Sprünge in Rechnung stellt). Gleichwohl sind solche Entwicklungen für den Menschen typisch und wesentlich.

- **Kontext-Eingebundenheit:** Die vielfältigen Interdependenzen werden zugunsten künstlicher Isoliertheit ignoriert. Dies geschieht nicht nur aus pragmatischen Gründen, weil nicht alles in Betracht gezogen werden könnte (was letztlich für jeden Ansatz gilt), sondern aus ideologischen Gründen: Wieder würde die Berücksichtigung der Kontexte dazu führen, dass genau jene Effekte nicht-linearer, emergenter, nicht-lokal-kausaler Entwicklungsverläufe von Therapie beachtet werden müssten, welche den klassischen Methodenansatz sofort als inadäquat und überfrachtet von

Forschungsartefakten ad absurdum führen würde. Will man z. B. die Efficacy-Perspektive nicht gefährden, so ist es in der Tat konsequent, die zu untersuchende „Welt“ und die Wirksamkeit quasi ins Labor zu sperren und vorzuschreiben, dass die untersuchten Patienten reinen Diagnosegruppe zuzuordnen seien (und nicht jene „Komorbidität“ aufweisen, die nun einmal bei sehr vielen – und bei sorgfältiger Diagnostik: vermutlich bei fast allen – realen Patienten zu finden ist). Die so hoch gepriesene Zuverlässigkeit (reliability) und Gültigkeit (validity) dieser Forschung gilt dann zwar nicht dort und nicht bei jenen Menschen, wo Therapie wirklich angewendet wird – dafür lassen sich aber „methodisch saubere“ Ergebnisse (aus klassischer Sicht) über einen Kunstbereich in einflussreichen Zeitschriften publizieren, die für Praktiker zwar weitgehend irrelevant sind, aber von anderen Forschern gelesen und zitiert werden, so den „impact Faktor“ erhöhen, und der wissenschaftlichen Karriere nützen. (Wie viele Menschen

Metzger: „Kennzeichen der Arbeit am Lebendigen“	Kernprinzipien interdisziplinärer Systemtheorie
1. Nicht-Beliebigkeit der Form: Man kann Lebendigem „auf die Dauer nichts gegen seine Natur aufzwingen“, man „kann nur zur Entfaltung bringen, was schon in dem „Material“ selbst an Möglichkeiten angelegt ist“.	Man kann einem System nicht jede beliebige Form aufzwingen, sondern nur dem System inhärente Organisationsformen fördern.
2. Gestaltung aus inneren Kräften: „Die Kräfte und Antriebe, die die angestrebte Form verwirklichen, haben wesentlich in dem betreuten Wesen selbst ihren Ursprung.“	Die entscheidenden Größen der Ordnung – sog. „Ordnungsparameter“ – haben wesentlich ihren Ursprung im System selbst.
3. Nicht-Beliebigkeit der Arbeitszeiten: Das lebende Wesen kann nicht beliebig auf seine Pflege warten ... Es hat vor allem seine eigenen fruchtbaren Zeiten und Augenblicke für Veränderung.	Systeme haben eine „Geschichte“ – relativ zu dieser bewirken „dieselben“ Interventionen mal fast nichts, in anderen Phasen hingegen qualitative Sprünge.
4. Nicht-Beliebigkeit der Arbeitsschwindigkeit: Prozesse des Wachsens, Reifens, Überstehens einer Krankheit usw. haben offenbar ihnen jeweils eigentümliche Ablaufgeschwindigkeiten.	Phasenübergänge – das was von außen als wesentliche/qualitative Änderung der Struktur-Dynamik wahrgenommen wird – haben system-inhärente („eigentümliche“) Verläufe.
5. Die Duldung von Umwegen: Man muss überall Umwege in Kauf nehmen.	Die Entwicklungswege müssen respektiert werden (z. B. kann der Weg durch Bifurkationen nicht „abgekürzt“ werden).
6. Die Wechselseitigkeit des Geschehens: Das Geschehen ... ist wechselseitig. Es ist im ausgeprägten Fall ein Umgang mit „Partnern des Lebens“.	Systeme sind nicht nur durch wechselseitige Verknüpfung der „Elemente“/ Teildynamiken ausgezeichnet, sondern auch die Trennung System / Umwelt ist rein analytisch-formal – jede Separierung und Ausschluss holistischer Wechselwirkungen ist eine (ggf. notwendige) Vereinfachung.

Tabelle 1

(aus Kriz 1998 b)

unter den Bedingungen alltäglichen Realität wirklich behandelt wurden und dadurch für sie bedeutsame Verbesserungen erfahren haben, spielt in der gegenwärtigen Diskussion um die „Effektivität“ von Therapieverfahren keine Rolle – vgl. die „Kriterien“ das sog. „Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie“ in Eckert 1999).

Wenn man diese Aspekte ernst nimmt, so müssen auch und gerade Forschungsarbeiten im Bereich Personenzentrierter Psychotherapie in ihrer Methodologie Kennzeichen berücksichtigen, die der Gestaltpsychologe Wolfgang Metzger bereits vor vier Jahrzehnten als „sechs Kennzeichen der Arbeit am Lebendigen“ präzisiert hatte und damit wesentliche Prinzipien Humanistischer Psychologie jener Zeit zusammenfasste. Bemerkenswerterweise korrespondieren diese Kennzeichen, die von Kritikern und Gegnern der Humanistischen Psychologie damals eher als „schwärmerisch“ und „zu wenig wissenschaftlich“ diskreditiert wurden, mit den Prinzipien moderner, naturwissenschaftlicher Systemtheorie, so wie man sie heute beschreiben würde. Ohne auf Details einzugehen, soll diese Korrespondenz anhand einer Gegenüberstellung (Tab. 1) deutlich werden, die an anderer Stelle näher erläutert wurden (Kriz 1998 b).

Diese Kennzeichen bzw. Prinzipien mögen manchem noch zu abstrakt und allgemein erscheinen. Daher will ich abschließend einen Aspekt ausführen, der mir seit einiger Zeit besonders wichtig erscheint:

Ein zentrales Konzept zur Erforschung dynamischer Systeme ist der „Attraktor“; dies kennzeichnet die (in einem Zeitfenster) stabile Struktur, auf die ein Prozess hinausläuft und die sogar gegen nicht allzu große Störungen immer wieder durch die Systemdynamik ausgeglichen wird. Mit diesem „Darauf-Hinauslaufen“ wird aber in den Naturwissenschaften plötzlich wieder ein teleologisches Prinzip thematisiert, das die Wissenschaft über lange Zeit zugunsten der Kausalität (als Wirkungen aus der Vergangenheit) diskreditiert hat. Im Bereich des menschlichen Lebens gibt es hier eine bedeutsame Entsprechung: nämlich Zielvorstellungen, Phantasien und dergleichen, mit denen sich der Mensch einen zukünftigen Zustand grob vorstellt. Diesen vorgestellten Zustand kennt man oft nicht genau, sondern erst bei der Hinbewegung darauf wird dieser gleichzeitig immer deutlicher ausgestaltet und immer mehr realisiert. Wenn man jemanden, der auf dem Wege zu einer Vorlesung ist, fragt, warum er jetzt z. B. gerade die Treppe hochgeht, so werden weniger Erklärungen kommen wie: „Weil ich grad so in Schwung war“ oder „Weil meine Eltern mich zur Schule geschickt haben, ich Abitur gemacht habe und nun was studieren muss“ etc. – d. h. es werden weniger Ursachen aus der Vergangenheit angeführt (obwohl diese natürlich auch mit hineinspielen). Vielmehr wird mit Aussagen wie: „Weil ich die Vorlesung hören will“ (vielleicht ergänzt um: „Weil ich das für eine Prüfung brauche“) etwas Zukünftiges benannt, auf das man hinsteuert, ohne es genau zu kennen.

Ich halte für humanistische Therapien das teleologische Konzept der Imagination besonders wichtig (vgl. Kriz 1999 c, 2001) und es lohnt sich daher m.E., die Imaginationen in die Forschung einzu-

beziehen: Sie sind als Repräsentanten von Sinnkernen zu sehen, mit denen der Mensch in dieser Welt sein Dasein entwirft. Als „Sinntraktoren“ richten sie die Dynamik von Lebensprozesse aus – und damit auch die Prozesse, die mit „Pathologie“, „Therapie“, „Chronizität“, „Stagnation“, „Veränderung“ etc. bezeichnet werden.

Wir würden daher bei vielen therapeutischen Prozessen erwarten, dass sich über einen besseren Zugang zu und Umgang mit den imaginativen Kräften bedeutsame Änderungen dieser Sinnkerne ergeben – und diese wiederum in Zusammenhang mit „objektiven“ Parametern der „Heilung“ stehen. Konkret ließen sich hier sehr viele Forschungsfragen anknüpfen – etwa, ob und wie die Förderung imaginativer Kräfte und Prozesse auch die Entwicklung, Flüssigkeit, Beachtung von sinnhaften Lebens-Imaginationen unterstützt und wie dies im Zusammenhang mit der Entwicklung von anderen Prozessaspekten steht.

Es zeigt sich anhand dieser abschließenden Bemerkungen, wie nicht nur Kontexte, Inhalte und Fragen die Forschungsmethodik bestimmen, sondern wie andersherum auch ein bestimmter methodologischer Zugang – nämlich die „Kennzeichen der Arbeit am Lebendigen“ und damit die Prinzipien der Systemtheorie ernst zu nehmen – wiederum Forschungskontexte mit inhaltlichen Fragen fördert oder gar hervorbringt. Es wäre gut, wenn die typischen Kennzeichen des PCA sich auch in den Methoden widerspiegeln und die Forschung in diesem Bereich nicht von den Kontrollmechanismen überkommener abendländischer Wissenschaftsideologie „verklavt“ wird (um mit einem Fachausdruck der naturwissenschaftlichen Systemtheorie zu schließen).

Literatur

- Biermann-Ratjen, E-M. (1996), Entwicklungspsychologie und Störungslehre, in: Boeck-Singelmann, C./ Ehlers, B./ Hensel, T./ Kemper, F./ Monden-Engelhardt, C. (Hg.), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Göttingen (Hogrefe), 9–28
- Eckert, J. (1999), Zur Anerkennung von psychotherapeutischen Verfahren als wissenschaftlich, in: Psychotherapeut 44, 250
- Ehler, U. (2002), Stellungnahme und Empfehlungen zu Kriterien der Wissenschaftlichkeit von Curricula für die postgraduale psychotherapeutische Weiterbildung von Psychologinnen und Psychologen. Unveröff. Paper, im Auftrage des FSP, Zürich
- Höger, D. (1995), Unterschiede in den Beziehungserwartungen von Klienten. Überlegungen und Ergebnisse zu einem bindungstheoretisch begründeten und empathiebestimmten differentiellen Vorgehen in der Klientenzentrierten Psychotherapie, in: GwG-Zeitschrift 100, 47–54

- Höger, D. (1999), Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). Ein Verfahren zur Erfassung von Bindungsstilen bei Psychotherapie-Patienten, in: *Psychotherapeut* 44, 159–166
- Höger, D./Wissemann, N. (1999), Zur Wirkungsweise des Faktors „Beziehung“ in der Gesprächspsychotherapie. Eine empirische Studie, in: *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 47, 374–385
- Hofstätter, P. R. (1971), *Differentielle Psychologie*, Stuttgart (Kröner)
- Kiene, H. (2001), *Komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung. Cognition-based Medicine*, Berlin (Springer)
- Kriz, J. (1981), *Methodenkritik empirischer Sozialforschung. Eine Problemanalyse sozialwissenschaftlicher Forschungspraxis*, Stuttgart (Teubner)
- Kriz, J. (1996), Grundfragen der Forschungs- und Wissenschaftsmethodik, in: Hutterer-Krisch, R. (Hg.), *Psychotherapie als Wissenschaft – Fragen der Ethik*, Bd. 5 der „Serie Psychotherapie“ (Hg.: G. Sonneck), Wien (Facultas), 15–160
- Kriz, J. (1997), Fragen und Probleme der Wirksamkeit von Psychotherapie, in: *Gestalt Theory* 19, 51–61
- Kriz, J. (1998a), Chaos, Angst und Ordnung. Wie wir unsere Lebenswelt gestalten, Göttingen/Zürich (Vandenhoeck & Ruprecht)
- Kriz, J. (1998b), Die Effektivität des Menschlichen. Argumente aus einer systemischen Perspektive, in: *Gestalt Theory* 20, 131–142
- Kriz, J. (1999a), *Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Eine Einführung*, Wien (Facultas/UTB) ³1999 (1. Aufl. 1997 unter dem Titel: *Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner*)
- Kriz, J. (1999b), Von der „science-fiction“ zur „science“. Methodologische und methodische Bemerkungen zur Frage der „Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren“, in: *Report Psychologie* 24, 21–30
- Kriz, J. (1999c), On Attractors — The Teleological Principle in Systems Theory, the Arts and Therapy, in: *POIESIS. A Journal of the Arts and Communication* 1, 24–29
- Kriz, J. (2000a), Vermessene Qualität, in: Clemens, W./Strübing, J. (Hg.), *Empirische Sozialforschung und gesellschaftliche Praxis*, Opladen (Leske & Budrich), 67–82
- Kriz, J. (2000b), Fragen und Probleme der Wirksamkeitsbeurteilung von Psychotherapie, in: Petzold, H./Märtens, M. (Hg.), *Wege zu effektiven Psychotherapien*, Opladen (Leske & Budrich), 273–281
- Kriz, J. (2000c), Perspektiven zur „Wissenschaftlichkeit von Psychotherapie“, in: Hermer, M. (Hg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts*, Tübingen (DGVT-Verlag), 43–66
- Kriz, J. (2001), Intuition in therapeutischen Prozessen, in: *systema* 15,3, 217–229
- Kriz, J. (2002), Monoklone Therapeuten für monoklone Symptomträger? Perspektiven zur „Wissenschaftlichkeit“ von Psychotherapie, in: *Psychoskope* 1, 3–17
- Kriz, J. (2003a), Artefaktprobleme experimenteller Ökonomik, in: Kubon-Gilke, G. (Hg.), *Jahrbuch Normative und institutionelle Grundfragen der Ökonomik: Experimente in der Ökonomik*, Marburg (Metropolis), 269–292
- Kriz, J. (2003b), Gutachten über den Begriff der Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie in: *Punktum. Zeitschrift des SBAP*, Zürich (Sonderdruck, Mai 2003)
- Kriz, J./Lück, H. E./Heidbrink, H. (1995), *Wissenschafts- und Erkenntnistheorie. Eine Einführung für Psychologen und Humanwissenschaftler*, Opladen (Leske & Budrich) ³1995
- Metzger, W. (1962), *Schöpferische Freiheit*, Frankfurt (Waldemar Kramer)
- Orlinsky, D. E./Grawe, K./Parks, B. K. (1994), Process and Outcome in Psychotherapy, in: Bergin, A. E./Garfield, S. L. (Hg.), *Handbook of psychotherapy and behavioral change*, New York (Wiley), 270–376
- Petersen, P. (Hg.) (1990), *Ansätze Kunsttherapeutischer Forschung*, Berlin (Springer)
- Petersen, P. (1994), *Der Therapeut als Künstler: Ein integratives Konzept von Psychotherapie und Kunsttherapie*, Paderborn (Junfermann) ³1994
- Petrak, F. (1999), Checkliste zur Bewertung der wissenschaftlichen Qualität kontrollierter psychotherapeutischer Interventionsstudien (CPI), in: *Psychotherapeut* 44, 390–93
- Rogers, C. R. (1980b), Klientenzentrierte Psychotherapie, in: Corsini, J. R. (Hg.), *Handbuch der Psychotherapie*, Bd. 1, Weinheim (Beltz), 1983, 471–512
- Rogers, C. R./Dymond, R. F. (Hg.) (1954a), *Psychotherapy and Personality Change*, Chicago (Chicago University Press)
- Sachse, R. (2003), *Von der Gesprächspsychotherapie zur Klärungsorientierten Psychotherapie*. Dortmund (Selbstverlag) (internet: www.psychotherapie-ausbildung-sachse.de)
- Seligman, M. E. P. (1997), Die Effektivität von Psychotherapie. Die Consumer Reports-Studie, in: *Integrative Therapie* 22,4, 264–288 (amer. Original in: *American Psychologist* 50, 965–974)

Autor

Jürgen Kriz, geb. 1944, Dr. Phil, Professor für Psychotherapie und klinische Psychologie an der Universität Osnabrück im FB „Humanwissenschaften“. Psychotherapeut und Ausbilder für personenzentrierte Psychotherapie (GwG). Arbeitsschwerpunkte: Im Rahmen seiner „Personenzentrierten Systemtheorie“ Arbeit an der Verbindung von naturwissenschaftlich fundierter Systemtheorie (Synergetik) mit Psychotherapie/Psychopathologie und Bewusstseinsphänomenen; ferner: Fragen der Forschungsmethodik.

Korrespondenzadresse

*Prof. Dr. Jürgen Kriz
Fachbereich Humanwissenschaften der Universität Osnabrück
Fachgruppe Klinische Psychologie
Knollstraße 15
D-49069 Osnabrück
E-Mail: juergen.kriz@uni-osnabrueck.de*

Eva-Maria Biermann-Ratjen

Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma

Zusammenfassung: Dieser Artikel beschreibt, wie im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts die Entstehung, Entwicklung und Behandlung der psychotraumatogenen Pathologie verstanden wird. Ausgehend von einer Beschreibung der Erfahrung in einer traumatisierenden Situation wird die akute Inkongruenzerfahrung in der akuten Belastungsreaktion, die Entwicklung der Inkongruenzerfahrung in der Bewältigungsphase und schließlich in der posttraumatischen Belastungsstörung, die in eine Persönlichkeitsstörung einmünden kann, beschrieben. Dissoziative Phänomene erfahren eine besondere Beachtung. Bei der Beschreibung der schulenübergreifenden Prinzipien der Behandlung von Psychotrauma wird betont, dass in ihnen gesprächspsychotherapeutische Positionen – meistens nicht als solche gekennzeichnet – eine herausragende Rolle spielen.

Schlüsselwörter: Psychotrauma, akute Belastungsreaktion, posttraumatische Belastungsstörung, Persönlichkeitsstörung, Dissoziation.

Résumé: La conceptualisation du traumatisme psychique dans la psychothérapie centrée sur la personne. Cet article décrit comment la formation, le développement et le traitement de la pathologie psychotraumatique sont compris dans le cadre de la conception centrée sur le client. Partant d'une description d'une expérience faite dans une situation traumatisante, on élabore l'expérience d'incongruence aigue dans la réaction de stress, le développement de l'expérience d'incongruence dans la phase de résilience et enfin le syndrome de stress post-traumatique qui peuvent déboucher sur un trouble de la personnalité. Une attention particulière est portée sur les phénomènes dissociatifs. Dans la description des principes valables dans toutes les écoles psychothérapeutiques pour le traitement du traumatisme psychique, l'accent est mis sur le fait que certaines positions de la psychothérapie centrée sur la personne dans la plupart des cas, non désignées, jouent un rôle primordial.

Mots-clés: Psychotraumatisme, réaction de stress aiguë, syndrome de stress post-traumatique, trouble de la personnalité, dissociation

Abstract: The client-centred understanding and therapy of psychotrauma. A client-centred understanding of psychotrauma and of the development of posttraumatic psychopathology is presented. The psychophysical reaction in a traumatic situation is described and the experience of incongruence in the posttraumatic reaction followed by efforts to overcome the state of incongruence by integrating the traumatic experience which may end up in a chronified posttraumatic stress-disorder or even personality disorder. Dissociative defense mechanisms are especially underlined. It is demonstrated that psychodynamic and behavior therapeutic models concerning the essentials of the treatment of posttraumatic stress-disorders emphasize client-centred ideas – but never name them explicitly as client-centred positions.

Key words: Psychotrauma, posttraumatic stress reaction, posttraumatic stress disorder, personality disorder, dissociation.

Dieser Artikel behandelt nacheinander die Fragen:

1. Was ist ein Psychotrauma?
2. Wie ist die Erfahrungswelt einer traumatisierten Person zu beschreiben?
3. Wie ist eine traumatisierte Person aus der Sicht des Klientenzentrierten Psychotherapeuten zu verstehen und dementsprechend zu behandeln?

1. Was ist ein Psychotrauma?

In der Medizin versteht man unter einem Trauma eine Wunde, die durch die Einwirkung von Gewalt entstanden ist. Unter einem Psychotrauma verstehen wir einen Schock im Sinne einer seelischen Erschütterung, ausgelöst durch „ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen

Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Erschütterung hervorrufen würde“ (Weltgesundheitsorganisation 1991, 157). Die Formulierung „bei fast jedem“ ist wichtig. Sie unterscheidet das Psychotrauma von der Anpassungsstörung, die als Folge von subjektiv außergewöhnlich belastenden Lebensereignissen oder besonderen Veränderungen im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt haben, angesehen werden. Es ist ferner wichtig, sich klar zu machen, dass eine Anpassungsstörung – und die Störung in der Folge eines Traumas ist eine spezielle Form einer Anpassungsstörung – nur dann diagnostiziert werden kann, wenn das belastende Ereignis oder die andauernde unangenehme Situation die primären und ausschlaggebenden Kausalfaktoren sind, d. h. dass ohne sie die Störung nicht entstanden wäre. Von einem Trauma soll darüber hinaus nur dann gesprochen werden, wenn das belastende Ereignis oder die Katastrophe fast jeden tief erschüttern würden. Als solche gelten z. B. das „Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit (so genannter sexueller Missbrauch), Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit, die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können“ (Flatten 2001, 1).

2. Wie ist die Erfahrungswelt einer traumatisierten Person zu beschreiben?

2.1. In der traumatisierenden Situation

Soviel zur Definition der traumatischen Erfahrung. Wie sieht nun die traumatisierende Selbsterfahrung aus?

Die Erschütterung in einer potenziell traumatischen Situation wird zunächst so erlebt: „Die Bauchmuskeln spannen sich reflexhaft an, ebenso die ganze Rücken- und Nackenmuskulatur. Die Nebennieren haben längst Adrenalin ausgeschüttet, der Puls schnell hoch, das Gesicht rötet sich, die Hände werden schweißnass. Die Amygdala, der ‚Rauchmelder des Gehirns‘ (van der Kolk 1997) hat geschaltet: ‚Gefahr‘ und den Körper in maximale Reaktionsbereitschaft versetzt: Kampf oder Flucht. Wir Menschen sind Säugetiere, und lange, bevor unser Frontalhirn dazu kommt ...“ (die Situation ins Auge zu fassen) „und in Kooperation mit der Broca-Region zu entscheiden, welche Wortmetapher denn dieses Ereignis am treffendsten charakterisiert (...), ist der Körper – glücklicherweise – reflexhaft auf ‚Überlebensreaktion‘ umgeschaltet“, (Reddemann/Sachsse 1997, 115).

„Traumatisierend wirkt ein Ereignis dann, wenn die natürlichen Reaktionsmöglichkeiten Kampf oder Flucht unmöglich sind. Im Kern jeder Traumatisierung findet sich die Erfahrung völliger Ohnmacht

und Hilflosigkeit. Im Tierreich ist diese Erfahrung des ‚inescapable shock‘ lebensgefährlich. Das lässt sich tierexperimentell nachweisen, und viele Jäger haben es auch schon beobachtet. Wenn etwa ein Kaninchen von einem Raubvogel angegriffen wird und nicht mehr fliehen kann, dann kann es passieren, dass das Tier tot ist, bevor der Vogel es erreicht. Das geht über den Totstellreflex als Überlebensversuch hinaus. ... Es ist nur eine Assoziation, natürlich kein Beweis, aber manchmal haben wir in Therapien den Eindruck: Eine Patientin kämpft darum, schuldig oder wenigstens mitschuldig gewesen zu sein, nicht völlig hilflos, nicht nur ohnmächtiges Opfer gewesen zu sein, als wäre für sie das Erleben vollständigen Ausgeliefert-Seins lebensgefährlich“ (Reddemann/Sachsse, U.: 1997, S. 115).

Die Selbsterfahrung im Rahmen einer traumatisierenden Erfahrung ist also zunächst durch ein u. U. tödliches Erschrecken angesichts der Sinnlosigkeit von Kampf- und Fluchtbereitschaft in einer Situation von totaler Ohnmacht und Hilflosigkeit bei voller Aktivierung von Kampf- und Fluchtbereitschaft gekennzeichnet.

Gesprächspsychotherapeuten würden formulieren: In einer traumatisierenden Situation erlebt die Person, wie sie diese organismisch als eine massive Bedrohung bewertet. Die Bewertung erfolgt in der körperlichen Bereitstellung der Kampf- und Fluchtreaktionen und zeitnah dazu in einem u. U. tödlichen Erschrecken angesichts der Sinnlosigkeit dieser Reaktion in einer Situation der totalen Macht- und Hilflosigkeit.

2.2. Wie ist die Erfahrungswelt einer traumatisierten Person in der akuten Belastungsreaktion bzw. in der akuten Inkongruenz zu beschreiben?

Die akute Belastungsreaktion, die nicht später als zwanzig Minuten nach dem belastenden Ereignis auftritt, beginnt typischerweise mit einer Art von „Betäubung“: einer Bewusstseinsengung und Einschränkung der Aufmerksamkeit, Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiterer Rückzug aus der äußeren Realität folgen bis hin zum Erstarren der gesamten Psychomotorik im Stupor, aber auch ein Unruhezustand und Überaktivität wie Fluchtreaktionen oder Fugue, sowie Depression, Verzweiflung und Ärger. Meist treten vegetative Anzeichen panischer Angst wie Tachycardie, Schwitzen und Erröten auf. Die Symptome der akuten Belastungsreaktion klingen im allgemeinen innerhalb von Stunden bis Tagen wieder ab (vgl. Weltgesundheitsorganisation 1991, 155 f).

Gesprächspsychotherapeuten würden formulieren: Spätestens zwanzig Minuten nach dem traumatischen Ereignis beginnt das Erleben der akuten Inkongruenz: die aktuelle Erfahrung, dass etwas erlebt worden ist, das nicht mit dem Selbstkonzept zu vereinbaren ist, das die bestehende Gestalt des Selbstkonzepts bedroht. Die traumatische Erfahrung kann nicht in das Selbstkonzept integriert werden bzw. würde, wenn sie integriert würde, das Selbstkonzept erheblich verändern. Das Erleben dieser Form der akuten Inkongruenz

beginnt typischerweise mit dem Erleben einer Art von „Betäubung“. Bewusstseinsseinerung und Einschränkung der Aufmerksamkeit behindern das Bewusstwerden der Erfahrung. Es kommt zu einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, und Desorientiertheit. Dieser Form der Abwehr, dass der Erfahrung der Zutritt zum Bewusstsein versperrt wird, können weitere Abwehrmanöver folgen: eine Lähmung der motorischen Reaktionsbereitschaften bis hin zum Stupor (Totstellreflex), aber auch ein nicht reflektierter motorischer Unruhezustand und Überaktivität wie Fluchtreaktionen oder Fugue, sowie Depression, Verzweiflung und Ärger. Die in der Regel zum Erleben der akuten Inkongruenz gehörende Angst wird meistens nur in den vegetativen Anzeichen panischer Angst wie Tachycardie, Schwitzen und Erröten erlebt.

2.3 Wie ist die Erfahrungswelt einer traumatisierten Person in der Bewältigungsphase zu beschreiben?

In den auf das Trauma folgenden vier bis acht Wochen ist das Erleben in erster Linie von einem Wechsel zwischen Intrusionen und Konstriktion gekennzeichnet.

In Phasen der Intrusion reaktualisiert sich die traumatische Erfahrung. Man spricht auch von Flash-backs. Die traumatisierende Situation erscheint im Bewusstsein. Intrusionen sind keine Erinnerungen, sondern erneutes Durchleben der Situation. Sie können auftreten, wenn man zur Ruhe kommt, vor dem Einschlafen oder in Form von Alpträumen, die einen aus dem Schlaf reißen. Die Szenen laufen wieder und wieder ab mit allen zu ihnen gehörenden Affekten und Körpersensationen. Intrusionen können auch ausgelöst – ange-triggerter – werden durch Reize, die an die belastende Situation erinnern. Das kann zu Vermeidungsverhalten führen, und da fast jeder Reiz ein Trigger sein kann, kann leicht alles vermieden werden.

Im Wechsel mit Intrusionen werden Zustände von Konstriktion erlebt: Emotionslosigkeit als sei man betäubt, eine gewisse Stumpfheit, Lustlosigkeit, Freudlosigkeit, Anhedonie, eine Art innerer Lähmung. Im Zustand der Konstriktion erreicht einen fast gar nichts mehr.

Gesprächspsychotherapeutisch ausgedrückt: In Intrusionen wird erlebt, wie die Abwehr gegen die traumatische Erfahrung immer wieder zusammenbricht und sich die Erfahrung unkontrolliert und unverarbeitet Zugang zum Bewusstsein verschafft. Im Zustand der Konstriktion wird die Generalisierung der Abwehr, die Verslossenheit gegenüber der Gesamtheit der Erfahrung erlebt.

Die traumatische Erfahrung kann unter günstigen Bedingungen in einem Wechsel aus Intrusionen, Angetriggertsein, Alpträumen und Aussprechen (im Kontakt mit Vertrauenspersonen) einerseits und Konstriktionen, Abschalten, Ablenken und Wegdenken andererseits in vier bis acht Wochen „integriert“ sein. Die Person kann dann „... daran denken, ohne in einen Flash-back abzurutschen...“ sagen Reddemann und Sachsse (a. a. O. S. 117).

Als die wichtigsten Faktoren, die zu Störungen des Traumabewältigungsprozesses führen können, gelten:

1. Die Person findet niemanden, dem sie sich mitteilen kann, von dem sie in ihrer traumatischen Erfahrung und deren Konsequenzen vor allem für ihre Selbsterfahrung angenommen wird.
2. Die Person kann sich selbst in diesen Erfahrungen und Selbsterfahrungen nicht annehmen.
 - a) Die Person zweifelt an ihrer Wahrnehmung: Habe ich mir das nur eingebildet oder war das wirklich so?
 - b) Die Erfahrung wird als völlig unvereinbar mit der Selbst- und Weltsicht erlebt, z. B. mit einer narzisstischen Größen- oder Unverletzbarkeitsvorstellung, oder die Erfahrung schlägt in eine „depressive Kerbe“: „Ich ziehe das Unglück an.“ Das ist übrigens auch eine Größenvorstellung.
 - c) Die Person gibt sich selbst die Schuld und schämt sich.

Gesprächspsychotherapeuten sagen: Unter der Voraussetzung, dass die Bedingungen für die Integration von Erfahrung in das Selbstkonzept vorliegen, d. h. dass es der traumatisierten Person gelingt, Menschen zu finden, die sie in diesen Erfahrungen empathisch und unbedingt und kongruent positiv beachten, kann sich die akute Inkongruenz zurückbilden. Die Selbsterfahrung in der traumatisierenden Situation wird nach und nach vollständig symbolisiert und in das Selbstkonzept integriert.

Es ist an dieser Stelle daran zu erinnern: Die vollständig zu symbolisierende Selbsterfahrung ist ein u. U. tödliches Erschrecken angesichts der Erfahrung von totaler Ohnmacht und Hilflosigkeit bei voll aktivierter Kampf- und Fluchtbereitschaft in einer Situation, die auf diese Weise organismisch als extrem bedrohlich bewertet wird.

Auch in der Erfahrung der akuten Inkongruenz: der Erfahrung der Bedrohung nicht nur des physischen Lebens sondern auch der Bedrohung des Selbstkonzepts bzw. der Selbstachtung, und in der Erfahrung der Abwehr – vor allem wenn sie darin besteht, dass die Schuld bei sich selbst gesucht wird – muss eine Person empathisch und unbedingt und kongruent von einer anderen Person verstanden werden, wenn aus der traumatischen Erfahrung eine in das Selbstkonzept integrierte werden soll.

2.4. Wie sieht die Erfahrungswelt in der posttraumatischen Belastungsstörung aus?

Diese Mischung aus:

- der nach Integration drängenden und sich in Intrusionen immer wieder zeigenden traumatischen Erfahrung
- der Erfahrung der Bedrohung des Selbstkonzepts und der Selbstachtung durch die traumatische Selbsterfahrung
- der Erfahrung der Abwehr der traumatischen Erfahrung und auch
- der Abwehr der Erfahrung der Inkongruenz

kann sich zur so genannten posttraumatischen Belastungsstörung entwickeln, die dem Trauma mit einer Latenz von Wochen bis Monaten, jedoch selten nach mehr als sechs Monaten folgt.

Sie besteht in der Fortdauer des wiederholten Nacherlebens des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen oder Flash-backs), Träumen oder Alpträumen vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein oder emotionaler Stumpfheit (Gleichgültigkeit, Teilnahmslosigkeit, Anhedonie), Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen, und Furcht vor und Vermeidung von Stichworten, die an das Trauma erinnern könnten. Bei einer plötzlichen Erinnerung an oder Wiederholung des Traumas oder der ursprünglichen Reaktion darauf kann es zu Ausbrüchen von Angst, Panik und/oder Aggression kommen.

Gewöhnlich besteht ein Zustand vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit. Angst und Depression und Suizidgedanken, sowie Drogeneinnahmen und übermäßiger Alkoholkonsum sind oft zu beobachten (vgl. Weltgesundheitsorganisation 1991, 157 f).

Gesprächspsychotherapeutisch formuliert: In der posttraumatischen Belastungsstörung ist die traumatische Erfahrung zu einem Feind geworden, der die Abwehr immer wieder durchbricht, sich in Intrusionen in Erinnerung bringt und Kampf- und Fluchtreaktionen auslöst. Das Erleben der chronifizierten Inkongruenz – ein andauerndes Gefühls von Betäubtsein oder emotionaler Stumpfheit (Gleichgültigkeit, Teilnahmslosigkeit, Anhedonie) bei vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit und dem Vermeiden von Aktivitäten und Situationen, auch Stichworten, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten – wird durch Anfälle von akuter Inkongruenz unterbrochen, in denen Angst, Panik und/oder Aggression und Depression bis zu Suizidgedanken erlebt werden.

Diese Störung kann einen über Jahre chronischen Verlauf nehmen und auch in eine andauernde Persönlichkeitsveränderung münden. Dann erlebt die Person immer wieder Konfusion und Orientierungsverlust. Es kommt nicht zur Integration der traumatisierenden und ähnlicher Erfahrungen, sondern immer wieder zu Intrusionen, in denen Affektüberflutung erlebt wird. Panikattacken, „hysterisches“ Verhalten, Kontrollverlust, bevorzugt aggressiver Art, und vor allem Angst davor werden immer wieder erlebt. Das Vermeidungsverhalten, das vor Triggerreizen schützen soll, kann extrem werden und z. B. zu Medikamenten- und Drogenabusus entarten. Es können sich aber auch persistierende Bilder entwickeln und Hypermniesien, das ist eine außergewöhnliche Verstärkung der Erinnerung an Einzelheiten.

Es gibt heute Hinweise darauf, dass in der Folge einer Traumatisierung das körperliche Stressverarbeitungssystem alteriert sein kann. Dann kann das normale Körpererleben nicht wieder aufgenommen werden. Die Schwelle für Triggerreize bleibt herabgesetzt. Bei jeder

Art von Stress kommt es schnell zu Übererregung, und die Rückregulation ist erschwert. Menschen mit dieser Störung sind dünnhäutig, reizbar, schnell übererregt, und zwar somatisch bedingt. Es wird angenommen, dass so wie die ursprüngliche traumatisierende Selbsterfahrung zunächst eine vor allem körperliche ist, die erst später und u. U. niemals verbal symbolisiert wird, bei einem durch ein Trauma dauernd veränderten Stressverarbeitungssystem die durch Triggerreize angestoßenen Flash-backs nicht bis ins Sprachzentrum weitergeleitet werden und damit sprachlich nicht erreichbar sind. So kommt es zu phobischen oder zwanghaften Entwicklungen, deren Grundlage die Vermeidung von Triggerreizen ist, und zu Somatisierungsstörungen, die als Körper-Flash-backs zu verstehen sind.

Bei der Beschreibung und Behandlung von chronifizierten posttraumatischen Störungen und besonders von Persönlichkeitsstörungen, die als perpetuierte posttraumatische Störungen anzusehen sind, hat immer schon – d. h. auch schon lange bevor eine hirnhypophysen bedingte Veränderung des Stresserlebens durch Psychotraumata diskutiert wurde – das Phänomen der Dissoziation eine große Rolle gespielt. Dissoziation gilt als die vorherrschende Abwehr und vor allem als der vermutlich zentrale Coping-Mechanismus bei Psychotrauma und soll deshalb an dieser Stelle noch einmal extra behandelt werden.

Dissoziation wird z. B. durch Wilson im Lexikon der Psychologie (Arnold et al. 1980, S. 383) definiert als ein „Prozess, durch den bestimmte Gedanken, Einstellungen oder andere psychologische Aktivitäten ihre normale Relation zu anderen bzw. zur übrigen Persönlichkeit verlieren, sich absplitten und mehr oder minder unabhängig funktionieren. So können logisch unvereinbare Gedanken, Gefühle und Einstellungen nebeneinander beibehalten ... werden.“ Dies gilt nicht nur für logisch, sondern auch für emotional unvereinbare Erfahrungen. Dissoziation ist der Versuch der Wahrnehmungszerstörung oder zumindest Wahrnehmungsveränderung“ (Sachsse 1996(a) zit. in (Reddemann/Sachsse a. a. O., 118).

Zwei Formen der Dissoziation, die induzierte Derealisation und die induzierte Depersonalisation werden besonders oft im Umgang mit traumatisierten Personen beobachtet. Viele körperlich Misshandelte z. B., vor allem die, die wiederholten und/oder fortgesetzten traumatischen Erfahrungen ausgesetzt sind, entwickeln die Fähigkeit, aus ihrem Körpererleben auszusteigen, neben sich zu stehen, die Szene von oben oder außen zu betrachten und so wenig wie möglich zu durchleben. Sie verlassen die unerträgliche Realität aktiv. Sie wehren damit einen Teil ihrer Selbsterfahrungen – nämlich vor allem den affektiven – ab bzw. symbolisieren ihre Selbsterfahrungen nur zum Teil. Wie alle Abwehrmanöver und die aus ihnen resultierenden Symptombildungen können auch die Derealisation und die Depersonalisation generalisieren. Der Verlust des selbstbestimmten Zugangs zur bzw. der Kontrolle über die eigene emotionale Erfahrung ist eines der Hauptkennzeichen der Persönlichkeitsstörungen, die als chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung zu verstehen sind.

Auch selbstverletzendes Verhalten – das nicht der Selbstkontrolle unterliegt und oft für das zentrale Merkmal z. B. der Borderline-Persönlichkeitsstörung gehalten wird – spielt sich im Zusammenhang mit Dissoziation ab. Selbstverletzendes Verhalten gilt nach allem, was beobachtet worden ist und wird, als das beste Mittel, um „Zustände“, „Druck“, also Übererregung (hyperarousal), Intrusionen, Flash-backs, Depersonalisations- und Derealisationen zu beenden, als das beste bekannte Antidissoziativum, allen Medikamenten deutlich überlegen (vgl. Sachsse, 1987, 1997; Sachsse et al. 1997a). „15 bis 30 Sekunden nach einem Hautschnitt ist der Kopf wieder klar, der Körper ist lebendig, die Körpergrenzen sind spürbar, die Gefühle sind konturiert, und „der Druck ist raus“. Das macht diese Symptomatik für viele Patienten so schwer entbehrlich und damit so schwer behandelbar“ (Reddemann/Sachsse a.a.O. 118).

Wie gesagt können viele Symptombildungen der schweren Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die der Borderline-Persönlichkeitsstörung, als anfangs sinnvolle, mit der Zeit aber dysfunktionale Coping-Strategien – vor allem im Sinne von Dissoziation – zur Bewältigung traumabedingter Störungen verstanden werden. Das gilt auch für die Abwehr durch Spaltung (in gut und böse), zu der die Verleugnung, die Idealisierung und Entwertung, die Projektion und die Projektive Identifikation gehören. „Sofern eine Realwahrnehmung mit den inneren guten Objekten unvereinbar ist, sind wir Menschen offenbar gezwungen, diese Wahrnehmung zu opfern“ (Reddemann/Sachsse a. a. O., 118). Spaltung gilt als versteinerte, erstarrte Dissoziation.

Im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts wird zwar nicht viel über Dissoziation gesprochen, aber in der Erklärung von Symptombildungen spielen dissoziative Phänomene eine große Rolle. Es wird angenommen, dass eine Erfahrung, die als mit dem Selbstkonzept unvereinbar und damit bedrohlich bewertet wird, nach Möglichkeit dem Bewusstsein ferngehalten wird, und zwar durch Wahrnehmungsveränderung. Die dem Selbstkonzept inkongruente Erfahrung wird verleugnet oder so verzerrt, dass sie doch als mit dem Selbstkonzept vereinbar erscheint. Eine Erfahrung kann auch in der Form verzerrt sein, dass sie nicht vollständig symbolisiert ist, also z. B. nur als Körpersensation oder Gedanke ohne das zu ihr gehörende Gefühl im Bewusstsein auftaucht. Auch das ist ein dissoziatives Phänomen.

Anders als die Objektbeziehungstheoretiker nehmen Gesprächspsychotherapeuten an: Wir „opfern“ nicht die Wahrnehmung von Erfahrungen, die mit unseren guten Objektrepräsentanzen nicht zu vereinbaren sind, sondern wir können keine Selbsterfahrungen machen, in denen wir nicht, als wir sie das erste Mal in einer entsprechenden Situation hätten machen können, von einer kongruenten anderen Person empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt worden sind. Weil Erfahrungen bei ihrem ersten Auftreten

nur unter der Bedingung in das Selbstkonzept integriert werden können, dass sie von einer anderen Person empathisch verstanden werden und wir in ihr unbedingt positiv beachtet werden, können in das Selbstkonzept nur Erfahrungen mit einem „guten Objekt“ integriert werden. Erfahrungen mit einem „nicht guten Objekt“ werden nicht in das Selbstkonzept integriert. Wenn sie sich später wiederholen, werden sie als Bedrohung für das Selbstkonzept entweder gar nicht gemacht, ganz verleugnet oder so verzerrt, dass sie nicht mehr nach Erfahrungen mit einem nicht verstehenden und nicht unbedingt wertschätzenden Anderen aussehen.

3. Prinzipien der Behandlung von Psychotrauma

3.1 Schulübergreifende Prinzipien der Behandlung von Psychotrauma

Bezüglich der Behandlung von Psychotrauma gilt Schulübergreifend: Das Ziel der psychotherapeutischen Behandlung von Psychotrauma ist die Aufhebung der Dissoziation: Wo Intrusionen sind, sollen Erinnerungen werden.

Zum einen geht es darum, dass die eine einzelne traumatische Erfahrung ausmachenden Gedanken, Bilder, Worte, Affekte und Körpersensationen ganzheitlich zusammengeführt werden.

Gesprächspsychotherapeutisch formuliert: Es geht darum, dass die traumatische Erfahrung als Selbsterfahrung vollständig symbolisiert werden kann. Nur dann kann sie in das Selbstkonzept integriert werden und bedeutet ihr Wiederauftauchen im Bewusstsein nicht mehr eine Bedrohung für das Selbstkonzept.

Zum anderen geht es in der Therapie von Psychotrauma darum, den Erfahrungskontext (so nennen das z. B. die Tiefenpsychologen) bzw. das Selbstkonzept so zu erweitern, dass nicht nur diese einzelne traumatische Erfahrung in das Selbstkonzept integriert werden kann. Je mehr auch traumatische Erfahrung in das Selbstkonzept integriert worden ist, um so weniger kann das Auftauchen einer spezifischen traumatisierenden Erfahrung oder von Teilen von ihr im Bewusstsein den Erlebensprozess unterbrechen, bzw. die dissoziative Abwehr in Gang setzen.

Gesprächspsychotherapeutisch formuliert: Das drohende Auftauchen der traumatischen Erfahrung im Bewusstsein kann die Person um so weniger in einen Zustand akuter Inkongruenz versetzen, je mehr Erfahrung – die immer zugleich eine Erfahrung des verstanden und unbedingt positiv beachtet worden Seins ist – sie in ihr Selbstkonzept hat integrieren können. Das generelle Ziel der Therapie nach Psychotrauma ist es, dass jedes Ereignis, das die Patientinnen und Patienten in ihrem Lebens erfahren oder erlebt haben, emotionsgetragen erinnert werden kann. Es geht um die Aufhebung der Notwendigkeit der Dissoziation in all ihren Formen bzw. um die Aufhebung der chronischen Inkongruenz in den vielen Formen, in denen sie erlebt wird.

3.2. Es ist von einer traumatogenen Pathologie auszugehen

Die Psychoanalytiker und Tiefenpsychologen, die traumatisierte Patienten behandeln, betonen, dass diese Patienten nicht aus einer konfliktpsychologischen und auch nicht aus einer entwicklungspsychologischen Perspektive zu betrachten seien. Vielmehr sei im Umgang mit ihnen keine andere als eine traumatogene Pathologie anzunehmen.

Es sei eine therapeutische Beziehung anzustreben, in der sich der Patient und der Therapeut gemeinsam um das tatsächlich bzw. in Wirklichkeit – und nicht etwa nur in der Phantasie – traumatisierte Wesen im Patienten bemühen, vor allem wenn es sich um ein traumatisiertes Kind handle.

Die eigenen Möglichkeiten und Ressourcen der Patientinnen und Patienten seien anzuregen und zu unterstützen. Auch eine schwerst verletzte Patientin verfüge über sämtliche Selbstheilungskräfte. Intrusionen seien Reaktivierungen von Erfahrungen, die nach Erledigung drängten, Spaltung, Dissoziation und Imagination die zentralen Coping-Strategien traumatisierter Menschen und damit Ressourcen.

In der Behandlung von Psychotrauma gehe es nicht um „Abreaktion“ oder „Katharsis“, sondern um „Traumasynthese“ (Huber 1995) und die anschließende Integration des Erlebten in den eigenen Erfahrungskontext. So sei es wichtig, sich klarzumachen, dass bei einer Reaktivierung des Traumas durch Traumaexpositionstechniken die Affekte und Empfindungen oft heftiger sind als in der traumatischen Situation selbst, in der (bzw. im Anschluss an die) – sinnvollerweise – dissoziiert wurde. Es gilt heute als Kunstfehler, etwa bei einer Anamneseerhebung oder bei einem Kurztermin Erinnerungen an Traumata aufspüren zu wollen, detektivisch zu erfragen oder engagiert involviert zu vertiefen. Traumaexposition erfordere eine fundierte Vorbereitung und einen klaren Rahmen.

Wenn es um die Behandlung von Psychotrauma geht, vertreten also auch die Psychoanalytiker und Tiefenpsychologen gesprächspsychotherapeutische Positionen: Das Ziel der Therapie ist es, durch die Integration der bislang dissoziierten Erfahrung das Selbstkonzept weiterzuentwickeln. Es ist von Selbstheilungstendenzen auszugehen, einem eigenen Potential zur selbstorganisierten Entwicklung in eine positive Richtung. Im Rahmen der Gesprächspsychotherapie heißt das: Aktualisierungstendenz. Und es ist eher nondirektiv vorzugehen.

3.3. In der Behandlung von Psychotrauma werden drei Behandlungsphasen unterschieden

Alle traumasynthetisch arbeitenden Therapeutinnen und Therapeuten seit Pierre Janet (1889) unterteilen die Behandlung in drei Phasen:

- eine anfängliche Stabilisierungsphase
- eine Traumaexpositionsphase

- und eine Phase des Trauerns, der Sinnfindung und Reintegration der Persönlichkeit.

a) Die Stabilisierungsphase beinhaltet die Etablierung der therapeutischen Beziehung. Die therapeutische Beziehung, gekennzeichnet durch Verständnis, Akzeptanz, Sympathie, Kooperation, mitmenschliche Wärme, Förderung der emotionalen Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit oder Anpasstheit an die soziale Wirklichkeit des Patienten gilt heute schulenübergreifend als ein wichtiger, wenn nicht gar als der zentrale Wirkfaktor jeder Psychotherapie.

b) Es wird an die eigenen Möglichkeiten und Ressourcen der Patientin angeknüpft. Vor dem Beginn mit der Traumaexposition müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Die Patientinnen müssen z. B. grundlegende stabilisierende Imaginationsleistungen – die Vorstellung eines sicheren inneren Ortes, guter innerer Helfer, eines sicheren Tresors zum Wegpacken von traumatischen Erinnerungen – erbringen können.

c) Die Patienten werden von Anfang an nach innen verwiesen, auf ihre eigenen Erfahrungen. Wenn sie z. B. über nur gute und nur schlechte Personen oder nur schöne und nur traumatische Lebensbedingungen sprechen, werden sie darauf hingewiesen, dass in realen zwischenmenschlichen Beziehungen andere Erfahrungen gemacht werden.

d) Die Stabilisierungsphase gilt nicht nur als Vorbereitung auf die Traumaexposition als sinnvoll und notwendig. Für viele Patientinnen beschränkt sich die Behandlung auf die Stabilisierung. Selbst in auf die Behandlung von Psychotrauma spezialisierten Kliniken werden nur bei 40 Prozent der Patientinnen Traumaexpositionen durchgeführt.

Mit den Traumasynthesen ist eine Therapie noch nicht abgeschlossen. Es bedarf danach noch einer meist mehrjährigen Neuorientierung.

Die umfassenden verhaltenstherapeutischen Konzepte der Behandlung von Psychotrauma sehen nicht wesentlich anders aus. In ihrer Darstellung werden die Techniken der Traumaexposition und ihre „Verträglichkeit“ in den Vordergrund gestellt.

Ich denke, es ist deutlich geworden, dass in den Überlegungen über eine angemessene Behandlung traumatisierter Menschen die wesentlichen Aussagen des Klientenzentrierten Konzepts, die aber fast nie als solche erwähnt werden, eine Renaissance erleben.

3.4 Die traumatogene Psychopathologie im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts

Bedeutet das nun schon wieder, dass Gesprächspsychotherapeuten alle ihre Klienten gleich behandeln, und zwar so, als wären sie alle

Traumatisierte? In gewisser Weise ist das so. Wir gehen bei allen Klienten von einer traumatogenen Pathologie insofern aus, als wir annehmen, dass sie auf dem Grunde ihrer Symptomatik an Inkongruenz leiden, mit Erfahrungen zu tun haben, die sie als bedrohlich erleben, die sie nicht in ihr Selbstkonzept integrieren können bzw. die ihr Selbstkonzept bedrohen.

Das Spezifische an der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Psychotrauma ergibt sich aus dem Inhalt und der Abwehr der Erfahrungen, die als traumatisierend gelten.

Die Selbsterfahrung in der traumatisierenden Situation ist das u.U. tödliche Erschrecken angesichts der Sinnlosigkeit der körperlich bereits aktivierten Kampf- und Fluchtbereitschaft in einer Situation der totalen Macht- und Hilflosigkeit.

Die Erfahrung, total ohnmächtig und hilflos zu sein, nichts bewirken zu können, ist mit den Erfahrungen, die in das Selbstkonzept integriert worden sind, nicht kongruent. Mit allen Erfahrungen, die in das Selbstkonzept integriert werden konnten, hat die Person zumindest auch empathisches Verstehen und unbedingte Wertschätzung auslösen können.

Dieser extremen Inkongruenz entsprechend bedrohlich für das Selbstkonzept ist die traumatisierende Erfahrung und entsprechend radikal die Abwehr.

Wenn in der posttraumatischen Zeit Intrusionen und Konstriktion erlebt werden, werden abwechselnd das Versagen und die Generalisierung dieser Abwehr erlebt.

Der Kern der traumatischen Erfahrung, die totale Macht- und Hilflosigkeit, wird auch in den Intrusionen meistens nicht klar und vollständig bewusst erlebt. Es kommt zu Ausbrüchen von Angst, Panik und Aggression, es tauchen Bilder auf und Körpersensationen, die etwas mit Kampf- und Flucht zu tun haben. Aber die Erfahrung von Macht- und Hilflosigkeit wird an anderer Stelle erlebt. Die traumatisierten Patienten erleben sich als ohnmächtig und hilflos gegenüber ihrem Erleben, über das sie keine Kontrolle haben, gegenüber dem Auftauchen der Bilder, der Wut, den Gefühlen von Sinnlosigkeit. Oder sie verleugnen und verzerren ihre Macht- und Hilflosigkeit, indem sie z. B. ihre Suizidalität als wiedergewonnene Freiheit oder Unabhängigkeit erleben – womit wir Therapeuten in die Position der Hilflosen kommen – oder indem sie einen Abusus betreiben – womit sie uns ebenfalls in ihr Erleben von Machtlosigkeit und damit Sinnlosigkeit hineinziehen.

Es geht in der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Psychotrauma letztendlich darum, diese Erfahrungen der Ohnmacht und Hilflosigkeit im Erleben des Patienten aufzuspüren, um mit dem Patienten zusammen zu verstehen, dass sie der Erfahrung einer Situation entsprechen und nicht ihrer Person, dass sie sich für diese Erfahrung weder rechtfertigen noch gar entschuldigen müssen. Das einzig positive am Wiederauftauchen der schrecklichen und unerträglichen Erfahrung von Ohnmacht und Hilflosigkeit ist, dass auch mit ihr die Möglichkeit verbunden ist, von einem anderen Menschen positiv beachtet zu werden.

Literatur

- Arnold, W./Eysenck, H.J./Meili, R. (1980), Lexikon der Psychologie, Bd I. Freiburg, Basel, Wien (Herder)
- Flatten G. (2001), Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quellentext; Leitlinien-Entwicklung der Fachvertreter für psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Abstimmung mit den AWMF-Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Stuttgart (Schattauer)
- Huber, M. (1995), Multiple Persönlichkeit. Überlebende extremer Gewalt, Frankfurt (S. Fischer)
- Reddemann, L./Sachsse, U. (1997), Stabilisierung. Traumazentrierte Psychotherapie, Teil 1. Persönlichkeitsstörungen, in: Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie 3, 113–147
- Sachsse, U. (1987), Selbstschädigung als Selbstfürsorge. Zur intrapersonalen und interpersonellen Psychodynamik schwerer Selbstbeschädigungen der Haut, in: Forum Psychoanalyse 3, 51–70
- Sachsse, U. (1994), Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik – Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung, Göttingen (Vandenhoeck und Ruprecht) 1997
- Sachsse, U. (1996), Patienten: Opfer oder Täter? Störungen und Zerstörungen der eigenen Wahrnehmung als Autoprotektion und Autoaggression, in: Bell, K., Höhlfeld, K. (Hg.), Aggression und seelische Krankheit. Gießen (Psychosozial), 259–269
- Sachsse, U./Eßlinger, K./Schilling, L. (1997), Vom Kindheitstrauma zur schweren Persönlichkeitsstörung, in: Fundamenta Psychiatrica 11, 12–20
- Van der Kolk, B.A. (1997), Das schwarze Loch des Traumas. Zum posttraumatischen Syndrom (PTSD). Vortrag auf dem Intern. Symposium „Adoleszenz und Trauma“. Tiefenbrunn bei Göttingen. Zitiert nach Reddemann u. Sachsse (1997)
- Weltgesundheitsorganisation (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Bern (Hans Huber)

Autorin

Eva-Maria Biermann-Ratjen, 1939, Dipl.-Psych., Gesprächspsychotherapeutin und Ausbilderin für Gesprächspsychotherapie. Bis 1999 Dozentin an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Korrespondenzadresse

*Eva-Maria Biermann-Ratjen
Loehrsweg 1
D- 20249 Hamburg
E-Mail: Biermann-Ratjen@web.de*

Anette Schmoeckel

„Unter falscher Flagge segeln“?

Zur Situation der Gesprächspsychotherapie in Deutschland im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung

Zusammenfassung: *In Deutschland haben personenzentriert orientierte Psychotherapeuten im ambulanten kassenärztlichen Versorgungssystem keine Möglichkeit explizit Gesprächspsychotherapien durchzuführen. Der Artikel skizziert die formalen und rechtlichen Bedingungen psychotherapeutischen Arbeitens als niedergelassene Therapeutin innerhalb des deutschen kassenärztlichen Versorgungssystems. Die Autorin beschreibt aus subjektiver Sicht die Konsequenzen dieser Situation für die therapeutische Identität als Gesprächspsychotherapeutin. Weiter wird geschildert wie der personenzentrierte Ansatz gleichwohl ganz wesentlich die konkrete therapeutische Arbeit von Gesprächspsychotherapeuten beeinflusst, auch unter den Einschränkungen des kassenärztlichen Systems in der ambulanten Versorgung. Der personenzentrierte Ansatz hat auf hohem Abstraktionsniveau die grundlegenden Prinzipien der Gestaltung der therapeutischen Beziehung herausgearbeitet als Grundlage für persönliche Entwicklung und Wachstum. Illustriert wird die Umsetzung dieser grundlegenden Prinzipien unter den formalen Bedingungen einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.*

Schlüsselwörter: *Ambulante Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie*

Résumé: *« Naviguer sous un faux pavillon » ? De la situation de la psychothérapie centrée sur la personne en Allemagne dans le cadre des soins médicaux pris en charge par les caisses. En Allemagne, les psychothérapeutes orientés vers l'approche centrée sur la personne n'ont pas de possibilité de réaliser explicitement des psychothérapies centrées sur la personne dans le cadre du système de soins ambulatoires pris en charge par les caisses maladie. L'article esquisse les conditions formelles et légales du travail psychothérapeutique en tant que thérapeute établi dans le système allemand des soins pris en charge par les caisses. L'auteure décrit, d'un point de vue subjectif, les conséquences de cette situation sur l'identité thérapeutique en tant que psychothérapeute centrée sur la personne. Elle analyse de plus comment l'approche centrée sur la personne influence pourtant de manière tout à fait considérable le travail thérapeutique concret des psychothérapeutes centrés sur la personne, même avec les limitations du système des soins ambulatoires pris en charge par les caisses maladies. L'approche centrée sur la personne a élaboré à un haut niveau d'abstraction les principes de base de l'organisation de la relation thérapeutique comme base du développement et de la croissance personnels. La mise en pratique de ces principes de base est illustrée dans les conditions formelles d'une psychothérapie fondée sur la psychologie des profondeurs.*

Mots-clés: *Psychothérapie ambulatoire, psychothérapie fondée sur la psychologie des profondeurs, psychothérapie centrée sur la personne.*

Abstract: *“Sailing under false colours”? About the situation of person-centered psychotherapy in Germany in the framework of the health insurance system. In Germany person-centred therapists are not allowed to practise person-centred psychotherapy explicitly in the framework of the health insurance system. In this article the author sketches the formal and legal conditions of therapeutic work for a set-up psychotherapist within the framework of the German health insurance system. From her personal point of view she describes the consequences of this situation to her therapeutic identity as a person-centred therapist. Furthermore she reflects how the person-centred approach essentially influences the concrete therapeutic work of person-centred therapists even within the restrictions laid out by the health insurance system for outpatient psychotherapy in Germany. On a high level of abstraction the person-centred approach has worked out the basic principles of creating the relationship between therapist and client, which will lead to progress in personal development and growth. The author illustrates the realization of these principles within the framework of psychodynamic psychotherapy.*

Keywords: *outpatient psychotherapy, psychodynamic psychotherapy, person-centred psychotherapy*

Ich möchte an dieser Stelle einen Einblick in die Bedingungen vermitteln, die Gesprächstherapeuten¹ im Rahmen der kassenärztlichen psychotherapeutischen Versorgung in der BRD vorfinden. Dieser Einblick soll erlebte Erfahrungen wiedergeben, ist subjektiv und kann nicht mehr, als stellvertretend diejenigen Fragestellungen wiedergeben, mit denen wir als Gesprächspsychotherapeutinnen unter den gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen im Alltag einer psychotherapeutischen Kassenpraxis konfrontiert sind.

Durch die Tatsache, in einer Praxisgemeinschaft mit 2 Kolleginnen arbeiten zu können, ergeben sich vielfältige Möglichkeiten des kollegialen Austausches und der Supervision.

Ich gebe damit die Ergebnisse gemeinsamer Gespräche wieder und werde aus diesem Grunde unter „wir“ meine Kolleginnen Dipl.-Psych. Andrea Domnick und Dipl.-Psych. Elke Nölle mit einbeziehen.

Die Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zwingen uns dazu, Richtlinienpsychotherapie durchzuführen. Das in unserer Praxisgemeinschaft vertretene Richtlinienverfahren ist die so genannte tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Dies erleben wir als fortwährende Konfliktlage, die uns immer wieder vor Probleme stellt und neue Lösungen erfordert.

Wir sehen unsere Eindrücke durch die Aussagen vieler Kolleginnen und Kollegen, mit denen wir im Kontakt stehen, bestätigt. Es bleibt unserer Ansicht nach bis jetzt eine Herausforderung, im Rahmen des sehr reglementierten kassenärztlichen Systems der BRD eine Identität als Personenzentrierte Psychotherapeutinnen zu bewahren.

Der äußere Rahmen

Psychotherapie im Rahmen der Leistungspflicht der Krankenkassen wird in der BRD durch die Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen geregelt.

Die Psychotherapie-Richtlinien schreiben im Sinne der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit eine Begrenzung des Leistungsumfanges der Krankenkassen für psychotherapeutische Leistungen vor. Aus diesen Gründen wird ein Gutachterverfahren festgeschrieben, das einer psychotherapeutischen Behandlung vorgeschaltet ist. Konkret bedeutet dies, dass jede Psychotherapieleistung bei den gesetzlichen und den meisten privaten Krankenkassen als Kostenträger der Behandlung beantragt werden muss. Hierzu wird nach Ablauf von 5 bzw. 8 (bei Psychoanalysen) probatorischen Sitzungen vom Therapeuten ein Bericht gefordert, in dem er ausführlich Stellung nehmen soll nicht nur zu Symptomatik, Befund und Diagnose, sondern auch zur lebensgeschichtlichen Entwicklung des Klienten und daraus entwickelten Überlegungen zur Psychogenese, dem

Therapieplan und der Prognose. Ein von der Krankenkasse beauftragter Gutachter entscheidet an Hand dieses Berichtes, ob die beantragte Psychotherapie als zweckmäßig und wirtschaftlich empfohlen werden kann. Diese Berichtspflicht gilt ebenfalls für eventuell notwendige Verlängerungen von Therapien nach bestimmten Therapieabschnitten.

Die Psychotherapie-Richtlinien lassen in der BRD drei psychotherapeutische Verfahren für die kassenärztliche Versorgung zu, dies sind die Psychoanalyse, die Verhaltenstherapie und die so genannte tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Die Gesprächspsychotherapie (GPT) war nie als Behandlungsverfahren in der Kassenleistung zugelassen und ist es zur Zeit ebenfalls nicht. Alle Bemühungen diesbezüglich blieben bisher erfolglos. Allerdings wurde im letzten Jahr durch den „Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie der Bundesärztekammer“ der GPT die wissenschaftliche Anerkennung bescheinigt, dies hat eine erneute Initiative zur sozialrechtlichen Zulassung der GPT ermöglicht (s. a. Finke 2002). Bisher jedoch bedeutet dies, dass in Deutschland keine Gesprächspsychotherapeutin zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen würde, es sei denn sie verfügte über die geforderte Qualifikation in einem durch die Richtlinien geforderten Verfahren und wendet nur dieses in ihren Behandlungen an.

Heißt dies, die Gesprächspsychotherapie spielt im Rahmen der kassenfinanzierten psychotherapeutischen Behandlungen keine Rolle? Wir meinen: JEIN.

Die formal-rechtliche Situation der in Deutschland niedergelassen arbeitenden Gesprächspsychotherapeuten hat sich in den letzten Jahren vielfach verändert, zuletzt ganz entscheidend durch das 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz.

Vor diesem Zeitpunkt konnte der Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen durch die sog. Richtlinienpsychotherapie, bzw. durch Therapeuten, die eine Ausbildung in einem der zugelassenen Verfahren nachweisen konnten und für die kassenärztliche Versorgung zugelassen waren, bei weitem nicht gedeckt werden. Aus diesem Grunde ergaben sich für viele Behandlerinnen aus anderen Therapieverfahren, d. h. auch für Gesprächspsychotherapeutinnen, Möglichkeiten, im Rahmen der Kostenerstattung psychotherapeutische Leistungen mit Krankenkassen abzurechnen. Die rechtliche Grundlage dieser Möglichkeit war durch den §13 Abs. 3 des Sozialgesetzbuches V (SGB V) gegeben. In diesen Fällen musste durch einen Facharzt für Psychiatrie die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung bescheinigt werden. In manchen Regionen Deutschlands wurden vor 1999 mehr als 50 % der Psychotherapien über diesen Weg abgerechnet. Die auch in diesem Verfahren notwendigen Berichte an die Gutachter der Krankenkassen zur Antragstellung mussten jedoch auf dem Hintergrund verhaltenstherapeutischer bzw. tiefenpsychologischer Theorie verfasst werden.

Eine einzige Krankenkasse (Techniker Krankenkasse) ließ im Rahmen der Kostenerstattung die Möglichkeit der Anwendung

1 Um Doppelformulierungen zu vermeiden verwende ich die weibliche und die männliche Formulierung wechselweise

anderer als Richtlinienverfahren zur Behandlung zu. Dies eröffnete für Gesprächstherapeuten die Möglichkeit, in den Antragsberichten psychogenetische Überlegungen und Therapieplan auf der Grundlage personenzentrierter Theorie zu beschreiben und auf entsprechend versierte Gutachter zu hoffen, sowie die Therapien auch entsprechend zu gestalten.

In diese berufsrechtlich, aber auch hinsichtlich der angewendeten Therapieverfahren unklare Situation sollte das 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz (PTG) Klarheit bringen. Das PTG eröffnete den Psychologen unter den nichtärztlichen Psychotherapeuten, die den überwiegenden Anteil der praktizierenden Gesprächspsychotherapeuten bis dahin darstellten, die Möglichkeit eines Einstiegs in das kassenärztliche Versorgungssystem. Im Rahmen von Übergangsrichtlinien sollten für Therapeutinnen, die bereits langjährig im Rahmen der Kostenerstattung Kassenpatienten behandelt hatten, Möglichkeiten geschaffen werden, eine Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung zu erlangen. Dazu wurde jedoch eine umfangreiche Nachqualifikation in einem der Richtlinienverfahren gefordert (je nach Voraussetzungen 140 bis 280 Stunden theoretischer Ausbildung plus 500 dokumentierter Behandlungsstunden unter Supervision im Verhältnis 1:4).

Für den Großteil der Gesprächspsychotherapeutinnen, insbesondere den nicht-ärztlichen Psychotherapeuten in der kassenfinanzierten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland hatte die Kostenerstattung eine Nische bedeutet, in der der Personenzentrierte Ansatz überleben konnte, vor allem die Regelung der Techniker Krankenkasse. Diese Regelung war bereits vor dem Inkrafttreten des PTG juristisch aufgehoben worden, und die Möglichkeit der Kostenerstattung in diesem Umfang sollte beendet werden. So waren auch viele Gesprächspsychotherapeuten, wie auch Psychotherapeuten anderer therapeutischer Ansätze, mehr oder weniger gezwungen, sich auf die Nachqualifikation in einem der Richtlinienverfahren einzulassen. Der – nicht nur als Kürzel verstandene – Begriff „Nachqual“, mit dem dieses Verfahren von vielen davon betroffenen Kollegen bezeichnet wurde, vermittelt, wie diese Situation subjektiv oft erlebt wurde: nicht nur als Gleichschaltung und Entwertung, sondern als Diktat eines „Kotaus vor dem System“ – wie eine Kollegin es damals formulierte.

Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes existiert die Kostenerstattung mit den entsprechenden Freiräumen im Bereich Psychotherapie praktisch nicht mehr. Psychotherapie wird im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nur noch als Richtlinientherapie genehmigt.

An dieser Stelle sei eine Anmerkung erlaubt: Im Vorfeld unserer Überlegungen zu diesem Bericht begannen wir darüber nachzudenken, inwiefern es u. U. juristische Aspekte zu bedenken gäbe, wenn man in aller Offenheit darstellt, wie personenzentrierte Prinzipien im Rahmen einer Richtlinientherapie berücksichtigt werden können. Schließlich unterschreiben wir mit jedem Formular bei der Beantragung einer kassenfinanzierten Psychotherapie die folgende

Formulierung: „Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung durch“. Die Tatsache dieser Formel im Antragsformular, aber auch die Tatsache unserer zunächst etwas besorgten Überlegungen verdeutlichen bereits die rigiden Grenzen dieses Systems und illustrieren die daraus folgende Verunsicherung der Betroffenen.

Bereits damit ist ein wichtiger Eckpunkt für die konflikträchtige Situation für Gesprächspsychotherapeuten in der kassenärztlichen Versorgung beschrieben.

Der innere Rahmen – die therapeutische Identität

In dieser Situation, spätestens mit dem Inkrafttreten des PTG, stellt sich für uns als personenzentriert orientierte Psychotherapeutinnen die Frage nach der therapeutischen Identität. Geht es um einen staatlich verordneten Identitätswechsel um der Sicherung der eigenen existentiellen Grundlage willen? Segeln wir unter falscher Flagge? Ist Integration möglich? Arbeiten wir jetzt „personenzentriert tiefenpsychologisch“?

Wie beschrieben, steht am Anfang einer jeden durch eine Krankenkasse finanzierten Psychotherapie ein Begutachtungsverfahren. Begutachtet wird formal die Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit eines Therapievorhabens. Über die zweifelhafte Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit dieses Begutachtungsverfahrens selbst ist andernorts ausführlich und engagiert geschrieben worden (z. B. Köhlke 2001; Bämayer 2002). Subjektiv erlebt wird dieses Verfahren von vielen Kolleginnen und Kollegen als sich wiederholende Überprüfung der eigenen therapeutischen Qualifikation und Qualität, mit der bedrohlichen Möglichkeit einer Ablehnung eines Therapievorhabens durch die Gutachter. Bämayer (2002) setzt diese Einschränkung der beruflichen Entscheidungsfreiheit der Psychotherapeuten mit Mobbing gleich und spricht von einer „Form der strukturellen Gewalt“.

So wird die Beziehungsaufnahme von Therapeutin und Klientin von Beginn an durch einen Bewertungsprozess überschattet, der sich an bestimmten Punkten der Therapie, immer dann wenn Verlängerungen notwendig werden und beantragt werden müssen, wiederholt.

Für uns als personenzentriert ausgerichtete Therapeutinnen bedeutet dies, bei jeder neu beginnenden oder zu verlängernden Behandlung in zweifacher Hinsicht unter Druck zu geraten. Nicht wir als behandelnde Therapeutinnen entscheiden letztlich über den Fortbestand der therapeutischen Beziehung, sondern dies obliegt dem Gutachter und der muss überzeugt werden auf der Grundlage tiefenpsychologischer (bzw. verhaltenstherapeutischer) Theorie. Dies bedeutet, dass die konflikthafte Spannung zwischen personenzentrierter Haltung und tiefenpsychologisch diagnostisch-beurteilendem Blick hier erheblich zunimmt, da das personenzentrierte

Denken der tiefenpsychologischen Hypothesenbildung oft inkompatibel gegenübersteht.

Diese permanenten Bewertungsbedingungen stellen eine immer wiederkehrende Anfechtung des eigenen therapeutischen Selbstverständnisses dar, letztlich vor allem deshalb, weil sich an solchen Punkten ständig neu die Konfliktsituation konstellierte, einerseits sich dem personenzentrierten Ansatz verpflichtet und hier beheimatet zu fühlen, andererseits jedoch richtlinientherapeutischem Vorgehen entsprechen zu müssen.

Dies stellt sich als spannungsreiche innere Konfliktsituation dar, denen personenzentrierte Psychotherapeuten im kassenärztlichen System ausgesetzt sind, was in einer in Abständen immer wieder neu zu bearbeitenden und zu klärenden Verunsicherung der eigenen therapeutischen Identität deutlich zu spüren und zu erfahren ist.

Unserem Eindruck nach finden sich viele ursprünglich personenzentriert arbeitende Kollegen und Kolleginnen mit einem schleichenden Wechsel der therapeutischen Identität in Richtung auf das gewählte Richtlinienverfahren ab. Sie übernehmen allmählich deren Konzepte und Sprachgebrauch auf behandlungspragmatischem Hintergrund. Unsere Befürchtung ist, dass gerade jüngere Kollegen dadurch der personenzentrierten „Therapeutengemeinde“ an die Richtlinienpsychotherapie verloren gehen.

Der therapeutische „Drahtseilakt“

Ich möchte im Folgenden versuchen, unsere persönlichen Erfahrungen mit den Auswirkungen, die diese Situation auf die konkrete therapeutische Arbeit haben kann, zu beschreiben. Dabei muss ich mich auf die „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ beschränken. Die Situation stellt sich für Kolleginnen, die die Verhaltenstherapie als Richtlinienverfahren gewählt haben, an manchen Punkten vermutlich anders dar.

„Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasst ätiologisch orientierte Therapieformen, mit welchen die unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden“ (Psychotherapie-Richtlinien 1998, B I.1.1.1 nach Wöller/Kruse 2002). Danach umfasst die breitere Konzeption der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TP) „ein Spektrum von Therapieformen ..., die alle vom psychoanalytischen Standardverfahren abgeleitet sind und sich von ihm durch eine zeitliche Begrenzung, durch die Begrenzung der Regression, durch eine andersartige Handhabung der Übertragung – insbesondere durch den Verzicht auf die Förderung einer Übertragungsneurose – und durch den Einbezug kognitiver, suggestiver und störungsspezifischer therapeutischer Techniken unterscheiden“ (Wöller/Kruse 2002, 7).

Auf Grund dieser relativen methodischen Offenheit und einer mehr subjektiv empfundenen als grundlegend theoretisch reflektierten Nähe mit dem personenzentrierten Konzept (im Vergleich zur Verhaltenstherapie bzw. Psychoanalyse) erschien uns, als es darum ging, sich zu entscheiden für welches Verfahren wir die Zulassung beantragen wollten, TP als am ehesten mit GPT zu vereinbaren.

In der Praxis jedoch erweist sich bald, dass diese „Vereinbarkeit“ Grenzen hat, die des öfteren schmerzlich spürbar werden.

Die grundlegenden Unterschiede im Menschenbild beider Therapieansätze – sofern eine Reflektion darüber in den einschlägigen Übersichtswerken zur psychosomatischen Medizin, Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie überhaupt stattfindet – , ebenso die unterschiedlichen Herangehensweisen zur Diagnostik in der GPT und in den tiefenpsychologisch-analytischen Therapieformen, die oftmals wesentlich durch den medizinischen bzw. um Objektivierbarkeit bemühten Blickwinkel geprägt sind, werden andernorts diskutiert (vgl. Rudolf 1996; Keil und Stumm 2002) und sollen hier nicht wieder aufgerollt werden.

Betrachten wir weiter die Ebene unserer subjektiven Erfahrung der Einflüsse der durch die Richtlinien geprägten Situation.

Unser therapeutisches Tun und Denken unterliegt einer von uns als einschneidend erlebten Veränderung durch die von Medizin und tiefenpsychologischer Tradition geprägten Sprache.

Sprache konstruiert subjektiv erlebte Realität. Wir erleben die Begrifflichkeit der TP als vorwiegend am medizinischen Denken orientiert, sie schafft Distanz zur Person des Klienten und zu seinem Erleben. Der Zwang zur Darstellung eines Falles in der geforderten Sprachtradition der Psychoanalyse mit den entsprechenden am Pathologischen orientierten Begriffen, und zwar bereits zum Beginn der Beziehungsaufnahme, bleibt nicht ohne Einfluss auf das eigene Denken und das Bilden der inneren Konzepte über den anderen, der sich als Klient an uns wendet, über seine Erfahrungswelt und über unsere Beziehung zueinander.

Eine ICD-10-Diagnose (Weltgesundheitsorganisation 2000) muss gefunden werden, die eine „krankheitswertige Störung“ fest schreibt, damit überhaupt Behandlungsbedarf festgestellt werden darf. Andernfalls könnte der Gutachter den Eindruck gewinnen, wir wollten lediglich einen „unglücklichen oder unzufriedenen“ Menschen behandeln, der unter schwierigen Lebensumständen leidet, wie Hohage (2000, 2) humanistisch orientierten Psychotherapeuten unterstellt. Dies würde nicht unter den Leistungskatalog der Krankenkassen fallen, der ausnahmslos Maßnahmen zur Behandlung „krankheitswertiger Störungen“ umfasst. (Priv.-Doz. Dr. med. R. Hohage fungiert als Vertragsgutachter für Krankenkassen im Genehmigungsverfahren für psychotherapeutische Leistungen nach den Richtlinien.) Hohage bezweifelt die Aussagekraft einer am subjektiven Erleben orientierten Diagnostik. Damit zieht er gleichzeitig die qualifizierte Einschätzung einer „Störung“ eines zu behandelnden Klienten in Zweifel und stellt die Berechtigung zur Inanspruchnahme einer kassenfinanzierten Behandlung in Frage.

Dies illustriert die subtile Abwertung und Arroganz einiger analytisch ausgerichteter Gutachter, nicht nur einer am subjektiven Erleben ausgerichteten Sprache gegenüber, sondern gegenüber humanistisch orientierten Psychotherapeuten überhaupt in einem durch ein strukturell vorgegebenes Machtgefälle charakterisierten Raum. Damit müssen wir uns ebenfalls auseinandersetzen.

Die sensible Phase der Beziehungsaufnahme zu Beginn einer Therapie ist somit erheblich beeinträchtigt durch die Notwendigkeit der Übernahme eines diagnostisch-beurteilenden Blickwinkels mit der Einschätzung der im medizinischen Sinne „objektivierbaren“ Pathologie einer Person in einem eng begrenzten Zeitrahmen von fünf Sitzungen. Gedanken an psychodynamische Zusammenhänge auf tiefenpsychologisch-analytischer Theoriegrundlage, die Suche nach Hypothesen über den innerpsychischen Konflikt, der für die augenblickliche Situation und das Entstehen von Symptomen des Klienten zentral sein könnte, diagnostische Gesichtspunkte der Struktur und deren Integrationsniveau besetzen die eigene Kapazität während der ersten Therapiesitzungen mit den Klientinnen. Dies alles ist durchwirkt von sprachlichen Konzepten, die nicht nur innere Distanz erzeugen, sondern oftmals ein naturgemäß prozesshaftes Geschehen in Nominalisierungen festschreiben und fixieren. Dazu besteht die Notwendigkeit gezielter Fragen nicht nur bei der Erhebung der Anamnese, sondern während der gesamten probatorischen Phase, um die probenhalber gebildeten psychodynamischen Konfliktthesen zu validieren. Dies bedeutet im Einzelfall immer wieder eine Abwendung von der subjektiven Erfahrung der anderen Person und eine fortdauernde Irritation der personenzentrierten Orientierung. Ein freies und differenziertes Zuwenden zum Erfahrungshintergrund des Klienten ist unter diesen Bedingungen in der Initialphase einer Therapie manchmal nur eingeschränkt möglich.

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist zielorientiert und durch eine inhaltliche Fokussierung charakterisiert. Zu Beginn einer Therapie soll das zentrale Konfliktthema herausgearbeitet werden, die therapeutischen Interventionen sollten sich im weiteren Verlauf an diesem zentralen Konfliktfokus orientieren und gegebenenfalls, wenn sich eine Therapie oder Therapiesitzung in eine andere Richtung entwickelt, den Klienten in Richtung auf den Fokus inhaltlich zurückdirigieren bzw. fokusorientierte Akzentsetzungen initiieren. Dieses Prinzip erleben wir als schwer vereinbar mit einer personenzentrierten Orientierung auf den Erfahrungs- und Entwicklungsprozess der Klientin, der sich in dem durch Empathie, Kongruenz und Wertschätzung charakterisierten therapeutischen Beziehungsangebot frei entfalten können soll.

Zentrale therapeutische Prinzipien und Techniken

Im folgenden möchte ich mich dem Aspekt des konkreten therapeutischen Handelns zuwenden. Auf der Suche danach, wie das eigentliche therapeutische Handeln oder wie spezifische therapeutische

„Techniken“ in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie umschrieben sind, muss man auf Veröffentlichungen zu manualgeleiteten analytischen Therapieformen (Clarkin/Yeomans/Kernberg 2001) zurückgreifen. Ich beziehe mich hier auf das von Wöller/Kruse (2002) veröffentlichte „Basisbuch“, das die grundlegenden Prinzipien tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie beschreiben will und dabei u. a. auch konkrete Interventionsmöglichkeiten beschreibt bzw. vorschlägt.

Die „Internalisierung einer positiven Beziehungserfahrung“ und „Einsicht in unbewusste Zusammenhänge“ sind nach den Autoren die zentralen Wirkfaktoren der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, wobei damit „affektive Einsicht, an der kognitive wie emotionale Faktoren beteiligt sind“, gemeint ist.

Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995, 40) weisen darauf hin, dass von analytischer Seite „ganz ausdrücklich unbedingte Wertschätzung (stetige Verlässlichkeit: in immer der selben freundlichen Stimmung dasein, benignes Klima, Höflichkeit und Respekt) sowie Kongruenz (niemals unecht) gefordert“ wird, d. h. auch im tiefenpsychologischen Konzept kommt der Gestaltung der therapeutischen Beziehung eine hoch bedeutsame Rolle zu.

Es bleibt aber die Frage, was unter „Einsicht“ verstanden wird. Wöller und Kruse führen dies bedauerlicher Weise nicht weiter aus. Es bleibt also unklar, ob sie mit Einsicht etwas meinen, was personenzentriert etwa so formuliert wird: Der „... Klient erfährt vollständig im Gewahrsein Gefühle, die in der Vergangenheit der Gewährwerdung nicht zugänglich waren oder nur entstellt gewahr werden konnten. ... In der Folge treten immer weniger Wahrnehmungsverzerrungen auf, immer weniger Erfahrungen sind der Gewährwerdung vorenthalten ... Die Abwehr nimmt ab.“ (Rogers 1959a, 43)

Wöller und Kruse nennen als „analytische“ Interventionen die Klarifikation, Konfrontation und Deutung; dabei ist eine Deutung dann „reif“, wenn sie durch Klarifikation und Konfrontation ausreichend vorbereitet ist. Die Autoren halten es in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie für legitim, auf das „Änderungswissen (...) anderer Therapieschulen zurückzugreifen und von ihnen bewährte therapeutische Techniken zu adaptieren.“ Eine methodische Öffnung wird demnach definitiv zugelassen.

Höger (2000, 13) verweist auf den hohen Abstraktionsgrad des personenzentrierten Konzepts, dem die methodische oder „technische“ Umsetzung auf der Verhaltensebene in der Therapiesituation untergeordnet ist. „Wo immer die ... grundlegenden Konzepte der GPT als übergeordnete Gesichtspunkte das therapeutische Handeln leiten, handelt es sich um GPT. Die spezielle Art der vom Therapeuten im Einzelfall gewählten Verhaltensweisen ist demgegenüber sekundär.“

Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995, 42) bezeichnen die im personenzentrierten Konzept formulierten Bedingungen für den therapeutischen Prozess als „Prüfkriterien“. Der „... Psychotherapeut kann sein konkretes Verhalten im Kontakt mit dem Klienten im Hinblick darauf überprüfen, ob z. B. eine Widerstands- oder Übertragungsdeutung, eine Konfrontation oder eine andere Form der

Verbalisierung eines emotionalen Erlebnisinhaltes eines Klienten wirklich sein unbedingt wertschätzendes empathisches Verstehen des Erlebens des Klienten zum Ausdruck bringt“.

Wöller und Kruse vertreten zwar ein Konzept tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, das sich für methodische Anleihen anderer Ansätze öffnet, eine „...psychodynamische Grundhaltung, die die Prozesse von Abwehr und Widerstand, von Übertragung und Gegenübertragung beachtet, sollte jedoch unter keinen Umständen zur Disposition stehen!“

Wir beobachten in unserer täglichen praktischen Arbeit Phänomene und Konstellationen, die, je nach theoretischem Blickwinkel, die Konzepte von Abwehr, Widerstand und Übertragung widerspiegeln. Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage nach der Unvereinbarkeit von Richtlinien- und personenzentrierter Orientierung, bzw., ob die Berücksichtigung dieser Aspekte zwangsläufig die Aufgabe des personenzentrierten Standpunktes erfordert.

Dies möchte ich im Folgenden an Beispielen weiter ausführen.

Übertragung und Gegenübertragung

Eine meiner Klientinnen teilt mir zu Beginn einer Therapiestunde mit, sie habe etwas in der vorigen Sitzung schon ansprechen wollen, sei aber dann „darüber hinweg gekommen“. Sie habe sich sehr kurzfristig für eine sehr reizvolle berufliche Umorientierung entschieden. (Dabei belebt sie sich sichtlich). Dies jedoch bedeute, sie müsse den Wohnort wechseln, d. h. die Therapie bei mir beenden und sich dort einen neuen Therapeuten suchen. (Jetzt ist ihr deutlich unbehaglich damit.) Diesen mir nonverbal vermittelten Eindruck greife ich auf und spreche ihn als meinen Eindruck an. Die Klientin bestätigt diesen Eindruck und erläutert ihr Vorhaben weiter ausführlich. Während ich ihren Ausführungen folge, versuche ich parallel selbstreflexiv auszuloten, was diese Information bei mir auslöst: ein mildes aber deutliches Bedauern sie gehen zu sehen, denn sie ist mir sympathisch und ich arbeite gern mit ihr; das fühlt sich stimmig an. Gleichzeitig mischt sich ein Gefühl von leiser Kränkung dazu, das ich mir nicht erklären kann; es fühlt sich auch irgendwie fremd und „unpassend“ an. Ich frage mich kurz, ob ich es mir nicht erlaube, deswegen gekränkt zu sein. Währenddessen hat meine Klientin aufgehört zu sprechen und schaut mich etwas unglücklich und irgendwie forschend an. Meine Intervention: „Und jetzt schauen Sie mich an, und mir kommt es vor, als machen Sie sich Gedanken darüber, wie es mir wohl damit geht, ob ich darüber unglücklich sein könnte, wenn Sie sich jetzt so bald schon verabschieden möchten?“ Fast erleichtert wirkt sie, als sie genau dies bestätigt. Ich kämpfe einen spontanen Impuls nieder, sie zu beruhigen und ihr zu erlauben, dass sie natürlich gehen könne. Statt dessen bleibe ich bei dem, was sie bewegt und wie sie damit umgeht, dass sie mit diesem offenbar sehr klaren Wunsch nach dieser

Neuorientierung, wo sich jedoch ein kommender Abschied ankündigt, so sehr mit meinem (möglichen) Erleben beschäftigt ist. Das regt bei ihr einen ausführlichen Selbstreflexionsprozess zum Thema Abschiede an. Sie differenziert zunächst zwischen verlassen werden, was sie sehr traurig machen kann, und selbst zu verlassen (wie in diesem Fall), wo sie regelmäßig vorwiegend mit Gefühlen von Schuld, Verpflichtung und Loyalität kämpft, und damit in Schwierigkeiten gerät. Anknüpfend an ein in der vorigen Sitzung bereits angesprochenes Thema, der Beziehung zu den Eltern, in dem sich bereits angedeutet hatte, dass die problematische Loslösung sich in einer besonderen Betonung der Distanzierung ihnen gegenüber sichtbar macht, beginnt meine Klientin, auch an diesem Punkt den hohen Loyalitätsdruck und die großen Schwierigkeiten, ihre Eltern zurückzulassen, zu reflektieren. Sie überlegt, wie es wäre, zum Beispiel einen Wohnort in weiterer Entfernung zu ihnen zu wählen. Sie beginnt, den „schweren“ Druck körperlich zu spüren, der damit auf ihr lastet, und die Enge, die sie dabei begrenzt.

Als wir gegen Sitzungsende noch einmal kurz auf die Anfangssequenz unseres Gespräches zurückkommen, beobachte ich für mich deutlich, dass in meinem Erleben das milde Bedauern geblieben ist und sich weiter stimmig und völlig akzeptabel anfühlt, das Thema Kränkung hat sich für mich vollständig aufgelöst.

Ich habe dieses Beispiel so ausführlich beschrieben, um zu verdeutlichen, in welcher Form die Aspekte Übertragung und Gegenübertragung eine Rolle in unserer Arbeit spielen können. Meines Erachtens nach haben hier Übertragungsprozesse der Klientin einen wesentlichen Einfluss auf ihr Erleben und Gestalten dieser Situation gehabt – und Entsprechendes in mir ausgelöst. Nur, mein Eindruck ist auch, der empathisch begleitete Selbstreflexionsprozess führt von sich aus Richtung „Einsicht“, wenn ein Klient sich in seinem Erleben angenommen fühlt. Deutungen werden dann überflüssig – „überreif“ –, und die immer mitschwingende Kränkung, welche die in einer Deutung demonstrierten „Expertise“ des Therapeuten auslöst, kann weder die therapeutische Beziehung noch den persönlichen, sich selbstregulierenden Entwicklungsprozess des Klienten irritieren.

Gesprächspsychotherapeutinnen arbeiten übrigens ohnehin in größerer Zahl mit dem Konzept von Übertragung. W. Schulz und C. Pelster (2002, 22) geben als ein Ergebnis ihrer Studie zur Rolle von Übertragungsphänomenen in der Gesprächspsychotherapie an, dass ungefähr 90% der Gesprächspsychotherapeuten Übertragungsphänomene in ihren Therapien wahrnehmen. Sie sprechen von einer „stillen Integration“; laut ihrer Studie ist der Wunsch nach einer differenzierteren Diskussion bzw. Integration des Übertragungskonzepts in das Konzept der Gesprächspsychotherapie unter Gesprächspsychotherapeutinnen ausgesprochen verbreitet, der „Umgang mit Übertragungsphänomenen gehört wohl mehr oder weniger zum Alltag jedes klientenzentrierten Psychotherapeuten“.

Widerstand und Abwehr

Eine Klientin, die wegen einer schweren depressiven Dekompensation in Therapie ist und mehrere Suizidversuche in der Vorgesichte hat, hatte sich in letzter Zeit stabilisiert. Sie kommt voller Schwung in die Sitzung und berichtet über einen beruflichen Erfolg. Dann eröffnet sie mir mit etwas trotzigem Blick, sie habe für heute „kein Thema“, sie wolle am liebsten mit mir Eis essen gehen. (Es ist draußen zugegeben sehr heiß, ein verlockender Gedanke.) Dass es ihr schwer fällt, angesichts des herrlichen Wetters sich schweren Themen und Stimmungen zuzuwenden, wie sie dies in vergangenen Sitzungen getan hatte, kann ich gut nachvollziehen und sage es ihr erst mal so. Sie bleibt dabei, sie wolle sich nicht das Gutgehen verderben, überhaupt – sie müsse immer „über eine Schwelle“ zur Therapie gehen. Ich spüre deutlich, wie sie die „Füße in den Boden stemmt“ und heute nicht will. Bei mir regt sich ein „tja, was machen wir denn statt dessen“, auch strenge Töne deuten sich in meinen Gedanken an. Ich registriere also ein Nachlassen meiner wertschätzenden Haltung ihrem Erleben gegenüber. All dies lege ich erst mal innerlich zur Seite und bleibe bei ihrem Erleben. Sie beginnt über die „Schwelle“ zu sprechen und über ihren Konflikt, sich einerseits so darüber zu freuen, dass es ihr nach der langen depressiven Zeit jetzt wieder besser geht, andererseits aber auch sich für zukünftige Krisen besser wappnen zu wollen. Sie habe frühere Therapieversuche immer dann, wenn es ihr besser ging, abgebrochen. Sie habe Sorge vor auftauchenden, sie überwältigenden Gefühlen. Ich kann mich in diesen Zwiespalt sehr gut einfühlen und dies anerkennen. Mein Bemühen geht dabei nur darum, sie zu verstehen und damit zu begleiten. Als sie berichtet, dass ihr die Inhalte der Sitzungen oder Teile davon oft auf dem Weg nach Hause wieder verloren gehen, überlegen wir gemeinsam eine Stundenstruktur, wo wir vor dem Sitzungsende eine Art Resümee machen und dann später schauen, ob dies das „Vergessen“ beeinflusst. Dann wendet sich die Klientin von sich aus einem Thema zu, mit dem sie sich seit längerem bereits beschäftigt, das auch diesmal wieder starke Gefühle von Traurigkeit und Verlust hervorruft.

Als wir wie besprochen vor Sitzungsende das vereinbarte Resümee beginnen, wird deutlich, dass die gute Stimmung verfliegen und nicht wieder greifbar ist. Verlust und Traurigkeit stehen sehr dominant im Raum. Da ich weiß, dass es der Klientin tatsächlich oft nur unter großen Schwierigkeiten gelingt, solche Stimmungen wieder auszubalancieren, mache ich ihr einen Vorschlag zur Unterstützung: Ob sie einmal die schlechte Stimmung symbolisch an eine Stelle auf der einen Seite des Raumes und die gute Stimmung vom Sitzungsanfang auf der anderen Seite ablegen möchte, und dann auf einer gedachten Linie von der schlechten zur guten Stimmung gehen und wahrnehmen möchte, was dabei passiert. (Eine als „Bodenankern“ bezeichnete hypnotherapeutische Technik, mit der unterschiedliche affektive Anteile des Erlebens an unterschiedlichen Punkten eines Raumes verortet werden.) Die Klientin lässt sich darauf ein

und ist ausgesprochen verblüfft darüber, dass sie auf diese Weise tatsächlich von der einen Stimmung zur anderen wechseln kann, und sie experimentiert noch ein bisschen damit, die Stimmung zu moderieren. Dies erweist sich für sie offenbar als eindrucksvolle Erfahrung von Kontrolle über ihre Emotionen.

Diese Sitzung ist der Klientin nicht ins Vergessen abgerutscht.

Ich möchte hiermit die Arbeit mit dem, was als „Widerstand“ und „Abwehr“ in verschiedener Weise konzeptualisiert ist, verdeutlichen, und denke, mich auch hier um einen personenzentrierten Weg bemüht zu haben. Ihre „Unlust“ am Sitzungsanfang als „Widerstand“ zu deuten, hätte die Klientin unter Druck gesetzt. Meinem Empfinden nach hatte ihr Zögern gute, der eigenen Stabilisierung dienende Gründe. Nachdem sie sich später aus eigenem Entschluss thematisch weit vorgewagt hatte, hielt ich es für notwendig, sie etwas tatkräftiger darin zu unterstützen, sich wieder einzubalancieren und damit ihre „Abwehr“ zu stärken, ohne dass das Besprochene ganz in Vergessenheit geraten muss.

Unserer Ansicht nach sind auch der so genannte Widerstand bzw. die Abwehr Phänomene, die in personenzentrierten Therapien bearbeitet werden. In ihrer Regulationsfunktion können sie wie andere Erfahrungen akzeptierend verstanden und damit in ihrer Bedeutung geklärt werden.

Zusammenfassend bedeutet dies, Phänomene wie Übertragung, Widerstand und Abwehr treten in unseren Therapien auf und werden bearbeitet. Grundlage der Bearbeitung ist jederzeit das Bemühen um ein Gewahrsein des eigenen Erlebensstromes innerhalb der Therapiesituation, und das Bemühen, den Erlebensstrom des Klienten wertschätzend empathisch nachzuvollziehen. Auf dieser elementaren Grundlage von Beziehungsgestaltung und Empathie werden Entscheidungen für ein konkretes Verhalten bzw. eine bestimmte therapeutische Methodik getroffen, sei es Klärung, Konfrontation, Deutung, Anleihen anderer therapeutischer Ansätze, oder das empathische Begleiten oder Vertiefen dessen, was wir vom Erleben des Klienten wahrnehmen.

Die in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie als „Internalisierung einer positiven Beziehungserfahrung“ und „Einsicht“ formulierten Konzepte, die Veränderungen zu Grunde liegen, sind vom Personenzentrierten Ansatz differenziert herausgearbeitet und spezifiziert worden.

Die Frage war, ob die Gesprächspsychotherapie unter den gegebenen Bedingungen im kassenärztlichen Versorgungssystem in Deutschland keine Rolle mehr spielt. Für uns hat die Gesprächspsychotherapie überall dort eine essentielle Bedeutung, wo personenzentriert orientierte Psychotherapeuten ihre Therapien im Rahmen der Bestimmungen der kassenärztlichen Versorgung auf dem Fundament personenzentrierter Beziehungsgestaltung anlegen und durchführen. Dabei stellt die personenzentrierte Beziehungsgestaltung das die Veränderung und Entwicklung tragende Element dar.

Abschlussbemerkungen

Meine Absicht war es, am eigenen Beispiel die Situation von Gesprächspsychotherapeutinnen in der ambulanten kassenärztlichen psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland unter den augenblicklichen Bedingungen zu illustrieren. Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 unterliegen personenzentrierte Psychotherapeuten einem Zwang, andere therapeutische Verfahren, und zwar diejenigen, die als Richtlinienverfahren anerkannt sind, in ihre Arbeit zu übernehmen. Dieser Zwang wird auf struktureller Ebene ausgeübt und durchgesetzt. Die von dieser Situation betroffenen Gesprächspsychotherapeutinnen mussten in kurzer Frist individuelle Lösungen entwickeln, ohne auf eine breite, auf theoretisch-wissenschaftlicher Ebene geführte Diskussion zurückgreifen zu können.

Unsere subjektive Erfahrung dieser Situation ist die einer Verunsicherung der eigenen therapeutischen Identität. Trotz der grundlegenden Unterschiede beider therapeutischer Ansätze in Bezug auf das zu Grunde gelegte Menschenbild, auf Vorstellungen und Modelle zur Ätiologie von Störungen und auf die Veränderung bewirkenden Faktoren, erleben wir uns auf der Suche nach Möglichkeiten, das eine zu tun ohne das andere lassen zu müssen.

Was wir befürchten, ist, wie oben bereits erwähnt, ein an der „Basis“ unbemerkt stattfindender schleichender Identitätswechsel in Richtung auf die Übernahme richtlinientherapeutischer Konzepte, gerade in der jüngeren Therapeutengeneration.

Unseres Wissens nach sind die Auswirkungen dieser Situation auf das Selbstverständnis und die praktische therapeutische Arbeit von Gesprächstherapeutinnen bedauerlicher Weise noch nicht systematisch untersucht worden.

Dabei drängen sich Fragen auf:

- Erleben Gesprächspsychotherapeutinnen, die in Deutschland in der kassenärztlichen Versorgung arbeiten, tatsächlich diese Verunsicherung der therapeutischen Identität? Begreifen sie sich noch als personenzentriert, und wenn ja, wie drückt sich dies unter den gegebenen Bedingungen in ihrer Arbeit aus?
- Übernehmen sie Konzepte anderer Therapieverfahren in ihre Arbeit?
- Wenn sie dies tun, auf welcher Grundlage und in welcher Form tun sie es?
- Über welche Systeme sichern sie ihre personenzentrierte Identität ab?
- Hat sich durch die wissenschaftliche Anerkennung der GPT in ihrem Selbstverständnis etwas verändert?
- Hätte eine sozialrechtliche Anerkennung der GPT Auswirkungen auf ihr therapeutisches Selbstverständnis und ihr therapeutisches Handeln im Praxisalltag?

Eine baldige sozialrechtliche Anerkennung der GPT wäre mehr als wünschenswert. Die langjährige Verweigerung der Anerkennung der GPT im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung und der Zwang zur Unterwerfung unter die Psychotherapierichtlinien verbunden mit der Adaptation von Verfahren der Richtlinienpsychotherapie wird bei vielen davon betroffenen Gesprächspsychotherapeuten Spuren hinterlassen.

Literatur

- Bämayr, A. (2002), Gutachterverfahren vor Psychotherapien. Eine Form der strukturellen Gewalt, in: Deutsches Ärzteblatt / PP 1,8, 345–348
- Biermann-Ratjen, E.-M. / Eckert, J. / Schwartz, H.-J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart (Kohlhammer) 1979, ⁷1995 (überarb. u. erweiterte Auflage)
- Clarkin, J. F. / Yeomans, F. E. / Kernberg, O. F. (2001), Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie, Stuttgart (Schattauer)
- Finke, J. (2002), Der Kampf um Anerkennung. Die Geschichte der öffentlich-rechtlichen Etablierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland, in: Person 6,2, 71–72
- Höger, D. (2000), „Ist das noch GT, wenn ich ...?“ Was ist eigentlich Gesprächspsychotherapie?, in: Psychotherapeuten Forum 7,5, 5–17
- Hohage, R. (2000), Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis. Diagnostik, Behandlungsplanung, Kassenanträge, Stuttgart (Schattauer) ³2000
- Keil, W. W. / Stumm, G. (2002), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie, Wien New York (Springer)
- Köhlke, H. (2001), Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie. Eine Praxisstudie zu Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit, Tübingen (dgvt-Verlag)
- Pelster, C. / Schulz, W. (2002), Das Übertragungsphänomen in der Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, in: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung 33,1, 12–22
- Rogers, C. R. (1959a), A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (ed.), Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 1959, 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) ²1991, 43
- Rudolf, G. (1996), Psychotherapeutische Medizin, Stuttgart (Enke) ³1996
- Weltgesundheitsorganisation (2000), Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Hg. Von Dilling, H. / Mombour, W. / Schmidt, M. H., Bern (Huber)
- Wöller, W. / Kruse, J. (2002), Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden, Stuttgart (Schattauer) ²2002

Autorin

Anette Schmoeckel, 1958, Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Ausbildungen in Gesprächspsychotherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, Hypnotherapie nach Milton Erickson, niedergelassen tätig in einer psychotherapeutischen Praxisgemeinschaft in Bielefeld.

Korrespondenzadresse

*Dipl.-Psych. Anette Schmoeckel
Niedernstraße 3
D-33602 Bielefeld
E-Mail: AnetteSchmoeckel@web.de*

Doris Müller und Marion Thimm

Von der Persönlichkeitsentwicklung zur Faktenvermittlung?

Was bleibt nach der neuen staatlichen Ausbildungsordnung vom spezifisch Personzentrierten in der Ausbildung zum Gesprächspsychotherapeuten¹?

Zusammenfassung: Die besonderen Anliegen und Gütekriterien der traditionellen Ausbildung in Gesprächspsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland sowie die neuen Rahmenbedingungen der staatlichen Ausbildungsordnung werden dargestellt. Es wird problematisiert, inwieweit die bisherigen bewährten Ausbildungsziele, -inhalte und -methoden in den künftigen Ausbildungen verwirklicht werden können. Mögliche Vorteile der neuen Ausbildungsordnung werden benannt und Vorschläge entwickelt, welche Maßnahmen auch unter den veränderten Rahmenbedingungen die Qualität einer Ausbildung in Gesprächspsychotherapie sichern könnten.

Schlüsselwörter: GPT-Ausbildung in Deutschland, Qualitätsmerkmale, staatliche Ausbildungsordnung – Vor- und Nachteile

Résumé: Du développement personnel à la transmission des faits? Que reste-t-il de la spécificité du centrage sur la personne après le nouveau règlement national de la formation de psychothérapeute centré sur la personne? L'article décrit les demandes et critères de qualité particuliers de la formation traditionnelle en psychothérapie centrée sur la personne en Allemagne de même que les nouvelles conditions de base du règlement national de la formation. Les auteurs formulent la question de savoir dans quelle mesure les contenus et les méthodes des objectifs de formation qui ont fait leurs preuves jusqu'ici pourront être réalisés dans les formations futures. Les avantages possibles du nouveau règlement de la formation sont cités et des propositions sont développées quant aux mesures susceptibles d'assurer la qualité d'une formation en psychothérapie également dans les conditions de base modifiées.

Mots-clés: Formation PCP en Allemagne, caractéristiques de qualité, avantages et désavantages du règlement national de la formation.

Abstract: From personal development to the transmission of facts? How much may remain of the special quality of the person centered approach after the new state-run regulations for the training of psychotherapists? The specific issues and quality criteria of traditional training in client-centered therapy in Germany as well as the new general framework of the State Training Regulations are described. The issue of the extent to which previously accepted educational goals, contents and methods can be implemented in training in the future is raised. Possible advantages of the new training regulations are identified, and suggestions are developed as to which measures could secure the quality of training in client-centered therapy under the changed general framework.

Key words: Training in client-centered therapy in Germany, quality criterias, State Training Regulations, advantages and disadvantages

1 Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird im gesamten Text die männliche Form verwandt. Gemeint sind aber auch immer Gesprächspsychotherapeutinnen, Ausbildungskandidatinnen usw.

1. Ein (unvollständiger) Rückblick

Gesprächspsychotherapieausbildung wurde in der BRD (West) vor ca. 40 Jahren zunächst an Universitäten angeboten – die Wiege stand in Hamburg, initiiert durch Reinhard Tausch. In der damaligen DDR hingegen wurde die Ausbildung durch die Deutsche Gesellschaft für Psychologie organisiert und fand bis zur Wiedervereinigung an Universitäten statt. Bei erfolgreich abgeschlossener Ausbildung waren die Kollegen dort „Fachpsychologen in der Medizin“. Im Osten wie im Westen Deutschlands war die Nachfrage nach Gesprächspsychotherapieausbildung in den 70er und 80er Jahren sehr groß. Im Osten gehörte Gesprächspsychotherapie im Gesundheitssystem der DDR zu den Leistungen, die von Patienten kostenfrei in Anspruch genommen werden konnten, im Westen gehörte Gesprächspsychotherapie jedoch nicht zur regulären Kassenleistung. Dennoch war es damals möglich, auch ohne Kassenzulassung gesprächspsychotherapeutisch zu behandeln: Im Sozialgesetzbuch V der BRD, § 13, ist festgelegt, dass die Kassen verpflichtet sind, die Versorgung sicher zu stellen. Das bedeutete, dass Patienten, die nicht in einem angemessenen Zeitraum durch einen „Kassenpsychotherapeuten“ behandelt werden konnten, bei einem durch das Heilpraktikergesetz befugten Therapeuten aufgenommen werden konnten, und die Therapien durch Kostenerstattung finanziert wurden.

Im Westen Deutschlands konnten die Universitäten alleine in dieser Zeit die Nachfrage nach Ausbildung nicht abdecken. Nach der Gründung der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. (GwG) in Westdeutschland wurde das Angebot an Ausbildungsmöglichkeiten schnell ausgeweitet. Die GwG erarbeitete Ausbildungsrichtlinien, die im Laufe der Jahrzehnte immer wieder überarbeitet und dem neuesten Erkenntnisstand angepasst wurden. Für das erfolgreiche Abschließen einer Gesprächspsychotherapie-Ausbildung nach dem GwG-Curriculum wurde ein Zertifikat vergeben, das mit der Verpflichtung zu „lebenslänglicher“ Supervision verbunden war. Dieser sehr modernen Forderung lag die auch von Carl R. Rogers vertretene Auffassung zugrunde, dass Menschen ständig in einem Entwicklungsprozess stehen – also auch Psychotherapeuten, die ihr lebenslanges Erfahrungslernen kontinuierlich selbst reflektieren sollen. Heute stellt man eine solche Forderung im Rahmen der Prozessqualitätssicherung – z. B. tut dies die jetzige deutsche Bundesregierung bei den Vorschlägen zur Gesundheitsreform: alle Ärzte und Psychotherapeuten sollen in Zukunft kontinuierlich Fortbildung nachweisen.

Schon in den 70er Jahren verlangte die GwG, dass nur erfahrene Gesprächspsychotherapeuten, die eine Ausbilder-Ausbildung bei der GwG absolviert hatten, Gesprächspsychotherapie-Ausbildung anbieten. Sie mussten sich durch die Anerkennung einer Verpflichtungserklärung, die auch berufsethische Aspekte enthielt, u. a. verpflichten, nach den Richtlinien der GwG auszubilden. Von der GwG autorisierte Ausbilder boten bald flächendeckend in der

alten Bundesrepublik Ausbildung in Gesprächspsychotherapie an. Sie konnten sich dabei auf die schon aus den USA vorliegenden Forschungsergebnisse über Wirksamkeit, Diagnostik und Erfolgskontrolle, die von den deutschen Universitäten übernommen und durch weitere Forschungen ergänzt wurden, stützen. So war jeder GwG-Ausbilder ausgerüstet mit diagnostischem und Evaluationsmaterial, das von der GwG zur Verfügung gestellt wurde.

Es ist beeindruckend, welchen großen Zulauf die Methode fand. Hierfür gab es mehrere Gründe: einmal begünstigte der Zeitgeist nach 1968 humanistisch-psychologische und pädagogische Konzepte, in denen Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung zentrale Anliegen waren, auch war die Gesprächspsychotherapie-Ausbildung wesentlich preisgünstiger als z. B. die psychoanalytische Ausbildung, die Zulassungsbedingungen waren weniger strikt (es wurden auch Nicht-Psychologen und Nicht-Ärzte zur Ausbildung zugelassen) – und schließlich zog das Ausbildungskonzept, das sich von dem anderer Therapieschulen unterschied, viele Interessenten an.

2. Die besonderen Qualitätsmerkmale der bisherigen Ausbildung in Gesprächspsychotherapie

Im Gegensatz zu den meisten anderen Therapieschulen haben Gesprächspsychotherapeuten einen „Gründervater“, der sich speziell und eingehend mit Fragen der Erziehung und des Lernens beschäftigt hat und die persönliche Auseinandersetzung mit Lernenden außerordentlich geschätzt hat: „Jetzt komme ich ... auf eine Tätigkeit, ein Ziel zu sprechen, das mich begeistert: die Förderung des Lernens. Jedesmal, wenn es mir gelungen ist, eine Gruppe – und damit meine ich alle ihre Mitglieder, mich eingeschlossen – in eine Gemeinschaft von Lernenden zu verwandeln, dann hat sich fast eine unglaubliche Erregung ausgebreitet, Neugierde freizusetzen; Individuen zu erlauben, sich in neue Richtungen zu stürzen, die von ihren eigenen Interessen diktiert sind; den Forschungssinn zu entfesseln; Dinge so offen zu legen, dass sie hinterfragt und untersucht werden können; ...“ (Rogers 1969a, 106). Rogers fasste Lernen als einen selbstgesteuerten ganzheitlichen Prozess der Persönlichkeitsentwicklung auf, der durch ein hilfreiches Beziehungsangebot des Lehrenden und die Interaktion zwischen Lehrenden und Lernenden in einer angstfreien Atmosphäre gefördert wird.

Dementsprechend fand die gesamte GPT-Ausbildung mit einem Ausbilder in kleinen geschlossenen Gruppen statt, die in Theorie und Praxis einen Lern-, Erlebens- und Erfahrungsraum boten, der bei anderen Ausbildungen eher unüblich war. Es wurde darauf geachtet, dass die Verbindung zwischen den erworbenen Kenntnissen und ihrer Bedeutung für die Therapie und die eigene Person bearbeitet wurde. So war es möglich bei einer integrierten Durchführung der Ausbildung auch scheinbar „trockene“ Wissensinhalte (z. B. Therapieforschung oder Diagnostik) durch Experimentieren in der Gruppe in der Patienten- oder Forscherrolle erlebbar zu

machen und auf diesem Erfahrungshintergrund zu diskutieren. Diese Form des „learning by doing“ war besonders hilfreich bei der Vermittlung der psychotherapeutischen Grundprinzipien der Gesprächspsychotherapie. In den Trainingskursen konnten die Ausbildungskandidaten in Übungsgesprächen und Rollenspielen mit den Gruppenmitgliedern üben, kongruent, bedingungslos wertschätzend und empathisch zu sein. Da der wesentliche Wirkfaktor der Gesprächspsychotherapie das kongruente, unbedingt wertschätzende und empathische Beziehungsangebot ist, war es ein zentrales Anliegen der Ausbildung, den Ausbildungskandidaten zu ermöglichen, Kongruenz, Selbst- und Fremdempathie, Selbst- und Fremdwertschätzung zu entwickeln. Durch die differenzierten Rückmeldungen seitens der Gruppenmitglieder und der Ausbilder wurde die Selbstwahrnehmung und die Selbstreflexion bezüglich der Auswirkungen des eigenen psychotherapeutischen Verhaltens auf andere (wie auch auf sich selber) wesentlich gefördert, d. h. kognitive, soziale und emotionale Prozesse fanden statt. Die Lernforschung belegt, dass ein solches Lernen das nachhaltigste ist (vgl. Kunze 2003). Hier waren die Ausbilder besonders gefordert, durch ihr eigenes kongruentes, wertschätzendes und empathisches Beziehungsangebot Modell zu sein und eine angstfreie Atmosphäre in der Lerngruppe zu schaffen, die es den Gruppenmitgliedern ermöglichte sich den zuweilen auch schmerzlichen (Selbst-) Erfahrungen zu stellen und in ihrer Psychotherapeutenpersönlichkeit zu reifen.

Die feste Lerngruppe mit ihren Möglichkeiten des Lernens wurde als tragend in der Ausbildung angesehen und die Gruppenkompetenz wurde bewusst gefördert. Jedes GwG-Curriculum enthielt von den Anfängen an den Ausbildungsteil „kollegiale Supervision“. Angesichts der Verpflichtung zur lebenslangen Supervision war das Ziel dieses Ausbildungsteils: die Kompetenzen der Gruppenmitglieder fördern, auch ohne Experten sich selbst zu reflektieren, sich gegenseitig im Sinne des personenzentrierten Beziehungsangebotes zu unterstützen und eine Gruppenarbeit zu moderieren, zu dokumentieren und zu evaluieren.

Nicht unerwähnt soll bleiben, dass die Ausbildung in Gesprächspsychotherapie eine Vorreiterin in Bezug auf Objektivierung und Qualitätssicherung war: Die Ausbildungskandidaten mussten ihre Therapiesitzungen auf Tonband oder Video aufnehmen, Vor- und Nachtests durchführen sowie nach jeder Sitzung den Patienten einen Beurteilungsbogen über die Sitzung ausfüllen lassen. Somit entstanden Psychotherapiedokumentationen, die sehr genau Auskunft über den psychotherapeutischen Prozess geben konnten.

Bei der Abschlussprüfung zum Gesprächspsychotherapeuten dienten diese Dokumentationen der einzelnen Ausbildungskandidaten als Prüfungsgrundlage. Das Prüfungsgeschehen selbst war als ganzheitlicher Prozess vorgesehen: Der Kandidat reflektierte sein psychotherapeutisches Handeln auf dem Hintergrund seines erworbenen theoretischen Wissens, seines Wissens über den jeweiligen dokumentierten Fall und seines Wissens über sich selbst.

Häufig war die Prüfung sowohl eine Darstellung des Gelernten als auch ein neuer Lernvorgang durch die konzentrierte Selbstreflexion und Reflexion durch Ausbildungsgruppe und Ausbilder – und damit entsprach sie der schon oben geäußerten Auffassung des „life long learning“.

3. Die neuen Rahmenbedingungen

Nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (1999) in der BRD war klar, dass die Psychotherapieausbildung staatlich geregelt wird. Das bedeutet, dass Ausbildung nur an staatlich anerkannten Instituten durchgeführt werden kann, das Curriculum und die Abschlussprüfung durch eine staatliche Prüfungsordnung geregelt ist, die von Therapieschulen unabhängig ist. Damit schwindet der Einfluss der Fachverbände auf Inhalte und Methodik der Ausbildung, die Kriterien, wer ausbilden darf, sind vom Staat festgelegt – und für die Ausbilder und Ausbilderinnen in Gesprächspsychotherapie gehört die Möglichkeit, Ausbildung alleine zu betreiben, der Vergangenheit an.

Weitere wesentliche Veränderungen, die die Ausbildung im Vergleich zu der traditionellen Ausbildung auch sehr verteuern, sind die geforderten 1200 Stunden Praxis in einer psychiatrischen Einrichtung, die nur von den wenigsten Kliniken vergütet werden, und weitere 600 Stunden Praxis in einer anerkannten Einrichtung (psychosomatische Klinik oder Lehrpraxis), in der mit Patienten gearbeitet werden kann – hier ist die Bezahlung noch nicht geregelt.

Bisher war der äußere Rahmen, in dem Gesprächspsychotherapieausbildung stattfand, wenig festgelegt – nun ist vorgeschrieben, wie die Ausbildungsstätte ausgestattet sein muss: Hörsaal, Büro, Therapieräume (Institutsambulanz), Fachbibliothek und technische Ausrüstung werden gefordert, ebenso Lehr-Personal, das den staatlichen Qualifikationskriterien genügt. Der bisherige Ausbilderstatus „Ausbilder der GwG“ gilt nicht mehr – und kann höchstens noch als Empfehlung dienen. Da die staatlichen Qualifikationskriterien nur für Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter festgelegt sind (5 Jahre psychotherapeutische Praxis nach der Approbation im Schwerpunktverfahren; dreijährige Lehrtätigkeit; persönliche Eignung, die von der Institutsleitung beurteilt wird für Supervisoren, 5 Jahre psychotherapeutische Praxis für Selbsterfahrungsleiter) – und nicht für Dozenten, ist nicht garantiert, dass alle Ausbildungsteile kompetent angeboten werden. Hier haben die Institutsleitungen großen Ermessensspielraum: es ist möglich, dass die Wahl auf Dozenten fällt, die erstklassige Beziehungen zur Institutsleitung haben und fachlich vielleicht zweitklassig sind. Entsprechende Klagen von Ausbildungskandidaten, die an bereits bestehenden Instituten anderer Therapieschulen die Ausbildung absolvieren, wurden inzwischen laut (vgl. Ausschuss Psychologischer Psychotherapeut in Ausbildung [PPiA] der Delegiertenkonferenz des Berufsverbands Deutscher Psychologen [BDP] 2003).

Die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als wissenschaftliches Verfahren durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie beflügelte die Gründung von Ausbildungsinstituten, die mit dem Schwerpunkt GPT ausbilden wollen. Sie stehen in den Startlöchern, um die staatliche Anerkennung zu erreichen – in der Hoffnung auf eine baldige sozialrechtliche Anerkennung der GPT, die eine Kassenfinanzierung der Ambulanzen sichern würde. Da z.Zt. täglich neue Gerüchte über die bundesdeutsche Gesundheitsreform in den Medien verkündet werden, gibt es keine Prognose über die Situation von Psychotherapie und Psychotherapeuten für den Zeitpunkt, in dem dieser Artikel erscheint. Sicher ist lediglich, dass auch in Zukunft nur solche psychotherapeutische Behandlungen von den Kassen finanziert werden, die in Psychotherapieverfahren durchgeführt werden, die vom Bundesausschuss Ärzte Krankenkassen zugelassen wurden und in den Psychotherapierichtlinien aufgeführt sind (Prieß 2003).

Schon jetzt bedeutet die Anerkennung der GPT als wissenschaftliches Verfahren, dass staatlich anerkannte Ausbildungsinstitute, die in den bisherigen Richtlinienverfahren (Psychoanalyse, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie) ausbilden, eingehende Grundkenntnisse in Gesprächspsychotherapie vermitteln müssen, und dass die GPT in jeder Abschlussprüfung Prüfungsgegenstand ist. Allerdings heißt das leider noch nicht, dass eine GPT-Kompetenz erworben werden muss, die z. B. zur Differentialdiagnose beitragen und die Indikationsstellung erleichtern könnte – sondern es geht letztlich lediglich darum, den Anforderungen der auf die GPT bezogenen Prüfungsfragen zu genügen. Für die BRD werden von dem Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) in Mainz zentrale Prüfungsfragen erarbeitet, die alle Absolventen von staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten bei der Abschlussprüfung beantworten müssen. In welcher Zusammensetzung und wie dieses Institut arbeitet, ist wenig transparent – der erste Entwurf des Fragenkatalogs war sehr medizinlastig und stieß auf heftige Kritik von Fachleuten. Die schriftliche Prüfung ist im Wesentlichen mit Kurzantworten oder mit „multiple-choice“-Antworten zu bearbeiten.

4. Die möglichen Nachteile der staatlichen Ausbildungsordnung

Neben der Freude, dass nach 20 jährigem Kampf ein Psychotherapeutengesetz verabschiedet wurde und eine Approbation zu einem eigenständigen Beruf „Psychologischer Psychotherapeut“ führt – und die Gesprächspsychotherapie, die in der klinischen Psychologie international immer anerkannt war², nun auch „politisch“

anerkannt ist – ist die Sorge entstanden, dass die staatlichen Ausbildungsvorschriften und veränderten Rahmenbedingungen es erschweren, die bewährten Durchführungsmodalitäten der Gesprächspsychotherapieausbildung aufrechtzuerhalten. Die vorgeschriebenen theoretischen Inhalte sind sehr umfangreich, ebenso der Gegenstandskatalog für die zentrale Prüfung. Um sie zu bestehen, muss – pädagogisch betrachtet: vorsintflutlich – Wissen mechanisch auswendig gelernt werden. Inwieweit unter diesen Bedingungen Lerngruppen entstehen können, die die für die GPT traditionellen Lernbedingungen nutzen können, ist ungewiss. Vorgeschrieben sind verschiedene Gruppengrößen (z. B. 15 Teilnehmer bei den Theorie seminaren, 4 Teilnehmer bei den Supervisionsgruppen). Diese strukturellen Voraussetzungen begünstigen eine methodische Trennung von Theorie, Praxis und Selbsterfahrung und verringern die Chance, theoretisches Wissen erfahrbar und damit in die Psychotherapeutenpersönlichkeit integrierbar zu machen. Die in der jetzigen staatlichen Prüfungsordnung vorgeschriebene Selbsterfahrung ersetzt u. E. das integrierte Lernen in den traditionellen Trainingskursen nicht: Hier war der Fokus nicht nur die „Selbsterfahrung bzw. Selbsterfahrung im psychotherapeutischen Handeln“, sondern auch das Erproben angemessener gesprächspsychotherapeutischer Interventionen u. a. in Bezug auf störungsspezifische Besonderheiten (z. B. wie begegne ich empathisch einem ängstlichen Patienten, wie einem aggressiven?).

„Wer sich in der Ausbildung von Psychotherapeuten dieser Anforderung (*gemeint ist die Anforderung, in der GPT-Ausbildung die Psychotherapeutenpersönlichkeit, zu entwickeln – Anm. d. Verf.*) entzieht und sich primär auf Wissensvermittlung, ... Training von kontrollierbaren Fertigkeiten ... abstützt, der kapituliert aus meiner Sicht vor diesen Schwierigkeiten der Vermittlung personenzentrierter Haltung. Und eine in dieser Weise gewichtete Ausbildung ist in meinen Augen keine Ausbildung in Personenzentrierter Psychotherapie oder Beratung mehr“ (Gutberlet 2003, 20).

Sowohl die Prüfungsordnung als auch die Organisation der Ausbildungsdurchführung, ebenso die große Freiheit der Institutsleitungen in Bezug auf die Personal- und Finanzpolitik werden auch für die bereits bestehenden Ausbildungsinstitute, die in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und Verhaltenstherapie ausbilden, problematisiert. Die Mitglieder des Ausschusses „Psychologischer Psychotherapeut in Ausbildung (PPiA) der Delegiertenkonferenz des Berufsverbandes Deutscher Psychologen (BDP)“ kritisieren generell die Zustände bei der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. Sie befragten PPiAs nach ihrer Situation in bereits zugelassenen Ausbildungsinstituten (mit verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologischen Schwerpunkten) und stellten dabei zahlreiche Missstände fest: Die Macht der Instituts- und Klinikleiter ist sehr groß und wird bisher nicht kontrolliert. Ausbildungsverträge sind nicht zwingend, die Auswahl des Lehrpersonals ist der Institutsleitung überlassen, und viele PPiAs beklagen die

2 Das von Auckenthaler (2001) belegte Zurückdrängen der Gesprächspsychotherapie bezieht sich mit einer einzigen Ausnahme durchweg auf Deutschland.

geringe Kompetenz der Dozenten. „Bedingt durch die derzeitige Lage sind die Institute privatwirtschaftlich organisiert. Das Interesse des Instituts und seiner Betreiber steht im Vordergrund, die Ausbildung, die Psychotherapie oder gar der Ausbildungskandidat spielen oft eine untergeordnete Rolle. Wie in allen Wirtschaftsunternehmen bedeutet dies Maximierung der Einnahmen, Minimierung der Ausgaben“ (Ausschuss Psychologischer Psychotherapeut in Ausbildung (PPiA) 2003, 353). Auch Ausbildungsinstitute mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie werden unter einem größeren finanziellen Druck stehen als früher die Universitäten und der „Einzelausbilder“, der vergleichsweise geringe Betriebskosten hatte. Eine konkrete Auswirkung der Berücksichtigung wirtschaftlicher Gesichtspunkte ist z. B. auf die Gestaltung der Gruppen zu erwarten: kleine Lerngruppen würden für die Kandidaten zu teuer – selbst wenn das Institut in der Preisgestaltung fair ist.

5. Die möglichen Vorteile der staatlichen Ausbildungsordnung

Neben den Befürchtungen bestehen auch Hoffnungen bezüglich der neuen Ausbildungssituation. Die umfangreiche klinische Praxis ist einerseits eine Hürde, andererseits aber auch eine Chance, viele Menschen mit sehr unterschiedlichen Beeinträchtigungen kennenzulernen – eine Chance, die eine Privatpraxis in so kurzer Zeit nicht bieten kann. Gleichzeitig sind die Ausbildungskandidaten schon während der Ausbildung in ihrem psychiatrischen Praktikum der „öffentlichen Kontrolle“ ausgesetzt und erleben schon frühzeitig das Spannungsfeld zwischen dem humanistisch-psychologischen Therapiekonzept und der medizinisch oft eher autoritär strukturierten Klinik. Dies könnte von Anfang an in der Ausbildung reflektiert werden. Erfahrungsberichte von ehemaligen Absolventen in Gesprächspsychotherapie, die z. B. in Kliniken angestellt wurden, zeigen, dass der „Milieuschock“ u. U. groß ist, wenn sie erleben, wie z. T. ohne böse Absicht mit Patienten umgegangen wird.

Die zentrale Prüfung ist sicher etwas objektiver als der „Ausbilder- und Gruppenentscheid“ der traditionellen GPT-Ausbildung – zumindest in Bezug auf die schriftliche Prüfung. Dadurch, dass in der „alten“ Ausbildung der Ausbilder, der die Kandidaten lange Zeit durch Theorie, Praxis und Selbsterfahrung begleitete, unter Einbeziehung der Gruppe auch die Prüfung abnehmen musste (Abschlusskolloquium und Zertifizierung von 5 dokumentierten Fällen), war sicher durch die dabei gewachsenen persönlichen Beziehungen die kritische Distanz gegenüber den Kandidaten nicht immer gegeben. Für den Prüfling wie auch den Prüfer könnte es erleichternd sein, dass Prüfer nicht gleichzeitig Selbsterfahrungsleiter sein sollen. Indem sich die Ausbildungsverantwortung auf mehrere Personen verteilt, ist der einzelne Ausbildungskandidat nicht mehr so sehr davon abhängig, ob er mit dem „einzigen“ Ausbilder zurechtkommt.

Insgesamt erscheint es von Vorteil, dass die Ausbildungskandidaten im Laufe ihrer Ausbildung mehrere Experten kennen lernen, sich mit den jeweiligen theoretischen Standpunkten und verschiedenen therapeutischen Stilen auseinandersetzen können und so eine größere Auswahl an Orientierungsangeboten haben, die zur Anregung und Reflexion eigener Standpunkte und des eigenen Stils dienen können.

Ein staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut wird schon aus Werbezwecken sich, seine Struktur, seine Ziele und die mitarbeitenden Personen bekannt machen, so dass zukünftigen PPiAs Struktur, Abfolge und Zeitplan der Ausbildung transparent sein wird. Demgegenüber war die Strukturiertheit der traditionellen Ausbildung sehr vom Stil des jeweiligen Ausbilders geprägt.

Mancherorts wird die Psychotherapieausbildung mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie an bestehenden Instituten, die bereits die Schwerpunkte Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie anbieten, durchgeführt werden. Hier besteht die Chance des gegenseitigen Austausches und schulenübergreifend voneinander Lernens.

Auch für die Lehrenden sind Vorteile in den neuen Rahmenbedingungen zu erkennen: sie müssen nicht mehr alleine akquirieren, die Verwaltung wird zentral geregelt, die Qualitätssicherung wird durch das Institut geleistet (hoffen wir wenigstens), Vertretung im Krankheitsfall ist einfacher. Wenn man einen Nachteil für die Lehrenden suchen will, könnte man ihn höchstens in der Einschränkung der curricularen Freiheit entdecken – und vielleicht in der Tatsache, dass man je nach Funktion (z. B. als Dozent) nicht mehr die Möglichkeit hat, Ausbildungskandidaten so gut kennen zu lernen.

6. Wie könnten wir im Rahmen der staatlichen Prüfungsordnung die bewährten Standards der GPT-Ausbildung bewahren?

Auch unter den gegebenen Bedingungen sehen wir Möglichkeiten, bei der Psychotherapieausbildung mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie wesentliche Merkmale des Personenzentrierten Konzepts zu verwirklichen. Die Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) hat ein Curriculum entworfen, das den Ausbildungsinstituten zur Verfügung gestellt werden kann³. Es richtet sich nach den inhaltlichen Anforderungen der staatlichen Prüfungsordnung und ist zugleich in Bezug auf die Ausbildungskonzeption und die methodischen Vorschläge an den pädagogischen Vorstellungen von Rogers orientiert.

Grundlegend dabei ist das Bemühen, die Entwicklung der Therapeutenpersönlichkeit nicht auf die Lehrtherapie zu beschränken.

3 Exemplare des Curriculums sind bei Doris Müller erhältlich.

Das pädagogisch-methodische Vorgehen orientiert sich – zumindest in den am Ausbildungsinstitut durchgeführten Teilen – an den Grundprinzipien des personenzentrierten Konzepts und dessen Vorstellungen von einer hilfreichen Beziehung. Dementsprechend sollen die auf dieser Grundlage gestalteten Seminare, Trainings-, Selbsterfahrungs- und Supervisionsveranstaltungen neben kognitiven auch emotionale, körperliche und soziale Prozesse mit einbeziehen und in einer möglichst angstfreien und wertschätzenden Atmosphäre stattfinden, Organisation und Durchführung der Ausbildung auf der Grundlage des Vertrauens in die Aktualisierungstendenz des Individuums sollten die menschlichen Grundbedürfnisse respektieren und beziehungsstiftend sein. Gleichgültig, welches Thema behandelt wird, soll die Durchführungsmethodik ein hohes Ausmaß an Selbstwahrnehmung, Selbsterfahrung, Selbstreflexion und Selbstbestimmung ermöglichen.

Um auch bei einer „molekularen“ Struktur der Ausbildung (Seminare mit purer Selbsterfahrung bzw. purer Theorie usw.) eine ganzheitliche, humanistisch-pädagogische Methodik für alle am Institut stattfindenden Ausbildungsteile zu entwickeln und so das gesprächspsychotherapeutische Konzept authentisch zu vermitteln, sollte sich ein Ausbildungsinstitut mit einem Schwerpunkt GPT einen Teamentwicklungsprozess gönnen. Darin sollte sich das Team zu einem „Lehrkörper“ entwickeln können, dessen Mitglieder im Umgang miteinander modellhaft die Prinzipien vorleben, die sie später im Unterricht kongruent vermitteln sollen.

Eine Reihe von inhaltlichen, methodischen und organisatorischen Möglichkeiten könnten genutzt werden. So könnte unter anderem

- ein „Jahrgang“ über eine gewisse Zeit hinweg eine feste Ausbildungsgruppe bilden, die die wesentlichen Ausbildungsteile gemeinsam absolviert und damit die Lernmöglichkeiten in einer vertrauten Gruppe nutzen kann. Er wird von einem „Klassenleiter“ begleitet, der durch sein Beziehungsangebot die Lernatmosphäre fördert und zur Vertrauensperson werden kann, wenn er nicht Prüfer ist,
- die bewährten Ausbildungsteile (vgl. oben Punkt 2) „praktisches Training“ und „Kollegiale Supervision“ könnten, auch wenn sie nicht vorgeschrieben sind, beibehalten werden. Raum hierfür gibt die „freie Spitze“ (930 von den insgesamt 4200 Ausbildungsstunden können von den Ausbildungsinstituten selbstbestimmt inhaltlich gestaltet werden),

- die vorgeschriebenen Praktika in der psychiatrischen Klinik könnten vom Institut durch Angebote zur Reflexion der Praxis begleitet werden (einzeln oder in der Gruppe). Sie können sowohl zur Entlastung der Teilnehmer dienen als auch die Chance nutzen, die Behandlung psychisch Kranker gesprächspsychotherapeutisch zu reflektieren,
- durch eine im personenzentrierten Sinne geeignete Anleitung und Methodik könnte bei der vorgesehenen Pflichtlektüre und beim Vorbereiten und Präsentieren von Referaten das selbstgesteuerte, expertenunabhängige Lernen gefördert werden,
- die vorgeschriebene Supervision könnte speziell in einer Ausbildung in GPT vorrangig die Unterstützung der Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer mit dem Ziel der „facilitative supervision“ anstreben und auf der Effektivität des Erfahrungslernens („experiential supervision“) aufbauen. Dabei könnte vermittelt werden, wie auch die kollegiale Supervision der Auffassung entspricht, dass das Vertrauen in die Aktualisierungstendenz die Entwicklung der therapeutischen Selbst- und Sozialkompetenz ermöglicht.

Über allem stünde dabei das Prinzip, dass Dozenten, Supervisoren und Lehrtherapeuten ihre besondere Bedeutung für den Lernfortschritt der Teilnehmer zunehmend zurücknehmen zugunsten einer wechselseitigen Förderung in der Gruppe.

Wir können uns also durchaus vorstellen, dass auch unter den jetzigen Rahmenbedingungen die Ausbildung in Gesprächspsychotherapie hochqualifiziert und im personenzentrierten Sinne durchgeführt werden kann, ebenso dass Vorschriften letztlich nicht das „Lernen in Freiheit“ verhindern müssen: „Wenn ich von meiner eigenen Erfahrung und der anderer her urteile, ist das Ausmaß der Freiheit, die der Gruppe gegeben werden kann, nicht das eigentlich Wichtige. Die Lernenden wie der Lehrende müssen unter Umständen die Einengungen einer starren Prüfung, eines vorgegebenen Curriculums und Themas und andere Einschränkungen akzeptieren. Das Wichtige ist vielmehr, dass die Freiheit, die innerhalb dieser Schranken gegeben wird, echt ist, dass sie vom Leiter nicht zögernd oder vorsichtig gegeben wird. Dann können sie – sogar in einem scheinbar schmalen Bereich ihrer Arbeit – die Freiheit der Wahl erfahren, die Freiheit des Ausdrucks, die Freiheit zu sein“ (Rogers 1969a, 76).

Literatur

- Auckenthaler, A. (2001), Die Gesprächspsychotherapie vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen in Klinischer Psychologie und Psychotherapie, in: *Person* 5,2, 98–102
- Ausschuss Psychologischer Psychotherapeut in Ausbildung (PPiA) der Delegiertenkonferenz des Berufsverbands Deutscher Psychologen (BDP) (2003), Ein Plädoyer gegen Willkür, in: *Report Psychologie*, 28, 353–355
- Gutberlet, M. (2003), Die personenzentrierte Haltung: die Kraft, die Veränderung schafft?, in: *Person. Internationale Zeitschrift für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung*, 7,1, 15–23
- Kunze, D. (2003), Lerntransfer im Kontext einer personenzentriert-systemischen Erwachsenenbildung, Köln (GwG)
- Prieß, C. (2003), Gesundheitsreform, in: *Psychotherapeuten Forum*, 10,3, 23–31
- Rogers, C. R. (1969a), Freedom to learn. A view of what education might become, Columbus (Charles Merrill); dt.: Lernen in Freiheit. Zur Bildungsreform in Schule und Universität, München (Kösel) 1974

Autorinnen

Dipl.-Psych. Doris Müller, 1945, niedergelassene Psychotherapeutin, Supervisorin u. Dozentin in der Erwachsenenbildung, GwG-Ausbilderin seit 1976.

Dipl.-Psych. Marion Ruth Thimm, 1946, niedergelassene Psychotherapeutin, Supervisorin, Dozentin in der Erwachsenenbildung, GwG-Ausbilderin seit 1974.

Korrespondenzadressen

*Doris Müller
Danziger Str. 13
D-86842 Türkheim
E-Mail: d.a.mueller@t-online.de*

*Marion Thimm
Rüdesheimerplatz 3
D-14197 Berlin*

Jobst Finke und Ludwig Teusch

Schwierigkeiten und Chancen in der Person-zentrierten Weiterbildung von Ärzten

Zusammenfassung: Die GPT (Gesprächspsychotherapie) mit ihren Positionen der Nichtdirektivität, der Klientenzentriertheit und der Prozessoffenheit stellt für das ärztliche Denken etwas sehr Ungewohntes, fast Provozierendes dar. Dieses Denken wurde im Laufe einer durch Studium und erste Berufsjahre bestimmten Sozialisation geprägt und beinhaltet neben bestimmten kognitiven auch emotionale und aktionale Einstellungen, die manchen Positionen der GPT entgegenstehen. Für die Situation einer Ausbildung von Ärzten bedeutet dies eine Herausforderung sowohl für die Auszubildenden wie die Ausbilder. Bei den offiziell anerkannten Weiterbildungsgängen für die ärztliche Psychotherapie spielt die GPT zwar formal nur eine Nebenrolle, doch beeinflusst sie faktisch oft sehr die psychotherapeutische Einstellung von Medizinerinnen. Von bestimmten Positionen der GPT und der von den Autoren durchgeführten Weiterbildungspraxis profitieren Ärzte in starkem Maße, jedoch ergeben sich aus manchen Positionen auch Schwierigkeiten für die überdauernde Identifikation mit diesem Verfahren.

Schlüsselwörter: Psychotherapie-Weiterbildung von Ärzten, die Therapietheorie der GPT und ärztliches Denken, der Stellenwert der GPT in der ärztlichen Psychotherapie

Résumé : Difficultés et potentialité de la formation continue centrée sur la personne pour les médecins. La psychothérapie centrée sur la personne avec ses positions de non-directivité, de centralisation sur la personne et d'ouverture pour le processus représente quelque chose de très inaccoutumée, presque de provocant. Cette façon de penser repose sur une socialisation définie par les études universitaires et par les premières années professionnelles. En plus des attitudes cognitives, elle inclut également des attitudes sur le plan des émotions et des actions qui ne sont pas en accord avec certaines positions de la psychothérapie centrée sur la personne. En ce qui concerne la formation des médecins, cela signifie un défi tant pour les participants que pour les formateurs. Dans les cours, dispensés aux médecins, de formation psychothérapeutique officiellement reconnus, la psychothérapie centrée sur la personne effectivement n'occupe qu'une place secondaire. Cependant elle influence tout de même l'attitude des médecins dans la psychothérapie. Certains bénéficient considérablement de certaines positions de la psychothérapie centrée sur la personne et de la formation relative, telle qu'elle est offerte par les auteurs de cet article. Pourtant, de certaines positions résultent des difficultés à s'identifier plus profondément avec cette approche.

Mots-clés : Formation continue de psychothérapie pour médecins, théorie du processus thérapeutique centrée sur la personne et la façon de penser des médecins, relevance de la psychothérapie centrée sur la personne dans la psychothérapie médicale

Abstract: Difficulties and chances in training physicians in Client-centered Therapy. We report on our experience in teaching physicians in Client-centered Therapy (CCT). Non-directiveness and empathic and non-invasive attitude are the typical characteristics of the CCT which challenge the attitudes of physicians. At the beginning of a workshop in CCT it is difficult for physicians to incorporate an attitude of listening and empathic understanding towards the client. But after overcoming some first difficulties they get a great profit from this education in CCT, which helps them to change the therapeutic attitude towards the client in many situations. This method has not been yet acknowledged by German health insurance institutions, therefore there are still only a few physicians which continue to identify themselves with CCT after finishing education.

Key-words: Education of physicians in psychotherapy, the core-features of Client-centered-Therapy and the attitude of physicians, the position of CCT in medical psychotherapy in Germany

Einleitung

In Deutschland erfolgt die von den Ärztekammern anerkannte psychotherapeutische Qualifikation der Ärzte im Rahmen der Facharztweiterbildung¹ (Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) und im Rahmen des Erwerbs des so genannten Zusatztitels Psychotherapie. Die GPT (Gesprächspsychotherapie) ist im Rahmen dieser Weiterbildungsgänge bisher nur als so genanntes Zweitverfahren (neben dem gewählten Hauptverfahren müssen „Kenntnisse und Erfahrungen“ in einem zusätzlichen Psychotherapieverfahren nachgewiesen werden) vorgesehen. Wir berichten über unsere Erfahrungen in der Vermittlung von GPT im Rahmen dieser ärztlichen Weiterbildungsgänge. Die GPT stellt aufgrund verschiedener Charakteristika eine Herausforderung für das ärztliche Denken und die ärztliche Haltung dar. Hier zeigen die Schwierigkeiten aber auch die besonderen Chancen auf, die sich für Ärzte in einer gesprächspsychotherapeutischen Weiterbildung ergeben.

1. Die Schwierigkeit von Ärzten in der person-zentrierten Weiterbildung

Die ersten Vertreter der modernen Psychotherapie, nämlich der Psychoanalyse, waren, historisch bedingt, fast ausschließlich Ärzte. Aber von Ärzten, namentlich von Psychiatern, wurden auch schon früh Vorbehalte gegen diese Form von Psychotherapie, vor allem hinsichtlich des Wissenschaftsverständnisses ihrer Theoriebildungen, angemeldet (Jaspers 1913/1959). Ein wesentlicher Kritikpunkt war schon damals das später von Habermas (1968, 300) so genannte „szientistische Selbstmissverständnis“ der Psychoanalyse, nämlich ihr Verständnis als einer quasi medizinischen Disziplin, die im Sinne naturwissenschaftlicher Gesetzeswissenschaft Aussagen über die Person und ihre Störungen zu machen können glaubt. Erst in den 60er- und 70er-Jahren begann hier unter dem Einfluss von Philosophen wie Habermas (1968), Lorenzer (1970) und Ricoeur (1965/1974) eine methodologische Besinnung und Revision. Nachdrückliche Hinweise, wie etwa die, dass die Psychoanalyse eine hermeneutische und keine Beobachtungswissenschaft sei, „weil hier nicht beobachtet, sondern interpretiert wird“ (Ricoeur 1965/1974, 374) und dass die psychoanalytische Neurosenlehre lediglich als eine „Erzählfolie“ zu gelten habe, deren Aufgabe es sei, die Erzählung des Patienten zu strukturieren (Habermas 1968,

321 ff), führten dann bei den Psychoanalytikern selbst zunehmend dazu, die eigene Disziplin als eine hermeneutische zu sehen und insofern vom medizinisch geprägten Methodenideal zögernd Abstand zu nehmen.

Zu dieser Zeit fanden in Deutschland zwei andere, und zwar zunächst fast ausschließlich von Psychologen vertretene Psychotherapieverfahren starke Verbreitung, die Personzentrierte Therapie und die Verhaltenstherapie. Um zunächst von letzterer zu reden, so mochte es damals für Außenstehende merkwürdig erscheinen, dass die Psychoanalytiker meist Mediziner, die Verhaltenstherapeuten meist Psychologen waren, entsprach doch eigentlich die Verhaltenstherapie mit ihrer lerntheoretischen Fundierung dem naturwissenschaftlich-experimentellen Ansatz und mit ihrer Ausarbeitung spezifischer Behandlungstechniken der pragmatisch-handwerklichen Ausrichtung von Medizinern. Allerdings begann sich schon in den 80er Jahren zu zeigen, dass die o. g. berufsspezifische Aufteilung rein historische Gründe hatte. Die Mediziner „okkupierten“ zunehmend die Verhaltenstherapie, heute wird in den meisten psychiatrischen Lehrbüchern fast ausschließlich die Verhaltenstherapie als Psychotherapieverfahren ausführlicher gewürdigt. Das wirft die Frage der Haltung von Medizinern gegenüber dem anderen o. g. Verfahren, der person-zentrierten Therapie, auf, ist diese doch gegenüber einem kausal-analytischen Denken, etwa hinsichtlich der Erklärung des Verhaltens der Person und ihrer Störungen, recht zurückhaltend und verzichtete sie zunächst auch auf eine spezielle Störungslehre sowie auf eine explizite Beschreibung von Behandlungstechniken.

In diesem Zusammenhang soll gefragt werden, welche Sozialisierungsbedingungen und -inhalte es im Einzelnen sind, die Ärzten den Zugang zu den personzentrierten Grundpositionen erschweren. Durch das Studium und mehr noch die ärztliche Tätigkeit schon unmittelbar nach dem Studium werden charakteristische Einstellungen gefördert, so u. a.

Diagnose-orientierter Interventionismus

Schon im Studium wird der Mediziner darauf geprägt, durch geschicktes Befragen des Patienten und durch zielführendes Auswerten von klinischen, laborchemischen und elektrophysiologischen Befunden möglichst schnell eine umfassende Diagnose zu erstellen und aus dieser ein wirksames Behandlungskonzept abzuleiten. Diese Fixierung auf das Erfassen eines ursächlichen Zusammenhanges der unterschiedlichen Krankheitszeichen macht es Medizinern in GPT-Kursen zunächst schwer, die Haltung eines scheinbar absichtslosen Hinhörens und eines scheinbar ziellosen Zentrierens auf das innere Erleben des Patienten zu verwirklichen. Besonders zu Beginn eines Kurses geraten sie, z. B. in Rollenspielen, immer wieder in die Versuchung, in ein Explorieren von Symptomen und äußeren Lebensereignissen zu verfallen. Fast reflexartig intervenieren sie dann im Sinne des Bestrebens, einen kausalen Zusammenhang von

1 Der Unterschied zwischen Aus-, Weiter- und Fortbildung ist im Arbeitsrecht geregelt. Ausbildung findet statt vor Erlangen der beruflichen Qualifikation, bei den Ärzten ist dies die Approbation. Weiterbildung führt zur definierten Zusatzqualifikation, hier dem Facharztstitel oder dem so genannten Zusatztitel, danach findet die Fortbildung statt, die die ständige Angleichung an neue Wissensstandards gewährleisten soll.

Beschwerden mit diesen Ereignissen oder Einflüssen herauszuarbeiten. Sie sind dabei angestrengt darum bemüht, eine „Ordnung“ in der Erzählung des Patienten zu erfassen, wobei die zugrundeliegende Ordnungsvorstellung nicht an hermeneutischen, sondern an kausal-genetischen Kriterien orientiert ist.

Die Rollenimplikationen medizinischen Expertentums

Die Eigenart des Gegenstandes medizinischen Expertentums, der Körper des Patienten, macht es, dass der Mediziner hinsichtlich eines wichtigen Aspektes über den Patienten immer mehr weiß als dieser selbst. Er verfügt hier über ein Wissen, das den Patienten selbst so gar nicht unmittelbar zugänglich ist. Aus dieser selbstverständlich gewordenen Haltung dessen, der immer zu wissen hat, was „mit dem Patienten los ist“, was ihm „fehlt“ und was „gut für ihn“ ist, erwächst eine kustodiale Haltung, aber auch ein starker Druck, handelnd einzugreifen, z. B. durch Ratschläge und Interventionen, die unmittelbar eine Änderung herbeiführen sollen. Diese ausgeprägt therapeuten-zentrierte Einstellung des Arztes erschwert ihm natürlich das Einnehmen einer klientenzentrierten Haltung, erschwert ihm ein Sich-Zurücknehmen auf eine Position des reinen Alter-Egos des Patienten, wie es gerade für die Personzentrierte Psychotherapie typisch ist.

„Herr über Leben und Tod“

Das Handeln des Arztes, auch das Unterlassen von Handlungen, entscheidet nicht selten sehr unmittelbar über Leben und Tod des Patienten. Dieser Umstand, dass viele Entscheidungen des Arztes sich im Kontext einer vitalen Gefährdung des Patienten vollziehen, setzt den Arzt auch unter einen besonderen Verantwortungsdruck. Dieser macht es ihm schwer, eine oft sinnvolle Gelassenheit an den Tag zu legen und immer ein gutes Maß an Vertrauen in die Selbstheilungskräfte des Patienten, fernab jeder besserwisserischen Ungeduld, zu haben. Aufgrund des Entscheidungsdrucks, immer das Richtige zu tun, ist es schwer für ihn, nicht „dem Wunsch zu verfallen, herbeizustürzen und die Dinge in Ordnung zu bringen“ (Rogers 1961 a, 37).

Anforderungsdruck, Angst und Unsicherheit durch Abwehr zu bewältigen

Der junge Arzt, der seinen ersten Nachtdienst macht, ist nicht selten mit einer Verantwortung konfrontiert, der seine praktische Erfahrung noch gar nicht entspricht. Er wird zu einem schwerverletzten Patienten gerufen, die Augen der erfahrenen Krankenschwestern oder des Pflegers sind prüfend auf ihn gerichtet, wie er sich jetzt wohl entscheidet, wie er die Notoperation durchführt (er operiert in dieser Nacht zum ersten Mal allein). Vorher hat er noch einige Fragen an die Angehörigen und muss diese beruhigen.

Natürlich hat er jetzt Angst und muss ein Gefühl panischer Unsicherheit niederhalten. Denn gerade jetzt darf er diese Angst nicht zeigen, muss er vielmehr Souveränität ausstrahlen. – Dieser kurze anekdotische Hinweis soll nachvollziehbar machen, dass und warum sich Ärzte z. B. in Selbsterfahrungsgruppen und auch in der Supervision zumindest anfangs schwer damit tun, Ängste, Zweifel oder gar Ratlosigkeit einzugestehen und nicht selten dazu neigen, auch den Patienten gegenüber, mit denen sie ja auch in der Psychiatrie meist noch vor jeder Psychotherapieausbildung zu tun haben, eine fassadenhafte Untangierbarkeit zeigen.

Für nicht wenige Ärzte in einer GPT-Weiterbildung ist es jedoch oft eine regelrechte Entdeckung zu erfahren (z. B. in der Rolle als Patient im Rollenspiel), wie sehr scheinbar absichtsloses, gefühlverbalisierendes Vorgehen die eigene Selbstexploration vertieft und zu wichtigen Einsichten führt. Für uns war es dabei nicht selten eine interessante Beobachtung, dass anfangs emotional steif wirkende Kollegen bereits nach einem 50-stündigen GPT-Kurs gelöster und weniger fassadenhaft waren. Bevor wir hier jedoch näher über unsere Erfahrungen in der person-zentrierten Weiterbildung von Ärzten berichten, sollen zunächst die formalen Rahmenbedingungen geschildert werden, innerhalb derer sich diese Weiterbildung vollzieht.

2. Ärztliche Weiterbildung Psychotherapie

Berufsrechtliche Vorgaben

Die Fort- und Weiterbildung der Ärzte liegt in Deutschland ganz in der Zuständigkeit der Bundes- und vor allem der Landesärztekammern. Neuerdings, d. h. seit Einführung des so genannten Psychotherapeutengesetzes, gilt entsprechendes für die Psychologen, hier sind die inzwischen eingerichteten Psychologenkammern zuständig.

Bis einschließlich 1995 waren von den Ärztekammern anerkannte psychotherapeutische Qualifikationen nur über die Form des so genannten Zusatztitels zu erlangen (Zusatztitel „Psychotherapie“ und Zusatztitel „Psychoanalyse“; hier soll nur von Ersterem die Rede sein). Der Zusatztitel „Psychotherapie“ konnte in einer so genannten berufsbegleitenden und in einer so genannten klinischen Form erworben werden, wobei die letztere Form eine 1,5-jährige Tätigkeit in einer psychotherapeutischen Klinik bzw. in einer psychotherapeutischen Abteilung einer Klinik vorsah. Dieser letztgenannte Weiterbildungsgang ist 1996 mit einer Einführung der zwei Gebietsbezeichnungen (Facharzttitel) „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ sowie „Facharzt für psychotherapeutische Medizin“ (kürzlich wiederum unbenannt in „Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie“) aufgehoben worden bzw. darin aufgegangen. In diesen Weiterbildungsgängen ist neben dem Erlernen eines so genannten Hauptverfahrens (Psychoanalyse/Tiefenpsychologie oder

Verhaltenstherapie) die Unterrichtung in einem weiteren Psychotherapieverfahren, dem so genannten Zweitverfahren, vorgesehen. Für den berufsbegleitend zu erwerbenden Zusatztitel „Psychotherapie“² und für den „Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie“ ist als ein solches Zweitverfahren auch die GPT anerkannt. Deshalb soll im Folgenden von der Vermittlung des personenzentrierten Ansatzes innerhalb dieser beiden Weiterbildungsgänge die Rede sei. Beim Erwerb des Facharztes für psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist als Zweitverfahren nur das jeweils andere Hauptverfahren vorgesehen. In diesem Zusammenhang sei aber auch darauf hingewiesen, dass mit der Anerkennung der GPT als wissenschaftliches „Hauptverfahren“ durch den wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer (Finke 2003) die Voraussetzungen geschaffen sind, in der ärztlichen Weiterbildung auch die GPT als ein Hauptverfahren zu etablieren. Ein entsprechender Antrag seitens der ÄGG ist sowohl gegenüber der Bundesärztekammer wie gegenüber sämtlichen Landesärztekammern gestellt worden.

Bisher aber muss sich, wie gesagt, die GPT in der ärztlichen Weiterbildung auf die Rolle eines Zweitverfahrens beschränken. Dabei ist in beiden Weiterbildungsgängen, also „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ sowie der Zusatztitel „Psychotherapie“ auch der vorgesehene Weiterbildungsumfang recht beschränkt, dies gilt besonders für den letztgenannten Weiterbildungsgang. Im folgenden sind die einzelnen Bausteine mit jeweiliger Stundenzahl aufgeführt, dabei ist für den „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ hier nur der psychotherapeutische (nicht der psychiatrische) Anteil dieses Weiterbildungsganges genannt.

	<i>Zusatztitel „Psychotherapie“</i>	<i>„Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“</i>
Theorie	140 Stunden	100 Stunden
Selbsterfahrungsgruppe	140 Stunden	140 Stunden
Balintgruppe	70 Stunden	70 Stunden
Autogenes Training	32 Stunden	32 Stunden
Kontrolltherapie mit Supervision nach jeder 4. Sitzung	150 Stunden	120 Stunden
Zweitverfahren (GPT)	50 Stunden	100 Stunden

In diesem Zusammenhang soll auch noch darauf hingewiesen werden, dass es für Ärzte in Deutschland noch eine weitere Möglichkeit der psychotherapeutischen Qualifikation gibt, nämlich in Form der so genannten psychosomatischen Grundversorgung. Dieser Titel wird allerdings nicht von den Ärztekammern verliehen, sondern von der Kassenärztlichen Vereinigung. Hier soll unterhalb der Schwelle von Psychotherapie im engeren Sinne (d. h. der kassenrechtlich so genannten Richtlinientherapie) dem Allgemeinarzt, dem Internisten,

dem Gynäkologen ermöglicht werden, in Gesprächen von jeweils wenigstens 20 Minuten Dauer leichtere Fälle somatoformer aber auch psychisch-neurotischer Störungen zu behandeln. Die entsprechende Qualifikation ist zu erwerben in einem 90-stündigen Ausbildungsgang, bestehend aus drei Elementen: Theorie, Patienten-zentrierte Selbsterfahrung (Balintgruppe) und Technik der Gesprächsführung. Hinsichtlich dieses letztgenannten Elementes wird die GPT als eine Methode der Wahl im Kommentar der kassenärztlichen Psychotherapierichtlinien (Faber und Haarstrick 1991) ausdrücklich genannt. Wir haben im Rahmen des u. g. Weiterbildungsinstitutes auch in diesem Zusammenhang Gesprächspsychotherapie vermittelt.

3. Unsere Erfahrungen in der Weiterbildung von Ärzten

Es gab bisher nur wenige Zentren in Deutschland, in denen Ärzte in einer von den Ärztekammern anerkannten Form eine gesprächspsychotherapeutische Weiterbildung erhalten konnten, so in Berlin, Erlangen, Leipzig, Regensburg und Essen. Hier berichten wir über unsere Essener Erfahrungen.

In Essen führen wir die Weiterbildung von Ärzten in GPT auf dem Hintergrund von zwei verschiedenen Institutionen durch. Die eine Basis sind die Essener Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie und neuerdings auch (als Klinikverbund) das Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel, auf der die GPT im Rahmen der o. g. Facharztweiterbildung vermittelt wird. Die andere Basis ist ein tiefenpsychologisches Weiterbildungsinstitut (Ärztliche Arbeitsgemeinschaft Rhein/Ruhr), über das die berufsbegleitende Qualifikation für den Zusatztitel Psychotherapie vermittelt wird. Wir haben in über 20 Jahren ca. 250 Ärzte im Rahmen der beiden genannten Weiterbildungsgänge in GPT ausgebildet (Gastpar 1996).

Inhalte der GPT-Kurse

Wir vertreten ein sehr handlungsbezogenes, gesprächstechnische Fertigkeiten „trainierendes“ Unterrichtskonzept (Finke 1996). Unsere Kurse enthalten schwerpunktmäßig drei inhaltliche Elemente, Theorie, Verbalisierungsübungen und Rollenspiele mit Video- bzw. Tonbandanalysen. In der eher knapp gehaltenen Theorievermittlung beziehen wir uns vor allem auf die Therapietheorie und versuchen hier zu zeigen, wie aus den drei so genannten Basismerkmalen, die ja Einstellungsmerkmale darstellen, differenzielle Handlungskonzepte abzuleiten sind. Es ist dabei unsere Absicht, die gesprächspsychotherapeutische Praxis als ein komplexes System unterschiedlicher Interventionskategorien darzustellen, mit dem Anforderungen entsprochen werden kann, wie sie sich aus verschiedenen Klientenmerkmalen und Therapiesituationen ergeben.

2 Das Erlangen dieses Zusatztitels ist offen für Nervenfachärzte, Allgemeinärzte, Internisten, Gynäkologen und Hautärzte.

In den Verbalisierungsübungen gilt es, zu Klientenaussagen angemessene Interventionen schriftlich zu formulieren, dabei sollen die Weiterbildungsteilnehmer dafür sensibilisiert werden, auf unterschiedliche Aspekte und mögliche Akzentsetzungen innerhalb einer Patientenaussage zu achten und die jeweils angemessene Interventionskategorie zu finden. Im Rollenspiel zeigt sich dann allerdings erst oft, wie schwer es Anfängern fällt, das in Verbalisierungsübungen schon vermittelte Wissen in komplexen Handlungssituationen umzusetzen. In den Analysen der Video- bzw. Tonbandaufzeichnungen dieser Rollenspiele wird sowohl an umfassenden Einheiten (Klima der therapeutischen Situation, Beziehungsangebot des Therapeuten wie des Patienten usw.) wie an den Einzelinterventionen (z. B. durch Aufzeigen verschiedener Interventionsalternativen und deren jeweilige situationspezifische Angemessenheit) gearbeitet. Dabei werden, zumindest ansatzweise, auch störungsspezifische Aspekte erörtert.

1. Woche – Kursus Gesprächspsychotherapie: Block I

Uhrzeit	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag
14.00 Uhr– 19.00 Uhr	Persönlichkeitstheorie und Therapietheorie der GPT	Carl Rogers im Gespräch mit Gloria: Video-Präsentation und Diskussion	Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie bei Angststörungen	Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie bei schizophrenen Störungen
	Theorie und Praxis des einführenden Verstehens mit Rollenspiel	Rollenspiel in Kleingruppen mit Besprechung Bandaufzeichnungen	Rollenspiel in Kleingruppen	Rollenspiel in Kleingruppen
-	Microcounseling“ anhand von Textvorlagen	Rollenspiel in Kleingruppen mit Besprechung Bandaufzeichnungen	Besprechung der Bandaufzeichnungen mit „Microcounseling“	Besprechung der Bandaufzeichnungen mit „Microcounseling“
				Abschlussbesprechung bis 19.45 Uhr

2. Woche – Kursus Gesprächspsychotherapie: Block II

Uhrzeit	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag
14.00 Uhr– 19.00 Uhr	Theorie und Praxis des einführenden Verstehens	Theorie und Praxis des Beziehungsklärns	Störungenbezogene GPT bei Depression	Fallvorstellung mit Besprechung
	Rollenspiel in kleinen Gruppen	Rollenspiel in kleinen Gruppen	Rollenspiel in kleinen Gruppen	Rollenspiel in kleinen Gruppen
	Diskussion der Bandaufzeichnungen mit „Microcounseling“	Diskussion der Bandaufzeichnungen mit „Microcounseling“	Diskussion der Bandaufzeichnungen mit „Microcounseling“	Empirische Forschung in der GPT
				Abschlussbesprechung bis 19.45 Uhr

Abb. 1: Kursprogramm der GPT – Basisausbildung

Stichpunktartig lassen sich unsere Erfahrungen wie folgt zusammenfassen:

Problematische Wirkung des gemeinsamen Arbeitsplatzes

In Kursen, die ausschließlich von ärztlichen Mitarbeitern unserer Klinik belegt waren, wie wir sie vor allem in früheren Jahren durchführten, zeigten sich oft die eingangs genannten Schwierigkeiten in potenziert Form. In der offensichtlichen Absicht, sich vor Kollegen am gleichen Arbeitsplatz nicht „blamieren“ zu wollen, zeigten viele Teilnehmer ein überkontrolliertes, fassadenhaftes Verhalten. Manche gaben sich extrem zurückhaltend, andere versuchten ihre Ängste, die offensichtlich besonders durch die Rollenspiele induziert wurden, durch ständiges kritisches Hinterfragen der einzelnen Implikationen des Person-zentrierten Ansatzes oder durch die Auswahl sehr gekünstelt wirkender Rollenspiel-Situationen zu

bewältigen. Dies zeigt die Grenzen und Problemseiten einer vorwiegend klinikinternen Weiterbildung auf (Teusch und Zech 1996). Obschon dieses Abwehrverhalten keinesfalls in allen Kursen mit Ärzten aus der gleichen Klinik auftrat, erwies sich jedoch die Hinzunahme von externen Teilnehmern als günstig. Viele Externe kamen aus dem genannten Institut, bei dem sie die Qualifikation für den Zusatztitel Psychotherapie erwerben wollten. Sie verhielten sich meist, obwohl eben auch Ärzte, sehr viel offener, gefühlssponter und selbstexplorativer, da sie sich vermutlich viel weniger durch Konkurrenzdruck belastet fühlten. Wir haben deshalb in der Folgezeit immer darauf geachtet, eine in diesem Sinne gemischte Gruppe zu erreichen. Wir konnten dann nicht selten auch beobachten, dass anfangs recht gehemmte und emotional eher steife Kollegen im Laufe der Veranstaltung in ihrem Ausdrucksverhalten viel gefühlssponter und kongruenter wurden.

Verbesserung der eigenen Gesprächsführung

Immer wieder berichteten am Ende des Kurses die Teilnehmer fast begeistert über die Entdeckung, wie sehr weiterführend ein scheinbar unstrukturiertes Sich-Einlassen auf die „innere Welt“ des Patienten sein kann. Dies war oft mit dem Eindruck verbunden, nun erst die entscheidenden Impulse für eine konstruktive Gesprächsführung gewonnen zu haben. „Jetzt weiß ich erst, wie ich mit

meinem Patienten eigentlich umgehen soll“, so lautete nicht selten das Resümee. Dabei wurde ebenso die Vermittlung einer gesprächstechnischen Kompetenz als sehr hilfreich empfunden, dies übrigens auch von Teilnehmern, die ihre tiefenpsychologische Ausbildung schon weitgehend abgeschlossen hatten (Finke 1990).

Überdauernde Identifizierung mit der Gesprächspsychotherapie nur begrenzt

So sehr auch nicht wenige Kursteilnehmer am Ende einer Veranstaltung überaus angetan berichteten, dass sie nun einen neuen Zugang zum Patienten gefunden hätten und auch in ihren gesprächstechnischen Fertigkeiten viel dazugelernt hätten, so schien es uns doch, dass wir nur bei recht wenigen Kursteilnehmern eine überdauernde Identifizierung mit dem Verfahren GPT erreichen konnten. Als Kriterium für eine solche Identifizierung gilt dabei für uns z. B. die Bereitschaft des jeweiligen Kollegen, seine Kenntnisse und Erfahrungen mit der GPT in weiteren Kursen zu vertiefen oder gar die große Ausbildung im Rahmen der GwG zu machen. Einer solchen Identifizierung stehen natürlich vor allem formale Gründe entgegen. Da ist einmal der geringe Umfang der Weiterbildung im Zweitverfahren zu nennen und sodann natürlich auch der Umstand, dass die GPT bisher kein kassenrechtlich anerkanntes Verfahren ist. Letzteres bedeutet eben auch, dass der später Psychotherapie ausübende Arzt in seinen Antragsstellungen zur Psychotherapie, in seinen Fallberichten und in seinen Darstellungen von Behandlungsplänen nie wieder aufgefordert ist, sich mit gesprächspsychotherapeutischen Aspekten auseinander zu setzen. Vielmehr muss er sich bei diesen Gelegenheiten der psychoanalytischen oder der lerntheoretischen Terminologie bedienen. Hinzu kommt, dass die GPT ihrerseits bisher ja eher zurückhaltend im detaillierten Ausformulieren einer vor allem auch speziellen Störungslehre war, sodass der personenzentrierte Arzt bei diagnostischen oder ätiologisch-genetischen Erörterungen, wie sie etwa bei Visiten- oder Teamgesprächen auf den Stationen einer Klinik üblich sind, sich immer einer „fremden Sprache“ bedienen musste, eben schon weil seine eigene Sprache in dieser Hinsicht eher unterentwickelt war.

Ausblick

Es ist aber zu hoffen, dass sich auch letzteres ändern wird. Seitdem die GPT im vollen Sinne vom Beirat der Bundesärztekammer als wissenschaftliches Verfahren anerkannt ist, besteht auch eine Chance auf Zulassung als kassenrechtlich anerkanntes Verfahren. Ist diese nämlich erreicht, so wird zur Nutzung der neuen Rechte auch der Personenzentrierte Therapeut sich intensiv in eine eigenestörungstheoretische Sprache einüben müssen, da er gehalten sein wird, in seinen Anträgen auf Bewilligung von (Kassen-) Psychotherapie in ebenso komplexer wie detaillierter Weise ein spezifisches

Bedingungsmodell der Störung seines jeweiligen Patienten zu entwerfen.

So darf man hoffen, dass sich auch im ärztlichen Bereich auf breiterer Grundlage eine personenzentrierte Identität ausbilden wird. Wir würden dies nicht nur als Psychiater und Psychotherapeuten begrüßen, sondern meinen, dass der personenzentrierte Ansatz ein wichtiges Medium der Begegnung des Arztes mit seinem Patienten überhaupt ist (Ripke 1994). Eine personenzentrierte Medizin ist das, was wir uns wünschen und was auch dem Ansehen der Medizin insgesamt förderlich sein wird.

Literatur

- Faber, F.R./Haarstrick, R. (1991), Kommentar Psychotherapie-Richtlinien, Neckarsulm / München (Jungjohann)
- Finke, J. (1990), Can psychotherapeutic competence be taught?, in: *Psychotherapy and Psychosomatics* 53, 64–67
- Finke, J. (1996), Vermittlung psychotherapeutischer Fertigkeiten und gesprächspsychotherapeutische Basisausbildung im neuen Weiterbildungscurriculum, in: Gastpar, M./Finke, J./Teusch, L. (Hg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie*, Köln (Deutscher Ärzte-Verlag), 26–32
- Finke, J. (2002), Der Kampf um Anerkennung. Die Geschichte der öffentlichen Etablierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland, in: *Person* 6,2, 71–72
- Gastpar, M. (1996), Konzeption und Tradition der psychotherapeutischen Weiterbildung in der Klinik für Allgemeine Psychiatrie der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik Essen, in: Gastpar, M./Finke, J./Teusch, L. (Hg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie*, Köln (Deutscher Ärzte-Verlag), 72–76
- Jaspers, K. (1913/1959), *Allgemeine Psychopathologie*, Berlin/Göttingen/Heidelberg (Springer)
- Habermas, J. (1968), *Erkenntnis und Interesse*, Frankfurt (Suhrkamp)
- Lorenzer, A. (1970), *Spracherstörung und Rekonstruktion*, Frankfurt (Suhrkamp)
- Ricoeur, P. (1965/1974), *Die Interpretation – Ein Versuch über Freud*, Frankfurt (Suhrkamp)
- Ripke, T. (1994), *Patient und Arzt im Dialog*, Stuttgart (Thieme)
- Rogers, C.R. (1961a), *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*, Boston (Houghton Mifflin); dt.: *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*, Stuttgart (Klett) 1973
- Teusch, L./Zech, P. (1996), Die Privatsphäre in der Psychotherapieausbildung – was soll klinikextern, was intern vermittelt werden? In: Gastpar, M./Finke, J./Teusch, L. (Hg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie*, Köln (Deutscher Ärzte-Verlag), 33–38

Autoren

Dr. med. Jobst Finke, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Ausbilder in der GwG, 2. Vors. der ÄGG. Arbeitsschwerpunkte: Störungs- und Therapietheorie der GPT, störungsbezogene GPT.

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ludwig Teusch; Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Neurologie; Gesprächspsychotherapeut in der GwG; 1. Vorsitzender und Lehrtherapeut der ÄGG; Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel, Professur am Universitätsklinikum Essen.

Forschungsschwerpunkt: Entwicklung und Evaluierung störungsbezogener personenzentrierter Behandlungskonzepte für psychiatrische Erkrankungen.

Korrespondenzadressen

*Dr. Jobst Finke
Hagelkreuz 16
D-45134 Essen
E-Mail: jobst.finke@uni-essen.de*

*Prof. Dr. Ludwig Teusch
Ev. Krankenhaus
Grutholzallee 21
D-44577 Castrop-Rauxel
E-Mail: l.teusch@evk-castrop-rauxel.de*

Ludwig Teusch und Jobst Finke

Gesprächspsychotherapie-Forschung in der Psychiatrie in Deutschland

Zusammenfassung: *Der personenzentrierte Ansatz hat sich sowohl als therapeutisches Basiskonzept als auch als spezifisches psychotherapeutisches Verfahren bei der psychiatrischen Behandlung bewährt. Diese Erfahrung war die Basis für eine Reihe wissenschaftlicher Untersuchungen, in denen die gute Wirksamkeit belegt werden konnte, insbesondere bei Angststörungen, depressiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Vorgegangen war die Entwicklung störungsbezogener Konzepte bis hin zu Therapiemanualen. Wenn eine Stagnation in der Forschung vermieden werden soll, müssen junge Gesprächspsychotherapeuten mit wissenschaftlichem Interesse gefördert werden.*

Schlüsselwörter: *Psychotherapie in der Psychiatrie, Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie, Personenzentrierte Therapie, Psychotherapieforschung, Prozess- und Ergebnisforschung*

Résumé: *La recherche sur la psychothérapie centrée sur la personne dans la psychiatrie en Allemagne. Dans le traitement psychiatrique, l'approche centrée sur la personne a fait ses preuves en tant que conception fondamentale de la psychothérapie. Elle a aussi démontré son impact en tant que processus psychothérapeutique spécifique. Ceci fut la base d'une série de recherches scientifiques qui prouvent son efficacité, en particulier dans le traitement des troubles anxieux, des troubles dépressifs et des troubles de la personnalité. Des conceptions axées sur la résolution des symptômes furent d'abord élaborées, puis celles des manuels de thérapie. Si nous voulons éviter une stagnation dans la recherche, les jeunes psychothérapeutes des méthodes centrés sur la personne ayant un intérêt scientifique doivent être encouragés.*

Mots-clés: *Psychothérapie dans la psychiatrie, psychothérapie centrée sur la personne axée sur la résolution des symptômes, psychothérapie centrée sur la personne, recherche psychothérapeutique, recherche quant au processus et quant aux effets*

Abstract: *Research on person-centred therapy within psychiatry in Germany. The person-centred approach has proven to be appropriate as therapeutic basic concept and as a specific psychotherapeutic procedure as well for the treatment of psychiatric disorders. Clinical practice and the development of disorder related concepts and treatment manuals were the basis for several studies, which indicated a high efficacy, especially in the treatment of anxiety disorders, depressive disorders, and personality disorders. In order to avoid a slow down in research, scientific young person-centred therapists must be encouraged and supported.*

Key words: *Process and disorder related client-centred therapy, person-centred therapy, psychotherapy research, development of disorder related concepts and treatment manuals*

Voraussetzungen für Gesprächspsychotherapie-Forschung in der Psychiatrie

Die Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie – über Jahrzehnte umstritten und Gegenstand von dogmatischen Auseinandersetzungen zwischen psychotherapeutisch und biologisch ausgerichteten Psychiatern – ist inzwischen gut vorangekommen. Hierzu hat die Novellierung der Weiterbildungsordnung durch den

Deutschen Ärztetag 1992 wesentlich beigetragen: Zur Psychiatrie-Weiterbildung gehört jetzt obligatorisch eine Weiterbildung in Psychotherapie zum „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“. Alle psychiatrischen Einrichtungen müssen seitdem psychotherapeutische Weiterbildungs- und Behandlungsmöglichkeiten vorhalten (Gastpar/Finke/Teusch 1996). Inzwischen integrieren viele Psychiater mit großer Selbstverständlichkeit psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsmethoden.

Obwohl nicht wenige psychologische Therapeuten in psychiatrischen Einrichtungen gesprächspsychotherapeutisch arbeiten hat die Gesprächspsychotherapie – folgt man ihrer Repräsentation nach Außen – nur begrenzt Einzug in die Psychiatrie gehalten. Hierzu tragen unterschiedliche Faktoren bei. So sind ausschließlich tiefenpsychologische Verfahren bzw. kognitiv-behaviorale Verfahren als Hauptverfahren in der ärztlichen Weiterbildung zugelassen. Gesprächspsychotherapie kann nur als Zweitverfahren gewählt werden. Die dafür erforderliche Kurzausbildung reicht aber nur selten aus, um eine personenzentrierte Identität zu entwickeln.

Immerhin ist nach der Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als wissenschaftliches Verfahren durch den „Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie“ im Jahre 2002 davon auszugehen, dass die Gesprächspsychotherapie jetzt auch als wissenschaftliches Hauptverfahren in die ärztliche Weiterbildung aufgenommen wird.

Abgesehen von solchen formalen, weiterbildungsrechtlichen Regularien gibt es auch inhaltliche Aspekte, die eine Einbeziehung der Gesprächspsychotherapie in die Psychiatrie und deren Forschungsstrategien nicht unproblematisch erscheinen lassen. Dies betrifft vor allem jene Richtungen innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes, die einem Verständnis des therapeutischen Prozesses als einem zielgerichteten, zweckrationalen Vorgehen mit definierten Handlungsregeln skeptisch bis ablehnend gegenüberstehen. Während zielorientiertes Handeln, insbesondere auf Symptomreduktion zielendes Handeln das psychiatrische Vorgehen kennzeichnet, halten prominente Sprecher des gesprächspsychotherapeutischen Ansatzes (Mearns 2003; Schmid 2003) noch heute problemorientierte oder störungsorientierte Ansätze kategorisch für nicht personenzentriert.

Wir möchten hier aber auch nicht einer strikt am Modell naturwissenschaftlicher Forschungslogik ausgerichteten Therapeutik einseitig das Wort reden. Kausal- bzw. bedingungsanalytisches Denken in der Medizin steht einer phänomenologisch-hermeneutisch orientierten Personenzentrierten Psychotherapie gegenüber. Dieses Spannungsfeld birgt eine große Herausforderung und Chance: Auf der einen Seite kann der personenzentrierte Ansatz ein wichtiges Korrektiv zum Zweckrationalismus naturwissenschaftlicher Positionen sein (Weise 1991). Der Personenzentrierte Ansatz kann gerade mit seinem Konzept von Begegnung, die nicht ausschließlich unter dem Diktat eines kurzschlüssigen Zweckdenkens und eines „seelenlosen“ Funktionalismus steht, dazu beitragen, die Grundeinstellung und die Atmosphäre einer psychiatrischen Klinik zu prägen, wie dies beispielsweise in der psychiatrischen Universitätsklinik in Leipzig (Weise 1986) und im Psychotherapiebereich der Psychiatrischen Universitätsklinik Essen entwickelt und über viele Jahre erfolgreich praktiziert wurde (Finke/Teusch 1986; Finke 1992; Teusch 2003). Auf der anderen Seite liegt eine Herausforderung für die Gesprächspsychotherapeuten darin, zielorientierte Überlegungen in die Therapieplanung einzubeziehen und charakteristische Therapieprozesse, Therapiestadien, thematische Foci und

charakteristische Interventionsstrategien aufzuzeigen, wie dies von Swildens (1996) in den Niederlanden und der Essener Arbeitsgruppe (Finke 1994; Teusch/Finke 1995; Finke/Teusch, 1999, 2002) – wohl nicht zufälligerweise Psychiater – vorgestellt wurde. Es geht uns also darum, die beiden hier angedeuteten Grundpositionen nicht undialektisch auseinanderfallen zu lassen in ein entweder nur Beziehung und Begegnung anbietendes oder nur Technik exekutierendes Therapieverständnis.

Vorteile einer störungsbezogenen Perspektive unter Einschluss der Entwicklung von Therapiemanualen (Finke/Teusch 2002) sind

- Erleichterung des verstehenden Zugangs
- Planbarkeit des therapeutischen Vorgehens
- Erleichterung der Kombination mit anderen Behandlungsverfahren
- Bessere Lehrbarkeit
- Identifizierbarkeit des therapeutischen Vorgehens
- Ausweis von Wissenschaftlichkeit durch Offenlegen der Handlungsregeln.

Um Forschungsergebnisse in anerkannten wissenschaftlichen Zeitschriften mit hohem „Impact Factor“ publizieren zu können, ist eine Operationalisierung des therapeutischen Vorgehens anhand von Manualen, mindestens aber eine präzise Beschreibung der relevanten Handlungsregeln, unabdingbar. Ein bloßer Verweis auf die Grundhaltungen der Gesprächspsychotherapie wird als zu vage verworfen. Diese Position wird sich auch zunehmend als Kriterien bei der von den Krankenkassen geforderten Qualitätssicherung psychotherapeutischer Arbeit im Sinne einer evidenz-basierten Medizin durchsetzen (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein 2003).

Um den Anforderungen psychiatrisch-psychotherapeutischer Forschung wie Praxis und ebenso der Krankenkassen zu entsprechen, wurden störungsbezogene Konzepte zur Diagnostik (Teusch 1991; Speierer 1994) und Therapie (Teusch/Finke 2002) für praktisch alle psychiatrischen Erkrankungsformen entwickelt und im klinischen Alltag umfassend erprobt. Dies gilt ganz besonders für Substanzabhängigkeit, schizophrene Störungen, depressive Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen. Ein solches Vorgehen erwies sich auch als günstig, um die Vergleichbarkeit von Wirkung und Wirkungsweise der Gesprächspsychotherapie mit anderen Verfahren zu verbessern. Eine Reihe von Erfahrungsberichten belegen inzwischen, dass die Gesprächspsychotherapie mit anderen Therapieverfahren kombinierbar ist. Aus der Essener Arbeitsgruppe ist insbesondere die Integration von Gesprächspsychotherapie und verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation bei der Panikstörung mit Agoraphobie (Teusch 1995; Teusch/Böhme/Gastpar 1997) zu nennen und die Kombination von Gesprächspsychotherapie und psychopharmakologischer Therapie bei depressiven Störungen (Teusch/Böhme/Finke/Gastpar/Skerra 2003) und Persönlichkeitsstörungen (Teusch/Böhme/Finke 2001).

Gesprächspsychotherapieforschung in der Psychiatrie

Die Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), die größte psychiatrische Fachgesellschaft in Deutschland hatte erstmals 1980 in ihrer Jahrestagung Psychotherapie in der Psychiatrie zum Schwerpunktthema. Seither haben mehrere Fachtagungen stattgefunden, in denen eine stürmische Entwicklung deutlich geworden ist. Die Themenauswahl zeigt, dass Konzeptbildungen, klinische Erfahrungen und Studien zu praktisch allen psychiatrischen Erkrankungsformen zusammengetragen wurden (Teusch/Gastpar 2000). Eine Umfrage bei allen psychiatrischen Krankenhäusern, Fachabteilungen und psychiatrischen Universitätskliniken (Teusch/Gastpar 2000) ergab, dass in $\frac{2}{3}$ aller psychiatrischen Universitätskliniken in Deutschland Psychotherapiestudien durchgeführt wurden. Die Studien umfassten alle diagnostischen Gruppen, insbesondere Substanzmissbrauch, schizophrene-, depressive-, Angst-, Zwangs- und Borderline-Störungen. Die meisten Kliniken führten auch randomisierte Psychotherapiestudien durch. Aufgrund ihrer Nähe zu den Naturwissenschaften haben experimentelle Designs mit randomisierter Zuordnung in der biologisch-psychiatrischen Disziplin immer eine wichtige Rolle gespielt (Gastpar/Teusch 1997), während im Psychotherapiebereich Einzelfallstudien und qualitative Auswertungen retrospektiv oder prospektiv gesammelter Daten traditionell im Mittelpunkt standen.

Von Forschern, die psychoanalytischen bzw. personenzentrierten Ansätzen nahe stehen, wurde die Angemessenheit kontrollierter Forschungsbedingungen in Frage gestellt und von einem „abuse of the drug metaphor“ (Stiles/Shapiro 1989) gesprochen, was bis heute kontrovers diskutiert wird. In den letzten Jahren hat sich diese Kontroverse insofern deutlich verändert, als empirische Begründbarkeit und messbare Erfolgskriterien zu Entscheidungsgrundlagen für die Anerkennung als qualifiziertes Weiterbildungsverfahren bedeutsam werden und bei der Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Gesprächspsychotherapie-Forschung an psychiatrischen Kliniken in Deutschland

Psychotherapieforscher, die auch biologisch-naturwissenschaftlich geprägt waren, begannen experimentelle Designs zu entwickeln, um Antworten auf Fragen nach den Wirkmechanismen und der Effektivität der psychotherapeutischen Behandlung zu prüfen (Gastpar/Teusch 1997). In der Folge wurden an einer Reihe von psychiatrischen Universitätskliniken auch Studien zum personenzentrierten Ansatz durchgeführt:

Auf dem Gebiet der Psychoedukation hat Luderer (Luderer/Anders/Böcker 1994) in Erlangen Konzepte entwickelt, person-

zentrierte Grundprinzipien der Empathie, Akzeptanz und Transparenz auch in Psychoedukation bei Schizophrenen zu etablieren und das Vorgehen wissenschaftlich überprüft. Über Untersuchungen zur Gruppenpsychotherapie bei schweren psychiatrischen Erkrankungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Halle wurde von Thomas (1994) berichtet. Zum gleichen Thema liegt von Eckert und Biermann-Ratjen (1985) aus der psychiatrischen Uniklinik in Hamburg eine detaillierte Studie vor, in der das therapeutische Vorgehen sowie die erreichten Veränderungen auf der Beziehungs- und Verhaltensebene ausführlich dargestellt werden. Aus der Essener Klinik liegen u. a. umfangreiche naturalistische Therapie- und Verlaufsstudien bei unterschiedlichen psychiatrischen Erkrankungen vor (Teusch/Böhme 1991, Böhme 1994, Böhme/Finke/Teusch 1998).

Die bei weitem umfangreichsten Forschungsaktivitäten erfolgten in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Essen. Prospektive Therapie- und Verlaufsstudien, viele einschließlich Einjahreskatamnese, wurden durchgeführt bei Angststörungen, depressiven Störungen, schizophrenen Störungen, Persönlichkeitsstörungen sowie bei so genannten gemischten Neurosen. Eine prospektiv-randomisierte Studie wurde bei Panikstörung mit Agoraphobie durchgeführt. Alle Studien belegen die hohe Effektivität sowohl hinsichtlich der jeweiligen Leitsymptomatik, z. B. Panik, Agoraphobie, Depressivität, als auch bezüglich konstruktiver Veränderungen auf der Persönlichkeitsebene (Übersicht Teusch/Finke 2002).

Die Arbeitshypothese unserer Studie bei Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie war, dass die kombinierte Behandlung von Gesprächspsychotherapie und Reizkonfrontation der gesprächspsychotherapeutischen Monotherapie überlegen sei. Dies ließ sich jedoch nicht bestätigen. Die alleinige Gesprächspsychotherapie erwies sich gegenüber der Kombination mit Reizkonfrontation als gleichwertig. Die erzielte Besserung blieb stabil und es kam sogar zu einer leichten „Nachbesserung“ im einjährigen Katamnesezeitraum (Teusch/Böhme/Gastpar 1997; Teusch/Finke 1999). Ohne jegliches Training zur Angstbewältigung half das personenzentrierte Vorgehen den zuvor langjährig kranken Patienten ihren Lebensradius wieder zu erweitern und völlig oder zumindest weitgehend frei von Panik zu leben. Entgegen dem verhaltenstherapeutisch orientierten wissenschaftlichen „mainstream“ ließ sich nachweisen, dass ein Expositions-konzept nicht entscheidend für die Abnahme von Panik und Agoraphobie war, wie von Marks (1987) postuliert wurde, sondern dass die Gesprächspsychotherapie über andere Prozesse Panik und Agoraphobie reduziert (Teusch/Böhme, 1999).

Für die Gesprächspsychotherapeuten waren natürlich die Veränderungen auf der Persönlichkeitsebene von besonderem Interesse. Neben vielfältigen Verbesserungen, etwa einer Zunahme der Lebenszufriedenheit und einer Abnahme der sozialen Rückzugstendenz in beiden Behandlungsgruppen, fördert die ausschließliche Gesprächspsychotherapie signifikant stärker, eigene Bedürfnisse zu erkennen und zu schützen. Die überstarke Hilfsbereitschaft der Betroffenen nahm besonders stark ab und damit auch die subjektive

Überbeanspruchung und die körperliche Affektresonanz. Die Monotherapie, in der Betroffene und Therapeuten gewissermaßen alles auf die „Karte Gesprächspsychotherapie“ setzen, zeigt hier ihre Überlegenheit (Teusch/Böhme/Finke 2001).

Eine der interessantesten neueren Studien ist eine kombinierte Prozess- und Ergebnisstudie bei depressiven Störungen, die die zentrale Frage (Stiles/Shapiro/Harper 1994) nach der Verbindung zwischen Therapieprozessen und -ergebnissen zum Gegenstand hat. Die Therapieprozesse wurden anhand des von Stiles (Stiles/Elliott/Liewelyn/Firth-Cozens/Margison/Shapiro/Hardy 1990) vorgestellten Assimilationskonzepts durchgeführt. Eine der Kernfragen war, ob die gesprächspsychotherapeutische Behandlung zu einer verbesserten Assimilation abgespaltener Erfahrungen führt. Als Vergleichsgruppe diente die kombinierte Behandlung von Gesprächspsychotherapie mit antidepressiver Medikation. Von Befürwortern der Integration von Psychotherapie und Pharmakotherapie wird gerade bei der Behandlung depressiver Störungen immer wieder geltend gemacht, dass die psychopharmakologische Behandlung eine Auflockerung der depressiven Stimmung und eine Verbesserung des Antriebs bewirkt und dass die Betroffenen dadurch sich in der Psychotherapie besser und frühzeitiger öffnen können. Unsere Untersuchung (Teusch/Böhme/Finke/Gastpar/Skerra 2003) konnte dies nicht bestätigen. Die Daten sprachen sogar eher dafür – die Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant – dass eine zusätzliche Medikation die Assimilation abgespaltener Erfahrungen weniger fördert. Eine mögliche Interpretation wäre, dass die Beschränkung auf ein psychotherapeutisches Verfahren allein die Psychotherapiemotivation bei Betroffenen und Behandlern gleichermaßen fördert, der Therapieprozess intensiver wird und die konstruktiven Verbesserungen der Assimilation deutlicher werden.

Eine weitere neuere Studie bei Persönlichkeitsstörungen ergab, dass die Depressivität unter alleiniger Gesprächspsychotherapie ebenso stark und anhaltend abnahm, wie unter zusätzlicher antidepressiver Medikation. Interessanterweise zeigt eine differenzierte Betrachtung, dass ängstlich-abhängige Persönlichkeitsgestörte (Cluster C des DSM-IV) von einer zusätzlichen psychopharmakologischen Behandlung stärker profitieren als von reiner Gesprächspsychotherapie, während dies bei den Patienten der Cluster A und B umgekehrt war. Wir wissen zwar nicht die genauen Ursachen, nähern uns aber bereits einem besseren Verständnis, unter welchen Voraussetzungen kombinierte Behandlungen die Behandlungsergebnisse verbessern können, einer Fragestellung von hoher Aktualität und Praxisrelevanz (Teusch/Gastpar 2000).

Besondere Bedeutung hat die Vermittlung und Diskussion von Forschungsansätzen und Ergebnissen. Hierzu hat die Ärztliche

Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG) in ihren jährlichen wissenschaftlichen Fachtagungen Fragen der allgemeinen und speziellen Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie zum Thema gemacht und war und ist damit eine wichtige Plattform im deutschsprachigen Raum für ihre Weiterentwicklung in der Medizin. Die Tagungsergebnisse bildeten die Grundlage für Bücher zur Krankheitslehre (Teusch/Finke 1993), ihrer speziellen Anwendung bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen (Finke/Teusch 1991) und bei schweren psychiatrischen Störungen (Teusch/Finke/Gastpar 1994).

Probleme für die Forschung liegen nicht ausschließlich in methodischen Gründen, Finanzierungsfragen oder Mängeln hinsichtlich der wissenschaftlichen Infrastruktur psychiatrischer Einrichtungen, sondern auch in einem mangelnden Interesse an Forschung unter Gesprächspsychotherapeuten. Viele von ihnen scheinen zu glauben, dass eigentlich nichts neues zu erwarten ist, dass mit den Rogers'schen Grundprinzipien (Rogers 1957) eigentlich die Antwort auf alle wichtigen Fragen gefunden ist. Insofern ist es wichtig, dogmatische Einengungen kritisch zu hinterfragen und nicht zuletzt auch die vielversprechende störungs- und prozessbezogene Forschung (Eckert/Höger/Schwab 2003) zu unterstützen.

Schlussfolgerung und Ausblick

Die Gesprächspsychotherapie ist in der Psychiatrie als Basiskonzept und als spezifisches Therapieverfahren anwendbar. Dies haben langjährige Erfahrungen und therapiebegleitende Studien gezeigt. Ein störungsbezogenes Vorgehen erleichtert die Kombination der Gesprächspsychotherapie mit anderen Verfahren und den fachlichen Austausch der Therapeuten unterschiedlicher Ausrichtung. Prospektive Studien belegen die gute Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie auch bei schweren psychiatrischen Störungen. Weitere Forschung ist notwendig, vor allem auch in der ambulanten Versorgung. Zwar hat Carl Rogers mit der Formel der „necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change“ (1957) einen Meilenstein gesetzt, aber nicht für alle Zeiten den Stein der Weisen gefunden! Das Postulat der von Rogers formulierten hinreichenden therapeutischen Bedingungen darf nicht zu der Annahme verleiten, alle wichtigen Fragen seien bereits gelöst und lediglich aus Gründen der Legitimation gegenüber Kostenträgern seien affirmative Studien gerechtfertigt. Junge Forscher müssen spüren, dass die Gesprächspsychotherapie lebendig ist und sich – unter wissenschaftlicher Begleitung – in einem ständigen Prozess weiterentwickelt.

Literatur

- Böhme, H./Finke, J./Gastpar, M./Staudinger, T. (1994), Veränderung von Kausalattributionen und Coping durch stationäre Gesprächspsychotherapie, in: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 44, 432–439
- Böhme, H./Finke, J./Teusch, L. (1998), Effekte stationärer Gesprächspsychotherapie bei verschiedenen Krankheitsbildern: Ein-Jahres-Katamnese, in: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 48, 20–29
- Eckert, J./Biermann-Ratjen, E. M. (1985), *Stationäre Gruppenpsychotherapie. Prozesse-Effekte-Vergleiche*, Berlin (Springer)
- Eckert, J./Höger, D./Schwab, R. (2003), Development and current state of the research on client-centered therapy in the German Language Region, in: *Person-centered and Experiential Psychotherapies* 2,1 3–18
- Finke, J. (1992), Gesprächspsychotherapie in der Psychiatrie, in: *Psycho* 18, 848–855
- Finke, J. (1994), Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart (Thieme)
- Finke, J./Teusch, L. (1986), Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie in der Psychiatrie, in: *ZPP* 5, 361–366
- Finke, J./Teusch, L. (1991), Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen. Neue Entwicklungen in Theorie und Praxis, Heidelberg (Asanger)
- Finke, J./Teusch, L. (1999), Psychotherapiemanual – Entwurf zu einer manualgeleiteten Gesprächspsychotherapie der Depression, in: *Psychotherapeut* 44, 101–107
- Finke, J./Teusch, L. (2002), Die störungsspezifische Perspektive in der Personenzentrierten Psychotherapie, in: Keil, W./Stumm, G. (Hrsg.) *Die vielen Gesichter der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie*, Wien-New York (Springer) 147–162
- Gastpar, M./Finke, J./Teusch, L. (1996), *Psychotherapie in der Psychiatrie*, Köln (Deutscher Ärzteverlag)
- Gastpar, M./Teusch, L. (1997), Das biomedizinische Krankheitsmodell und seine Folgen für die Psychotherapie in der Psychiatrie, in: Hildemann, K. D./Potthoff, P. (Hrsg.) *Psychotherapie – Quo vadis?* Göttingen (Hogrefe) 36–47
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2003), *KVNO Aktuell* 7+8, 8–9
- Luderer, H.-J./Anders, M./Böcker, F. M. (1994), Empathie, Akzeptanz und Transparenz in Informationsgruppen für Patienten mit Schizophrenien und deren Angehörige, in: Teusch, L./Finke, J./Gastpar, M. (Hrsg.): *Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen. Neue Konzepte und Anwendungsfelder*, Heidelberg (Asanger) 66–70
- Marks, I. M. (1987), *Fears, phobias and rituals. Panic, anxiety, and their disorders*, Oxford–New York (Oxford University Press)
- Mearns, D. (2003), Problem-centred is not person-centred. 6th World Conference on Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling (PCE). Egmond aan Zee, 6.–11. 7. 2003, Netherlands. Abstracts 3–01
- Rogers, C. R. (1957a), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: *Journal of Consulting Psychology* 21, 95–103
- Rogers, C. R./Gendlin, E./Kiesler, D./Truax, C. B. (1967), *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*, Madison (University of Wisconsin Press)
- Schmid, P. (2003) The characteristics of a person-centered approach to therapy and counselling: criteria for identity and coherence. 6th World Conference on Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling (PCE). Egmond aan Zee, 6.–11. 7. 2003, Netherlands. Abstracts 4–06
- Speierer, G.-W. (1994), *Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM)*. Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung, Heidelberg (Asanger)
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. (1989), Abuse of the drug metaphor in psychotherapy outcome research, in: *Clinical Psychology Review* 9, 521–543
- Stiles, W. B./Elliot, R./Liewelyn, S. P./Firth-Cozens, J. A./Margison, F. A./Shapiro, D. A./Hardy, G. (1990), Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy, in: *Psychotherapy* 27, 411–420
- Stiles, W. B./Shapiro, D. A./Harper, H. (1994), Finding the way from process to outcome: Blind alleys and unmarked trails, in: Russell, R. L. (Hg.), *Reassessing psychotherapy research*, New York (Guilford Press) 36–64
- Swidens, H. (1991), *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*, Köln (GwG-Verlag)
- Teusch, L. (1991), Diagnostik in der Gesprächspsychotherapie am Beispiel der Angsterkrankungen, in: Finke, J./Teusch, L. (Hg.), *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen*, Asanger (Heidelberg) 45–57
- Teusch, L./Böhme, H. (1991), Was bewirkt ein stationäres Behandlungsprogramm mit gesprächspsychotherapeutischem Schwerpunkt bei Patienten mit Agoraphobie und/oder Panik? Ergebnis einer Ein-Jahres-Katamnese, in: *Psychotherapie Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 41, 68–76
- Teusch, L./Böhme, H./Finke, J. (2001), Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation bei Agoraphobie mit Panikstörung, in: *Nervenarzt* 72, 31–39
- Teusch, L./Böhme, H./Gastpar, M. (1997), The benefit of an insight oriented and experiential approach on panic and agoraphobia symptoms: Results of a controlled comparison of client-centered therapy and a combination with behavioral exposure, in: *Psychotherapy and Psychosomatics* 66: 293–301
- Teusch, L./Böhme, H. (1999), Is the exposure principle really crucial in agoraphobia? The influence of client-centered „nonprescriptive“ treatment on exposure. in: *Psychotherapy Research* 9,1 115–123
- Teusch, L./Böhme H./Finke J./Gastpar M. (2001), Effects of client-centered psychotherapy for personality disorders alone and in combination with psychopharmacological treatment: an empirical follow-up study, in: *Psychotherapy and Psychosomatics* 70, 328–336
- Teusch, L./Böhme, H./Finke, J./Gastpar, M./Skerra, B. (2003), Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy, in: *Psychotherapy Research*, im Druck
- Teusch, L./Finke, J. (1993), *Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung*, Asanger (Heidelberg)
- Teusch, L./Finke, J. (1995), Die Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung bei Panik und Agoraphobie, in: *Psychotherapeut* 40, 88–95.
- Teusch, L./Finke, J. (1999), *Gesprächspsychotherapie bei Angststörungen: Grundlagen, Therapie, Ergebnisse*, in: *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 30,4, 241–254
- Teusch, L./Finke, J. (2002), Personenzentrierte Psychotherapie in der Psychiatrie, in: Keil, W./Stumm, G. (Hg.), *Die vielen Gesichter der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie*, Wien – New York (Springer) 477–497
- Teusch L./Finke J./Gastpar M (1994), *Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen. Neue Konzepte und Anwendungsfelder*, Heidelberg (Asanger)

- Teusch, L./Gastpar, M. (2000), Zum Verhältnis von Psychotherapie und Pharmakotherapie: Störungspotentiale und positive Interaktionsmöglichkeiten, in: Möller, H.J. (Hg.), Therapie psychiatrischer Erkrankungen, Stuttgart (Enke) 62–71
- Thomas, B. A. (1994), Gruppen-Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Erkrankungen, in: Teusch, L./Finke, J./Gastpar, M. (Hg.): Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen. Neue Konzepte und Anwendungsfelder, Heidelberg (Asanger) 100–103
- Weise K (1991), Psychotherapie in der Psychiatrie, in: GwG-Zeitschrift 82, 41–50

Autoren

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ludwig Teusch; Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Neurologie; Gesprächspsychotherapeut in der GwG; 1. Vorsitzender und Lehrtherapeut der ÄGG; Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel, Professur am Universitätsklinikum Essen.

Forschungsschwerpunkt: Entwicklung und Evaluierung störungsbezogener personenzentrierter Behandlungskonzepte für psychiatrische Erkrankungen.

Dr. med. Jobst Finke, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Ausbilder in der GwG, 2. Vors. der ÄGG. Arbeitsschwerpunkte: Störungs- und Therapietheorie der GPT, störungsbezogene GPT.

Korrespondenzadressen

*Prof. Dr. Ludwig Teusch
Ev. Krankenhaus
Grutholzallee 21
D–44577 Castrop-Rauxel
E-Mail: l.teusch@evk-castrop-rauxel.de*

*Dr. Jobst Finke
Hagelkreuz 16
D–45134 Essen
E-Mail: jobst.finke@uni-essen.de*

Gert-W. Speierer

Personzentrierte Ansätze in der Medizinischen Psychologie

Zusammenfassung: *Es wird über die Arbeit mit dem Personzentrierten Ansatz an der Abteilung für Medizinische Psychologie an der Universität Regensburg (Deutschland) berichtet. Dabei geht es um Forschung und Lehre zur Arzt-Patient-Kommunikation für Studierende der Medizin, personzentrierte Selbsterfahrungsgruppen sowie Klientenzentrierte Psychotherapie in medizinischen und ähnlichen Settings.*

Résumé: *L'approche centrée sur la personne dans la psychologie médicale. Un rapport est donné sur le travail sur l'approche centrée à la personne au département de la psychologie médicale à l'université de Regensburg (Allemagne). Il s'agit de la recherche et de l'apprentissage sur la communication docteur-patient pour les étudiants de médecin, des groupes de rencontre, et de la psychothérapie centrée sur le client en l'entourage médical et pareil.*

Abstract: *The person-centred approach in medical psychology. A report is given of person-centred work at Regensburg University Department of Medical Psychology in Germany. It includes training and research in person-oriented doctor-patient communication, person-centred self-experiencing groups and client-centred therapy within medical and related settings.*

Einleitung

Deutschlandweite repräsentative und valide Erhebungen über personzentrierte Ansätze in der Medizinischen Psychologie liegen derzeit nicht vor. In einer Umfrage (Koch et al. 2003) der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie zur Beschreibung der Situation des Faches wird lediglich ersichtlich, dass Gesprächspsychotherapie in 8 von 21 Einrichtungen der Medizinischen Psychologie angewendet wird. Weitergehende Angaben finden sich nicht.

Statt dessen folgt hier ein Bericht über Arbeiten der Einheit für Medizinische Psychologie der Universität Regensburg. Sie ist die einzige Medizinisch-Psychologische Einrichtung in Deutschland, die kontinuierlich seit 1976 personzentrierte Ansätze in Lehre, Forschung, Aus- und Weiterbildung sowie Krankenbehandlung verfolgt.

Gegenstände der Medizinischen Psychologie sind die Vermittlung einer psychologischen Einstellung, psychologischer Kenntnisse und Erfahrungen an Studierende der Medizin sowie medizinrelevante psychologische Forschung.

Lehre

In der Lehre für MedizinstudentInnen steht in Regensburg das patientenorientierte Gespräch im Mittelpunkt (Speierer 1981, 1985, Speierer/Hochkirchen 1989). In ihm werden die Arzt-Patienten-

Beziehung als informierte Partnerschaft gestaltet auf der Grundlage einer Einstellung, in der Ärztin und Arzt der Person der Patientin bzw. des Patienten in ihren Grundbedürfnissen nach Beziehung und Autonomie, in ihren Erwartungen und Vorstellungen, Gefühlen und Handlungsentwürfen wertschätzend, achtsam und einfühlsam sowie in menschlicher Offenheit begegnen können. Kontinuierlich seit 1976 haben ca. 6000 MedizinstudentInnen in Regensburg in dazu entwickelten Übungen zum patientenorientierten Gespräch Erfahrungen sammeln können.

Forschung

In der Forschung wurden zahlreiche personzentrierte Themen untersucht:

1. Dokumentation und Evaluation von Dimensionen des Erlebens und der Erlebensentwicklung, sowie des Stellenwerts des Beziehungsangebots des Facilitators in klientenzentrierten bzw. personzentrierten Selbsterfahrungsgruppen. In diesem Bereich wurden seit 1976 über 75 Gruppen mit durchschnittlich 11 TeilnehmerInnen (MedizinstudentInnen, ÄrztInnen, Diplom-PsychologInnen, SozialpädagogInnen) über durchschnittlich 40 Stunden Dauer durchgeführt. Über 40 dieser Gruppen wurden mit speziell entwickelten und empirisch evaluierten Fragebogen für Gruppenerwartungen, Gruppenerfahrungen und Erleben in den Gruppensitzungen erforscht.

In ca. 20 Gruppen wurde das Gruppengeschehen mittels Tonbandaufzeichnungen registriert, in ca. 10 Gruppen wurde die Gruppeninteraktion mit Videoaufnahmen dokumentiert. Die Ergebnisse der Gruppenforschung wurden in einer Monographie (Speierer 1976) und in Einzelveröffentlichungen (z. B. Speierer/Hochkirchen 1986, Speierer 2002c, Speierer 2003a, 2003b) vorgestellt.

2. Empirische Ergebnisse zu Indikation, Diagnosen, Vorgeschichte, Dauer, Effekten und Dauerhaftigkeit von Effekten der ambulanten Gesprächspsychotherapie wurden in mehreren Studien untersucht und zusammenfassend veröffentlicht (Speierer 1979, 1980). Darüber hinaus wurden personorientierte Ansätze in der Kinderheilkunde gesammelt und dargestellt (Speierer 1983). Personbezogene Anteile positiver Veränderungen durch Psychotherapie unterschiedlicher Orientierungen wurden herausgearbeitet (Speierer 1988).

3. Zur Störungstheorie der Klientenzentrierten Gesprächstherapie wurde nach 10 Jahren Vorarbeit das Differenzielle Inkongruenzmodell entwickelt und in einer Monographie (Speierer 1994) umfassend dargestellt. Zusammenfassungen erfolgten in englischsprachigen (Speierer 1998) und deutschen Sammelbänden (Speierer 2002b). Darüber hinaus entstanden zahlreiche Einzelarbeiten zu Störungstheorie, Diagnosen und Indikationen der Gesprächspsychotherapie, ihre Interventionen (Speierer 1995), Prozesse und Ergebnisse.

4. Für eine differenzielle Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlungsplanung in der Gesprächspsychotherapie wurde das Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI) entwickelt (Speierer 1997, Speierer/Helgert 1998, Vymetal/Hoskova/Speierer 1998, Speierer/Helgert/Rösner 1999).

5. Auf der Datenbasis des RIAI mit inzwischen über 700 PatientInnen entstanden 15 Arbeiten zu störungsübergreifenden und störungsspezifischen Besonderheiten von GesprächspsychotherapiepatientInnen bei Therapiebeginn und deren therapeutische Veränderungen bei Behandlungsende (z. B. Speierer 2000, 2001, 2002a).

Personenzentrierte Aus- und Weiterbildung

1. Persönlichkeitsmerkmale und die soziale Wahrnehmung von MedizinstudentInnen auch im Vergleich zu StudentInnen anderer Fakultäten waren Gegenstände mehrerer Studien zur Erkundung von Kooperation und Konkurrenz unter den StudentInnen (z. B. Speierer/Weidelt 1984).

2. Neben der Konzeption des Patientenorientierten Gesprächs (s. o.) wurden entsprechende Übungen zum Erlernen im Studium

und für die ärztliche Weiterbildung entwickelt. (z. B. Speierer 1981, Speierer/Hochkirchen 1989) Seither haben ca. 1000 ÄrztInnen in entsprechenden Weiterbildungskursen bundesweit an den dazu entwickelten Übungen zum patientenorientierten Gespräch Erfahrungen gewonnen.

3. Ein Weiterbildungsgang der Fachhochschule Frankfurt in Personenzentrierter Beratung und Krisenintervention wurde konzeptionell und durch Lehrveranstaltungen unterstützt (Speierer 1992, 1997).

4. Ein Weiterbildungsgang zum Sozialtherapeuten (klientenzentriert/gesprächspsychotherapeutisch orientiert) wurde entwickelt (Jacobs/Luderer/Speierer/Tasseit 1998). In ihm werden SozialpädagogInnen sowie PsychologInnen und ÄrztInnen in einem 3-jährigen Curriculum in gesprächspsychotherapeutischer Behandlung von Abhängigkeitsstörungen weitergebildet. Seit 1998 wurden 4 Kurse begonnen, 2 davon als Pilotkurse erfolgreich abgeschlossen und in 3 Studien (Jacobs 2003, Schulz, 2003, Speierer 2003b) evaluiert.

Ausblick

Sicherlich sind mit dieser Darstellung die Möglichkeiten personenzentrierter Arbeit in der Medizinischen Psychologie nicht erschöpft. Freilich ist ihr derzeit gültiger Gegenstandskatalog dem zeitgemäßen Trend in Medizin und Psychologie entsprechend überwiegend an medizinisch behavioralen und biologistischen Modellvorstellungen orientiert. Sie geben einer sozialwissenschaftlichen und humanistisch begründeten personenzentrierten Sicht von Kranksein, Krankheit und der Interaktion der im Gesundheitswesen Tätigen miteinander und mit den Kranken jenseits von Lippenbekenntnissen nur begrenzte Freiräume und dies noch eher im Rahmen der Freiheit von Lehre und Forschung als in der praktischen Anwendung. Junge WissenschaftlerInnen mit personenzentrierter Identität sollten dennoch den Mut finden, sich dort zu positionieren. Die Gesprächspsychotherapie ist nunmehr auch in Deutschland als wissenschaftlich in seiner Wirksamkeit überprüfbares Heilverfahren anerkannt. Daher besteht berechtigte Hoffnung, dass deren Vermittlung in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung wieder vermehrt Interesse finden wird. Ihre Anwendungen werden gerade in einer Zeit, die immer mehr auf die Selbstverantwortung und Eigeninitiative der PatientInnen setzen muss, neue Anziehungskraft gewinnen. Dies gilt sowohl für das patientenorientierte Gespräch und die Zusammenarbeit mit Angehörigen von Patienten, wie für die Krisenintervention, die psychosomatische Grundversorgung und schließlich für die Einzel-, Kinder- und Gruppentherapie in ambulanten wie stationären Einrichtungen.

Ausgewählte Literatur

(Gesamtverzeichnis beim Verfasser)

- Jacobs, S./Luderer, H.-J./Speierer, G.-W./Tasseit, S. (1998), Weiterbildung zum Sozialtherapeuten klientenzentriert/gesprächspsychotherapeutisch orientiert, Köln (GwG-Verlag)
- Jacobs, S. (2003), Evaluation der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Alkoholismus im Rahmen der Weiterbildung zum Sozialtherapeuten klientenzentriert/gesprächspsychotherapeutisch orientiert, in: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung (im Druck)
- Koch, U./Faller, H./Schröder, C./Kasten E./Wildgrube, K. (2003), Bestandsaufnahme zur Beschreibung des Fachs Medizinische Psychologie, in: Mitglieder Rundbrief April 2003 der DGMP
- Schulz, W. (2003), Dokumentation und Evaluation der „Weiterbildung zum Sozialtherapeuten klientenzentriert/gesprächspsychotherapeutisch orientiert“ in: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung (im Druck)
- Speierer, G.-W. (1976), Dimensionen des Erlebens in Selbsterfahrungsgruppen, Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht)
- Speierer, G.-W. (1979), Ergebnisse der ambulanten Gesprächspsychotherapie, in: Fortschritte der Medizin, Nr. 35, 1527–1533
- Speierer, G.-W. (1980), Diagnose und Indikation in der Gesprächstherapie. In: IFT-Texte 3: Brengelmann, J. C. (Hg.), Entwicklung der Verhaltenstherapie in der Praxis, München (Gerh. Röttger-Verlag), 408–433
- Speierer, G.-W. (1981), Übungen zum ärztlichen Gespräch im medizinisch-psychologischen Unterricht: Materialien und Übungen zur Selbsterfahrung von Medizinstudenten, in: Gesellschaft für Medizinische Psychologie (Hg.), Bericht über den 3. Kongreß ‚Psychologie in der Medizin‘, Gießen 1981
- Speierer, G.-W. (1983), Personenorientierte Kinderheilkunde, in: Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, 3, 293–309
- Speierer, G.-W. (1985), Das patientenorientierte Gespräch. Baustein einer personenzentrierten Medizin, München (Causa-Verlag)
- Speierer, G.-W. (1988), A common concept of positive change in client-centered and other forms of psychotherapy. Paper presented at International Conference on Client Centered and Experiential Psychotherapy in Leuven, Sept. 12–16
- Speierer, G.-W. (1992), Medizin, Ökologie, klientenzentrierte Psychologie und Krisenintervention, in: Straumann, U. (Hg.), Beratung und Krisenintervention, Köln (GwG), 55–83
- Speierer, G.-W. (1994), Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung, Heidelberg (Asanger)
- Speierer, G.-W. (1995), Therapeutische Verhaltensweisen in der Gesprächspsychotherapie heute. Ergebnisse einer Umfrage bei allen GwG-AusbilderInnen (FacilitatorInnen), in: GwG-Zeitschrift Nr. 99, 33–41
- Speierer, G.-W. (1997), Personenzentrierte gesprächspsychotherapeutische Krisenintervention, in: Moshagen, D. H. (Hg.), Klientenzentrierte Therapie bei Depression, Schizophrenie und psychosomatischen Störungen, Heidelberg (Asanger), 113–121
- Speierer, G.-W. (1997), Das Regensburger Inkongruenzanalyse Inventar (RIAI): Erste Ergebnisse, in: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 28,1, 13–21
- Speierer, G.-W. (1998), Psychopathology according to the Differential Incongruence Model, in: Greenberg, L. S./Watson, J. C./Lietaer, G. (Eds.), Handbook of Experiential Psychotherapy, New York (The Guilford Press), 410–427
- Speierer, G.-W. (2000), AlkoholpatientInnen: Psychopathologie, Begleitsymptome, Indikationsstellung, Therapieziele und Behandlungseffekte aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie, in: Speierer, G.-W. (Hg.), Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie, Köln (GwG), 31–48
- Speierer, G.-W. (2001), Störungsspezifische Erlebensmuster bei Psychotherapie-PatientInnen, in: Langer, I. (Hg.), Menschlichkeit und Wissenschaft. Festschrift zum 80. Geburtstag von Reinhard Tausch, Köln (GwG), 244–256
- Speierer, G.-W. (2002a), Das Erleben von GesprächspsychotherapiepatientInnen bei Behandlungsbeginn: Ressourcen, Belastungen, Einschränkungen und andere Symptome. Eine Untersuchung mit dem RIAI, in: Iseli, C./Keil, W./Korbei, L./Nemeskeri, N./Rasch-Owald, S./Schmid, P. F./Wacker, P. (Hg.), Identität, Begegnung, Kooperation – Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG-Verlag), S. 321–342
- Speierer, G.-W. (2002b), Das Differentielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie, in: Keil W./Stumm G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer), 163–185
- Speierer, G.-W. (2002c), Qualitätskontrolle und Prozessevaluation in der personenzentrierten Selbsterfahrungsgruppe: Empirische Ergebnisse, in: PERSON, 6,1, 65–76
- Speierer, G.-W. (2003a), Experienced Quality of Relationship and Evaluation in Person Centred Self-Experiencing Groups. Paper Presented at 6th World Conference on Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling (PCE 2003) July 6–11, 2003, Egmond aan Zee, the Netherlands. Zur Veröffentlichung eingereicht Juli, 2003
- Speierer, G.-W. (2003b), Evaluation der Gruppenselbsterfahrung in der Weiterbildung zum Sozialtherapeuten klientenzentriert/gesprächspsychotherapeutisch orientiert, in: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 3, 159–164
- Speierer, G.-W./Helgert, N. (1998), Das Regensburger Inkongruenzanalyse Inventar, Internet: <http://www.biologie.uni-regensburg.de/med.psychologie/speierer>
- Speierer, G.-W./Helgert, N./Rösner, S. (1999), Aktuelle Ergebnisse zur Validierung und Normierung des Regensburger Inkongruenzanalyse Inventars (RIAI) (Internet)
- Speierer, G.-W./Hochkirchen, B. (1986), Erlebensentwicklung und der Prozeß der individuellen Problembearbeitung in der klientenzentrierten Selbsterfahrungsgruppe, in: Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, 5,1, 33–46
- Speierer, G.-W./Hochkirchen, B. (1989), Ausbildung in Patient-Arzt-Interaktion in unserem medizinpsychologischen Unterricht. Vortrag anl. Internationales Symposium für Medizinische Psychologie Wien 27.–29. 10. 89, in: Rossmann, S./Frischenschlager, O. (Hg.), Wege zu einer neuen Medizin. Der Beziehungsaspekt in der Ausbildung, Wien (Facultas), 125–126
- Speierer, G.-W./Weidelt, J. (1984), Wie Medizinstudenten sich selbst und ihre Kommilitonen sehen. Ursachen unbefriedigender ärztlicher Kollegialität und Zusammenarbeit, in: Münchner Medizinische Wochenschrift, 126,1, 4–6
- Vymetal, J./Hoskovcova, S./Speierer, G.-W. (1998), Regensburger Inventar analyzy inkongruenci (RIAI), in: C. S. Psychiatrie, 94,2, 64–68

Autor

Speierer, Gert-Walter, (1941), Univ. Prof., Dr. Med., Dipl.-Psych., seit 1976 Leiter der Einheit Medizinische Psychologie der Universität Regensburg; 1973/74 Zusammenarbeit mit Carl Rogers im La Jolla Programm San Diego USA, Gastprofessor an der Karls- Universität Prag, Ausbilder (GwG), Lehrtherapeut und Supervisor (ÄGG) in Gesprächspsychotherapie.

Korrespondenzadresse

*Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Gert- W. Speierer
Medizinische Psychologie der Universität Regensburg
Postfach
D-93040 Regensburg
Tel.: 0941 / 943 31 14, Fax.: 0941 / 943 31 27
E-Mail: gert.speierer@biologie.uni-regensburg.de
Internet: <http://www.uni-regensburg.de/med.psychologie/speierer>*

Sichtweisen und Positionen der Verbände zum Personenzentrierten Ansatz in Deutschland

Zusammenfassung: *In den folgenden Beiträgen stellen sich in alphabetischer Reihenfolge die drei Verbände vor, die den Personenzentrierten Ansatz in Deutschland vertreten: ÄGG, DPGG und GwG.*

Résumé: *Ci après se présentent par ordre alphabétique les trois associations ÄGG, DPGG et GwG, qui s'engagent pour l'approche centrée sur la personne en Allemagne.*

Abstract: *In the following the three associations representing the person-centred approach in Germany will present themselves arranged in alphabetical order: ÄGG, DPBB und GwG.*

Jobst Finke

Die ÄGG stellt sich vor

Die Vorläuferorganisation der ÄGG (Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie) entstand 1977 als „Arbeitsgemeinschaft gesprächspsychotherapeutisch tätiger Ärzte in der GwG“. Diese wollte ein Forum sein, in dem speziell ärztliche Belange von GwG-Mitgliedern erörtert werden konnten. Da es sich in der Folge u.a. wegen der zunehmenden Formalisierung der ärztlich-psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung als wichtig erwies, gegenüber den hier federführenden Ärztekammern und anderen ärztlichen Verbänden (z. B. KBV) eine offizielle ärztliche Organisation als Vertreter gesprächstherapeutischer Interessen zu haben, wurde 1986 die o. g. Arbeitsgemeinschaft in die ÄGG e.V. überführt.

Die oben genannten Überlegungen erwiesen sich als richtig. So konnten wir auf Grund unserer Initiative gegenüber den Landesärztekammern erreichen, dass in fast allen deutschen Bundesländern die GPT zumindest als „Zweitverfahren“ (s. den Beitrag von Finke und Teusch in diesem Heft) in der ärztlich-psychotherapeutischen Weiterbildung anerkannt ist. Nach der kürzlichen Anerkennung der GPT als wissenschaftliches „Vollverfahren“ durch den wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer sehen wir jetzt unsere

Aufgabe darin zu erreichen, dass die GPT neben der Psychoanalyse und Verhaltenstherapie auch als Hauptverfahren in der ärztlichen Weiterbildung anerkannt wird. Seit 1990 haben wir uns auch zusammen mit der GwG, zu der wir weiterhin ein sehr freundschaftliches Verhältnis pflegen (die meisten unserer Mitglieder sind auch Mitglied in der GwG), gegenüber der KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) um eine kassenrechtliche Anerkennung der GPT bemüht. Gegenwärtig versuchen wir zusammen mit der GwG und der DGPP erneut, diese Anerkennung durchzusetzen.

Eine weitere Aufgabe sehen wir darin, mit Chefärzten psychiatrisch-psychotherapeutischer Einrichtungen, die dem PCA nahe stehen, Kontakt zu halten und diese auch zu motivieren, die GPT in der Weiterbildung ihrer Assistenten gebührend zu berücksichtigen.

Die ÄGG veranstaltet pro Jahr zwei wissenschaftliche Tagungen, eine davon regelmäßig am Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel und die andere an wechselnden Orten Deutschlands und hoffentlich bald auch in anderen Ländern, denn wir verstehen uns nicht als eine rein deutsche Gesellschaft und sind dies auch nicht. Die ÄGG hat ca. 50 Mitglieder, die PERSON ist ihre offizielle Verbandszeitschrift.

Jochen Eckert, Gisela Clausen, Diether Höger, Doris Müller und Werner W. Wilk¹

Die Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG)

Die DPGG wurde 1998 gegründet und hat in der Vereinssatzung als ihr Ziel formuliert:

Die Gesellschaft vertritt die fachpolitischen und die daran gebundenen berufspolitischen Interessen der psychologischen Gesprächspsychotherapeutinnen und Gesprächspsychotherapeuten.

Die Gesellschaft fördert die Gesprächspsychotherapie und die ihr zugrundeliegende, auf Carl R. Rogers zurückgehende Klientenzentrierte Theorie in

- Forschung
- Lehre (Aus-, Weiter- und Fortbildung) und
- Anwendung (Prävention, Behandlung, insbesondere heilkundliche Psychotherapie und Rehabilitation).

Solche Ziele finden sich auch in anderen Satzungen von Vereinen, die sich auf Carl Rogers und seinen therapeutischen Ansatz berufen und die zudem bei der Gründung der DPGG bereits bestanden. In Deutschland sind das die Gesellschaft für wissenschaftlich Gesprächspsychotherapie (GwG) und die Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG). Die Frage liegt nahe: Warum ein weiterer Verein mit Satzungszielen, die sich auch bei anderen finden? Auch der Chefredakteur der Zeitschrift „Psychotherapeuten FORUM“ wollte sie gern beantwortet haben und stellte sie dem 1. Präsidenten der DPGG:

Frage: Herr Prof. Eckert, Sie haben zusammen mit Kolleginnen und Kollegen einen Fachverband für Gesprächspsychotherapie gegründet. Was versprechen Sie sich davon?

Antwort: Eine Bündelung der Interessenvertretung der psychologischen Gesprächspsychotherapeuten. Eine solche Bündelung ist notwendig, weil durch das Psychotherapeutengesetz ein neuer Beruf geschaffen worden ist. Mit der Schaffung dieses Berufes des Psychologischen Psychotherapeuten gehen einschneidende Veränderungen im Ausbildungswesen und im Berufsbild des Psychotherapeuten einher.

Frage: Bisher wurden die Interessen der Gesprächspsychotherapeuten von der mitgliederstarken GwG wahrgenommen. Inwiefern ist es sinnvoll, eine zweite Interessenvertretung einzurichten. Schwächt das nicht die Schlagkraft der GwG?

Antwort: Uns liegt nichts an einer Schwächung der GwG, sondern an einer Stärkung der Lobby für das Verfahren Gesprächspsychotherapie. Für die Förderung des Verfahrens Gesprächspsychotherapie ist es sicherlich sogar günstig, wenn wir bei den

Verhandlungen im Zusammenhang mit dem Psychotherapeutengesetz mit mehr als einer Stimme sprechen. Das hat sich bei Verhandlungen auf Länderebene auch bereits gezeigt.

Übrigens hat die bereits vor Jahren erfolgte Gründung der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG) die GwG offensichtlich auch nicht geschwächt.

Frage: Auch wenn Sie von Verstärkung sprechen: Es gibt Stimmen, die sprechen von einer Spaltung der GwG durch die Gründung der DPGG.

Antwort: Die Gefahr einer Spaltung besteht nur dann, wenn einer der beiden Beteiligten das so sieht bzw. sehen will und entsprechend handelt. Wir suchen die Kooperation, was sich u. a. darin zeigt, dass GwG-Mitglieder bei uns nur den halben Mitgliedsbeitrag zu zahlen haben.

Frage: Dennoch: warum stärken sie nicht die GwG von innen, sondern gründen einen neuen Verband?

Antwort: Die GwG hat das Klientenzentrierte Konzept für verschiedene Berufsgruppen – Psychologen, Pastoren, Pädagogen, Sozialarbeiter usw. – in sehr unterschiedlichen Anwendungsfeldern – Beratung, Organisations- und Personalentwicklung usw. – zu vertreten, d. h. sie muss zum Teil sehr unterschiedliche Interessenlagen miteinander in Einklang bringen. Die Wahrung dieser Interessenvielfalt geht sicherlich in manchen Situationen auf Kosten der Wahrnehmung der Interessen einer einzelnen Berufsgruppe.

Frage: Was sind Ihre nächsten Ziele?

Antwort: Wir müssen dafür sorgen, dass Psychologische Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie ausgebildet werden können und dass das Verfahren Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen wird.

Nehmen wir ein Ergebnis vorweg: Deutsche Psychologen und Psychologinnen können sich inzwischen zum Psychologischen Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie ausbilden lassen. Dieses Ziel ist erreicht worden, denn am 16.9.2002 stellte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in einem Gutachten fest, dass die vom Beirat festgelegten Kriterien für die Zulassung des Verfahrens für die vertiefte Ausbildung erfüllt seien.

¹ Die Autorinnen und Autoren sind seit der Gründung der DPGG Präsidiumsmitglieder.

Was war der Anlass für die Gründung der DPGG?

Sieht man von der Kinder- und Jugendlichentherapie einmal ab, dann berührt das deutsche Psychotherapeutengesetz (PsychThG) vor allem die Interessen der Berufsgruppe der Diplompsychologen. Im Zuge der Umsetzung des PsychThG wurde deutlich, dass diese Interessen nicht nachdrücklich und effektiv vertreten werden können, wenn das durch einen Verband geschieht, der nicht nur die Interessen anderer Berufsgruppen – u. a. Seelsorger, Pädagogen und Sozialarbeiter – zu vertreten, sondern auch die Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts in anderen Anwendungsfeldern als Psychotherapie – u. a. Beratung, Personalentwicklung – zu fördern hat. Zu dieser Auffassung kam eine Gruppe von gut 30 Psychologinnen und Psychologen, die sich erstmals im Februar 1997 in Hannover im Hotel Körner getroffen hatten, um sich vor dem Hintergrund des PsychThG Gedanken über die Zukunft der Gesprächspsychotherapie und des Klientenzentrierten Konzepts zu machen. Beim dritten Treffen dieser Gruppe, die inzwischen nach dem Ort ihrer Treffen „Körnerkreis“ genannt wurde, wurde einstimmig die Notwendigkeit gesehen, einen Verband zu gründen, der in Analogie zur Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG) die spezifischen Interessen von psychologischen Gesprächspsychotherapeuten vertritt.

Bis dahin wurden die psychologischen Gesprächspsychotherapeuten nur von einem Verband vertreten. Entsprechend hatten sie in den mit der Umsetzung des PsychThG befassten Gremien auch jeweils nur eine Stimme, während die beiden anderen psychotherapeutische Grundorientierungen (Verhaltenstherapie und Psychoanalyse bzw. Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie) durch mehr als nur einen Verband repräsentiert wurden und somit in der Regel auch mehr als eine Stimme hatten. Mit der Gründung der DPGG verdoppelte sich somit das Gewicht der Gesprächspsychotherapie im Hinblick auf die politische Interessenvertretung.

Konkret hat sich das in der Form niedergeschlagen, dass in den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) zwei Gesprächspsychotherapeuten – je einer aus der DPGG und der GwG – gewählt worden sind. Diesem Gremium kam insofern besondere Bedeutung zu, als ihm der Gesetzgeber die Aufgabe übertragen hatte, in Zweifelsfällen den für die Zulassung von Therapieverfahren zuständigen Behörden zur Seite zu stehen: „Soweit nach diesem Gesetz die wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens Voraussetzung für die Entscheidung der zuständigen Behörde ist, soll die Behörde ihre Entscheidung auf der Grundlage eines Gutachtens eines wissenschaftlichen Beirates treffen, der gemeinsam von der auf Bundesebene zuständigen Vertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten sowie der ärztlichen Psychotherapeuten in der Bundesärztekammer gebildet wird“ (§ 11 PsychThG).

Der Weg zur wissenschaftlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie

Im WBP wurde ein Kriterienkatalog für die Feststellung der Wirksamkeit eines Psychotherapieverfahrens für seine Zulassung als Schwerpunktverfahren in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten erstellt. Im ersten Anlauf wurde zwar die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie für verschiedene Anwendungsbereiche von Psychotherapie festgestellt, aber für die Zulassung als Schwerpunktverfahren in der Psychotherapeutenausbildung fehlte die Anerkennung in einem weiteren Anwendungsbereich. In zwei Anwendungsbereichen fehlte jeweils eine Wirksamkeitsstudie zur Anerkennung des Bereiches. Es galt also in einem dieser beiden Bereiche noch eine passende Wirksamkeitsstudie zu finden, die bei der Literatursichtung übersehen worden war, oder eine geeignete Studie aufzulegen und nachzuliefern oder einen Fehler bei der bisherigen Bewertung zu finden. Letzteres gelang Prof. Reinhard Tausch, der feststellte, dass eine Studie falsch eingeordnet war. Sie gehörte in einen der Anwendungsbereiche, in dem noch eine Studie fehlten. Der WBP schloss sich dieser Auffassung von Prof. Tausch an und ordnete diese Studie anders zu. Damit war den Kriterien des Beirats Genüge getan und am 16. 9. 2002 erfolgte die offizielle Empfehlung des WBP in Form eines Gutachtens, die Gesprächspsychotherapie als Schwerpunktverfahren in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten zuzulassen.

Zwischen der Gründung des WBP bis zur Anerkennung der Gesprächspsychotherapie lagen drei Jahre, in denen anderen Verfahren, und zwar der Systemischen Therapie und dem Psychodrama, eine Anerkennung versagt wurde, und die Anerkennung der neuropsychologischen Therapie nur für *einen* Anwendungsbereich ausgesprochen wurde. Und die Verfahren, die als so genannte Richtlinienverfahren in der kassenärztlichen Versorgung integriert waren, nämlich psychoanalytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie, galten ohne Prüfung durch den WBP als wissenschaftlich anerkannt, so dass wir heute für Deutschland die etwas makabre Feststellung machen können: Die Gesprächspsychotherapie ist das einzige psychotherapeutische Verfahren, das auf Grundlage des Psychotherapeutengesetzes wissenschaftlich anerkannt ist.

Um diese Schieflage etwas auszugleichen haben die Vertreter der Richtlinienverfahren beschlossen, ihre Verfahren ebenfalls durch den WBR nach dessen Kriterien prüfen bzw. evaluieren zu lassen. Diese Prüfung ist noch nicht abgeschlossen, aber es ist jetzt schon deutlich, dass diese Prüfungen keine „Selbstgänger“ sein werden.

Zur inneren Organisation der DPGG

Ordentliches Mitglied der DPGG kann werden, wer

1. ein Diplom in Psychologie besitzt,
2. eine abgeschlossene Ausbildung in Gesprächspsychotherapie an einer von der DPGG anerkannten Weiterbildungseinrichtung

bzw. in Zukunft an einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte vorweisen kann sowie

3. die Approbation oder staatliche Erlaubnis zur Ausübung heilkundlicher Psychotherapie hat.

Anstelle von Punkt 2. und 3. ist auch der Nachweis von Forschung und Lehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts – insbesondere in Gesprächspsychotherapie möglich.

Möglich ist außerdem eine außerordentliche Mitgliedschaft. Erforderlich ist dafür das Diplom in Psychologie sowie der Nachweis einer begonnenen Ausbildung (vgl. oben Punkt 2).

Die Mitglieder werden über Rundbriefe informiert, sie können sich auch, wie jeder andere Interessierte, auf der Homepage der DPGG umschauen (www.dpgg.de) oder die DPGG-Nachrichtenseite in der Zeitschrift des Deutschen Psychotherapeutenverbandes „PsychotherapeutenForum“ lesen. Last not least erhalten sie regelmäßig die Zeitschrift PERSON.

Nach der Satzung der DPGG sind die Mitglieder in *Landesgruppen* organisiert, die einen Landesvertreter und dessen Stellvertreter wählen. Die Landesvertreter bilden die *Leitungskonferenz*, die mindestens zweimal im Jahr tagt, um die Aktivitäten auf der Landesebene zu koordinieren und das Präsidium zu beraten.

Das *Präsidium* hat fünf Mitglieder und wird von der *Mitgliederversammlung* gewählt und beruft für besondere Aufgaben *Ausschüsse* ein. Ständige Ausschüsse sind vorgesehen für die Zusammenarbeit mit Universitäten, Forschung, Ausbildungswesen und die Mitgliederbetreuung.

Die Organisation nach außen

Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Deutschen Psychotherapeutenverband (DPTV). Eine weitere Kooperationsvereinbarung besteht mit der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG). In der Vergangenheit wurde mit beiden Verbänden in Bezug auf die berufsrechtliche und sozialrechtliche Anerkennung der GPT erfolgreich kooperiert. Die Zusammenarbeit mit den deutschsprachigen Nachbarverbänden in Österreich und der Schweiz hat sich in Form einer gemeinsamen Herausgeberschaft der Zeitschrift PERSON konkretisiert.

Es bestehen Kooperationen mit Universitäten, an denen GPT gelehrt wird, vor allem im Hinblick auf Forschung und Lehre, sei es, dass Praktiker für Lehrveranstaltungen vorgeschlagen werden, sei es die gemeinsame Planung von Weiterbildungsveranstaltungen, auf die im folgenden Abschnitt näher eingegangen wird.

Forschung und Lehre, Fort- und Weiterbildung

Neben der berufspolitischen Aufgabe, zur Integration der Gesprächspsychotherapie in das deutsche Gesundheitswesen beizutragen, hat die DPGG fachverbandliche Aufgaben wahrgenommen. Als besonders wichtig wird die Etablierung eines regelmäßigen Weiter- und Fortbildungsangebotes angesehen.

Deshalb findet einmal jährlich – jeweils am letzten Aprilwochenende – im Anschluss an die Mitgliederversammlung eine Weiterbildungsveranstaltung statt: Auf das „Kleine Forum“, bei dem in ein bis drei Vorträgen mit Diskussion ein aktuelles fachliches oder berufspolitisches Themen behandelt wird, folgt im Jahr darauf das „Große Forum“. In ihm wird in der Regel das Thema des vorangegangenen Kleinen Forums aufgegriffen, um es in einer einseinhalbtägigen Veranstaltung in Vorträgen, Arbeitskreisen und Plenumsdiskussionen zu vertiefen und anzureichern.

Bisher wurden zwei Große Foren abgehalten:

- 2000 in Bonn zum Thema „Gesprächspsychotherapie: Beziehung – Vertrauen – Heilung. Die Sehnsucht des Menschen, verstanden zu werden“
- 2002 in Berlin zum Thema „Notfallpsychologie und Traumatherapie aus gesprächspsychotherapeutischer Sicht“.

2004 wird das Thema „Diagnostik und Therapie von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung“ behandelt werden.

Die DPGG sieht eine ihrer Aufgaben auch darin, einen hohen Standard in der Ausbildung, die ja jetzt an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten erfolgt, zu gewährleisten. Sie hat daher in Kooperation mit der GwG ein Mustercurriculum für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie ausgearbeitet.

Was spricht für eine Mitgliedschaft in der DPGG?

Diese Frage wird von Interessenten häufiger an uns gerichtet. Wir tun uns mit einer vollständigen Antwort schwer, weil ein Aspekt der Antwort dazu führen könnte, dass diese an Wahrhaftigkeit verliert: Wir bieten den Mitgliedern eine überschaubare Heimat, denn wir sind ein kleiner, übersichtlicher Verein mit knapp 100 Mitgliedern. Die meisten kennen sich untereinander, und die Foren sind willkommene Gelegenheiten, sich wiederzusehen und auszutauschen.

Sollten diese nun von sehr vielen Kolleginnen und Kollegen attraktiv gefunden werden, könnte es mit der Überschaubarkeit vorbei sein. In der Tat sind wir ein wenn auch langsam, so doch kontinuierlich wachsender Verein. Wir werden jedoch alles daran setzen, auch bei abnehmender Überschaubarkeit nichts an Attraktivität für unsere Mitglieder zu verlieren.

Helga Kühn-Mengel

Der Personenzentrierte Ansatz in Deutschland

Entwicklungen und Herausforderungen aus Sicht der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG e.V.)

Die GwG e.V. ist ein Fachverband für Psychotherapie und Beratung. Darin kommt die programmatische Zielsetzung zum Ausdruck, die Ideen, Überzeugungen und Erkenntnisse des Personenzentrierten Ansatzes in allen Bereichen des menschlichen Zusammenlebens zur Anwendung und zur Verbreitung zu bringen.

Entsprechend wird hier zu den Entwicklungen in den Bereichen Psychotherapie und Beratung berichtet.

I. Gesprächspsychotherapie im Aufwind

Einhellige Unterstützung durch die Psychotherapeutenkammern

Die Gesprächspsychotherapie (GPT) ist seit über 30 Jahren in Ost- und Westdeutschland in der ambulanten und stationären Krankheitsbehandlung durch Ärzte und Psychologen weit verbreitet. Entsprechend wurde sie bei der Einführung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) im Jahre 1999 bundeseinheitlich als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren berücksichtigt. Dennoch wurden der Ausbildung in Gesprächspsychotherapie nach den gesetzlichen Bestimmungen wider Erwarten Hindernisse in den Weg gestellt:

Das Gesetz sieht eine zur Approbation führende Ausbildung an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten vor. Die Landesbehörden entscheiden, in welchen Psychotherapieverfahren diese Ausbildung erfolgen kann. Haben die Landesbehörden Zweifel, können diese einen gesetzlich vorgesehenen Wissenschaftlichen Beirat um gutachtliche Beratung bitten.

Auf die im September 1998 erfolgte Anfrage von zwei der 16 Bundesländer zur GT wegen bestehender „Restzweifel“ bestätigte dieser Wissenschaftliche Beirat zwar die Wissenschaftlichkeit der GT und stützte sich dabei auf 29 von ihm anerkannte Wirksamkeitsstudien. Dennoch empfahl er den Landesbehörden, die GT nicht als Ausbildungsverfahren zuzulassen, dazu mangle es der GT an **einer** (!) weiteren Wirksamkeitsstudie.

Der rechtlich und fachlich höchst umstrittene Beirat war damit weit und rechtswidrig über die ihm zugewiesene Aufgabenstellung hinausgegangen. Es dauerte nahezu drei weitere Jahre, bis dieser wissenschaftspolitische Skandal durch verschiedene Interventionen im September 2002 beendet werden konnte.

Für die Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPen) dauert er noch an: Um die psychotherapeutische

Behandlung von Kindern und Jugendlichen neben den Psychologen auch anderen Grundberufen zu öffnen, sieht das Gesetz eine gesonderte Ausbildung von KJPen vor. Eine KJP-Ausbildung in GT bleibt vorerst noch versperrt, weil der Beirat seine Empfehlung nur für die Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten (PPen) ausgesprochen hat.

Diese altergruppenspezifische Aufgliederung eines Psychotherapieverfahrens ist weder fachlich noch rechtlich begründbar. Der Entscheidung können nur sachfremde, berufspolitisch motivierte Erwägungen zugrunde liegen. Die Absurdität wird schon daran erkennbar, dass in GT ausgebildete Psychologische Psychotherapeuten selbstverständlich auch Kinder und Jugendliche mit Gesprächspsychotherapie behandeln dürfen.

Mehrere Ausbildungsstätten, die KJPen in GT ausbilden wollen, führen deshalb Klageverfahren mit guten Erfolgsaussichten gegen die Landesbehörden.

II. Perspektiven für Gesprächspsychotherapie

1. Unterstützung durch die Kammern

Das Anliegen der GT findet in der Psychotherapeutenchaft breite und nachhaltige Unterstützung. Nachdem der Beirat sich – vorerst für den Bereich der PP-Ausbildung – berichtigt hatte, verabschiedeten nahezu alle Landes-Psychotherapeutenkammern als gesetzlich vorgesehene Interessensvertretung der Psychotherapeuten Beschlüsse zur Unterstützung der GT.

Der Beirat habe „nun nachvollzogen, was in der internationalen Fachöffentlichkeit schon seit langem unumstritten war“, jetzt müsse die „volle leistungsrechtliche Anerkennung der GT“ (Kassenanerkennung) erfolgen. In der ungeteilten Unterstützung durch die Kammern der neuen Heilberufe kommt die Überzeugung zum Ausdruck, dass die Einbeziehung der Gesprächspsychotherapie im Gesamtinteresse der psychotherapeutischen Versorgung liegt.

2. Ausbildung

Die bisher nach den Richtlinien des Fachverbandes GwG auf anerkannt hohem Niveau durchgeführte GT-Ausbildung wird seitens der Psychologen nicht mehr nachgefragt werden, da nur die zur

Approbation führende Ausbildung an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten eine verlässliche Berufsausübungsperspektive bietet. Attraktiv wird die GwG-Ausbildung für diejenigen bleiben, die wegen eines anderen Grundberufs eine zur Approbationserteilung führende Ausbildung nicht absolvieren können, sich aber psychotherapeutisch qualifizieren möchten.

Die GwG hat ein nachhaltiges Interesse daran, dass der von dem wissenschaftlichen Beirat attestierte hohe Ausbildungsstandard der GwG-Ausbildung auch im Rahmen der Ausbildung nach den gesetzlichen Bestimmungen erhalten bleibt. Das ist nicht selbstverständlich, weil die Anforderungen an das Lehrpersonal an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten unter dem Standard liegen, den die GwG mit ihren Anforderungen an die Ausbildungsberechtigung etabliert hat. Zu diesem Zweck hat die GwG eine Broschüre zur Gesprächspsychotherapieausbildung herausgegeben, die inhaltlich gemeinsam mit der DPGG erarbeitet wurde. In ihr sind auch die von der GwG zur Ausbildung qualifizierten Ausbilder aufgeführt.

Die Broschüre dient zum einen der Information von GT-Ausbildungsinteressenten. Zum anderen wurde sie allen Ausbildungsstätten, die in einem anderen Verfahren ausbilden, zur Verfügung gestellt, da diese gesetzlich gehalten sind, Grundkenntnisse auch in GT zu vermitteln.

Der Etablierung der Gesprächspsychotherapie in die approbationsfähige Ausbildung stehen allerdings kaum kompensierbare Wettbewerbsnachteile entgegen, solange die Gesprächspsychotherapie nicht auch als „Kassenverfahren“ anerkannt ist: Die Kosten für eine Ausbildung sind um ca. € 30.000 günstiger, wenn sie in einem Kassenverfahren erfolgt, weil die Krankenkassen sich dann an der praktischen Ausbildung durch Kostenübernahme beteiligen. Zudem ist die Ausbildung in einem Kassenverfahren mit erheblich günstigeren Berufsausübungserwartungen verbunden.

Zur zügigen Etablierung von GT-Ausbildungsstätten hat die GwG Gründungs-Initiativen in einem „GT-Ausbildungsstätten-Verbund“ organisiert. Diese Ausbildungsstätten haben sich auf Ausbildungsstandards verpflichtet, die die Aufrechterhaltung der hohen Ausbildungsqualität in Gesprächspsychotherapie auch an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten garantieren. Interessenten für eine GT-Ausbildung in Gesprächspsychotherapie sollen diese Ausbildungsstätten zuvörderst empfohlen werden.

Gesprächspsychotherapeuten, denen bei Inkrafttreten des PsychThG keine Approbation erteilt wurde, dürfen Psychotherapie nur noch dann ausüben, wenn sie nach dem so genannten Heilpraktikergesetz eine Erlaubnis zur eingeschränkten Ausübung der Heilkunde erwirkt haben.

Sie dürfen sich aber nicht als Psychotherapeuten ankündigen, da diese Bezeichnung unter den Titelschutz des PsychThG gestellt wurde.

Dem weit überwiegenden Teil der von der GwG ausgebildeten Gesprächspsychotherapeuten wurde aber die Approbation erteilt. Meist sind sie auch zu der Kassenversorgung zugelassen. Dazu mussten sie sich allerdings bei der Einführung des Gesetzes in einem der beiden Kassenverfahren, d. h. der Psychoanalyse/tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie ausweisen. Nach den Unterlagen der GwG arbeiten ca. 1.200 ausgebildete Gesprächspsychotherapeuten in der Kassenversorgung.

3. Sozialrechtliche Anerkennung

Über die Berücksichtigung von Psychotherapieverfahren in der Kassenversorgung entscheidet in Deutschland der „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“, ein paritätisch von Vertretern der Krankenkassen und der Leistungserbringer besetztes Selbstverwaltungsgremium.

Die drei Verbände ÄGG, DPGG und GwG hatten nach der Anerkennung der GT als Ausbildungsverfahren schon im Oktober 2002 geeignete Materialien zur Prüfung der GT vorgelegt.

Die Einschätzung von Zeitbedarf und Erfolgsaussichten ist aber nach den Erfahrungen aus der Vergangenheit schwierig: Die historisch entstandene, gesetzlich verfestigte Situation, dass in dem Bundesausschuss nur bisherige „Marktteilnehmer“ darüber entscheiden, ob sie neue Anbieter bzw. alternative Leistungsangebote zum Markt zulassen, beinhaltet die Neigung zur „Hinterzimmerpolitik“ und die Tendenz zur Verteidigung des Status quo; fach- und sachgerechte Innovationen können sich nur schwer durchsetzen.

4. Weiterentwicklung der Psychotherapie

Mit der Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Vertragsleistung wird ein Schritt zur Beendigung des lange andauernden, von ökonomischen Interessen überlagerten Schulenstreites getan. Die neue Verfahrenskoexistenz kann das gegenseitige voneinander Lernen im Interesse der Patienten fördern und durch Kooperation auf das entwicklungsfeindliche Schulendenken progressiv verändernd einwirken. Die Dringlichkeit, zur Weiterentwicklung der Psychotherapie Abgrenzungen zu überwinden und der wachsenden Kluft zwischen Vorschrift und Praxis entgegenzuwirken, wird von vielen Seiten betont. In den Reihen der Gesprächspsychotherapie ist die Bereitschaft dazu vorhanden.

Carl Rogers, Begründer der Gesprächspsychotherapie und der empirischen Psychotherapieforschung, beschrieb den Zweck seiner Forschung: *„Der Sinn liegt vor allem darin, durch eine Vermehrung des objektiv überprüfbaren Wissens zum allmählichen Ableben verschiedener „Schulen“ der Psychotherapie, einschließlich der Klientenzentrierten, beizutragen. In dem Maße, in dem wir solidere Kenntnisse*

darüber gewinnen [...] in dem Maße werden dogmatische und rein theoretische Formulierungen an Bedeutung verlieren.“

Pionieren mit Visionen ist wohl eigen, aktuell zu bleiben!

III. Der Personenzentrierte Ansatz in der Beratung

1. Berater – ein neues Berufsbild?

Beratungsleistungen in den verschiedensten Bereichen der Gesellschaft sind ein „Wachstumsmarkt“. Die quantitativ stark ansteigende Forderung nach Beratungsleistungen geht mit zunehmender Ausdifferenzierung und Spezialisierung der Beratungsleistungen einher. Das verlangt nach einer standardisierten Qualifizierung und Professionalisierung der im Beratungsbereich Tätigen, um eine professionell verantwortbare und ethischen Prinzipien verpflichtete Beratung zu gewährleisten.

Die GwG hat deshalb im Jahre 2001 die Initiative dazu ergriffen, die in Deutschland im Bereich der psychosozialen Beratung engagierten Verbände und Institutionen in einer „AG Beratungswesen“ zu organisieren. Auf der Grundlage einer inzwischen verabschiedeten Plattform „Psychosoziales Beratungsverständnis“ wird sich die bisher federführend von der GwG geleitete und organisierte „AG Beratungswesen“ in naher Zukunft als Dachverband „Deutsche Gesellschaft für Beratung (DGFB)“ konstituieren.

2. Weiterbildungen nach dem Personenzentrierten Ansatz

Neben dem Engagement für eine die fachlichen Ausrichtungen übergreifende Organisation des Beratungswesens entwickelt und verwirklicht die GwG-Akademie zusammen mit Fachgremien der GwG auf der Grundlage des Personenzentrierten Ansatzes inhaltliche Konzepte für die sich ausdifferenzierenden Segmente des Beratungswesens. Dazu gehören insbesondere

- a. Weiterbildungsgang Sozialtherapie (Suchttherapie), der von dem „Verband der Rentenversicherer“ anerkannt ist
- b. Weiterbildung zum Supervisor, die in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Supervision durchgeführt wird
- c. Weiterbildung in „Personal- und Organisationsentwicklung“, die seit 4 Jahren durchgeführt wird
- d. Weiterbildung in „Mediation“
- e. Der Weiterbildungsgang „Personenzentrierte Beratung“ übergreift die unterschiedlichen Anwendungsfelder und enthält anwendungsspezifische Module für Personenzentrierte Beratung.

Von besonderer Bedeutung für die Verbreitung des Personenzentrierten Ansatzes in der Beratung ist der Studiengang „Personenzentrierte

Beratung: Counsellor“. Die GwG-Akademie hat dazu mit der Fern-Universität Hagen einen Kooperationsvertrag zur gemeinsamen Durchführung des Studiums „Personenzentrierte Beratung: Counsellor“ geschlossen. Das Fernstudium umfasst fünf Semester. Angestrebt ist, dass der Studiengang mit dem akademischen Grad „Master of Counselling“ abschließt. Dazu befindet sich der Studiengang im Prüfverfahren durch die zuständige Akkreditierungs-Agentur, einer Einrichtung im Auftrag der zuständigen Ministerien.

3. Antworten mit dem Personenzentrierten Ansatz auf aktuelle gesellschaftliche Herausforderungen am Beispiel „Schule“

Das deutsche Schulwesen ist in der Krise. Das gilt nicht erst seit „PISA“ und den dramatischen Ereignissen in Erfurt, die Krise ist seitdem aber in den Mittelpunkt öffentlichen Interesses gerückt. Sowohl die Leistungsfähigkeit der Institution Schule als auch die soziale Kompetenz der Schüler und Lehrer stehen in der Kritik.

Die GwG hat dazu ein Fortbildungsprogramm für eine „Personenzentrierte Schule“ entwickelt und allen Schulbehörden und Schulen durch eine Broschüre bekannt gemacht. Das Fortbildungsprogramm soll den an „Schule“ Beteiligten insbesondere helfen, Schule als gemeinsames Werk von Lehrern und Schülern zu begreifen und Konflikte zwischen kognitivem und sozial-emotionalem Lernen zu lösen.

„Personenzentrierte Schule“ realisiert die Grundannahmen des Personenzentrierten Ansatz, dass bei günstigen Bedingungen Lehrer und Schüler und damit die Schulgemeinde sich selbständig und eigenverantwortlich in Richtung auf Wachstum und Selbstaktualisierung entwickeln. Die in Deutschland zunehmende Tendenz zur „Selbständigen Schule“ schafft die organisatorischen Rahmenbedingungen, in denen eine „Personenzentrierte Schule“ Chancen zur Entfaltung und Verwirklichung hat.

Zusammenfassung

Wir können feststellen, dass der zeitweise „aus der Mode gekommene“ Personenzentrierte Ansatz in Deutschland wieder zunehmende Akzeptanz erfährt und aufgegriffen wird.

Der Personenzentrierte Ansatz beinhaltet den Auftrag, zu einer humanen Gesellschaft beizutragen.

In diesem Sinne sind die Bereiche Psychotherapie und Beratung in besonderer Weise geeignet, den negativen Entwicklungen in unserer sozial verarmenden, überwiegend erfolgsorientierten Kultur durch die Verwirklichung der Prinzipien des Personenzentrierten Ansatzes positiv entgegenzuwirken und zur humanen Gestaltung in allen Lebenszusammenhängen unserer Gesellschaft beizutragen.

Rezension

Margarethe Letzel

Josef Giger-Bütler: „Sie haben es doch gut gemeint“. Depression und Familie

Beltz Verlag, Weinheim, 2003, ISBN 3-407-85788-8, 244 Seiten, € 17,90

Depressionen sind ein weit verbreitetes Leiden – und doch wissen auch Fachleute bisher noch wenig Erhellendes darüber. In den letzten Jahren wurden nicht zuletzt auch deshalb mehr und mehr biologische Erklärungen gesucht. Der Wunsch, zu verstehen, was da eigentlich passiert, wenn Betroffenen das Leben zur bleiernen Qual wird, ist groß. Schleichend oder schlagartig kommen solche Zustände – und können sich hartnäckig festsetzen. Erkrankte, Angehörige und nicht zuletzt auch Helfende sind oftmals ratlos und tappen im Nebel. Diesen Nebel etwas aufzuhellen, dieses Unterfangen hat Josef Giger nun unternommen. Der langjährige Psychotherapeut schreibt von seinen Erfahrungen und Schlussfolgerungen, die er aus der Arbeit mit depressiven Klienten gezogen hat. Entstanden ist ein lebendiges, tiefgreifendes Buch zu einer so schwierigen, oft lähmenden Thematik. Mit seiner klaren, erlebnisnahen Sprache ist es ein Buch, das sich zunächst an Betroffene und ihr Umfeld richtet, bietet jedoch zugleich von seinen fachlichen Schlussfolgerungen her auch für Fachleute eine neue Perspektive. Dem Autor ist es gelungen, offen hinzuschauen und hinzuhören, was depressive Menschen erleben und wie sie ihr Leben leben und leiden. Das klingt unspektakulär. Es ist jedoch genau dieses präzise, unverstellte Hinschauen, anhand dessen er verblüffend einleuchtend entwickelt, welches einerseits die Faktoren sind, die zum depressiven Erleben führen und was andererseits den Ansatzpunkt eröffnet, um aus diesem Leiden auszusteigen.

Doch der Reihe nach: Nimmt man das Buch als Fachperson in die Hand, so ist man zunächst ein Stück irritiert. Jedenfalls war für mich durch den mysteriösen Titel zunächst nicht so klar ersichtlich, was der Autor will. Betreibt er Ursachenforschung, wie der Untertitel „Depression und Familie“ suggerieren könnte? Lange Auflistungen im Inhaltsverzeichnis zu verschiedenen Familienkonstellationen, die depressionsfördernd sind, verstärken den Eindruck zunächst, dass es hier vor allem um Kausalkonstruktionen gehe, nach dem Motto: Wenn das und das gegeben, dann folgt die Depression. Das wäre eine Form der Theoriebildung, die andernorts oft nicht recht überzeugt und vor dem Hintergrund neuerer systemtheoretischer

Ansätze immer weniger tragfähig wirkt. Doch um diese Art Ursachenforschung geht es Josef Giger-Bütler nicht. Solches würde auch nicht unbedingt zum neugierigen Weiterlesen reizen. Stutzen lassen vielmehr Kapitelüberschriften wie „Depression und Überforderung – eine unheilvolle Allianz“ oder neue Kategoriebildungen (und verblüffenderweise Gigers-Bütlers einzige zum Phänomen der Depression!) wie „die latente und die manifeste Depression“, weiter Zwischentitelsätze wie „Das Kind ist ,da und doch nicht da‘: Anpassung um jeden Preis“ oder Formulierungen wie „Das Erkennen (die Diagnose) der depressiven Lebensstrategie“.

Und tatsächlich: Die Lektüre zeigt, dass der Autor mit dem vorliegenden Buch aus der phänomenologischen Beschreibung heraus einen eigenständigen Ansatz zu einer Theorie der Depression entwickelt hat. Es ist dabei nicht sein Anspruch, vorausgehend die gängigen übrigen psychologischen Theorien zu depressiven Erkrankungen zu referieren. Ein Umstand, der sowohl das Buch für eine breitere Leserschaft zugänglich hält, aber auch der praxisorientierten Fachperson, die sich nicht durch einen Wust bisheriger Theoriebildung durchbeissen will, sicher nicht ungelegen kommt. Das Buch ist stark untergliedert, lesefreundlich aufgemacht, indem etwa zusammenfassende Abschnitte farblich abgehoben präsentiert sind. Eine Variation von Schrifttypen sowie eine klare graphische Gestaltung von Listen tragen zusätzlich zur Überschaubarkeit bei. Für Fachleute allerdings, die vielleicht gern schneller zur fachlichen Quintessenz des neu Entwickelten gelangen möchten, können die sehr vielen Beispiele und detaillierten Darstellungen von Variationen starrer kognitiver Konstrukte depressiver Menschen eventuell auch etwas langatmig werden. Fachpersonen, die sich davon jedoch nicht abhalten lassen, stoßen auf einen anregenden Fundus kreativer Gedanken zu einem sehr schwierigen psychopathologischen Thema. Mit Sicherheit ist es dem Autor aus seiner psychotherapeutischen Erfahrung mit dem Erleben depressiver Klienten zum einen gelungen, überaus respektvoll dieses Erleben Depressiver zu beschreiben. Das Lesen wird Betroffenen viele Aha-Erlebnisse eröffnen, Momente, in denen sie sich erkannt fühlen und mit dem

Verstanden-Werden sich auch selbst – vielleicht erstmals – verstehen. Damit wird das Phänomen Depression, das sowohl für Betroffene, aber auch für Fachleute so oft rätselhaft und schwer fassbar ist, nachvollziehbar, verstehbar und aus diesem Verstehen heraus weniger mysteriös und damit konkreter veränderbar. So gesehen könnte das Buch für Klienten auch zur die Therapie begleitenden und vertiefenden Lektüre werden. Jedenfalls ist Giger-Bütlers psychotherapeutischer Ansatz bei der Behandlung Depressiver ganz darauf ausgerichtet, dass die Betroffenen sich selbst verstehen lernen und daraus selbst aktiv werden, neue Verhaltensweisen zu finden und zu entwickeln.

Giger-Bütler selbst stellt hierzu zunächst folgende Forderungen für eine Theorie der Depression auf (die geneigten Lesenden beachten bitte die Reihenfolge dieses Forderungskataloges): 1. Eine solche Theorie müsse für den Betroffenen evident sein. 2. Sie müsse einen Weg zur Veränderung und Heilung aufzeigen. 3. Sie müsse umsetzbar sein. 4. Ursache, Verlauf und Heilung sollten schlüssig erklärbar sein.

Damit legt Giger-Bütler selbst die Vorgaben für die Beurteilung seines Buches fest und hängt die Messlatte hoch. Bemerkenswert dabei ist: Er setzt nicht eine Theorie der Depression ins Zentrum seiner Überlegungen, sondern den depressiven Menschen mit seinem Erleben. Dass er diesen Bezugspunkt zu keinem Zeitpunkt verlässt, macht seine Überlegungen sowohl für die Betroffenen als auch für Fachleute so unmittelbar nachvollziehbar und wertvoll. Ohne explizite Bezugnahme beweist er damit, wie sehr er in der Personzentrierten Psychotherapie verankert ist.

Giger-Bütler entwickelt die These von der depressiven Lebensstrategie. Bereits der Begriff „Strategie“ impliziert etwas Aktives und setzt damit dem eigentlich passiven und ohnmächtig-ausgelieferten Erleben Depressiver etwas entgegen, das stützen lässt. Depression ist seiner Definition nach eine überlebte Überlebensstrategie, deren wesentliches Merkmal chronische Überforderung ist, die das Leben blockiert. Es ist dabei nicht einfach Überforderung im Sinne

eines „Immer-höher, Immer-schneller, Immer-effizienter“ gemeint, bei der der Erkrankte einfach nicht mehr mitkonnte. Vielmehr geht es um die grundlegende Überforderung, die es bedeutet, wenn man nicht sich selbst sein darf, sondern ständig den Erwartungen anderer entsprechen soll, eine Überforderung, die aus der chronischen psychischen Entfremdung von sich selbst resultiert. Das ist der Stoff, aus dem – wie Giger-Bütler anschaulich darstellt – aus heiter-hellem Himmel der Absturz in die Depression erfolgen kann. Seine präzise Darstellung solcher Konstellationen, die für den Betroffenen plötzlich Depression bedeuten, zeigt auf der Ebene des menschlichen Erlebens, durch welche trivialen Ereignisse es zum fast völligen Zusammenbruch sich selbst organisierender Prozesse kommen kann. Scheinbar kausale Erklärungen greifen zu kurz, die der Autor wohl aus gutem Grund auch nicht anbringt. Systemtheoretische Beschreibungen über sich selbst organisierende Prozesse würden hier den theoretischen Hintergrund liefern für die von Giger-Bütler aus der Praxis heraus klarsichtig skizzierten Vorgänge, wie es scheinbar „grundlos“ zu solch schweren Zusammenbrüchen kommen kann – womit Giger-Bütler auch systemtheoretisch arbeitenden Psychotherapieforschenden reichhaltiges Material aus der Praxis zur Verfügung stellt.

Die Depression ist seiner Auffassung nach der Kulminationspunkt der depressiven Lebensstrategie und ist zugleich weiser Ausdruck des Organismus, dass es so nicht mehr weitergeht. Die Depression wird mit dieser Auffassung zur Chance für eine grundlegende Neuorientierung. Vor diesem Hintergrund wird ersichtlich, weshalb der Autor zu äußerster Vorsicht beim Einsatz anti-depressiver Medikamente rät: Die Gefahr ist groß, dass die manifeste Depression wieder latent wird und der psychische Schaden immer größer. – Es ist ein differenzierter Fächer reicher Berufserfahrung, den Josef Giger-Bütler öffnet, und der Betroffenen, Angehörigen und auch Fachleuten fürs Verstehen und Verändern einer solch schwierigen Lebenssituation viele Anhaltspunkte bereitstellt, weshalb dem Buch eine weite Verbreitung zu wünschen wäre.

Ladislav Timulák

Einige Ergebnisse der Forschung über Significant Events¹ in der Psychotherapie²

Zusammenfassung: *In diesem Artikel möchte ich ausgewählte Forschungsergebnisse über Significant Events in der Personzentrierten und Experienziellen Therapie darstellen, welche vor allem für die therapeutische Praxis von Nutzen sein könnten. Zunächst gebe ich eine Einführung in die Methodologie der Significant-Event-Forschung. Dann möchte ich vier Aspekte des therapeutischen Prozesses, die aus dieser Forschung resultieren, erörtern: das Gewinnen eines Verständnisses der Therapie, auf die man sich eingelassen hat, durch den Klienten, die Unsicherheit des Klienten über den Therapeuten als Person und als kompetenten Experten, die Definition der Lernergebnisse aus der Therapie durch den Klienten selbst sowie die kooperative Teilnahme des Therapeuten am therapeutischen Prozess. Abschließend soll gezeigt werden, welche Bedeutung diese Aspekte des therapeutischen Prozesses für die Weiterentwicklung der Personzentrierten Psychotherapie haben könnten.*

Schlüsselwörter: *Significant Events, Psychotherapieforschung, forschungsbasierte Psychotherapie*

Abstract: Some Lessons Learned from Doing Research on the Significant Therapy Events. *In this paper I will focus on selected findings from significant events research on person-centered and similar experiential approaches that can be used in the therapeutic practice of person-centered therapy. First I will introduce the methodology of significant events research. Then I will discuss four of therapy process aspects encountered in this kind of research: the client's making a meaning from psychotherapy he or she is involved in; the client's uncertainty about the therapist as a person and as a competent expert; the client's own construal of learnings from the process of therapy; and collaborative participation of the therapist in the course of person-centered psychotherapy. The paper ends with showing interconnections between above presented aspects of therapy process and their meaning for the development of person-centered therapy.*

Key words: *significant events, psychotherapy research, research-informed psychotherapy*

Seit meiner Dissertation beschäftige ich mich mit der Untersuchung von „significant events“ in der Psychotherapie (Timulák, 2002; Timulák & Lietaer, 2001; Timulák & Elliott, 2003; Timulák, Belicova & Miler, 2003). Diese Art der Forschung geht auf Robert Elliott (1984, 1985) zurück und sie besteht aus qualitativen wie auch quantitativen Analysen kritischer Momente des Therapieprozesses, die Klienten³ entweder als signifikant hilfreich oder störend empfinden. Ich werde mich in diesem Artikel auf ausgewählte Ergebnisse dieser Forschung konzentrieren, und zwar auf solche, die in der Personzentrierten Therapie – meine Forschungserfahrung beruht auf ihr sowie auf der Experienziellen Therapie – von praktischem Nutzen sind.

Significant Event Forschung

Die Significant Event Forschung widmet sich, wie bereits erwähnt, der Studie von Momenten, die Klienten als signifikant hilfreich oder störend empfinden. Es existieren verschiedene Ausprägungen dieses Forschungsansatzes. Meine Erfahrung entstammt einem Vorgehen, bei dem Klienten zunächst gebeten werden, hilfreiche Events zu identifizieren (verbal oder mittels Fragebögen, z. B. Llewelyn, 1988) und anschließend zu eben diesen Events interviewt werden. Diese Interviews konzentrieren sich auf die Empfindungen der Klienten während der einzelnen Events (Gefühle, Reflexionen, Auswirkungen und Kontext des Events etc.; siehe z. B. Elliott & Shapiro, 1988). Dem Interview der Klienten folgt das Interview der Therapeuten über die selben Events (dieses Interview befasst sich mit Reflexionen und Beobachtungen der Therapeuten sowie den Auswirkungen des Events). Dabei kennen die Therapeuten den Inhalt des mit den Klienten geführten Interviews nicht. Fallweise finden auch katamnestic Interviews (ein Monat nach der

1 Der Begriff „significant change events“ stammt von Elliott (1984) und bleibt in diesem Artikel aus Gründen der Eindeutigkeit unübersetzt. Vgl. dazu auch den Begriff der „bedeutsamen Momente“ im Beitrag von Karaszová in diesem Heft.

2 Aus dem Englischen übersetzt von Sylvester Keil.

3 Wenn aus dem Kontext nicht Anderes hervorgeht, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen immer beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

ursprünglichen Sitzung) statt. Diese Interviews konzentrieren sich auf die Auswirkungen der Events im Leben der Klienten innerhalb dieses Zeitraums (Elliott & Shapiro, 1988). Alle Interviews und auch die Sitzungen, in welchen sich die Events ereignet haben, werden aufgezeichnet und, für gewöhnlich, transkribiert.

Meiner Erfahrung nach berichten Klienten von 0 bis 7 Events innerhalb einer Sitzung. Im anschließenden Interview wird jeder Event separat behandelt. Die Events werden oft auf Basis von quantitativen Skalen bewertet, welche z. B. das Ausmaß erfassen, in dem sie hilfreich empfunden werden, welche Details dabei wichtig waren oder welche Bedeutung der Rolle des Therapeuten bzw. des Klienten dabei zukommt. Die Fälle, von welchen die einzelnen Events stammen, werden gewöhnlich sorgfältig bezüglich der fortlaufenden Entwicklung der Therapie und einzelner Charakteristika des Prozesses (z. B. der Entwicklung der Beziehungsqualität zwischen Therapeuten und Klienten im Verlauf der Therapie) beobachtet. Dies erlaubt es schließlich, spezifische Events im Kontext des gesamten Falles zu betrachten (siehe Timulák, Belicova & Miler, 2003).

Die gesammelten Significant Events werden sowohl quantitativ wie qualitativ analysiert. Der Schwerpunkt einer Significant-Event-Studie kann variieren. Events können beispielsweise bezüglich der Art ihres wichtigsten hilfreichen oder störenden Einflusses analysiert werden, um so Typen von Significant Events zu definieren (z. B. hilfreiche Events wie: Einsicht, Problemlösung, Problemklärung, Verstehen, persönlicher Kontakt, Bestärkung; und störende Events wie: Nicht-Verstehen, negative Reaktion des Therapeuten, nicht gewollte Gedanken des Klienten; für Forschung dieser Art vgl. z. B. Elliott, 1985). Bei der Suche nach Typen von Significant Events können spezifische Forschungsfragen auftreten wie zum Beispiel: Welche Arten von Events sind bei einer speziellen Form der Therapie üblich (Llewelyn et al., 1988), welche sind charakteristisch für eine erfolgreiche Therapie (Llewelyn et al., 1988), welche werden von Klienten bzw. von Therapeuten als hilfreich empfunden (Llewelyn, 1988; Martin & Stelmaczonek, 1988), oder welche werden von bestimmten Gruppen von Klienten als besonders hilfreich empfunden (Moreno, Fuhrman & Hileman, 1995).

Ein anderer Ansatz der Significant-Event-Forschung ist es, *die Details spezifischer Event-Arten* zu studieren und die ihnen vorausgehenden Prozesse zu identifizieren. Dementsprechend kennen wir detaillierte Studien zu Einsichts-Events (z. B. Elliott, 1984), Problemklärung-Events (z. B. Rees et al., 2001), Empowerment-Events (z. B. Timulák & Elliott, 2003) etc. Es ist weiters möglich, Studien zu finden, die sich mit *spezifischen Prozessen innerhalb eines Significant Events* auseinandersetzen (z. B. die Orientierung des Therapeuten auf Aspekte der Bindung: Hardy, Aldridge, Davidson et al., 1999; der Umgang mit narrativen Prozessen: Grafanaki & McLeod, 1999).

Ich selbst bin nach wie vor an der Erforschung von Typen signifikanter Events sowie deren Analyse im Detail beteiligt. Ich habe Interviews zu mehr als 160 Events aus 11 unterschiedlichen

Therapien geführt und habe darüber hinaus Protokolle von anderen 15 Interviews (samt den zugehörigen katamnestischen Interviews) weiterer 12 Klienten gelesen. Weiterhin habe ich bisher 113 dieser Events analysiert. Der Großteil der Untersuchungen, an denen ich mitgearbeitet habe, sind qualitativer Natur, wobei induktiv nach Ähnlichkeiten in den Erfahrungen der Events und der am Event involvierten Prozesse gesucht wurde. Der Vorteil dieser mit dem Klientenzentrierten Ansatz verträglichen Vorgehensweise ist, dass Klienten von ihrem Erleben und ihren inneren Prozessen berichten, ohne Einzelheiten des Forschungskonzepts zu kennen. Es sind daher tatsächlich die Klienten, die die Bedeutung solcher Therapieprozesse definieren, und nicht die Forscher.

In diesem Artikel möchte ich mich auf vier ausgewählte Aspekte konzentrieren, die sich bei meinen Untersuchungen als besonders wichtig erwiesen haben. Diese Auswahl unterstreicht meine Auffassung, wonach gerade diese Aspekte in der personzentrierten Therapietheorie und in der personzentrierten Ausbildung nicht ausführlich genug berücksichtigt werden.

Das Wesen der Personzentrierten Therapie zugänglich machen – Psychotherapie verstehen lernen

Der erste Aspekt, der hilfreichen Significant Events innewohnt, hat mit einem technischen Aspekt der Personzentrierten Therapie zu tun. Ich nenne diesen Aspekt *Psychotherapie verstehen lernen*. In der Personzentrierten wie auch in anderen Formen der Psychotherapie stellen sich Klienten gewöhnlich zu Beginn des Therapieprozesses Fragen wie etwa folgende: Was wird von mir in dieser Therapie erwartet? Worüber ist es in Ordnung, zu sprechen und worüber nicht? Was versucht die Therapeutin oder der Therapeut zu erreichen? Wie und warum kann mir diese Therapie weiterhelfen? Ein wichtiger Abschnitt des Therapieprozesses wird (zu Beginn der Therapie), aus Sicht der Klienten, der Sammlung von Fakten zur Beantwortung dieser und ähnlicher Fragen gewidmet. Dies ist ein Vorgang, der über den einfachen therapeutischen Vertrag oder das Zurverfügungstellen grundsätzlicher (schriftlicher oder verbaler) Informationen zur Therapie weit hinausgeht.

Das Verstehen-Lernen der Therapie durch Klienten ist kein explizit sichtbarer Prozess, da die Klienten hinsichtlich der Angemessenheit ihrer Fragen unsicher sind und es eventuell unangenehm finden, etwas Enttäuschendes dazu von den Therapeuten zu hören. Klienten können beispielsweise davor zurückschrecken, ihre Zweifel an den Werten des Therapieansatzes zu äußern, nachdem der Therapeut diesen vorgestellt hat.

Klienten wägen auch zu Beginn des Therapieprozesses u. a. den Sinn und die Werte der Therapie ab und versuchen zu erfassen, inwiefern diese in Bezug auf die Probleme, die zur Therapie führten, hilfreich sein können. Diese Art der Einschätzung und Beurteilung

der Sinnhaftigkeit der Therapie spielt m. E. eine große Rolle im Abwägen des Für und Wider der Entscheidung, sich aktiv in der Therapie zu engagieren.

Auf dieses *Verstehen-Lernen der Psychotherapie* bin ich bei der Identifikation von Events gestoßen, deren Schwerpunkt im *Erfassen des Therapieprozesses*, im *Erfassen der Intentionen des Therapeuten*, sowie indirekt im *Erleben von professioneller Leitung der Therapie* (etwa das Beenden einer Sitzung, das Anschneiden eines heiklen Themas, der Umgang mit Schweigen etc.) durch die Klienten liegt (vgl. Timulák & Lietaer, 2001). So könnten sich Klienten beispielsweise direkt an ihre Therapeutin bzw. ihren Therapeuten wenden und fragen: „Was ist das Besondere an der Therapie, die Sie machen?“ Oder sich indirekt erkundigen: „Ich nehme an, Sie haben ein Konzept von dem, was hier passieren soll?“ Oder sie haben Schwierigkeiten mit einem gewissen Aspekt des Therapieprozesses: „Eine Frage: Ihnen ist dieses Schweigen anscheinend nicht unangenehm?“ Was die Klienten hier an der jeweiligen Situation hilfreich finden, ist der offene Dialog mit dem Therapeuten über dessen Therapieansatz beziehungsweise die sensible Führung der Therapie an sich (z. B. wie Schweigen gebrochen wird oder wie der Therapeut erklärt, weshalb er nichts gesagt hat). Die Klienten lernen so, welche Erwartungen in sie gesetzt werden und worauf die Therapeuten abzielen, und können daher abwägen, ob es sinnvoll ist, sich auf diese Therapie einzulassen.

Um die Relevanz von so diffizilen Dingen, wie das Sich-Verständigen über das Wesen der Therapie, abzuklären, werfen wir einen Blick auf einige exemplarische Ergebnisse der allgemeinen Psychotherapieforschung. So kommen etwa Shick, Tyron und Vinograd (2002) in ihrem Bericht zu Studien über Ziel-Übereinstimmung und Ausmaß der Kooperation von Klienten und Therapeuten zu dem Schluss, dass diese Elemente eine entscheidende Rolle für ein erfolgreiches Engagement der Klienten in der Therapie spielen und daher von signifikanter Bedeutung für das Therapieergebnis sind. Rennie (1999) kommt in seiner qualitativen Untersuchung des Erlebens der Therapiesitzung durch Klienten zu einem ähnlichen Ergebnis, wonach Klienten über, im Vorhinein getroffene und eventuell nicht vollständig ausformulierte, Pläne und Strategien bezüglich der Behandlung verfügen, an Hand derer sie den Therapieprozess beurteilen.

Dieser technische Aspekt des Präsentierens des Wesens der Personzentrierten Therapie oder des Reagierens auf den Versuch des Klienten, die Therapie zu verstehen, ist, meines Wissens, kein Schwerpunkt der personzentrierten Ausbildung. Ich nehme an, dass dies deshalb nicht als zentraler Aspekt der Personzentrierten Therapie angesehen wird, weil diese ihr Hauptaugenmerk eher auf das kongruente zwischenmenschliche Erleben der therapeutischen Beziehung legt. Das Streben der Klienten um Verständnis der Therapie und ihre damit verbundenen Sorgen sollten jedoch ernst genommen werden, wie ich auf Grund meiner in der Forschung und zum Teil auch in meiner Praxis gesammelten Erfahrung meine. Die Therapeutinnen und Therapeuten können dies in der Sitzung

wahrnehmen und empathisch explorieren, sie sollten jedoch auch darauf vorbereitet sein, die Konzeptualisierung ihrer Arbeit auf kurze und verständliche Weise zu präsentieren. Das Formulieren und der Gebrauch solcher Konzeptualisierungen sollte auf theoretischer Ebene und in der personzentrierten Ausbildung aufgegriffen werden. In der Ausbildung könnten Kandidaten beispielsweise ihre eigenen diesbezüglichen Erfahrungen in Encountergruppen und in der Lehrtherapie reflektieren. Sie könnten sich zurückerinnern und überlegen, ob sie die Vorgänge in der Gruppe oder der Lehrtherapie zu verstehen suchten, oder ob sie sich über die Hintergründe der Therapeuten und darüber, welche Erwartungen diese in sie setzten, Gedanken machten. Sie könnten auch Überlegungen darüber anstellen, welches Verhalten der Therapeuten oder Gruppenleiter ihnen damals geholfen hätte, besser in den Therapieprozess einzusteigen. Sie könnten weiters das Präsentieren des Wesens ihrer Therapierichtung (sollten Klienten danach fragen) sowie das Erkennen von Zeichen davon üben, dass Klienten Informationen zur Therapie und zum jeweiligen Ansatz wünschen. Ebenso könnten sie lernen, sich (nicht aufdringlich) zu erkundigen, ob Klienten gerne wissen möchten, wie diese bestimmte Therapie funktioniert und was ihr Wesen ist.

Meine Beobachtungen bei der Significant Event Forschung führen mich in Zusammenhang mit anderen Psychotherapieforschungs-Ergebnissen zu dem Schluss, dass Therapeuten in der Lage sein sollten, Fragen der Klienten zur Bedeutung der Personzentrierten Therapie zufriedenstellend zu beantworten. Dies ist m. E. bei Weitem bedeutender für die Klienten als oft in der Therapieliteratur betont wird. Weiters ist dies m. E. – zumindest in der Frühphase der Therapie – weitaus wichtiger als in der Theorie dargestellt. In der Praxis bin ich wahrscheinlich nicht allzu aktiv, was das Präsentieren einer Konzeptualisation des Wesens des von mir angewandten Ansatzes anbelangt; ich bin jedoch überzeugt, dass ich hier sensibel bin und ich bin mir bewusst, dass es den Klienten wichtig sein kann, etwas über die Therapie, die Intentionen der Therapeuten und ihre eigene Rolle zu *wissen*.

Unsicherheit vs. Vertrauen zum Therapeuten – Gewahrsein der zwischenmenschlichen Vulnerabilität des Klienten

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist m. E. die Dynamik zwischen Unsicherheit und Vertrauen in der Beziehung des Klienten zum Therapeuten. In den (von mir untersuchten) Events waren sich Klienten oftmals unsicher über die Rolle, die Gedanken und das Erleben der Therapeuten. Dies zeigte sich in den Berichten durch Äußerungen wie: „Ich war mir nicht sicher, ob der Therapeut nicht verkrampft war“ oder: „Mir fehlte Feedback.“ Die Klienten fühlten sich durch diese Unsicherheit bedroht und nahmen sich vor, dies mehr oder weniger direkt anzusprechen und zu überwinden. Wenn es dazu

kam, dass die Klienten das Erleben der Therapeuten erfassen konnten, wurde dies als Significant Event identifiziert, weil sie sich dadurch in der Therapie geborgener fühlen konnten.

Die Unsicherheit kann sich in *Vorbehalten* gegenüber der Therapeutin („Ich wusste nicht, ob es sie interessiert“) oder in der Wahrnehmung vom Therapeuten („Er ist, als Person, ganz anders als ich“) zeigen. Unsicherheit kann sich auch in Form stiller *Beobachtung* der Therapeutin manifestieren, z. B. „Mir ist aufgefallen, dass die Therapeutin begann, [mir] aufmerksamer zuzuhören.“ Solch ein Ausdruck von Unsicherheit ist nicht immer ein Kriterium dafür, ob ein Event hilfreich ist. (Ein Event kann wegen einer erlangten Einsicht hilfreich sein, trotzdem Unsicherheit gegenüber dem Therapeuten diesen Prozess begleitet hat.) In Fällen, in denen das Überwinden der Unsicherheit jedoch das zentrale Thema des Events war, zeigte sich das in Äußerungen von Gefühlen der *Geborgenheit* (z. B. „Ich fühle mich jetzt langsam sicher bei ihm [dem Therapeuten]“), im Erleben von persönlicher Nähe (z. B. „Er [der Therapeut] wirkte auf mich wie ein alter Freund, der in dieser Situation bei mir blieb“), in einer ausgewogenen *Kräfteverteilung in der Beziehung* (z. B. „Ich hatte das Gefühl einer bestehenden Balance zwischen uns, das ich zuvor nicht hatte“), und in *Offenheit* dem Therapeuten gegenüber (z. B. „Ich fühlte, dass ich es nicht nötig hatte, etwas zu verschweigen“) etc. (vgl. Timulák & Lietaer, 2001). Die Überwindung der Unsicherheit hatte in diesen Fällen damit zu tun, dass die Klienten sich von den Ansichten der Therapeuten nicht (mehr) persönlich verunsichert fühlen mussten.

Grundsätzlich berührt die Unsicherheit bezüglich der Ansichten, welche die Therapeuten gegenüber den Klienten wohl hegen, Bereiche und Fragen wie etwa: Was hält die Therapeutin von mir als Person? Was denkt der Therapeut über dieses spezifische Thema? Diese Fragen sind von zwischenmenschlicher Bedeutung, und die Antworten der Klienten beziehen sich darauf, ob es sich bei den Therapeuten um solche Personen handelt, zu welchen sie gerne in Therapie gehen. Sie wollen wissen, wie die Therapeuten zu ihnen stehen, und zwar sowohl auf einer persönlichen Ebene wie auch in Bezug auf die zu explorierenden Probleme (sehr ähnlich zu Rogers' ursprünglichem Konzept der Wertschätzung). Dies ist insofern verständlich, als der Klient mit schmerzenden Anliegen in die Therapie kommt, die oft unangenehme Gefühle auslösen. Diese Verletzlichkeit führt zu einer größeren Ängstlichkeit bezüglich des Willkommen-Seins beim Therapeuten. Ein großer Teil dieser verletzlichen Erfahrungen ist insofern interpersonal konnotiert, als die Klienten fürchten, dabei missverstanden, ins Lächerliche gezogen und nicht ernstgenommen zu werden oder auch beim Therapeuten Ängste auszulösen, wie sie es in Beziehungen außerhalb der Therapie erlebt haben. Von daher rührt die Unsicherheit gegenüber der Position des Therapeuten.

Es gibt noch eine weitere Art von Unsicherheit bei Klienten. Diese entstammt eher der Hoffnung, der Therapeut sei nicht nur eine verständnisvolle Person und auf der Seite des Klienten, sondern

darüber hinaus ein kompetenter Experte, der wirklich helfen kann. Diese Unsicherheit bezieht sich auf den Level des fachlichen Könnens des Therapeuten. Still und leise mögen sich Klienten daher fragen: *Wie fähig ist der Therapeut, verletzbare Gefühle zu behandeln? Was kann er oder sie wohl bei meinen Problemen erreichen?* In den Interviews mit Klienten einer prozess-experienziellen Therapie (Timulák & Elliott, 2003) finden wir beispielsweise Aussagen wie: „Ich hatte das Gefühl, dass er [der Therapeut], wenn er mit dieser Art Erleben [unterdrückte innere Stimme des Klienten] umgehen kann, so gut wie alles handhaben kann.“ Dieser Klient hatte das fachliche Können des Therapeuten erlebt, mit verletzlichen Gefühlen umzugehen. Er wusste so aus erster Hand, dass er der sensiblen Expertise des Therapeuten im Umgang mit schmerzhaften Gefühlen und den mit ihnen verbundenen Bedeutungen vertrauen konnte. Dies könnte, wenn auch nicht immer sofort beim momentanen Event, dazu beitragen, die Unsicherheit bezüglich der Fähigkeit des Therapeuten aufzulösen, ob er bei einem intensiven emotionalen Erleben, das dem Klienten eventuell Angst macht, unterstützend eingreifen kann. Dieses Beispiel illustriert die Bedeutung der Unsicherheit von Klienten hinsichtlich der Kompetenz der Therapeuten, konstruktiv mit schmerzlichem und panischem Erleben umzugehen, welches die Klienten als unerträglich empfinden und oft zu verdrängen suchen.

Um auf Resultate anderer Studien über die Vulnerabilität von Klienten und deren davon bedingte Beurteilung des Therapeuten zurückzukommen, möchte ich besonders auf Rennie's (1990) Untersuchungen verweisen, in denen Beispiele einer bestimmten *Rücksichtnahme* des Klienten gegenüber dem Therapeuten lokalisiert wurden. Es handelt sich dabei darum, dass sich Klienten unklar sind über die Macht, welche der Therapeut über sie hat, und sich daher dafür entscheiden, sich dem Therapeuten und seiner Arbeitsweise zu fügen. Nichtsdestotrotz beobachten und bewerten sie stillschweigend das Verhalten des Therapeuten, ob es für sie sinnvoll und förderlich sein kann. Diese Fügsamkeit kann jedenfalls Therapeuten in die Irre führen, denen nicht gewahr wird, dass in der Therapie oder der Therapiebeziehung etwas schief läuft.

Diese Studien haben mir zu einem Bewusstsein von der interpersonellen Vulnerabilität von Klienten verholfen, welche in der Therapie oft gar nicht oder nur teilweise zum Ausdruck gebracht wird. Obwohl dies für die Personenzentrierte Therapie wie auch für andere Therapieformen ohnehin schon zentral ist, so muss doch noch betont werden, wie wichtig das Wahrnehmen dieser Vulnerabilität in den spontanen Äußerungen von Klienten und im Kontext signifikanter Events für den Therapieprozess ist. Dies scheint eine Dimension zu sein, um die ein Großteil des Therapieprozesses kreist, und die bei Weitem wichtiger für den Erfolg therapeutischer Arbeit ist, als dies in der Literatur zum Ausdruck kommt. Klienten bewerten die Qualität der Therapie durch ihr Urteil, ob die Therapeutin oder der Therapeut die richtige Person im Allgemeinen und hinsichtlich einer Lösung ihrer Probleme ist. Sie kommen zu dieser Beurteilung durch

das Wahrnehmen der persönlichen Einstellung des Therapeuten ihnen gegenüber sowie von dessen therapeutischer Kapazität. Das Bewusstsein dieses interpersonalen Aspektes von Psychotherapie sollte, obschon nicht neu, stets im Zentrum der Psychotherapieausbildung stehen.

Das eigene, aktive Lernen des Klienten – die Berücksichtigung seiner eigenen Arbeitsweise

Ein weiterer Aspekt, der mir unter dem Einfluss von Bohart und Tallman (1999) bei den untersuchten signifikanten Events begegnete, ist die *Aktivität des Klienten*. Genauer gesagt geht es dabei um die *Definition der Ergebnisse der Therapie durch den Klienten selbst*. In der Significant-Event-Forschung erscheint die Eigendefinition der Therapieergebnisse durch den Klienten auf zweierlei Art: Einmal ist sie repräsentiert in Klientenberichten von einer Einsicht oder einem Gewährwerden bestimmter Aspekte eigenen Erlebens, welche sie den Therapeuten nicht kommuniziert hatten. Die Therapeuten wussten in diesen Fällen nicht, weshalb der Event für die Klienten bedeutsam war. (Die Tatsache, dass die Events von Bedeutung waren, ergab sich, da sie zu ihnen befragt wurden.) Sie schrieben dabei den förderlichen Einfluss des Events gewöhnlich anderen Aspekten zu als die Klienten.

Von einer zweiten Art, in welcher Eigendefinitionen der Therapieergebnisse durch den Klienten zum Vorschein kommen, kann dann gesprochen werden, wenn Klienten auf andere Weise als theoretisch vorgesehen von der Therapiemethode profitieren. Dieser zweite Aspekt der aktiven Rolle der Klienten wurde in der Untersuchung von bestärkenden („empowering“) Events in der prozess-experienziellen Therapie von Depressionen sichtbar, bei welchen die Klienten die Zwei-Stühle-Technik anwandten, um Konflikte zwischen zwei Teilen des Selbsts zu lösen (Timulák & Elliott, 2003). Obwohl das theoretische Modell, unterstützt durch die Interpretation der Forschungsergebnisse, die Versöhnung der beiden Teile als Kern der Konfliktlösung ansieht, profitierten die Klienten bei diesen bestärkenden Events jedoch eher von der ausführlichen Exploration der beiden Teile und von der Reflexion ihres gesamten Erlebens in beiden Positionen. Diese Erkenntnisse wurden von Klienten beschrieben, die nicht wussten, dass das theoretische Modell vor allem die Versöhnung der beiden in Konflikt stehenden Teile des Selbsts betont. Andere Studien, wie zum Beispiel die Arbeit von Marin und Stelmaczek (1988), kommen zu ähnlichen Resultaten. Wenn Klienten wie Therapeuten signifikante Events in den gemeinsamen Sitzungen identifizieren sollen, ergibt sich dabei eine Übereinstimmung von lediglich 30 Prozent, was den Schluss nahe legt, dass beide verschiedene Aspekte des Therapieprozesses ganz unterschiedlich bewerten. Weiters deutet dies an, dass Therapeuten nicht besonders gut beurteilen können, was ihre Klienten aus der Therapie wirklich mitnehmen.

Diese beiden Beispiele aus Untersuchungen, an denen ich beteiligt war, zeigen, dass Klienten „geheime“ Erfahrungen machen, die ihnen Einsicht oder neue Erkenntnisse bezüglich ihres problematischen Erlebens ermöglichen, und dass diese Entwicklungen nicht unbedingt den theoretisch formulierten Regeln dafür folgen. Dies bedeutet, dass wir versuchen sollten, eine Theorie zu entwickeln, die erklärt und kohärent modelliert, wie therapeutische Prozesse zu solchen geheimen und vom Therapeuten nicht wahrgenommenen Einsichten führen. Die oben erwähnte Rücksichtnahme und die interpersonale Verletzbarkeit und Unsicherheit erklären vielleicht, warum diese Einsichten oder Erkenntnisse nicht mit dem Therapeuten geteilt werden. Es wäre jedoch dennoch von Interesse, nachzuvollziehen, wie diese Einsichten und Erkenntnisse ohne das Wissen oder den bewussten Beitrag des Therapeuten zustande kommen. Das Konzept von Bohart und Tallmans (1999) über den aktiven Klienten könnte einen guten Ansatzpunkt für die Entwicklung einer solchen Theorie darstellen.

Die aktive Rolle des Klienten, wie sie Bohart und Tallman (1999) verstehen, ist nicht bloß auf geheime Einsichten während der Therapie beschränkt. Klienten versuchen aktiv etwas aus der Therapie zu gewinnen, das sie im Alltagsleben nutzen können. Sie beurteilen das Angebot des Therapeuten, treffen den Entschluss, sich der jeweiligen Therapietechnik zu fügen, bewerten, was sie davon haben und entscheiden, sich weiter in die Therapie einzulassen. Während dieses Engagements lernen sie aktiv dazu, aber sie geben dem Therapeuten auch – direkt oder indirekt – Hinweise, welche Anpassungen an der Therapiemethode vorgenommen werden könnten, um ihnen mehr oder besseres Lernen zu ermöglichen. Rennie (1990) beschrieb, wie schon erwähnt, dass Klienten eigene Strategien und Pläne in die Therapie einbringen. Diese sind vielleicht nicht vollständig ausformuliert und eher intuitiver Natur, doch Klienten können sich im Therapieprozess auf sie beziehen. Klienten wissen daher, wann eine Therapie zu beenden ist, was für sie im Moment nicht verträglich ist, wann der Prozess stockt, weil etwas in der Beziehung nicht stimmt u. a. m. Sie sind dem Therapeuten gegenüber oftmals sehr tolerant (das Ausmaß dessen ist wahrscheinlich abhängig vom Schwierigkeitsgrad ihrer Probleme) und sie sind fähig, aus dem Spektrum des Angebots des Therapeuten das zu wählen, was ihnen passt, und den Rest elegant zu ignorieren.

Die aktive Rolle des Klienten sollte m. E. im gesamten Verlauf einer Personzentrierten Therapie gefördert werden. Sie kann durch das Bewusstsein des Therapeuten von der Kreativität der Klienten sowie durch seine Zurückhaltung bei der Bestimmung dessen, was den größten Nutzen der Therapie ausmacht, gefördert werden; sie kann ebenso durch direktes Nachfragen nach den Erwartungen, die Klienten in die Therapie setzen, was ihrer Meinung nach hilfreich sein könnte (Duncan & Moynihan, 1994), was sie bisher von Nutzen fanden oder was sie bisher vermissten u. Ä. m., stimuliert werden. Dies bedeutet nicht, dass der Therapeut alle Erwartungen

und Ansichten des Klienten erfüllen sollte. Die Therapeuten sollen selbstverständlich eine klare Vorstellung ihres Angebots an die Klienten haben. Sie können jedoch empathisch die Ansichten der Klienten explorieren und mit dem Kurs des Therapieprozesses vereinbar machen. Weiters können Therapeuten die aktive Rolle ihrer Klienten außerhalb der Therapie unterstützen. Die aktive Rolle der Klienten sollte in der Personzentrierten Therapie wie auch in anderen Richtungen überarbeitet werden, beispielsweise, wie von Bohart und Tallman (1999) skizziert, unter Beachtung ihrer empirisch belegten zentralen Rolle für den Erfolg der Therapie.

Der Beitrag des Therapeuten – Plädoyer für eine deutlich dialogischere Einstellung des Therapeuten

Wenn die Rolle des Klienten in der Personzentrierten Therapie theoretisch aufgewertet werden soll, so trifft dies auch, wie mich meine Forschungserfahrung zu glauben veranlasst, auf die Rolle des Therapeuten zu. Die förderlichen therapeutischen Grundeinstellungen und eine grundlegend empathische Art der Exploration spielen wahrscheinlich die größte Rolle bei den Significant Events in der Therapie. Die Qualität der therapeutischen Beziehung ist für die Klienten das Wichtigste in der Therapie. Es wird dabei v. a. von Gefühlen des Verstandenwerdens und des empathisch Gehörtwerdens berichtet. Klienten schätzen das Verstehen des Therapeuten bezüglich ihres Erlebens, das Akzeptieren bestimmter Gefühle, die Bestätigung des Rechts auf gewisse Gefühle, die geteilte Sicht der erörterten Themen, den Unterschied der therapeutischen Reaktion im Vergleich zu Erfahrungen der Klienten in anderen Beziehungen etc. (vgl. Timulák & Litaer, 2001). Es gibt auch Momente in der Therapie, die deswegen signifikant sind, weil der Klient wichtige Geschichten aus seinem Leben berichten konnte und der Therapeut dabei achtsam und feinfühlig zugehört hat; es handelt sich um ähnliche Momente, wenn der Therapeut wichtigen Erfolgen oder Entwicklungsschritten im Erleben des Klienten (sich selbst schützen, sich selbst bestärken, veränderungsorientiert sein, Hoffnung kreieren) Anerkennung zollen kann (Timulák & Elliott, 2003)

Als hilfreich erlebten Klienten jedoch auch therapeutische Beiträge zu ihrem Explorationsprozess, die eher technischer Art waren, die aber natürlich mit der wertschätzenden Präsenz der Therapeutin oder des Therapeuten verbunden sein müssen. Es handelt sich dabei etwa um exakte Verbalisierungen des Erlebens, um klärende Interventionen, um pointierende Interventionen, die bisher unbemerkte Aspekte des Erlebens oder des Verhaltens aufgreifen, um experienzielle Interventionen, welche das bearbeitete Thema auf nicht-kognitive Weise (z. B. Imagination, Ausleben von Gefühlen) ansprechen, um das Ansprechen des Kerns des Erlebens des Klienten, um Ermutigen (empowerment), um das Erleichtern des Ausdrucks unterdrückten Erlebens (dies ist Teil des wachsenden

Vertrauens, welches in den Therapeuten gesetzt wird); und überhaupt um das Nachfragen, die sanfte Konfrontation, das Teilen von Beobachtungen u. v. a. m. (vgl. Timulak & Lietaer, 2001; Timulak, Belicova & Miler, 2003; Timulak & Elliott, 2003).

Klienten wissen die kompetente Beteiligung des Therapeuten am Therapieprozess zu schätzen, und viele wünschen sich, nach meinen Forschungsergebnissen, sogar mehr Input vom Therapeuten und ganz besonders vom Personzentrierten Therapeuten. Dies geht aus deren Erinnerung an Significant Events hervor sowie aus katamnestischen Evaluationen, bei denen Klienten gefragt wurden, was ihnen in der Therapie abging oder was sie vorschlagen würden, anders anzugehen. Die Klienten möchten offenbar erfahren, was ihr Therapeut sowohl als Person wie auch als Experte anzubieten hat. Ein Klient drückte dies im Interview nach der Therapie so aus: „Mir fehlte eine mehr dialogische Art des Gesprächs.“ Jeder Personzentrierte Therapeut stellt eine wesentliche Ressource für seinen Klienten dar; es sollte daher stets eine gemeinsame Abstimmung, wenn nicht gar Übereinstimmung zwischen ihnen bestehen, sowohl hinsichtlich des Ausmaßes an Förderung und Erleichterung beim Explorieren, Erleben, Verstehen und Bearbeiten problematischer Erfahrungen, wie auch hinsichtlich des Beitrags, der aus der Reflexivität und Kompetenz des Therapeuten resultiert.

Das Verständnis der therapeutischen Zusammenarbeit in der Personzentrierten Therapie sollte dahingehend überarbeitet werden, dass der Therapeut seinen eigenen Bezugsrahmen (frame of reference) benutzen kann, um den Bezugsrahmen des Klienten zu fördern. Personzentrierte Therapeuten bemühen sich meist, nicht zu direktiv oder vorschreibend zu sein, da sie die eigenen Ressourcen des Klienten betonen bzw. diese nicht vorzeitig negieren möchten, doch diese „Nichtdirektivität“ wird von Klienten manchmal als Passivität empfunden. Klienten wünschen sich, dass die Therapeuten ihre Gefühle, Reflexionen und Gedanken ausdrücken, damit sie diese beim Versuch, sich zu verändern, aktiv nutzen können. Dies kann auf eine kooperative, dialogische Art durch eine stärkere Aktivität des Therapeuten erreicht werden, ohne dabei die Grundsätze des Klientenzentrierten zu verraten (siehe Bohart & Tallman, 1999). Der Therapeut kann jederzeit überprüfen, auf welche Art und Weise der Klient sich Hilfe von ihm erwartet. Weiters kann er in Erfahrung bringen, ob der Klient Interesse an den Ideen und professionellen Ressourcen (z. B. experienzielle Techniken) hat, welche dem Therapeuten während der Exploration eines spezifischen Themas durch den Kopf gehen. Dies bedeutet nicht, dass der Therapeut den Kontakt zum Bezugsrahmen des Klienten verliert, auf den er sich ja ständig beziehen kann. Das bedeutet auch nicht, dass die Therapeuten die Klienten übergehen sollten; sie sollten nur bereit sein, ihre Ideen mitzuteilen, sobald sie merken, dass die Klienten sich diesen, über das grundsätzliche personzentrierte Modell hinausgehenden, Beitrag wünschen. Dies sollte jedoch in einer experienziell lebendigen und kreativen Art und Weise geschehen, damit es den explorativen Erlebensfluss der Klienten anspricht.

Eine solch kooperative therapeutische Haltung in theoretischer und praktischer Hinsicht weiter auszuarbeiten, übersteigt allerdings den Rahmen dieses Artikels.

Zusammenfassung – Beteiligung der Klienten, vertrauensvolle Beziehung und Kooperation

Die vier von mir ausgesuchten und hier präsentierten Aspekte stehen m. E. miteinander in einem direkten Zusammenhang. Das Verstehenlernen der Therapie durch die Klienten scheint ein Ausdruck ihrer aktiven Herangehensweise zu sein; zugleich ist es eine Vorbedingung für die Entscheidung, sich aktiv an der Therapie zu beteiligen. Die Beurteilung der Therapie wiederum geht Hand in Hand mit der Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit und der Kompetenz des Therapeuten. Die Klientin bzw. der Klient überprüft, wie die der Therapeut mit ihr bzw. ihm als Person umgeht (respektvoll, mit Sympathie, ob er ähnliche Wertvorstellungen hat etc.), sie bzw. er überlegt, welche Auffassung der Therapeut zu bestimmten problematischen und in der Therapie behandelten Themen hat (je nachdem, ob die Klienten in einer Opferrolle oder selbst für ihre Probleme verantwortlich sind, was der Therapeut über ein spezifisches Verhalten denkt, das bizarr oder ethisch problematisch sein mag, etc.). Schließlich machen sich Klienten auch Gedanken darüber, ob ihre Therapeuten über ausreichend Expertise für die Behandlung ihrer konkreten Probleme verfügen (konzentriert sich der Therapeut zu sehr oder auch viel zu wenig auf Emotionen, wird er durch das Erleben des Klienten verwirrt oder gar selbst in Ängste gestürzt etc.).

Diese Beurteilung kann, so sie erfolgreich ist, die Basis für die *Beteiligung des Klienten* an einem Therapieprozess bilden, der wesentlich durch Beiträge des Klienten gekennzeichnet ist. Diese Beteiligung ist jedoch von der Qualität einer persönlichen und kooperativen Beziehung abhängig. Die Beteiligung des Klienten und sein Vertrauen in den Therapeuten werden erst durch die erlebte persönliche Wertschätzung und fachliche Kompetenz des Therapeuten vermittelt. Letzteres inkludiert eine wirklich dialogische Grundhaltung des Therapeuten.

Literatur

- Bohart, A. C., & Talmann, K. (1999). *How clients make therapy work*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Duncan, B. L., & Moynihan, D. (1994). Applying outcome research: Intentional utilization of the client's frame of reference. *Psychotherapy, 31*, 294–301.
- Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. In L. Rice and L. Greenberg (Eds.), *Patterns of Change* (pp. 249–286). New York: Guilford Press.
- Elliott, R. (1985). Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: An empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology, 32*, 307–322.
- Elliott, R., & Shapiro, D.A. (1988). Brief structured recall: A more efficient method for studying significant therapy events. *British Journal of Medical Psychology, 61*, 141–153.
- Grafanaki, S., & McLeod, J. (1999). Narrative processes in the construction of helpful and hindering events in experiential psychotherapy. *Psychotherapy Research, 9*, 289–303.
- Hardy, G. E., Aldridge, J., Davidson, C., Rowe, C., Reilly, S., & Shapiro, D.A. (1999). Therapist responsiveness to client attachment styles and issues observed in client-identified significant events in psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research, 9*, 36–53.
- Llewelyn, S. P. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology, 27*, 223–237.
- Llewelyn, S. P., Elliott, R., Shapiro, D.A., Hardy, G., & Firth-Cozens, J. (1988). Client perceptions of significant events in prescriptive and exploratory periods of individual therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 27*, 105–114.
- Martin, J., & Stelmaczek, K. (1988). Participants' identification and recall of important moments in counseling. *Journal of Counseling Psychology, 35*, 385–390.
- Moreno, J. K., Fuhriman, A., & Hileman, E. (1995). Significant events in a psychodynamic psychotherapy group for eating disorders. *Group, 19*, 56–62.
- Rees, A., Hardy, G. E., Barkham, M., Elliott, R., Smith, J. A., & Reynolds, S. (2001). "It's like catching a desire before it flies away": A comprehensive process analysis of a problem clarification event in cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychotherapy Research, 11*, 331–351.
- Rennie, D. (1990). Toward a representation of the client's experience of the psychotherapy hour. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 155–172). Leuven: Leuven University Press.
- Shick Tryon, G., & Vinograd, G. (2002). Goal consensus and collaboration. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 109–128). New York: Oxford University Press.
- Timulák, L. (2002). Výskum dôležitých momentov v procese psychoterapie – prehľad doterajších zistení. [Forschung über signifikante Events im Psychotherapieprozess: Übersicht über die Ergebnisse]. *Československá Psychologie, 46*, 536–548.
- Timulák, L., & Lietaer, G. (2001). Moments of empowerment: A qualitative analysis of positively experienced episodes in brief person-centred counselling. *Counselling and Psychotherapy Research, 1*, 62–73.
- Timulák, L. & Elliott, R. (2003). Empowerment events in process-experiential psychotherapy of depression. *Psychotherapy Research, 13*.
- Timulák, L., Belicova, A. & Miler, M. (2003, July). *Analysis of significant events in a successful therapy of 'unjoyfulness', experienced loneliness, and workaholism*. Paper presented at 34th annual conference of the Society for Psychotherapy Research, Weimar, Germany.

Autor

Ladislav Timulák, PhD, geb. 1971, Psychologe, Ass. Prof. am Institut für Psychologie der Universität Trnava, Slowakei; arbeitet in freier Praxis und als Trainer in der postgraduellen Psychotherapieausbildung (u. a. im PCA Institut – Ister). Interessenschwerpunkte: Psychotherapieforschung und verschiedene professionelle und ethische Aspekte in den Bereichen psychologische Beratung, Psychologie und Psychotherapie.

Korrespondenzadresse

*Dr. Ladislav Timulák
Institut für Psychologie der philosophischen Fakultät
Universität Trnava
Hornopotocna 23
918 43 Trnava
Slowakische Republik
E-Mail: ltimulak@truni.sk*

Katarína Karaszová

Bedeutsame Augenblicke in der Personzentrierten Therapie – Reflexionen einer Therapeutin¹

Zusammenfassung: Dieser Beitrag widmet sich der Darstellung bestimmter bedeutsamer² therapeutischer Momente, wie sie sich im Rahmen der therapeutischen Arbeit der Autorin mit zwei verschiedenen Klienten und innerhalb verschiedener Perioden ihrer Tätigkeit ereignet haben. Die beiden Prozesse beinhalten die Arbeit mit dem Felt Sense von bestimmten persönlichen Schlüsselerfahrungen der Klienten, die zuvor nicht verarbeitet und integriert werden konnten. Obwohl das Ausmaß an Prozessdirektivität der Therapeutin bei der Arbeit mit den beiden Klienten äußerst unterschiedlich war, wurden die jeweiligen Episoden von beiden Klienten als persönlich besonders bedeutsam erlebt. Die Autorin betont die Wichtigkeit einer therapeutischen Beziehung, welche von den Klienten in einer solchen Weise als sicher und zuverlässig erlebt wird, dass sie sich bedrohlichen und schmerzvollen Erfahrungen zuwenden und diese explorieren und integrieren können.

Schlüsselwörter: Personzentrierte Therapie, Prozess-experienzielle Therapie, Focusing, Felt Sense, Felt Shift

Abstract: Some miraculous moments in person-centered therapy—The therapist's reflections. The article is devoted to some of "miraculous" therapeutic moments that occurred during author's therapeutic work with two different clients, in different phases of her practice. Both moments were touching the work with the felt sense of some of the client's personally important key experience, which hadn't been fully processed and integrated before. Although the therapist's degree of process-directivity differed with each client, both episodes were described by the clients as personally deeply meaningful. The author underlines the key role of the therapeutic relationship perceived by the client as safe and trustworthy enough to enable him/her to face his/her too threatening and painful experiences, to explore and assimilate them.

Key words: person-centered therapy, process-experiential therapy, focusing, felt sense, felt shift

Ich arbeite bereits seit beinahe 10 Jahren als Psychotherapeutin und lerne immer noch dazu. Das wird wohl immer so bleiben, denke ich. Von Anfang an waren mein Leben und meine therapeutische Arbeit im Personzentrierten Ansatz verwurzelt und obwohl meine philosophische Grundausrichtung dieselbe geblieben ist, entwickelte sich der Stil meiner Therapiearbeit beständig weiter. Die Werke von Gendlin, Greenberg, Rice, Elliott, Lietaer, Leijssen und anderer experienzieller und prozess-experienzieller Therapeuten³ haben mich sehr angesprochen und meine therapeutische Arbeit beeinflusst. Was slowakische Therapeuten betrifft, so schätze ich die Gedanken und Untersuchungen von Laco Timulák für meine Arbeit als besonders inspirierend ein.

In diesem Artikel befasste ich mich mit fesselnden therapeutischen Erlebnissen, die für mich bedeutsame Augenblicke einer Therapie darstellen – die Momente, in denen sowohl die Therapeutin als auch der Klient dessen „inner shift“ sehen und spüren können, in denen der Mikroprozess der positiven inneren Veränderung des

Klienten sichtbar wird und zu seiner persönlichen Weiterentwicklung führt, was besseres und sinnerfüllteres Leben ermöglicht.

Ich stelle nun verschiedene Möglichkeiten vor, wie diese Erlebnisse in einer Therapie erreicht werden können.

Kurzer Aufriss des theoretischen Hintergrunds

Der Vater des Personzentrierten Ansatzes – Carl Rogers – meint, die Wurzel des Veränderungspotenzials des Klienten liege in der Aktualisierungstendenz, d. i. „die dem Organismus innewohnende

1 Aus dem Englischen übersetzt von Lore Korbei.

2 Anm. des Hrsg.: Die Bezeichnung „bedeutsam“ wurde mit Bezug auf den Begriff „significant change events“ von Elliott (1984) gewählt.

3 Wenn aus dem Kontext nicht Anderes hervorgeht, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen immer beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, daß sie der Erhaltung oder Förderung des Organismus dienen“ (Rogers, 1959/1987, S. 21)

In jedem Menschen findet sich nun neben der Aktualisierungstendenz auch die Selbstaktualisierungstendenz, die von Ersterer relativ unabhängig ist. „Die allgemeine Tendenz zur Aktualisierung drückt sich auch in der Aktualisierung des Teils der organismischen Erfahrung aus, in dem sich das symbolisiert, was wir Selbst nennen.“ (Rogers, 1959a/1987, S. 22). Unter Selbst verstehen wir das momentan vorhandene Gewahrsein unser selbst sowie unsere Beziehung zu uns selbst, zu anderen und zur Umgebung. Dieses Selbst wiederum beeinflusst unsere eigenen Erfahrungen, indem wir ihnen eine bestimmte Bedeutung geben. Wenn man dabei nicht präzise symbolisiert, was man auf der organismischen Ebene fühlt, kann man in Schwierigkeiten kommen, weil das Selbst manche Erfahrungen nicht akzeptiert oder sie verzerrt; sie erscheinen irgendwie gefährlich für das Selbst und entsprechen nicht dem aktuell vorhandenen Selbstkonzept. In diesem Fall wurzelt das Motiv der menschlichen Bemühung im Selbst, korrespondiert jedoch nicht mit den Bedürfnissen des gesamten Organismus (vgl. Timulák, 1996). Die jeweilige Person gerät dadurch in einen Zustand psychischen und physischen Unwohlseins.

Im Laufe einer Personzentrierten Therapie wird der Klient zunehmend kongruent. Rogers (1959a/1987, S. 32) versteht Kongruenz als Übereinstimmung zwischen dem Selbst und den organismischen Erfahrungen: „... wenn also Selbsterfahrungen exakt symbolisiert erlebt und in dieser exakt symbolisierten Form in das Selbstkonzept integriert werden.“ In der Personzentrierten Therapie zielt der Therapeut darauf ab, eine Art von Beziehung zur Verfügung zu stellen, innerhalb der der Klient stärker kongruent werden kann – „und genau seine Erfahrungen symbolisiert, ohne sie defensiv zu verzerren.“ (Timulák, 1998, S. 1). Wenn der Therapeut gemäß Rogers (1961a/1973, S. 47) „eine gewisse Art von Beziehung herstellen kann, wird der andere die Fähigkeit in sich selbst entdecken, diese Beziehung zu seiner Entfaltung zu nutzen, und Veränderung und persönliche Entwicklung finden statt.“ Wenn ein Klient den Therapeuten als jemanden erlebt, der ihm kongruente bedingungslose Wertschätzung seiner Person anbietet gemeinsam mit dem Bestreben, seine Erfahrungen aus seinem Bezugsrahmen heraus zu verstehen, so führt das nach Rogers zu einer Harmonisierung der Selbstaktualisierungstendenz mit der Aktualisierungstendenz des Klienten. Im Laufe der Therapie widmet sich der Klient zunehmend seinem organismischen Bewertungsprozess. „Dieses Konzept beschreibt einen fortwährenden Prozeß, in welchem Werte niemals endgültig fixiert sind, sondern Erfahrungen exakt symbolisiert und kontinuierlich in Hinblick auf die erlebte organismische Erfahrung bewertet werden. Der Organismus erlebt Befriedigung durch jene Stimuli oder Verhaltensweisen, die den Organismus und das Selbst erhalten und fördern und zwar gleichermaßen in der Gegenwart als auch auf lange Sicht.“ (Rogers, 1959a/1987, S. 37).

Gemäß Gendlin (1964) tritt eine therapeutische Veränderung ein, wenn der Klient den Felt Sense einer Erfahrung entdeckt, was mit einer merklichen physischen und psychischen Erleichterung und dem Zustrom neuer Energien einhergeht. Der Felt Sense kann im Laufe eines experienziellen Focusing gefunden werden, wenn der Klient in seinem Gewahrsein genau die Bedeutung einer Erfahrung symbolisiert, die er auf der physisch-organismischen Ebene fühlt. Wenn ein Klient in Kontakt mit seiner Erfahrung kommt und seine Aufmerksamkeit voll darauf konzentriert, entdeckt er neue Aspekte in ihr. Die Erfahrung wird differenziert und in einer größeren persönlichen Bedeutsamkeit reorganisiert und so in das Selbst integriert.

So wird das Experiencing zu einer verlässlichen Quelle für unser Denken, unser Handeln und für das Treffen von Entscheidungen, während die Selbstaktualisierungstendenz und die Aktualisierungstendenz in Übereinstimmung kommen.

Rogers bezieht sich auf dieses Experiencing, wenn er schreibt: „Therapie scheint eine Rückkehr zur grundlegenden sensorischen und innerorganischen Erfahrung zu sein“ (1961a/1973, S. 110); „Der Klient spricht von etwas Wichtigem; plötzlich – zack! – wird er von einem Gefühl getroffen. Es hat weder Namen noch Etikett; es ist eher das Erlernen eines unbekanntes Etwas, das man erst vorsichtig erkunden muß, ehe man es überhaupt benennen kann.“ (ebd., S. 133f); „... Darüber hinaus wächst die Einsicht, daß der Bezugspunkt dieser vagen Erkenntnisse in ihm selbst liegt, in einem organisch empfundenen Ereignis, angesichts dessen er seine Symbolisierung und seine kognitiven Formulierungen kontrollieren kann.“ (ebd., S. 144). Gendlin (1984, S. 79) meint dazu: „The edge of awareness; a sense of more than one says and knows, an unclear, fussy, murky sense of a whole situation, that comes in the middle of the body: Throat, chest, stomach, abdomen.“ Der hier gemeinte Körper „ist nicht die physiologische ‚Maschine‘ des üblichen reduzierten Denkens. Hier ist der Körper gemeint, wie er von innen empfunden wird.“ (Gendlin, 1996/1998, S. 12). Und Leijssen (1998, S. 123) formuliert dies so: „Therapie heißt, den Kontakt wiederherstellen mit dem Bedeutung fühlenden Körper, in dem sich die Existenz manifestiert, ein Prozess in dem eingeschlossene Erfahrung wieder berührt wird, sodass sie noch einmal in Bewegung kommen, sich zeigen und sich schließlich entfalten kann, um ihre Bedeutung zu vollenden. Die implizite organismische Erfahrung (...) muss früher oder später in der Therapie im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen. Es ist ein inneres Wissen, das sich in der therapeutischen Interaktion öffnet und durch das neue Bedeutung entstehen wird.“

Leijssen (ebd., S. 121) beschreibt Focusing in diesem Zusammenhang als „... eine spezielle Art, seiner Felt Experience im Körper Aufmerksamkeit zu schenken. Durch die Interaktion mit Symbolen kann die Felt Experience präziser werden, sie kann sich bewegen und verändern, und sie kann einen Felt Shift mit sich bringen: die Erfahrung tatsächlicher Veränderung oder körperlicher Lösung des Problems.“ „Wenn die richtigen Symbole, die zur Erfahrung passen,

gefunden werden, hat der Klient das Gefühl einer Richtigkeit, die befriedigt. Das ist der Felt Shift: eine körperliche Wahrnehmung, dass sich etwas verändert in der Art und Weise, wie das Problem erlebt wird ... Auf der Skala der Intensität gibt es im unteren Bereich ‚small shifts‘, die ausgesprochen minimal und fein sein können ... im oberen Bereich ist der Shift intensiv, dramatisch, nicht zu übersehen; er ist ein ‚big shift‘ ... Shifts wirken sich auch verschieden aus; Klienten verspüren manchmal Befreiung oder körperliche Erleichterung (z. B. Seufzer, Tränen); manchmal verdeutlicht sich eine vage Erfahrung oder das Gefühl verstärkt sich (z. B. ein allgemeines Gefühl der Verwirrung wird klar zu Ärger); manchmal spürt der Klient, dass sich etwas von einer Stelle im Körper zu einer anderen bewegt (z. B. ein Würgegefühl in der Kehle wird zu einem warmen Gefühl rund um das Herz); manchmal wird mehr Energie, Erregung, Enthusiasmus oder persönliche Kraft verspürt, oder neues Leben, das in einigen Körperteilen oder im ganzen Körper erwacht, manchmal wieder ein Gefühl von Frieden, Klarheit, Geerdet-Sein, ein warmes ausgedehntes Gefühl des Wohlbefindens.“ (ebd., S. 138)

Ich nehme an, dass diese Felt Shifts die grundlegenden Mikroprozesse für eine tiefe therapeutische Veränderung, die die gesamte Persönlichkeit umfasst, darstellen. Das ist auch der Grund, warum ich in den folgenden Fallstudien bestimmte Episoden besonders hervorheben möchte, die zu diesen bedeutsamen Augenblicken führten, obwohl die Wege zu ihnen sehr unterschiedlich waren.

Der Fall von Daniela

Der erste Fall – der Fall von Daniela – stammt aus der Anfangsphase meines Therapeutinnendaseins, als sich mein Arbeitsstil auf die klassische rogerianische nicht-direktive Therapie stützte. Das heißt, ich vertraute bedingungslos und ausschließlich auf die heilende Kraft der therapeutischen Beziehung, wie sie durch die drei dafür als notwendig und ausreichend erachteten Bedingungen des Wachstums charakterisiert wird. Ich versuchte – und versuche es auch heute noch – meinen KlientInnen eine therapeutische Beziehung anzubieten, in der sie die bedingungslose positive Zuwendung der Therapeutin spüren, die ihnen empathisches Verständnis in Kongruenz mit ihren eigenen Erfahrungen und Verhaltensweisen entgegenbringt, und die aufrichtig engagiert und in der Beziehung vollständig gegenwärtig ist. Das war die Zeit, bevor ich auf die process-experienzielle Therapie stieß. Damals beruhte meine Erfahrung mit prozessdirektiven Interventionen eher auf Intuition.

Ich fand diesen Fall interessant, besonders weil meine Auffassung davon, was in einer Therapie passieren sollte, dazumal eine andere war. Nach meiner Vorstellung wie der Personzentrierte Ansatz in einer erfolgreicher Therapie funktionieren sollte, drehte sich der therapeutische Prozess hauptsächlich um die innere Welt des Klienten, mit seinen Erfahrungen einschließlich seiner Affekte, Gedanken und persönlichen Bedeutungen. Meine Erwartung war

offensichtlich, dass ich eher mit Gefühlen arbeiten und dabei tief in das Experiencing des Klienten vorstoßen würde, wobei natürlich sowohl die Geschwindigkeit als auch die Art und Weise dem Klienten überlassen bliebe. Es gibt jedoch auch KlientInnen, denen es kaum gelingt, ihre Gefühle auszudrücken, geschweige denn, sie in Worte zu kleiden. Sie haben nicht nur Probleme, einen Ausdruck zu finden für ihre innere Welt, sondern auch genau zu erkennen, was gerade in ihnen passiert, oder wie sie sich eigentlich fühlen. Sie erleben ihre emotionalen Erfahrungen als etwas, das unklar, verwirrend und größtenteils unbekannt ist. Sie fühlen sich dabei nicht zuhause. Daniela ging es genauso.

Ich lernte sie als 15-jährige Gymnasiastin kennen, als sich ihre Mutter wegen ihres Hustens an mich wandte: während des Unterrichts hatte Daniela immer wieder unerklärliche Attacken trockenen Hustens. Nachdem die Ärzte eine organische Ursache ausgeschlossen hatten, gingen wir davon aus, dass die Wurzel wohl eher im psychischen Bereich liegen würde. Der Husten stand in keinem Zusammenhang mit einer bestimmten Situation, er trat gleichermaßen während einfacher wie schwierigerer Unterrichtsstunden auf und zwar in unterschiedlichen Abständen, manchmal täglich, manchmal mit mehrtägigen Pausen.

So betrat also eines Tages ein rothaariges, etwas unbeholfenes Mädchen meine Praxis. Sie sprach kaum, und wenn, dann nur kurz, und blickte mir nicht in die Augen. Daniela war ziemlich gestresst und die ganze Situation schien ihr sehr unbehaglich zu sein. Sie beschrieb die Probleme mit ihren Hustenattacken in wenigen Worten, vollkommen rational und auf Fakten bezogen, mit monotoner und leiser Stimme und beinahe ausdruckslos – keine Spur von Experiencing, kein Anzeichen irgendeines Gefühls. Sie erzählte nicht spontan über sich und gab ausschließlich Fakten weiter. Meine Frage, was sie momentan bräuchte, um sich in der Situation wohler zu fühlen, half ihr, die Spannung zu überwinden. Sie wünschte sich irgendeinen Intelligenz-Test. Logische Lösungen zu finden war für sie sehr entspannend – das war ihr Terrain, auf dem sie sich zuhause fühlte. So nahm ich also ihre Einladung an, mich in ihre Welt zu begeben und vergaß, dass ich eigentlich beabsichtigt hatte, mich in die Tiefe ihrer Gefühlswelt zu stürzen. Es war für mich ziemlich ungewöhnlich, mich während einer Therapie mit äußeren Fakten und mathematisch-logischem Denken zu beschäftigen. Es war offensichtlich, dass Daniela begann, sich während der Testbearbeitung sicherer zu fühlen und auch zufriedener über die Tatsache, dass sie sich in dieser Zeit niemanden grenzenlos öffnen musste. Sozialer Kontakt war für sie ein Problem. So war es am Beginn unserer Arbeit wichtig, etwas Vertrautes zu finden, an dem sie sich anhalten konnte. Sie wollte auch gerne Entspannungsübungen probieren. So arbeiteten wir am Ende jeder Sitzung mit dem Körper und versuchten, den Kontakt mit ihrem Körper einfacher und stimmiger zu machen. Daniela gelang es jedoch auch nach den Entspannungsübungen nicht, ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen, und ich drängte sie auch nicht dazu. Ich respektierte einfach ihren Wunsch, die Entspannungsübungen

fortzusetzen. Schließlich stellte sich durch Mensa's Intelligenz-Test die bemerkenswerte Tatsache heraus, dass sich Danielas IQ im Bereich des Genies bewegte: 150 und darüber. Das war die Erklärung dafür, dass sie die Unterrichtsstunden oft langweilten und sie ihren Mathematikprofessor als zu langsam empfand. Diese Neuigkeiten nahm sie ruhig und gelassen auf, als würde das für ihr Leben ohne Auswirkungen bleiben. In der Zukunft wollte sie sich eindeutig der Wissenschaft widmen und Physik und Chemie studieren.

Ihre Studien waren ihr sehr wichtig und sie nahm auch an zahlreichen Wissens-Wettbewerben teil, wo sie immer gut abschnitt. Daniela fand also einen Weg, wie sie sich sicher und behaglich fühlen konnte, während sie mit mir Kontakt hatte und mittels Tests und Entspannungsübungen mit mir kommunizierte. Und so kamen wir uns schließlich näher. Als es keine Tests mehr zu machen gab, benötigte sie dieses Hilfsmittel in unserer Beziehung nicht länger. Sie wurde langsam immer offener und redete vermehrt über sich, wenn auch nur ihr Verhalten betreffend. Obwohl sie weit entfernt von tiefen Gefühlen war, gelang es ihr dennoch von Zeit zu Zeit, ihre Gefühle wahrzunehmen: Angst vor Prüfungen in der Schule etwa oder Wut auf ihren Bruder.

Die Hustenanfälle verschwanden dann von selbst. Sie wollte auch ihre Entspannungsübungen nicht mehr weiterführen. Sie fühlte sich in unserer Beziehung bereits ausreichend sicher. Ich lernte ihr beschauliches Leben kennen, das ohne ausdrucksstarke Gefühle oder gar Leidenschaften auskam. Die stärksten Gefühle zeigte sie wahrscheinlich beim Erforschen von Neuem oder bei der Formel I. Danielas Mutter fragte mich, ob eine Weiterführung der Therapie ihrer Tochter sinnvoll wäre, da sich die Hustenanfälle ja gelegt hätten. Scheinbar hatte sie ihre Tochter immer so akzeptiert wie sie war, nur deren Hustenanfälle hatten etwas gestört.

Wir einigten uns darauf, dass Daniela selbst entscheiden sollte. Sie wollte weitermachen. Und so traf ich sie vier weitere Male – in sehr freundschaftlicher Atmosphäre – und sie berichtete mir weiterhin über ihre Verhaltensweisen, was sich unlängst in ihrem Leben getan hatte. Ich freute mich, dass sie aus freien Stücken zu mir kam und dachte, dass unsere Beziehung für sie in bestimmten Bereichen von Wichtigkeit war.

Damals begann ich zu begreifen, dass meine fixe Vorstellung vielleicht nicht ganz richtig war, erfolgreiche Therapie sei an die Arbeit mit Gefühlen gebunden, indem man den Klienten in seine tiefste Gefühlswelt begleitet. Ich konzentrierte mich hauptsächlich auf die Kraft und die Wichtigkeit einer therapeutischen Beziehung und bemühte mich, so aufrichtig wie möglich darin zu sein, einfach bereit und verfügbar für Daniela zu sein, egal worüber sie gerade sprach. Gegen Ende des Schuljahres entschuldigte sie sich, dass sie nicht mehr zur Therapie kommen würde, wegen des Lernens und weil sie etwas mit ihrer Freundin vorhatte. Es war das erste Mal, dass sie sie erwähnte. Ich hatte gemischte Gefühle. Ich war mir nicht sicher, ob der Grund ihres Fernbleibens einfach war, dass sie mich nicht mehr brauchte, oder ob sie dachte, dass diese Art der

Therapie für sie nicht sinnvoll sei. Ich fragte mich immer wieder, ob ich genug getan oder doch etwas versäumt hatte. Schließlich und endlich sagte ich mir – und das konnte auch eine vernunftmäßige Erklärung sein – dass sie wohl wusste, was sie machte, und ich dachte, dass es für sie momentan das Beste war.

Ich war erstaunt, als Daniela – ganz von alleine – während der Sommerferien wieder auftauchte. Sie war aufgeregt und bestand auf einer Therapiestunde so bald wie möglich. Dieses Verhalten war für sie ziemlich unüblich, aber ich war glücklich, dass sie zurückgekommen war, und auch neugierig zu erfahren, was in ihrem Leben passiert war. Als sie zu unserer Stunde kam, war sie sehr mitteilungsbedürftig und irgendwie lebendiger. Sofort nachdem wir unsere Plätze eingenommen hatten, beklagte sie, dass sie den festen Boden unter ihren Füßen verloren hätte und schwere Zeiten durchmachte. In den letzten Wochen waren vier sehr nahe alte Verwandte von ihr gestorben, darunter auch ihre Tante, die sie sehr verehrte. Während sie mir das erzählte, begann sie beinahe zu weinen. Daniela sagte, sie sei wütend, dass es ihr nicht gelungen war, auf dem Begräbnis zu weinen. Es war für sie sehr schwer, sie fühlte den Schmerz, fühlte sich in ihm gefangen, und war dennoch unfähig, ihm Ausdruck zu verleihen oder ihn gar los zu werden. Sie war tief berührt, voller Emotionen, ihre Stimme zitterte. Ich versuchte, mit ihr bei ihrem Schmerz zu bleiben, und ihr meine Anteilnahme an all dem, vor allem an ihren Gefühlen, zu zeigen. Und so waren wir schlussendlich doch bei Gefühlen angelangt! Sie sagte, es wäre nicht leicht für sie gewesen, mit all dem auf dem Herzen den ersten Schritt zu machen und zu mir zu kommen. Es war alles zu viel für sie, aber sie konnte es gleichzeitig nicht herauslassen. Während sie sprach, drängte sich mir beharrlich das Bild vom Geist in der Flasche auf. Es war so nachhaltig, dass ich beschloss, es ihr mitzuteilen. Ich wusste, ich konnte dabei riskieren, den springenden Punkt total zu verfehlen, aber das war nicht der Fall. Es traf den Nagel auf den Kopf. Daniela bestätigte, dass sie sich genau so fühlte. Es war als ob diese Metapher den Felt Sense davon berührt hatte, was Daniela im Moment fühlte, aber nicht in Worte kleiden konnte. Wir verharren eine Zeit lang in Schweigen und spürten die Wärme unserer großen Nähe. Ich glaube, es war ein kostbarer Augenblick, einer der wenigen Momente intensiven Einheitsgefühls. Ich bin auch überzeugt, dass für Daniela sehr viel gefühlsmäßige Arbeit darin lag. Obwohl sie nicht weinte, hatte sich ihre Anspannung aufgelöst. Während dieses wichtigen inneren Ereignisses nahm Daniela Kontakt mit ihrem Experiencing auf. Danach war sie bereit, ihr Problem genauer unter die Lupe zu nehmen. Plötzlich fühlte sie sich leer, alles war wie weggeflogen. Ich sagte ihr, sie solle über alles sprechen, das spontan heraufkommt. Sie sagte, dass es ihr noch nie gelungen sei, spontan zu sein. So nahm ich empathisch auch ihren nicht-spontanen Teil an – und das war der Knackpunkt. Sie begann über Situationen zu reden, in denen sie weinen konnte: bei einem bewegenden Film oder einem berührenden Buch, d. h. immer dann, wenn es nicht direkt ihr eigenes Leben betraf. Sie erzählte mir, dass sie Menschen

bewundere, die cool bleiben konnten und nicht von Gefühlen getrieben waren. Sie untersuchte ihre Beziehung zu Gefühlen Schritt für Schritt und fand heraus, dass sie Angst hatte, die Kontrolle über sie zu verlieren und von ihnen überwältigt zu werden. Ich begleitete sie auf ihrer Forschungsreise und sie schien gefunden zu haben, wonach sie gesucht hatte. Ich war überrascht von der Veränderung, die sie während unserer Sitzung durchlief. Sie nutzte die verbleibende Zeit und sprach über verschiedenste Dinge, die ihr spontan in den Kopf kamen. Sie war dynamisch, lebendig und die Atmosphäre war entspannt. Als unsere Zeit um war, musste ich sie beinahe stoppen. Wir kamen überein, dass sie jederzeit anrufen konnte, wenn sie es wollte. Am Ende fragte ich sie, ob diese Therapiestunde ihre Erwartungen erfüllt hätte, und sie sagte mit deutlicher Erleichterung in der Stimme, dass dem so sei.

Die Erfahrung mit Daniela war auch für mich äußerst wichtig. Der Hauptgrund ist, dass am Ende der Therapie einer dieser bedeutsamen Augenblicke stand, in denen sich eine tiefe Einheit zwischen mir und meiner Klientin einstellte, ein Augenblick, der gleichzeitig auch der Moment der Veränderung war. Andererseits stärkte diese Erfahrung auch meinen Glauben an den Wert und die heilende Kraft einer guten therapeutischen Beziehung; eine Beziehung, in der, unabhängig von den Inhalten, welche die Klientin bringt, die Klientin schließlich das findet, was sie braucht, egal wie schwierig und gewunden der Weg dorthin auch ist – wenn die Therapeutin in jedem Augenblick absolut bei der Sache ist, annehmend, empathisch und kongruent, und all diese Haltungen der Klientin gegenüber auch verkörpert. Eine weitere Lektion, die ich gelernt habe, ist, dass es für den Klienten erst gemeinsam mit dem Therapeuten möglich ist, sein Experiencing zu erforschen, wenn sich der Klient innerhalb einer therapeutischen Beziehung einigermaßen sicher fühlt und sie als stabilen und verlässlichen Ort ansieht. Wie schnell dieser Zustand erreicht wird, hängt nicht nur vom Therapeuten als Fachmann und seinem persönlichen Engagement innerhalb der Beziehung ab, sondern auch von der inneren Möglichkeit und Bereitschaft des Klienten, der anderen Person zu vertrauen, diese Beziehung zu akzeptieren und für seine persönliche Entwicklung und Heilung zu nutzen, um sein Leben auf sinnvollere und befriedigendere Art und Weise zu leben.

Der Fall von Peter

Ich traf Peter vor fünf Jahren, als er eine Langzeit-Therapie in meiner Praxis begann. Das erste Jahr war sehr intensiv, im zweiten Jahr kam er dann weniger häufig und die Therapie hatte eher unterstützenden Charakter. Dann pausierten wir für drei Jahre und erst unlängst, als er in eine neuerliche „Krise“ gestürzt war, kam er wieder zu mir. Ich arbeitete mit ihm auf personzentrierte Art und Weise, griff aber immer auch zu anderen Hilfsmitteln wie Focusing,

prozessdirektiven Interventionen, Zwei-Sessel-Dialogen, Arbeit mit dem leeren Sessel usw., arbeitete mit dem Körper und verwendete Methoden der Trauma-Arbeit sowie Stabilisierungs- und Screen-Techniken.

Als Peter erstmals zu mir kam, war er ein auffallend gut aussehender junger Mann von 22 Jahren, der mit seiner Mutter in einer Kleinstadt lebte und zur Arbeit pendelte. Als er 1½ Jahre alt war hatten sich seine Eltern, deren einziges Kind er war, scheiden lassen. Er sagte, dass er bis jetzt eigentlich nie Probleme gehabt hätte. Seine Mutter aber war der Meinung, dass er Behandlung benötige und wandte sich an mich. Sein Hauptproblem war seine Angst vor Krebs. Er war absolut überzeugt davon, dass er Krebs hatte, und keine Erklärung der Welt konnte ihn davon überzeugen, dass er vollkommen gesund war. Er hatte eine ganze Menge unerklärlicher somatischer Beschwerden, die seine Überzeugung, Krebs zu haben, nur noch verstärkten: Verdauungsstörungen, Magenbeschwerden, Schmerzen in der Wirbelsäule, im Halswirbelbereich, eigenartige Würgegefühle in der Kehle und zeitweise Lähmungserscheinungen in seiner linken Körperhälfte. Er litt unter Panikattacken mit Rück Erinnerungen, in denen er Patienten sah, die an Krebs litten, und fürchtete, einer von ihnen zu werden. Er hatte Angst davor, das Haus zu verlassen. Was, wenn er von diesen unerträglichen Zuständen irgendwo in der Öffentlichkeit ohne irgendeine Hilfe überfallen werden würde? Vor zwei Jahren hatte er als Pfleger auf einer Onkologie-Station gearbeitet und hatte dabei keinerlei Probleme gehabt. „Ich habe mich im Grunde nicht darum gekümmert“, sagte er. Peter verstand nicht, warum diese Bilder nach so langer Zeit immer wieder aufzutauchen begannen und seine Angst schien für ihn unkontrollierbar. Zu allererst mussten wir daran arbeiten, Peter zu stabilisieren: er war von Angst durchdrungen. Das Auffinden eines sicheren Platzes in seinem Körper – in der Zehengegend – half ihm, eine gewisse Distanz zwischen sich selbst und seinen Angstgefühlen zu finden. Allein das empfand er als sehr erleichternd. Schrittweise gelang es ihm auch, sein Körpergefühl der Angst detaillierter zu beschreiben, indem er seine Vorstellungskraft einsetzte. Das Angstgefühl konzentrierte sich in seiner Brust, er fand seine Form, Farbe und weitere Eigenschaften heraus. Es gelang dem Klienten, in Kontakt mit seiner Angst zu bleiben und gleichzeitig größere Kontrolle über sie zu erlangen, sowie von dem sicheren Platz in seinem Körper aus zu beobachten, wie sie sich veränderte, entwickelte, ja sogar weniger wurde. Die Vorstellung eines Licht-Stroms, der Gesundheit, Erlösung und Leichtigkeit mit sich brachte, war für ihn eine deutliche Erleichterung. Peter beschrieb sie als bahnbrechende, befreiende Erfahrung, die ihm half, sich sicherer zu fühlen und die Grundvoraussetzung für weitere therapeutische „Forschungsarbeit“ war. Einen guten Platz in seinem Körper gefunden zu haben, trug dazu bei, das Gefühl zu bekommen, langsam die Kontrolle über sein Erleben zu erlangen. Das half ihm, sich von seiner Angst etwas zu distanzieren, ihre Eigenschaften kennenzulernen – sie auf der Grundlage von Körpergefühlen, Vorstellungen und Emotionen

greifbar zu machen und ihre Verbindungen mit den gegenwärtigen Ereignissen in seinem Leben herzustellen. Im Großen und Ganzen hatte Peter Probleme damit, den angemessenen Kontakt zu seinem Erleben zu finden – entweder war er überwältigt davon oder zu weit weg. Sein Erleben hatte sich in einer Reihe bizarrer somatischer Symptome gezeigt. Als er deren Mechanismus zu verstehen begann, verringerte sich seine Angst vor seinen inneren Gefühlen. Er machte sich Focusing zu Nutze, was ihm half, den angemessenen Kontakt zu seinem Erlebensstrom wiederherzustellen.

Immer wieder tauchten weitere traumatische Geschehnisse aus seiner Kindheit auf. Er erzählte von seinem Vater, einem choleroschen und aggressiven Mann, den Peter auch nach der Scheidung seiner Eltern regelmäßig traf. Sein Vater prügelte ihn immer wieder auf das Schlimmste. Schmerz, Angst, Machtlosigkeit und Scham – all diese Gefühle kamen während Peters Therapie an die Oberfläche. Langsam entdeckte er, dass er sehr häufig Emotionen unterdrückte oder sich schämte, sie auszudrücken, weil er glaubte sie wären unangebracht – genau wie sein Vater darüber gedacht hatte, als Peter noch ein Kind war. Peter entdeckte auch einen choleroschen Anteil in sich, der ihn deutlich an seinen Vater erinnerte, weshalb er ihn stets unterdrückt hatte. Daher betrachtete er auch alles Andere, das aus seinem Inneren kam, als bedrohlich und gefährlich. Er befürchtete, dass er von inneren Impulsen überwältigt werden könnte, genau wie sein Vater, und so wollte Peter nicht sein. Er versuchte, mit dem Gefühl seiner Unvollständigkeit fertig zu werden – auch mit der Tatsache, dass er seinen Vater sehr vermisste. Er erzählte auch von seiner Arbeit, wie er sich bei der Bewältigung verschiedener Aufgaben unsicher fühlte, wie es ihm an Selbstvertrauen mangelte. Peter erinnerte sich an ein weiteres Vorkommnis mit seinem Vater: Als Kind zeigte er ihm stolz ein Flugzeugmodell, das er ganz alleine gebaut hatte. Anstatt diese Leistung anzuerkennen, warf sein Vater es auf den Boden, schrie Peter an und ging aus dem Zimmer. Peter begann zu verstehen, woher seine ständige Unsicherheit und sein Wunsch, perfekt zu sein, herkamen – „... damit mich nie jemand für irgendetwas rügen kann“, sagte er. Er verspürte oft den Zwang aufzuräumen, einem gewissen Ordnungssinn zu folgen, er hatte bestimmte eigene Rituale, die ihn gefangen hielten. Nachdem er die persönliche Bedeutung seines „Gefangenseins“ erkannt hatte, gelang es ihm, ein befreiteres und erfüllteres Leben für sich zu entdecken.

Ein weiteres Trauma in seinem Leben war der Tod seiner Tante, die ihm sehr viel bedeutet hatte und die an Krebs starb. Peter hörte eine Unterhaltung unter dem Pflegepersonal mit, bei der es um eine Patientin ging, die Furchtbare durchlitt – und fand schließlich heraus, dass sich diese Bemerkung auf seine Tante bezogen hatte. Damals verstand er es nicht, seinem Schmerz freien Lauf zu lassen – das gelang ihm erst später im Zuge der Therapie, als er den Zusammenhang zwischen diesem Erlebnis und seiner Angst vor Krebs erkannt hatte. Langsam gelang es ihm, Gesundheit als einen Prozess zu erkennen, nicht nur als Zustand, in dem alle seine Körpergefühle als störend und gefährlich wahrgenommen wurden. Er entdeckte

den Zusammenhang zwischen den Gefühlen, die er auf somatischer Ebene hatte und seinem Erleben von Ereignissen in seinem Leben, und so begannen verschiedene somatische Symptome langsam schwächer zu werden. Seine Angst vor Krebs verschwand vollständig. Peter begann, seinem Erlebensstrom stärker zu vertrauen, und die starke Angst vor inneren Gefühlen ließ deutlich nach. Er erlangte größere Kontrolle über seine Gefühle und begann eher auf sein inneres Gefühl zu hören, wenn es darum ging, Entscheidungen zu fällen oder was seine Handlungen ganz allgemein betraf. Er entwickelte bei der Arbeit mehr Selbstvertrauen und war entspannter in seinem Auftreten. Er befreite sich von seinen Ritualen. Peters Beziehungen zu anderen Menschen verbesserten sich und er konnte einführender, offener, engagierter und zuversichtlicher darin sein.

Peter sah die Beziehung zu seiner Mutter in neuem Licht und es gelang ihm langsam aber sicher, ihr zu vergeben, dass sie ihn vor dem Vater nicht hatte schützen können. Er lernte, sie so zu akzeptieren wie sie war. Während der nächsten drei Jahre, in denen Peter ohne Therapie auskam, lebte er sechs Monate in Kanada, wo er seinen Vater traf und er lernte, dort zu leben und zu arbeiten – und alles schien bestens. Peter war stolz auf sich und ich war ebenfalls stolz auf ihn. In dieser Zeit war unsere Kommunikation eher gering und beschränkte sich hauptsächlich auf neue Nachrichten über Peters Erfolge: was er in Übersee alles erreichte, wie es ihm schlussendlich gelang, seinem Vater in die Augen zu schauen und ihm zu zeigen, dass er kein Kind mehr war (was bedeutete, dass der Vater keine Macht mehr über ihn hatte), er gestand sich sogar zwiespältige Gefühle seinem Vater gegenüber ein. Peter schien auch akzeptiert zu haben, dass ein Teil in ihm seinen Vater auf gewisse Weise liebte.

Sechs Monate nach seiner Rückkunft kam Peter wieder zu mir und befand sich in einem ernstem Zustand. Die Angst- und Panikattacken waren wieder zurückgekommen. Er empfand sich als schwach und unfähig, das Leben zu meistern, nicht als richtiger Mann, und er wurde von Homophobie geplagt, nachdem einer seiner Kollegen die Bemerkung gemacht hatte, Peter sei vielleicht schwul.

Wieder arbeiteten wir mit Stabilisierungstechniken – wie z. B. Imagination eines sicheren Platzes oder eines Lichtstroms. Vom „sicheren Platz“ aus untersuchten wir die aufsteigenden Emotionen, die sich wieder im Mittelpunkt seines Körpers befanden, meist in der Kehle, wo er gelegentliche Würgegefühle verspürte. Schrittweise tauchte eine neue Kette von Ereignissen auf. Peter hatte ca. acht Monate lang eine Freundin gehabt. Es war eine ausgesprochen erfüllende Beziehung und die beiden dachten daran, eine Familie zu gründen. Und das war der Punkt, an dem seine Unsicherheit wieder auftauchte – er fühlte sich mit dem tief in ihm verborgenen Gefühl seiner Schwäche konfrontiert, das sich jetzt zu einer Überzeugung auswuchs. Er war überzeugt, dass ihm durch die Tatsache, ohne Vater aufgewachsen zu sein, etwas fehlte und er fürchtete, dadurch nicht die Rolle eines Mannes übernehmen zu können und ein guter Ehemann und Vater zu sein. Gleichzeitig befürchtete er, dass er durch diese Überzeugung seine Freundin verlieren würde.

Peter erinnerte sich auch wieder an seinen Vater, der ihn gerne als harten Mann gesehen hätte und ihm sagte, dass er kein Mann mehr sei, wenn er Gefühle zeigte. Peter befürchtete, dass sich sein Einfühlungsvermögen innerhalb der Beziehung zu seiner Freundin nicht mit der Rolle eines Mannes vertrage. Er hatte kein Vorbild gehabt, wie man sich als Mann verhält – daraus entstammte wahrscheinlich seine Homophobie – aber diese starren Vorstellungen veränderten sich schrittweise und es gelang ihm langsam, seinen emotionalen Teil ebenfalls als ein Teil seines Mann-Seins zu verstehen. Im Zug des Prozesses, die persönlichen Bedeutungen von Peters Erfahrungen aufzudecken, wurden die Würgegefühle immer seltener. Aber da war noch etwas anderes. Dorthin drangen wir mittels Focusing durch, als Peter sich in Zusammenhang mit seinen Würgegefühlen an sonniges Wetter erinnerte, das er, ohne zu wissen warum, nie wirklich gemocht hatte. Dann tauchten die Bilder des Hauses, in dem seine Großmutter gelebt hatte, aus seiner Erinnerung auf, gepaart mit heftiger Traurigkeit, Verzweiflung und vielen Tränen. Plötzlich erinnerte er sich an ein tieftrauriges Ereignis, das mit diesem Ort verbunden war. Um uns diese schmerzhafteste Erfahrung näher anzusehen, verwendeten wir eine Screen-Technik, die Peter half, einen geeigneten Abstand einzuhalten und die „Szene“ von einem sicheren Platz aus, wie auf einem Bildschirm, zu beobachten. Er sah sich als Achtjährigen in diesem Haus, als sein Vater zum letzten Mal von ihm Abschied nahm und ihm sagte, dass er auf Urlaub ginge, aber nie wieder zurückkam. Es gab dabei jede Menge nicht zugelassener Gefühle von Alleingelassensein, Leere, Verzweiflung, Machtlosigkeit und Sorge. In dieser Situation war es für Peter wichtig, in seiner Vorstellung in Kontakt mit seinem „inneren Kind“ zu kommen und ihm das zu geben, wonach sich der kleine Bub in dieser Situation sehnte: eine Umarmung, eine Berührung und das Vertrauen, dass er sicher aufgehoben sei, egal was passiere.

Es war für uns beide eine sehr emotionale und berührende Erfahrung und wir spürten beide, dass wir hier die Tiefe seines Erlebens und Verstehens erreicht hatten: irgendwo in Peter gab es den kleinen scheuen Buben, der überzeugt war, dass nichts mehr in Ordnung sei, seit sein Vater weggegangen war. Er wollte ganz dringend hören, dass das nicht der Wahrheit entspräche und er sicher sei und das Leben meistern könne trotz des Fortgangs des Vaters.

Peter empfand eine ungeheure physische und psychische Erleichterung und war überrascht, dass die Vorstellungskraft eine so starke Wirkung haben konnte. Er war auch erstaunt, weil er sich an das Ereignis nie zuvor erinnert hatte. Er wusste nur, dass es ihm immer wieder ein Bedürfnis gewesen war, das Haus zu besuchen und es anzustarren, ohne zu wissen warum – und nun wusste er es.

Wir hatten zwei weitere Sitzungen, in denen sich Peters Glaube an seine inneren Ressourcen allmählich festigte und er lernte, wie er sich um sein eigenes inneres Kind kümmern konnte. Er entwickelte neue Zuversicht und Entschlossenheit, sowohl in seiner Beziehung als auch in seinem Leben. Peter wollte mich eine Zeit lang nicht sehen, sein Selbstvertrauen war im Wiederaufbau begriffen

und er war vertraut mit den Mitteln zur Selbstheilung. Wir hoffen beide, dass er jetzt alleine zurecht kommt.

Diese dramatische und eindrucksvolle Erfahrung bildete das passende Ende einer langen und, wie ich zu sagen wage, einzigartigen und wertvollen therapeutischen Beziehung zu Peter. Sie ist ein weiterer Beweis, dass der Klient die therapeutische Beziehung als äußerst sicheren und vertrauenswürdigen Ort erleben muss, um seine tiefsten Wunden offenlegen zu können. In Peters Fall dauerte die Stabilisierung Jahre, und erst dann konnte unsere Beziehung ein Ort für richtungsweisende Entwicklungen werden. Ich glaube, dass Peter irgendwann zu Beginn seines Lebens aufs Ärgste von seinen Nächsten im Stich gelassen worden war und es ihm daher nicht leicht fiel, irgendjemandem jemals wieder voll zu vertrauen. Aber es ist ein unglaublich lohnendes Gefühl, dass ihm das schlussendlich doch wieder gelungen ist. Diese Erfahrung hat auch meine Überzeugung gestärkt, dass es niemals zu spät für eine glückliche Kindheit ist und dass wir trotz all der schmerzhaften Erfahrungen, die wir gemacht haben, dennoch ein sinnhaftes und erfüllendes Leben führen können.

Schlussfolgerungen

Die beiden Fallstudien sind Beispiele aus meiner therapeutischen Arbeit in verschiedenen Stadien meines Versuchs, eine gute HelferIn zu werden. Trotz der verschiedenen Stufen von Direktivität in Verbindung mit dem therapeutischen Prozess, schreibe ich die größte Bedeutung in beiden Fällen der therapeutischen Beziehung zu. Ich erinnere mich an die Worte von Ch. Devonshire (pers. Mitteilung 1992), der sagte: „Es ist nicht so wichtig, was du während der Therapie tust; am wichtigsten ist, wer du bist.“ Klienten fühlen sehr wohl, ob ein Therapeut sich wirklich in der Beziehung ins Zeug legt, ob er wirklich bei der Sache, engagiert und verlässlich ist, und sich wirklich bemüht, sie mit Respekt zu verstehen und als Personen zu schätzen. Wenn diese Grundvoraussetzungen erfüllt sind, werden prozess-direktive Interventionen wie Focusing, Stabilisierung oder Screen-Techniken bei der Trauma-Arbeit die therapeutische Wirkung erleichtern und der schnellste Weg dorthin sein. Ich finde es jedoch sehr wichtig, diese Methoden mit dem gebotenen Respekt vor den individuellen Bedürfnissen, der jeweiligen Geschwindigkeit und Bereitschaft eines jeden Klienten anzuwenden. Nur dann können sie ein förderlicher Teil des therapeutischen Prozesses werden und stellen nicht nur eine Methode dar, die ähnlich wie die Verabreichung von Pillen verwendet wird. Diese Interventionen können zum „inner shift“ führen, einem Gefühl der Erleichterung, das ein Klient von einer Therapie wohl erwarten kann – und das macht sie so wichtig. Sie können dazu beitragen, das Vertrauen des Klienten in den Therapieprozess aufzubauen, sie können das Vertrauen auf sein Erleben erneuern und seine persönliche Kraft, seine inneren Ressourcen zu entdecken, bestärken; sie können ihm helfen, Kontrolle über sein

Erleben zu erlangen und die Erforschung dieses Erlebens ermöglichen. Klienten können es sich dann erlauben, Erfahrungen genauer zu symbolisieren, ihre persönlichen Bedeutungen zu entdecken, wodurch Experiencing zu einem bedeutenden und verlässlichen Hilfsmittel für das Handeln und Entscheiden eines Klienten wird: Die Kongruenz des Klienten wird dadurch wiederhergestellt.

Daher ist das Hauptziel des Therapeuten, Bedingungen für den Klienten zu schaffen, die es ihm ermöglichen, mit schmerzhaften und bedrohlichen Erfahrungen erst dann konfrontiert zu werden, wenn er bereit ist, sie zu integrieren. Wie auch an den hier vorgestellten Beispielen deutlich wird, sind für verschiedene Klienten verschiedene Begebenheiten innerhalb der Therapie wichtig. Meiner Erfahrung nach hat die Bedeutung dieser Begebenheiten für den Klienten nichts mit der Dramatik und Intensität der Veränderung zu tun. Das Wesentliche dieser Schritte ist der Kontakt des Klienten mit dem tatsächlichen Felt Sense seiner Erfahrungen, die er vorher nicht vollständig symbolisiert hatte, während er auch seine inneren Kapazitäten nützt, sie nochmals voll zu durchleben und schließlich zu integrieren. Das macht diese Begebenheiten so wichtig, dadurch wird es möglich, dass der Klient gesünder und befriedigender leben kann.

Literatur

- Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant change events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. In L. N. Rice & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change* (249–286). New York: the Guilford Press
- Gendlin, E. T. (1964). A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne, (Eds.), *Personality change* (100–148). New York: Wiley
- Gendlin, E. T. (1984). The client's client: The edge of awareness. In F. R. Levants & J. M. Shlien (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research and practice* (76–107). New York: Praeger
- Gendlin, E. T. (1998), *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode* (T. Junek Übers.). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta. (Original erschienen 1996: Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method)
- Leijssen, M. (1998). Focusing Microprocesses. In L. S. Greenberg, J. C. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy*. (121–154). New York: The Guilford Press
- Rogers, C. R. [1959a](1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG. (Original erschienen 1959: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science*, pp. 184–253)
- Rogers, C. R. [1961a](1973). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett. (Original erschienen 1961: On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy)
- Timulák, L. (1996). Zmeny a ich význam v terapii zameranej na klienta. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 22, 3, 262–270
- Timulák, L. (1998). Self, emócie a organizmické prežívanie v terapii zameranej na klienta s. *psychologie*, XLII, 3, 227–234

Autorin

Mag. Katarína Karaszová führt ein Psychologie- und Beratungs-Zentrum für Einzelpersonen, Paare und Familien in Nové Zámky, Slowakei, und hat auch eine private psychotherapeutische Praxis. 1993 schloss sie ihr Studium der Psychologie an der Comenius Universität in Bratislava ab. Ihr Hauptinteresse gilt der Personzentrierten Therapie, aber auch die Experiencielle Psychotherapie beeinflusst ihre Arbeit. 1997 schloss sie eine Ausbildung in Personzentrierter Beratung und Psychotherapie ab, die vom Internationalen PCA-Institut und dem Center of Cross-Cultural Communication organisiert worden war. Sie befindet sich auf der Liste der PsychotherapeutInnen der Slowakischen Republik und hat seit dem Jahr 2000 das Europäische Zertifikat für Psychotherapie. Zur Zeit spezialisiert sie sich auf dem Gebiet der Psycho-Traumatologie und nimmt am Internationalen Trainingsprogramm für Psycho-Traumatologie und Trauma-Arbeit, das vom Humanitarian Assistance Program Europe unterstützt wird, teil.

Korrespondenzadresse

Katarína Karaszová
Hradna 41
940 74 Nové Zámky, Slowakische Republik
E-Mail: katarina.karas@orangemail.sk

Karel Hájek

Focusing als körperliche Wirklichkeitsverankerung¹

Zusammenfassung: In diesem Artikel wird dargestellt, wie Focusing zur körperlichen Verankerung des Erlebens verwendet wird. Dies geschieht u. a. im Rahmen der von M. Frýba entwickelten sogenannten Satitherapie. Zuerst wird der breitere Rahmen der vier Wirklichkeitsverankerungen erläutert. Es folgt eine Darstellung der klassischen Methode des Focussierens und ihrer Weiterentwicklung. Dann wird kurz illustriert, wie man das Focusing innovativ im Rahmen der psychotherapeutischen Sitzung benützen kann. Zum Schluss folgt eine Beschreibung der qualitativen Forschung über das körperlich verankerte Erleben, bei der Focusing als introspektive Methode der Datengewinnung benutzt wurde.

Schlüsselwörter: Focusing, körperlich verankertes Erleben, Satitherapie, vier Wirklichkeitsverankerungen, qualitative Erlebensforschung

Abstract: Focusing as physical reality anchoring. This article explains the way in which focusing is used for physical reality anchoring; this occurs, among other ways, in the context of the so-called Sati therapy as developed by M. Frýba. First, the greater context of reality anchoring is explained. Following this, the classic method for focusing and its further development will be presented. Then, how one can use focusing in innovative ways in the context of a psychotherapeutic session is shown. Finally, the author describes the qualitative research on the physically anchored experience within which focusing is used as an introspective method for accessing information.

Key words: focusing, physically anchored experience, Sati therapy, reality anchoring, research in qualitative experience

Dieser Beitrag befasst sich mit der Weiterentwicklung des Focusing im Rahmen der so genannten Satitherapie, die wir als eine integrative personorientierte Psychotherapie verstehen. Ihr geistiger Vater ist der tschechisch-schweizerische Psychologe Mirko Frýba², der in den siebziger Jahren bei Carl Rogers in La Jolla den Personenzentrierten Ansatz kennengelernt hat. Frýba hat in Zusammenarbeit mit dem Erfinder des Focusing, Eugene Gendlin, ab 1977 in der Schweiz die ersten Focusingkurse durchgeführt und anschließend diese Methode zur Wirklichkeitsverankerung des Erlebens weiterentwickelt. Dabei wurde Focusing durch Frýbas Erfahrung mit buddhistischen meditativen Verfahren bereichert und mit dem soziometrischen Konzept von Jacob Levi Moreno integriert, welches sich mit den nicht-körperlichen Verankerungen befasst. Es ist daher kein Zufall, dass die ersten

Focusingkurse in der Tschechischen Republik im Jahr 1992 zusammen mit der Satitherapie-Ausbildung angeboten wurde.

Als erstes stelle ich im Folgenden dar, wie Focusing in der Satitherapie als eine der vier Verankerungen in der eigenen persönlichen Wirklichkeit integriert ist. Dann wird die Weiterentwicklung dieser Technik und deren Verwendung in verschiedenen Bereichen – beispielsweise für die Psychohygiene oder in der Psychotherapie – beschrieben. Zum Abschluss werden einige Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung über die körperliche Verankerung des Erlebens, die im Rahmen eines Focusing-Kurses durchgeführt wurde, dargestellt.

Focusing als eine Verfahrensweise der vierfachen Wirklichkeitsverankerung

Das grundlegende Prinzip der Achtsamkeit finden wir sowohl im Focusing wie auch in der Satitherapie. Sati ist ein Begriff aus der Pali-Sprache und kann frei als „Heilung durch Achtsamkeit gegenüber wirklich verlaufenden Prozessen des Erlebens außerhalb der Reichweite der Wörter“ übersetzt werden. Satitherapie ist insofern eine integrative Psychotherapie, als sie das Entfalten der Achtsamkeit als Hauptvorgehensweise verwendet, wie dies auch innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes von Rogers geschieht.

1 Dieser Beitrag wurde finanziell vom Forschungsprojekt „Ziele der Medizin“ Nr. CEZ: J13/98:111100007 unterstützt.

2 Mirko Frýba, geb. 1943 in Prag, zunächst (politisch bedingt) Fabrikarbeiter, ab 1965 Studium in Prag sowie ethnopsychologische Studienreise nach Indien, nach dem Einmarsch der Truppen des Warschauer Pakts Emigration in die Schweiz, psychoanalytische Ausbildung bei Ernst Blum und Zusammenarbeit mit Zerk Moreno, Psychotherapeut und Lehranalytiker in Bern, Studienreisen in die USA, Entwicklung der Satitherapie, Habilitation über „Die Psychologie der Lebensmeisterung durch Abhidhamma“, lehrte an schweizerischen und nach der Wende an tschechischen Universitäten sowie in Sri Lanka, dort 1998 als buddhistischer Mönch ordiniert.

Achtsamkeit ist dabei mehr als bloße Aufmerksamkeit oder genaue Wahrnehmung. Sie besteht im kontinuierlichen Gegenwärtig-Sein, im nicht-wählenden Annehmen der wirklichen Erlebensprozesse und im Erinnern des Geschehenen. Die Achtsamkeit bezieht sich immer auf das ganze Feld unserer Erfahrung der Wirklichkeit im Hier und Jetzt.³

Die Satitherapie benützt die Techniken des Psychodrama von Moreno und viele kreative Ausdrucksmedien für das therapeutische Ausagieren (*acting-out*) sowie die Methoden der buddhistischen Einsichtsmeditation (*satipatthana-vipassana*) und des Focusing von Gendlin für das therapeutische Verinnerlichen (*acting-in*). Aufgrund der ethnopsychologischen Forschungen von Beatrice Vogt-Fryba (1991) wurde die Satitherapie auch um transkulturell gültige ethisch-psychologische Paradigmen bereichert, wobei sie beispielsweise die Leidensursachen als Folge eines ethisch ungeschickten Handelns und alles Ethische als der Lebensmeisterung zuträglich und daher leidmindernd erklärt.

Die Satitherapie verwendet also im Rahmen der Wirklichkeitsverankerung das Focusing als eine vortreffliche Methode zur Erfassung der Bedeutungen, die das körperliche Erleben hervorbringt. Das körperlich spürbare Erleben betrifft ja nicht nur die Tatsachen der materiellen Welt des Körpers und der Umwelt. Unsere Welt beinhaltet vielmehr auch Bedeutungen, die sich auf unsere Ziele und Ideale beziehen, wie auch solche, die wir Personen und Institutionen beimessen. Diese psychischen und sozialen Tatsachen machen unseren „Psychotop“ aus, wie man die persönlich erlebte Welt in der Satitherapie bezeichnet. Der Begriff Psychotop (*loka* auf Pali) bezeichnet den psychologisch aufgefassten Lebensraum einer konkreten Person, dessen Strukturen ausschließlich durch das Erleben eben dieser Person definiert sind (Fryba 1995, 22). Die Verfahren der satitherapeutischen Wirklichkeitsverankerung zielen auf die bestmögliche Übereinstimmung zwischen den äußeren und den inneren Wirklichkeiten in diesem Psychotop ab. Dafür gibt es, neben der körperlichen Wirklichkeitsverankerung, das Vorgehen zur Verankerung im Ziel, in den zwischenmenschlichen Beziehungen und in den jeweils relevanten Institutionen. Diese vier Anker sollen im Folgenden kurz beschrieben werden.

Körperliche Wirklichkeitsverankerung

Die psychotherapeutisch wichtigste Verankerung ist die Verankerung im körperlichen Erleben. Das Richten der Aufmerksamkeit auf den Körper garantiert eine unmittelbare Rückkehr zum Hier-und-Jetzt.

³ Der Begriff einer so definierten Achtsamkeit kommt in der psychologischen Literatur kaum vor. Das Stichwort „Mindfulness“ erscheint erstmals in Corsini (1994), wo zusammenfassend gesagt wird, dass dies eine zentrale Dimension des menschlichen Funktionierens ist, aus deren Untersuchung die Grundgesetze des menschlichen Verhaltens abgeleitet werden können.

Der Körper ist immer der zuverlässigste Referenzpunkt des Erlebens sowohl der äußeren wie auch der inneren Situation (Gendlin 1992). Daher hilft das Focusing nicht nur zum Verstehen der situationsgebundenen Bedeutungen, sondern – in seiner Weiterentwicklung zur Technik der satitherapeutischen Wirklichkeitsverankerung – zum Finden eines Halts in schwierigen Situationen (Fryba 1987, 1995). Gut eingeübte Strategien körperlicher Wirklichkeitsverankerung helfen vor allem dann, wenn etwa Horrorvorstellungen über die Zukunft, Erinnerungen an unangenehme Situationen, bedrückende Träume und Gedanken oder logische Spekulationen über eine unangenehme Konfrontation mit der Umwelt u. ä. auftauchen. Es ist immer möglich, sich die Lage des eigenen Körpers bewusst zu machen (ob man sitzt, steht, liegt, geht u. ä.) und Bewegungen bei verschiedenen Tätigkeiten, den Kontakt der Kleidung mit der Haut, den Kontakt mit dem Boden, das Ein- und Ausatmen usw. wahrzunehmen.

Der Prozess des körperlichen Erlebens ist aber nicht nur auf problematische Situationen und ihr therapeutisches Nacherleben (Krampf im Magen bei Angst, Entspannung und Wärme im Bauch bei Freude u. ä.) bezogen. Es kommen auch körperliche Erlebnisse vor, die nicht mit dem Erleben des Hier und Jetzt zusammenhängen, wie z. B. Jucken, Druck, Schmerz, Stechen, Zittern, die Folge eines länger zurückliegenden Unfalls oder einer somatischen Erkrankung sein können. Körperliche Empfindungen jeder Art stellen die „wirklichste Wirklichkeit“ der erlebten Welt dar, aus der heraus alles unser Tun und Lassen zu erklären ist. Man kann dementsprechend die körperliche Verankerung für verschiedenste Zwecke verwenden.

Wirklichkeitsverankerung im Ziel

Die zweite Verankerung ist die Verankerung im Ziel oder im Lebenssinn, wie sie z. B. auch in der Logotherapie Victor Frankls (1905–1997) zu finden ist. Als Ziel verstehen wir den Zustand, den der Mensch erreichen will, zu welchem er durch seine Bemühung, seine Ausrichtung und sein Handeln strebt. Hierher gehört auch das unmittelbare Wollen, das von Situation zu Situation unterschiedlich entsteht. Der Mensch kann z. B. einem solchen unmittelbaren Wollen unkontrolliert verfallen, das im krassen Widerspruch zu seinen eigenen größeren Zielen ist. Wenn er diese aber kennt und sich ihrer bewusst wird, kann er sich entscheiden, ob er sein unmittelbares Ziel aufgibt oder es trotzdem auf der Stelle realisiert. Die Treue zu den dauerhafteren persönlichen Zielen, welche Selbstachtung und Selbstsicherheit ermöglicht, wird durch die Wirklichkeitsverankerung im Ziel gewährleistet.

Die geistige Arbeit bei der Verankerung im Ziel umfasst die Reflexion früherer Entscheidungen, die kognitive Verarbeitung der Gründe der gegenwärtigen Wahl, aber auch die Erwägung der zukünftigen Notwendigkeiten, Wünsche und Träume sowie die Möglichkeiten ihrer Realisierung. Die Verankerung im Ziel verlangt, dass man sich der persönlichen Werthierarchie bewusst wird und die

Mittel zu ihrer Realisierung, deren Wesen in der Absicht und in der Entschiedenheit besteht, kultiviert. Die satitherapeutischen Strategien der Macht sind dafür besonders förderlich (Frýba 1987).

Wirklichkeitsverankerung in den zwischenmenschlichen Beziehungen

Die dritte, nicht weniger wichtige Verankerung ist die Verankerung in den zwischenmenschlichen Beziehungen. Jeder Mensch begegnet anderen Menschen, auf eine bestimmte Art bezieht er sich auf sie. Die Struktur der zwischenmenschlichen Beziehungen und ihre Entwicklung erforschte der Begründer der Soziometrie J. L. Moreno (1892–1974). Sein Konzept des „sozialen Atoms“ erfasst die Struktur der Beziehungen einer Person und ihre Genese in den einzelnen persönlichen Bezugsgruppen. Eine besondere Bedeutung haben hier natürlich die tragenden zwischenmenschlichen Beziehungen, also die Beziehungen des Einzelnen in der eigenen Familie, zum Partner⁴, zu den Mitarbeitern, zu den persönlichen Freunden u. a. m. Die tragenden zwischenmenschlichen Beziehungen sind auch dafür verantwortlich, welche Ziele man sich setzt und welche körperlich verankerten Erlebnisse man akzeptiert oder aber verdrängt. Zum Kultivieren der tragenden zwischenmenschlichen Beziehungen kann man die satitherapeutischen Strategien der Solidarität (Frýba 1987) einsetzen.

Wirklichkeitsverankerung in den Institutionen

Die letzte der vier Wirklichkeitsverankerungen ist die institutionelle Verankerung. Sie entspricht der ganzen Skala der Einstellungen, Rechte und Pflichten gegenüber einzelnen Institutionen, in denen der Mensch lebt, ob es ihm gefällt oder nicht. Manche braucht er notwendig, gegen manche wehrt er sich, weitere verleiden ihm das Leben. Zu diesen zählen etwa die Rechte und Pflichten des Bürgers gegenüber dem Staat, des Arbeitnehmers zum Arbeitgeber, des Studenten zur Bildungsanstalt, des Kranken zum Krankenhaus, des Klienten zu den Dienstleistungen, die er in Anspruch nimmt, des Mieters zum Vermieter u. ä. Dabei geraten oft auch eigene ethische Prinzipien mit denen einer institutionell definierten Moral in Konfrontation. Bei dieser Arbeit kombinieren wir die satitherapeutischen Strategien der Solidarität und der Macht (Frýba 1987, S. 281) und gebrauchen sie im Sinn des Rogers'schen Verständnisses der „Macht der Machtlosen“ und der „Kraft des Guten“ (Rogers, 1977).

Einige Weiterentwicklungen des Focusing im Rahmen der Satitherapie in Prag

In den Jahren, in denen sich das Focusing verbreitet hat, wurden seine verschiedenen Varianten weiter entwickelt. Deren Autor ist nun nicht nur der Erfinder dieser Methode, Eugene Gendlin, auch viele seiner Mitarbeiter und Schüler sind hier am Werk. Focusing lebt sein eigenes Leben und wird für die eigene Psychohygiene, wie auch in der Psychotherapie angewandt. In der Satitherapie verwenden wir das Focusing als wichtigen Helfer bei der Erkennung von heilenden Prozessen und als Vorgehen der Wirklichkeitsverankerung, wie sie oben dargestellt wurde. Focusing gehört zur Ausbildung jedes Satitherapeuten. Darüber hinaus haben mehrere hundert tschechische und slowakische Psychotherapeuten, die zu verschiedenen Psychotherapieschulen gehören, eine Focusing-Ausbildung im Prager Atelier Satitherapie genossen.

Der grundlegende Ausbildungskurs heißt „Körperliche Erlebensverankerung – Focusing I“ und ist in seinem Aufbau so gestaltet, dass er die klassische Methode des Focusing vermittelt. Diese Methode beschrieb Gendlin vor mehr als zwanzig Jahren in seinem Buch „Focusing“ auf eine so klare Weise, dass es bis heute kaum einen besseren Text zur Einführung gibt. Nach Beherrschung dieser grundlegenden klassischen Methode werden Interessenten in Aufbaukursen weitere Anwendungsmöglichkeiten des Focusing angeboten – spezifisch abgestimmt für die Verarbeitung problematischer Situationen, Träume, kreativer Impulse, Meditationserlebnisse usw. Ein weiterer Ausbildungskurs im Prager Atelier Satitherapie heißt „Interpersonelle Erlebensverankerung – Focusing II“ und wird insbesondere von Psychotherapeuten, Ärzten und anderen Fachleuten besucht, die sich um ein methodisches Kultivieren der Therapeut-Patient- respektive Berater-Klient-Beziehung bemühen.

Es ist nicht möglich im Rahmen des vorliegenden Beitrags die einzelnen Weiterentwicklungen des Focusing eingehender darzustellen. Wir beschränken uns hier also auf einige Beispiele der Weiterentwicklung im konkreten therapeutischen Vorgehen, zu denen dann als Illustration einige Sequenzen aus Psychotherapiesitzungen angeführt werden. Diese Weiterentwicklungen betreffen insbesondere die ersten und letzten Schritte des Focusing, nämlich die anfängliche Geistesöffnung fürs das im Körper gegründete Erleben („Freiraum schaffen“) und die abschließende kognitive Verarbeitung der Ergebnisse der jeweiligen Focusing-sitzungen.

Am Anfang der Focusing-sitzung geht es darum, einen störungsfreien Platz und eine bequeme Körperlage zu finden und das damit verbundene körperliche Erleben sich klar bewusst zu machen. Es ist ein aktives Vorgehen der körperlichen Wirklichkeitsverankerung im Hier-und-Jetzt. Nachdem eine bequeme Körperlage gefunden wurde, macht sich der Übende den Kontakt mit der Unerlage bewusst, die Lage seiner Arme und Beine und die ganze Lage seines Körpers. Es geht dabei nicht um eine progressive Entspannung, sondern nur um eine Optimalisierung, nach der man sich intensiver

⁴ Wenn aus dem Kontext nicht Anderes hervorgeht, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen immer beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

dem Erleben des eigenen Körpers widmen kann. Damit gewinnt man auch Abstand zur Problemlösungsversuchen im begrifflichen Denken allein. Zu diesem Zweck werden die folgende Anweisungen gegeben, wobei der Übende aufgefordert wird, diese innerlich mit dazu gehörenden Pausen nachzusprechen:

- Ich richte nun meine Aufmerksamkeit auf Probleme, Themen, die mir durch den Kopf gehen.
- Ich benenne sie mit einfachen Bezeichnungen in der Reihenfolge, in der sie spontan auftauchen.
- Ich bilde nun eine Liste von höchstens fünf wichtigen Problemen. Ich lasse mir dafür eine Minute Zeit ...
- Unter den ausgewählten Benennungen werde ich sie nun nacheinander auf die Finger der (dominanten) rechten Hand deponieren. Ich zähle auf den Fingern das auf, was mich bedrückt.
- Diese Liste und somit die Hand schließe ich zu einer Faust und sage „Jetzt habe ich alles, was mich bedrückt, fest in der Hand!“
- Danach lege ich die Probleme beiseite (und begleite dies mit der entsprechenden Geste der Hand) und die freie Hand bringe ich zurück in eine bequeme Lage.
- Ich mache mir bewusst, wie es mir nun ohne die abgelegten Probleme geht.

Danach können die weiteren Phasen des Focusing folgen, bis es zu der kognitiven Verarbeitung kommt, die mit einer Inventur des Fokussierten und seiner Bedeutungen beginnt.

In der letzten Phase des Focusing wird jedem Erlebnis ein eigener Platz in der subjektiv erlebten Welt des Einzelnen, in seinem Psychotop, zugeordnet. Wir führen eine gewisse Inventur der gefühlten Bedeutungen durch, indem wir sie uns noch einmal kurz ohne Selektion bewusst machen. Wir benutzen dabei die Griffe, die uns helfen, die einzelnen Bedeutungen aufzurufen. Wir widmen auch solchen Bedeutungen Aufmerksamkeit, die wir noch nicht voll verstehen, für die wir uns schämen oder die uns peinlich vorkommen. Wir machen uns bewusst, dass wir „dankbar dafür sind, dass sie sich gemeldet haben“. Nachdem der „innere Raum gereinigt wurde“, werten wir kurz aus, wie diesmal das Focusing gelaufen ist im Hinblick auf Zusammenhänge mit dem Alltag, der Lebenssituation u. ä. Man kann die Ergebnisse noch einmal im Rahmen der vier Verankerungen bewerten. Wie betrifft diese Bedeutung die Verankerung im Ziel, in den zwischenmenschlichen Beziehungen und in den relevanten Institutionen Verankerung. Man kann neue Bedeutungen auf dem Niveau des begrifflichen Denkens im ganzheitlichen Kontext der Selbsterkenntnis erarbeiten und sie als Leitsatz zur Bewältigung der Situationen, mit denen er zusammenhängt, verwenden.

Soviel zu den Anweisungen zum Focusing, das als introspektive Methode im Rahmen der vier Verankerungen verwendet wird. Der Therapeut erhält dabei zugleich das nötige Wissen über das Erleben während der therapeutischen Sitzung. Dieses ist für die Entscheidung über seine weitere Vorgangsweise wichtig. Generell gilt dabei, dass die Therapie am wirksamsten ist, wenn der Klient für sich selbst Therapeut wird. „Die einfachste“ Lösung hat jedoch oft mehrere Haken.

Ein Problem besteht z. B. darin, dass ein Mensch, der sich in einer Krise befindet, der Vorbereitung nicht soviel Zeit, Kräfte und Ausdauer widmen kann, wie es ein Profi tun würde. In der Krise braucht der Patient also die vorübergehende Hilfe eines Spezialisten. Der Klient kommt zum Therapeuten in der Regel nicht mit dem klaren Ziel, sein Erleben in dem Ausmaß zu begreifen, wie der Therapeut es notwendig findet. Eher bedrückt ihn ein Problem oder Symptom, von dem er sich nicht befreien kann. Ein Therapeut, der seinem Klienten Focusing beibringen will, befindet sich in der Rolle eines Wächters, der den Klienten lehren will, Wächter zu werden. Er zwingt ihn, Zeit zu opfern, er trainiert ihn und verlangt die Durchführung halb geübter Fertigkeiten. Deshalb ist die Übung des Focusing bei Klienten zu überlegen und eher als Ergänzung zum Training von Fertigkeiten, wie z. B. Entspannungsübungen außerhalb einer systematischen Psychotherapie anzusetzen. Auf welche andere Weise kann man aber innerhalb der psychotherapeutischen Sitzung die Kenntnis des körperlich verankerten Erlebens benützen?

Focusing in der psychotherapeutischen Sitzung

Falls Sie, liebe Leserin, lieber Leser, Psychotherapeuten sind, dann haben Sie wohl in Ihrer Praxis bemerkt, dass Klienten oft über körperliche Gefühle klagen. Magendrücken, „als ob ein Stein im Magen liegt“ und viele andere angenehme oder unangenehme Empfindungen. Diese Gefühle verbinden sie mit bestimmten Vorstellungen, Gedanken, konkreten Situationen oder mit dem gegenwärtigen stressigen Lebensabschnitt. Derjenige, der Focusing kennt, weiß in diesem Moment, dass diese beschriebenen Gefühle körperliche Empfindungen sind, die wichtige Bedeutungen mit sich tragen. Wie sollte man die therapeutische Situation strukturieren, damit der Klient die auf körperlichem Niveau codierten Bedeutungen begreift und dadurch sein „versteiftes“ Erleben lösen kann? Als Inspiration stelle ich ein Beispiel aus meiner Praxis vor.

Radek (37 Jahre) erzählt über eine problematische Situation, die sich oft wiederholt: Radek ist zu Hause und wartet, bis seine Frau aus der Arbeit kommt. Wie sich die Stunde ihrer Heimkunft nähert, beginnt er ein unangenehmes Gefühl um den Magen herum zu fühlen. Er versteht es in Zusammenhang mit der Befürchtung, dass seine Frau schlecht gelaunt von der Arbeit kommt. Es folgt ein Beispiel aus der Beschreibung der Situation:

„Ich sitze in der Küche, ich höre Jana die Tür öffnen. Hier (er zeigt die Mitte seines Körpers) zieht es sich ganz zusammen. Jana kommt und ich begrüße sie: „Grüß Dich, wie war dein Tag?“ Sie entgegnet: „Hallo.“ Sie geht zum Küchenschrank und schenkt mir keine Aufmerksamkeit. „Ich habe dir ein Abendessen vorbereitet“, dränge ich mich auf. Jana schaut unter den Deckel und sagt: „Darauf habe ich keinen Appetit“ und bereitet sich selbst etwas zu. Ich sitze dort und warte, bis sie bessere Laune bekommt. Ab und zu versuche ich etwas zu fragen, aber es wird eher schlimmer, als besser.“ (Schweigen)

Nach einer Weile frage ich, ob Radek dieses körperliche Gefühl noch spürt. Er sagt, es sei nur schwach. Damit Radek besser zu der Schlüssel-situation zurückkehren und zu seinem Erleben dabei kann, schlage ich vor, die Situation durchzuspielen. Radek willigt ein.

Psychodramatisch konkretisieren wir die Szene. Der Therapieraum verwandelt sich in die Küche von Radek und Jana.

Radek beschreibt, wo was liegt, wie es aussieht, und ich versuche auf die gekennzeichneten Stellen vertretende Gegenstände zu legen. Dann spielen wir die Situation, ich spiele die Ehefrau... Nach der Szene setze ich mich in meinen Stuhl und erkunde mich über das somatische Gefühl. Radek spürt es sehr deutlich. Ich gebe ihm folgende Anweisung:

„Sie können jetzt ruhig die Augen schließen und das Gefühl beobachten.“ Dann fahre ich fort: „Wenn ihnen von selbst ein Wort einfällt und es einen Bezug zu dem körperlichem Gefühl hat, dann sagen sie es.“

Radek sagt: „verkrampft, geschrumpft“ und sieht mich an.

Ich nicke mit dem Kopf und führe ihn weiter: „Kehren sie zu dem Gefühl zurück.“ Radek schließt die Augen ... und ich fahre fort: „Wenn Sie das Gefühl beobachten ... Sie können sich innerlich die Frage stellen – Was sollte geschehen? Was möchte der Körper tun? ... Wenn Ihnen etwas einfällt, sagen Sie es...“

Radek öffnet auf einmal die Augen und sagt energisch: „Aufstehen, die Tür zuknallen und mit einer anderen Frau sprechen!“

Dies gibt unserem Gespräch eine neue Dimension. Radek erinnert sich an eine Situation vor zwei Jahren, wo er wirklich die Tür zugeschlagen hat und in seine Werkstatt gegangen ist. Jana kam ihm nach einer Weile nach und entschuldigte sich – sie war wie eine ganz andere Frau.

Dieses Beispiel könnte den Eindruck wecken, dass Focusing eine elegante psychotherapeutische Technik ist, und wir sie benutzen können, wenn andere Techniken nicht genutzt haben. Wir müssen jedoch betonen, dass es nicht so ist. Nur wenn man eigene Erfahrung mit Focusing erlebt hat, kann man empathisch jederzeit diese Technik im Paar mit dem Klienten benutzen. Wenn Focusing interpersonell angewandt wird, halten wir es für wichtig, dieser Technik einen entsprechenden Platz im Rahmen der individuellen Psychotherapie zu schenken. Wir müssen uns bewusst machen, was uns Focusing in der Therapie bringt und wo die Möglichkeiten liegen, um nicht zu denken, dass es sich um eine universell anwendbare Technik handelt.

Kehren wir zu dem Gedanken zurück, dass Focusing ein Teil der vier Verankerungen ist. Hier spielt die Verankerung im körperlichen Erleben eine wichtige Rolle. Der Klient kann mit Hilfe der therapeutischen Führung die erlebten Bedeutungen der körperlichen Gefühle (felt sense) in verständliche Wörter, Gedanken und Vorstellungen „übersetzen“. Er erhält Bedeutungen des eigenen Erlebens, die selbst den Klienten zu unbedachten Schlüssen führen können. Deshalb müssen sie im Kontext der Beziehungen des Klienten verarbeitet werden, mit den Lebenszielen des Klienten konfrontiert werden, mit seinem Lebenssinn und mit seiner Beziehung zu relevanten Institutionen (hier z. B. die Ehe). Die Verbindung aller vier Elemente der interpersonalen Verankerung entsteht in dem Focusing-Prozess nicht automatisch. Sie hängt mit der vorherigen und nachfolgenden Bearbeitung in der therapeutischen Sitzung zusammen.

Dem interpersonalen Focusing mit Radek ging z. B. eine Sitzung voran, in der er sich von Behauptungen verschiedener Autoritäten – seiner Freundin, einer Psychologin und eines Astrologen – zu emanzipieren begann. Beide Personen aus seinem Freundeskreis interpretierten aufgrund von Statistiken bzw. aufgrund des Stands der Sterne die Unzufriedenheit in der Ehe. Sie unterstützten seine

ausweglosen Gefühle in der gegenwärtigen Ehe. Im therapeutischen Gespräch kommt er aber zu dem Schluss, dass er selbst die Aussichten für seine Ehe bewerten und entscheiden kann, ob er die Scheidung einreicht oder nicht.

In dem angeführten Beispiel war seine erste Reaktion nach dem Focusing ein Erschrecken über die Äußerung: „Aufstehen, die Tür zuknallen und mit einer anderen Frau sprechen!“ Dieser Satz ergab zuerst die Bedeutung: „Diese Ehe hat keinen Sinn. Ich muss mir wen anderen suchen.“ Erst im Laufe der nächsten Sitzung kommt er zu dem Schluss, dass sich auch seine Frau anders verhalten kann, wenn er selbst sich anders, mehr unabhängig und männlich verhält. Ein Beispiel dafür ist die Situation, an die sich Radek erinnert hat und die am Ende des Exzerptes angeführt wurde.

Erst die Verarbeitung des ganzen Focusingprozesses kann dem Klienten positive Ergebnisse bringen. Aus dem Beispiel wird auch die Gefahr eines „Hallo - Effekts“ klar, der ohne weitere therapeutische Bearbeitung eher zu einer beschränkten und überstürzten Entscheidung führen würde. Es wäre möglich, dass Radek sein Erleben und den dabei gewonnenen Satz als klare Bestätigung dessen, was die befreundete Psychologin und der Astrologe angedeutet haben und was er befürchtet hatte, auffasst. So würden seine ausweglosen Gefühle nur verstärkt oder er würde einen überstürzten Scheidungsantrag einreichen.

Wenn wir uns der Möglichkeiten, Risiken und Grenzen des interpersonalen Focusing bewusst sind, dann können wir es gut nutzen. Die vom Klienten unmittelbar erfasste gefühlte Bedeutung des eigenen Erlebens (felt sense), kann für die Therapie wichtige Punkte beitragen, die das Erleben des Klienten (felt shift) in Bezug zu konkreten Ereignissen, Situationen, Personen und Institutionen weitertragen müssen. Diese können auch die Prioritäten der Ziele des Klienten bedeutend beeinflussen.

Die Häufigkeit der Benutzung des interpersonalen Focusing in Fällen, die unserem Beispiel ähnlich sind, ist jedoch begrenzt. Die Leser, die dieses Thema näher interessiert, verweise ich dazu auf die Beschreibung der Personifizierung von pathologischen Komplexen (Hájek, 2000). Die Technik der Personifizierung von pathologischen Komplexen entspringt ebenfalls der Erfahrung des Autors mit dem körperlich verankertem Erleben, das er mit Hilfe des Focusing entdeckt hat. Im weiteren Teil dieses Artikels möchte ich hingegen die Anwendungsmöglichkeit des Focusing als introspektive Methode der Datengewinnung in der qualitativen Forschung erörtern.

Focusing in der qualitativen Erlebensforschung

Das innere Erleben war kaum ein Thema in der tschechischen Psychologieliteratur des zwanzigsten Jahrhunderts. Abgesehen von den international gut bekannten psychophysiologischen Forschungen von Jan Evangelista Purkyně (1787–1869) und den gestaltpsychologischen Arbeiten von Ferdinand Kratina (1885–1944) in den dreißiger

Jahren, finden wir da keine nennenswerte Beiträge. Ähnlich war es mit den methodologischen Fragen betreffend die Introspektion. Der führende tschechische Theoretiker František Krejčí (1858–1934) hat zwar die Erlebenspsychologie von Wilhelm Dilthey (1833–1911) in Betracht gezogen und die Rolle der Introspektion in den experimentellen Untersuchungen von Wilhelm Wundt (1832–1920) und Narziss Ach (1871–1946) gewürdigt, aber eine Kontinuität gab es diesbezüglich in der zweiten Hälfte des Jahrhunderts keine. Unter dem Einfluss des amerikanischen Behaviorismus und der russischen Reflexologie verkümmerte das Wissen vom Erleben in der tschechischen wie auch überall sonst in der europäischen Psychologie des zwanzigsten Jahrhunderts.

Auf diesem historischen Hintergrund konzipierte der Autor des vorliegenden Beitrags ein Forschungsprojekt über „Körperlich verankertes Erleben“, wie es dann auch im tschechischen Buchtitel „Tělesně zakotvené prožívání“ (Hájek, 2002) formuliert wird. Inspirierend waren hierzu unter anderem die Arbeiten des Erfinders von Focusing, Eugene Gendlin, dem unsere gegenwärtige Psychologie die Wiederentdeckung des Erlebens als einer Variable in der Psychotherapieforschung verdankt (Gendlin, 1961). Eine andere Quelle der Inspiration war die ethisch-psychologische Herangehensweise des Abhidhamma (Frýba, 1987), die auch der bereits oben behandelten Satithérapie zugrunde liegt. Das Forschungsprojekt über „Körperlich verankertes Erleben“ visierte als sein Ziel die Formulierung einer empirisch begründeten Theorie im Sinne der *grounded theory* nach Strauss und Corbin (1990) an.

Im Vordergrund des hier folgenden Kurzberichts über eine Theorie des körperlich verankerten Erlebens steht der methodologische Aspekt des Theorieaufbaus, in welchem das Focusing die wichtigste Rolle spielte. Diese Rolle des Focusing war zweifach, einerseits wurde Focusing als schon formulierte theoretische Untermauerung des therapeutischen Vorgehens benützt, andererseits kam es zur innovativen Anwendung von Focusing als Introspektionsmethode. Wie bereits erwähnt, ist die Introspektion als wissenschaftliche Methode der Selbsterforschung des Erlebens der modernen Psychologie abhandeln gekommen. Die Selbstbeobachtung ist eine Methode direkter Beobachtung von psychischen Prozessen. Grundsätzlich unterscheidet sie sich nicht von externer Beobachtung und hat ähnliche Probleme wie die externe Verhaltensbeobachtung. Sie ist eine legitime Quelle der Erkenntnis, wenn folgende Bedingungen eingehalten werden: erstens die Klarstellung des Beobachtungstandpunkts, und zweitens die Beachtung der Tatsache, dass der Beobachtende durch seine Aktivität das Beobachtete beeinflusst. Diesen Einfluss kann man nie vollkommen abschaffen, wir müssen immer mit ihm rechnen und versuchen, ihn aufzufangen und unter Kontrolle halten. Dazu gehört die Beschreibung des Ausgangszustandes des Beobachtenden, seiner Erwartungen, Wünsche u. ä. Jeder Beobachter muss deshalb klar den Standpunkt darstellen, von dem aus er den gegebenen Gegenstand beobachtet und er muss auch einen gewissen Abstand vom Beobachteten halten. Bei der

Selbstbeobachtung ist es die wichtigste Aufgabe des Beobachters, einen Abstand von den Inhalten der Vorstellungen und Gedanken zu halten. Eine notwendige Bedingung hierzu ist es, den eigenen Geist bei der Introspektion nicht als Instrument des Denkens, Ausdenkens und Erklärens zu betätigen, sondern ihn nur als Mittel des Bemerkens während der Beobachtung zu benutzen. Für einen unübten Geist ist das eine schwierige Aufgabe, doch der Geist, der in standardisierten Methoden der Selbstbeobachtung geschult wurde, sichert diesen Abstand eben durch die Verankerung im Erleben des primären Beobachtungsobjekts.

Auch wenn Focusing nur als Selbstbeobachtungsmethode in der Forschung angewendet und nur als Mittel zur Erfassung von psychischen Prozessen benützt wird, bringt es sozusagen als Nebeneffekt auch Linderung des problematischen Erlebens und Selbsterkenntnis im Sinn des Persönlichkeitswachstums mit sich. Und eben auch dieser „Nebeneffekt“ kann Gegenstand der wissenschaftlichen Beobachtung und Auswertung werden. Die Technik des Focusing impliziert das Wachrufen eines körperlichen Fokus, welcher dann als Basis der Selbstbeobachtung dient. Das in diesem Fokus verankerte Erleben liefert uns nicht nur einen Standpunkt der Beobachtung, es stellt auch einen Punkt dar, der verifiziert, dass der Geist nur beobachtet und nicht spekuliert oder sich sonst wie in den Denkinhalten und Vorstellungen verliert.

Datengestaltung mit Focusing

Wie nun Focusing als Selbstbeobachtungsmethode in der Forschung angewendet wurde, beschreiben wir auf Grund einzelner Etappen des Forschungsprojekts zur Bildung der Theorie des körperlich verankerten Erlebens. Bevor man auf dieses Ziel hinarbeiten konnte, mussten zwei Aufgaben gelöst werden: Erstens war dies die Wahl der Forschungspopulation, von welcher die gewünschten Daten erhalten werden konnten, zweitens brauchte es ein planmäßiges Vorgehen zur Erfassung der Empirie und ein standardisiertes Forschungsinstrumentarium für die Gestaltung der Daten. Erst dann konnte die Datenverarbeitung mit qualitativen Methoden erfolgen, die im Sinne der *grounded theory* nach Strauss und Corbin (1990) für die Theoriebildung erforderlich war.

Es lag auf der Hand, als Forschungspopulation die Teilnehmer eines Kurses zur Einführung in Focusing zu wählen. Es wurden Kurse für zwanzig Teilnehmer ausgeschrieben, die unter dem Titel *Körperlich verankertes Erleben (Focusing) als Methode zur Erlebensforschung* für Studenten der Psychologie und Medizin, wie auch für Interessenten aus der breiteren Öffentlichkeit inseriert wurden. Das Kursprogramm brauchte im Vergleich mit dem sonst üblichen Programm der Focusingkurse nur geringfügig abgeändert werden, um die Angaben über das Erleben der Teilnehmer so zu erfassen, dass das nötige Vorgehen bei der Datengestaltung und Datenverarbeitung erfolgen konnte.

In dem Kurs *Körperlich verankertes Erleben (Focusing) als Methode zur Lebensforschung* wurden einzelne Schritte des Focusing entsprechend den standardisierten Anweisungen, die oben beschrieben wurden, trainiert. Die Teilnehmer berichteten in Gruppengesprächen jeweils zwischen dem Üben einzelner Schritte über eine große Vielfalt von beobachteten Phänomenen. Diese Berichte wurden auf Kassette aufgenommen, von den Aufnahmen wurden dann einige ausgesucht, die später transkribiert wurden – auf diese Weise wurden die groben Daten gewonnen. Für die Untersuchung herangezogen wurden zwanzig Berichte nach dem ersten Training, siebzehn nach dem zweiten Training und achtzehn nach dem dritten Training.

Die groben Daten wurden mit qualitativen Methoden gemäß der *grounded theory* bearbeitet. Durch offenes Codieren bei der ersten Verarbeitung der Daten entstanden 166 primäre Kategorien, welche als Tabelle ausgedruckt und dann in Papierstreifen zerschnitten wurden, um sie manuell sortieren zu können. Ein solches Sortieren der primären Kategorien nach bestimmten gemeinsamen Merkmalen erinnert an das Q-Sort, jedoch sind die Kategorien der Sortierung hier nicht im Voraus bekannt. Die Kategorien entstehen erst, wenn man „das Gemeinsame“ benennen kann, das in einem versuchsweise durchgeführten Zusammenfassen der primären Kategorien hervortritt. So entstehen die Hauptkategorien und in ihrer Spezifizierung die Unterkategorien. Bei der weiteren Datenverarbeitung wurde nach und nach die Zuordnung der Phänomene zu Kategorien revidiert. Ob ein Phänomen dem körperlich verankerten Erleben zuzuordnen ist, musste jeweils aus dem Kontext des ganzen Berichts entschieden werden. Das war erst bei erneuter Durchsicht aller Daten möglich.

Die Einordnung der primären Kategorien in Hauptkategorien und Unterkategorien erfolgte dann am Ende der ersten Etappe der Datenverarbeitung. Die Datenverarbeitung verlief somit in folgender Reihenfolge:

Beobachtungsbericht ↔ primäre Kategorien → Hauptkategorien und Unterkategorien

Für jeden Teil der Theorie sind spezifische Hauptkategorien und Unterkategorien charakteristisch, die bestimmte Bereiche abgegrenzt haben. Zur Illustration der Vorgehensweise seien hier (Tabelle 1 und 2) die Kategorien angeführt, die bei der Entstehung des Theoriebausteines „Gewinn beim körperlich verankerten Erleben“ gefunden wurden.

Für Zwecke der Theoriebildung ist ein solches Kategoriensystem noch nicht geeignet, deswegen mussten wir uns erneut der Empirie zuwenden, also die primären Kategorien untersuchen. Dieses Revidieren der entstehenden theoretischen Kategorien anhand der Empirie ist ein wichtiges Prinzip der Interaktion zwischen Theorie und Empirie, wie es die *grounded theory* verlangt. Bei einem solchen

Tabelle 1 Nebengewinn bei der Selbstbeobachtung
Abstand zum Erleben dank des Wahrnehmens der psychischen Prozesse
Abstand zum Erleben hervorgerufen durch aktive Benennung
Abstand zum Erleben hervorgerufen durch Erfassen der persönlichen Bedeutung
Gefühlter Fortschritt
Erleichterung bei der Verarbeitung der Bedeutungen nach der „Inventur“
Einsicht in die erlebte Wirklichkeit

Tabelle 2 Finden der Bedeutungen im Verlauf des Focusing
Bedeutung des Focus verbindet sich spontan mit dem persönlichen Problem
Sinn im Lebenskontext erschließt sich aus der Erwägung der Bedeutungen
Bedeutung des Fokus verbindet sich mit der Situation Hier und Jetzt
Zuordnung der Bedeutungen bei der „Inventur“
Sinn der Situation Hier und Jetzt bei der „Inventur“ finden
Ich kenne das körperliche Gefühl aus eigener Erfahrung
Die Bedeutungen geben nur teilweise Sinn
Zuordnung der Bedeutungen nach der „Inventur“ gelingt nicht

Tabelle 1 und 2: Verschiedene Kategorien im Bereich „Gewinn aus dem körperlich verankerten Erleben“

Revidieren der primären Kategorien entstehen allmählich abstraktere Kategorien, die für die Theoriebildung benützt werden können. Diese Interaktion von Theorie und Empirie kann wie folgt schematisch dargestellt werden:

Hauptkategorien und Unterkategorien ↔ primäre Kategorien → Beobachtungsberichte über begrenzte Gebiete der Empirie → theoretische Kategorien → das Skelett der Theorie (vgl. dazu auch Diagramm 1).

Die Datenanalyse wird mit der Bildung einer Kategorienstruktur, die für die Theorie nützlich ist, beendet. Diese Struktur wird als Skelett der Theorie bezeichnet. Es entstanden hiermit hierarchische Begriffsstrukturen, die einzelne Lebensprozesse beschreiben:

- Körperliche Prozesse, die beim körperlich verankerten Erleben beteiligt sind
- Kognitive Prozesse, die beim körperlich verankerten Erleben beteiligt sind

- Körperlich verankertes Erleben im Zusammenspiel von Geist und Körper
- Gewinne aus dem körperlich verankerten Erleben
- Prozesse, die körperlich verankertes Erleben stören.

Als Beispiel dient das Theorie-Skelett für „Gewinne aus dem körperlich verankerten Erleben“ im folgenden Diagramm 1.

Gewinn aus dem körperlich verankerten Erleben		
ERLEBTER FORTSCHRITT	VERSTÄNDNIS DER PERSÖNLICHEN BEDEUTUNG	DISTANZ IM ERLEBNIS
		EINBLICK IN DIE ERLEBTE WIRKLICHKEIT
	Inhalt des Erlebens	Beachtung der Existenz der Phänomene
	Persönliche Themen, Probleme;	Beachtung der Prozesse des körperlich verankerten Erlebens
	Vergangene Situationen;	
	Situation Hier und Jetzt;	Beachtung der Bedingtheit der Phänomene
	Bedürfnis nach einer Veränderung.	
	Tatsächlichkeit des Erlebens	

Diagramm 1: „Gewinn aus dem körperlich verankerten Erleben“ als eine theoretische Kategorie

Vorgehen bei der Theoriebildung

Bei der Theoriebildung gemäß den Prinzipien der grounded theory nimmt man wiederholt Bezug zu den Daten und macht so einen jeweils weiteren Schritt „der Verankerung der Daten“. Auch bei der abschließenden Theorieformulierung wird zu den Daten zurückgegriffen, um entsprechende konkrete Beispiele zu finden, welche die jeweilige Formulierung illustrieren. Diese Vorgehensweise, die in jedem Schritt der Theoriebildung benutzt wird, können wir schematisch so darstellen:

Skelett der Theorie → Theorie (ein Beispiel folgt) ↔ Beobachtungsbericht (in Kursivschrift weiter unten im Exzerpt angeführt).

Hier ist nun eine synoptische Darstellung: Die Theorie des körperlich verankerten Erlebens entfaltet sich aus dem Skelett der Theorie weiter in eine Geschichte der einzelnen Prozesse, die man durch Introspektion erkennt. Diese einzelnen Prozesse sind im folgenden Exzerpt durch konkrete Beispiele (in Kursivschrift) illustriert. Dabei werden nicht nur Prozesse, die das körperlich verankerte Erleben entwickeln, dokumentiert, sondern auch Prozesse, die das körperlich verankerte Erleben hemmen. Damit die Theorie dann nicht nur

auf dem Niveau der Beschreibung von Elementarprozessen stehen bleibt, werden diese Prozesse anschließend in einen Persönlichkeitskontext, der als Triade „Erleben – Wissen – Handeln“ (Hájek, 1997) verstanden wird, eingegliedert. Weiters werden die Prozesse auch auf die Persönlichkeitsänderung in der Psychotherapie bezogen. Das körperlich verankerte Erleben wird darüber hinaus auch noch mit den weiteren drei satitherapeutischen Verankerungen (im Ziel, in den Beziehungen und in den Institutionen) in Zusammenhang gebracht.

Als Beispiel einer solchen synoptischen Darstellung zitiere ich nun einen Abschnitt aus dem Kapitel „Gewinne aus dem körperlich verankerten Erleben“ (Hájek, 2002, S. 104). Es handelt sich dabei um das ausgearbeitete Skelett einer Theorie, das bereits unter der Überschrift „Distanz im Erleben“ und „Einblick in die erlebte Wirklichkeit“ im *Diagramm 1* dargestellt wurde

Mit der Entwicklung körpergerichteter Achtsamkeit, die durch das Gewinnen der Distanz zu allem eigenen Erleben charakterisiert ist, kann sich auch eine unmittelbare emotionale Erleichterung einstellen. Schon das Faktum, dass sich die Person nicht mit den Erlebnisinhalten identifiziert, sondern sie nur als Gegenstand der Beobachtung hat, bietet die Möglichkeit, Abstand von Gedankeninhalten, Vorstellungen und unangenehmen Gefühlen zu halten. Man muss sich nicht mit Fragen wie: „Was geschieht mit mir gerade?“ befassen. Im Gegenteil, die Änderung des Blickwinkels auf unangenehme Erlebnisse, die wie Gegenstände der Beobachtung sind, ermöglicht, diese Erlebnisse ohne Abwehr und ohne den Wunsch, sie zu verändern, zu akzeptieren. Das Streben nach einem „anderen“ angenehmeren Erleben verursacht nur die Verschlechterung des Zustandes in Richtung noch unangenehmerer Zustände. Die Distanz vom Erleben kann durch die spontane oder auch aktive Benennung eines konkreten Erlebnisses oder Gefühls, einer Vorstellung oder eines Gedankens verstärkt werden. Zum Beispiel *„In dem Moment, als es benannt wurde, habe ich zwar keine Erleichterung gefühlt, aber ich konnte die Sache mehr von aussen angehen ...“* „Ich sah Kriegesbilder, Bomben ... also ließ ich es sein, weil es doch nur eine Vorstellung ist.“

Die Distanz vom Erleben ist eine Voraussetzung der Selbstbeobachtung, dank der sich die Einsicht in die erlebte Wirklichkeit entwickelt. Diese Einsicht bedeutet, konkrete Phänomene zu unterscheiden, ihre Zusammenhänge zu entdecken, und zu erfahren, welche Konsequenzen im Sinne ihrer Wirkung auf das Erleben sie haben. Aus dieser Sicht kann man bei der Einsicht differenzieren in die Beachtung der Phänomensexistenz, das Erfassen der Bedingtheit der Phänomene und das Erfassen des Prozesses des körperlich verankerten Erlebens.

Die Beachtung der Existenz der Phänomene als Bestandteil der Einsicht in erlebte Wirklichkeit wird hier im Sinn der Registrierung von Phänomenen, die im Erleben zwar oft erscheinen oder länger anhalten, aber von der Person bisher nicht wahrgenommen wurden, verstanden. Vor allem handelt es sich hier um Phänomene des Fühlens, die die Person nicht zugelassen hat. Zum Beispiel *„Gleichzeitig habe ich mir bewusst gemacht, dass auch Gefühle, die nicht ganz aktuell sind, auftreten, sie sind dort ...“* „Ich bin darauf gekommen, dass ich vorher den Eindruck hatte, dass mir der Kopf und der Bauch nicht weh tut, aber es hat genau wie vorher weh getan, nur wusste ich nicht, dass es weh tut ...“

Die Beachtung der Bedingtheit der Phänomene ergibt sich aus der unmittelbaren Beobachtung der Verbundenheit der Phänomene, je nachdem, wie das eine das Erscheinen eines anderen bedingt. Meistens sind es Wahrnehmungsphänomene, die Gefühle und in der Folge Vorstellungen und Gedanken verursachen. Zum Beispiel *„Mich hat das Äußere sehr gestört, ich dachte immer: die Straßenbahn fährt, ein Auto fährt ...“* „Dieses Gefühl hat die Vorstellung hervorgerufen, dass ...“

Die Beachtung der Prozesse des körperlich verankerten Erlebens ist wichtig zur Kultivierung der Fertigkeit, solche Prozesse hervorzurufen. Bei direkter Beobachtung kann die Person die Spontaneität des erweckten Prozesses wahrnehmen. Zum Beispiel *„Eine solche Erkenntnis, wie es verlaufen ist, wie die Inhalte sich änderten, dass war nicht unangenehm, jetzt geht es mir gut ...“* *„Der Prozess war gelaufen und in dem Moment, als es still war, ist es immer noch gelaufen“*. Die Person kann auch die Folgen und Entwicklung reflektieren: *„... ich habe gespürt, wie mein Herz sich verkrampft ... es ist komisch ... wie eine Bombe ... dann gab ich dem verschiedene Etiketten, wie Bombe, Panik, Angst, ... Wenn ich dem einen Namen gegeben habe und zu dem Gefühl ging, war es beruhigend, wenn ich von ihm weiter gegangen bin, hat es sich verstärkt.“*

Die Theorie des körperlich verankerten Erlebens antwortet auf die Forschungsfrage, welche Prozesse in der Interaktion von Geist und Körper Bedingungen schaffen, die zur positiven Erlebensänderung, zum Wachstum des Selbstkenntnis und zu adäquatem Handeln beitragen. Sie beschreibt also Prozesse, die zur besseren Lebensmeisterung führen, wenn die Person sie spontan oder durch bewusste Entscheidung entfalten kann. Es ist nötig zu betonen, dass unsere oben angeführten Beispiele hier in ihrer Aussagekraft beschränkt sind. Das Forschungsprojekt ist stark an die tschechische Sprache gebunden und bei der Übersetzung in eine andere Sprache kommt es zu Bedeutungsverschiebungen. Der vorliegende Beitrag dürfte jedoch ein ähnliches Forschungsprojekt im deutschsprachigen Raum anregen.

Nutzen von Focusing und körperlicher Erlebensverankerung

Die in diesem vorliegenden Beitrag behandelte Themen reichen von Schilderung des historischen Kontexts psychologischer Behandlung des Phänomens „Erleben“, aus dem heraus dieses Forschungsprojekt über die therapeutische, theoretische und methodologische Relevanz des Phänomens „Erleben“ entworfen wurde, über die Schilderung einer Technik zum Kultivieren des körperlichen Verankerung des Erlebens (nämlich des Focusing,) bis zur Darstellung von Anwendungsmöglichkeiten dieser Technik einerseits in der integrativen Psychotherapie (nämlich der Satitherapie), wie auch andererseits in der Forschung über psychotherapeutische Veränderung. Den gemeinsamen Nenner all diesen Schilderungen stellt das Focusing dar. Abschließend soll nun nochmals der Nutzen dieser verschiedenen Anwendungen des Focusing zusammengefasst und das Prinzip der körperlichen Wirklichkeitsverankerung hervorgehoben werden.

Das körperlich verankerte Erleben ist ein zentraler Begriff, der sich mit positiven Persönlichkeitsänderungen in Zusammenhang steht. Er ist definiert durch Prozesse des Geistes und des Körpers, in welchen persönliche Bedeutung die unmittelbar gefühlt wird, entsteht. Anders gesagt ist es ein Erleben, dessen Bedeutung in aktuell auftretenden Gefühlen verankert ist. Das körperlich verankerte Erleben bedeutet darüber hinaus eine Enthebung von einem

Denken, das nur auf dem Niveau von Begriffen verläuft. Meistens geht es bei dem begrifflichen Denken nur um Informationsverarbeitung und Ordnen von Inhalten, die sich auf die Vergangenheit oder die Zukunft beziehen. Das körperlich verankerte Erleben besteht hingegen im Beruhen des Geistes bei einem körperlichen Erleben „jetzt und hier“; es ist also verankert in der Wirklichkeit, aus der heraus man wirksam handeln kann. Die erinnerte Vergangenheit und die antizipierte Zukunft bilden in diesem Geisteszustand nur einen Rahmen. Traumatische Erlebnisse aus der Vergangenheit und Angst vor zukünftigen Geschehnissen existieren in der Gegenwart nur als körperliche Spuren von erinnerten oder vorgestellten Situationen. Ein gutes Verständnis hiervon hat Konsequenzen sowohl für die Theorie wie auch für die Praxis.

Die Theorie des körperlich verankerten Erlebens konnten wir nicht ohne das Focusing formulieren, weil beim Focussieren Prinzipien der standardisierten Selbstbeobachtungsmethode eingehalten werden können. Dazu werden Prozesse des körperlich verankerten Erlebens entwickelt, die zugleich auch Gegenstand der Beobachtung sind: zwei wichtige Stützen psychologischer Arbeit, wenn sie richtig begriffen und kompetent gehandhabt werden. Das Focusing als Mittel der Selbstbeobachtung des Therapeuten und die Theorie des körperlich verankerten Erlebens, die die Veränderung in der Psychotherapie erklärt, bilden somit äußerst bedeutensame Instrumente seiner Tätigkeit. Der Psychotherapeut kann dann besser sein eigenes Erleben erfassen, seine theoretische Sensibilität erhöhen und eigene Prozesse des Körpers und Geistes registrieren. Er gewinnt dadurch auch ein besseres Verständnis von sich selbst, was eine notwendige Bedingung dafür ist, das Erleben des Klienten adäquat zu begreifen und therapeutisch zu befreien. Dank dem kann ein theoretisch über das körperlich verankerte Erleben unterrichteter und praktisch in Focusing trainierter Psychotherapeut adäquatere Vorgangsweisen in konkreten therapeutischen Situationen wählen und dem Klienten von größerem Nutzen sein.

Literatur

- Corsini, R.J. (Ed.) (1994). *Encyclopedia of psychology*. New York: Wiley & Sons.
- Frýba, M. (1987). *Anleitung zum Glücklichein. Die Psychologie des Abhidhamma*. Freiburg: Bauer Verlag.
- Frýba, M. (1995). *The Practice of happiness*. Boston: Shambala.
- Gendlin, E. T. (1961). Experiencing: A variable in the process of therapeutic change. *American Journal of Psychotherapy* 15, 233–245.
- Gendlin, E. T. (1981). *Focusing. Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme* (K. Schoch, Übers.). Salzburg: Otto Müller. (Original erschienen 1978: Focusing. New York: Everest House)
- Gendlin, E. T. (1992). The primacy of the body, not the primacy of perception. *Man and World* 25 (3–4), 341–353.
- Hájek, K. (1997). Psychoterapeutická změna osobnosti a její zjišťování [Psychotherapeutische Veränderung der Persönlichkeit und ihr Nachweis]. In Vymětal J. a kol., *Obecná psychoterapie [Allgemeine Psychotherapie]*. (34–48) Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Hájek, K. (2000). Personifizieren psychopathologischen Erlebens im Rahmen der klientenzentrierten Psychotherapie. In G.-W. Speierer (Hrsg.), *Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie* (S. 131–143) Köln: GwG-Verlag.
- Hájek, K. (2002). *Tělesně zakotvené prožívání [Körperlich verankertes Erleben]*. Praha: Karolinum.
- Rogers, C. (1977a). *On Personal Power*. New York: Delacorte.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basic of qualitative research: Grounded Theory. Procedures and techniques*. Newbury Park, Ca.: Sage Publications.
- Vogt-Frýba, B. (1991). *Können und Vertrauen*. Zürich: Rüeegger.

Autor

Karel Hájek, geb. 1966; Staatsprüfung an der VUT FEL Praha im Fach Elektroenergetik und an der FF UK Praha im Fach Psychologie; 2001 Doktorat (Ph.D. und PhDr.) ebenfalls an der FF UK Praha; Psychotherapeutische Ausbildungen im Personzentrierten Ansatz, und in Satitherapie sowie für Ehe- und Familienberatung.

Korrespondenzadresse

*PhDr. Ing. Karla Hájek, Ph.D.
UHSL; 1:LF UK Praha
Faustuv dum, Karlovo nam. 40
128 00 Praha
Tschechische Republik
E-Mail: khajek@lf1.cuni.cz*

Michal Pernicka

Das Phänomen der Begegnung in der Psychotherapie¹

Zusammenfassung: In diesem Artikel wird eine qualitative Untersuchung von Interviews mit sieben Therapeuten aus verschiedenen therapeutischen Richtungen zum „Phänomen der Begegnung in der Psychotherapie“ dargestellt. Diese Studie ermöglichte es, ein derart subjektives und subtiles Moment im therapeutischen Prozess genauer unter die Lupe zu nehmen. Bei der Beschreibung des Phänomens durch die Therapeuten konnte dabei eine volle Übereinstimmung festgestellt werden; als wichtigste Merkmale des Phänomens wurden angeführt: eine einzigartige Nähe und ein Verstehen des Anderen, Vorherrschen des Erlebens statt kognitiver Aspekte, eine hohe Intensität und kurze Dauer der Erfahrung, ein Potenzial für therapeutische Veränderung sowie eine Motivation für die Fortsetzung der Arbeit. Zum Abschluss dieses Artikels werden noch einige Implikationen der Begegnungserfahrung für den therapeutischen Prozess angesprochen.

Schlüsselwörter: Psychotherapieforschung, therapeutische Beziehung, Begegnung in der Psychotherapie, Perspektive des Therapeuten

Abstract: The Encounter Phenomenon in Psychotherapy. In this study a qualitative analysis was used to process interviews with seven psychotherapists of different theoretical approaches on the topic of “encounter phenomenon in psychotherapy”. This study enabled a closer look on these very subjective and subtle moments in therapeutic process. An evident consensus was reached in therapists’ description of the phenomenon; its most important characteristics showed to be: a unique closeness and understanding of the other, emphasis on experiencing at the expense of cognitive aspects, high intensity and short duration of the experience, a potential for therapeutic change, and motivation for further therapeutic work. Implications of encounter experience for therapeutic process are discussed at the end of this article.

Key words: psychotherapy research, therapeutic relationship, encounter phenomenon in psychotherapy, therapist’s perspective

In diesem Artikel möchte ich zusammenfassen, welche Studien es zum Thema Begegnung in der Psychotherapie gibt und die Ergebnisse besprechen. Die *Begegnungserfahrung* in der Psychotherapie ist immer ein besonderer Moment von seltener Nähe zwischen den Beteiligten. Dass es dieses Phänomen gibt, wurde von vielen Psychotherapeuten² bestätigt. Auch wenn ihre Beschreibungen dieser Erfahrung in vieler Hinsicht ähnlich sind, so bleibt das Konzept dennoch ein wenig vage. Ich glaube, es verdient aufgrund seiner Implikationen für den therapeutischen Prozess auch Aufmerksamkeit von Seiten der Forscher. Es handelt sich dabei jedoch um eine so subtile Erfahrung, dass meine Untersuchung u. a. die Frage klären sollte, ob es überhaupt möglich ist, diese Erfahrung einer systematischen Erforschung zu unterwerfen.

Das Phänomen der Begegnung – eine Einleitung

Jan Vymětal, ein bekannter tschechischer Psychotherapeut, beschreibt das Phänomen der Begegnung wie folgt: „In der Beziehung zum Klienten gibt es manchmal plötzlich dieses eigenartige

subjektive und gegenseitige Sich-Nahe-Kommen von einer ungewöhnlichen Qualität. Das sind Augenblicke intensiver Nähe, und für eine Weile – ich betone hier das Wort „Weile“ – findet da eine Art Verschmelzung statt. Dabei handelt es sich jedoch nicht um einen psychotischen Geisteszustand, wo man sein Identitätsgefühl verlieren könnte. Das Gewahrsein seiner selbst ist zwar einen Moment lang geschwächt, aber nur um binnen kürzester Zeit wieder zurückzukommen, gestärkt durch die Begegnung mit der anderen Person.“ (Vymětal, 2001, S. 113f) A. dos Santos, ein Klientenzentrierter Psychotherapeut, zeigt uns auf überzeugende Weise in seiner Übersicht zu diesem Phänomen, dass es dabei um sehr starke Erlebnisse geht, die über die Grenzen einzelner therapeutischer Schulen hinausgehen. Er nennt sie „*miracle moments*“ in der Psychotherapie³. Ich zitiere aus seinem Vortrag am Kongress „The Quality of Presence“ in Bratislava (Preßburg) in der Slowakei:

1 Aus dem Englischen übersetzt von Elisabeth Zinschitz

2 Wenn aus dem Kontext nicht Anderes hervorgeht, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen immer beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

3 Vgl. dazu auch den Beitrag von Karaszová in diesem Heft

„Viele ausgezeichnete Therapeuten haben „miracle moments“ erlebt und erörtern diese im Rahmen ihres Denkens. Rogers, der Vater des Personenzentrierten Ansatzes, hat diese Momente auch beschrieben und zwar als einen veränderten Bewusstseinszustand. In diesem Zustand gibt es nichts, das ablenkt, und die Aufmerksamkeit ist völlig dem jeweiligen Augenblick gewidmet. Rogers meinte, dass sich eben in diesen Momenten eine Beziehung zum Klienten herstelle, die Buber eine „Ich-Du“-Beziehung nennen würde. Er sei dann auf einer Wellenlänge mit seinem Klienten [In einer späten Phase seines Lebens nannte Rogers diese Momente ein „*transzendentes Phänomen*“. Anm. des Autors].

Erving Polster, ein renommiertes Gestalttherapeut, sieht diese besonderen Momente oder teleskopischen Höhepunkte, wie er sie nennt, als einen wesentlichen Aspekt der Veränderung in der Psychotherapie. In diesen Momenten fühlt er sich gänzlich auf den anderen gerichtet, er geht darin auf und er kann die Dinge sehr klar, detailliert und umfassend sehen. Es handelt sich für ihn definitiv um einen anderen Bewusstseinszustand als für gewöhnlich.

Eugene Gendlin, der Psychologe, der das Focusing entwickelt hat, beschreibt seine besten Momente in der Psychotherapie als jene, wo er sich vollkommen gegenwärtig fühlt und wo ein „plötzliches Sich-Öffnen“ stattfindet; er und der Klient erreichen eine neue Verständnisebene und es gibt eine Vorwärtsbewegung; die Lebensenergie ist wiederhergestellt. In diesen Augenblicken erlebt er sich als in einem anderen Geisteszustand und es ist so, als wäre da jemand bei ihm und dem Klienten, jemand, der über enorm viel Weisheit verfügt, der ihm sagt, was er tun soll.

John Grinder, der zusammen mit anderen das Neurolinguistische Programmieren (NLP) entwickelt hat, glaubt, dass diese Augenblicke so wichtig sind, dass er meint, wenn er sie nicht alltäglich erlebt, wäre das Zeitverschwendung. Er sagt, dass die ganze NLP-Technik entwickelt wurde, um solche Momente herzustellen.

Virginia Satir, die Mutter der Familientherapie, glaubte, dass diese Augenblicke den „Honig des Lebens“ in sich tragen und das Leben bedeutend und lebenswert machen.

Murray Stein, ein Analytiker nach Jung, glaubt, dass wir in solchen „miracle moments“ als „Kanal des Apollo“ fungieren: Diese Momente machen aus den Therapeuten Diener Apollos, wobei das Ego zur Seite geschoben wird, damit man ganz so sein kann, wie der Augenblick es verlangt.

Und Robert Nemiroff, ein Psychoanalytiker, sieht diese Knotenpunkte der Psychotherapie als die wesentlichen Elemente in der Veränderung und der Entwicklung des Klienten. Er glaubt, dass dies eine gemeinsame Erfahrung ist, wobei er als Wünschelrute fungiert, um jene wertvolle Flüssigkeit zu finden, die das Leben bewegt“ (dos Santos, 1999).

Eine ausführlich ausgearbeitete Konzeptualisierung dieses Phänomens findet sich in der Dialogischen Psychotherapie, die auf Martin Bubers Philosophie basiert. Ihre Vertreter nennen diese besonderen Erlebnisse Ich-Du-Momente (z. B. Hycner & Jacobs, 1993; Heard, 1993), die aus der Ich-Du-Beziehung hervorgehen.

Aus all dem geht klar hervor, dass dieses Phänomen über die Grenzen der einzelnen therapeutischen Schulen hinausgeht, und dass es als einer der allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie klassifiziert werden kann. Auch wenn die genannten Therapeuten unterschiedliche Begriffe benutzen und sich auf unterschiedliche Aspekte desselben beziehen, scheinen sie doch alle an die Erfahrung gedacht zu haben. In dieser Studie habe ich mich dazu entschlossen, dafür die allgemeine Bezeichnung von J. Vymětal, nämlich den Begriff *Begegnungserfahrung in der Psychotherapie* zu

benutzen. Dieser beschreibt das Phänomen in ausreichendem Maße und impliziert keine bestimmte psychotherapeutische Schule oder keinen Autor. Es ist mir bewusst, dass, im Versuch dieses Phänomen zu beschreiben, einige poetische und manchmal sogar mystische Ausdrücke aufscheinen können, was skeptischere Leser abschrecken könnte. Wie wir in den Schlußfolgerungen sehen werden, ist es jedoch schwer, einen Ausdruck zu finden, der diese Erfahrung genau erfasst.

Das Phänomen der Begegnung in der Psychotherapieforschung

Psychotherapieforschung gibt es nun schon seit 60 Jahren. Nachdem die berühmte Kritik von Eysenck (1952) bezüglich der Wirksamkeit der Psychotherapie erfolgreich widerlegt wurde, sahen sich die Forscher mit einer anderen ernsthaften Frage konfrontiert. Die vorhandenen Forschungsergebnisse zeigen auf überzeugende Art und Weise, dass trotz der Unterschiede in der Methode, in den theoretischen Grundlagen sowie in den Hypothesen über die Ätiologie der menschlichen Störungen, alle Therapieformen ähnliche Ergebnisse aufweisen (um nur die meist zitierten Studien zu nennen: Luborsky et al., 1975; Shapiro & Shapiro, 1982; Garfield, 1983). Dieses Ergebnis stellt eine große Herausforderung dar, nicht nur für die Forscher, sondern auch für die Vertreter von einzelnen theoretischen Ansätzen. Wir könnten sagen, dass es die Forscher in zwei Gruppen spaltet: Jene, die dieses Ergebnis akzeptieren, und jene, die es ablehnen. Die Ersteren versuchen dauernd anhand methodologisch immer besserer Forschungsprojekte spezifische Wirkungen bestimmter Behandlungsformen nachzuweisen; die anderen scheinen zum ursprünglichen Konzept der gemeinsamen Faktoren in der Psychotherapie zurückzukehren, das bereits 1936 von Raul Rosenzweig vorgestellt wurde und bei welchem die therapeutische Allianz besonders hervorgehoben wird. Beiden Gruppen gemeinsam ist ein stärkeres Interesse an einer genaueren Untersuchung der Variablen, die tatsächlich die positiven von psychotherapeutischen Interventionen hervorgerufenen Veränderungen bewirken, sowie eine Tendenz, weg von traditionellen Designs wie Schulvergleichen hin zu Prozessergebnis-Forschungen, Fallstudien usw.

Die Forschung zum Thema Begegnung als psychotherapeutisches Phänomen gehört zum Bereich der Forschung über die therapeutische Allianz und sie steht dem Paradigma der Significant Events³ in der Psychotherapie (z. B. Elliott, 1983a; 1983b; 1985; Rice & Greenberg, 1984) sehr nahe. Dieses Paradigma beruht auf dem Glauben, den die Mehrheit der Therapeuten und Forscher teilt, dass es im Verlauf einer Therapie signifikant hilfreiche oder behindernde Sitzungen gibt, die den Charakter eines Schlüsselerlebnisses haben. Sie meinen, dass diese Episoden im Therapieprozess

3 Vgl. dazu den Beitrag von Timulák in diesem Heft.

uns die am meisten versprechenden Phänomene für die Forschung bieten. Die bei solchen Ereignissen gewonnenen Informationen könnten uns helfen zu verstehen, wann und wie Psychotherapie wirkt, und sie könnten dazu beitragen, dass Psychotherapeuten diese Momente, bei denen ihre Klienten am offensten für eine positive psychologische Veränderung sind, erkennen und nützen können. Die grundlegende Frage dieses Paradigmas lautet: Welche spezifische Intervention des Therapeuten, die er in welchem momentanen therapeutischen Kontext gesetzt hat, wird zu welcher Art von unmittelbaren oder langfristigen Konsequenzen für den Klienten führen? Meine Studie weicht jedoch insofern von diesem Paradigma ab, als die Begegnungserfahrung nicht als eine Art von Intervention oder Technik betrachtet werden kann. Sie kann nicht einfach zu einem bestimmten Zeitpunkt „angewendet“ werden. Wie wir in den Schlussfolgerungen sehen werden, verhindert paradoxerweise gerade die Bemühung, diese Erfahrung herbeizuführen, eben diese selbst. Trotzdem hat dieses Forschungsparadigma mich sehr inspiriert und ich betrachte das Phänomen der Begegnung in der Psychotherapie als ein Significant Event in diesem Sinne.

Das Forschungsprojekt

Die Idee, eine Untersuchung zu diesem Thema zu machen, kam mir dank A. Simek, eines tschechischen Psychotherapeuten, der mich beim meiner Dissertation beriet. Dieses Thema beschäftigte ihn in seiner lebenslangen Erfahrung in der Arbeit mit Klienten als klinischer Psychologe. Als ich mit anderen Psychotherapeuten darüber sprach, erstaunte mich ihre Reaktion. Sogar jene, die schon lange aufgehört hatten, als Psychotherapeut zu arbeiten, konnten sofort lebhaftere Erinnerungen an solche Momente mit ihren früheren Klienten hervorholen und außerdem konnten sie sich an die Intensität dieser Erfahrungen erinnern. Dies bestätigte mich in meiner Meinung, dass es sich dabei um ein wesentliches Thema in der klinischen Arbeit handelt. Als ich die entsprechende Literatur studierte, fand ich heraus, dass sogar Carl Rogers zu einer Untersuchung dieses Phänomens, das er als „transzendentes Phänomen“ bezeichnete, angeregt hatte (Rogers, 1982l; Vymětal, 2001).

In der Literatur der Psychotherapieforschung fand ich allerdings nicht sehr viele Untersuchungen zu diesem Thema. Man kann sich ja leicht vorstellen, welche Probleme einen potenziellen Forscher dabei entmutigen könnten: Subjektivität, Nicht-Messbarkeit, Angst vor Unwissenschaftlichkeit oder Mystizismus, ein unzureichender Zusammenhang mit den vorhandenen Theorien therapeutischer Veränderungen (mit Ausnahme des bereits erwähnten dialogischen Ansatzes zur Psychotherapie und der Gestalttherapie). Frank (1981, S. 13f) formuliert es folgendermaßen: „Manche wichtige Erfahrungen in der Psychotherapie dürften sich prinzipiell für wissenschaftliche Untersuchungen nicht eignen, da sie in einem veränderten Bewusstseinszustand auftreten, d. h. in Formen, die den

Sinnen nicht zugänglich sind, und auf Realitätsebenen, die von der Alltagsrealität abweichen.“ Es ist aber vielleicht doch zu extrem, dass er eine Forschung zu diesen Themen nicht empfiehlt, da „jeder Forscher, der versucht, solche Phänomene zu erforschen, seinen Ruf als vertrauenswürdigen Wissenschaftler riskiert.“ Ein Ziel dieser Untersuchung war es deshalb, zu bestimmen, ob und zu welchem Preis es möglich ist, die Begegnungserfahrung empirisch zu erfassen.

Die Hauptfrage dieser Untersuchung war einfach: „Was ist die Begegnungserfahrung in der Psychotherapie?“ Mit Rücksicht auf die Natur des Themas und der Untersuchungsfrage wählte ich einen phänomenologischen Ansatz. Dessen Ziel war es, die individuelle persönliche Wahrnehmung in Bezug auf ein Ereignis – in diesem Fall die Wahrnehmung praktizierender Psychotherapeuten – zu erfassen, im Gegensatz zum Versuch, einen objektiven Bericht über das Ereignis selbst zu erstellen. Ich wählte die Methoden des semi-strukturierter Interviews, um die Daten zu sammeln, und die Interpersonale Phänomenologische Analyse (IPA, z. B. Smith et al., 1999) für deren qualitative Verarbeitung. „Die IPA ist ein relativ neuer qualitativer Ansatz, der insbesondere innerhalb der Psychologie entwickelt wurde. Derzeit wird dieser Ansatz v. a. bei Untersuchungen im Bereich der Gesundheits-, klinischen und Sozialpsychologie, insbesondere in Großbritannien, verwendet. Die IPA beschäftigt sich damit, zu verstehen, wie die Untersuchungspersonen selbst sich ihre Erfahrungen erklären. Deshalb konzentriert sie sich auf die Bedeutungen, die diese Erfahrungen für die Untersuchungspersonen haben. Gleichzeitig berücksichtigt die IPA, während sie versucht, der persönlichen Welt dieser Personen näher zu kommen, dass dies nicht auf direktem Wege oder vollständig möglich ist. Der Zugang hängt von den eigenen Konzeptionen des Forschers ab, die erforderlich sind, um die persönliche Welt des Anderen durch einen Prozess interpretierender Aktivität zu erklären.“ (IPA Website, 2003).

Die Glaubwürdigkeit ist im Kontext der qualitativen Forschung weitgehend abhängig von der Qualität der Daten. Sie müssen *reichhaltig* sein, das heißt detailliert und vollständig. Ein anderes Kriterium ist eine „*dichte Beschreibung*“, die nicht nur Information über Fakten bringt, sondern uns auch über den Kontext informiert, Motive und Bedeutungen der Situation erfasst und den Prozessaspekt betont. Damit solche Daten gewonnen werden können, müssen Personen für das Forschungsprojekt gefunden werden, die zur Schlussfolgerung gekommen sind, dass diese Untersuchung ihnen etwas bringt (partizipatorischer Ansatz). Wir können ihnen zum Beispiel versprechen, dass sie damit das erforschte Thema besser verstehen lernen.

Von zunächst zehn angesprochenen Psychotherapeuten nahmen im Endeffekt sieben an der Befragung teil. Mein Ziel war es, unterschiedliche Perspektiven zum Thema zu erhalten; ich versuchte daher, Therapeuten aus verschiedenen Ansätzen anzusprechen und neben Experten auch Anfänger miteinzubeziehen. Ich hatte allerdings nicht den Ehrgeiz, eine repräsentative Stichprobe der therapeutischen Population in der Tschechischen Republik zu erreichen.

I. Die therapeutische Beziehung

- Welche Bedeutung hat die therapeutische Beziehung für Sie bzw. in Ihrer Arbeit mit dem Klienten?
 - Beispielsweise im Vergleich mit der Bedeutung spezifischer Techniken?
 - Wie hat sich Ihr Konzept der therapeutischen Beziehung im Laufe Ihrer beruflichen Tätigkeit entwickelt?
- Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Merkmale einer therapeutischen Beziehung?
- Glauben Sie, dass eine ähnliche Beziehung außerhalb des therapeutischen Settings möglich ist?
 - ja → Was haben diese Beziehungen gemeinsam?
 - nein → Was macht diese Beziehung einzigartig?

II. Das Begegnungsphänomen in der Psychotherapie

J. Vymetal: „In der Beziehung zu einem Klienten kommt es manchmal zu dieser eigenartigen subjektiven gegenseitigen Nähe von einer ungewöhnlichen Qualität. Das sind Momente von sehr intensiver Nähe, und für eine Weile, – wobei ich das Wort Weile betonen möchte, – findet eine Art von Verschmelzung statt; aber das ist kein psychotischer Geisteszustand, wo man sein Gefühl der eigenen Identität verliert. Die Selbstwahrnehmung wird für einen Moment schwächer, nur um kurz danach, gestärkt durch die Begegnung mit der anderen Person, wiederhergestellt zu werden.“

- Haben Sie jemals so etwas Ähnliches erlebt?
- Könnten Sie diese Erfahrung beschreiben?
 - Können Sie mir mehr darüber erzählen
 - Wie weiß jemand, dass er dabei ist, diese Erfahrung zu machen?
 - Was ist das Wichtigste für Sie bei dieser Erfahrung?
 - Wie fühlt es sich an?
 - Wie lange dauert diese Erfahrung / dieser Zustand normalerweise?
 - In welchem Teil der Therapie kommt dies normalerweise vor?
 - Hängt diese Erfahrung Ihrer Meinung nach mit der Qualität der therapeutischen Beziehung zusammen?
 - Hängt sie irgendwie mit dem Inhalt Ihres Gespräches zusammen?
- Welche Bedeutung hat diese Erfahrung Ihres Erachtens für den Klienten?
- Und für die weitere therapeutische Arbeit?
- Glauben Sie, dass jemand, wenn er Sie während dieser Sitzung beobachten würde, bemerken könnte, dass Sie diese Erfahrung gerade machen?
 - Was könnte er wahrnehmen?
- Was geschieht nachher, wenn die Erfahrung abebbt?
 - Wie ebbt sie ab?
Wie lange? Welche Art von Erinnerung bleibt zurück?
 - Wie nimmt es beim Klienten ab?
- Erwähnt er / sie dieses Thema in den nächsten Sitzungen?
- Kennen Sie diese Erfahrung von woanders?
 - ja → Wo könnte sie sonst noch vorkommen? Mit wem? Zu welchem Anlass?
Was haben diese Momente gemeinsam?
 - Nein → Wie erklären Sie die Tatsache, dass das (nur) in der Therapie vorkommt?
- Welche Bedingungen sind Ihres Erachtens notwendig, damit die Erfahrung auftaucht?
- Was hingegen verhindert es?
- Wie oft kommt diese Erfahrung in Ihrer Arbeit mit Klienten vor?

Tabelle 1: Gesprächsstruktur für die Therapeutenbefragung

Das Angebot, an der Untersuchung teilzunehmen, wurde persönlich oder über E-Mail vermittelt.

An der Untersuchung nahmen sieben Psychotherapeuten teil: sechs Männer, eine Frau; sechs davon waren sehr erfahrene Experten, die auch als Ausbilder, Supervisoren und Universitätsdozenten arbeiten, einer von ihnen stand zum Zeitpunkt der Untersuchung am Anfang seiner therapeutischen Laufbahn. Sie repräsentieren die Psychoanalyse (1), einen eklektischen Ansatz (1), die Gestalttherapie (1), den Klientenzentrierten Ansatz (3) und den systemischen Ansatz (1). Die Gespräche fanden jeweils in ihrer Praxis statt und dauerten durchschnittlich ungefähr 40 Minuten. Bei der Erarbeitung der Gesprächsstruktur (Tab.1) griff ich auf vorhandene Literatur und auf Gespräche, die ich vor der Untersuchung mit Psychotherapeuten geführt hatte, zurück. Abgesehen von Fragen, die auf das Phänomen selbst abzielten, fügte ich auch Fragen ein, die sich auf das Verständnis der psychotherapeutischen Beziehung bezogen und die den Hintergrund für die dieser Erfahrung zugeschriebene Bedeutsamkeit darlegen sollten (siehe Pkt. I in Tab. 1). Ich habe das oben angeführte Zitat von J. Vymětal verwendet, um das Gespräch über die Begegnungserfahrung zu beginnen. Das wortwörtliche Transkript der Gespräche wurde nachher den Therapeuten zur Begutachtung vorgelegt und im Anschluss daran analysiert.

Die Beschreibung der Begegnungserfahrung

Von den befragten Therapeuten wurden die Begegnungserfahrungen unterschiedlich ausführlich, aber in fast in allen Fällen sehr prägnant und eindrucksvoll beschrieben. Um einen Eindruck davon zu vermitteln, sei im Folgenden eine sehr ausführliche Beschreibung als Beispiel angeführt.

„Da war eine Frau, die auf der neurologischen Abteilung aufgenommen worden war, nachdem sie auf tragische Weise ihren 15-jährigen Sohn verloren hatte. Sie wurde wegen bestimmter neurologischer Störungen behandelt. Die Beziehung zu ihrem Sohn war die wichtigste Beziehung in ihrem Leben und sie wusste nicht, wie sie mit diesem Verlust umgehen sollte. Sie hatte viele psychosomatische und neurologische Probleme. Sie wurde meine Klientin und wir begannen, diese Probleme zu bearbeiten. Damals war ich mir nicht sicher, ob ihr irgendetwas sagen können würde. Außerdem hatte ich selber kleine Kinder, und der Gedanke, dass auch mir das passieren könnte, machte mir ziemlich viel Angst. Ich fühlte mich irgendwie nutzlos, als ob ich nicht viel für sie tun könnte. Und da passierte so etwas [eine Begegnungserfahrung, *Anm. des Autors*]. Es war nur ein Moment – ich weiß nicht mehr, in welcher Sitzung. Während sie zu mir sprach, begann sie allmählich mit mir zu teilen, was der Tod ihres Sohnes für sie bedeutete, wie ihr ganzes Leben zerstört war, und plötzlich entstand so ein Moment, wo nichts gesagt wurde. – Ich weiß heute nicht mehr, wie es dazu kam, und vielleicht wusste ich es damals auch nicht – Es war ein Augenblick

vollkommenen Verstehens und gegenseitigen Mitgefühls. Es war klar, dass sie wusste, dass ich sie verstehe oder dass ich da bei ihr war, und ich wusste, dass ich sie sah, so wie sie war, was für ein Mensch sie war und was die Situation wirklich für sie bedeutete. Und damals wurde mir klar, dass es nichts zu sagen gab und dass nichts mehr gesagt werden musste; es kam mir vor, als wäre alles bereits geschehen. Und ich sage Ihnen, ich weiß nicht, was genau zwischen uns beiden geschehen ist. Der Augenblick hat mir einen Eindruck hinterlassen; es war eine ungewöhnliche und vielleicht sogar eine mystische Erfahrung.“

Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Ich habe die folgenden Schlussfolgerungen mittels einer Analyse der individuellen Gespräche gewonnen. Genauere Informationen über diesen Prozess finden sich in der Originalarbeit (Pernicka, 2002). Ich füge hier zur Illustration eine Tabelle an, die die Häufigkeit der Aussagen der Therapeuten in Bezug auf die gegebenen Themen zeigt (Tab. 2).

Die Tatsache der Begegnungserfahrung

Alle Therapeuten, die an dieser Studie teilnahmen, haben das Begegnungsphänomen in ihrer therapeutischen Arbeit erlebt. Einer von ihnen hat, wie er sagt, eine „*skeptische*“ Sichtweise. Aber auch er spricht von „*Momenten, die nicht leicht herzustellen sind*“ und „*wo es einen sehr engen Kontakt mit der Person gibt, so dass es leichter für mich wird, mir vorzustellen, was mit ihm los ist und wie er die Dinge erlebt. Es wird für mich möglich, für einen kurzen Moment in seinen Schuhen zu stehen und die Welt durch seine Augen zu sehen*“. Aber er fügt hinzu, dass er „*eine solche Erfahrung nie als Begegnung bezeichnen würde*“. Dennoch ähnelt seine Beschreibung jenen der anderen Therapeuten sehr. Die Tatsache, dass das Phänomen von allen Therapeuten erwähnt wird, unterstützt die Idee, dass es nicht zu einer bestimmten therapeutischen Schule gehört und dass es als einer der sogenannten gemeinsamen Faktoren in der Psychotherapie gesehen werden kann.

In vier Gesprächen wurde gesagt, dass diese Erfahrung unterschiedliche Intensitätsstufen erreichen kann, z. B.: „*Ich glaube, diese Begegnung kann in vielen verschiedenen Formen auftreten*“. „*Jeder von uns trägt diese Qualität in sich, und manchmal zeigt sie sich, manchmal dauert es ein wenig länger, manchmal kürzer, manchmal ist es weniger intensiv*“... Das könnte zu der Annahme führen, dass es hier ein gewisses Kontinuum gibt, entlang dessen diese Erfahrung ihre je eigene Form annehmen kann. Ein Teilnehmer beschrieb die Grenzen: „*Es ist wichtig dem Klienten irgendwie zu begegnen, denn wenn es einem nicht gelingt, empathisch zu sein, dann sind alle Interventionen irgendwie intellektuell, aber sie*

Merkmale	Therapeuten						
	1	2	3	4	5	6	7
Eigenschaften des Phänomens							
• Begegnung als ein Kontinuum von Erfahrungen	1		5		1		1
• Zusammensein	6	2		1	1		4
– Nähe	3	2			4	1	2
– „er weiß, dass ich weiß“	2			1			2
– gemeinsame Sprache		1		1			1
– Mögliche Konfluenz			3				
• Grenzen aufrechterhalten				1	3	2	
• Betonung des Erlebens	2	1	1	3			
– Vorhandensein von Emotionen	4	3		2		1	2
• Verstehen	3			3	1	2	4
• Unterstützung, Bestätigung, Akzeptanz	1			3			
• Intensität	4		1	1			
• Eingeengte Wahrnehmung		1			1		
• Pathologie		2					
• Potenzial für therapeutische Veränderung	2		1	3	1		
• Erfüllung der Bedürfnisse des Klienten				1			1
• Schwer herzustellende Erfahrung						1	
• Natürliches Phänomen	1	1		2	3	5	
• Zusammenhang mit der therapeutischen Beziehung			1		3		1
• Schwierige Reflexion der Erfahrung	4				1		1
Alternative Erklärung							
						4	
Implikationen des Phänomens für Psychotherapie							
• Offenheit für den Klienten		1		2			3
– Ermutigung zur Selbstexploration					5		
• Bedingung für therapeutische Arbeit	3		2				
• Stärkung der Beziehung	10	1			1		1
• Motivation zum Weiterarbeiten beim Klienten	1		2	3			
• Motivation zum Weiterarbeiten beim Therapeuten	1						4
Erforderliche Bedingungen für das Auftreten des Phänomens							
• Haltung des Therapeuten	1	1	1	4	2	1	1
• Verhalten des Klienten		2					
Bedingungen, die das Auftreten des Phänomens verhindern							
• Ungelöste Probleme des Therapeuten			1		1		
• Betonung der sozialen Position	1	1					
• Abwehrmechanismen des Klienten	1						
• Anstreben der Begegnungserfahrung	2	1					
Bedingungen, die das Phänomen nicht verhindern							
• Unähnlichkeit der Teilnehmer	3						
• Unvertrautheit der Teilnehmer			1				
Deutliche wahrnehmbare Ausdrucksformen des Phänomens							
• Undeutlichkeit des Phänomens	1	1					1
• nonverbale Ausdrucksformen	1		3	2			
• Möglichkeit, die Erfahrung zu spüren	1			1			1
Auftreten des Phänomens							
• Kurze Dauer	6	1	1	2	1	1	1
• Auftreten außerhalb des psychotherapeutischen Settings		1	1	1		1	1
• Hohe Frequenz des Auftretens	2		2		2		
• Skeptizismus						4	

Tabelle 2: Häufigkeit der Nennung verschiedener Merkmale des Begegnungsphänomens

beruhen definitiv nicht auf dem aktuellen Erleben.“ Daher kann es hier einerseits „Nicht-Empathie“ und andererseits auch Konfluenz (Verschmelzung) geben: *„Es ist möglich, mit manchen Patienten in solchen Momenten zu verschmelzen, und das könnte eine sehr intensive Erfahrung sein, denn die Grenze zwischen Therapeut und Patient verschwindet dann im Grunde“*. Später beschreibt er die Risiken dieser beiden Extrempositionen: *„Es gibt zwei Risiken: Das eine besteht, wenn man irgendwie mit dem Anderen verschmilzt, denn dann ist es schwierig, ihm von dieser Position aus zu helfen. Das andere Extrem ist, wenn man sich weit weg von dem Patienten befindet – es gibt eine Distanz, und wenn man, sagen wir mal, einen Vorschlag macht, ist das etwas ein sehr Rationales“*. Das Verschmelzen könnte ein Anzeichen für eine gewisse Pathologie sein: *„Sie ziehen dich in eine Art von psychotischer Verschmelzung hinein“*.

Bei der Auswertung der Interviews wurde kein Unterschied zwischen Anfängern und erfahrenen Psychotherapeuten festgestellt. Es zeigte sich, dass die therapeutische Erfahrung nicht der bestimmende Faktor dafür ist, ob dieses Phänomen in der Therapie vorkommt. Dieser Gedanke wird durch die Aussage eines der Therapeuten unterstützt, dass es die Begegnungserfahrung auch in anderen zwischenmenschlichen Beziehungen oft gibt.

Die Merkmale dieses Phänomens

Das wesentlichste Merkmal dieses Phänomens war, wie die Auswertung der sieben Interviews ergab, etwas, das ich „Verbundensein“ nenne. Dieser Begriff umfasst Formulierungen wie Resonanz, auf derselben Wellenlänge sein, teilen, Solidarität, Einheit usw. Beispielsweise: *„Es war ein Moment des vollkommenen Verstehens und der vollkommenen Resonanz“*; *„Ein heiliger Augenblick des Teilens“*; *„Es ist eine Erfahrung – ich weiß nicht, wie ich es beschreiben soll – von menschlicher Verbundenheit, von Resonanz“*; *„Solidarität, Einssein mit dem Anderen“*; *„Diese Menschen existieren für einander“*; *„Das Gefühl, auf derselben Wellenlänge mit dem Klienten zu sein“*; *„Ich war da bei und mit dieser Person“*; *„Empathie – und ich meine das nicht in dem Sinne, dass man Mitleid mit dem Menschen empfindet, sondern dass man bei ihm ist“*. Diese Sätze kennzeichnen das Wort Begegnung selbst, d. h. ein zeitweises Zusammen-Sein.

Zusätzlich zu diesem Zusammensein gibt es noch ein weiteres wichtiges Merkmal, das „Nähe“ meint oder „guter Kontakt“. Es wurde von fünf Therapeuten explizit erwähnt, beispielsweise: *„Ein paar Augenblicke wahrhaftiger Nähe“*; *„Es kam da zu einem sehr engen Kontakt mit der Person“*; *„Es war eine Erfahrung ungewohnter Nähe für mich“*.

Beim Begriff des „Verbundenseins“ inkludiere ich auch ein Merkmal, das mit: „Er weiß, dass ich weiß“ bezeichnet wurde. Drei Therapeuten erwähnten es: *„Er weiß, dass ich weiß“*; *„Sie weiß, dass ich es verstehe“* und *„Sie fühlte, dass ich es fühlte“*. Diese Aussagen weisen daraufhin, dass diese Erfahrung eine gegenseitige ist, und

das beide Teilnehmer sich dessen bewusst sind. Es wäre angemessen, die therapeutische Perspektive mit der Perspektive der Klienten zu diesem Thema zu vergleichen.

Ein weiteres Merkmal, das mich überraschte, da die Therapeuten es ziemlich gleich beschrieben, war „gemeinsame Sprache“: *„Ich wusste, was er mir erzählen würde, bevor es sagte“*; *„Es schaut so aus, als ob sie eine gemeinsame Sprache sprechen, die Worte haben dieselbe Bedeutung für sie“*. Dieses Merkmal konnte auch in einer Videoaufnahme einer Sitzung, die ich zu sehen bekam, festgestellt werden. Dieses Detail gibt uns ein Bild des ungewöhnlichen Ausmaßes des gegenseitigen „Aufeinander-Einstimmens“ innerhalb dieser Erfahrung.

In J. Vymétals Beschreibung, die am Anfang jedes Interviews benützt wurde, wird die Möglichkeit der momentanen Konfluenz erwähnt. Drei Teilnehmer waren damit nicht einverstanden: *„Es geht nicht um eine Konfluenz, denn das würde bedeuten, dass die Grenzen sich aufheben und es keine Unterscheidung zwischen mir und dem Anderen mehr gibt“*; *„Aber weder du noch der Andere gehen verloren“*; *„Es ist ein Zustand, der uns verbindet, aber er verbindet uns nicht in dem Sinne, dass wir uns irgendwie auflösen“*; *„Ich erlebe nicht, dass ich mich einen Moment lang verliere oder mich selbst vergesse“*; *„Ich verbinde mich nicht mit dem Klienten, in dem Sinne dass ich in ihn hineingehe oder mit ihm verschmelze“*. Die Möglichkeit der Konfluenz wurde nur von einem Teilnehmer erwähnt, der außerdem noch hinzufügte, dass dies zu einer Pathologie führen könnte: *„Das passiert eher bei Menschen mit Borderline oder mit Psychosen.“*

Die Teilnehmer betonten sehr stark das Erleben, beispielsweise: *„Es ist wichtig, es zu erleben, es zu genießen, den Moment zu verlängern“*. Ebenso wurden Emotionen hervorgehoben – entweder indem Emotionen genannt oder indem als Gegenstück auf das Fehlen kognitiver Anteile hingewiesen wurde: *„Man lernt den Klienten anders als analytisch, intellektuell oder kognitiv kennen“*; *„Es ist eine Begegnung ohne logisches Denken, ohne dass man die Erfahrung reflektiert“*; *Nicht den Intellekt zwischen uns stellen“*; *„Ein erfüllendes Gefühl von Freude“*; *„Eine emotionale Präsenz, eine starke emotional-affektive Präsenz beider Personen“*; *„Ein warmes, glückseliges Gefühl in meiner Brust“*; *„Ich spüre eine liebevolle Atmosphäre“*. Diese Emotionen müssen nicht nur positiv sein: *„Manchmal könnte es Traurigkeit sein, die auf diese Weise erlebt wird, wenn beiden Personen zum Heulen ist“*.

Ein sehr bedeutsames und häufig erwähntes Merkmal wurde unter den Begriff des „Verstehens“ eingeordnet. Es betrifft die Dimension des starken Gefühls, den Anderen und sein Weltbild zu verstehen: *„Und mir war klar, dass ich sie dann sah, so wie sie wirklich ist und wie die Situation für sie ist“*; *„Innerhalb dieser Erfahrung ist das Verstehen des Anderen und seiner Phänomenologie am deutlichsten“*; *„Und du bekommst einen Zugang zum klarsten Verstehen, das über ein bloßes Teilen hinausgeht“*; *„Es ist einfacher für mich, mir vorzustellen, was in ihm vorgeht, wie er die Dinge in seinem Leben erlebt. Ich kann für eine Weile in seinen Schuhen stehen und die Welt*

durch seine Augen betrachten“; „Verstehen – und ich meine nicht, die Worte des Anderen zu verstehen, sondern ein tieferes Verstehen“. Ich denke, dass gerade dieses Merkmal als die beste Beschreibung des Begegnungsphänomens betrachtet werden kann und dass dies den Erfolg der therapeutischen Arbeit maßgeblich bestimmt.

Vier Therapeuten sagten, dass die Begegnungserfahrung ein Potenzial für therapeutische Veränderung in sich birgt. „Es gibt nichts mehr zu sagen, man muss nichts mehr sagen, es ist, als ob alles bereits geschehen ist“; „Ich glaube, dass diese Erfahrung die psychologische Veränderung herbeiführen kann“; „Die Therapie, der Heilungsprozess findet in diesen Momenten statt“; „Die Kraft unserer Hilfe liegt darin“. Zwei dieser Therapeuten meinten, dass eine solche Erfahrung nach die Voraussetzung für die therapeutische Arbeit darstelle: „Für mich ist dieser Moment der Begegnung sehr wesentlich, wahrscheinlich das Wesentlichste für den Beginn unserer Arbeit“; „Es ist auf jeden Fall wichtig, einander irgendwie zu begegnen, denn wenn man den Gefühlen des Anderen nicht nahe kommt, dann sind die Interventionen irgendwie rational und basieren nicht auf dem Erleben“.

Diese Aussagen deuten darauf hin, dass das Begegnungsphänomen als ein signifikantes oder kritisches Ereignis in der Psychotherapie, das für den Veränderungsprozess ausschlaggebend ist, klassifiziert werden könnte.

Manche Therapeuten erwähnten die ungewöhnliche Intensität dieser Erfahrung: „... es ist vielleicht sogar eine mystische Erfahrung“; „Es kann eine sehr intensive Erfahrung sein“; „Die Erfahrung ist für den Klienten so stark, dass er sie wieder hervorrufen möchte“. Einer der Befragten argumentiert die Intensität der Begegnungserfahrung damit, dass sie sogar dort auftreten könne, wo es eine große „Unähnlichkeit zwischen den Betroffenen“ gibt oder obwohl „die Teilnehmer sich in einem unterschiedlichen Zustand befinden, in einer unterschiedlichen Stimmung“. Dazu gab es noch ein weiteres Statement: „Es ist eigenartig, dass es in einer psychotherapeutischen Situation passiert, in der Leute einander gar nicht kennen“.

Es gibt einige andere Merkmale dieses Phänomens, die nur einzeln erwähnt wurden, die aber zur Vervollständigung des Bildes beitragen:

- Unterstützung, Bestätigung und Akzeptanz („Es geht auch darum, einander zu akzeptieren“; „Und es ist auch ein Moment der stärksten Unterstützung“; „Es ist erfüllend, nährend, unterstützend“) sowie auch um
- Eingeeengte Wahrnehmung („Es schien ein Trance-Zustand zu sein, wobei die Wahrnehmung eingeeengt ist“; „Sie sind nur für sich selbst da, sie reagieren nicht auf Anreize von außen, sagen wir, wenn jemand hustet, seinen Sessel verrückt oder irgend ein anderes kleines Geräusch – das hat nicht die Kraft, sie auseinander zu reißen. Es ist, als ob alles sich auf eine tiefere Erfahrung reduziert hätte.“)
- Erwünschtsein des Phänomens (Es hat auch ein bestimmtes dringendes Bedürfnis erfüllt, das ich in dem Moment spürte“; „Wer diesen Kontakt erlebt hat, möchte mehr davon“.)

- Manche Therapeuten erwähnten wiederholt, wie schwer es sei, diese Erfahrung zu reflektieren, beispielsweise: „Es ist sehr schwer, es mit Worten zu beschreiben“; „Ich glaube nicht, dass es möglich, wirklich über dieses Phänomen zu sprechen“; „Ein Mensch ist mehr drinnen als draußen, so dass es schwer ist, das Ganze zu sehen“; „Natürlich ist es schwerer, die Erfahrung von außen zu beschreiben als das von innen heraus zu tun“; „Es ist sehr schwer in Worte zu fassen“. Diese Aussagen unterstützten wieder den Gedanken, dass beim Begegnungsphänomen wenig kognitive Funktionen involviert sind. Dies warnt uns auch vor der Gefahr, das Phänomen vorschnell zu definieren.

Bedingungen für das Auftreten des Phänomens

Es gab eine starke Übereinstimmung zwischen den Therapeuten in der Frage, welche Bedingungen für das Auftreten des Phänomens ausschlaggebend sind. Die Schlüsselbedingung war für sie „die Haltung des Therapeuten“. Sie meinten zu diesem Thema etwa: „Es setzt eine große Offenheit für all das voraus. Ich meine, auf der Seite des Therapeuten, und es ist eine Offenheit im Sinne von sich auf den Anderen einzustimmen oder hilfreich zu sein“; „Ich denke, es bezieht sich auf Empathie, auf Wahrnehmung, darauf sich auf den Anderen einzustimmen“; „Was der Therapeut machen kann, ist, fortwährend eine Ich-Du-Haltung einzunehmen, eine große Bereitschaft für Nähe, die manchmal zu einer unmittelbaren Begegnungserfahrung führt“; „Wenn es passiert – dass ich imstande bin, in einem guten Kontakt mit dem, was der Klient sagt, zu sein, in Kontakt mit allem, was ihm passiert“; „Es ist so, als wäre ich wirklich da für sie. Ich wollte sie verstehen“.

Ich denke, die Haltung des Therapeuten stellt eine Verbindung zwischen dem Begegnungsphänomen und der therapeutischen Beziehung dar. Da die Begegnungserfahrung gegenseitig ist, es nicht ausreichend, wenn nur einer sich einseitig auf den Anderen einstimmt. Es muss aus einer zufrieden stellenden Beziehung (oder einem ebensolchen Arbeitsbündnis) zwischen Therapeut und Klient hervorgehen, die ihrerseits wiederum dadurch verstärkt wird. Die Befragten erwähnten diese Tatsache verschiedene Male: „Einerseits ist eine gute Beziehung eine Voraussetzung für dieses Phänomen und andererseits wird sie durch diese Erfahrung gestärkt“; „Wenn eine solche Erfahrung auftritt, dann hat das eine therapeutische Qualität, die bereits in der Beziehung vorhanden war“; „Die Beziehung muss immer eine gute Qualität haben“.

Der erste Teil der Befragung war der therapeutischen Beziehung gewidmet und zielte darauf ab, den Hintergrund, vor dem das Phänomen entsteht, zu beleuchten. Das Thema, das dabei am Hartnäckigsten immer wiederkehrte, war die generelle Bedeutung der therapeutischen Beziehung für die therapeutische Arbeit. Es ist überraschend, dass ein einziger Untersuchungsteilnehmer der Beziehung nicht soviel Wert beimisst wie alle anderen, im Gegenteil,

er versteht sie als ein Nebenprodukt einer guten therapeutischen Arbeit. Es ist auch skeptisch in Bezug auf das Begegnungsphänomen selbst. Er warnt uns, in dieser Diskussion die Mittel und die Ziele nicht zu verwechseln: *„Das würde ich als eine Methode betrachten, als etwas, das eigentlich ein Signal ist, dass die Therapie gut abläuft“*. Diese Perspektive ruft die Frage hervor, ob diese Erfahrung wirklich etwas Einzigartiges darstellt oder ob es eine relativ übliche Erfahrung ist, die eben bei einer guten therapeutischen Arbeit entsteht. *„Die eigenartige Spiritualität ... kommt dann retrospektiv, wir bringen sie im Nachhinein selbst hinein – ich meine, den Gedanken, dass das etwas ganz Besonderes ist“*. Dieser Teilnehmer bietet eine andere Erklärung an: *„Ich meine, die besondere Qualität bekommt das Ganze, da es uns nicht gelingt, genau zu beschreiben, was da zwischen den beteiligten Personen passiert; daher beginnen wir dem eine eigenartige Qualität zuzuschreiben“*. Ich verstehe seine Aussage eher als eine Warnung, diesen Augenblicken keine mystische Bedeutung beizumessen. Auf jeden Fall stellt er die Existenz solcher Momente ungewohnter Nähe und Verstehens an sich nicht in Frage.

Bedingungen, die das Auftreten des Phänomens verhindern

Die Items, die zu dieser Kategorie gehören, beschreiben einfach das Gegenteil der vorher genannten Bedingungen: Nicht-eingestimmt-Sein, Nicht-Bereitschaft des Therapeuten, schlechte Beziehung oder schwaches Arbeitsbündnis. Außerdem gibt es ein paar andere damit zusammenhängende Themen wie: „

- Probleme des Therapeuten (*„Die Erfahrung wird durch die eigene Probleme des Therapeuten verhindert, wenn er etwas nicht gelöst hat, das die Beteiligten daran hindert, sich näher zu kommen.“*)
- Betonung der sozialen Rolle des Therapeuten (*„Die Begegnungserfahrung kann meines Erachtens jedes Mal stattfinden, wenn die Menschen sich ohne die Last der sozialen Rollen begegnen“; „... nur dann, wenn es nicht darum geht, ob jemand eine bestimmte Position hat oder mehr weiß.“*)
- Auf der Seite des Klienten sind es unterschiedliche Abwehrmechanismen, die eine Begegnungserfahrung verhindern können: *„Wenn die Person mich irgendwie abhielt, mich nicht an sich rankommen ließ“*. Zweimal wurde erwähnt, dass die Erfahrung nicht stattfindet, wenn man sich zu sehr bemüht, sie herbeizuführen: *„Was verhindert sie? – sie zu wollen“; „Es ist unmöglich, so einen Begegnungsmoment absichtlich herbeizuführen, er kommt entweder von selbst oder gar nicht.“*

Implikationen des Phänomens für die Psychotherapie

Die befragten Therapeuten betonten häufig, dass die Begegnungserfahrung ihnen hilft, dem Klienten gegenüber offener zu sein. Dem Klienten hingegen gibt sie mehr Mut, an seinen Problemen

weiterzuarbeiten, und sie unterstützt seine Selbsterforschung. *„Sie unterstützt ihn dabei, sich für neue Entscheidungsmöglichkeiten zu öffnen.“* *„Er ist offener, mutiger.“* *„Er scheint lebendiger zu sein, oder zumindest spricht er davon.“* *„Dass meine Haltung eine entspannende Wirkung auf sie hat und sie dazu bringt, sich mehr zu öffnen.“* *„Es machte es ihr möglich, sich für einen bestimmten Bereich ihres Erlebens zu öffnen und das mehr oder weniger mit mir zu teilen im Laufe der Therapie.“* *„In diesem Augenblick ist sie bereit, mehr über sich selbst zu erfahren.“* *„Die Person stellt einen tiefen Kontakt zu sich selbst her.“*

Ein weiterer Effekt der Begegnungserfahrung ist die Vertiefung der Beziehung zwischen den Beteiligten, welche von vier Teilnehmern erwähnt wurde: *„In einer gewissen Phase entsteht eine starke Bindung“; „Es stärkt den Zusammenhalt und das Vertrauen in eine Gruppe“; „Allmählich entstand eine Art von Allianz, und erst danach konnte die Therapie beginnen“; „Du hast einen guten Kontakt zu dir selbst und zum Anderen“*.

Das wichtigste Auswirkung dieses Phänomens liegt m. E. (neben dem schon beschriebenen Potenzial für therapeutische Veränderung), in der verstärkten Motivation der Beteiligten, weiter zu arbeiten. *„Es ist etwas, das die Menschen zur Therapie zurückkommen lässt.“* *„Manchmal bezeichne ich es als ein ‚Einfangen‘ des Klienten. Wenn es einem Therapeut gelingt, seinem Klienten auf diese Art zu begegnen, ist das eine Voraussetzung dafür, dass der Klient wiederkommt. Ich habe die Erfahrung, dass, wenn es nicht passiert, die Klienten nicht zurückkommen.“* *„Die Erfahrung ist für den Klienten wirklich so stark, dass er sie wieder erleben oder zumindest darüber sprechen möchte.“* *„Es ruft ein gewisses Gefühl der Zufriedenheit hervor, ein Glücksgefühl, dass es einfach funktioniert, sowie auch den Wunsch, das öfter zu erleben.“* Ein Befragter erklärt sehr gut, welche Motivation auch für den Therapeuten darin liegt: *„Ich würde mich selbst verdächtigen, dass das eines der Motive ist, weshalb ich immer wieder aufs Neue eine Psychotherapie beginne“*.

Äußerlich wahrnehmbare Ausdrucksformen des Phänomens

Aufgrund der Auswertung der Gespräche kam ich zu der Schlussfolgerung, dass es nicht wirklich prägnante Ausdrucksformen der Begegnungserfahrung gibt, die auch durch einen Beobachter deutlich wahrgenommen werden können. Dies belegen Formulierungen wie: *„Äußerlich geschieht nicht sehr viel“; „Es ist nicht wirklich erkennbar“*. Wahrgenommen wurden jedoch nonverbale Ausdrucksformen wie: *„Es könnte im Gesichtsausdruck, auf der körperlichen Ebene ausgedrückt werden, es könnte auf jeden Fall im Augenkontakt und in der Körperhaltung wahrgenommen werden. Der Augenkontakt ist auf jeden Fall intensiver“; „Manchmal geschehen diese Augenblicke ohne Worte“*.

Statt von deutlichen Ausdrucksformen dieses Phänomens sprechen die Therapeuten eher davon, dass ein Beobachter diese

Momente spüren könnte. „Das könnte sehr wohl spürbar sein.“ „Die vorhandene Energie gibt einem das Gefühl, dass die beiden in der Erfahrung verbunden sind.“ „Ein empfindsamer Beobachter könnte diese Momente erkennen.“ In diesem Punkt können wir eine Parallele zu Elliotts (1983a) Kriterien für die Auswahl bedeutsamer Ereignisse im Psychotherapieprozess herstellen. Die Tatsache, dass mehr innerlich als äußerlich geschieht, erschwert die Position eines äußeren Betrachters. Um über solche Ereignisse reden zu können, bräuchte es genauere Erläuterungen der Beteiligten. Eines der vorgeschlagenen Kriterien lautet daher: Das Ereignis ist so persönlich und dermaßen in den vorhergehenden Interaktionen zwischen Klient und Therapeut eingebettet, dass es nicht erfasst werden kann, wenn Klient und Therapeut es nicht erklären.

Auftreten des Phänomens

Alle Untersuchungsteilnehmer waren sich über die Dauer einer Begegnungserfahrung einig. Sie meinten, dass diese Momente sehr kurz dauern. In den Gesprächen benützten sie Worte wie „eine Weile“, „Blitz“, „Minute“ oder „Momente“, um es zu beschreiben. „Und es dauerte eine Weile, einige Momente wirklicher Nähe.“ „Naja, es dauert nicht so lange, vielleicht eine Minute, ein paar Minuten.“ „Normalerweise dauert es nur kurze Zeit.“ „Es ist nur ein Moment, es dauert nur kurz.“ „Es sind wirklich nur Momente.“ „Manchmal kann es in nur einer halben Sekunde geschehen, wenn ich ein wenig übertreiben darf.“ „Es dauert nie lang, denn das sind natürlich nur Augenblicke.“ „Es dauerte nicht einmal eine Minute.“

Eine solche zeitliche Beschränkung der Begegnungserfahrung unterstützt die Annahme, dass das Phänomen als ein Ereignis („event“) behandelt werden kann, das zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung vom therapeutischen Prozess getrennt werden kann. Natürlich muss der konkrete Kontext dabei immer berücksichtigt werden.

Weitgehend einig waren sich die Therapeuten auch darüber, dass das Phänomen oft auch außerhalb des psychotherapeutischen Settings vorkommt. Die Begegnungserfahrung ist nicht nur der Psychotherapie vorbehalten, sie tritt selbstverständlich auch in anderen zwischenmenschlichen Beziehungen spontan auf. „Das sind allgemeine menschliche Erfahrungen“; „Das ist eine Erfahrung, die dort möglich ist, wo eine gewisse Intimität herrscht“; „Diese Situationen kommen vor in Beziehungen zwischen Menschen, die sich nahe stehen, zum Beispiel zwischen Eltern und Kindern“; „Jeder, der mit Menschen arbeitet, weiß, worum es dabei geht“; „In jeder individuellen Beziehung wird diese Art von Verbindung in irgendeiner Form erlebt“; „Es ist nicht etwas, was nur in der therapeutischen Situation vorkommt. Wenn wir überhaupt zu so etwas imstande sind, dann kann es natürlich überall sonst passieren“; „Es ist im Grunde eine sehr übliche Erfahrung, die jederzeit und überall in unterschiedlichen Situationen passieren kann“.

Das Thema wird sehr gut in der folgenden Aussage zusammengefasst: „Wenn es nur der therapeutischen Beziehung vorbehalten wäre, dann wäre das sehr eigenartig. Jeder von uns trägt diese Fähigkeit sein ganzes Leben in sich, und es taucht ab und zu auf; ... und die Tatsache, dass es in der Psychotherapie genützt wird, ist ein Beleg dafür.“

Ein anderes Ergebnis, das aus dem Auswertungsprozess gewonnen werden konnte, war, dass diese Erfahrungen sehr oft im therapeutischen Prozess auftreten könnten: Manche Therapeuten sagen, dass sie in gewisser Weise in jeder Sitzung vorkommen, zum Beispiel: „Es gibt viele solcher Erfahrungen von Nähe in Gemeinschaften“; „Es kann in jeder einzelnen Sitzung geschehen“; „Es ist mehr oder weniger präsent in jeder Sitzung“.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Ich möchte betonen, dass die folgende Zusammenfassung keine Verallgemeinerung der Ergebnisse in Bezug auf die hier relevanten Populationen oder Situationen bezweckt. Es wurde ja nicht einmal die Untersuchungsgruppe mit einer solchen Absicht gebildet. Die hier angestellten Schlussfolgerungen sollen nur zum besseren Verständnis dieses bisher so wenig erforschten Phänomens dienen. Es sind vorläufige Hypothesen, die zudem nur von der Perspektive der Therapeuten abgeleitet wurden und die als Ausgangspunkt für weitere Forschungen in Bezug auf verschiedene oder größere Gruppen von Therapeuten und Klienten verwendet werden könnten.

- Das wesentliche Ergebnis dieser Untersuchung ist, dass das Begegnungsphänomen in der Psychotherapie als ein signifikantes Ereignis im therapeutischen Prozess betrachtet werden kann, das sich eventuell sinnvollerweise für Untersuchungszwecke von der allgemeinen Interaktion zwischen Therapeut und Klient getrennt betrachten lässt.
- Die Methoden des semistrukturierten Interviews und der „Interpretativen Phänomenologischen Analyse“ haben sich als geeignete Techniken erwiesen, um die Begegnungserfahrung zu erfassen.
- Das Phänomen stellt ein Ereignis dar, das allgemein und mit unterschiedlicher Intensität von Menschen in nahen Beziehungen erlebt werden kann. Es wurden auch keine Unterschiede im Auftreten des Phänomens in Einzel- oder Gruppensettings festgestellt.
- Das Begegnungsphänomen in der Psychotherapie kann mit Hilfe der folgenden Merkmale beschrieben werden: Es besteht aus intensiven Momenten von kurzer Dauer, wo wechselseitig ein sehr naher Kontakt zur anderen Person (oder mit mehreren Personen im Fall einer Gruppenpsychotherapie) erlebt wird. Die Beteiligten sind sehr aufeinander eingestimmt und die Wahrnehmung der Umgebung kann eingeengt sein. Dieser Zustand geht merkbar mit Emotionen einher, die kognitiven Aspekte

treten hingegen in den Hintergrund. Deshalb ist es schwer, diese Momente zu reflektieren, und es ist möglich, dass manche Merkmale dem Geschehen erst im Nachhinein zugeschrieben werden. Abgesehen von der ungewöhnlichen Nähe haben die Therapeuten dabei ein einzigartiges Verstehen des Anderen betont.

- Die Begegnungserfahrung birgt, nach Meinung der Therapeuten, ein Potenzial für therapeutische Veränderung. Die Begegnungserfahrung kann entweder dazu beitragen oder sie überhaupt herbeiführen. Eine andere Implikation des Phänomens für die Psychotherapie besteht darin, dass es den Klienten ermutigt, an seinen Problemen weiter zu arbeiten. Es regt ihn an, sich zu öffnen. Das Phänomen stellt eine große Motivation für weitere Arbeit dar, sowohl für den Klienten als auch für den Therapeuten. Außerdem stärkt es ihr Arbeitsbündnis.
- Die notwendige Voraussetzung dafür, dass diese Erfahrung in einem psychotherapeutischen Setting, d. h. zwischen einander vorher unbekanntem Menschen stattfindet, kann in der Haltung des Therapeuten und seiner Bereitschaft, sich auf einen solch intensiven Kontakt einzulassen, gesehen werden. Begegnung ist eine gegenseitige Erfahrung, die aus einer zufriedenstellenden Beziehung oder einem eben solchen Arbeitsbündnis zwischen Therapeut und Klient hervorgeht. Solche Momente treten spontan auf und können nicht willentlich herbeigeführt werden. Die Betonung sozialer Rollen, ungelöste Probleme auf der Seite des Therapeuten sowie Abwehrmechanismen auf der Seite des Klienten können diese Momente verhindern.
- Die Therapeuten in dieser Studie räumen ein, dass ein außenstehender Beobachter diese Momente in einer therapeutischen Sitzung erkennen könnte. Aber es ist eher möglich, sie zu spüren, als sie in äußeren Ausdrucksformen zu beobachten. Um zu verstehen, was sich zwischen Therapeut und Klient abspielt, müssen wir sie zuallererst selbst fragen.

Diskussion

Auch wenn wir heute wissen, dass Psychotherapie wirksam ist, haben wir noch keine vollständige Klarheit darüber, wie sie wirkt. Die Forschungsergebnisse haben keine signifikanten Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen einzelnen psychotherapeutischen Ansätzen aufgezeigt, obwohl diese eindeutig unterschiedliche Inhalte aufweisen. Die Ziele der Forschung haben sich deshalb verschoben – sei es um dieses Ergebnis zu bestätigen oder es zu widerlegen. Man hat sich vom Vergleich der verschiedenen Schulen abgewandt und konzentriert sich nun auf den therapeutischen Prozess und auf die sogenannten allgemeinen Wirkfaktoren (insbesondere auf das therapeutische Arbeitsbündnis). Das kürzlich formulierte Paradigma der Significant Events in der Psychotherapie folgt diesem Trend. Diesem Paradigma zufolge könnte die Untersuchung solcher

Stellen im therapeutischen Prozess uns zu verstehen helfen, wann und wie Psychotherapie wirksam wird. Und das könnte Therapeuten helfen, Momente zu erkennen und zu nutzen, in welchen ihre Klienten am ehesten für eine günstige psychologische Veränderung offen sind.

Diese Untersuchung unterstützt die Annahme, dass das Begegnungsphänomen in diesem Sinne als ein *signifikantes Ereignis in der Psychotherapie* und somit als einer der allgemeinen Wirkfaktoren betrachtet werden kann. Es handelt sich dabei um ein Phänomen, das ebenso wie Dimensionen Zeit und Qualität von der gesamten Interaktion zwischen Klient und Therapeut abstrahiert werden kann und es entspricht den von Elliott (1983a) vorgeschlagenen Kriterien für die Selektion solcher Ereignisse. Dennoch repräsentiert das Phänomen keine Intervention. Es handelt sich nicht um eine Technik, die zum richtigen Zeitpunkt in der richtigen Art und Weise angewendet werden könnte, und ironischerweise verhindert gerade das Bemühen, es herbeizuführen, dass es dazu kommt. Die Erfahrung geht aus der gesamten Qualität der Beziehung oder des Arbeitsbündnisses hervor, sie hängt ab vom Ausmaß der erlebten Sicherheit, des Vertrauens, der Akzeptanz, der Präsenz und an allererster Stelle von der Bereitschaft des Therapeuten, sich auf eine so intensive Beziehung einzulassen.

Auch wenn die weitere Erforschung der Begegnungserfahrung sehr wahrscheinlich nicht zur Kreation einer neuen therapeutischen Technik oder zur Verbesserung von bestehenden Techniken führen wird, so glaube ich doch, dass es wertvoll wäre, damit fortzufahren. Ein besseres Verständnis dieses Phänomens könnte dazu führen, dass wir es bewusster herbeizuführen versuchen, oder zumindest könnte es uns helfen, dem Phänomen keine Hindernisse in den Weg zu stellen. Es kann uns auch dabei helfen, eine gewisse Angst zu überwinden, denn es könnte manchen Therapeuten zu bedrohlich erscheinen, sich auf eine solch intensive Beziehung einzulassen, wobei man die Kontrolle über die Situation verliert und der Möglichkeit, selbst eine Veränderung zu erleben, ausgesetzt ist.

Ein weiterer Beitrag dieser Untersuchung liegt meines Erachtens in der Tatsache, dass sie sich mit einem Bereich beschäftigt, der praktizierenden Therapeuten sehr nahe steht. Es kann uns zu klinisch relevanten Ergebnissen verhelfen und damit Therapieforschung und -praxis wieder ein Stück zusammenführen. Ein guter Weg, das zu erreichen, besteht laut Beutler et al. (1995) darin, Forschungsfragen in der Diskussion mit praktizierenden Therapeuten zu entwickeln.

Am Anfang dieser Untersuchung stellte ich mir selbst die Frage, ob und zu welchem Preis es möglich ist, dieses Phänomen empirisch zu erfassen. Ich kam zum Schluss, dass dies mittels der qualitativen Methode (konkret das semistrukturierte Interviews und die IPA) möglich sein könnte. Als ich am Ende die Schlußfolgerungen zusammenfasste, fiel mir ein, dass ich im Grunde dabei war, Merkmale zu formulieren, die im Kontext der Psychotherapie selbstverständlich erscheinen wie etwa Nähe, Verstehen u. a. m. Aber die Begeg-

nungserfahrung selbst ist weit davon entfernt, selbstverständlich zu sein! Es scheint, dass der Preis für eine empirische Annäherung an dieses Phänomen und für die Erfassung seiner einzelnen Merkmale darin besteht, dass dessen Einzigartigkeit und Intensität dabei verloren gehen. Vertreter der Dialogischen Psychotherapie erklären, mit Bezug auf Bubers Philosophie, dass die Ich-Du-Erfahrung verschwindet und sich gerade in dem Moment, in dem wir beginnen, sie intellektuell zu interpretieren, in eine Ich-Es-Erfahrung verwandelt. Diese Augenblicke gegenseitigen Teilens scheinen über Worte hinauszugehen und sie lassen sich kaum in Worte fassen, was auch die befragten Therapeuten betonten.

Mit dieser Untersuchung haben wir eine gute, wenn auch definitiv nicht erschöpfende Beschreibung des Phänomens aus der therapeutischen Perspektive erhalten. Damit wir ein vollständigeres und lebendiges Bild davon bekommen, müssen wir es auf jeden Fall auch aus der Perspektive des Klienten betrachten. Es ist bekannt, dass die Bedeutung des Prozesses aus der Perspektive des Klienten nicht dieselbe ist (auch wenn hier natürlich Zusammenhänge bestehen) wie aus der Sicht des Therapeuten (vgl. Dill-Standiford et al., 1988; Horvath, 2000; Hilliard et al., 2000). Aber gleichzeitig ist gerade die Sichtweise des Klienten vom therapeutischen Prozess wesentlich, um verstehen zu lernen, wie psychologische Unterstützung wirkt. Deshalb ist eine Forschung, die sich an der Sicht des Klienten orientiert, der nächste logische Schritt auf diesem Weg. Aus dem, was wir aus den Interviews wissen, ist die dritte mögliche Perspektive – jene des äußeren Beobachters – wohl weniger hilfreich für die Erforschung dieses Phänomens, da ein signifikanter Teil davon für diesen immer verborgen bleiben wird.

Literatur

- Beutler, L. E., Williams, R. E., Wakefield, P. J., Entwistle, S. R. (1995). Bridging Scientist and Practitioner Perspectives in Clinical Psychology. *American Psychologist*, 50(12), 984–994.
- Dill-Standiford, T. J., Stiles, W. B., Rorer, L. G. (1988). Counselor-client agreement on session impact. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 47–55.
- Elliott, R. (1983a). Fitting process research to the practicing psychotherapist. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 47–55.
- Elliott, R. (1983b). „That in your hands“: A comprehensive process analysis of a significant event in psychotherapy. *Psychiatry*, 46, 113–129.
- Elliott, R. (1985). Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: An empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 307–322.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Counseling Psychology*, 16, 319–324.
- Frank, J. D. (1981). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. H. Harvey, M. M. Parks (Eds). *The Master Lecture Series, Vol. 1. Psychotherapy Research and Behavioral Change*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Garfield, S. L. (Ed.). (1983). Special section: Meta-analysis and psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 3–75.
- Heard, W. (1993). *The Healing Between: A Clinical Guide to Dialogical Psychotherapy*. New York: Jossey-Bass.
- Hilliard, R. B., Strupp, H. H., Henry, W. P. (2000). An interpersonal model of psychotherapy: linking patient and therapist developmental history, therapeutic process, and types of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 125–133.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 163–173.
- Hycner, R., Jacobs, L. (1993). *The Healing Relationship in Gestalt Therapy*. New York: The Gestalt Journal Press.
- IPA Website (2003). <http://www.psyc.bbk.ac.uk/ipa/> (30.09.2003)
- Luborsky, L., Singer, B., Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that „Everyone has won and all must have prizes“? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1007.
- Pernicka, M. (2002). *Fenomen setkání v psychoterapii [Das Phänomen der Begegnung in der Psychotherapie]*. Unpublished dissertation, Faculty of Arts, Masaryk University, Brno.
- Rice, L. N., Greenberg, L.S. (1984). The new research paradigm. In L. N. Rice, L. S. Greenberg (Eds). *Patterns of change*. New York: Guilford.
- Rogers, C. R. (1982). Meine Beschreibung einer personenzentrierten Haltung (translated by G. W. Speierer). *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 1(1), 75–77.
- dos Santos, A. (1999, October). Miracle Moments – The Nodal Points of Presence. *Paper presented at the conference “The Quality of Presence”, Bratislava, Slovak Republic*.
- Shapiro, D. A., Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581–604.
- Smith, J. A., Jarman, M., Osborn, M. (1999). Doing interpretative phenomenological analysis. In M. Murray, K. Chamberlain (Eds). *Qualitative health psychology*. Sage.
- Vymětal, J. (2001). Svuj život mohu zít svobodně. In J. Hucin, *Hovory o psychoterapii: pece o duši současného člověka*. Praha: Portal.

Autor

Michal Pernicka, PhD, Studium der Klinischen Psychologie an der Masaryk Universität Brno (Brünn), arbeitet in einer klinischen Gemeinschaft für Drogenabhängige, absolviert dzt. eine Ausbildung in Gestalttherapie

Korrespondenzadresse

Mgr. Michal Pernicka,
Department of Psychology
Faculty of Arts, Masaryk University
A. Nováka 1
602 00 Brno
E-Mail: michalpernicka@seznam.cz

Jan Vymětal

Geschichte, gegenwärtige Situation und Zukunft des Personzentrierten Ansatzes in Tschechien

Zusammenfassung: Die Psychotherapie hat in der Tschechischen Republik eine relativ reiche Tradition, die auch während der Zeit der Totalitarität erhalten und weiterentwickelt wurde und zwar auf offiziellem Niveau wie auf dem der so genannten „Parallelstrukturen“. Die gegenwärtige psychotherapeutische Szene in der Tschechischen Republik ist vielfältig und vielseitig. Die Personzentrierte Psychotherapie wird als vollwertiger psychotherapeutischer Ansatz angesehen und wird in ausreichendem Ausmaß von den Krankenversicherungen bezahlt. Ihre Anfänge bei uns sind schon zu Beginn der 60-er Jahre des 20. Jahrhunderts anzusiedeln. In der Gegenwart arbeiten in der Tschechischen Republik zwei PCA-Institute – eines in Prag und eines in Brunn. Die Forschungsarbeit ist eher gering und wird an Universitäten durchgeführt. Der Autor stellt sich kritisch zur Vermarktung der Ausbildung und zur Überorganisiertheit der rogerianischen Bewegung.

Schlüsselwörter: Differenzierung und Integration, Persönlichkeit des Psychotherapeuten, Psychotherapieforschung, therapeutische Gemeinschaft, tschechische Psychotherapie

Abstract: The history, current situation and future of the person centered approach in the Czech Republic. *Psychotherapy has a relatively rich tradition in the Czech Republic. This tradition was maintained and further developed during totalitarian times even, in fact, at official levels as well as at the levels of so-called „parallel structures“. The contemporary psychotherapeutic scene in the Czech Republic is diverse and varied. Person centred psychotherapy is recognised as completely valid and is sufficiently financed by the medical insurance system. The roots of the tradition can be identified already at the beginning of the 1960's. Currently two PCA Institutions work in the Czech Republic – one in Prague and one in Brno. Research efforts are rather limited and are conducted in the universities. The author takes a critical stance regarding the marketing of the training program and the „overly organised“ nature of the Rogerian movement.*

Key words: *Differentiation and integration, personality of the psychotherapist, research in psychotherapy, therapeutic community, Czechish psychotherapy*

Ich möchte der Redaktion der Zeitschrift PERSON dafür danken, dass ich in Form eines Beitrags zum Gespräch und Meinungsaustausch eingeladen wurde. Meinungsaustausch und Gespräch sind die wichtigsten Faktoren, mit denen wir unser Fachgebiet Psychotherapie theoretisch erweitern und auch praktisch durchführen. Ich denke, dass man aus dieser Sicht auch den Begriff Gesprächspsychotherapie berechtigt finden kann. Die Gesprächspsychotherapie wurde mir direkt „an der Quelle“ näher bekannt, als ich während eines Studienaufenthalts 1968/69 an der Hamburger Universität bei R. Tausch war. Das Studium in Hamburg war für mich natürlich eine Art von „psychotherapeutischem Imprinting“, das von zwei hier wirkenden bedeutenden Theoretikern der Psychologie österreichischer Herkunft P. R. Hofstätter und K. Pawlik und dem deutschen Philosophen und Physiker C. F. von Weizsäcker beeinflusst wurde. Im Rückblick und mit dem Abstand von mehr als 30 Jahren kann ich diese Einflüsse so zusammenfassen: Hofstätters empirische Psychologie bereichert um philosophische (und etymologische) Erfahrung,

Pawliks Betonung des quantitativen Ansatzes in der Psychologie, sowie Weizsäckers „Kritik der Wissenschaft“, an die ich mich einige Jahre später beim Studium von E. Husserl erinnert habe. Diese Einflüsse waren geeignete und inspirierende Ergänzungen meines Hauptinteresses – der Gesprächspsychotherapie nach Rogers, so, wie sie mir durch R. Tausch vermittelt wurde. Seine Bewertung von empirischer Forschung und die Offenheit für wissenschaftliche Erkenntnisse anderer psychologischer und nichtpsychologischer Fachrichtungen halte ich auch heute für anstrengenswert.

Die vorangehenden Zeilen verstehe ich nicht nur als Einleitung, sondern auch als „Warnung“ vor dem folgenden Text.

Für wichtig halte ich weiters auch den Ort, von dem aus ich über die Gesprächspsychotherapie nachdenke. Prag und das Gebiet der heutigen Tschechischen Republik (historisch Böhmen, Mähren und Schlesien) hatten seit jeher eine enge Beziehung zu den deutschsprachigen Gebieten in Mitteleuropa. Ich möchte daran erinnern, dass wir 300 Jahre im Staat Österreich-Ungarn gelebt haben. In

Prag gab es bis 1939 zwei Universitäten – eine tschechische und eine deutsche. Gerade diesen Punkt möchte ich betonen, weil beide Universitäten einen Platz für gemeinsame wissenschaftliche Arbeit, Studium, gegenseitige Beeinflussung und auch Konkurrenz und Konflikte zwischen tschechischen, deutschen und jüdischen Elementen boten. Wie ich von Zeitzeugen gehört habe, dienten sie als Sprungbrett für das Studium in Wien oder München und umgekehrt kamen Studenten und Professoren von diesen Universitäten zu uns nach Prag. Gelehrt und geforscht haben hier u. a. Ch. von Ehrenfels, A. Einstein, E. Mach, A. Pick, J. E. Purkyně und C. Stumpf. Die Universitätsstädte München, Prag und Wien bildeten die Eckpunkte eines Dreiecks, in dem ein gemeinsames wissenschaftliches und kulturelles Leben blühte. Als direkte Folge des Zweiten Weltkrieges wurde die spätere Tschechoslowakei bis 1989 ein Teil der sowjetischen Machtsphäre. Es ist sicher überflüssig, näher zu beschreiben, was es bedeutet hat, Teil der Ostblockländer zu sein. Auf der anderen Seite führte das Leben unter stark einschränkenden Bedingungen auch zu vermehrter Qualität – erinnern wir uns an die Redewendung von den Oliven, die ihr Bestes erst unter Druck von sich geben.

Ich will damit auch andeuten, dass die politischen Veränderungen der Machtverhältnisse die Länder in Mitteleuropa, die kulturell zueinander gehören, voneinander weggerückt und zuletzt auch wieder angenähert haben. Nun leben wir in einer guten Zeit, in der uns nichts im Weg steht, an das Positive anzuknüpfen und wieder zusammen zu leben. Auch deshalb gehört mein aufrichtiger Dank der Redaktion der Zeitschrift PERSON dafür, dass sie diesen Erfahrungsaustausch veranlasst hat.

Der Personzentrierte Ansatz hat sich bei uns von Anfang an im Rahmen der klinischen Praxis in Form von Psychotherapie und psychologischer Beratung entwickelt. Erst nach der Wende im Jahr 1989 machte man erste Versuche, diesen Ansatz im Schulwesen (Kindergarten), im Management und allgemein bei der Optimierung von Kommunikation oder in der Psychohygiene bei starker beruflicher Belastung anzuwenden. Für den Personzentrierten Ansatz in Tschechien ist jedoch die klinische Applikation typisch, weshalb ich mich auch in diesem Artikel hauptsächlich der Psychotherapie widmen werde.

Ich berichte zuerst kurz über die Geschichte der Psychotherapie insgesamt in der Tschechischen Republik, dann über den gegenwärtigen Stand der Personzentrierten Psychotherapie und zum Schluss möchte ich einige Überlegungen über die mögliche Zukunft der Gesprächspsychotherapie bei uns und in Ostmitteleuropa anstellen.

Aus der Geschichte der Psychotherapie in den böhmisch-tschechischen Ländern

Die gegenwärtige Lage der Personzentrierten Psychotherapie bei uns ergibt sich aus der bisherigen Entwicklung der Psychotherapie und aus der gesellschaftlichen Situation hierzulande. Diese Kon-

tinuität wie auch die zeitliche Bedingtheit sind meines Erachtens dermaßen wichtig, dass ich in aller Kürze die Geschichte der Entwicklung der Psychotherapie bei uns skizzieren möchte.

Die Anfänge der Psychotherapie bei uns fallen in den Beginn des letzten Jahrhunderts und sind ähnlich wie in anderen europäischen Ländern verlaufen. Am Anfang stand die praxisorientierte Tätigkeit von Ärzten¹, es wurden suggestive Methoden und kognitiv-rationale Verfahren angewandt. Man sollte dabei auch nicht die tägliche Seelsorge der Geistlichen vergessen. Gleichzeitig wurde auch die Psychoanalyse gepflegt und weiterentwickelt.

Die Anfänge der tschechischen Psychotherapie sind mit den Namen der Neuropsychiater J. Šimsa (1865–1945), J. Stuchlík (1890–1967) und der Psychoanalytiker N. I. Osipov (1877–1934) und O. Fenichel (1879–1946) verbunden. Es ist nicht uninteressant, dass die psychoanalytische Bewegung stark unter zwei Einflüssen stand – dem deutschen und dem russischen, bedingt durch die Tatsache, dass in der Tschechoslowakei viele russische Ärzte und Intellektuelle (nach dem Jahr 1918), ebenso wie deutsche Gebildete (nach dem Jahr 1933) ihre Zuflucht und z. T. eine neue Heimat gefunden haben. Kurz vor dem Ausbruch des Zweiten Weltkrieges ist Prag für kurze Zeit zu einem der Hauptzentren der psychoanalytischen Bewegung geworden.

Nach Beendigung des Zweiten Weltkrieges gelangte unsere Republik in die sowjetische Sphäre und unter den unmittelbaren Einfluss dieser Großmacht. Die Psychotherapie wurde aus ideologischen Gründen in Frage gestellt und existierte de facto zum Teil illegal und relativ isoliert von der Entwicklung der Psychotherapie in der restlichen Welt. Sie baute daher vor allem auf eigenen Fundamenten und der Zusammenarbeit mit einigen Ostblockstaaten (vor allem Polen, später auch die ehemalige DDR) auf. Trotz dieser Situation entstanden einige interessante stationäre psychotherapeutische Einrichtungen im Rahmen psychiatrischer Dienste. In Böhmen – konkret in Prag – waren es autonome Teile der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Fakultät der Karlsuniversität wie die Abteilung gegen Alkoholabhängigkeit (J. Skála) und die Einrichtung für Neurosen- und Persönlichkeitsstörungstherapie (M. Hausner) – hier wurden zur Therapie mit Erfolg auch Halluzinogene benutzt. Von den Einrichtungen in Mähren möchte ich die Psychiatrische Klinik der Medizinischen Fakultät der Universität Brunn und ihre Psychotherapeutische Abteilung (M. Bouchal) und die Psychiatrische Heilanstalt in Kroměříž und ihre Abteilung für Neurosen- und Persönlichkeitsstörungstherapie (S. Kratochvíl) erwähnen. Schwerpunkte der Arbeit in allen angeführten Einrichtungen waren die psychotherapeutische Gemeinschaft (der gesamten Institution) und die Gruppenpsychotherapie.

1 Wenn aus dem Kontext nicht Anderes hervorgeht, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen immer beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

Ich möchte darauf hinweisen, dass in den 70-er und 80-er Jahren des 20. Jahrhunderts die psychotherapeutische Bewegung auch eine Rolle in den sogenannten „parallelen Strukturen“ der damaligen Tschechoslowakei und teilweise auch direkt in der Dissidentenbewegung gespielt hat. Der bedeutende tschechische Philosoph und Schüler von E. Husserl, J. Patočka (1907–1977), der erster Sprecher der Charta 77 war und nach schwer ertragbaren Verhören der Staatssicherheit gestorben ist, hat sich theoretisch mit Psychotherapie im Zusammenhang mit der phänomenologischen Psychologie und Philosophie befasst. Sehr bekannt waren seine Vorträge und Seminare über phänomenologische Psychologie und Philosophie, wo er sich philosophisch auch der Daseinsanalyse gewidmet hat. Zwei seiner Bücher, die jedoch keinen direkten Bezug zur Psychotherapie haben, wurden auch ins Deutsche übersetzt (Patočka, 1988; 1990). Interessant ist auch, dass er die Meinungen unseres ehemaligen Präsidenten V. Havel, der selbst mit Psychotherapeuten und Psychotherapie im nahen Kontakt stand, stark beeinflusst hat.

Erwähnenswert sind zwei psychotherapeutische Samizdat-Editionen: Die „Edition des psychotherapeutischen Telefondienstes“ (Kosmonosy), in der auch eine verkürzte Übersetzung der Gesprächspsychotherapie von R. Tausch (1976) erschienen ist, und die „Psychotherapeutischen Blätter“ (Praha), wo man auch Übersetzungen von Texten der Autoren C. R. Rogers (Vymětal, 1979; Rogers, 1990), J. Helm und des Ehepaars Tausch (Vymětal, 1979) findet. Die Edition von Kosmonosy erschien von 1975 bis 1984, als die Herausgabe verboten wurde. In dieser Edition erschienen 33 psychotherapeutische Publikationen (Arbeiten tschechischer Autoren und Übersetzungen). Die „Psychotherapeutischen Blätter“ erschienen in den Jahren 1979–1992 insgesamt 54 Bänden. Beide Editionen wurden mit sehr einfachen Mitteln hergestellt, wobei auch Patienten der Psychiatrischen Anstalt Kosmonosy im Rahmen der Arbeitstherapie beteiligt waren.

Seit Ende der 60-er Jahre entwickelte sich im Rahmen der „Parallelstrukturen“ ein mehrjähriges Ausbildungsprogramm – als Zweig einer sich formierenden tschechischen psychotherapeutischen Schule. Diese entwickelte sich Schritt für Schritt, unter komplizierten Bedingungen und ist durch eine interpersonale dynamische Auffassung, die alles integriert, was sich in der Praxis bewährt hat, charakterisiert. Es ging nicht um einen bloßen Eklektizismus, sondern um ein theoretisch-synthetisches Konzept, in welchem theoretische und praxisorientierte Erkenntnisse aller psychotherapeutischen Schulen ausgewertet wurden. Der Wert dieses Konzepts zeigt sich in psychotherapeutischen Programmen, die an mehreren psychiatrischen Kliniken und Abteilungen bis jetzt laufen und von denen manche von der Idee der psychotherapeutischen Gemeinschaft geleitet werden. Eine wichtige Stellung, was das Verständnis der psychotherapeutischen Beziehung und der psychotherapeutischen Atmosphäre betrifft, nehmen dabei die Grundsätze der Personzentrierten Psychotherapie ein.

Im Jahr 1977, in dem auch die Charta 77 als Antwort auf den Marasmus der Zeit entstanden ist, wurde in Prag das „Kabinett der Psychotherapie“ von J. Skála gegründet, dessen Mitglied auch der Autor dieses Beitrages war. Nach zwei Jahren haben wir diese Gruppierung aus Sicherheitsgründen formal in der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Fakultät der Karlsuniversität in Prag aufgehen lassen. Das Kabinett der Psychotherapie befasste sich vor allem mit der Theorie der Psychotherapie und organisierte eine Reihe von Bildungsaktivitäten und Supervisionen. Die Tätigkeit wurde nach der Wende beendet und es bildete sich das selbständige Institut der Psychotherapie, das im Zusammenhang mit der privaten Prager Psychotherapeutischen Fakultät und der privaten (vom Ministerium für Schulwesen akkreditierten) Psychosozialen Hochschule entstand. Hier wird vor allem Ausbildung in Psychotherapie durchgeführt. Beide Institutionen arbeiten eng zusammen und prosperieren gut.

In den ersten Jahren nach der Wende im Jahr 1989 war ziemlich alles möglich, auch im Bereich der Psychotherapie. Man sprach vom „Chaos nach der Revolution“. Nach und nach bildete man Regeln für die Ausbildung und Durchführung von Psychotherapie (Akkreditierung von Bildungsanstalten, Bedingungen für eine psychotherapeutische Lizenz, Verträge mit Krankenversicherungen usw.). Zur Zeit ist unsere Situation am ehesten der in Österreich und der Slowakei vergleichbar, doch wir haben kein Psychotherapie-Gesetz und keine Psychotherapeuten-Kammer. Psychotherapie (Kinder und Erwachsene) inklusive Familientherapie wird den Klienten in einem breiten Ausmaß von der Versicherung bezahlt, doch es fehlen Psychotherapeuten, die bereit wären, sie im Rahmen des staatlichen Gesundheitswesens zu leisten, da die Honorare in der Privatpraxis wesentlich höher sind.

Im Jahr 1993 teilte sich die Tschechoslowakei in zwei selbstständige Staaten auf – die Tschechische und die Slowakische Republik. Zwischen den Psychotherapeuten beider Staaten bestehen gute Kontakte. Die tschechischen Psychotherapeuten sind in der neugegründeten Tschechischen Gesellschaft für Psychotherapie der „Tschechischen Medizinischen Gesellschaft Jan Evangelista Purkyně“ organisiert – sie hat über 700 Mitglieder. Nach und nach entstehen spezialisierte Institute, z. B. für den Personzentrierten Ansatz, den psychoanalytischen Ansatz, für Gestaltpsychotherapie oder das Institut für integrative Psychotherapie etc. Psychotherapie wird an den Universitäten gelehrt und ist auch Bestandteil der Fortbildung der Ärzte und der Psychologen.

Die psychotherapeutische Szene in der Tschechischen Republik ist vielfältig und wir registrieren eine deutliche Emanzipation der Psychotherapeuten, die außerhalb des staatlichen Gesundheitswesens arbeiten. Auch bei uns wurde der Prozess der Zertifizierung nach ECP-Normen (European Certificate of Psychotherapy) angefangen. Es freut mich festzustellen, dass die Situation der Psychotherapie in der Tschechischen Republik also auf vergleichbarem Niveau mit den deutschsprachigen Ländern ist.

Zum Schluss dieses Abrisses erlaube ich mir, einige Konsequenzen zu formulieren, die sich m. E. aus der Entwicklung und Praxis der Psychotherapie in der Tschechischen Republik ergeben.

„Man kann bei Klienten auf verschiedenen psychotherapeutischen Wegen (Ansätze, Strategien, Techniken) ähnliche bis gleiche Ergebnisse (Verminderung oder Verschwinden von gesundheitlichen Beschwerden, höhere Lebenszufriedenheit – modern gesagt höhere Lebensqualität) erzielen.

„Es lassen sich mit höherer Wahrscheinlichkeit bessere (und langfristige) Therapieerfolge bei einer guten Kombination verschiedener Ansätze aufgrund differenzierter Indikation und Erreichbarkeit der Klienten erzielen. Gleichzeitig ist es nötig, Klienten langfristig zu betreuen und eventuell ergänzende Therapien anzubieten.

„Mit Hilfe der Psychotherapie (und allgemein jeder „sprechenden Medizin“) senken wir den Bedarf an Psychopharmaka und auch an weiteren diagnostischen und heilenden Verfahren.

„Das psychotherapeutische Potenzial des mittleren Personals könnte in einem viel breiteren Ausmaß genutzt werden (in Tschechien beenden die Krankenschwestern und Pfleger ihre Ausbildung mit Matura!). Leider wird in den letzten Jahren dieser Vorteil kaum genutzt, weil psychotherapeutische Arbeit von Schwestern und Krankenpflegern nicht von der Krankenversicherung bezahlt wird.

„Zu den wichtigsten Charakteristika der Persönlichkeit eines Psychotherapeuten sollte innere Stabilität gehören. Diese kann er durch gründliche Eigentherapie erreichen. Erst dann kann er empathisch sein, den Klienten bedingungslos akzeptieren und, wenn nötig, für den anderen authentisch sein.

Der Personzentrierte Ansatz in Tschechien

Zur Zeit wird die rogerianische Psychotherapie bei uns als vollwertiger psychotherapeutischer Ansatz angesehen und wird den Klienten in ausreichendem Ausmaß von der Krankenversicherung bezahlt. Sie wird natürlich auch im Rahmen der Privatpraxen gegen direkte Bezahlung durchgeführt.

Mit dem Personzentrierten Ansatz werden Studenten der Psychologie, Medizin und teilweise auch der Theologie vor allem an den Universitäten in Prag (K. Hájek, I. Hanušová, V. Junková, J. Vymětal) und in Brünn (L. Nykl) bekanntgemacht. Postgraduale Weiterbildung und das „Gesellschaftsleben“ (d. h. weniger wissenschaftliche Tätigkeit) wird von zwei rogerianischen Instituten mit dem Sitz in Prag und Brünn betreut. Von der neuesten wissenschaftlichen Tätigkeit möchte ich die Internationale Konferenz zum Thema „Stärke der Persönlichkeitsänderung im Kontext des PCA“, die im August 2003 in Brünn stattgefunden hat (Organisator war O. Tezge) erwähnen.

Soviel als Einleitung zu der folgenden Skizze der Geschichte und der gegenwärtigen Situation der Personzentrierten Psychotherapie in unserer Republik.

Erste Ansätze dieser Psychotherapie sind bei uns schon bei der ersten Nachkriegsgeneration der klinischen Psychologen zu finden. Schon Ende der 50-er Jahre standen die Prager klinischen Psychologen R. Bursík und L. Kubička in schriftlichem Kontakt mit C. R. Rogers, der sie mit einschlägiger Fachliteratur und psychotherapeutischen Tonaufnahmen (damals noch auf Schallplatten) versorgte. Die Übernahme und Weiterentwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie geschah damals aufgrund eines spontanen Interesses und in Form eines autodidaktischen Kollegiums. Ab Mitte der 60-er Jahre wurde Klientenzentrierte Psychotherapie am Lehrstuhl für Psychologie an der Philosophischen Fakultät der Karlsuniversität in Prag regelmäßig von R. Bursík gelesen und als Student der Psychologie hörte ich hier das erste Mal von diesem Ansatz.

Wie schon erwähnt, studierte ich Ende der 60-er Jahre an der Hamburger Universität bei R. Tausch klinische und pädagogische Psychologie und spezialisierte mich insbesondere in Gesprächspsychotherapie. Nach der Rückkehr in die damalige Tschechoslowakei bemühte ich mich, die fachkundige Öffentlichkeit mit meinen Erfahrungen und Erkenntnissen bekanntzumachen. Nach und nach hat sich dieser Ansatz in der Psychotherapieausbildung im Rahmen der „Parallelstrukturen“ etabliert (vielleicht auch im Sinne von Rogers' „subversiver Wissenschaft“), denn das klientenzentrierte Beziehungsangebot wird auch in der allgemeinen tschechischen psychotherapeutischen Schule für fundamental gehalten, weil es die notwendige psychotherapeutische Atmosphäre schafft.

Ich erinnere mich gerne an die Zusammenarbeit (samt wechselseitigen Arbeitsaufenthalten) mit dem Vorstand der Psychiatrischen Klinik der Universität Leipzig, K. Weise, dem Gesprächspsychotherapie nahe war und der an der Leipziger Psychiatrieklinik ein komplexes therapeutisches und rehabilitierendes System eingeführt hat, in dem auch Psychotiker behandelt wurden. Die psychiatrische Klinik wurde als therapeutische Gemeinschaft im Sinne sozialer Psychiatrie und des rogerianischen Ansatzes geführt. Ähnlich arbeiteten wir auch an der psychiatrischen Abteilung in Sadská bei Nymburk, wo wir zur Therapie auch Halluzinogene benutzt haben, was für K. Weise und seine Mitarbeiter von großem Interesse war. Die Zusammenarbeit bestand vom Beginn der 70-er Jahre an und beinhaltete auch gemeinsame Forschung über die soziale Distanz bzw. Nähe zwischen den Patienten, ihren Verwandten und den Angestellten der psychiatrischen Anstalt mit Hilfe des semantischen Differenzials. Leider habe ich den Forschungsbericht nicht mehr zur Verfügung.

Die erste Ausbildung in Gesprächspsychotherapie wurde von mir Anfang der 80-er Jahre durchgeführt. Sie umfasste Selbsterfahrungsgruppen und anschließend Supervision der eigenen therapeutischen Arbeit. An der Ausbildung haben vor allem Psychiater und klinische Psychologen teilgenommen. Der Schwerpunkt der Ausbildung lag in der Schulung der Selbstexploration, im Einüben der basalen psychotherapeutischen Fähigkeiten sowie in der eigenen Erfahrung eines psychotherapeutischen Prozesses.

In den späteren Jahren (noch vor der Wende) organisierten wir Wochenkurse des „psychologischen Ansatzes bei der Arbeit mit Kranken und deren Familien“ für interessierte praktische Ärzte im Rahmen der postgradualen Ausbildung. Diese Kurse wurden im Sinn des Personzentrierten Ansatzes geführt. Erfahrungen aus diesen Treffen inspirierten mich später bei der Gestaltung von Ausbildungsprogrammen für medizinische Psychologie und Psychotherapie an der 1. Medizinischen Fakultät der Karlsuniversität in Prag. Jedes Jahr beenden hier etwa 300 Leute das Medizinstudium, die mit dem Personzentrierten Ansatz zumindest in Kontakt gekommen sind. Die zukünftigen Ärzte wissen, dass geäußerte Empathie und Akzeptanz des Patienten wünschenswerte psychologische Charakteristika und Fähigkeiten des Arztes in der Praxis sind. Diejenigen Studenten, die sich mehr um Psychotherapie interessieren, können in den höheren Jahrgängen des Studiums das Wahlfach Psychotherapie (2 Stunden Theorie und 2 Stunden autogonistische und psychohygienische Praktika pro Woche in 2 Semestern) besuchen. Die Studenten zeigen großes Interesse an diesem Fach (wir mussten einen Numerus Clausus einführen). Im praktischen Teil haben wir zwei parallele Gruppen, jede mit ungefähr 20 Teilnehmern. Die Studenten kommen von der Medizin, der Psychologie und der evangelisch-theologischen Fakultät. Nun aber zurück zur Geschichte.

In der zweiten Hälfte der 80-er Jahre entstand in der Slowakei (im Rahmen der ehemaligen Tschechoslowakei) ein umfangreiches Ausbildungsprogramm, das vor allem das Verdienst des slowakischen Psychologen V. Hlavenka war. Dieses Programm wurde in direkter Zusammenarbeit und unter Leitung des internationalen PCA-Institutes in Lugano (Schweiz) vorbereitet. Das Institut wurde von Ch. Devonshire, der ein naher Mitarbeiter von C. R. Rogers war, geführt. An diesem Programm haben auch einige tschechische Psychologen und Ärzte teilgenommen, die nach der Wende bei der Entstehung der rogerianischen Bewegung in der Tschechischen Republik aktiv wurden.

Schon bald nach der Wende haben wir zusammen mit V. Junková vom Lehrstuhl für Psychologie der Philosophischen Fakultät der Karlsuniversität in Prag ein intensives zweijähriges Ausbildungsprogramm im Umfang von 300 Stunden in Personzentrierter Psychotherapie organisiert. Es war vor allem für Psychologen, Ärzte und Medizin- und Psychologiestudenten bestimmt. Bisher haben zwei aneinander anknüpfende Zyklen stattgefunden, die von ca. 50 Kollegen und Kolleginnen absolviert wurden. Wichtig war auch eine mehrjährige Ausbildung, die aus der Initiative der evangelischen Kirche entstanden ist und für Geistliche und Mitarbeiter der Diakonie bestimmt war. Diese Aktivitäten werden bis heute fortgesetzt und es ist interessant, dass sie sich im Rahmen des religiösen Lebens und der Seelsorge nur auf dem Boden der evangelischen Kirche entwickeln. Zum Beispiel bietet die Diakonie Ausbildungen an, die den Personzentrierten Ansatz und Elemente der Prätherapie für die Arbeit mit Menschen mit gestörten mentalen Funktionen nutzen. Es besteht hier auch Interesse für Frankls Logotherapie und Existenzanalyse.

Der Personzentrierte Ansatz spielt auch eine bedeutende Rolle auf der Prager Psychotherapeutischen Fakultät und an der Psychosozialen Hochschule, denn er wird hier als geeignete Basis für die Arbeit von Menschen in helfenden Berufen angesehen – und das Dank des Gründers dieser Schule, J. Růžička, der selbst auch eine Ausbildung im Personzentrierten Ansatz noch vor der Wende absolviert hat.

Im Jahr 1992 wurde in Prag das Institut für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung gegründet, das von Anfang an Ausbildung organisiert hat. Sein Vorstand waren die Psychologen V. Junková, V. Rezková und der Autor. Im Jahr 1993 wurde mit viel Engagement das Tschechische PCA Institut in Brünn aufgebaut, das vom Psychologen O. Tegze gegründet wurde. Ein Jahr später entstand ein analoges Institut in Prag, das vom Psychologen J. Holeyšovský geführt wird. Beide Institute arbeiten eher auf kommerzieller Basis (sie organisieren Ausbildung und Supervision) und sind vom Internationalen PCA Institut in Lugano beeinflusst. In der Tschechischen Republik haben sie die Führungsrolle übernommen und entsprechen dem Zeitgeist besser als das ursprüngliche Institut, das seine Funktion der Überbrückung in der Übergangsperiode erfüllt hat und sich später auflöste. Beide Institute sind Mitglieder der Assoziation für Psychotherapie, Beratung und den Personzentrierten Ansatz, die im Jahr 1994 entstanden ist, und sie sind auch Mitglieder des Network of the European Association for Person-Centered Counseling and Psychotherapy (NEAPCECP). Beide Institute arbeiten ähnlich, sie bieten eine vierjährige Ausbildung in Personzentrierter Psychotherapie in einem Umfang von ca. 700 Stunden an. Die Ausbildung beinhaltet natürlich auch ein umfangreiches theoretisches Studium, Supervision der eigenen Arbeit mit Klienten, eine theoretische Abschlussarbeit usw. An ausländischen Fachleuten nehmen an der Ausbildung z. B. J. Bozarth, D. P. Buck, R. Hutterer, P. Iossifides und G. Langošová teil. Bis jetzt haben über 200 Teilnehmer diese Ausbildung absolviert.

Die Qualität unserer therapeutischen Ausbildungen ist mit der Personzentrierten Ausbildung in den traditionellen Zentren dieses Ansatzes in Deutschland, Österreich und der Schweiz durchaus vergleichbar. Für die Entwicklung der rogerianischen Psychotherapie in den tschechischen Ländern spielt ferner die Tatsache, dass die wichtigsten Bücher von Rogers in die tschechische und slowakische Sprache übersetzt (die Tschechen lesen ohne Probleme Slowakisch und umgekehrt) und in den Jahren 1995–2000 herausgegeben wurden, eine große Rolle (Verlage IRIS Bratislava, IRO und Persona Modra, Portál Prag).

Meiner Meinung nach ist der Personzentrierte Ansatz – als kritische Reflexion der eigenen Arbeit – ohne wissenschaftliche Arbeit und Forschung nicht denkbar. Ich erlaube mir deshalb kurz über diesen Aspekt in der Tschechischen Republik zu informieren und ich mache dabei (kritisch) auf dessen Bescheidenheit aufmerksam. Die Kritik relativiert sich natürlich, wenn man bedenkt, dass das Niveau von Forschungsarbeit sich nur schwer (falls überhaupt) quantifizieren lässt.

Was rein theoretische Arbeiten angeht, so haben wir uns u. a. mit den Grundhaltungen der Personzentrierten Psychotherapie aus einer generelleren psychologischen Sicht befasst. Die Empathie wird dabei verstanden als eine menschliche Fähigkeit, die einer intuitiven Form der Wahrnehmung nahe steht, die Wertschätzung als Einstellung des Menschen zu sich selbst, zu anderen Menschen und zur Welt überhaupt, und die Authentizität haben wir als einen allgemein gültigen Persönlichkeitszug behandelt. Die Wertschätzung verstanden wir darüber hinaus im Einklang mit dem philosophischen Denken von J. Patočka (1990) im Zusammenhang mit dem Phänomen des Zuhause-Seins als Ausgangspunkt der menschlichen Existenz (Vymětal & Rezková, 2001). In derselben Arbeit reflektieren wir auch die Nondirektivität im Sinne von Nicht-Manipulation, wobei der andere nicht Objekt wird, sondern Subjekt und Mitmensch bleibt. Wir interpretieren weiters die Beziehung, das Konzept der Begegnung und der personalen Nähe im Sinne der Philosophie von M. Buber (1969).

Wir haben die Begriffe der Veränderung und des Änderungsprozesses des Menschen theoretisch hinterfragt, einschließlich der Voraussetzungen solcher Prozesse (biologische Reifung, durch die sich die biologische Determiniertheit des Menschen äußert; Lernen und vor allem soziales Lernen, das wiederum Ausdruck unserer sozialen Determiniertheit ist und Selbstentfaltung / Selbstregulierung, die mit menschlicher Freiheit zusammenhängen). Uns interessierte auch die Problematik der Aktualisierungstendenz, die bis jetzt aus philosophischer und psychologischer Sicht nicht ausreichend bearbeitet wurde. Inspiration dafür haben wir bei den ältesten Philosophen gesucht – bei Sokrates (5.–4. Jht. v. Ch.): der Mensch als Architekt der eigenen Persönlichkeit und der Polis; bei Aristoteles (384–322 v. Ch.): v. a. die Begriffe Dynamis – Energeia und Entelecheia; aber auch bei I. Kant (1724–1804), J. G. Herder (1744–1803) und dem ersten Psychologieprofessor der Hamburger Universität W. Stern (1871–1938). Diese Liste könnte noch länger sein. Die gesamte Problematik habe ich in meinem auf Deutsch erschienenen Artikel über Psychotherapie im Kontext des europäischen Denkens angedeutet (Vymětal, 1994). Auch an dieser Stelle möchte ich jedoch darauf aufmerksam machen, dass wir vieles von dem, mit dem wir uns hier befassen, schon bei älteren Denkern prägnant ausgedrückt finden – zum Beispiel die Charakteristik von Kongruenz und Inkongruenz bei Sokrates in Platons Dialog Gorgias.

Mit Focusing hat sich der Psychologe K. Hájek von der 1. Medizinischen Fakultät der Karlsuniversität in Prag wissenschaftlich auseinandergesetzt. Sein diesbezügliches Dissertationsthema hat er in einer selbständigen Monographie weitergeführt (Hájek, 2002). Interessant ist auch die Dissertationsarbeit der Psychologin E. Tomešová von der Fakultät für Körpererziehung und Sport der Karlsuniversität, die den Teil der Selbstverständnisses erforschte, der die Bewertung des eigenen Körpers betrifft (Aussehen, physische Kräfte). Das Ergebnis zeigt, dass es bei jungen Hochschülern hier einen engen Zusammenhang zur Selbstachtung gibt.

Empirische Forschungen zur Psychotherapie werden bei uns traditionell im Rahmen der Diplomarbeiten an den Psychologielehrestühlen der Philosophischen Fakultäten durchgeführt. Von diesen Arbeiten erwähne ich die Diplomarbeit von S. Hoskovcová, die an der Karlsuniversität in Prag verteidigt und später auch in Deutsch publiziert wurde (Hoskovcová, 1998). An der Masaryk Universität in Brünn entstand eine Diplomarbeit, die qualitativ das Phänomen der Begegnung in der Beziehung erforscht. Ihr Autor M. Pernička bringt einen eigenen Beitrag in dieser Zeitschrift.

Für die Förderung der rogerianischen Psychotherapie bei uns und für die medizinische Psychologie ist die Zusammenarbeit mit G. W. Speierer von der Medizinischen Fakultät der Universität Regensburg wichtig und inspirierend. Ab der zweiten Hälfte der 80-er Jahre (noch vor der Wende) haben wir gemeinsam einige internationale Forschungsprojekte der Psychotherapie realisiert, was damals nicht ohne Risiko war. Im Archiv der Medizinischen Fakultät der Universität in Regensburg gibt es eine Menge von empirischem Material, das Aufnahmen von psychotherapeutischen Gesprächen tschechischer und deutscher Personzentrierter Therapeuten enthält. Dieses Material wird noch bearbeitet. Interessant ist z. B. die Dissertationsarbeit des deutschen Arztes Ch. Lenk (2000), in der er die Vorgehensweisen der tschechischen und deutschen Psychotherapeuten verglichen hat. Er kam zu dem Schluss, dass es keine signifikanten Unterschiede in der Realisierung der Basisvariablen des Personzentrierten Ansatzes gibt. Ihr Verhalten ist – in diesen Grundbedingungen – gleich und konsistent. Das Differenzielle Inkongruenzmodell (Speierer, 1994) dient zur Basis empirischer Vergleiche vom Ablauf der Alkoholabhängigkeitstherapie und den dabei erreichten Persönlichkeitsänderungen in Tschechien und in Deutschland. Es wurde u. a. aufgezeigt, dass die Dynamik der Inkongruenz bei beiden Gruppen ähnlich ist. Durch die Psychotherapie wird das Selbstbewusstsein der Patienten und ihre Fähigkeit, innere Dilemmas zu bewältigen, erhöht, ihre Insuffizienzgefühle werden hingegen signifikant geringer (Speierer, 2000; Vymětal & Speierer 1999).

Welche Erfahrungen haben wir mit der Personzentrierten Psychotherapie in der Tschechischen Republik? Welche Schlüsse können wir daraus ziehen?

- Es hat sich bewährt, in Gruppen zu arbeiten, was jedoch dadurch erschwert wird, dass die Versicherung nur einen Therapeuten pro Gruppe finanziert, obwohl es optimal ist, wenn ein Therapeutenpaar die Gruppentreffen leitet.
- Die Offenheit gegenüber verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen hat sich bewährt, ebenso die Zusammenarbeit mit Therapeuten anderer Schulen – wenn die Voraussetzung besteht, dass wir nicht nur Klienten weiterschicken, sondern auch welche vermittelt bekommen.
- Die Kombination des rogerianischen Ansatzes mit anderen Vorgehensweisen und Techniken ist möglich, falls diese kompatibel mit dessen Voraussetzungen sind (m. E. sind v. a. Entspannungstechniken geeignet).

- Es hat sich bewährt, sich sorgfältig der Indikation und der Vorbereitung des Klienten zur Therapie zu widmen, weil er sonst oft die Therapie abbricht.
- Es hat sich bewährt, der Auswahl von Ausbildungsinteressenten viel Aufmerksamkeit zu widmen. Die Ausbildung soll keine Therapie sein, obwohl der Schwerpunkt auf der Selbsterfahrung liegt, wobei die Teilnehmer in der Rolle der Klienten sind.

Erwartungen von der nächsten Zukunft

Das Schicksal von langfristigen Prognosen ist, dass sie sich nicht erfüllen, und das vor allem dann, wenn sie soziale Gegebenheiten betreffen. Deshalb befasse ich mich mit der unmittelbaren Zukunft, die für uns Mitteleuropäer gleich ist – und ich schließe eine kurze Betrachtung an.

Europa bildet politisch und wirtschaftlich eine Einheit, deren Einigkeit auf „gutem oder bösem Weg“ gefestigt wird. Als Psychotherapeuten müssen wir sicher nicht befürchten, dass wir wenig zu tun haben werden, denn unsere Aufgabe ist es, die Stabilität des Einzelnen, der innerlich unsicher ist, zu festigen, und das ausschließlich durch psychologische Mittel – Beziehung und Kommunikation. Der gegenwärtige Mensch wurde durch seine Intention zur Gottgleichheit so mächtig, dass er seiner Macht gegenüber machtlos und ratlos geworden ist. Wir könnten von einem Fehlschlag des menschlichen Verstandes sprechen (gerade auch bei Intellektuellen) und von der Freisetzung selbsterstörerischer Tendenzen, und das in Zusammenhang mit der schwachen geistigen Verankerung des Menschen und dem Verschwinden verbindlicher Wertvorstellungen, die in unserem Teil der Welt das Christentum und die Kultur der Humanität dargestellt haben. Mit den Worten des Philosophen J. Patočka: „Der Nihilismus des Seins hat den Nihilismus der Existenz zur Folge.“ Die Flucht in verschiedene Konsumaktivitäten, die nur dem Spaß und der Ablenkung dienen, und weitere Arten, die „Augen zu schließen“, sind langfristig nicht tragfähig. Sie bringen den Menschen in einen Teufelskreis von künstlich erzeugten Bedürfnissen und Hektik, deren Ergebnis zuletzt Müdigkeit und Zweifel am Lebenssinn sind.

Und konsternierend und bedrohlich ist es, wie sehr Aggressivität und unvorhersehbares Handeln von einzelnen Menschen, Gruppen und sogar Staaten zunehmen. Das Verlangen nach Macht über den ganzen Planeten ist wirklich stark – so war es zwar auch in der Vergangenheit, aber die gegenwärtigen technischen Möglichkeiten und ihre Konzentration sind mit der Vergangenheit nicht vergleichbar. Diese Trends rufen zum Glück auch Gegenbewegungen hervor. Wir sind Zeugen einer Wiederbelebung menschlicher Aktivitäten und spontaner Entstehung von Gemeinschaften, wo Gegenseitigkeit, Selbstlosigkeit und zwischenmenschliche Nähe zum Tragen kommen. Vergleichbares gab es in unserem Land auch in der Zeit der Unfreiheit, weil der Altruismus die Qualität und Stärke einer autonomen menschlichen Motivation hat und mit der Aktualisie-

rung, d. h. mit der Möglichkeit eines freien menschlichen Handelns, zusammenhängt. In diese Sphäre dringt auch die humanistische Psychotherapie vor, deren Möglichkeiten ich nicht überschätze, hilft sie doch dem Menschen sein „Schicksal“ zu tragen und einen Ausweg mindestens auf individuellem Niveau oder dem Niveau der Familie zu finden. Ich erinnere mich, dass wir vor der Wende die psychotherapeutische Ausbildungsgruppen und Kommunitäten als „Inseln der positiven Deviation“ benannt haben. Vielleicht handelt es sich um ein Phänomen, das nicht nur an das Leben im Totalitarismus gebunden ist.

Nicht zu übersehen ist die positive Motivation der Psychotherapie gegenüber, das Interesse an dem Geheimnis der eigenen Subjektivität und der Subjektivität der anderen. Das Streben, besser zu leben und sich selbst gemeinsam mit den nächsten Personen in unserem Lebens zu entwickeln, ist eine Tendenz, die uns auch (immer mehr) Klienten bringt. Inzwischen ist der interessierten Öffentlichkeit auch bekannt, dass gerade bei einem Personenzentrierten Psychotherapeuten dieses Selbstverständnis und die dementsprechende optimale Abstimmung des Lebens in einem wertschätzenden Raum von psychischer Nähe gegeben sind. Hier wird das menschliche Bedürfnis nach einer bedingungslosen Akzeptanz erfüllt, sodass der Mensch in vollem Ausmaß er selbst sein kann.

Mir persönlich ist der von Rogers formulierte vitalistische Gedanke über die Aktualisierungstendenz, die Hoffnung bringt, dass alles über verschiedene Peripetien hinweg doch eine gute Richtung nehmen kann, sehr nahe. Es ist nicht uninteressant, dass diese Denkweise nicht nur von den traditionellen Geisteswissenschaften untermauert werden kann, sondern auch von der gegenwärtigen Molekularbiologie und Genetik – erinnern wir uns an die selbstheilenden Tendenzen des Organismus, auf die man sich verlassen kann und die bei der Therapie das Wichtigste sind, oder an die Neuroplastizität, die durch psychologische Mittel und durch Erziehung beeinflussbar ist.

Was die rogerianische Bewegung bei uns und in Ostmitteleuropa angeht, würde ich in unmittelbarer Zukunft keine grossen Änderungen oder Wendungen erwarten. Die „traditionelle Auffassung“ wird sicher immer wieder mit der „differenziert integrativen Auffassung“, die auch anderen psychotherapeutischen und philosophischen Richtungen sowie neuen Erkenntnissen der Forschung gegenüber offen ist, zusammenstoßen bzw. dieser begegnen. Weiterhin werden diejenigen, die „Geld und Entscheidung für andere lieben“, mit all ihren „berechtigten Ansprüchen und objektiven Gründen“ mit Personen, die zu den genannten Angelegenheiten ein freieres Verhältnis haben, begegnen und mit ihnen zusammenstoßen. Es ist klar, dass mein Herz und Verstand mehr den Zweitgenannten gehören, und dazu führt mich vor allem meine psychotherapeutische Praxis und die Erfahrung mit dem Leben im Totalitarismus. Ich persönlich empfinde Tendenzen, die Freundschaftlichkeit und Kollegialität unter den Therapeuten schwächen, als Bedrohung unserer Arbeit. Dazu führen die Überorganisiertheit unseres Fachlebens, die

strenge Reglementierung der psychotherapeutischen Ausbildung und ein Marktdenken wie es der gegenwärtigen Atmosphäre in der Tschechischen Republik entspricht, das selbst auf diesem Gebiet um sich greift. Die Spontaneität, die Bedingung einer freien Entwicklung ist, verschwindet langsam. Allorts dringt das Geld ein. Ich nehme mir die Freiheit, dazu unseren heutigen Präsidenten Václav Klaus zu zitieren: „An erster Stelle geht es nur ums Geld.“ Das ist nicht ironisch gedacht, sondern als Ausdruck einer Lebenshaltung. Und ich stelle mir gerade in diesem Zusammenhang die Frage, ob wir gerade beim Personenzentrierten Ansatz nicht selbst ab und zu in einen inkongruenten Zustand geraten. Die Inkongruenz ist ja eine Voraussetzung der Persönlichkeitsveränderung und Entwicklung. Durch ihre Überwindung kommen wir weiter, können daran reifen. Mit ein bisschen Übertreibung kann man darin eine Analogie zu unserer Bewegung sehen. Es ist zu hoffen, dass dieser Prozess sich auch in der eigentlichen psychotherapeutischen Arbeit mit den Klienten positiv auswirkt. Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehen Sie, da war gerade das positive rogerianische Denken am Werk.

Zum Schluss des Artikels erlaube ich mir zwei Sätze zu zitieren, mit denen ich den Artikel beendet habe, den ich vor ungefähr 16 Jahren für die GwG-Zeitschrift (Vymětal, 1988) geschrieben habe und die nun durch das Wort „sollten“ bereichert wurden: „Mittel-europa trug in der Geschichte zum Aufblühen der gesamten europäischen Kultur sehr bedeutend bei – und infolgedessen auch zur Weltkultur. Europa bildet – historisch und aktuell gesehen – eine kulturelle und geistige Einheit, die zu erhalten und weiterzupflegen wir als unsere Pflicht ansehen sollten.“ Diese Sätze scheinen mir auch heute aktuell zu sein.

Literatur

- Buber, M. (1969). *Ich und Du*. Köln: Jakob Hegner.
- Hájek, K. (2002). *Tělesné zakotvené prožívání* [Körperlich verankertes Erleben]. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum.
- Hoskovcová, S. (1998). Forschungsbericht: Das Verhältnis zwischen TherapeutInneninterventionen und KlientInnenäußerungen aus inkongruenztheoretischer Sicht. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 29, (2), 119–121
- Lenk, C. (2000). *Das Therapeutenverhalten in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie: Ein Vergleich zwischen tschechischen und deutschen Therapeuten, sowie zwischen Fremd- und Selbstbeurteilung bei deutschen Therapeuten*. Unveröff. Diss., Universität, Regensburg.
- Patočka, J. (1988). *Ketzerische Essays zur Philosophie der Geschichte*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Patočka, J. (1990). *Die natürliche Welt als philosophisches Problem*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1990). *Psychotherapie zaměřená na klienta. Rozhovor s Glorií* [Personorientierte Therapie. Ein Gespräch mit Gloria]. Praha, Psychotherapeutické sešity, č. 37 (Samizdat)
- Speierer, G. W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM)*. Heidelberg: Asanger.
- Speierer, G. W. (2000). AlkoholpatientInnen: Psychopathologie, Begleitsymptome, Indikationsstellung, Therapieziele und Behandlungseffekte aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie. In G. W. Speierer (Hrsg.), *Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie* (S. 31–48). Köln: GwG.
- Stern, W. (1918). *Person und Sache*. Leipzig.
- Tausch, R. (1976). *Psychotherapie rozhovorem* [Gesprächspsychotherapie]. Praha: Kosmonosy, Edice Linky důvěry (Samizdat).
- Vymětal, J. (ed.) (1979). *Výcvik v psychoterapii rozhovorem* [Ausbildung in der Gesprächspsychotherapie] Praha: Psychotherapeutické sešity, č. 2 (Samizdat).
- Vymětal, J. (1988). Psychotherapie in der Tschechoslowakei. *GwG Zeitschrift*, 19, (71), 7–8.
- Vymětal, J. (ed.) (1990). *Kazuistiky* [Kasuistiken]. Praha: Psychotherapeutické sešity, č. 43 (Samizdat).
- Vymětal, J. (1994). Psychotherapie im Kontext europäischen Denkens. *Psychologie in der Medizin*, 5, (1), 24–27.
- Vymětal, J. (1995). Entwicklung und Stand der klientenzentrierten Psychotherapie in der Tschechischen Republik. *Víry – Zeitschrift für Psychologie und Kommunikation*, 3, 28–31.
- Vymětal, J. & Rezková, V. (2001). *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. [Die Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen und Kindern]. Praha: Portál.
- Vymětal, J. & Speierer, G. W. (1999). *Změny v osobnosti nemocných po dobrovolné protialkoholní léčbě z pohledu rogersovského přístupu* [Persönlichkeitsveränderungen bei Patienten nach freiwilliger Alkoholmissbrauchstherapie aus gesprächspsychotherapeutischer Sicht]. Praha: Sborník lékařský, Universita Karlova, Vol. 100, Nr. 2, 115–124.

Autor

Vymětal, Jan, 1945, Univ. Prof., habil., Dr. phil., Dipl. Psych., Vorstand des Institutes für Humanwissenschaftsstudien in der Medizin der 1. Medizinischen Fakultät der Karlsuniversität in Prag, Mitglied des wissenschaftlichen Rates der Fakultät. In den Jahren 1970 bis 1990 arbeitete er als klinischer Psychologe und Psychotherapeut in einer Reihe ambulanter und stationärer Einrichtungen. Nach der Wende hat er von der Praxis zum Unterricht auf der medizinischen Fakultät der Karlsuniversität in Prag gewechselt. Er ist Autor von mehreren Monographien und Lehrbüchern für Psychotherapie und für medizinische Psychologie.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Jan Vymětal
 ÚHSL 1. LF UK
 Karlovo nám. 40
 128 00 Praha 2
 Tschechien
 E-Mail: jvyme@lf1.cuni.cz

Tadeusz Paciorek

Die Bedeutung des Personenzentrierten Ansatzes für mich und meine Arbeit

Zusammenfassung: Der Autor beschreibt, wie sich durch seine Erfahrungen in einem Cross-Cultural Communication Workshop und bei weiteren internationalen personenzentrierten Konferenzen und Encountergruppen sein Umgang mit sich selbst und mit Anderen nachhaltig verändert hat. Der wesentlichste Aspekt war und ist ein tiefes Gefühl der Freiheit, sich selbst zu sein. In praktischer Hinsicht besonders interessant ist auch die Schilderung, wie jemand, der mit dem Personenzentrierten Ansatz in seinem eigenen Land ziemlich alleine dasteht, inspiriert und getragen von der einschlägigen Literatur und von Freunden im Ausland, seine Art des Unterrichts weitgreifend umstellt und studentenzentriert gestaltet.

Abstract: The impact of the person-centered approach on myself and my work. The author describes the lasting impression a Cross-Cultural Communication Workshop and further international person-centered conferences and encounter groups left on him, and how they changed deeply his relationship to himself and others. The essential aspect was and remains to be a strong feeling of freedom of being one's self. Of particular interest, from a practical point of view, is the depiction of somebody, who, being rather isolated in his own country with the person-centered approach, alters his style of teaching, inspired and carried by the relevant literature and friends abroad, to attain a student-centered nature.

Grundlegende Workshop-Erfahrungen

Im Frühjahr 1994 stieß ich zufällig auf eine kurze Information über die für Juli dieses Jahres geplante Konferenz (Cross-Cultural Communication Workshop) in Szczyrk in Polen. Mein Interesse weckte dabei der Inhalt der Broschüre, der mir etwas ungewöhnlich vorkam: „Da wir alle aus so unterschiedlichen Kulturen kommen, kann es dann eine reale Chance geben, ein Klima für gegenseitiges Verstehen und Vertrauen zu schaffen? (...) Kannst du wirklich erwarten, dass dieser Workshop dir dazu verhilft, ein besserer Mensch, ein besserer Fachmann und ein Weltbürger zu werden?“ Die Einladung richtete sich also direkt an mich als Menschen. Trotz ziemlich hoher Kosten habe ich mich für die Teilnahme entschieden. Dieser Schritt erwies sich als einer der bedeutendsten in meinem Leben, und ich meine dabei sowohl den Einfluss auf meine persönliche als auch auf meine berufliche Entwicklung.

Nach Szczyrk kamen an die 200 Teilnehmer, die meisten aus Polen, aber auch einige Slowaken, Ungarn, Engländer, Amerikaner, Deutsche sowie vereinzelte Vertreter anderer Länder waren dabei. Was mich überrascht hat, war die ungewöhnliche Form der Konferenz. Es gab keine Vorlesungen, es wurde dagegen stundenlang über Belanglosigkeiten diskutiert, etwa warum die Pässe bei der Anmeldung einbehalten worden waren, ob es besser sei, auf den Stühlen oder auf dem Fußboden zu sitzen, wie die Heimfahrt der Teilnehmer organisiert werden sollte u. a. m. Die Beratungen schienen

ohne einen vorher überlegten Plan zu verlaufen, man hatte den Eindruck, hier wurde überhaupt nichts vorbereitet, sondern nur improvisiert. Kein Wunder also, dass es nach einigen Tagen zu einem Protest der polnischen Studenten kam, die sich darüber aufregten, trotz hoher Teilnahmegebühren bisher nichts gelernt zu haben.

Sehr interessant waren dagegen die Treffen in kleinen Gruppen in den Nachmittagsstunden. Bis heute erinnere ich mich noch an die lebhafteste Diskussion in der von Joseph Hochberg aus New York betreuten Gruppe zum Thema „Liebe, Sex und Geld“. Die Auseinandersetzungen waren humorvoll und boten die Möglichkeit, verschiedene, manchmal sehr extreme Meinungen Anderer kennen zu lernen.

Besonders wichtig waren für mich die Abendtreffen am Kaffeetisch, wo ich abwechselnd als Sprecher und Hörer auftrat. Mit der Zeit, besonders gegen Ende der achttägigen Konferenz, begann ich ein Gefühl persönlicher Freiheit und zugleich ein Gefühl innerer Ruhe zu empfinden. Ich glaube, ich habe mich nie zuvor so frei gefühlt. Dieses Gefühl habe ich auch in der Gesamtgruppe und in einem kurzen Gespräch mit Charles Devonshire, einem der Organisatoren des Workshops, zum Ausdruck gebracht. Als ich später über die Quelle dieses Freiheitsgefühls nachdachte, bin ich zum Schluss gekommen, dass es die Anerkennung meiner Person durch andere Teilnehmer war, die die Erfahrung des „Komforts“, ich selbst sein zu können, zur Folge hatte. Acht Tage lang habe ich unterschiedliche Meinungen geäußert, Tatsachen aus meinem Leben offenbart, es hat mich aber niemand kritisiert. Ganz

im Gegenteil, man hörte mir aufmerksam zu, ob in der Gruppe oder in Einzelgesprächen. Das Freiheitsgefühl von damals begleitet mich bis heute, es ist aber entschieden stärker und tiefer geworden; es kommt in vielen meiner Reaktionen und Verhaltensweisen Anderen gegenüber, in Kontakten mit einzelnen Personen und Gruppen sowie auch mit Organisationen und Institutionen zum Ausdruck.

Nach der Konferenz verspürte ich das Bedürfnis, weitere solche Treffen zu erleben und solche Erfahrungen zu machen. In Polen konnte ich aber leider keine Workshops im Bereich des Personenzentrierten Ansatzes von Carl Rogers finden. Bis jetzt sind bei uns nur zwei Bücher von Rogers erschienen¹. Polen ist eines der wenigen Länder in Mitteleuropa, wo es keine etablierte Rogers-Schule gibt, obwohl sich viele Therapeuten auf Rogers berufen. Da ich schon lange von einer Reise in die USA geträumt hatte, habe ich mich entschieden, am jährlichen ADPCA-Treffen² im Mai 1996 in Kutztown in Pennsylvania teilzunehmen. Nach einem dreimaligen Besuch im USA-Konsulat in Warschau (die Einladung, die ich bekommen hatte, war nicht vorschriftsgemäß), vielen Telefonaten mit Jo Cohen, der Organisatorin der Konferenz, vor Aufregung zum Umfallen müde, bin ich endlich auf amerikanischem Boden gelandet. Hier erwartete mich aber wieder eine Stresssituation. Die Immigrationsbeamten waren nämlich der Meinung, ich hätte zu wenig amerikanisches Geld. Gott sei Dank war Joseph Hochberg gerade zu Hause. Ein Anruf bei ihm hat dann dieses Problem gelöst. Vom Verlauf des Treffens in Kutztown war ich etwas enttäuscht, in dem völlig neuen Milieu fühlte ich mich verloren und einsam. Wichtiger aber war, was nachher kam. Dank der Anregung und Hilfe des unersetzlichen Joseph Hochberg aus New York ist es mir gelungen, ein Stipendium für die Workshops „Living Now“ und „La Jolla Program“ in Kalifornien zu erhalten, was insgesamt 20 Tage hochintensiver Encounter-Gruppen bedeutete. Wenn ich jetzt daran zurückdenke, scheint mir, dass das wichtigste Erlebnis und die wichtigste Erfahrung damals war, dass man mich voll akzeptiert und mir gegenüber so viel Wärme gezeigt hat. Ich fühlte mich wertgeschätzt wie – so scheint es mir – nie zuvor. Dabei hatte ich doch auch schon in Polen an vielen Workshops in kleineren und größeren Gruppen teilgenommen. Eine der Teilnehmerinnen betonte zum Abschluss des Treffens öffentlich, dass die Erinnerung an mich für sie eine Art Hochgenuss sein würde. Die Art der Mitarbeit der Fazilitatoren (enge Mitarbeiter von Rogers wie Ruth Sanford, Gay Leah Barfield, Bruce Meador, David Meador, Will Stillwell) bot mir eine weitere Erfahrung: Man kann, und es lohnt sich auch, sich selbst treu sein, auch wenn es sich um das Äußern von extremen Gefühlen handelt. Es geht nicht darum, die Anderen nachzuahmen, man sollte eher sein eigenes inneres Potenzial, seine eigenen Bedürfnisse zu entdecken versuchen und sie dann in der Praxis verwirklichen.

1 Sposob bycia (A Way of Being), 2002 und Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe (Client-Centered Therapy. Encounter Groups), 1991.

2 Association for Development of Person-Centered-Approach

Es war Suzan Spector, die mir bewusst gemacht hat, dass beim Personenzentrierten Ansatz eben die Person und nicht ein Workshop-Programm – und sei es noch so gut konzipiert – im Mittelpunkt steht. Als ich zum Schluss unseres Treffens in La Jolla nicht ohne Zögern ein sehr starkes Erlebnis vom vergangenen Tag ansprach, fürchtete ich, dass wir dadurch vom geplanten Thema abkommen würden. Suzan regte mich aber direkt an, mein Problem zu explorieren, indem sie sagte: „Sprich ruhig, jetzt haben wir Zeit dafür!“ Einige Jahre später konnte ich mich auf dem anlässlich des hundertsten Geburtstags von Carl Rogers organisierten Symposium in La Jolla am eigenen Beispiel überzeugen, wie wichtig die nicht-direktive Haltung ist, die eine grundlegende Voraussetzung des Personenzentrierten Ansatzes darstellt.

Von meiner Reise in die USA im Jahr 1996 habe ich ein paar für mich äußerst wichtige Bücher mitgebracht, darunter Rogers' „On Becoming a Person“ und „A Way of Being“. In vielen darauffolgenden Jahren waren sie für mich ein nicht zu unterschätzender Bezugspunkt in meiner Lehrtätigkeit. So habe ich zum Beispiel in meiner Arbeit mit Studenten immer das Kapitel „Experiences in Communication“ (in Rogers, 1980) genutzt, in dem auf eine sehr klare und verständliche Weise die sogenannten drei Grundbedingungen für eine gelungene Verständigung zwischen den Menschen erläutert werden: Empathie, Authentizität und bedingungsfreie Wertschätzung.

Studentenzentriertes Lernen

Eine grundsätzliche Veränderung meiner Einstellung zu den Studenten und zum Unterrichtsprozess vollzog sich im Jahr 2002, als ich von meinen amerikanischen Freunden das Buch von Rogers und Freiberg „Freedom to learn“ bekam, das in extenso nicht nur die theoretischen Grundlagen des Lernens und des Unterrichtens beschreibt, sondern auch – und das vor allem – konkrete didaktische Vorschläge enthält, wie der Schüler als ein freier, vertrauenswürdiger, zur selbständigen Auswahl des Lernstoffes fähiger Mensch behandelt werden kann (Rogers & Freiberg, 1994).

Bei meiner eigenen Lehrtätigkeit dachte ich, dass eine völlig neue Unterrichtsform ein zu großes Risiko mit sich bringen würde, so habe ich mich entschieden, das erste Semester wie früher von mir aus zu strukturieren und erst im zweiten Semester mit den Studenten einen Kontrakt zu schließen, der ihnen volle Freiheit bei der Stoffwahl zumuten würde. Dabei kann es um theoretische Fragen im Bereich der Psychologie gehen, um persönliche Probleme wie Schüchternheit, Wut, Depression, oder auch um empirische Untersuchungen in einer bestimmten Einrichtung, z. B. die Arbeit mit an Paraphasie leidenden Kindern in einer psychologischen Beratungsstelle.

Nach einigen Jahren des Sammelns von Erfahrungen kann ich jetzt bestimmte Schlussfolgerungen ziehen. So hat etwa die Aktivität der Studenten sehr zugenommen, seitdem sie sich als Personen bewähren können, die sich selber die zu untersuchenden Probleme

auswählen und die auch für die Wahl von Mitteln und Methoden, für die Festlegung von Etappen der Projekterarbeitung, für deren schriftliche Ausarbeitung sowie die Präsentation vor dem Gruppenforum verantwortlich sind. Das Letztere erwies sich übrigens als eine der schwierigsten Aufgaben. Es war für die meisten Studenten ein großer Stress, vor Publikum zu sprechen, ihre eigene Meinung zu äußern und auf die Äußerungen Anderer zu reagieren. Der Grund dafür ist ein langes Training im Lernen, wie sie es im traditionell orientierten Schulsystem kennengelernt haben, wo der Schüler dem Lehrer zu folgen und den aufgegebenen Lernstoff passiv zu beherrschen hat. Freiberg (Rogers & Freiberg, 1994) bezeichnet solche Schulen als Orte, wo die Schüler eher Touristen als Bürger sind. Viele meiner Studenten haben hingegen in den Evaluationen zum Abschluss des Studienjahres mit Genugtuung ihren Stolz auf ein vor Publikum gehaltenes Referat betont, was für sie eine gelungene Probe war, sich auch im realen Leben zu bewähren. Hier ist die Meinung einer der Studentinnen: „Sehr hoch schätze ich die Seminare in Psychologie. Ich glaube, dank den Seminaren haben wir uns stärker in die Gruppe integriert, wir haben mehr von uns selbst erfahren, uns selber besser kennen gelernt. Wir wurden offener einander gegenüber und sensibler für die Bedürfnisse unserer Kollegen.“ Eine andere Studentin vergleicht die direktive und nicht-direktive Unterrichtsweise so: „Im ersten Semester waren wir alle auf passives Zuhören eingestellt. Im zweiten Semester hat jeder von uns allein oder zu zweit etwas vorbereitet, was Mühe, Zeit und Arbeit verlangt hat. Außerdem haben wir die Themen behandelt, die wir selber ausgewählt und die uns interessiert haben.“ Eine andere Teilnehmerin am Psychologieseminar hat stärker ihren persönlichen Nutzen betont: „Vor allem konnte ich meine Sprechbarriere überwinden. Im Lyzeum hatte ich keine Gelegenheit, mich in Redekunst zu üben, die Lehrer haben nämlich aus Zeitgründen immer nur wenige Schüler gefragt.“

Aus meiner Sicht war der Lernprozess im zweiten Semester dynamischer als im traditionell gestalteten ersten Semester, es wurde viel abgesprochen, verifiziert, im Internet nach Material gesucht. Die Zahl der Interaktionen zwischen den Studenten in der Gruppe, zwischen den Studenten und mir sowie zwischen den Studenten und den Absolventen der Psychologieseminare, die ihre Erfahrungen mit jüngeren Kollegen gern ausgetauscht haben, hat deutlich zugenommen. Die Studenten hatten auch den Mut, mir gegenüber negative und kritische Meinungen zu äußern. Diese betrafen vor allem das Bedürfnis nach einer Präzisierung meiner Erwartungen zu Beginn des Semesters. Meine Beobachtungen in den letzten Jahren bestätigen die These, dass der Personenzentrierte Ansatz einen universellen Charakter hat. Er kann in der Psychotherapie, in der Schule, im Privatleben, beim Lösen von Konflikten am Arbeitsplatz, in einer lokalen Gemeinschaft Anwendung finden. Einen Beweis dafür könnte auch mein einen Monat dauerndes Praktikum in einem Obdachlosenheim im Westen Polens darstellen. Die Formel ist einfach: Man muss auf eine die Anderen nicht bedrohende Weise man selbst bleiben und

gleichzeitig die Komplexität ihrer Charaktere, Verhaltensweisen, Bedürfnisse und ihrer individuellen Schicksale im Auge behalten.

Ich bin mir bewusst, dass ich mit der neuen Unterrichtsform am Fremdsprachenlehrerkolleg immer noch in den Anfängen stecke; ich muss noch selber vieles im Bereich der Theorie von Rogers lernen. Der Weg ist jedoch für mich dermaßen faszinierend, dass ich ihn trotz zeitweise auftretender Schwankungen und Frustrationen weiter gehen will. Wie Carl Rogers (1980/2002, p. 257–281) bemerkte, sollte der Unterricht sowohl Kognitives als auch Emotionales ansprechen und nicht, wie es an traditionell orientierten Schulen der Fall ist, „Unterricht oberhalb des Halses“ (from the neck up) sein, wo sich der Lehrer ausschließlich auf den intellektuellen Erkenntnisaspekt konzentriert.

Persönliche Veränderungen

Es ist für mich vielschwieriger, die Auswirkung des Personenzentrierten Ansatzes auf mein Privatleben einzuschätzen, weil dies auch durch viele äußere Faktoren bestimmt wird. Nach längerem Überlegen würde ich jedoch auch hier von einer positiven Wandlung sprechen, die ich bei mir in den letzten neun Jahren bemerken konnte. Erstens hat meine Offenheit Anderen gegenüber zugenommen und ich bin im Stande, verschiedene aktuelle Gefühle wie Unzufriedenheit, Wut, Irritation, Aufregung, aber auch Freude, Zufriedenheit, Vergnügen, Neugier, Interesse auszudrücken. Ich arbeite ständig daran, als Kind wurde ich nämlich dazu erzogen, all diese Gefühle zu verdrängen. Zweitens bin ich gegenüber Menschen mit anderen Meinungen oder anderen Verhaltensweisen, aber auch Süchtigen oder Geisteskranken gegenüber viel toleranter geworden. Dies ist mit Sicherheit darauf zurückzuführen, dass ich mich selbst in zunehmendem Maße akzeptiere und wertschätze (vgl. Mearns & Thorne, 1988, pp. 22–26). Drittens habe ich die natürliche spontane Fähigkeit, von der Spannung in einer Konfliktsituation schnell dazu übergehen zu können, auch meiner Freude Ausdruck zu geben, sobald sich die Situation gebessert hat. Ich bin mir des Mechanismus dieses Verhaltens noch nicht ganz bewusst, es resultiert aber hoffentlich aus dem Selbstwertgefühl und der Fähigkeit, verzeihen zu können. Kein Wunder also, dass sich in den letzten Jahren die Qualität meines Berufs- und Familien- sowie meines gesellschaftlichen und geistigen Lebens und sogar meines Gesundheitszustandes verbessert hat. Dank der von Marco Temaner (USA) und Renate Motschnig mit Michael Derntl (beide Wien) veröffentlichten Diskussionsbriefe im Internet bin ich auf dem Laufenden, was es in der Welt des Personenzentrierten Ansatzes Neues gibt. Ich fühle mich in meiner Arbeit nicht mehr so einsam, wie es noch vor einigen Jahren der Fall war. Ich weiß, dass ich auf die Hilfe meiner Fachkollegen aus verschiedenen Ecken und Enden der Welt rechnen kann. Die Vergangenheit ist für mich ein Halt, und die Zukunft erscheint als eine hinreißende Perspektive, Neues entdecken und kennen lernen zu können.

Literatur

- Mearns, D. & Thorne, B. (1988). *Person-Centred Counselling in Action*. London: Sage Publications.
- Rogers, C. R. (1991). *Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe [Klientenzentrierte Therapie. Encountergruppen]*. Wrocław: Thesaurus-Press.
- Rogers, C. R. & Freiberg, H. J. (1994). *Freedom to Learn (Third edition)*. New York: Macmillan College.
- Rogers, C. R. (2002). *Sposob bycia*. Poznan: Rebis. (Original erschienen 1980: *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin)

Autor

Tadeusz Paciorek, 1948 in Polen geboren, Absolvent der Psychologie an der Warschauer Universität. Ungefähr zwanzig Jahre lang als Psychologe in einer Strafvollzugsanstalt, gegenwärtig als Psychologielehrer am Fremdsprachenlehrerkolleg in Siedlce tätig. Teilnehmer an vielen PCA-Konferenzen (Polen, USA, Österreich, Slowakei, Großbritannien). Interessen: Kultur der USA, Geschichte der polnischen Juden.

Korrespondenzadresse

*Tadeusz Paciorek
ul. Rynkowa 4/3
08-110 Siedlce, Polen
E-Mail: tadpaciorek@2com.pl.*

Mihaela Bonatiu & Florenta Din

Klientenzentrierte Psychotherapie in einer Strafvollzugsanstalt in Bukarest

Zusammenfassung¹: Von den Autorinnen wurden im Rahmen ihrer Tätigkeit als Psychologinnen in einer Strafvollzugsanstalt u. a. drei klientenzentrierte Therapiegruppen mit Häftlingen mit unterschiedlichem Strafausmaß im Rahova-Gefängnis in Bukarest durchgeführt. Nach einer einleitenden Schilderung des Aufgabenbereichs der Psychologen² in rumänischen Haftanstalten werden die Zielsetzungen und die geplanten Prozessphasen der Gruppentherapie sowie die Auswahlkriterien für die Teilnahme daran dargestellt. Der tatsächliche Verlauf der Therapiegruppen wird mittels einer Reflexion der dabei behandelten Themenbereiche sowie mittels eines illustrativen Ausschnitts aus dem Transkript einer Gruppensitzung skizziert. Zum Abschluss fassen die Gruppenleiterinnen ihre Erfahrungen zusammen, indem sie einige z. T. unerwartete Aspekte des Erlebens und Verhaltens der Teilnehmer formulieren.

Abstract: Client-centered psychotherapy in the prison. During their work as psychologists in a penal institution, the authors formed i.a. three client-centred therapy groups with convicts of the Rahova Prison in Bucharest. Following an introductory depiction of a psychologists responsibilities in Romanian penal institutions the group therapy's goals and its planned stages of process are described, as well as the selection procedure for participation. The actual course of the group therapy is sketched out through a reflection of its central issues and illustrative excerpts of one session-transcript. In their conclusion the group leaders sum up their own experiences and formulate a number of surprising elements of the participants' experiencing and their general conduct.

Die folgende Darstellung soll das Konzept und die ersten praktischen Erfahrungen einer Klientenzentrierten Gruppenpsychotherapie skizzieren, welche von den Autorinnen im Rahmen ihrer Tätigkeit als Psychologinnen im Rahova-Gefängnis von Bukarest ausgearbeitet wurde und durchgeführt wird.

Vorausgeschickt sei, dass in den meisten rumänischen Strafvollzugsanstalten – nach Maßgabe der jeweiligen Personalpostenpläne – Psychologen tätig sind. Psychologische Hilfe ist grundsätzlich für alle Häftlinge vorgesehen. Es werden dabei v.a. nach der Einlieferung in die Haftanstalt psychologische Untersuchungen durchgeführt, wobei Personen mit relevanten psychischen Problemen identifiziert werden sollen. Insgesamt umfasst die Tätigkeit der Psychologen in den Strafvollzugsanstalten die Bereiche Psychodiagnostik, Evaluation der Risiken bzgl. Gewalttätigkeit und Selbstmordtendenzen, Krisenintervention, Mediation bei schwerwiegenden Konflikten, Zuweisung zu einer Gruppentherapie sowie Einzeltherapie und Beratung. Psychotherapeutische Interventionen kommen jedoch nur unter bestimmten Bedingungen und nur

auf ausdrücklichen Wunsch eines Häftlings zum Einsatz. Neben dem persönlichen Wunsch nach psychologischer Hilfe sind dabei die Ergebnisse einschlägiger psychologischer Untersuchungen ausschlaggebend, ob und welche therapeutischen Maßnahmen (Einzel- oder Gruppentherapie) jeweils empfohlen werden. Um tatsächlich in den Genuss eines psychotherapeutischen Programms zu kommen, muss der einzelne Häftling ein schriftliches Ansuchen an den Leiter der Strafvollzugsanstalt richten, der allein das Recht hat, über die Zulassung zu entscheiden.

Das Rahova-Gefängnis in Bukarest beherbergt durchschnittlich etwa 2.000–2.300 Häftlinge. Die Anstalt umfasst mehrere Abteilungen für straffällig gewordene Männer sowie eine „Transit-Abteilung“ für Frauen in Untersuchungshaft bzw. während der Zeit des Gerichtsverfahrens. Es sind dort sechs Psychologinnen und Psychologen (hauptberuflich) angestellt, von denen drei in Klientenzentrierter Therapie (im Rahmen des von der ÖGwG 1999–2004 vor Ort durchgeführten Curriculums) ausgebildet wurden, während je ein weiteres Teammitglied mit den Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie bzw. der Experiencing Therapy arbeitet.

Wir sind davon ausgegangen, dass Klientenzentrierte Psychotherapie im Gefängnis das Ziel verfolgen sollte, eine Basis für die Umgestaltung abnormer Persönlichkeitsstrukturen auf der

¹ Von Wolfgang W. Keil

² Wenn aus dem Kontext nicht Anderes hervorgeht, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen immer beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

verhaltensmäßigen, der kognitiven und der emotionalen Ebene zu schaffen. Wir meinen, dass die Klientenzentrierte Therapie insofern der Situation von verurteilten Straftätern besonders angemessen ist, als sie deren affektive Reifung fördern und ihnen speziell dabei helfen kann, die Verantwortlichkeit für ihre eigenen Reaktionen und Verhaltensweisen zu übernehmen.

Das von uns ausgearbeitete Programm einer Gruppentherapie ist gedacht für Häftlinge, deren psychische Verfassung eine Selbstveränderung erwarten lässt, bzw. für solche, die von sich aus den Wunsch äußern, ihre Fähigkeiten zur Selbstreflexion und zur Gestaltung ihrer Kommunikation und ihrer Beziehungen zu verbessern. Dementsprechend haben wir die folgenden Kriterien für die Auswahl der Gruppentherapie-Klienten erstellt:

- Dezierter und authentischer Teilnahmewunsch des Häftlings
- Nicht zu geringer IQ-Wert, um ein angemessenes Ausdrucksvermögen zu gewährleisten
- Bereitschaft zur Selbstreflexion, was die Verminderung von Angst und Aggressivität ermöglicht
- Persönlichkeitsstruktur, die eine gewisse Anpassungs- und Kommunikationsfähigkeit in einer Arbeitsgruppe erwarten lässt.

Mit allen Interessenten für die Gruppentherapie sollte ein ausführliches Vorgespräch geführt werden; sie sollten weiters die Möglichkeit zu einer individuellen psychologischen Beratung vor oder nach dem Gruppenprozess wie auch zu einer begleitenden Einzeltherapie während desselben haben können. Eine Therapiegruppe sollte dann aus etwa 6 bis 10 Teilnehmern mit einem einigermaßen vergleichbaren Bildungsniveau bestehen. Die Gruppentherapie sollte insgesamt 24 wöchentliche Sitzungen, die jeweils eineinhalb Stunden dauern, umfassen.

Inhaltlich haben wir den Gruppenprozess in sieben aufeinander aufbauende Phasen oder Stufen gegliedert, die von den folgenden Schwerpunkten gekennzeichnet sein sollten:

In der ersten Phase soll es um die Förderung der Kommunikation der Teilnehmer gehen, und dabei v. a. um die Verbalisierung eigener Lebenserfahrungen und um das Gewährwerden der damit verbundenen organismischen und affektiven Impulse und Reaktionen.

In einer darauf folgenden zweiten Phase soll das Wahrnehmen unterdrückter Gefühle bei sich selbst und bei Anderen angestrebt werden.

In der dritten Phase wird versucht, bisher abgewehrte Empfindungen und Lebenserfahrungen zu integrieren und dadurch eine Erweiterung des eigenen Selbstkonzepts zu erreichen.

In Folge der allgemeinen Verbesserung der Gruppenkommunikation und speziell durch die emotionale Resonanz und das Feedback der Anderen sollte in der vierten Phase ein Zuwachs der Toleranzfähigkeit der Teilnehmer wahrnehmbar werden.

Die dadurch verbesserte Gruppenatmosphäre sollte in einer fünften Phase eine Zunahme der Selbst-Akzeptanz der einzelnen Teilnehmer erwarten lassen.

Eine sechste Stufe könnte in dem Ausmaß erreicht werden, in welchem die Teilnehmer mehr Verantwortlichkeit für ihre eigene Situation übernehmen.

Die abschließende siebente Stufe kann als erreicht gelten, wenn die bisher genannten Fähigkeiten soweit entwickelt wären, dass sie in den verschiedensten Lebenssituationen angewendet werden können und damit eine verantwortungsvolle, persönlich gestaltete Lebensführung ermöglichen.

Wir haben eine Klientenzentrierte Therapie nach diesem Stufenmodell bisher mit drei Gruppen von Häftlingen durchgeführt. Die erste Gruppe bestand aus 7 Häftlingen, die zu einer lebenslangen Strafe verurteilt sind, die zweite Gruppe umfasste 10 Personen, die zu einer zehnjährigen Haft verurteilt waren und die dritte Gruppe hatte 12 Teilnehmer mit nur kurzen Haftstrafen.

Diese Gruppen entwickelten sich z.T. sehr unterschiedlich, sowohl hinsichtlich ihrer inneren Struktur wie auch bezüglich der Problematik, die behandelt wurde. Fast alle Teilnehmer konnten sich aber auf einen guten Selbstexplorationsprozess einlassen, bei welchem v. a. die folgenden Dimensionen im Mittelpunkt standen:

- eigenes Selbstbild
- Beziehungen zu den Mithäftlingen
- Selbstvertrauen und Vertrauen in die anderen
- Bedürfnisse nach Sicherheit und Zuwendung
- Ungewissheiten bzgl. der eigenen Zukunft
- Interesse am Beherrschen der eigenen aggressiven Impulse
- wie man als Häftling bzw. nach der Entlassung von der Umwelt wahrgenommen wird

Zur Illustration der Entwicklung des Gruppenprozesses möchten wir einen Ausschnitt aus einer Sitzung der Gruppe derer, die zu einer zehnjährigen Haft verurteilt waren, wörtlich wiedergeben. Die hier ausgewählte Gruppensitzung war insofern auf die vorhergehende bezogen, als dort die Teilnehmer aufgefordert waren, eigene Persönlichkeitsaspekte, die sie durch die Gruppenarbeit verändern wollten, zu suchen. In der nun folgenden Sitzung sollten die möglichen Veränderungen konkretisiert werden und es sollte geklärt werden, wie es jedem damit geht. Die Sitzung beginnt mit einem Blitzlicht.

CR: *(ist mit einem juristischen Problem befasst und wirkt ungeduldig)*

MA: *(wirkt zurückgezogen und voll Distanz zur Gruppe)* Ich fühl' mich O.K.

OD: Ich spür' Selbstvertrauen und ich bin zuversichtlich für die Zukunft; ich fühl' mich wohl. *(Er scheint entspannt und mitteilksam)*

PD: Ich fühl' mich bestens, weil ich beschlossen hab', mir nicht mehr unnötig Sorgen zu machen. Ich nehm' alles, wie es kommt. Ich weiß nicht, wie es wäre, wenn mir alles von mir selber bewusst wäre. Im Augenblick fühl' ich mich wohl.

SA: Ich fühl' mich wie nach einer Atomkatastrophe! Ich bin schon ganz verspannt aufgewacht. Ich bin ganz unruhig; mein Herz schlägt viel zu schnell.

T(herapeutin): Was spüren Sie genau?

SA: Angst, Furcht vielleicht. Aber ich weiß keinen Grund dafür. Vielleicht weil mein Herz so rast ... ich weiß nicht warum.

T: Haben Sie was geträumt?

SA: Kann sein, aber ich erinnere mich nicht. Ich bin schon so aufgewacht.

TA: Ich bin in einer guten Stimmung. Ich bin in Gedanken bei meiner Familie.

MV: Ich fühl' mich wohl. Ich warte auf die Lösung eines persönlichen Problems. Das ist alles. *(Er wirkt maskenhaft, scheint sich seiner Stimmungen und Gefühle nicht gewahr werden zu wollen.)*

CM: Jetzt fühl' ich mich wohler; leicht und friedlich.

MF: Ich fühl' mich so, als ob die Zeit stehen geblieben wäre. Ich kann mich auf nichts konzentrieren. Ich komme mir vor wie eine Uhr ohne Batterie.

T: Wie fühlt es sich an als so eine Uhr?

MF: Mhm, so ähnlich wie warten, ... warten, bis man endlich wieder was spürt.

PR: Ich warte darauf, dass ich endlich heimgehen kann. Ich wünsch' mir so sehr, dass es diesmal klappt. *(Scheint erregt und unruhig, rutscht dauernd auf seinem Sessel hin und her.)*

T1: Ich fühl' mich wohl und entspannt. Ich bin gut aufgelegt, weil heute die Sonne scheint und weil alle aus der Gruppe da sind.

T2: Ich fühl' mich aktiv und konzentriert und bereit für die Gruppe.

OD: Ich möchte anfangen. Ich glaub', ich hab' schon einige Schritte in die richtige Richtung gemacht. Ich spür' schon oft in mich hinein und nehme wahr, was in mir vorgeht.

T: Sie nehmen wahr, was in Ihnen vorgeht?

OD: Ja, wirklich. Ich komme mir vernünftiger vor. Ich nehme mehr wahr – in mir selber, aber auch in meiner Umgebung. Ich hab' beschlossen, mir nur mehr solche Ziele zu setzen, die in meiner Macht liegen. Ich muss aufhören, mich selbst zu bemitleiden.

T: Sie müssen aufhören, sich selbst zu bemitleiden?

OD: Ja, weil sonst fühl' ich mich mies. Das ist ja wie eine psychische Tortur.

T: Wie ist es, wenn Sie sich selbst bemitleiden?

OD: Es ist Niedergeschlagensein, Hilflosigkeit, eben ärgerlich.

T: Sie fühlen sich also niedergeschlagen, hilflos, ärgerlich?

MA: *(drängt sich dazwischen und lässt OD nicht antworten)* Das kommt davon, dass wir so oft nicht tun, was wir uns vorgenommen haben. Zum Beispiel den Bericht, den wir für unsere Abteilung geschrieben haben. Wir arbeiten ein Stück, und fast niemand liest es. Die verteilen es nicht ordentlich und die interessieren sich nicht für ernste Sachen.

T: Versteh ich das richtig: Sie fühlen sich auch hilflos und ärgerlich?

MA: Ja, mir kommt vor, dass wir für Nichts arbeiten. Wenn wir über diese Gruppe schreiben würden, über das, was hier geschieht, dann wären die vielleicht interessiert.

T: Wir haben uns alle zur Vertraulichkeit über die Gruppensitzungen verpflichtet.

MA: Das ist richtig; das kann ich schreiben. Ich muss was anderes finden.

T: Wir sollten auf das zurückkommen, was OD uns sagen will.

OD: *(scheint durch MA gar nicht von sich abgelenkt worden zu sein)* Es geht darum: Ich muss aufhören, mich selbst zu beweinen. Ich muss mir selber einen Plan machen. *(Er möchte sichtlich mit seinem Erleben in Kontakt bleiben)*

MA: Ich hab immer einen Plan. *(Er versucht zu provozieren und die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken; er fühlt sich offenbar den Anderen überlegen, er rationalisiert und vermeidet, sich wirklich zu spüren.)*

OM: Ich nehm' mir vor, Nein sagen zu können.

T: Was spüren Sie, wenn Sie Nein sagen?

OM: Das ist nicht leicht, aber es fühlt sich gut an.

T: Es fühlt sich gut an und zugleich ist es schwer für Sie?

OM: Es ist schwer, weil Nein sagen bedeutet etwas zurückzuweisen, einem Freund einen Wunsch zu verweigern. Aber ich spür' dass es für mich gut ist, ich bin wirklich ich selber ... Ich bin traurig, wenn sich Freunde über mich ärgern, aber es fühlt sich gut an, wirklich bei sich zu bleiben.

Im Rahmen unserer praktischen Arbeit sind uns folgende Aspekte besonders aufgefallen, die wir für therapierelevant halten:

- Das große Vertrauen, das die Teilnehmer – nach doch beachtlichen kommunikativen Hemmnissen zu Beginn – in die Therapiegruppe und in die Psychologinnen gewonnen haben.
- Die positive Überraschung der Teilnehmer darüber, dass die Psychologinnen kontinuierlich versuchten, die Häftlinge zu verstehen, bzw. dass die Expertinnen ihnen die Verantwortlichkeit für ihre persönliche Entwicklung voll zugemutet haben.
- Die Entscheidung der Teilnehmer, dass man aus der Therapiegruppe nur nach den obligatorischen ersten vier Sitzungen aussteigen kann.
- Das Ausmaß an individueller Empathie bei den Teilnehmern, das wahrscheinlich dadurch ermöglicht wurde, dass die Klientenzentrierte Therapie die Empathie so sehr in den Mittelpunkt stellt.
- Dass das Therapieprogramm dem Tempo und der Dauer der Veränderung der einzelnen Persönlichkeiten keine Einschränkungen auf erlegt hat.

Zum Abschluss möchten wir noch anmerken, dass auch wir als Therapeutinnen in der Arbeit mit den Häftlingen vielfältige und

wichtige Erfahrungen gewonnen haben. Hervorheben möchten wir dabei, dass es uns gelungen ist, auch Zugänge zum empathischen Verstehen von zerstörerischen Impulsen, Gewalttätigkeit, Gefühlsüberschwemmungen und ähnlichen Phänomenen zu finden. Wir bereiten eine Studie über Klientenzentrierte Psychotherapie unter besonderen Bedingungen (nämlich denen einer Haftanstalt) vor, die wir dann auch Interessenten zur Verfügung stellen können.

Autorinnen

*Mihaela Eugenia Bonatiu, *1960, verh., ein Sohn, Universitätsabschluss in Psychologie und Soziologie; Gründungsmitglied der Rumänischen Gesellschaft für Klientenzentrierte Psychotherapie, Ausbildung in Gestalttherapie; Mitglied der Rumänischen Gesellschaft für Kriminologie und Strafrecht.*

*Florenta Doinita Din, *1971, Universitätsabschluss in Psychologie; Gründungsmitglied der Rumänischen Gesellschaft für Klientenzentrierte Psychotherapie, Ausbildung in Kognitiver Verhaltenstherapie, Mitglied der Rumänischen Gesellschaft für Kriminologie und Strafrecht.*

Korrespondenzadressen

*Mihaela Eugenia Bonatiu
Sector 4, Principatele Unite, nr. 33-35, et. 1, apt. 5.
Bucharest, Romania
E-Mail: bonatiumihaela@yahoo.com*

*Florenta Doinita Din
Sector 5, Popovici Nicolae, nr. 5, bl. P51, sc. 2, apt. 53.
Bucharest, Romania
E-Mail: florentadin@yahoo.com*

Magda Draskóczy

Der Personzentrierte Ansatz in Ungarn¹

Psychologie war in Ungarn zwischen 1949 und 1957 eine vernachlässigte, ja sogar verbotene Disziplin. Es waren zwar noch einige Psychologen und Psychotherapeuten tätig, die vor dem Krieg ihre Ausbildung machen konnten, die weitere Ausbildung von neuen Psychologen wurde damals an den Universitäten aber eingestellt. Diese Situation änderte sich ein wenig nach der Revolution von 1956. Eine psychologische Ausbildung wurde an *einer* Universität eingerichtet und es begannen in den frühen 60er Jahren auch psychotherapeutische Ausbildungen in Form kleiner Workshops an einigen Kliniken und in Privatwohnungen. Diese waren hauptsächlich psychoanalytisch bzw. an der Dynamischen Psychotherapie orientiert, sie wurden von Psychiatern und Psychologen geleitet, die der vor dem Krieg bestehenden Budapester Psychoanalytischen Schule angehörten. Carl Rogers und seine Ideen waren nur ganz wenigen Fachleuten bekannt, und das auch erst zu einer Zeit, als die Möglichkeiten zu professionellen Kontakten mit dem Ausland nicht mehr gänzlich eingeschränkt waren.

Die geschichtliche Entwicklung des Personzentrierten Ansatzes in Ungarn

Die erste Publikation in ungarischer Sprache, durch welche Rogers' Konzepte – v. a. das der Empathie – einer breiten Öffentlichkeit bekannt gemacht wurden, war das Buch von Béla Buda (1978) über Empathie. Es beschrieb sowohl die Entwicklung von Empathie wie auch ihre Anwendung in verschiedensten zwischenmenschlichen Beziehungen wie Unterricht, Therapie, Arbeitsbeziehungen u. a. m. Etwas später, zu Beginn der 80er Jahre war die Klientenzentrierte Therapie bereits in einem Sammelwerk über Psychotherapie (Buda, 1981) durch Beiträge von Carl Rogers und Reinhard Tausch vertreten.

Lászlo Tringer, jetzt Professor für Psychiatrie an der Medizinischen Universität Budapest, nahm Mitte der 70er Jahre mit dem Psychologischen Institut der Humboldt Universität in (Ost-)Berlin Verbindung auf, wo Prof. Helm und seine Mitarbeiter ausgedehnte Forschungsarbeiten über die Klientenzentrierte Therapie durchführten. Nachdem er seine eigene Ausbildung in Gesprächspsychotherapie absolviert hatte, begann er 1981 mit einem analogen Trainingsprogramm in Ungarn. Prof. Tringers Buch über Klientenzentrierte Therapie (Tringer, 1991) ist immer noch das

grundlegende Werk für alle Ausbildungsteilnehmer, obschon die Darstellung der Klientenzentrierten Therapie darin sehr stark von einem kognitiven Ansatz geprägt ist.

Eine ganz andere und völlig unabhängige Möglichkeit, den Personzentrierten Ansatz und Carl Rogers persönlich kennenzulernen, ergab sich 1983, als Sándor Klein einige personzentrierte Fachleute aus den USA nach Ungarn einlud. In der Folge schlug die Ungarische Psychologische Gesellschaft dem Person-Centred Approach Institut – International vor, den jährlichen Cross-Cultural Communication Workshop im folgenden Jahr in Szeged zu veranstalten. Es war dies das erste Mal, dass ein großes internationales Meeting der personzentrierten Szene hinter dem Eisernen Vorhang stattfand, und zugleich war es die erste Gelegenheit für Psychiater, Psychologen und interessierte Laien aus Ungarn und anderen „sozialistischen Ländern“ in einer offenen und persönlichen Art – die der Personzentrierte Ansatz ja ermöglicht – zusammen zu kommen. Es nahmen damals etwa 150 Personen aus Ungarn und ungefähr die gleiche Anzahl aus dem Ausland daran teil. Das Treffen war ein solcher Erfolg, dass auch 1986 ein Cross-Cultural Communication Workshop in Szeged veranstaltet wurde. Das war übrigens der letzte Workshop, an dem Carl Rogers persönlich teilgenommen hat – er starb 1987. Es fand noch ein weiterer Cross-Cultural Communication Workshop in Ungarn statt, der 1993 von Mihály Elekes in Tata organisiert wurde.

Die persönlichen Beziehungen, die während der interkulturellen Workshops geknüpft worden waren, führten dazu, dass viele Personen, die in beruflicher Hinsicht vom Personzentrierten Ansatz angezogen wurden, in kleinen Teams im Bereich der Bildung, der Psychotherapie und in anderen Arbeitsbereichen im Sinne dieses Ansatzes zu kooperieren begannen. Für einige Personen ergab sich auch die Möglichkeit, an den personzentrierten Trainingsprogrammen des Person-Centred Approach Institut – International (dem europäischen Ausbildungszentrum, das von C. Rogers, Ch. Devons-hire und A. Zucconi gegründet worden war) teilzunehmen. So absolvierten etwa 35 ungarische Psychologen, Mediziner und Angehörige anderer helfender Berufe in Frankreich eine derartige 3 Jahre bzw. 1.000 Stunden umfassende Ausbildung zwischen 1985 und 1993.

Die gegenwärtige Situation

Personzentrierte Psychotherapie

Der Personzentrierte Ansatz ist in Ungarn als eine der regulären Therapieschulen anerkannt, in welchen Doktoren der Medizin und

¹Aus dem Englischen übersetzt von Wolfgang W. Keil

Psychologen nach einer umfangreichen Ausbildung und Abschlussprüfung den Titel eines Psychotherapeuten erwerben können. Der Ansatz stellt somit eine von vielen Arten von Psychotherapie dar, die in Ungarn praktiziert werden. Er wird allerdings von einem Großteil des psychiatrischen Establishments als ein Ansatz betrachtet, welcher zwar basale nicht-spezifische Bedingungen, aber keine eigenen Konzepte für spezifische diagnostische Kategorien zur Verfügung stellt.

Viele Psychologen und Psychiater arbeiten jedoch mit der Personzentrierten Therapie als ihrer Hauptorientierung in verschiedensten Settings, in Spitälern, Ambulatorien und Privatpraxen, und zwar sowohl mit Erwachsenen wie auch mit Kindern aller Altersstufen. Andere betrachten die Personzentrierte Therapie als brauchbare Basis, die sie mit anderen psychotherapeutischen Methoden wie etwa Psychodrama, kognitiven u. a. Therapieformen kombinieren. Der Personzentrierte Ansatz wird auch über den engeren Bereich der Psychotherapie hinaus in anderen institutionalisierten Formen professioneller Hilfe als wesentliche Grundlage praktiziert, so etwa in Altersheimen, in Frauenhäusern, in Anstalten für chronisch Geisteskranke u. Ä. m.

Schülerzentrierte Schulen

In Ungarn existieren zwei Schulen für Kinder vom 6. bis zum 18. Lebensjahr, die sich selbst als schülerzentriert deklarieren. Es handelt sich um die Personzentrierte Carl Rogers-Schule in Budapest, die direkt nach der politischen Wende 1990 gegründet wurde (vgl. Gádor, 1992), sowie um die sogenannte „Bunte Schule“ in Tata. In beiden Schulen ist der Umgang mit den Schülern von Rogers' Ideen über das „Lernen in Freiheit“ inspiriert, doch sie müssen auch immer wieder darum kämpfen, eine adäquate Balance zwischen dem „Lernen in Freiheit“ und den Anforderungen des Schulsystems zu finden. Beide Schulen bemühen sich um eine integrative Ausbildung sowohl für Kinder aus Familien, die die Freiheit einer solchen Institution besonders hoch schätzen, wie auch für Kinder, die aus verschiedensten Gründen mit dem traditionellen Schulsystem nicht zurecht kommen und die hier eine tolerantere Atmosphäre zu finden hoffen.

Ausbildung

Wir haben in Ungarn zwei Arten von Ausbildungsprogrammen, die in Entsprechung zu ihren unterschiedlichen Ursprüngen bzw. zur unterschiedlichen Sozialisation des Lehrpersonals von einander unabhängig angeboten werden. Das Trainingsprogramm der Ungarischen Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und psychische Gesundheit ist von der Nationalen Kammer für Psychotherapie als Teil der allgemeinen Ausbildung zum Psychotherapeuten anerkannt. Für die Zulassung zu dieser Ausbildung ist ein universitärer Grad in einem humanwissenschaftlichen Fach (Medizin, Psychologie, Pädagogik usw.) erforderlich. Die Ausbildung umfasst 450 Stunden (150 St. Gruppen-Selbsterfahrung, 50 St. Theorie, 50

St. gegenseitige Beratung, 100 St. Therapie mit Klienten und 100 St. Supervision). Am Ende der Ausbildung muss eine Einzelfallstudie erstellt und ein theoretisches Examen bestanden werden. Für Interessenten, die ohne universitäre Vorbildung im psychosozialen Feld tätig sind, wird auch eine Personzentrierte Berater-Ausbildung angeboten. Diese Ausbildung ist praktisch mit der Therapeuten-Ausbildung identisch, es braucht jedoch keine Fallstudie verfasst werden. Dieses Curriculum besteht etwa seit Mitte der 80er Jahre und ungefähr 150 Personen haben es bis dato abgeschlossen.

Das andere Ausbildungsprogramm wurde 1993 von Mihály Elekes unter der Patronanz des Person-Centred Approach Institut – International eingerichtet. Es ist an den Prinzipien dieses Instituts und am Konzept Carl Rogers' vom Lernen in Freiheit orientiert und daher vergleichsweise viel experienzieller ausgerichtet. Das Curriculum umfasst 1.000 Stunden in einem Zeitraum von 3 Jahren, wobei die Teilnehmer selber entscheiden, welche Themen sie mit welchen Methoden erarbeiten. In den 3 Jahren sind 7 je zehntägige Intensiv-Seminare sowie etwa 12 Wochenendblöcke inkludiert. Der Schwerpunkt liegt bei diesem Programm auf der Selbsterfahrung der Grundhaltungen des Personzentrierten Ansatzes und auf persönlichem Wachstum.

Der Personzentrierte Ansatz in der akademischen Aus- und Weiterbildung

Mittlerweile sind eine Reihe von Psychologen, die im Personzentrierten Ansatz ausgebildet und erfahren sind, in der universitären Ausbildung für verschiedene professionelle Helfer (Psychologen, Sozialarbeiter, Lehrer usw.) tätig. Sie haben dort nicht nur den Personzentrierten Ansatz generell in ihren Unterricht integriert, sondern dabei auch ganz spezifische Ausbildungselemente wie etwa Encountergruppen zur Selbstentfaltung, Haltungen und Fertigkeiten professioneller Helfer, Entwicklung von Empathie oder personzentrierte Supervision entwickelt und etabliert. Außerdem gibt es in Ungarn seit 1990 eine postgraduelle Weiterbildung für psychische Gesundheit. Derzeit werden derartige Kurse an drei verschiedenen Universitäten angeboten, wobei zwei dieser Kurse von der theoretischen Grundlage des Personzentrierten Ansatzes her konzipiert sind.

Focusing

Gendlins Buch über Focusing wurde 1989 in Ungarn herausgegeben und viele Menschen haben es inzwischen gelesen und Focusing probiert. Zu einem strukturierteren Trainingsangebot zur Anwendung von Focusing kam es, nachdem eine ungarische Gruppe Mitte der 90er Jahre eine derartige Ausbildung in Holland absolviert hatte und in der Folge holländische Trainer nach Ungarn holte. Seither gab es (in Zusammenarbeit mit den ungarischen Kollegen) eine Reihe kürzerer und längerer Kurse für Focusing und viele Menschen verwenden jetzt Focusing, sei es in der Psychotherapie, sei es mit Kindern in Schulen, Kindergärten, Erziehungsberatungsstellen und

bei anderen Gelegenheiten wie etwa bei Vorbereitungskursen für natürliche Geburt (vgl. dazu den Bericht von Stapert u. a. in diesem Heft).

Gordon-Training

Die ungarische Psychologin Zsuzsa Várkonyi kam Mitte der 80er Jahre mit dem Gordon Institut in den USA in Verbindung und begann 1987 mit den Gordon-Trainings in Ungarn. Inzwischen wurden die meisten Bücher von Thomas Gordon über die Trainings von Eltern, Lehrern, Managern usw. auf Ungarisch herausgegeben. Das 1990 gegründete Ungarische Gordon Institut hat inzwischen solche Kurse für nahezu 30.000 Menschen durchgeführt. Mittlerweile werden neben den Familienkonferenz-Kursen (parent effectiveness training) auch Trainings für Frauen, für zwischenmenschliche Beziehungen Erwachsener, für Jugendliche und für Paare, die ein Kind erwarten, angeboten. Einige dieser Kurse werden auch offiziell anerkannt, d. h. die Teilnahme daran wird vom Dienstgeber finanziell unterstützt; dies gilt u. a. für Lehrer, Kindergärtnerinnen, Sozialarbeiter oder auch für Zivildienstler.

Personzentrierte Vereinigungen

Die Ungarische Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und psychische Gesundheit entstand 1987, zunächst als Arbeitsgruppe innerhalb der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft, dann als selbständige Organisation. Ursprünglich repräsentierte sie die Gruppe der Klientenzentrierten Therapeuten, die in der (ost)deutschen Tradition ausgebildet waren. Es gab daneben eine eigene Vereinigung für die andere Gruppe, die ihre Ausbildung über das Person-Centred Approach Institut – International in Frankreich absolviert hatte. Mittlerweile ist nur mehr die Ungarische Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und psychische Gesundheit tätig und sie vereint jetzt Angehörige beider Traditionen. Dazu ist es u. a. deswegen gekommen, weil diese Gesellschaft vor etwa zwei Jahren die offizielle Anerkennung der PCAII-Ausbildung durchsetzen konnte.

Unsere Gesellschaft hat nun ungefähr 100 aktive Mitglieder. Wir veranstalten jedes Jahr einen Wochenend-Workshop, welcher unseren Mitglieder sowohl die Möglichkeit zu einem Encounter wie auch zu therapeutischen Diskussionen und praktischen Demonstrationen geben soll. Darüber hinaus möchten wir jetzt die Möglichkeiten zu persönlichen Meetings erweitern, indem wir einen sogenannten Personzentrierten Club in Form eines monatlichen Abendtermins zur Erörterung persönlicher, professioneller und theoretischer Themen einrichten. Zu diesem Club sind unsere ausländischen Freunde, wenn sie gerade in Ungarn sind, immer herzlich eingeladen. Unsere Gesellschaft ist inzwischen auch Mitglied im Network of the European Associations for Person-Centred and Experiential Psychotherapy and Counselling (NEAPCEPC).

Literatur

- Buda, B. (1978). *Az empátia – a beleélés lélektana [Empathie – eine Psychologie der Einfühlung]*. Budapest: Gondolat.
- Buda, B. (Ed.) (1981). *Pszichoterápia [Psychotherapie]*. Budapest: Gondolat.
- Gádor, A. (1992). *A person-centred school in Hungary*. In: Fifth Forum of the Person-Centred Approach, Book of Abstracts, Terschelling.
- Pintér, G. (1989). Personenzentrierte Psychotherapie in Ungarn. *GwG-Zeitschrift* 76, 343–344.
- Tringer, L. (1991). *A gyógyító beszélgetés [Gesprächspsychotherapie]*. Budapest: MVKTE

Autorin

Magda Draskóczy, Psychologin, Ausbildungen in Personzentrierter Psychotherapie beim PCAII in Frankreich sowie in anderen Psychotherapierichtungen, Sekretärin der Ungarischen Gesellschaft für personzentrierte Psychotherapie und psychische Gesundheit, Mitglied des Vorstands des NEAPCEPC und der WAPCEPC; Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapie, Unterricht, Forschung.

Korrespondenzadresse

*Magda Draskóczy
P.O. Box 149
1276 Budapest
Ungarn
E-Mail: m. draskoczy@enternet.hu*

Ladislav Timulák

Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie in der Slowakei¹

Die Ideen von Carl Rogers wie auch die Beiträge anderer Autoren wurden schon zur Zeit der früheren Tschechoslowakei für die psychotherapeutische Szene in der Slowakei relevant. Die entsprechenden Entwicklungen wurden in den wichtigen Sammelwerken zur Psychotherapie (Kondáš, 1969; Kratochvíl, 1970), aber auch in spezifisch klientenzentrierten Publikationen (Vymětal, 1973) dargestellt. In späteren Veröffentlichungen slowakischer Autoren wurde die Bedeutung der Klientenzentrierten Therapie für die Theorie der klinischen Psychologie (Kondáš, 1977) und für den Bereich der psychologischen Beratung (Koščo et al., 1980) besonders hervorgehoben.

Während der kommunistischen Ära galt Psychotherapie in den Augen der herrschenden Nomenklatura als verdächtige Tätigkeit. Dennoch haben abseits der ideologischen Kontrolle einige wichtige Entwicklungen auf diesem Gebiet stattgefunden. Dominierend war dabei eine slowakische Form der kognitiven Verhaltenstherapie („Einsichts-Therapie“ genannt), welche vom slowakischen Psychologen Ondrej Kondáš (1969) entwickelt wurde, aber auch von der eklektisch-psychodynamischen Therapie der tschechischen Autoren Skála, Urban und Rubeš beeinflusst war. Diese beiden Richtungen, die psychodynamische Therapie und die kognitive Verhaltenstherapie, beherrschen auch heute noch den Bereich der Psychotherapie in der Slowakei.

Die eigentliche Entwicklung der Personzentrierten Psychotherapie und die Integration ihrer Substanz in die slowakische Therapieszene ist wohl dem Psychologen Vladimír (Vlado) Hlavenka zuzuschreiben, der ursprünglich in der eklektisch-psychodynamischen Therapie ausgebildet war. Vlado Hlavenka hatte 1986 am Cross-Cultural Communication Workshop in Szeged (Ungarn)² teilgenommen. Wie er mir mitteilte (Hlavenka, persönl. Mitteilung, Januar 2004)³, blieben er und sein Kollege⁴ nur die ersten drei Tage bei diesem Workshop, weil sie das Ganze ziemlich sinnlos und peinlich fanden. Dennoch ließen ihn nach der Rückfahrt nach Bratislava (Preßburg) die lebendigen Erinnerungen an diesen Workshop nicht

los und er beschloss, umgehend wieder nach Szeged zu fahren und am restlichen Workshop teilzunehmen. In der Folge sprach ihn dort Chuck Devonshire auf die Möglichkeit an, einen ähnlichen Workshop in der Tschechoslowakei zu organisieren, was Vlado persönlich aber angesichts des damaligen politischen Kontexts für unrealistisch hielt.

Sechs Monate später gelang es jedoch J. Shlien in Verbindung mit O. Landa in Prag, die Planung eines derartigen Workshops in der Tschechoslowakei in Angriff zu nehmen, wobei dann auch Vlado mit einbezogen wurde. Es kam in der Folge 1988 zu einem viertägigen Seminar für etwa 80 tschechische und slowakische Experten in Tatras und zu einem zweitägigen Workshop für mehr als 200 Fachleute in Bratislava (Preßburg)⁵. Vlado wurde damals sogar von der kommunistischen Geheimpolizei über die Ziele dieser Workshops verhört.

Anlässlich dieser Workshops entstand die Idee einer vollständigen Ausbildung für Personzentrierte Psychotherapie. Vlado Hlavenka konnte in den folgenden Jahren eine solche am PCA Institute – International in London absolvieren. Die erste tschechoslowakische Ausbildung fand 1991–1994 statt; das war in der Tat die erste derartige Ausbildung in Osteuropa, da an ihr nicht nur Slowaken und Tschechen, sondern auch Ungarn, Polen, Russen, Bulgaren und Ukrainer, insgesamt waren es 70 Personen, teilnahmen.⁶ Bedeutsam war in diesem Zusammenhang auch der Cross-Cultural Communication Workshop 1991, der mit wesentlicher organisatorischer und finanzieller Unterstützung durch einige österreichische Kollegen⁷ und unter großer tschechoslowakischer und internationaler Beteiligung in Modra stattfand.

In der Zeit danach wurde das Institut für den Personzentrierten Ansatz (ISTER) gegründet⁸, das seither Ausbildungen in Personzentrierter Therapie anbietet. Derzeit läuft hier der fünfte Ausbildungskurs, wobei jeder Kurs von etwa 30 Ausbildungskandidaten aus der Slowakei besucht wird. Die Ausbildung dauert mindestens

1 Aus dem Englischen übersetzt von Wolfgang W. Keil.

2 Facilitatoren bei diesem Workshop waren u. a. C. Rogers, R. Sanford, J. Shlien, Ch. Devonshire und B. Brodley.

3 Fast alle Informationen, die Vlado Hlavenka betreffen, wurden vom Autor über E-Mail im Jänner 2004 eingeholt.

4 Der slowakische Psychologe Dušan Fabián.

5 Referenten und Facilitatoren waren Ch. Devonshire, V. Land-Henderson, B. Brodley, D. Buck, P. Iossifides und M. Tourrenc.

6 Als Ausbilder und Facilitatoren arbeiteten mit: Ch. Devonshire, B. Brodley, F. Zimring, N. Raskin, J. Bozarth, A. Shafer, J. Jessup (alle USA), D. Buck, J. Ellis (beide GB), P. Iossifides (GR), M. Tourrenc, O. Kaufmann (beide F), G. N. Stropeni (I), Huizinga (NL) und B. Hofmeister (D).

7 V. a. Robert Muhr, Werner Wascher und Thomas Baum.

8 Von V. Hlavenka, E. Janíková und G. Langošová,

4 Jahre und folgt dem Curriculum, das seinerzeit von C. Rogers, Ch. Devonshire und A. Zucconi im PCAI-I erarbeitet wurde. Diese Ausbildung ist mit den Kriterien der European Association for Psychotherapy kompatibel und von der Slowakischen Gesellschaft für Psychotherapie (SPS) anerkannt. Einige Trainingsprogramme dieses Instituts werden in Zusammenarbeit mit dem tschechischen Personenzentrierten Institut in Prag, dessen Direktor J. Holeyšovský ist, durchgeführt. Neben ausländischen Gästen, die zeitweilig auch als externe Supervisoren mitarbeiten, sind derzeit dort u. a. V. Hlavenka, L. Bátovská, E. Janíková, G. Langošová, H. Smitková und L. Timulák neben vielen weiteren Co-Trainern als Referenten und Facilitatoren tätig. V. Hlavenka, der einer der Direktoren dieses Instituts ist, arbeitet darüber hinaus auch in vielen Ausbildungen und Workshops (Encountergruppen) im Ausland mit.

Seit 1996 bietet auch das Institut für die Entfaltung der Person (Inštitút Rozvoja Osobnosti, IRO), mit Sitz in der slowakischen Stadt Modra, eine ähnlich aufgebaute Ausbildung in Personenzentrierter Psychotherapie an. Dieses Institut wurde von drei Psychologen, Ľ. Dobšovi, I. Valkovi, I. Hudečková, in Zusammenarbeit mit der Heilpädagogin M. Franková gegründet. Mittlerweile läuft hier auch bereits der fünfte Ausbildungskurs. Als Ausbilder fungieren hier neben den schon beim Institut ISTER genannten Personen auch M. Elekes (Ungarn) und E. Zinschitz (Österreich). Der Leiter dieses Instituts, Ľ. Dobšovi, betreibt auch den Verlag Persona, in welchem eine Menge personenzentrierter Literatur in slowakischer Übersetzung erschienen ist. Dazu zählen die meisten Bücher von Rogers sowie Veröffentlichungen anderer Autoren⁹, die v. a. von Ivan Valkovi and Matuš Dobšovi übersetzt wurden.

Was die berufspolitische Vertretung der Personenzentrierten Therapeuten in der Slowakei betrifft, so sind diese in der Slowakischen Gesellschaft für Psychotherapie in einer eigenen Sektion für Personenzentrierte Therapie organisiert, welche auch Zertifizierung der Ausbildungsabsolventen vornimmt. Derzeit ist die Psychiaterin Eva Janíková die Vorsitzende dieser Sektion. Psychologen, die zugleich auch Psychotherapeuten sind, sind oft auch in der Sektion für Psychotherapie in der Slowakischen Psychologenkammer organisiert, welche die Ausbildung der beiden o. g. Institute ebenfalls anerkennt.

Die Personenzentrierte Psychotherapie ist außerdem auch in Form geschlossener Kurse in einigen universitären Studienrichtungen integriert. Dies ist etwa an den Psychologischen Instituten der Comenius Universität Bratislava (zuerst unter Leitung von Hlavenka, dann von Smitková), der Universität Trnava (Timulák), und der Prešov Universität (Sklenárová) der Fall.

Unser Ansatz ist auch in der einschlägigen Fachliteratur vertreten. So sind bereits etliche Artikel aus dem Bereich der Personenzentrierten wie auch der Experienziellen Therapie in tschechoslowakischen und slowakischen (z. B. Hlavenka, 1992; Karaszová, 1994;

1998; Smitková, 1997; Timulák, 1996, 1997, 1998, 1999a), aber auch in englischsprachigen (z. B. Timulák, 1999b; 2003) Fachzeitschriften erschienen. Darüber hinaus gibt es einige einschlägige Diplomarbeiten und Dissertationen sowie selbständige Forschungsarbeiten (Karaszová, 1994; Smitková, 2004; Timulák & Lietaer, 2001) zur Personenzentrierten Psychotherapie.

Neben der schon erwähnten internationalen Tätigkeit von V. Hlavenka, kann der Autor dieses Berichts auch auf seine Forschungsarbeiten in Belgien und den USA (vgl. Timulák & Lietaer, 2001; Timulák & Elliott, 2003) verweisen. Eine ertragreiche Kooperation hat sich zwischen den tschechischen und den slowakischen Psychotherapeuten herausgebildet, wie sie sich etwa in den gelegentlichen „föderalen“ Konferenzen zeigt. Die (tschechischen) Bücher von J. Vymětal über die Personenzentrierte Therapie (1996; und mit Rezková, 2001) werden auch in der Slowakei gern gelesen.

Die Personenzentrierte Therapie ist also in der slowakischen Psychotherapieszene gut etabliert. Dasselbe gilt aber auch von den in anderen Ländern nicht unbekannt vielen Missverständnissen bzw. Kritikpunkten an unserem Ansatz. Dieser wird etwa im Bereich der Psychiatrie und z. T. auch in psychologischen Kreisen oft als zu simpel, als naiv und bei schweren Störungen unwirksam angesehen. Von Seiten christlicher Fachleute (z. B. Košč, 1992) werden auch ethische Gefahren in der Hintergrundphilosophie des Ansatzes konstatiert, etwa die Förderung von narzisstischer Selbstüberhöhung oder ein verantwortungsloser Liberalismus. Der auch in der Slowakei heiß umstrittene ökonomische Druck zwingt die verschiedenen Psychotherapieformen in eine Konkurrenz um die größere Effektivität. Die Effizienz und kostenmäßige Effektivität von leicht erlernbaren, kognitiven Kurzzeit-Verhaltenstherapien stellen hier eine große Bedrohung für die an experienzieller Exploration orientierten Beziehungs-Therapien aller nicht-behavioristischen Richtungen dar.

9 U. a. Mearns, Thorne und Gordon.

Literatur

- Hlavenka, V. (1992). Slovo o moci a zodpovednosti v poradenstve a psychoterapii. *eskoslovenská Psychologie* [Gedanken zu Macht und Verantwortung in Beratung und Psychotherapie. *Tschechoslowakische Psychologie*], 36, 481–492.
- Karaszová, K. (1994). Príspevok ku štúdiu osobnostnej konštruktívnej zmeny u klienta v terapii zameranej na klienta. *Československá Psychologie* [Beiträge zur Untersuchung von konstruktiven Persönlichkeitsveränderungen in der Klientenzentrierten Therapie. *Tschechoslowakische Psychologie*], 38, 345–355.
- Karaszová, K. (1998). Prežívanie ako kľúčová oblasť zmeny v procese na človeka zameranej a experienciálnej terapie. *Psychológia a Patopsychológia Dieťaťa* [Experiencing als ein Schlüssel zur Veränderung im Prozess der Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie. *Psychologie und Psychopathologie des Kindes*] 33, 264–273.
- Kondáš, O. (1969). *Discentná psychoterapia [Einsichtspsychotherapie]*. Bratislava: SPN.
- Kondáš, O. (1977). *Klinická psychológia [Klinische Psychologie]*. Bratislava: SPN.
- Košč, L. (1992). Psychológia a náboženstvo. In *Za kresťanské porozumenie človeka*. Polro enka slovenskej katolíckej akadémie. [Psychologie und Religion. In *Christliches Verständnis der Person*. Halbjahresbericht der Slowakischen Katholischen Akademie.]
- Koščo J. et al., (1980). *Teória a prax poradenskej psychológie [Theorie und Praxis der psychologischen Beratung]*. Bratislava: SPN.
- Kratochvíl, (1970). *Psychotherapie [Psychotherapie]*. Praha: Avicenum.
- Smitková, H. (1997). *Empatia v terapii zameranej na klienta. Psychológia a patopsychológia dieťaťa* [Empathie in der Klientenzentrierten Therapie. *Psychologie und Psychopathologie des Kindes*], 32, 240–244.
- Smitková, H. (2004). *Analýza verbálnych prejavov kongruencie*. Dizertačná práca, Univerzita Komenského Bratislava. [Analyse des verbalen Ausdrucks von Kongruenz. Dissertation, Comenius Universität Bratislava]
- Timulák, L. (1996). *Zmeny a ich význam v procese na klienta zameranej terapie. Psychológia a patopsychológia dieťaťa* [Veränderung und deren Bedeutung in der Klientenzentrierten Therapie. *Psychologie und Psychopathologie des Kindes*], 31, 262–270.
- Timulák, L. (1997). Self v teórii a praxi na klienta zameranej terapie. *Československá psychologie* [Das Selbst in Theorie und Praxis der Klientenzentrierten Therapie. *Tschechoslowakische Psychologie*], 41, 235–243.
- Timulák, L. (1998). Self, emócie, a organizmické prežívanie v terapii zameranej na človeka. *Československá psychologie* [Selbst, Gefühle und organismisches Experiencing in der Personzentrierten Therapie. *Tschechoslowakische Psychologie*], 42, 227–234.
- Timulák, L. (1999a). Niektoré súčasné trendy v psychoterapii zameranej na človeka. *Československá psychologie* [Aktuelle Trends in der Personzentrierten Therapie. *Tschechoslowakische Psychologie*], 43, 481–489.
- Timulák, L. (1999b). Humility as an important attitude in overcoming a rupture in the therapeutic relationship. *The Person-Centered Journal*, 6, 153–163.
- Timulák, L. (2003). Person-Centered Therapy as a Research-Informed Approach: Evidence and Possibilities. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 2.
- Timulák, L. & Lietaer, G. (2001). Moments of empowerment: A qualitative analysis of positively experienced episodes in brief person-centred counselling. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1, 62–73.
- Timulák, L. & Elliott, R. (2003). Empowerment events in process-experiential psychotherapy of depression. *Psychotherapy Research*, 13, 443–460.
- Vymětal, J. (1973). Nindirektivní "Gesprächspsychotherapie" podle prof. Tausche. *Československá psychologie* [Nondirektive "Gesprächspsychotherapie" nach Prof. Tausch. *Tschechoslowakische Psychiatrie*], 69, 128–132.
- Vymětal, J., (1996). *Rogersovská psychoterapie [Rogersianische Psychotherapie]*. Praha: Český Spisovatel.
- Vymětal, J. & Rezková, V. (2001). *Rogersovský přístup k dospělým a dětem [Der Rogers-Ansatz für Erwachsene und Kinder]*. Praha: Portál.

Autor

Ladislav Timulák, PhD, geb. 1971, Psychologe, Ass. Prof. am Institut für Psychologie der Universität Trnava, Slowakei. Arbeitet in freier Praxis und als Trainer in der postgraduellen Psychotherapieausbildung (u. a. im PCA Institut – Ister). Interessensschwerpunkte: Psychotherapieforschung und verschiedene professionelle and ethische Aspekte in den Bereichen psychologische Beratung, Psychologie und Psychotherapie.

Korrespondenzadresse

Institut für Psychologie der philosophischen Fakultät
 Universität Trnava
 Hornopotocna 23
 918 43 Trnava
 Slowakische Republik
 E-Mail: ltimulak@truni.sk

Olga Bondarenko

Die Klientenzentrierte Psychotherapie in Russland: gestern, heute und morgen¹

Der vorliegende Artikel ist ein Versuch, die Situation der Klientenzentrierten Psychotherapie in Russland zu beleuchten. Der Bund Professioneller Psychotherapeuten in Russland veranstaltet seit zehn Jahren den jährlichen internationalen Kongress „Psychotherapie und Beratung“. Das bedeutet, dass es eine spannende und lebendige Entwicklung in der Anwendung der Psychotherapie in Russland gibt. In den Programmen dieser Kongresse scheinen verschiedene psychotherapeutische Schulen auf, aber der Klientenzentrierte Ansatz wurde dabei nie präsentiert. Dies zeigt die tatsächliche gegenwärtige Situation der Klientenzentrierten Psychotherapie in Russland – es fehlt die theoretische Auseinandersetzung und es gibt keine Erfahrungen in der Praxis. Gleichzeitig sind aber die Ideen der Humanistischen Psychologie in Russland sehr verbreitet; in seiner Geschichte, seiner Kultur und in der russischen „Seele“ gibt es deutliche Anklänge an Ideen von Carl Rogers.

Es stellt sich daher die Frage, warum die eigentlich so populären und verbreiteten Einstellungen keinen Niederschlag in der theoretischen Rezeption und in der Praxis der Psychotherapie fanden.

Der historische Hintergrund

In der Rezeption der westlichen Psychotherapien in Russland sind verschiedene Perioden zu unterscheiden. Freuds Lehren wurden schon 1920 in der Sowjetunion publiziert, aber 10 Jahre später durch die Sowjetregierung auch wieder verboten, weil Freuds Ansichten mit denen von Karl Marx, welche in der Sowjetunion als gültig und verbindlich angesehen wurden, unvereinbar waren.

In der Folge wurden alle Ansätze, welche auf dem psychoanalytischen Konzept basierten, in Russland nicht entwickelt, wie dies aber in Europa und in den USA stark der Fall war. Teilweise wurde der Bedarf der Menschen nach Psychotherapie durch Mittel und Methoden der Medizin gedeckt, aber Menschen, welche nicht als geisteskrank galten, sondern „nur“ emotionale persönliche oder soziale Konflikte und Probleme hatten, waren auf die Hilfe von Freunden und Verwandten angewiesen und es gab keine Möglichkeiten für professionelle Beratung oder Therapie.

Ab etwa 1970 drangen jedoch Informationen über moderne westliche Theorien und Methoden der Psychotherapie nach Russland hinein. Es war insofern ein „Eindringen“ als diese Konzepte in den offiziellen Lehrprogrammen der Psychologie an den Universitäten nicht vertreten waren. Das war auch die Zeit, in der ich mein Studium an der Psychologischen Abteilung der Lomonosow Staatsuniversität in Moskau begann. Deutlich erinnere ich mich daran, wie die Informationen über psychotherapeutische Methoden förmlich in der Luft lagen und sich in inoffiziellen Papieren und Arbeitsgruppen niederschlugen. Dieses neue Wissen war wie eine große Entdeckung für uns, denn dadurch öffnete sich das Tor in eine Welt der angewandten Psychologie, welche auch eine Antwort auf die wirklichen Bedürfnisse der Menschen geben kann. Die Informationen kamen vor allem aus Polen, Ostdeutschland und Litauen. Das damals vermittelte Wissen bildete die Grundlage für das rasch ansteigende Interesse an den westlichen psychotherapeutischen Methoden.

In der Gesellschaft Russlands entwickelten sich nach dem Zusammenbruch des totalitären Regimes neue soziale Beziehungen, die offener waren und Entwicklungen nicht mehr so leicht vorhersehen ließen, wie es in den Jahren davor der Fall war. Gleichzeitig damit entstanden aber auch neue Probleme für die Menschen, persönliche, soziale und berufliche, die Abhilfe durch professionelle psychologische Beratung und Therapie benötigt hätten.

1986, nach der Perestroika, kamen viele prominente Psychotherapeuten aus Europa und den USA nach Russland, speziell nach Moskau und St. Petersburg.

Der Besuch von Carl Rogers in Moskau 1986 war das größte Ereignis für die gesamte Gemeinschaft der Psychologen in der Sowjetunion. Alle russischen Psychologen erinnern sich an das Treffen mit ihm als eine große, unvergessliche Erfahrung in ihrem persönlichen und beruflichen Leben. Dies auch deshalb, weil sich die russische Wesensart in den Ideen von Carl Rogers wiederfindet, und die Begegnung damit eröffnete ihnen eine willkommene Perspektive dafür, wie sie sich eine angewandte Praxis der Psychotherapie vorstellen konnten. Vor dem Besuch von Rogers gab es über die Humanistische Psychologie nur ein theoretisches Wissen aus den Büchern. Die Psychologen in Russland hatten die Ideen von der Einzigartigkeit der Person und ihrer Potenziale, von der Kongruenz als Basis von wahrhaftigen Beziehungen ohne Schwierigkeiten

1 Aus dem Englischen übersetzt von Ulf Lukan.

akzeptiert, aber sie hatten bis dahin keine Erfahrung in der Umsetzung dieser Haltungen im Alltag und in einer beratenden und therapeutischen Praxis. Durch den Besuch von Rogers in Russland kam es zu einer Neubewertung der praktischen Anwendbarkeit der Klientenzentrierten Therapie. Der Einfluss, den der Ansatz von Rogers auf die russische Psychologie und Psychotherapie ausübte, liegt aber noch mehr in einer geistigen, moralischen und ideologischen Bestätigung als allein im praktischen Bereich, da dieser Zugang in hohem Maße der russischen Mentalität entspricht und humanistische Traditionen sich seit langer Zeit in der russischen Literatur und Philosophie finden.

Das gegenwärtige Missverstehen der Klientenzentrierten Psychotherapie in Russland

Gegenwärtig existieren noch immer riesige Divergenzen zwischen der Theorie der Klientenzentrierten Psychotherapie und ihrer Rezeption bzw. praktischen Anwendung in Russland. Daraus resultieren folgende Schwierigkeiten und Missverständnisse:

Missverständnisse bezüglich der grundsätzlichen Rogerianischen Auffassung von Empathie, bedingungsloser Wertschätzung und Kongruenz bei russischen Therapeuten.

- Therapeuten setzen in der Beziehung zu Klienten oft Sympathie oder Mitleid anstelle von Empathie ein. Durch ein „schnelles Verstehen“ des Klienten und durch unkritische Beipflichtungen entsteht eine nur oberflächliche Ebene des Gesprächs und der Beziehung bzw. ein empathisches Verstehen kann sich nicht wirklich entwickeln.
- Anstelle von bedingungsloser Wertschätzung zeigen Therapeuten oft Nachgiebigkeit, Fürsorge und unkritisch positive Einschätzung des Klienten. Dadurch kann der Klient seine negativen Gefühle nicht genügend ausdrücken und kommt nur schwer in Kontakt mit sich selbst.
- Die Kongruenz als Haltung des Therapeuten wird nicht verstanden bzw. in der Praxis vernachlässigt. In Folge dessen ist der Therapeut aber mit sich selbst nicht in Kontakt und reflektiert daher auch seine Gefühle und Körperempfindungen in der therapeutischen Beziehung mit dem Klienten nur ungenügend, und auch der therapeutische Prozess als Ganzes kann nicht ausreichend reflektiert werden.

Die falsche Annahme, dass Konfrontationen und Konflikte von einer therapeutischen Beziehung ausgeschlossen seien, und dass der Klientenzentrierte Therapeut während der gesamten Therapie freundlich und höflich zum Klienten sein müsse.

Dadurch ergeben sich künstliche, nicht-lebendige Beziehungen mit dem Klienten und der Klient muss annehmen, dass dies, im Unterschied zum wirklichen Leben, das Wesen einer therapeutischen Beziehung sei.

Manche Therapeuten sind der Meinung, dass die Klientenzentrierte Therapie nur für intelligente und gebildete Menschen geeignet sei, welche der Reflexion ihrer inneren Welt fähig sind. Dadurch schränken sie die Anwendung dieses Ansatzes ein.

Die Fehlannahme, dass der Klientenzentrierte Ansatz zwar am Beginn einer Therapie bzw. für die Herstellung des Kontakts und des Vertrauens produktiv und nützlich sei, nicht aber für die Entwicklung des gesamten therapeutischen Prozesses.

Der Irrtum, dass es für Therapeuten nicht notwendig sei, eine spezielle Ausbildung in Klientenzentrierter Therapie zu machen, um diese an Klienten anzuwenden.

Es wird angenommen, dass diese Therapie sehr einfach in ihrer Anwendung sei, und dass jeder, der sie verwenden will, dies auch ohne spezielles Wissen tun kann. Tatsächlich sind viele russische Therapeuten davon überzeugt, dass sie schon immer Klientenzentrierte Therapie angewandt hätten, ohne dass sie aber je in diesem Zugang eine Ausbildung gemacht hätten.

Es existiert die irrige Meinung, dass die Klientenzentrierte Therapie in der Nähe von religiösen Orientierungen anzusiedeln sei.

Die Meinung, dass die Klientenzentrierte Therapie so sehr in der Persönlichkeit von Rogers wurzeln würde, dass niemand anderer es gleich machen und ähnlich gute Ergebnisse haben könne. Es gäbe keine spezielle, lehrbare klientenzentrierte Technik, sondern die Persönlichkeit von Rogers sei das Hauptinstrument dieser Therapie.

Die Befürchtung vieler Gefahren durch eine vermeintliche passive Haltung und Inaktivität des Therapeuten. Es gäbe keine Anleitungen, Strukturen und Techniken für Krisensituationen, welche aber in der Therapie oft benötigt werden.

Die Situation in Russland zeigt insgesamt also folgendes Bild:

- Es existiert eine große Divergenz zwischen der guten Resonanz auf die Ideen von Rogers in der russischen Mentalität und der Enttäuschung, welche aus dem Versuch der praktischen Anwendung dieser Ideen resultiert.
- Es gibt kein ausreichendes Wissen über die praktische Anwendung der Klientenzentrierten Therapie. Basierend auf einem nur oberflächlichen Verständnis kommen viele Therapeuten zu der Schlussfolgerung, dass die Praxis der Klientenzentrierte Therapie nicht wirklich produktiv sei und daher in der Psychotherapie in Russland keine Verbreitung finden kann.
- Es gibt kein genaues Wissen über neuere Tendenzen und Aspekte der Entwicklung in der Klientenzentrierten Therapie.
- Es gibt keine Ausbildungsprogramme für Klientenzentrierte Psychotherapie in Russland.

Der Beginn einer Zukunft

Ein bis zum heutigen Tage herausragendes Ereignis für die Gemeinschaft der russischen Psychotherapeuten ist der Beginn der Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie in Russland, nach Standards, die denen von Ausbildungen in Europa entsprechen. Durch eine Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gesellschaft für wissenschaftliche, klientenzentrierte Psychotherapie und personenzentrierte Gesprächsführung (ÖGwG) wurde im November 2000 in Moskau ein Langzeit-Ausbildungsprogramm begonnen, welches noch immer im Gang ist. Professionelle österreichische Therapeuten² sind Leiter dieser Ausbildung für russische Psychologen. Das Ausbildungsprogramm beinhaltet die Theorie und Praxeologie der Klientenzentrierten Psychotherapie, Gruppenselbsterfahrung, Eignentherapie, Praxis und Supervision. Im gegenwärtigen Russland ist dies etwas gänzlich Einzigartiges und die erste Erfahrung mit einem Ausbildungsprogramm in Klientenzentrierter Psychotherapie.

Persönliche Eindrücke aus dieser Ausbildung

Als ein Mitglied dieser russischen Gruppe konnte ich während der bisherigen Ausbildung folgende, für mich bemerkenswerte Erfahrungen machen:

- Eine große Überraschung für mich war die Erfahrung, dass die Klientenzentrierte Psychotherapie in Österreich, dem Mutterland der Psychoanalyse, so stark verbreitet ist.
- Die Klientenzentrierte Psychotherapie hat sich weltweit inzwischen intensiv in verschiedene Richtungen weiterentwickelt, wobei auch speziell klinische Aspekte jeweils einbezogen werden.
- In die Klientenzentrierte Psychotherapie sind auch Ideen aus unterschiedlichen psychotherapeutischen Ansätzen eingeflossen, ohne dass dabei die eigene Identität verloren gegangen wäre. Sie erscheint mir als eine Methode, welche mit ihren eigenen Wurzeln, ihrer Geschichte und Entwicklung, ihren Prinzipien und Grundpositionen, doch auch wichtiges klassisches und modernes Wissen von anderen therapeutischen Ansätzen teilweise integriert hat.
- Bezüglich des Prozesses in der Klientenzentrierten Psychotherapie war es für mich überraschend festzustellen, dass der Therapeut Konfrontationen und produktive Konflikte wirkungsvoll und nutzbringend für den Klienten einsetzen kann.
- Die Grundzüge eines tieferen und differenzierteren Verständnisses für das Wesentliche in den entscheidenden Variablen, der Empathie, der bedingungslosen Wertschätzung und der Kongruenz. Hervorheben möchte ich hier das Konzept einer hermeneutischen Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie, in der

durch das zusätzliche Verständnis für den biographischen Kontext des Klienten sowie durch „mitfühlendes (klinisches) Wissen“ ein tieferes Verständnis für dessen Inkongruenzen ermöglicht wird. Dies verhilft zu einer Akzeptanz dessen, worauf bislang noch nicht mit positiver Wertschätzung reagiert werden kann. Wolfgang Keil (1996) hat speziell den Wert des Nicht-Akzeptierten und Nicht-empathisch-Verstandenen betont – als Schlüssel zu einem hermeneutischen Verständnis von Ursprung und Bedeutung der Inkongruenzen des Klienten und damit als Spur zum Authentisch-Subjektiven.

Durch diesen zweiten Anlauf in der Rezeption der Klientenzentrierten Psychotherapie in Russland, der über eine emotionale positive Reaktion hinausgeht und eine tiefergehende Rezeption der Theorie und Praxis darstellt, entsteht zur Zeit eine neue und erstmals eine russische Generation von ausgebildeten Klientenzentrierten Psychotherapeuten, welche die zukünftige Basis dieser Therapie in Russland darstellen wird.

Literatur

- Keil, W. W. (1996). Hermeneutic empathy in client-centered therapy. In U. Esser, H. Pabst & G.-W. Speierer (eds.), *The power of the person-centered approach* (p. 65–80). Köln: GwG.
- Kote, M. & Liders, A. G. (Hrsg.) (1998). Vlijanie covremennoi amerikankoi psichologii na prakticheskiju psichologiju v Rossii [Der Einfluss der modernen amerikanischen Psychologie auf die praktische Psychologie in Russland. Gesammelte Interviews mit russischen Psychotherapeuten]. *Jurnal prakticheskogo psihologa [Journal für Praktische Psychologie]*. 1998, Moskau, 220. (Nur in Russisch)

Autorin

Olga Bondarenko, 1954, Ass. Prof. für Psychologie an der Nizhniy Novgorod Staatsuniversität, absolvierte eine Ausbildung in Person-Centered Expressive Art Therapy bei Natalie Rogers und entwickelte ein Trainingsprogramm für Studenten in personenzentrierter Beratung, welches sie auch 2002 am Carl R. Rogers Symposium in La Jolla vorstellte. Zur Zeit nimmt sie an einem Forschungsprogramm am Department of Counseling/Human and Organisational Studies an der George Washington Universität in den USA teil.

Korrespondenzadresse

*Dr. Olga Bondarenko
Nevzorovih 82–19
603024 Nizhniy Novgorod, Russland
E-Mail: boolga2003@yahoo.com*

2 Dr. Norbert Stölzl, Edwin Benko, Dr. Ulf Lukan, Dr. Christoph Fischer, Dr. Joachim Sauer, Lore Korbei, Mag. Wolfgang Keil, Dr. Hiltrud Gruber, Ilse Papula und Dr. Helmut Schwanzar.

Sonja Kinigadner

Klientenzentrierte Therapie-Ausbildung in Rumänien

Bericht über ein Projekt der ÖGwG¹

Rumänien, das ist das Land, das man bei uns in Österreich mit dem Plakat mit dem verwahten Straßenkind in Verbindung bringt, das man von Spendenaktionen für Waisenkinder, von Überschwemmungen im Donauebiet kennt, und vom Antrag auf Mitgliedschaft in der EU mit einer Rückstellung bis 2007, weil die Aufnahmekriterien vorher nicht erreicht werden können. Weiter entfernt denkt man an Deutsche in Siebenbürgen, Rumänien nahe der Habsburgermonarchie, Bukarest als Paris des Ostens und die weltberühmten Klöster. Dass es dort eine interessante Psychotherapieszene geben könnte, hätte vor 1997 wohl niemand von uns in Erwägung gezogen.

Die ersten Kontakte, die in der Folge zu unserem Ausbildungsprojekt führten, hatten rumänische Fachleute aus dem psychosozialen Bereich mit einer österreichischen Kollegin², die nach der Wende im Rahmen von Managementtrainings öfter in Rumänien zu tun hatte. Die Idee eines derartigen bilateralen Projekts war schon vorgegeben durch analoge Aktivitäten der ÖGwG und vieler anderer österreichischer Psychotherapievereine in der Ukraine (vgl. Keil, 2001) und durch den Kontakt mit Repräsentanten osteuropäischer Verbände bei den Weltkongressen für Psychotherapie in Wien.

Die Konkretisierung des Projekts in Rumänien war zunächst jedoch ziemlich schwierig. Unerwartet langsam formierte sich die Gruppe der Ausbildungs-Interessenten, zögerlich („da wird nichts draus“) begannen die ersten organisatorischen Schritte. Erst Ende August 1999 packten die ersten beiden Trainerinnen ihre Koffer für die Reise hinter den (nicht mehr eisernen) Vorhang. Die Bezahlung des Fluges, der Nächtigung und des Essens sollte Beitrag der Rumänen sein, darüber hinaus arbeiteten die Trainerinnen und Trainer ohne Honorar, ähnlich wie auch in den anderen Ländern³. Aufgrund der Gerüchte über das Land ließen die ersten Trainerinnen die teuren Kostüme zuhause und brachten statt dessen Flipchart-Papier, Schreiber und jede Menge Artikel-Kopien mit.

In englisch. Alle sollten diese Sprache gut sprechen, manche auch deutsch, eine Übersetzung von Muttersprache in Muttersprache schien nicht notwendig und auch zu teuer. Der Empfang am Flughafen (es saßen nicht die verwahten Kinder von den Plakaten herum) war herzlich, ein bildschöner Mann und eine bildschöne Frau nahmen die Österreicherinnen an der Hand zur Fahrt durch die Stadt: Wechselnde Szenerie vom Anblick monumentaler Triumphportale, Villen und Avenues hinein in die Nachkriegszeit (so wie wir sie von den Bildern oder vom Bahnhof Landstraße in Wien kennen), zurück zum Glaspalast einer Bank und vorbei an Marktständen, wo deutlich verarmte und auch potentere Bauern Gemüse, Blumen und Früchte anboten und Kinder vor der Bäckerei die Hand hinhielten. In der unglaublich schönen und verwahten Altstadt im dritten Stock die geräumige Wohnung mit leerem Kühlschrank (am Morgen stolpern die zwei Trainerinnen über einen Nachtschläfer neben dem Eingang).

Das Seminar findet im Psychiatrischen Krankenhaus statt. Niemand würde dem Gebäude ansehen, dass dort Leute gesund werden können. Drinnen haben Künstler die Hand angelegt und alles verschönert. Man sitzt auf rotem Samt und die Trainerinnen sind underdressed: Alle Gruppenmitglieder sind schick gekleidet (wer in Rumänien kann, der gibt sein letztes Geld für Outfit aus), sehr belesen in Belletristik und Philosophie und ausgestattet mit einer enormen Lernbegierde. Flipchart-Papier und Fotokopien sind erhältlich, es dauert nur ein bisschen.

Die Woche verläuft gut, alles was man anbietet, fällt wie Regen auf trockenen Boden, eine Erholung gegenüber den Ausbildungen in Österreich, auch etwas, was skeptisch macht. Am Ende des Trainings wird das Geld für die Flugtickets übergeben: In 10-Euro-Scheinen, so als ob die Sparschweine geplündert worden wären. Ein Psychologe oder eine Psychiaterin verdienen in Rumänien 150 Euro im Monat.

Inzwischen (Frühjahr 2004) ist die Ausbildung beinahe abgeschlossen, intensive Kontakte konnten sich entwickeln, viel wurde vermittelt und gelernt. Rumänien und seine Menschen haben tief empfundene Konturen bekommen, auch daran zu merken, dass alle Ausbilderinnen und Ausbilder sich mindestens zweimal für einen Ausbildungsblock zur Verfügung stellten. Und auch die Herbeite von Bukarest lockerte sich: „Es ist schön, durch die Innenstadt zu gehen, die Antiquariate zu besuchen, in einem schönen alten Hof

1 Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche, klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung.

2 Dr. Ilse Schneider, Klinische Psychologin und Klientenzentrierte Psychotherapeutin in Wien, hat dem Lehrpersonal der ÖGwG die Entwicklung eines Ausbildungsprojekts in Rumänien nahe gebracht.

3 Bei den Ausbildungsprojekten der ÖGwG in der Ukraine und in Moskau (vgl. zu Letzterem den Bericht von Norbert Stölzl in diesem Heft).

Bier zu trinken und so auch sehr schöne Seiten von Bukarest zu erleben“ meint etwa Lore Korbei⁴.

Geschichtlicher und politischer Hintergrund Rumäniens

Rumänien ist Teil der ältesten Kulturlandschaften Europas: Schon vor 100.000 Jahren besiedelten nachweislich Menschen den Donauraum, ab 6000 v. Chr. kamen Indoeuropäer ins Gebiet, ab 29 v. Chr. gerieten die Bewohner, vornehmlich Geto-Daker, die bereits einige Städte gegründet hatten, unter die Herrschaft der Römer. Nach der Teilung des Römischen Reiches 395 n. Chr. lag das heutige rumänische Staatsgebiet im Einflussbereich der byzantinisch-orthodoxen Kirche. Hunnen und Slawen drangen im 6. Jh. vor, Magyaren ab 1000 n. Chr. Ab diesem Zeitpunkt spricht man auch von der Gruppe der Rumänen. Kurz nach der Entstehung und Einigung der beiden Kleinstaaten Walachei und Moldau Mitte des 14. Jh. gerät das Gebiet unter Osmanische Herrschaft. Mit Hilfe der Habsburger gelingt die Befreiung, dafür geht die Kleine Walachei an die Habsburger, die Siebenbürger Deutschen werden angesiedelt. Es folgen lange Machtkämpfe zwischen Habsburgern, Russen und Türken. 1859 werden die einzelnen Landesteile unter dem Namen Rumänien und mit Bukarest als Hauptstadt geeint. 1920 hat Rumänien seine größte Ausdehnung: Walachei, Moldau, Dobrudscha, Transsilvanien mit Banat, Maramuresch, Bukowina und Bessarabien gehören zum Staatsgebiet. Rumänien war Teil der siegreichen Entente. Eine böse Geschichte beginnt 1938 mit einer Königsdiktatur, ab 1941 fortgesetzt durch die Militärdiktatur Antonescus und mit nationalistischen Minderheitenverfolgungen gegen Roma und Juden: 100.000 Menschen sterben. Der prodeutsche Kurs wird zugunsten eines prosovjatischen aufgegeben, Rumänien fällt unter den Einfluss der Sowjetunion und muss enorme Reparationszahlungen leisten. Es bleibt aber innerhalb der Warschauer-Pakt-Staaten blockfrei. Ceaușescu übernimmt die Macht und führt einen perfekten Überwachungsstaat ein, lässt Dörfer zerstören und Prestigeobjekte wie das Haus des Volkes bauen, während das Land hungert. Ihm ist die unendliche Armut und Verwahrlosung des Landes zu verdanken. Mit der allgemeinen Umwälzung in den Ostblockstaaten kommt auch Ceaușescu zu Fall und wird gemeinsam mit seiner Frau hingerichtet. Iliescu wird gewählt, seine Politik ist zunächst ähnlich unterdrückend wie die seines Vorgängers, erst jetzt im dritten Anlauf und nach einer zeitweiligen erschreckenden Zunahme nationalistischer Kräfte gelingt eine Reformpolitik mit zaghaftem Erfolg. Rumänien ist nun Beitrittskandidat für die Europäische Union.

4 Vom Lehrpersonal und weiteren ÖGwG-Mitgliedern haben in Rumänien mitgearbeitet: Crista Gutmann, Renate Hensle, Sonja Kinigadner, Kuno Klein, Hildegard Köhler, Lore Korbei, Thomas Rudolph, Jochen Sauer, Hans Wolschlagler, Elisabeth Zinschitz; Koordinatorin des Projekts ist Sonja Kinigadner

Organisation und Teilnehmer der Ausbildung

Die hier beschriebene Ausbildung ist eine Kooperation zwischen der Romanian Association of Psychotherapy, deren Präsidentin Ileana Botezat Teilnehmerin der Ausbildung ist, und der ÖGwG. In Österreich gibt es eine Projektleiterin, in Rumänien ebenfalls, allerdings in wechselnder Besetzung. Die Organisation läuft über E-Mail.

Innerhalb von fünf Jahren finden zweimal jährlich fünftägige Trainings statt, geleitet von jeweils zwei Mitgliedern des Lehrpersonals der ÖGwG. Im Sommer 2003 reisten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in zwei Gruppen für Supervision, Selbsterfahrung und theoretische Fortbildung nach Österreich. Dieses Service samt den Kosten für die Unterbringung wurde ebenfalls von Mitgliedern des Lehrpersonals der ÖGwG getragen. Alle Ausbilderinnen und Ausbilder stellten sich somit für zwei Trainingswochen und z. T. zusätzlich für die Supervisionswoche zur Verfügung. So wurde die gesamte Ausbildung im Rahmen der ÖGwG abgewickelt, allerdings haben auch Trainer und Trainerinnen der schweizerischen und deutschen Schwestergesellschaften ihre Unterstützung angeboten.

Die Gruppe der Ausbildungskandidaten stabilisierte sich erst ab dem 3. Trainingsblock. Seither nehmen 14 Personen am Training teil, alle aus der Berufsgruppe der Psychiater und Psychologinnen. Der Großteil der „älteren“ Trainees ist in 2–3 Berufen gleichzeitig engagiert, da das Einkommen aus einer Anstellung kaum ausreicht, die Lebenshaltungskosten zu decken, wie z. B. Rodicka Schrevel schreibt: „I work in my private practice. When I worked in the psychiatric hospital as psychiatrist I had neither time nor payment for this sort of activity.“

Viele der Gruppenmitglieder betreiben also eine private Praxis, zwei sind Leiter eines Medical Care Centers, zwei Frauen arbeiten im Gefängnis. Ein junger Psychologe ist auch im Sportbereich tätig, mit Jugendlichen haben zwei weitere Gruppenmitglieder zu tun. Eine Psychologin arbeitet mit Personen mit neuromotorischen Behinderungen und in einem angeschlossenen Kindergarten für geistig behinderte Kinder.

Die Ausbildungsinhalte

Inhaltlich folgten die Trainings in etwa dem Ablauf der Ausbildung in Österreich. Da alle Ausbildungskandidaten in einschlägigen Berufen arbeiten und zum Teil in anderen Psychotherapierichtungen Vorbildung hatten, wurden die Inhalte verdichtet und weit rascher als in Österreich „Handwerkszeug“ vermittelt, wenn auch in den ersten Trainings die Selbsterfahrung und Selbstreflexion im Vordergrund standen. Es war deutlich zu bemerken, dass das Mitteilen und Reflektieren der Selbsterfahrungen in einer fremden Sprache seine Grenzen hat.

Die Themen der Ausbildungsblöcke waren in etwa die folgenden:

Training 1: Kennenlernen, Auseinandersetzung mit den Glaubenssätzen über die Personzentrierte Psychotherapie inklusive Selbsterfahrung darüber, Bearbeitung basaler Texte von Rogers, Arbeitsgruppenbildung, Ausbildungsvertrag.

Training 2: Selbsterfahrung in Bezug auf das eigene Gewordensein und den familiären Hintergrund, erneute Gruppenbildung, da einige Teilnehmer ausgeschieden und neue hinzugekommen waren.

Training 3: Therapiebeginn, Erstgespräch, Diagnostik.

Training 4: Personzentrierte Entwicklungspsychologie und Krankheitslehre; – Autonomie und Beziehung; Empathie und Kongruenz; Unterscheidung von Interventionen aus der Kongruenz heraus zu Interventionen aus der Inkongruenz, Interventionen aus dem Erfahrungsbestand.

Training 5: Entwicklungspsychologie, Focusing, Übungsgespräche mit dem Schwerpunkt auf „saying-back“, Gruppenkohäsionsübungen und Supervision.

Training 6: Krankheits- und Störungslehre.

Training 7: Diagnosestellung: Formen der psychischen Störungen und störungsspezifische Therapieplanung und spezifische Interventionen, Präsenz als therapeutische Haltung, Krisenintervention, Supervision.

Training 8: Fortsetzung der Themen von Training 7, Supervision.

Training 9: Psychiatrie: Psychose, Schizophrenie, Prä-Therapie, Gruppenarbeit, Supervision, sehr viel Austausch über die Praxis und die Arbeit mit den diversen Klienten und Arbeitsfeldern (Gruppentherapie im Gefängnis, im ambulanten Bereich usw.).

Training 10: (Mai 2004) Abschluss.

Unterschiede zu den Ausbildungen in Österreich

Die Unterschiede zwischen den Ausbildungen in Rumänien und in Österreich kann man

1. unter einem strukturellen Gesichtspunkt sehen: was den Unterschied in der Organisation und in den Bedingungen ausmacht, unter denen die Ausbildung abgehalten wird und
2. an den kulturellen Verschiedenheiten der Menschen hier und dort festmachen.

Der Unterschied in der Organisation und seine Auswirkungen

Unentgeltlichkeit

Flüge und Spesen der Ausbildung in Rumänien werden bezahlt, unentgeltlich sind die Seminare selbst und die mitgebrachten Materialien. Wie auch bei den anderen Ausbildungen in Osteuropa lässt dies leicht die Balance verrutschen in Richtung Bittsteller und großzügige Spender, erfordert immer wieder eine Reflexion von Anspruch (was dürfen sich die Rumäninnen an Anspruch erlauben

dafür, dass sie nichts zahlen?) und Investment (was an Entgegenkommen und immaterieller Versorgung erwartet man sich als Trainer zum Ausgleich?).

Sprache

Im Gegensatz zu den Ausbildungen in der Ukraine und in Moskau gab es keine professionelle Übersetzung. Die Seminarsprache war und ist englisch. Für einige Trainer und einige Gruppenmitglieder wurde von anderen Gruppenmitgliedern übersetzt, die meisten verstehen jedoch ausreichend englisch. Der Vorteil des Arbeitens ohne Übersetzerin ist die größere Unmittelbarkeit und raschere Abwicklung von Dialogen. Der Nachteil liegt natürlich darin, dass es schwierig ist, sich in einer fremden Sprache über sehr persönliche Themen, die normalerweise in der Muttersprache repräsentiert sind, unterhalten zu müssen. Hans Wolschlagel sieht die bessere sprachliche Verständigung darin, dass sich in der Muttersprache viele Aspekte allein schon aus der Ausdrucksweise ergeben und damit eine viel differenziertere Bearbeitung der Fälle möglich wird.

Fremdheit der TrainerInnen vor Ort

Üblicherweise werden in Österreich Seminarort und Wohngelegenheit von den Trainerinnen ausgesucht, um eine gewisse territoriale Souveränität und Bequemlichkeit während der fordernden Seminarzeiten zu haben. In Bukarest sind es die Ausbildungskandidatinnen, die wissen, wie man zu einem U-Bahnticket kommt, welches öffentliche Verkehrsmittel zum Seminarort führen würde, die die Trainerinnen mit dem Auto abholen und wieder heimbringen und sagen können, wo man zu Milch und Brot kommt. Elisabeth Zinsschitz beschreibt dies mit eigenen Worten: „Die Trainer sind mehr angewiesen auf die Ausbildungsteilnehmer, da sie von ihnen untergebracht werden, sich in Bukarest nicht auskennen und (auf sie) als Dolmetsch angewiesen sind.“

Geringere Kontinuität

Zwei Ausbildungswochen im Jahr, der Kontakt eines jeden Trainerpaars mit der Gruppe nur einmal alle 2 Jahre, dichter wird es nicht. Lore Korbei vermerkt: „Bei uns haben wir mehr Ausbildungszeit und ich habe in Lemberg, Moskau und Bukarest sehr oft das Gefühl, mich beeilen zu müssen und noch ganz schnell bestimmte Themen unterbringen zu müssen“. Rasch werden Ausbildungsinhalte vermittelt, Kompaktseminare mit verdichteten theoretischen Inputs fehlen, persönliche Inhalte, die durch die Ausbildung auftauchen bzw. die Reflexion darüber, müssen mindestens ein halbes Jahr warten und dann mit neuen Trainern besprochen werden. Speziell zu Beginn waren Bindung und Verbindlichkeit gestört, was z. B. in der Vernachlässigung der Berichterstattung über die Regionalgruppenarbeit zu bemerken war. Andererseits entwickelt die Gruppe dadurch auch eine hohe Eigenständigkeit. Erschwerend war natürlich der Mangel an erfahrenen Lehrtherapeuten und Supervisoren im Land selbst.

Lehrtherapie und Supervision

Ein wirkliches Problem ist die Lehrtherapie, denn trotz der großzügigen Regelung, die Eigenterapie auch bei Psychotherapeuten anderer Richtungen machen zu können, konnten nicht alle Gruppenmitglieder zu einer Lehrtherapie kommen. Hans Wohlschlager meint, dass darüber hinaus auch die Auseinandersetzung mit der Praxis und vor allem die Supervision im Gegensatz zu Österreich viel zu kurz kommen.

Der kulturelle Unterschied und seine Auswirkungen

Freundlichkeit und Gastfreundschaft

„Mir kommt vor, dass die Leute außerordentlich zuvorkommend sind, was mich manchmal an ihrer Kongruenz zweifeln lässt.“ Damit drückt Elisabeth Zinschitz wohl die Erfahrung aller Trainerinnen und Trainer aus. Lore Korbei charakterisiert einen anderen Aspekt dabei: „Mir kommt es immer so vor, als ob bei uns die Menschen blasierter und desinteressierter wären.“

Engagement

Alle Trainerinnen und Trainer waren vom großen Engagement der Teilnehmer trotz aller ihrer Schwierigkeiten (Geldmangel, Traumata, mangelhafte Akzeptanz in der Bevölkerung, wirtschaftliche Bedingungen) äußerst beeindruckt. Hans Wolschlager hat es so ausgedrückt: „Die Gruppe ist sehr motiviert und lernbedürftig, sie unternehmen sehr viel, um sich z. B. Supervision zu holen.“ Das betrifft m. E. auch die Lernkultur: So sehr ich Kritikfähigkeit schätze, ist es doch auch wohltuend, etwas vermitteln zu können, das einfach einmal interessiert und mit offenem Geist aufgenommen wird. Man könnte sagen, das „Ich-lass-mir-nicht-alles-Erzählen“ und das Selbstständigkeitsstreben stehen in Rumänien nicht so im Vordergrund wie bei uns.

Schwere Arbeit

Die Bedingungen, unter denen die Ausbildungsteilnehmerinnen in ihren Jobs arbeiten, sind unvergleichlich schwieriger als in Österreich: Schlechte Ausstattung, kaum Geld und von den Umweltbedingungen sehr viel schwerer traumatisierte Menschen als das heute noch in Österreich möglich wäre. Für Lore Korbei und Jochen Sauer wurde ein Besuch in einem Psychiatrischen Krankenhaus organisiert, der beiden eindrücklich in Erinnerung geblieben ist: „Großartig fand ich den Nachmittag, den sie in Ninis Krankenhaus gestaltet haben – vor allem den Ernst, die Bemühung und auch die Schwere ihrer Fälle.“

Authentizität und Vorsicht

Alle Trainerinnen und Trainer bemerkten die große Vorsicht im authentischen Sich-Präsentieren, wie z. B. Elisabeth Zinschitz kommentiert: „Allerdings ist das Sich-Zeigen in Bukarest, glaube

ich, belasteter durch die jahrelange Einübung in ein Sich-nicht-Zeigen.“ Ähnlich urteilt Lore Korbei: „Ich glaube, dass in Österreich insgesamt doch weniger Angst herrscht, sich selbst zu zeigen. Bei uns gibt es Angst in Bezug auf das Selbstkonzept, in Rumänien aber mehr existenzielle Angst aufgrund des Traumas der gesamten Bevölkerung.“

Motive und Resonanz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Als ursprünglichen Grund, ein derartiges finanzielles wie auch zeitliches Abenteuer einzugehen, um zu einer Ausbildung zu kommen, geben die Teilnehmer ähnliche Gründe an, wie sie auch Österreicher erwähnen würden:

- „After working for over 20 years in a clinical setting mainly with psychotropic medication I felt the need to communicate with my patients by psychotherapeutic methods. Client-centered psychotherapy is a method I appreciate and that I feel comfortable with.“
- „The main reason to start client-centred psychotherapy training was that before I began my studies in the psychological field, my goal was to be a psychotherapist and to have my own cabinet.“
- „The reason to start the training in person-centered psychotherapy: first, I was attracted by the group’s open and friendly atmosphere and after that, slowly, by the humanistic values of person-centered therapy. Now in the fifth year of our formation my experience from the beginning onwards has helped me to understand better how it works.“
- „Understanding a person in their environment, their mind and body; understanding how the psychotherapy process works in groups.“
- „Because I did counseling for prisoners and it was my need to be more or to make another step.“
- „To have an alternative for work in prison.“
- „I think that psychotherapy is the best part of psychology.“
- „The original reason to start the training was my personal need for development, but also for professional improvement. Before I started client-centered psychotherapy I offered counseling for a few people. There were moments when I didn’t understand them and from that moment I began to wish to stop working with them. Now my attitude has changed entirely, so that I find solutions for their problems. I’m more relaxed in my professional relationship with my colleagues and clients.“
- „The wish to become a psychotherapist has its roots in my childhood, that I spent in the countryside. The family model was a patriarchal one and although the relationships in my family were more flexible, generally women were those who had to endure all the difficulties and the injustice. Sadness and

frustration coming from those circumstances provoked anxiety and resentments. I opposed this, searching for answers in religion and philosophy. Just on the summit of the communist era psychotherapy began to emerge. I became a psychiatrist. Some of my patients choose me among other fellows having the courage to open their souls in front of me. This is how the idea of becoming a psychotherapist was born.“

Den Einfluss, den die Ausbildung auf ihr professionelles Leben genommen hat, beschreiben die Teilnehmerinnen etwa in den folgenden Schwerpunkten

- Anreicherung der professionellen Behandlungsmöglichkeiten, ähnlich, wie dies auch von österreichischen Ärztinnen, die zu einer somatischen Behandlungsform eine psychotherapeutische hinzufügen, beschrieben werden könnte.
„I have nowadays more persons in psychotherapy than in psychiatric treatment based on medication. Practicing psychotherapy gives me such a satisfaction that I permit myself to have less clients with whom I have more time to work with than in the past when every day I had more than 50 patients passing by in routine.“
- Grundlegung einer selbständigen psychotherapeutischen Arbeit:
„I started working as private psychologist, in a private clinic, and now, I'm at my own.
I tried to use this client-centered knowledge in verbal therapy.“
- Erweiterung des therapeutischen Handlungsspektrums:
„Accepting psychotherapy clients from a larger spectrum of disorders or life-crises (than psychoanalytical psychotherapy—my previous training). I began to work with 2 groups (female and minors) and with 2 prisoners in individual client-centered therapy.“

Als zusätzlichen Gewinn der Ausbildung für das persönliche Leben sehen die rumänischen Teilnehmerinnen

- Die Bereicherung durch die persönliche Entwicklung:
„The training in psychotherapy also has had a positive impact on myself in my personal development.“
„This client-centered psychotherapy training changes my inner life too.“
„Person-centered therapy seems to be for me a new and precious tool in my work and ... why not, in my personal life“.
„I am sure that I am at the beginning of a long road. The vehicle has just started and I have to go through many things until I will be able to performe as a good therapist. Nevertheless I am convinced that I found 'the way' and that a self-educating process has started wich has been developing from one day to another.

This process had been stopped even when my interaction with people was interrupted by a difficult pregnancy.“

- Die Bereicherung der rumänischen Fachliteratur:
„It will be an advantageous to translate and publish a synthetic text (book) of person-centered therapy into Romanian.“

Rumänien wird, wenn die Ausbildung abgeschlossen ist, eine „Rumänische Gesellschaft für Klientenzentrierte Psychotherapie“ bekommen, getragen durch eine sehr engagierte Gruppe von Psychotherapeuten. Die österreichischen Trainer und Trainerinnen werden mehr über dieses Land und vor allem auch über die Rumänen wissen und es nicht mehr bloß mit dem Plakat mit dem Straßenkind assoziieren. Und das ist wohl auch der persönliche Gewinn bei diesen Ausbildungen in Osteuropa: Eine sehr persönliche Begegnung mit Menschen zu haben, die vor 1989 gar nicht möglich war, und die auch ein touristischer Besuch nicht erbringen könnte.

Literatur

Keil, W. W. (2001). Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie der ÖGwG in der Ukraine 1994–1999. *PERSON 5*, (1), S. 65–73.

Autorin

Dr. Sonja Kinigadner, Personzentrierte und systemische Psychotherapeutin seit 1978, Mitglied des Lehrpersonals der ÖGwG, tätig in eigener Praxis in Wien und Koordinatorin der Good-Will-Ausbildung in Rumänien.

Korrespondenzadresse

*Dr. Sonja Kinigadner
Anton-Krieger-Gasse 140
1230 Wien
E-Mail: kinigadner@onemail.at*

Norbert Stölzl, Galina Pokhmelkina, Edwin Benko

Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie der ÖGwG¹ in Moskau 2000 bis 2005

Die Vorgeschichte des Projekts

Nach den positiven Erfahrungen mit dem Verlauf der umfassenden Psychotherapie-Ausbildung in der Ukraine (vgl. dazu Keil, 2001) entschloss sich der ÖBVP² 1997 unter Federführung des damaligen Präsidenten Alfred Pritz³, ein ähnliches Projekt in Russland zu initiieren. Bei diesem Projekt war an eine enge Zusammenarbeit mit der „Russischen Professionellen Psychotherapeutischen Liga“ (RPPL) gedacht. Die ÖGwG wurde zur Mitarbeit bezüglich der Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie eingeladen und griff diese Einladung auf.

Ähnlich wie in der Ukraine hat man auch in Russland daran gedacht, eine Ausbildung in verschiedenen psychotherapeutischen Schulen durchzuführen. Dazu gehörten Psychoanalyse, Gruppenpsychoanalyse, Klientenzentrierte Psychotherapie, Psychodrama, Systemische (Familien-) Therapie u. a. Die Ausbildung sollte in Wochenblöcken zwei- bis dreimal pro Jahr für die Dauer von 5 Jahren stattfinden. Das sollte eine Gesamtstundenzahl von mindestens 500 Ausbildungsstunden ergeben. Grundsätzlich wurden nur Vereinigungen zur Durchführung der Ausbildung eingeladen, die in Österreich Ausbildungen gemäß dem Psychotherapiegesetz durchführen. Nach Möglichkeit der Ausbildungsanbieter sollten die einzelnen Workshops von jeweils zwei Ausbilderinnen bzw. Ausbildern geleitet werden. Diese sollten wie in der Ukraine auch in Russland kostenlos, gegen Spesenersatz, arbeiten. (Dieses Thema wurde übrigens später in unserer Ausbildungsgruppe immer wieder thematisiert. Eine für alle zufriedenstellende Lösung konnte dabei nicht erreicht werden.)

Der Kongress 1999 der RPPL in Moskau

Im Sommer 1999 wurde die ÖGwG – wie viele andere Ausbildungsvereine auch – über den Europäischen Verband für Psychotherapie zur Teilnahme am Kongress der RPPL „Psychotherapie und Beratung“ in Moskau eingeladen. Drei Vertreter unserer Gesellschaft⁴ nahmen

daran teil. Bei diesem Kongress sahen wir uns bald mit dem Faktum konfrontiert, dass wir nicht so sehr als Hörende denn als Vortragende eingeladen waren. Nach einigen nächtlichen Vorbereitungsstunden stellten wir die Klientenzentrierte Psychotherapie in ihren Grundzügen und in ihrer speziellen praktischen Ausformung in der ÖGwG dar. Versöhnlicher stimmte uns, dass wir die Möglichkeit hatten, in einem mehrstündigen Workshop ausführlich zu informieren und zu diskutieren. Daran nahmen mit großem Interesse etwa 40 Personen teil. Einige Zeit später erfuhren wir, dass unsere Informationen sehr verschieden aufgenommen und bewertet wurden. Die einen waren von der Darstellung unserer praktischen Arbeit angetan, sie hatten bisher vor allem theoretisch über unseren Ansatz gehört und gelesen. Die anderen sahen sich in ihrer Hoffnung auf neue theoretische Erkenntnisse enttäuscht. Dennoch war die Atmosphäre angenehm und wohlwollend.

Obwohl dies eine Intention des Kongresses war und trotz des großen Interesses der teilnehmenden Personen, ist dort eine konkrete Planung eventueller Ausbildungsschritte im Kontext der RPPL aus verschiedenen Gründen nicht möglich gewesen. Aus organisatorischen, aber auch fachlichen Differenzen zerschlug sich diese Möglichkeit in der Folge. Einzelne Personen wurden jedoch initiativ und lösten die Organisation einer Ausbildung aus dem Rahmen der RPPL heraus.

Das Zentrum für Europäische Ausbildung in Psychotherapie in Moskau

Am Kongress der RPPL nahmen u. a. einige Absolventinnen und Absolventen der Ausbildung in der Ukraine teil, die dort gleichsam das Rüstzeug für die Organisation und die Durchführung von Ausbildungen in Psychotherapie nach den Standards des Europäischen Psychotherapieverbandes „mitbekommen“ hatten. Unter ihnen befand sich auch Frau Galina Pokhmelkina, die beim Kongress in Moskau von Alfred Pritz mit Viktor Makarov, dem Leiter der RPPL, zusammengebracht wurde.

Frau Pokhmelkina hatte sehr klare und konkrete Vorstellungen darüber, wie und mit welchen Personen eine Ausbildung in Psychotherapie erfolgen sollte. Dazu traf sie Vorbereitungen für die Gründung eines „Zentrums für Europäische Ausbildung in Psychotherapie in Moskau“⁵, welches schließlich im Jahre 2001 für einige

1 Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung

2 Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie

3 Alfred Pritz ist mittlerweile President of the World Council for Psychotherapy.

4 Edwin Benko, Christoph Fischer und Norbert Stölzl

Psychotherapieausbildungsprojekte – unter ihnen Klientenzentrierte Therapie, Systemische Familientherapie, Gruppenpsychoanalyse, Existenzanalyse, Psychoorganische Analyse – gegründet wurde.

Nach einiger Zeit trennten sich mehrere Psychotherapierichtungen wieder vom Zentrum. Heute wird im „Zentrum für europäische Ausbildung in Psychotherapie in Moskau“ je eine Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie und in Gruppenpsychoanalyse durchgeführt. Weiters wurden Projekte für Ausbildungen in Mediation und für Supervision und Coaching, die ebenfalls von österreichischen Trainerinnen und Trainern unterstützt werden, ins Leben gerufen.

Das Hauptziel des „Zentrums für europäische Ausbildung in Psychotherapie in Moskau“ ist die Entwicklung von Standards in der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung. Diese sind:

- Verständnis der Psychotherapie als selbständiger Beruf mit selbständigem Ausbildungssystem,
- die Selbsterfahrung als Mittelpunkt der Ausbildung und
- methodenspezifische und praxisorientierte Organisation dieser Ausbildung.

Weiters ist die begleitende Supervision der Kandidatinnen und Kandidaten zu nennen, sowie die Tatsache, dass die meisten Kandidaten bereits eine andere Ausbildung im psychosozialen Bereich abgeschlossen haben und häufig berufliche Erfahrung im psychosozialen Bereich vorweisen können. Das Spezifikum des Zentrums war und ist die für Russland untypisch lange Ausbildung, die kontinuierlich von („westlichen“) Ausländern geleitet und begleitet wird.

Bei der Realisierung der verschiedenen Ausbildungen im „Zentrum für europäische Ausbildung in Psychotherapie in Moskau“ mussten viele Hindernisse überwunden werden. Vor allem entsprach das Zentrum nicht den üblichen russischen Ausbildungsinstitutionen, die von einer ihnen eigenen Hierarchie bestimmt sind. Die Curricula widersprachen hingegen insofern dem Bild einer traditionell-russischen, akademischen Ausbildungsvariante, als sie deren einseitig theoretisch orientierte Schwerpunktsetzung in Frage stellten.

Die Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie

Ein schwieriger Beginn

Beim RPPL-Kongress 1999 hatten wir erste Kontakte mit Galina Pokhmelkina, die sich als Organisatorin der weiteren Planung für eine eventuelle Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie zur Verfügung stellte. Ein in diese Ausbildung einführender Workshop kam jedoch erst nach einer längeren Pause im Herbst 2000 zustande.

Hier erwartete uns⁶ zunächst viel Arbeit, um die Bedingungen, unter welchen eine Psychotherapieausbildung stattfinden kann, abzuklären. U. a. standen wir vor dem Faktum, dass etwa 30 Interessentinnen und Interessenten die Ausbildung beginnen wollten. Nach unserer Konzeption jedoch war eine sinnvolle Arbeit nur mit 16 bis 18 Personen möglich. So machten wir aus diesem ersten Workshop eine Art Auswahlseminar. Da sich einige Teilnehmer dort von vornherein als Supervisoren bzw. als Lehrtherapeuten für die Auszubildenden verstanden, gleichzeitig aber auch die Ausbildungsgruppe mitmachen wollten, hatten wir bereits eine klare Entscheidungshilfe. Die Klärung der Positionen (Lehrtherapeut, Supervisor, Ausbildungskandidat) war nicht ganz einfach und machte auch böses Blut. Schlussendlich aber war klar, dass diese Vermischung eine Ausbildung unmöglich gemacht hätte.

Noch ein weiteres „äußeres Kriterium“ kam uns zu Hilfe, nämlich das Alter der Teilnehmer. Einige der Interessentinnen und Interessenten waren kaum über 20 Jahre alt. Wir setzten das Mindestalter (in Anlehnung an die österreichischen Bestimmungen) mit 24 fest. Schließlich verwendeten wir noch eine geraume Zeit, um auch zu einer Beurteilung der persönlichen Eignung der einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu kommen. Nach all dem hatte sich deren Anzahl bei zwanzig eingependelt.

Zu Ende dieses Workshops war die Stimmung zwar angespannt, aber der Beginn der Ausbildung schien möglich. Ein Zeitplan für die Ausbildungsschritte konnte erstellt werden. Die Ausbildung sollte 5 Jahre dauern. Erste Termine wurden vereinbart.

Phase der Konsolidierung

Eine ernsthafte Schwierigkeit stellte in der Folge die Planung der Ausbildung innerhalb unserer Gesellschaft dar. Um die Einhaltung der Termine gewährleisten zu können, wurden mehrere Trainerpaare zur Mitarbeit eingeladen und auch dafür gewonnen. Der erste Termin im Jahre 2001 konnte jedoch nicht eingehalten werden. Das machte den Start schwierig. Angesichts der problematischen Situation mussten die Trainer des ersten Workshops auch die nächsten beiden Ausbildungswochen übernehmen, die dann im Juni bzw. September 2001 stattfinden konnten.

Dabei waren wir abermals mit einem starken Wechsel der Teilnehmer konfrontiert. Die Gruppengröße hatte sich, nicht zuletzt wegen der aufgetretenen Terminprobleme, auf 16 Personen reduziert, von diesen waren aber nahezu die Hälfte Neuzugänge. Das machte wieder eine Art Auswahl-Einführungseminar notwendig. Dabei traten jedoch keinerlei Probleme mehr auf. In dieser ersten Woche war, neben intensiver Selbsterfahrung in der Gruppe, der Gruppenbildungsprozess ein wesentlicher Schwerpunkt gewesen. Die Ausbildungsgruppe, bestehend aus 15 Personen – Psychologinnen,

5 Zentr Europejskogo Psichoterapewitscheskogo Obrasowanija

6 Norbert Stölzl und Edwin Benko

ein Psychologe und ein Arzt⁷ – im Alter von 28 bis 50 Jahren, die alle schon längere Zeit in ihren Berufen und zum Großteil auch als Therapeutinnen und Therapeuten gearbeitet hatten, konnte nun beginnen, nachhaltig zu arbeiten.

Inhaltliche Planung der Ausbildung

Im Verlaufe der beiden Workshops im Jahr 2001 kam es auch zur Klärung der Frage, wo dieser Lehrgang „beheimatet“ sein kann. Nach vielen Gesprächen mit der Leiterin des „Zentrums für europäische Ausbildung in Psychotherapie in Moskau“ wurde zwischen ÖGWG und Zentrum ein Vertrag geschlossen. Im Sinn dieses Vertrags garantiert die ÖGWG dem Zentrum eine Klientenzentrierte Psychotherapieausbildung gemäß dem Österreichischen Psychotherapiegesetz (Fachspezifikum ohne Propädeutikum). Das Zentrum seinerseits garantiert die Organisation in Moskau (TeilnehmerInnen, Räume, Finanzierung, diverse Erledigungen ...). In der Regel sollten drei Workshops zu je 32 bis 40 Arbeitsstunden pro Jahr durchgeführt werden. Als fachliche und organisatorische Grundlage für das Fachspezifikum wurde die Ausbildungsordnung der ÖGWG herangezogen. Die Absolventinnen und Absolventen dieser Ausbildung sollten ein Zertifikat der ÖGWG erhalten. Der Vertrag wurde in der Lehrpersonalkonferenz der ÖGWG erörtert und auch beschlossen. Die Leitung des Projektes „Klientenzentrierte Psychotherapieausbildung in Moskau“ wurde dabei Norbert Stözl und Edwin Benko übertragen.

Das Ausbildungscurriculum umfasst Selbsterfahrung, Theorie, Supervision, psychotherapeutische Tätigkeit und Praktikum. Organisatorisch wird die Ausbildung als geschlossene Ausbildungsgruppe geführt, in welcher alle Ausbildungsinhalte – außer der individuellen Lehrtherapie – erarbeitet und vermittelt werden.

Am Beginn steht das eigene Erleben, das Gewahrwerden des eigenen Gewordenseins, das Erkennen der eigenen Erlebens- und Handlungsmuster und deren Bedeutung für die eigene Lebensgestaltung. Theoretisch ist hier die gesamte Persönlichkeits- und Therapietheorie zu vermitteln.

Einen weiteren Schwerpunkt bildet die Exploration des eigenen Erlebens im Kontakt mit anderen. Es geht um genaues Zuhören, echte Anteilnahme und Akzeptanz des Anderen; die sorgsame Wahrnehmung der eigenen Resonanz im Kontakt mit anderen. Theoretische Schwerpunkte sind u. a. Entwicklungspsychologie, klientenzentriertes Verständnis von Krankheit und Gesundheit und personenzentrierte Störungslehre.

In einem dritten Teil geht es um die Psychodynamik der therapeutischen Beziehung. Hier handelt es sich sowohl um praktische

Übungen als auch um eine theoretische Auseinandersetzung in den Bereichen Diagnostik, Methodik, Technik und Supervision der Klientenzentrierten Psychotherapie. In diesem Abschnitt ist die Arbeit mit Klienten bereits ein wichtiger Bestandteil.

Der Abschluss ist nach Absolvierung aller Ausbildungsschritte (auch des Praktikums) und dem Verfassen einer schriftlichen Abschlussarbeit möglich.

Der weitere Ausbildungsverlauf

An der Durchführung der gesamten Ausbildung waren und sind noch weitere vier Trainerpaare der ÖGWG beteiligt.⁸ Der Gruppenbildungsprozess nahm noch längere Zeit in Anspruch, zumal es z. T. immer noch einen Wechsel bei den Teilnehmerinnen gab. Nach dem fünften Workshop war dieser Prozess abgeschlossen und die Gruppe hatte sich zu einer funktionierenden Arbeitsgruppe entwickelt.

Sowohl die theoretische Auseinandersetzung als auch die praktische Arbeit (Einüben von Fertigkeiten) hatten und haben ihren Platz. Die Arbeit mit Klienten war und ist nicht für alle so möglich, wie es wünschenswert wäre (Mangel an Klienten z. T. in Folge institutioneller Konflikte). Doch der Großteil der Auszubildenden arbeitet schon mit einer größeren Zahl von Klienten (vor allem in Institutionen). Den meisten KandidatInnen fiel die „Umstellung“ von ihrem zweifelsohne großen theoretischen Wissen in die praktische Arbeit mit den Klienten nicht leicht. Allmählich aber wuchs die Begeisterung an der praktischen Arbeit mit den Klienten.

Das Erspüren der Kraft, die aus der Arbeit mit den von Rogers formulierten „notwendigen und hinreichenden Bedingungen“ für Psychotherapie erwächst, gelingt der so genannten „Russischen Seele“ in ganz besonderer Weise. Das ist auch unsere ganz besondere Freude an der Zusammenarbeit mit diesen Menschen, die uns kulturell gar nicht mehr so nahe stehen.

Schließlich soll noch ein sehr wichtiges und interessantes Thema angesprochen sein: die Sprache. Oft werden wir von unseren Kollegen interessiert gefragt, wie denn das mit der Sprache wohl funktioniert. Kurze Antwort: Es funktioniert großartig! Dies nicht nur deshalb, weil wir in unserer Gruppe eine hervorragende Dolmetscherin⁹ haben, sondern weil das Phänomen des Übersetzens für die Arbeit in der Gruppe äußerst interessant ist. Der gesamte Prozess wird dabei verlangsamt. Das ermöglicht einen sehr sorgfältigen Wahrnehmungsprozess, der über das gesprochene Wort weit hinausgeht. Durch die Verlangsamung der Interaktionen und das nicht unmittelbare Verstehen des gesprochenen Wortes ist ein Hinschauen (Gestik, Ausdruck des Gesichtes, Körperhaltung u. a. m.) und Hinhören, das über das übliche Maß hinausreicht, möglich und erforderlich. So sind beispielsweise die Wahrnehmung des eigenen

7 Elena Babievskaja, Olga Bondarenko (Nischnij Novgorod), Olga Bondarenko (Moskau), Andrej Vjasemschev, Tatjana Evdokimova, Elena Kirilova, Oleg Kisselev, Svetlana Kutukova, Marina Kudrjaschova, Natalja Nekriyova, Olga Rybakova, Irina Salaskova, Okssana Smolkina, Ludmila Travkova, Alika Baidakova.

8 Christoph Fischer und Ulf Lukan, Lore Korbei und Jochen Sauer, Hiltrud Gruber und Wolfgang Keil, Ilse Papula und Helmut Schwanzar.

9 Vera Tscherbakova

Bezugsrahmens und die Wahrnehmung des Bezugsrahmens des Anderen kurzzeitig nicht so sehr durch Worte beeinflusst und abgelenkt. Eine anfängliche Schwierigkeit, nämlich Versuche, die Dolmetscherin aktiv in das Gruppengeschehen hineinzuziehen, konnte einmal durch das Aufzeigen der Dynamik und andererseits durch die professionelle Arbeit der Dolmetscherin hintangehalten werden.

Das Moskauer Ambiente

Abschließend sollte dieser Artikel noch einen kleinen Eindruck von den äußeren Bedingungen, mit denen das österreichische Team bei dieser Ausbildung konfrontiert ist, vermitteln. Übereinstimmend haben wir erlebt, dass Moskau wirklich eine Stadt „wie keine andere“ ist.

Als wir vor nunmehr fünf Jahren mit unserer Tätigkeit in Moskau begonnen haben, war noch vieles anders, als es heute ist. Die Entwicklung dieser Stadt vollzog sich vor unseren Augen. Gerade deshalb, weil wir immer nur für ein paar Tage in dieser Stadt verweilten und diese Metropole dann immer wieder sich selbst überlassen mussten, haben wir ihre Entwicklung wohl besonders bewusst erlebt, beziehungsweise sind wir von ihr, dieser Stadt, mit jedem Zurückkommen neu überrascht worden. Der Stadtkern Moskaus wird nicht umsonst als Paris der östlichen Welt bezeichnet.

Tatsächlich vor Ort zu sein, den Kreml zu besichtigen, den Roten Platz zu beschreiten, bedeutende Museen zu besichtigen, im Bolschoitheater das Ballett zu erleben, den Russischen Nationalzirkus zu bestaunen, die Häuser im Zuckerbäckerstil zu fotografieren, für Sputnikdenkmal und Fernsehturm den Hals zu verdrehen, diverse Klöster zu besuchen, und im Arbat, der Moskauer Flaniermeile, zu flanieren (seit Neuesten gibt's hier neben vielen Souvenirläden, in denen man die berühmten Matrjoschkas bestaunen und erstehen kann, auch ein Hard Rock Cafe) faszinierte uns. Die vielen Menschen und die vielen Begegnungen und die Stadt in allen Jahreszeiten zu erleben, war und ist ein intensives Erlebnis.

Der Westen hat mittlerweile Einzug gehalten. Daran erinnern McDonalds-Filialen, Standorte unserer Banken (Raiffeisen z. B.), westliche Autohäuser, Modeboutiquen und ähnliche Geschäfte, die man wohl eher auf den Champs-Élysées vermuten möchte. Die Autos, die vor 5 Jahren noch als „Gusto-Stückerln“ bezüglich ihres Alters, ihrer Verbeultheit, ihrer Reparaturbedürftigkeit und doch Fahrtüchtigkeit das Straßenbild dieser Stadt geprägt haben, haben schon längst Autos unserer Vorstellung und unserer westlichen Welt Platz gemacht. Nur an der Einreise in dieses Land hat sich noch nicht viel geändert. Warteschlangen, Warteschlangen, Warteschlangen. Visa, Zettelchen aller Farben, Überprüfungen, Kontrollen, Warteschlangen.

Und mit ihr, dieser Stadt, haben sich auch die Räumlichkeiten verändert, in denen wir arbeiten. Waren es vor 5 Jahren noch dunkle Kellerzimmerchen, so arbeiten wir heute in hellen, modernen Seminarräumen in einschlägigen Hotels.

Schlussfolgerung

Unsere Ausbildung ist nun seit 2001 im „Zentrum für Europäische Ausbildung in Psychotherapie in Moskau“ beheimatet und dort bestens betreut. Nach vier Jahren Ausbildung meinen wir abschätzen zu können, dass diese Initiative nach dem Besuch von Carl Rogers im Jahr 1986 der zweite entscheidende Impuls für die endgültige Etablierung der Klientenzentrierten Psychotherapie in Russland war (vgl. dazu auch den Beitrag von Olga Bondarenko in diesem Heft).

Literatur

Keil, W.W. (2001). Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie der ÖGWG in der Ukraine 1994–1999. *PERSON 5*, (1), S. 65–73.

Autoren

Dr. Norbert Stözl, Klientenzentrierter Psychotherapeut in freier Praxis in Graz, Lehrtherapeut und Ausbilder in der ÖGWG.

*Dr. Galina Pokhmelkina: * 1954 in Perm, Russland, Studien in Pädagogik, Psychologie und Fremdsprachen; Ausbildungen in Psychodrama (EAP), Mediation sowie Supervision und Coaching; Leiterin des „Zentrums für Europäische Ausbildung in Psychotherapie in Moskau“, Chefredaktorin des Verlags „VERTE“.*

Edwin Benko: Klientenzentrierter Psychotherapeut in freier Praxis in Graz, Supervisor, Lebens- und Sozialberater, Vorsitzender des Steirischen Landesverbandes für Psychotherapie. Interessensschwerpunkte: Allgemeine Psychotherapie, Stressverarbeitung nach belastenden Ereignissen, Krisenintervention und ‚Stimme und Psyche‘.

Marta Stapert, mit Unterstützung von Ynse Stapert, Eszter Kováts und Ioana Serban

Focusing mit Kindern und in der Supervision in Ungarn und Rumänien

Focusing in Ungarn

Die Imre Nagy Universität in Ungarn ging im Jahr 1995 im Auftrag des ungarischen Gesundheitsministeriums daran, in Zusammenarbeit mit Hochschulen in Kassel, in Nijmegen und in Amsterdam eine Ausbildung für Supervision einzurichten. Ynse Stapert aus Holland, der Senior-Supervisor, Ausbilder in Supervision, Psychotherapeut und Focusing-Trainer ist, wurde damals über die Universität Amsterdam eingeladen, am Aufbau dieser Supervisions-Ausbildung in Ungarn mitzuarbeiten.

Der Mitarbeit von Ynse Stapert, der Focusing in sein Konzept von Supervision integriert hat, ist es zuzuschreiben, dass Focusing von Anfang an eine wichtige Grundlage für die Ausbildung von Supervisoren in Ungarn bildete. Zwei Teilnehmerinnen der Ungarischen Senior-Supervisoren-Ausbildung, Eszter Kováts und Erzsebet Wiesner, wollten, inspiriert von ihren Ausbildungserfahrungen, Focusing gründlicher bzw. in seiner ursprünglichen Form kennen lernen und haben sich anschließend bei Marta Stapert zu Focusing-trainerinnen ausbilden lassen.

Um eine weitere Verbreitung von Focusing in Ungarn zu ermöglichen, haben Ynse und Marta Stapert zusammen mit Eszter Kováts das Zentrum „Tranzit F&S“ (Transnationales Zentrum für Focusing und Supervision, Ungarn-Holland) mit Sitz in Budapest gegründet. Dort haben inzwischen viele im psychosozialen Bereich tätige Personen, aber auch Leute ohne einen derartigen professionellen Hintergrund, Grundstufen-Kurse in Focusing absolviert. Es gibt zur Zeit 30 Focusing-Trainer, 3 Focusing-Koordinatoren und eine Koordinatorin für Focusing mit Kindern. Sie alle können Focusing in Ungarn verbreiten und in Zusammenarbeit mit dem Focusing Institute New York und unter Begleitung von Ynse und Marta Stapert auch neue Focusing-Trainer und Trainerinnen ausbilden.

Die Focusing-Trainerinnen sind in den verschiedensten Grundberufen tätig bzw. in verschiedensten Fächern wie etwa Psychologie, Pädagogik, Physiotherapie usw. ausgebildet. Das Psychotherapeutische Institut LEA hat besonders dazu beigetragen, dass Focusing auch unter den Psychotherapeuten verbreitet wurde.

Mittlerweile ist Focusing auch in der Supervisoren-Ausbildung an der Karoly Gaspárd Universität, in der International Business School und in den psychologischen Studiengängen zweier Universitäten in Ungarn integriert. Es sind verschiedene Übersetzungen von Artikeln und Ausbildungsmaterialien in Ungarisch verfügbar,

darunter auch eine überarbeitete Ausgabe von Eugene Gendlin's 1978 erstmals erschienenem ‚Focusing‘.

Auch für Focusing mit Kindern gab und gibt es in Ungarn großes Interesse. Focusing wird in verschiedenen Schulen und kinderpsychotherapeutischen Institutionen angewendet. Es gab u. a. Ausbildungen für die gesamten Teams von drei Pädagogischen Institutionen in Budapest. Bisher wurden zwei Konferenzen für Focusing und Kinder-Focusing in Ungarn veranstaltet. Zweimal, 1998 und 2000, wurde die Internationale Kinder-Konferenz in Ungarn vom offiziellen Ausbildungsinstitut des Gesundheitsministeriums organisiert und von 75 bzw. 80 Teilnehmern frequentiert. Ein Drittel der Teilnehmer kam dabei aus dem Ausland, – wobei von den osteuropäischen Ländern Tschechien, Ukraine, Rumänien und Slowenien vertreten waren.

Focusing in Rumänien

1997 und 1998 wurden Eszter Kováts sowie Marta und Ynse Stapert eingeladen, in Rumänien an einer von psychologischen und theologischen Fakultäten organisierten Sommer-Universität ein Focusing-Training abzuhalten. Es war für uns eine tief berührende Erfahrung, die Begeisterung der jungen Leute zu sehen, wie sie mit einem neuen Bewusstsein ihr Leben nach den großen politischen Veränderungen selbst gestalten wollen. Neben zahlreichen Arbeitsgruppen gab es Plenarsitzungen und an jedem Abend einen Gottesdienst verschiedener Konfessionen.

Danach hat uns Jenő Vargha eingeladen, in dem Institut Epsiona in Cluj Napoca (Klausenburg) einen Grundstufen-Kurs in Focusing zu gestalten. Das Ziel von Epsiona ist es, Psychotherapie anzubieten, neue therapeutische Methoden in Rumänien zu verbreiten und sie rumänischen und ungarischen Teilnehmern anzubieten. Hier findet eine wirkliche Integration statt. Seit dem Ende des diktatorischen Systems hat sich die Erwachsenen-Psychotherapie in Rumänien weiterentwickeln können. Für die Kinderpsychotherapie gab es jedoch keine postgraduellen Weiterbildungsmöglichkeiten. Jenő Vargha hat Marta und Ynse Stapert eingeladen, eine Ausbildung in Focusing-Therapie für Kinder zu gestalten, mit dem Ziel, die Anerkennung dieses Curriculums durch den Psychotherapeuten-Verband Rumäniens zu erhalten. Diese Ausbildung hat im September 2001 begonnen. Das Curriculum sieht u. a. 100 Stunden Focusing (Selbsterfahrung und Begleitung)

vor, 60 Stunden werden für Selbsterfahrung im Bereich der eigenen Kindheitserlebnisse aufgewendet, 16 Stunden für Supervision. Die insgesamt 176 Stunden fanden an fünf verlängerten Wochenenden statt. Seit September 2003 gibt es neun zertifizierte Kinder-Focusing-Psychotherapeuten. Sechs von ihnen werden nun zusätzlich in Focusing für Erwachsene und zu Focusing-Trainerinnen ausgebildet.

Es war immer das Ziel, den Bedarf an Focusing für Kinder und Erwachsene mit Trainern aus den eigenen Reihen decken zu können. Für die Grundkurse gibt es bereits lange Wartelisten. Glücklicherweise haben in der Zwischenzeit Eszter Kováts und Ágnes Pálfiné Kováts zwei weitere Ausbildungen beginnen können. Im Februar 2004 sollten Madeleine Walder-Binder aus der Schweiz und Klaus Katscher aus Deutschland ein weiteres Ausbildungsteam zusammenstellen, um so die Zeit zu überbrücken, bis die rumänischen Focusing-Trainer selbst Ausbildungen übernehmen können.

Ende 2003 wurde der rumänische Verein für Focusing gegründet, mit dem Ziel, eine offizielle Akkreditierung zu erreichen. Dadurch verbessert sich auch die Möglichkeit, Sponsorengelder zu rekrutieren.

Bisher haben die ausländischen Trainer ihre Arbeit in Rumänien immer ohne Honorar geleistet. Bücher und Artikel wurden ebenfalls von den Trainern auf eigene Kosten zur Verfügung gestellt. Die Flugreisen wurden teilweise selbst und teilweise von ‚Children’s Focusing Corner‘ mit Hilfe von The Focusing Institute bezahlt. Die Teilnehmer können aufgrund ihrer ökonomischen Gegebenheiten nur einen Kostenbeitrag von \$ 1,50 pro Stunde leisten, der u. a. für die Akkreditierung verwendet werden soll.

Zum Stellenwert von Focusing in Ungarn und in Rumänien

In unseren Trainings haben wir bemerkt, wie sehr die Leute auch nach der Wende an mangelndem Selbstvertrauen und fehlendem Vertrauen zur Selbststeuerung leiden. Öffentlich in einer Gruppe über eigene Meinungen zu sprechen wird noch immer als gefährlich erlebt. Es war für uns alle immer wieder mit einer ziemlichen Spannung behaftet, ob eine Zusammenarbeit zustande kommen kann. Gemeinsam konnten wir erfahren, wie durch Focusing allmählich ein neues Vertrauen in die eigene Kompetenz aufgebaut wurde und Zusammenarbeit ermöglichte. Wichtig ist hier die Art und Weise, wie durch Focusing die eigene innere Stimme überhaupt einmal gehört werden und dadurch Vertrauen grundgelegt werden kann. Focusing fördert die Fähigkeit, mit empathischer Aufmerksamkeit und Respekt sich selbst und anderen zu begegnen.

Wir haben verschiedene Schulen, ein Kinderkrankenhaus und andere Institutionen besucht, wo Focusing bereits praktiziert wird. Die Leiterinnen dort sind begeistert, wie durch Focusing eine andere Atmosphäre entsteht und die Erwachsenen weniger angespannt und kindgerechter mit Kindern umgehen. Wesentlich erscheint uns, dass über Focusing, das ja die Verbindung zu dem herstellt, was man in-

nerlich wirklich spürt, Kriterien für das richtige eigene Handeln gefunden werden können. So glauben wir, dass gerade Focusing einen wichtigen Beitrag für die Entwicklung von Erwachsenen und Kindern leisten kann, nicht zuletzt auch für den gesellschaftlichen demokratischen Prozess nach einer langen Periode der Unterdrückung.

Autorin

Marta Stapert, Kinderpsychotherapeutin, Focusing-Trainerin, Focusing-Koordinatorin und Leiterin von ‚Children’s Focusing Corner‘, einer Arbeitsgruppe von The Focusing Institute New York. Sie hat im Rahmen ihrer Tätigkeit in der eigenen Praxis sowie in einer Schule für lernbehinderte Kinder und Kinder mit Entwicklungsstörungen Focusing zu einer Psychotherapie für Kinder ausgebaut. Zusätzlich hat sie dabei in den letzten 15 Jahren auch Programme entwickelt, die es Lehrerinnen, Lehrern und Eltern ermöglichen sollen, ihre Beziehungen mit Kindern in der Focusing-Grundhaltung zu gestalten sowie auch ihre Kinder Focusing lernen zu lassen.

Korrespondenzadressen

*Ynse Stapert und Marta Stapert
Children’s Focusing Corner
Scharдам 9
NL-1476 NA Scharдам, Niederlande
E-Mail: ymstapert@hetnet.nl*

*Eszter Kováts
Tranzit F&S, (Transnational Institute for Focusing and Supervision)
Tátra utca 4, IV, 7
Bp. 1136 Budapest, Ungarn
E-Mail: kovats.eszter@freemail.hu, eszkov@ibs*

*Mária Orbán
Epsiona
Str Dorobantilor, nr.105, sc.VI, ap.113
Cluj Napoca, Rumänien
E-Mail: epsiona1@go.ro*

Rezensionen

Lore Korbei

Eva-Maria Biermann-Ratjen / Jochen Eckert / Hans-Joachim Schwartz: Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen.

9. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, 242 S., € 19,- / sFr 32,30, ISBN 3-17-017427-4

Vor mir liegen drei Bücher aus dem Kohlhammer Verlag, alle mit dem selben Titel *Gesprächspsychotherapie* und von den selben AutorInnen Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz. Am Cover ist auch wieder *Verändern durch Verstehen* zu lesen und die Zusatz-Überschrift *Verhaltensmodifikation – Diagnostik – Beratung – Therapie* ist in das Innere des Buches gewandert.

Die 5. Auflage (1989) in grell orange und die 7. Auflage (1995) in hellem Grün haben einem eleganten Design in hauptsächlich hellgrau, weiß und schwarz Platz gemacht. „Mein erstes Buch“ (wahrscheinlich die 3. Auflage), mit dem ich mich für Gesprächspsychotherapie – die auch damals so geheißen hat – zu interessieren begann, ist leider verschollen.

Zuerst das Tröstliche: Die Gesprächspsychotherapie heißt durch all die Jahre hindurch (1979–2003) weiter Gesprächspsychotherapie und die Erklärung dazu: „So, wie man einen 50-jährigen Menschen nicht mehr umtauft ...“ (S. 11) hat mich angesprochen. Auch habe ich mit Freude im Vorwort zur 9. Auflage „... das auf Carl Rogers zurückgehende heilkundliche Psychotherapieverfahren ...“ (S. 10) gelesen, wo schwarz auf weiß das (mühevoll) erreichte Ziel: Gesprächspsychotherapie als Heilverfahren dokumentiert ist. Die Aktualisierung beruht daher unter anderem darin, dass sich die Situation in Deutschland verändert hat: Es ist jetzt möglich – für psychologische PsychotherapeutInnen – das wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren GT in der Praxis auch tatsächlich auszuüben, d. h. sich als GesprächspsychotherapeutInnen niederzulassen. So ist das Kapitel VII neu dazugekommen, sehr „praktische“ Hinweise für die Gesprächspsychotherapie in der Praxis, z. B. die Kompatibilität mit den OPD (Achse IV), die Indikationsstellung und Prognose anhand des Erstgesprächs, die verschiedenen Settings, die Dauer und die Frequenz.

Wenn ich zum Vergleich die 5. Auflage in die Hand nehme, tauchen Erinnerungen auf; z. B. lese ich auf S. 11: „Ich biete Ihnen an, mit mir frei und offen über alles zu sprechen, was Sie beschäftigt

und belastet ...“, so lautet der Beginn eines Absatzes, den ich für mein erstes Erstgespräch auswendig gelernt und damals sicherlich nur wenig paraphrasiert wiedergegeben habe – ein Absatz, den ich in der 9. Auflage nostalgisch vermisse.

Dafür aber findet sich in allen Auflagen etwas wieder, was jetzt „meine“ Auszubildenden oft von mir zu hören bekommen und womit ich im KollegInnen-Kreis manchmal gerügt wurde: „Und wo ist hier der innere Bezugsrahmen des Klienten? Du weißt schon ‚Gefühle, die Gefühle machen, die Interpretation der Gefühle usw. ...‘“ (S. 116).

Seit 1989 sind es ca. 100 Seiten mehr geworden – auch an Forschungsergebnissen. Das Kapitel II *Der Vergleich des Beziehungsangebotes Gesprächspsychotherapie mit anderen Formen psychotherapeutischer Einflussnahme* ist nicht nur in der Anerkennungsphase der Gesprächspsychotherapie wichtig gewesen. Auch das Entwicklungs- und Störungsmodell des klientenzentrierten Konzepts ist durch alle Auflagen hindurch gewachsen und verfeinert worden. Die Verbindung zwischen den neueren Forschungen zur psychischen Entwicklung des Menschen und der Brückenschlag zur Ätiologie der „frühen Störungen“ und „neurotischen Störungen“ ist schlüssig mit dem Inkongruenzmodell, der Aktualisierungstendenz und der Selbstaktualisierungstendenz von Carl R. Rogers. So finden wir zum Beispiel an mehreren Stellen Hinweise zu neueren Entwicklungen der Säuglingsforschung. Einige schwer verständliche Passagen oder holprige Formulierungen sind „deutsch leserlich“ geworden, flüssiger zu lesen, prägnanter.

Die vorliegende 9. Auflage des Buches ist für die Ausbildung – in der ÖGWG zumindest – unverzichtbar, ein Standardwerk auch für die Weiterbildung, z. B. auch im Bereich Beratung.

Wir danken Eva-Maria Biermann-Ratjen, Jochen Eckert und Hans-Joachim Schwartz für ihren unermüdlischen Einsatz in den Bereichen Forschung, Lehre und Praxis – auch wenn sie das Buch nicht als Lehrbuch verstehen.

Reinhold Stipsits

Marlis Pörtner: Brücken bauen. Menschen mit geistiger Behinderung verstehen und begleiten.

Klett-Cotta Verlag, Stuttgart, 2003. 240 S. ISBN 3-608-91319-X

Welche Sprache ist angemessen, um Menschen mit geistiger Behinderung treffend zu beschreiben? In einer politisch ausdifferenzierten Gesellschaft entsteht eine Tendenz zur Beschönigung, und damit einer Bagatellisierung der tatsächlichen Schwierigkeit. Darf man sagen, dass Menschen mit geistiger Behinderung, die Unterstützung brauchen, allein schon durch die korrekte Bezeichnung diese Unterstützung erfahren können? Oder ist man besser beraten, sich der aktuellen Umschreibungen zu bedienen, von Menschen mit besonderen Lernschwierigkeiten, von Menschen mit pädagogischem Sonderbedarf, oder der neudeutschen Formulierung von special needs, zu sprechen? In einer Zeit wie heute ist Verunsicherung gegenüber dem Anderssein spürbar, so sehr sich die spätmoderne und sich plural gebende Gesellschaft mit einem Etikett der Vielfältigkeit schmücken möchte. Wie schauen unsere Normalitätsbilanzen und Normalitätsbalancen (nach einem Ausdruck von Mollenhauer) aus? Was ist normal und was gilt als abweichend von Normalität? Und – wenn wir das eine so klar hätten, wie wir es offensichtlich für das eigene Sicherheitsbedürfnis immer wieder brauchen, was ist dann mit dem anderen? Wie tun mit dem Abnormalen?

Die Debatte ist nicht so schnell abzutun. Der Normalitätsdiskurs ist immer wieder zu führen. Wir sind nämlich entweder ständig in einer Wertedebatte, und damit in einer Auseinandersetzung um Normalität, oder laufen Gefahr, unreflektiert idealisierende Vorstellungen von Gerechtigkeit vor uns herzutragen. De facto aber leben wir in Barbarei, indem wir (geistig behinderte) Menschengruppen als Benachteiligte nicht an unserer sozial eingerichteten Gesellschaft gleichwertig teilhaben lassen. Wie so oft fehlt es an einem Verstehen der Situation.

Und für eine derartige Aufgabe der Verständigung mit einer Gruppe vom Schicksal nicht Begünstigter kann das vorliegende Buch auch eine gewichtige Orientierung und Ressource sein. Die Autorin, Marlis Pörtner, Psychotherapeutin, ebenso anerkannte und ausgewiesene Expertin, als Beraterin von Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung in der Schweiz, im süddeutschen Raum sowie einem Projekt in Bremen tätig, bezieht erfreulich klar Stellung. Wenn man geistige Behinderung als eine „Daseinsform und als eine Möglichkeit der Aneignung von Welt“ (Pörtner, S. 23) sieht, so entsteht eine andere Umgangsform mit jenen Menschen, die, wie jeder „normale“ Mitmensch, unseren Respekt und Wertschätzung verdienen, als bei einer Defizitorientierung, die uns

nur ein Krankheitsbild erkennen lässt. Abgesehen von kulturspezifischen Besonderheiten, was in einer Gesellschaft als normal gilt und in einer anderen als abnormal oder behindert, ist eben der Diskurs über und der Umgang mit geistig Behinderten auch behindert durch die Einengung des Blicks.

Hier sind die ideengeschichtlichen Wurzeln der Autorin klar ersichtlich. Sie ist einem der Tradition der amerikanistischen Humanistischen Psychologie nahestehenden Ansatz verpflichtet. Von Carl R. Rogers und seiner nicht nur in der in der Psychotherapie zur Ausformulierung gelangten klientenzentrierten Grundeinstellung bezieht Marlis Pörtner ihre Leitideen. Die Person und ihre Würde, auch die der behinderten Person, steht im Mittelpunkt des Interesses ihrer Arbeit.

Das Selbstkonzept des Menschen entsteht aus einer individuellen Bewertung von Erfahrungen. Diese billigt Marlis Pörtner auch Menschen mit geistiger Behinderung zu. Auch sie sind dazu fähig, über ihr Erleben ihre Erfahrungen zu bewerten. Kontakt zur Realität, Kontakt zu sich selbst oder Kontakt zu anderen kann zwar aus unterschiedlichen Gründen (entweder angeboren oder verletzungsbedingt, traumatisch) gestört sein, aber hier wären eben Brücken zu bauen. So wird für die Autorin der Personzentrierte Ansatz für den Umgang mit geistig Behinderten in seinen Möglichkeiten nicht nur ausgelotet, sondern eindeutig gegenüber dem medizinischen Modell, (Krankheit als Störung, Mangelercheinung und dementsprechende Behinderung) präferiert. Damit gehört Marlis Pörtner zu den wenigen AutorInnen, die sich einer ebenso bedeutsamen wie auch behutsamen Weiterentwicklung der Ideen von Rogers verschrieben haben. Wenn früher die Anwendung der Ideen von Rogers nur auf eine der Mittelschicht zuzurechnende Klientel mit einem entsprechenden, wenigstens durchschnittlichen sprachlichem Ausdrucksvermögen als Voraussetzung gesehen wurde, so belegen Ihre Beispiele ganz anderes. Wie auch in den Arbeiten von Badelt, Prouty, oder Van Werde erforscht, ist Marlis Pörtner von einer viel umfänglicheren Anwendung personenzentrierter Grundhaltung auch oder gerade im Bereich der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung überzeugt. Es ist die Haltung, die zählt, Begleitung erlaubt und nicht zuletzt Verstehen ermöglicht. Die Weiterentwicklung des personenzentrierten Konzepts bezieht sich also nicht so sehr auf eine Ausdeutung in einer spitzfindigen Exegese eines bewährten, an der Erfahrung orientierten Konzepts, sondern im Aufgreifen

der humanistischen Grundkonstellation und seiner Ausweitung der Erfahrungsbereiche denen man in den Jahren seiner Entstehung die Anwendung nicht zutraute. Ernstnehmen und Zutrauen trägt also das Buch, (einem früheren Titel der Autorin entsprechend).

Das Buch zeigt viele Bereiche des Alltags auf, in denen eine derartige Haltung gefragt sein kann: Banale Umgangsformen der Anrede, die Vorstellung von betreutem Wohnen und dennoch Wahrung von selbständiger Wohnumgebung, das Recht auf Privatsphäre, wie einem eigenen Zimmer, bedürfen auch eines grundsätzlichen Respekts dem Behinderten gegenüber. Entlarvend für beziehungslose Distanz ist die vielfach anzutreffende Normalitätsauffassung gegenüber geistig Behinderten. Es besteht ein Hang zur Reduktion der Normalität auf die Bewältigung von Haushaltsführung, eine sehr schwer zu durchbrechende Auffassung (siehe Pörtner, S. 91 ff.) In Zeiten, in denen das Geld für Pflege und Betreuung knapp ist, sieht die Autorin in einigen geänderten Formen der Beziehung zu den Menschen, die der Betreuung bedürfen, auch Chancen, mit wenig Geld eine qualitätssteigernde Arbeit zu leisten.

Marlis Pörtner bleibt nicht bei einer schönen Liste gutbürgerlicher Wünsche an Normalität zur Alltagsbewältigung. Sie findet auch eine ebenso klare wie schlichte Sprache zu den heiklen oder

mit Tabu belegten Themen wie Sexualität und Missbrauch von Menschen mit geistiger Behinderung. Deren Recht auf Intimität möchte die Autorin ebenso gewahrt wissen, wie es andere Menschen für sich in Anspruch nehmen. Ein besonderes Gebiet, das so einfach scheint, aber eine Schwierigkeit für jeden darstellt, ist die Fähigkeit Nein sagen zu lernen, und auch sich in der Umgebung damit zu behaupten. Ein anderes Feld für Konflikte scheinen Essgewohnheiten und damit verbundene Erwartungen oder Rituale zu sein, an denen Betreuer ihre Neigung zu Kontrolle oder Überbevormundung überdenken könnten.

Insgesamt gesehen ist das Buch durch eine Fülle von Beispielen gut aufgelockert geschrieben. Es werden Alltagsszenen aufgezeigt, die zu einem anderen Umgang mit geistiger Behinderung anregen wollen. Die Autorin schreibt in angenehmer Zurückhaltung, unaufdringlich, dennoch deutlich am Wohl der Klienten orientiert. „Normalität ist nicht konfliktfrei zu haben“ (Pörtner, S. 232). Die größte Stärke des Buches dürfte darin liegen, dass die Autorin mit einer unspektakulären Begeisterung für ihre Arbeit die ihr wesentliche Grundbotschaft transportieren kann, die sie im Titel zusammengefasst hat: Brücken bauen. Dann kann man Menschen mit geistiger Behinderung verstehen und begleiten.

Anna Auckenthaler

Leschinsky, A. (Hrsg.): Ursula Plog. Von einer, die auszog, die Psychiatrie das Zuhören zu lehren. Vorträge und Essays.

Psychiatrie-Verlag, Bonn 2003, 328 S. ISBN 3-884-14345-X

Achim Leschinsky hat nach dem Tod von Ursula Plog in einem Buchband Vorträge und Essays zusammengefasst, die als Vermächtnis einer bedeutenden Wegbereiterin der sozialen Psychiatrie in Deutschland gelten können. Das Buch gibt einen Einblick in die Entwicklungen der Psychiatrie im Nachkriegsdeutschland und vermittelt ein Gespür dafür, was Psychiatrie in einer demokratischen Gesellschaft sein könnte. Es regt außerdem zum Nachdenken über die aktuelle versorgungspolitische Lage und über das aktuelle Verständnis von Psychotherapie an.

Der fachliche Teil des Sammelbandes ist in vier Abschnitte gegliedert: Abschnitt 1 fasst Arbeiten zusammen, in denen es um Ursula Plogs Auseinandersetzung mit dem *Menschenbild in der Psychiatrie* geht, Abschnitt 2 („Therapeutische Arbeitsfelder“) veranschaulicht die *Praxis sozialpsychiatrischer Arbeit*, Abschnitt 3 dokumentiert ihr Engagement in *Fortbildung, Berufs- und Versorgungspolitik*,

Abschnitt 4 ihre *Auseinandersetzung mit zeitgeschichtlichen Themen*, wie z. B. mit der DDR-Psychiatrie und der Stasi. Die Originalbeiträge werden ergänzt durch Nachrufe auf zwei Freunde (Jürgen Fuchs und Bernd Becker) und durch die beiden Reden, die von Wolfgang Edelstein und Klaus Dörner anlässlich der Beisetzungsfeier von Ursula Plog gehalten wurden. Den Abschluss des Buchbandes bildet eine Bibliografie, die neben den Veröffentlichungen von Ursula Plog auch von ihr betreute und geförderte Dissertationen auflistet.

Von den Anregungen zum Nachdenken, die das Buch bietet, möchte ich im Folgenden diejenigen herausgreifen, die mir vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Entwicklungen in Klinischer Psychologie und Psychotherapie und meiner Beobachtungen in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung besonders relevant erscheinen. Vorauszuschicken ist, dass es Ursula Plog nicht um Psychotherapie in freier Praxis geht, schon gar nicht um eine

Psychotherapie, die mit der Anwendung von Techniken gleichgesetzt wird. Im Fokus ihrer Überlegungen steht die *therapeutische Begegnung im psychiatrisch-psychozialen Bereich*. Die Tugenden, Haltungen und Einstellungen, auf die es nach Ursula Plog in diesem Kontext ankommt, sind „Geduld, Beharrlichkeit, Achtung vor dem anderen, Toleranz und Beständigkeit“ (S. 22), Akzeptanz, Empathie und Kongruenz sowie die Bereitschaft, „Unsicherheit, Nichtwissen und Nichtverstehen auszuhalten“ (S. 142). Wichtig sei außerdem, auf Selbstheilungskräfte zu vertrauen und auf Selbsthilfe zu setzen, über sich selbst nachzudenken und dem „Furor sanandi“ (dem Fehler des „Heilmachenwollens“; S. 48) zu widerstehen, Wahl- und Handlungsmöglichkeiten bereit zu stellen und sich klar zu machen, „dass Beziehungen Zeit brauchen“ (S. 44). Professionelles Handeln in diesem Sinn ist abzugrenzen von einem Selbstverständnis als Experte, „der die Lösung schon kennt und diese dem Patienten zu gegebener Zeit schon beibringen wird“ (S. 105). Vielmehr gehe es darum, Störung bzw. Erkrankung als „Scheitern des Menschen an seiner Lebensaufgabe“ zu betrachten und ihm „den Weg in die Störung, die Störung selbst und den Weg aus ihr denkbar, erfahrbar, begreifbar und einsichtig zu machen“ (S. 57).

Vor dem Hintergrund des heute vorherrschenden Psychotherapeutverständnisses wirkt dieses Setzen auf Selbstexploration, Selbstbefähigung, Selbstheilungsversuche und Selbsthilfepotenziale und die damit verbundene Sicht auf die therapeutische Beziehung fast unzeitgemäß und utopisch, auch wenn es in Wirklichkeit höchst aktuell ist: Die Ergebnisse der Wirkfaktorenforschung belegen den hohen Stellenwert einer „ressourcenorientierten Psychotherapie“. Ursula Plogs Verständnis einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Begegnung liegt allerdings quer zur gegenwärtigen Vorstellung, Psychotherapie könnte in Form von „Behandlungspaketen“ für bestimmte Indikationsbereiche verabreicht werden. Sie geht statt dessen von unterschiedlichen therapeutischen „Versatzstücken“ aus, die von unterschiedlichen Personen erbracht werden und die in ihrer Summe dann therapeutisch wirksam werden können, wenn sie „auf der organisatorischen Ebene integriert und in Bezug auf das Behandlungsziel konsistent“ sind (S. 199). Damit warnt sie implizit vor dem technologischen Verständnis von Psychotherapie, das heute Konjunktur hat, und bedient auch nicht die Vorstellung, dass nur diejenigen therapeutisch tätig sein sollten, die auf Grund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe dazu legitimiert sind. In einer Stellungnahme, die sie 1978 zum damaligen Entwurf eines Psychotherapeutengesetzes geschrieben hat (S. 216 ff.), spricht sich Ursula Plog daher gegen eine Erweiterung des Systems

der ambulanten Versorgung durch die Niederlassung einzelner Spezialisten aus und plädiert für die Schaffung von Institutionen mit interdisziplinären Teams.

Das gegenwärtige Verständnis von Psychotherapie wird in diesem Sammelband auch dadurch erschüttert, dass Psychotherapie hier explizit „auf die Plätze verwiesen“ wird (S. 225). Sie wird als „Sonderfall“ gesehen, der nur dann zum Einsatz kommen sollte, „wenn normales Handeln mit all seiner Zufälligkeit und Fehlerhaftigkeit nicht mehr ausreicht“ (S. 225). Psychotherapie wäre dann also nicht zwangsläufig das Beste, was man einem Menschen mit einer psychischen Störung/Krankheit anbieten kann. Für jemanden mit einem sozialpsychiatrischen Hintergrund mag das eine Binsenweisheit sein. Selten aber habe ich bisher einen Text gefunden, in dem die Durchführung „klassischer“ Psychotherapien in Institutionen der psychosozialen Versorgung so grundsätzlich und fundiert in Zweifel gezogen wird wie in Ursula Plogs Beitrag „Fragmente - Antagonismen. Psychotherapie in Institutionen der psychosozialen Versorgung“ (S. 192 ff.). Es ist ein Text, der auf grundlegende Probleme in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung und in der Organisation therapeutischer „Angebote“ in psychosozialen Institutionen aufmerksam macht. Ich hoffe, er wird Pflichtlektüre für alle, die in der Ausbildung von Psychotherapeuten tätig sind.

Die Aufwertung „normalen“ Handelns gegenüber einem therapeutischen Handeln ist eingebettet in ein lebensweltorientiertes Verständnis psychischer Störungen, eine skeptische Haltung gegenüber einer Biologisierung und Medikalisierung von Psychotherapie und Psychiatrie und in die Überzeugung, dass den Patientinnen und Patienten möglichst viele Wahl- und Handlungsmöglichkeiten eröffnet werden bzw. erhalten bleiben sollen. Ihr Verständnis eines personenzentrierten Umgangs mit dem Patienten grenzt Ursula Plog daher dezidiert ab von Verkürzungen der „Personenzentrierung“ auf individuell abgestimmte Versorgungspakete und Behandlungspläne. In dieser Abgrenzung bekennt sie sich besonders vehement und deutlich zu ihrer gesprächspsychotherapeutischen Orientierung und stellt klar, was sie selbst unter dem Bemühen um Empathie, Wertschätzung und Kongruenz versteht: „die tiefsten Gefühle des anderen zu spüren und darauf in einer geistreichen, spontanen und kreativen Weise einzugehen“ (S. 105). Man wünscht sich, dass solche Gegenmodelle von Psychotherapie lebendig bleiben und eine Chance hätten, zur Selbstverständlichkeit zu werden. Achim Leschinsky ist dafür zu danken, dass er mit der Herausgabe dieses Sammelbandes günstige Voraussetzungen dafür geschaffen hat.

Wolfgang W. Keil

Strauß Bernhard, Buchheim Anna und Kächele Horst (Hrsg.): Klinische Bindungsforschung. Theorien, Methoden, Ergebnisse.

Stuttgart: Schattauer 2002, 372 S., ISBN 3-7945-2158-7, € 44,95, sFr 71,90

Die Bindungstheorie gewinnt zunehmende Bedeutung in der klinischen Forschung und für die psychotherapeutische Praxis. Die individuellen Bindungserfahrungen prägen ja das „innere Arbeitsmodell“ von sich selbst und von der Welt (in klientenzentrierter Sprache: den „inneren Bezugsrahmen“) und haben damit einen direkten Bezug zu psychischen Störungen. Therapeutisch relevant ist die Bindungstheorie außerdem deshalb in besonderer Weise, weil das Bindungssystem ja gerade bei Stress und Bedrohung, also im Umgang mit Problemen aktiviert wird. Speziell bei der klientenzentrierten Therapie kann eine erstaunliche Kompatibilität v. a. des Therapiekonzepts und der Persönlichkeitstheorie mit der Bindungstheorie konstatiert werden. Biermann-Ratjen und Eckert legen denn auch in einem einleitenden Kapitel dieses Buches die Ähnlichkeit vieler Konzepte von Rogers und Bowlby dar und sie glauben, dass Rogers' Überlegungen durch die klinische Bindungsforschung eine erhebliche Bestätigung finden könnten.

Das Buch gliedert sich in fünf größere Abschnitte. Zunächst formulieren neben Biermann-Ratjen und Eckert für die Gesprächspsychotherapie auch Vertreterinnen der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie ihre Erwartungen an die klinische Bindungsforschung. Diese Erwartungen der therapeutischen Schulen werden im abschließenden Beitrag des Buches vom Ehepaar Grossmann aus einer entwicklungspsychologischen Perspektive kritisch kommentiert, indem sie v. a. für eine konsequente Übernahme der Forschungsmethodik der Bindungstheorie (und gegen ein „Ausbeuten“ derselben für den je eigenen „Glauben“) plädieren. Im

zweiten Abschnitt des Buches werden die methodischen Zugänge und Probleme der klinischen Bindungsforschung ausgebreitet und an einem Fallbeispiel demonstriert. Hier findet sich auch ein Beitrag von Diether Höger mit einer Übersicht über die Fragebögen zur Erfassung von Bindungsstilen. Zwei Artikel zu den (neuro-)biologischen Grundlagen von Bindung bilden den dritten Teil des Buches. Im umfangreichen vierten Abschnitt werden dann viele konkrete Bereiche der klinischen Bindungsforschung, u. a. Bindung und Psychopathologie in verschiedenen Altersstufen, angefangen von der pränatalen Mutter-Kind-Beziehung bis zur gestörten Paarbeziehung Erwachsener u. v. a. m., dargestellt.

Das Buch ermöglicht einen nachhaltigen Einblick in die Anliegen, Fragestellungen und Ergebnisse der klinischen Bindungsforschung. Beispielsweise sind mir dabei besonders aufgefallen: die spezifische Bedeutung der väterlichen „Spieleinfühligkeit“ für die Explorationsfähigkeit des Kindes, die Wichtigkeit des sprachlichen Dialogs mit dem Kind v. a. für den Umgang mit negativen Gefühlen oder die Charakteristik des „verstrickten inneren Arbeitsmodells“ bei unsicher-ambivalenter Bindung als Angst vor emotionaler Ausnutzung, gepaart mit der Angst, verlassen zu werden. So kann die klinische Bindungsforschung zu einem vertieften Verständnis von kongruenten und inkongruenten Persönlichkeitsstrukturen, von deren Entstehung und von einem adäquaten und „feinfühligem“ Umgang mit ihnen führen. Aber auch angesichts der Nähe der Bindungstheorie zu unserem Ansatz ist das Buch m. E. gerade für Personzentrierte Therapeutinnen und Therapeuten von besonderem Nutzen.

Gérard Mercier¹

Aktualisierungstendenz und Handlungsorganisation

Zum Stellenwert der Konzeptualisierung im therapeutischen Prozess

Zusammenfassung: *Die Aktualisierung des Lebenspotentials ist pers nlichkeitsf rdernde Aktivität. Ausgehend vom Schemabegriff nach Piaget (1936) und dessen Weiterentwicklung nach Vergnaud (1985; 2000) will ich deren strukturellen wie funktionellen Aspekte beschreiben. Meine Hauptthese lautet: Die Aktualisierungstendenz drückt sich in einer Gesamtheit von Verhaltensweisen aus, deren Teile (Ziel, Unterziel, Phasen, Begriffe, Aktionstheoreme, Inferenzen) auf der Repr sentationsebene in Begriffen, Bildern und Szenen abgebildet werden. Diese Elemente besitzen eine prozessuale und tendenzielle Logik, die sowohl der mikrogenetischen Entwicklung als auch dem durch die Beziehungserfahrung geförderten therapeutischen Prozess gemeinsam ist.*

Schlüsselwörter: *Aktivität, Konzeptualisierung, Begriff, Erfahrung, Aktualisierungstendenz, Schema*

Abstract: Actualizing tendency and action organisation. The importance of conceptualisation in the therapeutic process. *The actualisation of life potential is a personalizing activity. With regarding the scheme concept defined by Piaget (1936) reconsidered and developed later by Vergnaud (1985; 2000), my project is to describe its aspects be them structural and functional.*

The main argument of this paper lays the stress on the fact that the propension to actualisation is part of a number of behaviours which elements (aims, sub-aims, stages, concepts and theories-in-acts, inferences) are translated, in terms of representation, as concepts, images and scenarios describing a processing and tendentious logic that is common to micro-genetic development as well as the therapeutic process which is facilitated by the relational accompaniment.

Keywords: *Activity, conceptualisation, concept, experience, actualising tendency, scheme*

Résumé: Tendance actualisante et organisation de l'action. La place de la conceptualisation dans le processus thérapeutique. *L'actualisation du potentiel de vie est activité personnalisante. A partir du concept de schème défini par Piaget (1936) repris et développé par Vergnaud (1985; 2000), mon projet est d'en décrire les aspects tant structurels que fonctionnels.*

L'argument central de cet article pose que la tendance à l'actualisation relève d'un ensemble de conduites dont les composants (buts, sous-buts, étapes, concepts et théorèmes-en-actes, inférences) se traduisent sur le plan de la repr sentation en concepts, images et scénarios décrivant une logique processuelle et tendancielle commune tant au développement micro-génétique qu'au processus thérapeutique que l'accompagnement relationnel facilite.

Mots clés: *Activité, conceptualisation, concept, expérience, tendance actualisante, schème*

1  bersetzung aus dem Französischen: Mariafranca Tassielli; nachbearbeitet von Franz Berger und Diether Höger

I. Problemstellung

Mit diesem Beitrag beabsichtige ich, mit Hilfe der Erkenntnisse aus der Analyse menschlichen Verhaltens die Bewegung der Aktualisierung der Person zu untersuchen.

Meine Hypothese lautet: Die Aktualisierungstendenz entspringt einem breiten Fächer von organisierten Aktivitäten, deren Elemente in Verbindung mit gefühlten Bedeutungen mit Hilfe von Mitteln der Repräsentation ins Bewusstsein gelangen.²

I. 1. Im Zentrum der Entstehung von Erfahrung: die Aktivität der Person

Die Aktualisierung, so verstanden, dass sie das Lebenspotential hervorbringt, ist Aktivität.

Aktivität schon in der Begegnung, dieser Vernetzung von Pers nlichkeitsstr men, die Reisen ins Zentrum der Gegenseitigkeit fördert;

Aktivität auch in der Organisation des Austauschs, der Wahrnehmungen, die ein „Vorhandensein“ reorganisieren, das die Empathie des Blickes und der Sprache erhellt;

Aktivität, welche mit der F lle der Denkinhalte auf die reflektierende Geste aufmerksam macht;

Aktivität des Subjekts schließlich, welches seine Erfahrung entschieden an den Grenzen eines Determinismus lebt, der damit seinen Einfluss verliert.

Unter Aktivität verstehe ich also eine Gesamtheit an koordinierten Handlungen, die – der Tiefe der Exploration entsprechend – in den beweglichen Schichten der Erfahrung stattfinden. Die Repräsentation ist das Instrument der Exploration, der Einsicht, der „nächtlichen Visionen“ und der Symbolisierung, die ihr Nachdruck verleiht.

Deren Dynamik näher zu beschreiben ist ein Eckpfeiler meiner Untersuchung.

Die Aktivität der Person öffnet sich auf im Entstehen befindliche Perspektiven von Bedeutungen. Es handelt sich weder um Programme noch um Algorithmen oder andere Prozeduren, die durch schrittweise Verstärkung nach behavioristischer Lesart gesteuert würden. Es handelt sich um eine Mikrogenese von Verhaltensweisen, die im zwischenmenschlichen Austausch geformt und aktiviert werden. Zur Präzisierung meiner Fachbegriffe stütze ich mich auf die Arbeiten von Leplat (1985), sofern sie die Analyse menschlicher Aktivität betreffen.

Die Aktivität ist das, was die Person anstellt, um auf der Repr sentationsebene das in der Erfahrung Erlebte zu rekonstruieren. Dieses

ist in jedem Fall nicht unmittelbar zugänglich, es ist weitgehend implizit. Das heißt, dass es noch nicht Gegenstand eines bewussten Gewahrwerdens gewesen ist.

Piaget (1974) lehrt uns, dass es die reflektierende Aktivität ist, die das Erkennen dieses Erlebens ermöglicht. Sie ist eine eigenständige Aktivität. Sie transformiert aktuell Gef hltes auf die Ebene der Repräsentation.

Letzteres wird zu einem mentalen Ereignis, das die symbolische Funktion verdoppelt und rekonstruiert. Diese Aktivität ist organisiert. Sie ist weder eine Abfolge von Handlungen im Sinne von Verhaltenssequenzen, die durch ein Eingangssignal ausgelöst würden, noch eine Sammlung von Regeln der Informationsverarbeitung, die nach der Art von Entscheidungsbäumen abgewickelt würden. Andernfalls würde jeglicher Schritt des Bewusstseins in einen kalten Kognitivismus münden, welcher sich bloß mit der Beschreibung der Funktionen der Informationsverarbeitung befasste und jeglichen Entwicklungsansatz ausschloe.

Die Aktualisierungstendenz ist stets schon mit Intentionalität, mit Engagement und mit Entwicklung eingefärbt und bietet so Handhabe zu einer den Körper involvierenden Reflexion.

I. 2. Relevanz des Schemabegriffs

Dieses Kapitel ist aus dem Bedürfnis entstanden, mich mit einem wirkungsvollen, aber hinreichend flexiblen Instrument auszustatten, um beschreiben zu können, durch welche Aktivitäten eine Person die Erfahrung im Lebensprozess ausdrückt. Der Stützpfeiler meiner theoretischen Ausführung ist der Schemabegriff. Bevor ich diesen definiere, soll ein konkretes Beispiel in die Thematik einleiten.

In Heimen der Sonderpädagogik erfordert die Erziehung von Jugendlichen die Einrichtung einer Betreuung mit dem Ziel, die Jungen zu begleiten, zu erziehen und in die gesellschaftliche und berufliche Umwelt einzugliedern. Die Vereinbarung von Terminen bei verschiedenen Ausbildungsstätten, die Führung eines Anweisungsheftes, das unmittelbare Gespräch mit dem Jugendlichen nach Umsetzung, etc. Diese Arbeitsorganisation ist ein Gesamt von Schemata. Im Laufe von Sitzungen zur „Praxisanalyse“ enthüllt dessen klare Formulierung die Ziele und Unterziele, Phasen und Informationsaufnahmen, Kontrollverfahren und – vertiefter – die mehr oder weniger impliziten Repräsentationen, konstruiert aus Werten und Überzeugungen; sie leiten das Erziehungsverhalten. Ausgehend von diesem Beispiel fällt es mir nun leichter, das Basiskonzept zu erörtern und zu analysieren. In der Tat, wenn man Inhelder und Caprona (1985) Glauben schenkt, „besteht die faszinierende Aufgabe der Genfer Forscher in der Entschlüsselung des Schemas als der für die Aktivit tssteuerung verantwortlichen Funktionseinheit“. Die Schemata sind es, welche die Organisation der Aktivität aufdecken.

² Gemeint sind „Umwandlung in Vorstellungen von Objekten, Eigenschaften, Beziehungen, Transformationen, Umständen und Bedingungen.“

Die Entwicklungspsychologie hat den Schemabegriff in seiner „modernen“ Formulierung geprägt. Der Begriff ist von Kant entliehen und hat seit 1914³ eine psychologische Bedeutung erhalten, die sich – mit Piaget – bis heute als erfolgreich erwies.

1936 hat dieser Autor das Schema definiert als „die Struktur oder Organisation von Handlungen, so wie sie sich übertragen oder verallgemeinern anlässlich der Wiederholung dieser Handlungen in ähnlichen oder analogen Situationen“ (1936/1992, S. 24).

Die jüngste Formulierung (Vergnaud, 2000, S. 45) umschreibt es auf folgende Weise: „Das Schema ist eine invariante Form der Organisation von Aktivität und Verhalten für eine Klasse von gegebenen Situationen“. Seit 1936 ist dieser Begriff im Grunde bipolar charakterisiert:

- Da ist die assimilative Seite, welche die Bedürfnisse, die Wünsche, die Werte und Taten in einem globalen Rahmen eingliedert, und bereits vorhanden ist
- die akkommodierende Seite; sie wird aktiviert, wenn die Organisation des Verhaltens einem Hindernis begegnet, dessen Widerstand seine Differenzierung begünstigt. Ich präzisiere, dass das Schema nicht das Verhalten ist, vielmehr ist es ein konstituierendes Element der Repräsentation; ihre Funktion ist die Erzeugung von Aktivität.

Die Grundidee besagt, dass alle Erkenntnisse dem Gewährwerden jener funktionellen und begrifflichen Komponenten entstammen und sich entwickeln, die zur Aktivität geführt haben.

Bereits auf organischer Ebene finden sich Assimilations- und Akkommodationsprozesse. Sie sichern offensichtlich die Kontinuität zwischen dem Biologischen und den Strukturen der Erkenntnis. Auf diese Weise „erscheinen die kognitiven Prozesse gleichzeitig als Folge der organischen Selbstregulation, deren wesentlichen Mechanismen sie widerspiegeln, und als die differenziertesten Organe dieser Regulation innerhalb der Interaktionen mit der Außenwelt. Im Menschen greifen sie auf das ganze Universum“ (Piaget, 1992, S. 41).

Kurz: Bewusstsein wird verstanden als Konzeptualisierung der Eigenschaften der Aktivitätsorganisation einer Person. Im therapeutischen Prozess ist dies die Aktualisierung eines im Kern der Erfahrung implizit Erlebten. Darin begegnen sich Rogers und Piaget. So schließen sich die „Prozesse des selbstreferenziellen Funktionierens eines lebendigen-erkennenden Systems“ zusammen (Lerbert, 2004, S. 435). Die Konzeptualisierung der Eigenschaften der Lebensaktivitäten ist im Hinblick auf den „Aktualisierungsprozess, der das Selbst konstruiert (das „growth“)" (ebd.) einzuordnen.

Das Schema organisiert diese Selbstdetermination und eröffnet die Möglichkeit, die Wellenbewegungen, Richtung und Amplitude des entspringenden Geistes zu beschreiben.

Die Explizierung in der bedeutungsvollen Entfaltung dieses Know-how informiert uns über die Eigenschaften einer organischen Intelligenz, die mit Hilfe symbolischer Repräsentanten, über welche die Person verfügt (mentales Bild, Sprache, Kunst, Choreographie, etc.), in Bewusstsein mündet.

Die Aktualisierung ruft sowohl auf der intra- als auch auf der interpersonellen Ebene eine Gesamtheit von Verhaltensweisen hervor. Das Schema beschreibt deren Rahmen; in der Abweichung davon wird das Implizite, das Wesen der gefühlten Bedeutungen wahrgenommen und anschließend symbolisiert.

Die Aktualisierungstendenz setzt sich aus den 2 Wertigkeiten Akkommodation/Assimilation zusammen, die ihr diese Nuancen, Zusammensetzungen, Differenzierungen und Kombinationen verleihen. Diese werden – das sei hier angemerkt – durch die therapeutische Beziehung erleichtert.

Wie Vermersch (2000) anführt, „ist uns unsere subjektive Erfahrung so vertraut wie eine Landschaft, aber was ein Geologe, ein Geograph, ein Botaniker, usw. uns noch mehr erkennen lassen könnte, ist zugleich schon da vor unseren Augen und doch unsichtbar“. Die Aktualisierung wäre diese vielfältige Erfassung, wo sich Schemata privater Explorationen, Topographien und Taxonomien durch Vermittlung des Therapeuten organisieren. Ich werde nun die Grundelemente dieser Organisation beschreiben, die auf der Ebene des Bewusstseins Kenntnisse erzeugen, die kommunizierbar werden können. Diese wiederum erzeugen Möglichkeiten neuer Erfahrung. Diese Koppelung zeigt auf, in welchem Ausmaß die psychologischen Strukturen des Erkennens und Fühlens mit der organische Ebene verknüpft sind.

I. 2. 1. Die Bestandteile des Schemas

Das Schema wird als dynamische funktionelle Ganzheit verstanden, die aus Zielen, Antizipationen, Aktionsregeln, Bedeutungen und mehr oder weniger impliziten Begriffen besteht. Die konstituierenden Elemente dieser Organisation können nicht getrennt werden (nicht mehr als es bei den von Rogers (1989; 1990) beschriebenen Haltungen möglich ist)⁴.

a) Die Ziele und Unterziele

Sie repräsentieren im Schema das, was man auch „die Absicht, den Wunsch, die Motivation nennt“ (Vergnaud, 2000, S. 48). Ziele und Unterziele illustrieren die Idee der Handlungsorganisation, seine interne Logik, seine Initialisierung wie auch seine Zielsetzung.

3 Siehe Vergnaud (2000)

4 Die Sozialpsychologie beschreibt eine Einstellung als ein Gesamt dreier stark integrierter Elemente: der Emotion, der Kognition und der Handlung.

b) Die Regeln der Handlung, der Informationsaufnahme und der Kontrolle

Diese bilden den eigentlich generativen Teil des Schemas. Jenen, der den zeitlichen Ablauf der Aktivität entsprechend hervorbringt.

Die Handlungsregeln liegen dem prozeduralen Aspekt der Anpassung zugrunde, dem Focusing nach Gendlin (1964/1970).

Sie regen die Aktivität der Klärung der Vernebelungen an, die den organischen Prozess bei seinen Entsprechungen auf der psychologischen Ebene begleiten.

c) Die operativen Invarianten

Es sind Begriffe und Aktionstheoreme, Vorläufer von Gedankenobjekten, die im Laufe des „Greifens“ erscheinen (immer mit Bezugnahme auf Gendlin). Sie sind das Bedeutete, das Implizite, welches die Aktivität leitet. Sie sind die Intelligenz der Handlung. Ihre Hauptfunktion ist es, die „wesentliche Information aufzunehmen und zu selektionieren (...). Es ist eine Konzeptualisierungsfunktion“ (Vergnaud, 2000, S. 47).

Die operativen Invarianten werden untergliedert in Objekte, Eigenschaften, Beziehungen, Umwandlungen, welche der Verhaltensorganisation zugrunde liegen.

Sie weben das Hintergrundgeräusch eines Universums der Kommunikation und der Erkenntnis, die sich gedämpft und mit progressiven und strukturierenden Kontrapunkten ankündigt.

Ihre operativ-qualifizierende Funktion ist dennoch nicht eine untergeordnete, denn dank dieser Eigenschaft wird die Fülle und Angemessenheit einer Situation, die Gültigkeit eines Prozesses, die Qualität einer Beziehung ausgewählt, evaluiert, abgegrenzt, verglichen und koordiniert.

Ihr Ausdruck auf dem Umweg über Bedeutungen (sprachlich, gestisch, grafisch, bildlich, etc.) ist nicht bloß Erhellung der impliziten Ebenen. Er ist eine Rekonstruktion: Was ankommt, ist nicht identisch mit dem, wo es herkommt. Das Bewusstwerden, die Konzeptualisierung ist eine Arbeit, die mit Hilfe von Denkopoperationen (Feed-back, Selektion, Vergrößerung, Zentrierung, Deduktion, Inferenzen) dem Lebensfluss das Profil eines Plans verleiht, einer entscheidbaren Ordnung im Hier und Jetzt, einer konstanten Strömung, den der Blick der Entscheidung befragt und orientiert.

Den erkenntnistheoretischen Inhalt der Aktualisierungsaktivität werde ich im klinischen Teil des Artikels aufgreifen. Die Symbolisierung ermöglicht die Folgerung, dass es auf der organischen Ebene ein Wissen gibt, das es der nicht benennbaren Logik des Lebendigen ermöglicht, hervorzutreten. Ich werde versuchen, diese in den Verdeutlichungen und Entwicklungen wiederzuerkennen, die aus der Lebenskultur, der Sprache und dem sozialen Feld der Person hervorgehen.

Letzteres erinnert an die Möglichkeit einer unvorhersehbaren Reise in die Welt des Anderen, die sich einer geteilten Übersetzung, einer gegenseitigen Zusammenarbeit öffnet.

Die Erfahrung in diesen Faltungen ist von Wissen und lebendigen Erinnerungen bewohnt, die in der Beziehung Form annehmen – die die Form einer Beziehung annehmen.

Die Aktualisierungstendenz ist somit identisch mit der Begriffs-konstruktion, die „entscheidend ist, wenn man verstehen will, dass die Schemata der zentrale psychologische Ort der Anpassung an Neues ist“ (Vergnaud, 2000, S. 47).

d) Die Inferenzen

Diese letzte Komponente des Schemas ist unerlässlich, um dessen adaptiven und generativen Charakter zu verstehen. In der Tat ist die Organisation des Verhaltens kein Automatismus, sie wird im Gegenteil reguliert, parametrisiert und improvisiert durch Anpassungen, Phasenübergänge und konstantes Wiederlesen der Erfahrung. Die Inferenzen sind Berechnungen, analogische Notfälle, sie kombinieren, rekombinieren und dekombinieren die Intra- und Inter-Schema-Verbindungen.

II. Forschungsrichtung

Die Aktualisierungstendenz weist auf eine Gesamtheit von Verhaltensweisen hin, deren Eigenschaften und Organisation ich mit Hilfe des Schemabegriffs erklären werde; ihre Elemente sind lesbar oder besser: hörbar in den während einer therapeutischen Sitzung gesammelten Aussagen.

Wie Merleau-Ponty (1945/1977; zit. nach Varela et al., 1993) betrachte ich „den Körper gleichzeitig als physische und erlebte Struktur, als Kontext oder Ort der Mechanismen des Erkennens und der erlebten Erfahrung“.

Die Aktualisierungstendenz sollte als ein Verhalten zur Entfaltung eines organischen, psychologischen und spirituellen Potentials betrachtet werden, auf das die Reflexivität zugreifen kann. Diese wird den Fluss des Erlebens und die Funktionen in den Status der erkennbaren und kommunizierbaren Inhalte transformieren.

Das Schema bildet modellhaft diesen Kreislauf zwischen Kognition und Erfahrung ab. Die Aktivität wird zu einem Thema des Verstehens, zu einer Erkenntnismöglichkeit, zu einem Spielraum, deren anpassungsfähige Geometrie beschrieben und v. a. mit Hilfe von Regeln entworfen werden kann, sofern sie das Resultat einer fortdauernden Interpretation sind, hervorgegangen aus unserer Fähigkeit, Sinn zu konstruieren. Um Mark Johnson (1987) zu zitieren (Varela et al., 1993, S. 211): „Die Bedeutung schließt die körperlichen Erfahrungsschemata und prä-konzeptuelle Strukturen unseres Empfindungsvermögens ein (d. h. unsere Art wahrzunehmen, uns zu orientieren und mit anderen Objekten, Ereignisse oder Personen zu interagieren). Diese körperlich verankerten Schemata sind keine privaten oder besonderen: Die Gesellschaft hilft uns zu einem großen Teil beim Interpretieren und Kodieren. Diese Schemata sind kulturell geteilte Erfahrungsmodi; sie helfen uns, die Natur unserer mit Bedeutung versehenen, kohärenten Erkenntnis unserer Welt zu bestimmen.“

Verschiedene Wege tun sich nun auf:

- 1.) Die therapeutische Beziehung kann als eine „Mikro-Kultur“ betrachtet werden, die sich zwischen dem Klienten und dem Therapeuten herausbildet als ein Ort der Bewusstwerdung und gemeinsam geteilter Kodierung;
- 2.) Ausgehend von ihrer Aktivität entwirft die Person das Gebäude ihrer phänomenalen Welt, dazu dienen ihr die konstituierenden Elemente des Schemas als Werkzeug;
- 3.) Die Aktualisierungstendenz bewegt sich durch die Windungen einer elementaren Logik, die metaphorisch eine breite Palette an Themen strukturieren kann: Beziehung zu sich selbst und zu anderen, Intentionalität, Inszenierung vorweggenommener Ereignisse, etc.
- 4.) Die Haltungen des Personzentrierten Ansatzes begünstigen die sinnstiftenden Verkettungen zwischen dem Erkennenden, dem Erkannten und dem zu Erkennenden. Diese Haltungen können auch als Schemata beschrieben werden, deren operative Invarianten auf verschiedenen Komplexitätsebenen interagieren: Gestik, visuelle Schemata, Illokutionen, Syntax, Emotionen, etc. „Diese Haltungen – oft als Seinsweisen definiert – übersetzen Prozeduren, d. h. Weisen des Umgangs mit sich und dem Klienten mit dem Ziel, Veränderungsprozesse zu ermöglichen“ (Lamboy, 2003, S. 117)⁵.

An dieser Stelle des Wegs schätze ich den von Francisco Varela erfundenen Begriff „erlebte Kognition“ (1991). Dieser stellt die ganze Dichte und den Reiz einer Klinik der Erfahrung heraus, die im Kontakt mit den Windungen und Blüten der sinnlichen Erfahrungen geboren wird.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Aktualisierung des Lebenspotentials in organisierten Verhaltensweisen verläuft. Regeln der Handlungsproduktion, Ziele und Unterziele, Inferenzen und operative Invarianten – vorgenommene Konzeptualisierungen – bilden daraus in erlebten Situationen das funktionelle Gebäude. Der Begriff „Prozess“ erschien mir zu global für eine klinische Annäherung an das organische, formelle und begriffliche Spiel. Ich habe das Begriffsrepertoire des Schemas mit seiner feineren Körnung für den Aktualisierungsbegriff vorgezogen. Jedes Element dieses Repertoires entspricht einer Faser, die ihr mehr Präzision verleiht. Sein Widerschein gewinnt an Pixels auf dem Bildschirm des Bewusstseins.

III. Forschungsplan

III. 1. Methodologische Aspekte

Es geht im Folgenden um bedeutungsvolle sprachliche Verhaltensbestandteile in den aufgezeichneten Aussagen (transkribierte

Audioaufnahmen), welche die Manifestierung der Aktualisierungstendenz widerspiegeln. Diese Verhaltensweisen sind Zeugen einer Mikrogenese, welche durch die therapeutische Haltung erleichtert wird. Der Blick, den ich auf den Gesprächsverlauf richte, hat zwei sich ergänzende Richtungen.

III. 1. 1. Die konstruktivistische Perspektive

Sie nimmt sich vor, der Dynamik der Bewusstwerdung zu folgen: Kategorisierung im Denken von Objekten, Beziehungen, Eigenschaften, Äußern von Vorschlägen, etc.

III. 1. 2. Die funktionelle Perspektive

Sie identifiziert die Gedankenoperationen, welche das Raster des Verhaltens organisieren: Informationsaufnahmen, ausgeführte Behandlungen, Berichtigungen, Fokussierungen, Simulationen, Rhythmusbeschleunigungen ... Ich präzisiere, dass die funktionellen Aspekte durch die Konzeptualisierung abgeändert und bearbeitet werden, wenn durch reflektierende und anschließend überlegte Abstraktion eine Gedankenoperation zu einem Konzept auf der Ebene des Bewusstseins wird. Dieses verfestigt eine Bewegung, eine Anspielung, einen Fluss, eine Herleitung in einen Kristall, der sich aus Empfindungen, Gefühlen, Gedanken und symbolisierten Handlungen zusammensetzt.

III. 1. 3. Zum Therapiekontext

Clo (Name geändert) ist zum Zeitpunkt der Sitzung (23. 4. 2003) eine junge Frau von 18 Jahren. Sie besucht die Maturklasse eines großen Gymnasiums und bereitet sich für die Maturprüfungen im Juni vor (Literarischer und naturwissenschaftlicher Schwerpunkt). Zunächst bat ihre Mutter um eine Therapie für ihre Tochter, die wiederholt an Schlafstörungen, Essstörungen und gelegentlich auftretenden Lähmungen litt. Die Mutter hat sie während 3 Sitzungen zu meiner Praxis begleitet. Während der folgenden Sitzungen ist Clo allein gekommen. Die Sitzungen fanden ein Mal pro Woche statt. Zunehmend sprach sie über die enge Beziehung zur Mutter. Sie hat ihre Sitzungen bar bezahlt, während die ersten Sitzungen mit einem Scheck von den Eltern bezahlt wurden. Der vorliegenden Studie liegt die 14. Sitzung zu Grunde.

III. 1. 4. Kategorisierung der registrierten verbalen Indikatoren

Die folgende Auswahl entstammt der Aufzeichnung und der schriftlichen Niederschrift einer einstündigen Sitzung. Daher richte ich meine Aufmerksamkeit auf verbale Protokolle. Mein Anliegen wird es sein, darin der Spur der Entwicklung zu folgen, die die Aktualisierungstendenz durch die verschiedenen Schichten der Konzeptualisierung zieht, die nach und nach eine innere Instanz

⁵ Der Begriff „Prozedur“ scheint mir nicht ausreichend zu sein: Er beschreibt nur eine Komponente des Schemas, nämlich die Handlungsregeln.

der Bewertung bilden. Diese Markierungen kennzeichnen Manifestationen von:

- metakognitiven Aktivitäten der Bewertung, der Regulation und der Selbstreferentialität
- Konzeptualisierungen, die sich auf Objekte, Beziehungen und Situationen beziehen und die auf metaphorische Weise Rhythmen, Phasen und Bewegungen in Szene setzen
- Gedankenoperationen (Inferenzen, Implikationen, Bezugnahmen) oder Überlegungen

Diese drei Punkte werden zeigen, wie die Aktualisierungsaktivität der Person ihre Bereiche mit den Noten eines Symbolismus spielt, indem deren Nuancen und Entfaltungen explizit gemacht werden. Das zweite Verständnisebene reiht sich in einen Beziehungskontext ein, der durch Ko-Anpassungen und gemeinsame Bedeutungsschöpfungen gekennzeichnet ist. Sie beschreiben nicht nur die Beziehung, sie geben ihr auch Orientierung. Diese stützt sich auf eine Komplementarität der Ziele und der sich darauf beziehenden Vorwegnahmen.

IV. Klinische Elemente

IV. 1. Beispiele zur Illustration der metakognitiven Aktivität

a) Bewertung

1. Protokollauszug

Th. [1]: Sie scheinen sich eine richtige Frage zu stellen: Wieso mit auf-räumen Zeit verlieren, wenn Sie sich anschließend eh in dem, was Sie das „Gewühl“ nennen, wiederfinden, welches für Sie eigentlich Ihre persönliche Ordnung darstellt?

Clo [1]: Ich weiß, dass es mehr Rituale sind, kleine Gewohnheiten, denn ich sage mir, wenn ich es nicht in der gleichen Reihenfolge tue, wird mir etwas zustoßen, oder ich werde schlechter schlafen, mein Tag wird schlechter werden. Wenn ich einmal etwas gemacht habe und mir danach nichts Schlimmes zugestoßen ist, *wird es zu einer Gewohnheit, die ich schlecht erklären kann.*

b) Regulation

2. Protokollauszug

Th. [5]: Es scheint, als würden Sie sich jetzt mehr zutrauen.

Clo [5]: Ja, von Zeit zu Zeit sage ich mir: Schau mal, dazu bin ich fähig ... es ist ein Durcheinander, man versteht nichts, aber ich bin in der Lage woanders zu suchen.

c) Selbst-Beziehung (Autoreferenzierung)

3. Protokollauszug

Th. [6]: Sie sagen, dass Ihr Durcheinander Ihre ganz persönliche Ordnung ist.

Clo [6]: Ja, ein wenig schon, doch: *meine Unordnung ist meine Ordnung! Das lässt mich daran denken, dass es im Tanz genau so ist:* am Anfang achtet man auf die Tanzschritte, die man vorführt. Danach fährt man fort und tanzt das ganze Lied, ohne sich vorzubereiten. Natürlich, wenn man sich vorbereitet ... denn ich sagte mir: deine Unordnung bereitest du schon vor. *Das ist es in der Tat: meine Unordnung vorbereiten.*

Kommentar zu den Protokollauszügen 1, 2 und 3

Die metakognitive Aktivität der Bewertung und Regulation begünstigt die Konzeptualisierung einer Bewegung, die durch Phasen beschrieben und zu Objekten selbstreferenziellen Denkens werden (Clo [6]). Ich bemerke, dass Clo (Clo [6]) sich einen Prozess zu eigen macht, der in gleicher Weise auf implizite Art in der Aktivität des Therapeuten enthalten ist. Sie drückt es über ein Bild aus, in dem eine Folge von Stufen zusammengefasst sind („am Anfang ... achtet man ... Danach fährt man fort und tanzt das Lied ohne Vorbereitung weiter ...“). Die Aktivität der Bewertung (Clo [1]) verdeutlicht den etwas zwanghaften Mechanismus einer geschlossenen Kausalität („wenn ich es nicht in der gleichen Reihenfolge mache, wird mir etwas zustoßen“). Der Mechanismus wird konzeptualisiert durch „es wird eine Gewohnheit“ (ebenfalls Clo [1]).

IV. 2. Erfassung der Objekte und Operationen des Denkens

4. Protokollauszug

Th. [7]: Es scheint mir, dass Sie *eine Beziehung zwischen einem Ritual und einer Art Schutz herstellen*, etwas, was funktioniert.

Clo [7]: Wenn ich doch *eine Zauberformel* hätte, um dies aufzuhalten!

Th. [8]: Eine *magische Ordnung!* ...

Clo [8]: Ja, genau! Das ist es ... Denn die Magie interessiert mich. Das interessiert mich ziemlich. Ich habe es gern, also habe ich mehr Mühe davon loszukommen.

Kommentar zum 4. Protokollauszug

Das Konzept „Zauberformel“ synthetisiert und drückt für sich allein schon die Flut von Ritualen, Gewohnheiten und Handlungen aus (Clo [7]), deren beruhigender Charakter den etwas zwanghaften Aspekt garantiert (Clo [8]).

5. Protokollauszug

Th. [9]: Es gibt etwas wie eine etwas magische Tendenz, die Sie mögen: „das, dann löst das jenes aus“.

Clo [9]: Ja. In der gleichen Art wie zum Beispiel „nach der Mühe die Belohnung“. Und da ist es das Gleiche, *es sind immer Ursachenbeziehungen*. Ursachenbeziehungen lassen immer gleich an *Schicksal denken*. *So kann ich voraussehen, ob mir etwas gelingen wird. Wenn ich dies, das und jenes mache, wird dies und das geschehen ...*

Kommentare zum 5. Protokollauszug

Außer dem „Schicksal“-Konzept bemerke ich, dass Clo der Reihe nach ihre Überlegung durch Inferenzen explizit macht. Das Aktionstheorem nimmt die Form des Satzes „es sind immer Ursachenbeziehungen“ an.

6. Protokollauszug

Th. [10]: Nehmen Sie sich damit Zeit. Sie befinden sich am Scheideweg, wo es zwei Kräfte gibt ...

Clo [10]: Ja, aber, vielleicht funktioniert es im anderen Sinn auch. Das lässt mich denken ... Ich würde gern verstehen, *doch das macht mir Angst*, denn es

gibt ja das Unbekannte. Und weil, da ich ja selber gerne möchte und weil *ich kein gutes Mädchen bin*, es nichts Gutes sein kann. Ich habe Schwierigkeiten es zu erklären! (Lachen). Meiner Meinung nach *bin ich kein gutes Mädchen, wenn ich etwas mag, kann es folglich nichts Gutes sein*.

Th. [12]: Es ist, als würde es Sie faszinieren, in den Augen der anderen als anziehend betrachtet zu werden, aber gleichzeitig beängstigt es Sie.

Clo [12]: Genau, die *Anziehung* ist beängstigend.

7. Protokollauszug

Th. [13]: Das Meer beruhigt Sie.

Clo [13]: Ja. Als bräuchte ich ... Ich weiß nicht, ich hatte schon letztes Mal die Gegenüberstellung von Wasser, von Meer gemacht, um mich zu beruhigen... Ich weiß nicht, ob ich diese Gegenüberstellung gemacht habe. Ja, als wenn das Wasser mein Feuer ein wenig beruhigte. Zwar ist auch im Sturm Bewegung, und es ist als würde mich dies etwas beruhigen. *Durch den Sturm gehe ich aus mir heraus, und die ruhige Bewegung der Wellen, das beruhigt ein wenig*.

Kommentar zu den Protokollauszügen 6 und 7

Die obenerwähnten Aussagen (Clo [10] und Clo [11], kursiv) zeigen, wie sich die Inferenzen verwurzeln und ausgehend von einer Repräsentation des Selbst funktionieren („ich bin kein gutes Mädchen“). Clo konzeptualisiert die Bewegung, die eine sie beängstigende Eigenschaft ihres Funktionierens („die Anziehung“) besänftigt (siehe Clo [13] „Durch den Sturm ... Das beruhigt ein wenig“).

Von der Peripherie („was mich anzieht, beängstigt mich“) zum Zentrum (dem Selbstbild), webt sich diese Beziehung, die auf der Angst und der Anziehung beruht. Die Gleichwertigkeit macht für eine Weile die Beziehung von sich zur Welt und von sich zum Selbst rigide.

8. Protokollauszug

Th. [14]: Wenn Sie von einem Bedürfnis reden, reden Sie von einem tiefen Bedürfnis, vital ...

Clo [14]: Ja, wie um ein Mangel zu füllen. Aber nicht mit den Leuten, die ich kenne und gern habe. Da ist es mir möglich, im Abseits zu bleiben. Ich kenne mich: wenn es jemand ist, den ich nicht kenne, *werde ich mich öffnen, ich werde mich identifizieren, also werde ich leiden: Ich sehe es wie ein Vampir*.

Kommentar zum 8. Protokollauszug

Abgesehen davon, dass „Anziehung“ ein Leidensrisiko darstellt, klingt das Konzept „Vampir“ wie eine Drohung des Identitätsverlustes. Der Vampir ist darüber hinaus ein von Paradoxen geprägter Archetyp, denn anziehend und faszinierend repräsentiert er das, was Clo am meisten Angst einflößt: Den Verlust von sich und ihres Einflusses. Die Konzeptualisierung des Prozesses der Anziehung/Zurückweisung führt die Bewegung der Bewusstwerdung auf das Gebiet der Grundrepräsentationen, auf die Organisatoren von Fluss und Rückfluss, von Annäherung und Entfernung; wie ein Zyklus, eine Atmung der Identität auf der Suche nach einem Meridian auf gleicher Distanz zu Angst und Anziehung.

IV. 3. Beispiele der Ko-Anpassung im Beziehungsschema „Klient-Therapeut“

9. Protokollauszug

Th. [16]: Das Unvorhergesehene zieht Sie an, und zur selben Zeit schützen Sie sich durch magische Formeln, durch Rituale.

Clo [16]: Ich habe das immer in mir: Dinge, die mich faszinieren und mich gleichzeitig ängstigen.

Th. [17]: Ein bisschen wie Objekte mit Doppelgesicht (...). *In der Tat gibt es zwei Wege: einer, der anzieht und ein Weg, der Angst einflößt*.

Clo [17]: Das ist es. In der Tat, wenn mich das anzieht, ist es eben, weil es mich ängstigt. So wie ich mich kenne, funktioniert es eher auf diese Weise. Bestimmt, es ist in diesem Sinne. Wenn mir etwas Angst macht, ist es, weil es mich anzieht und ich versuche darin all das zu sehen, was mich fasziniert.

Kommentar zum 9. Protokollauszug

Die Empathie erscheint immer mehr wie ein Verhalten, welches das bei Clo vorhandene Implizite thematisiert (vgl. Clo [16], Th. [17], Clo [17]).

Die Spiegelung bedarf dieser langsam vorankommenden Arbeit der Anpassung, des Abstimmens der persönlichen Resonanzen der Klientin quer durch die Verästelungen des geteilten Schemas. Es handelt sich um ein Format, das Bedeutungen hervorbringt und klassifiziert, wie sie Jérôme Bruner im Begriff der gemeinsamen Aufmerksamkeit beschreibt (Bruner, 1975).

Das zweifache Schema begünstigt die Konzeptualisierung einer Ko-Existenz der beiden Tendenzen (in Th. [16] und Th. [17]), indem es über eine einfache statische Konfrontation hinausgeht. Clo (Clo [17]) zieht (Kommentar: „flux et reflux“ = Ebbe und Flut, Auf und Ab) eine sich in steter Bewegung befindende Schlussfolgerung, die sich in der Verknüpfung von Angst und Anziehung verankert, ohne eine der Tendenzen auszuschließen.

10. Protokollauszug

Th. [18]: Es gibt etwas in der Routine, das Sie ängstigt.

Clo [18]: Das lässt mich an die Seite von mir denken, die ich nicht mag, die alles vorhersehend, wo es immer dasselbe ist, wo es keine Überraschungen gibt, nichts Unvorhergesehenes. Denn das Unvorhergesehene flößt Angst ein, aber gleichzeitig bringt es Gefühle, das beschäftigt! Und da repräsentiert es die Seite, die in mir präsent ist und die ich nicht mag.

Th. [19]: Sie reden von einer Seite ohne Gefühle.

Clo [19]: Ja, das läuft auf den Tod hinaus, eigentlich. Ich denke dabei an ... das Spital, es ist flach.

Th. [20]: ... an ein Enzephalogramm.

Clo [20]: Genau! Das ist es!

Th. [21]: *Die Routine ist ein flaches Enzephalogramm, das den Tod repräsentiert*.

Clo [21]: Wie extreme Empfindungen. Ich mache mir Angst, ich bin froh darüber, mir Angst zu machen. Wie solche, die Extremsportarten machen; die Achterbahn, ich mag das nicht, aber es ist wirklich so, außer, dass es in meinem Kopf ist.

Th. [22]: Sie führen in Ihrem Kopf Extremsportarten aus?

Clo [22]: Ja, tatsächlich habe ich Empfindungen ... ich kreierte Empfindungen, um mich nicht zu langweilen.

Th. [23]: Es gibt Leute, die sich durch z.T. sehr gefährliches Training oder Körperbewegungen starke Empfindungen verschaffen. Bei Ihnen ist es durch eine sehr akrobatische Bewegung des Geistes, mit dem Sie sich Empfindungen produzieren.

Clo [23]: Ja, ja, ja! Als wäre ich manchmal in Trance ... aber ... dass ich mich wie eine Achterbahn nicht aufhalten kann, dass ich schon nach der ersten Abfahrt anhalten könnte, wenn es schließlich zu viel wird für mich. Aber ich kann nicht. Ich bin gezwungen das Ende der Fahrt abzuwarten, obwohl ich vom Moment an, wo es mir nicht mehr gef llt, ans Aufhören denke.

Th. [24]: Sie sagen, dass es in Ihrem Kopf eine Achterbahnfahrt ist, die nicht anhält und Ihnen entgleitet.

Clo [24]: Ja, es ist lustig, weil ich immer geglaubt habe, dass ich mich aufhalten kann. Es ist immer das Bedürfnis nach den zwei Extremen, das mich in der Mitte hält. Aber was ich gerne hätte, wäre, dass ich nicht mehr gezwungen wäre, durch die Extreme zu gehen.

Th. [25]: Durch ein Gefühl großer Ruhe, das Ihnen das Gefühl gibt, nicht am Leben zu sein, und andererseits auch von Gefühlen großer Gewalttätigkeit ...

Clo [25]: ... Die mir das Gefühl geben kann, lebendig zu sein.

Th. [26]: Als gäbe es eine Art Absenz oder Grenze, und Trunkenheit, ein bisschen wie ein Surfer oder Fallschirmspringer oder ich weiß nicht welcher Extremsport.

Clo [26]: Ja, ja, das ist es. Ich fühle mich nie zufrieden. Ich muss immer noch woanders suchen, wo was abgeht. Aber es hat Momente, da ...

Th. [27]: Es ist möglich, dass eine Bewegung, die Sie in einem Moment verspüren, Ihnen in einem anderen nicht mehr genügt. Als gehe es darum, eine höhere Intensität zu erhaschen.

Clo [27]: Als gehe es immer um mehr ... Erkenntnis... Aber es hat auch Momente, wo ich anhalten muss! Ich weiß sehr wohl, dass ich niemals alles werde leben können, alles sehen, alles sagen! Aber es ist, als wäre ich an einem Rennen, dass ich soviel wie möglich davon habe.

Th. [29]: an Erfahrungen.

Clo (28): Ja, auch an Erfahrungen.

Kommentar zum 10. Protokollauszug

Diese Passagen, speziell (Clo [18] bis [25]), zeigen, bis zu welchem Punkt ein gemeinsames Explizieren stattfindet, mit Zurückweisung, Wiederaufnahme und Ergänzung eines mehr und mehr miteinander geteilten und koordinierten Erlebens.

Die Äußerungen (Th. [19] – Clo [19] – Th. [20]) – (Clo [22] – Th. [23] – Clo [23]) – (Th. [25] – Clo [25]) – (Clo [27] – Th. [28] – Clo [28]) beschreiben beispielhaft zwei fundamentale Aspekte, die im Verlauf der Beziehung auftauchen.

Der erste betont, dass Empathie ein auf Simulation beruhendes konzeptualisierendes Verhalten ist, das eine Bedeutung besitzt, die mehr oder weniger implizit in der Welt von Clo enthalten ist. Ich würde hier von einem empathischen Schema reden. Dieses geht hervor aus dem Zusammenfügen und Teilen der Resonanzen, die sich mit der zunehmend übereinstimmenden Mikrokultur zwischen Therapeut und Klientin einstellen. (siehe v. a. (Th [23] – Clo [23])).

Der zweite Aspekt: Die Konvergenz und die Schnittlinien der Bedeutungen bezwecken die Klärung des funktionellen Aspekts dieses

interpersonellen, von Grund auf altruistischen Schemas. Sie geht zurück auf die simultane Übersetzung durch Organisatoren, welche dem einen wie dem anderen eigen sind. Es handelt sich nicht, wie Sachse (2003) behauptet, um „Rekonstruktion von Sinn“ nur seitens des Therapeuten, sondern um eine gemeinsame Symbolisierung von Beziehungs- und semantischen Invarianten. Diese fließen zusammen in ein sich doppelt aktualisierendes Verstehen (siehe (Clo [19] – Th. [20]) (Th. [23] – Clo [23])). Diese dynamische Konstruktion von veränderlichen Bedeutungen findet in den oben angefuhrten Dialogen ihre ganze Kraft und Entfaltung. Das duale Schema ist das Gerüst einer Metapher, welche die Bewegung selber dieser Person begrifflich erfasst. Sie ist mehr ein „Leben freigeben“ als ein „Loslassen“.

IV. 4. Metaphorische Inszenierung von Situationen, Rhythmen, Phasen und intra- und interpersonellen Verbindungen

11. Protokollauszug

Th. [35]: Was ist das „Etwas“ ... können Sie es beschreiben?

Clo [35]: Es sind Erfahrungen, als würde ich ... nicht interessanter ... als hätte ich mehr ... ich habe Mühe die W rter zu finden (...) nun, ja, es gibt ein Bild, als wäre ich voller Schubladen, zudem voller möglicher Erfahrungen, und dass es mich immer mehr auff llt, und so wurde ich offener. Denn ich gehe vom Prinzip aus, dass man nicht von Dingen reden kann, die man nicht kennt. Je mehr Erfahrungen ich habe, desto mehr kann ich über verschiedene Dinge reden. Es ist ein Mittel, um mich mehr zu  ffnen.

Th. [36]: Sie möchten alle Neigungen entwickeln, die Sie in sich lebendig spüren.

Clo [36]: Ja, um aufzubl hen. Als wären es alles Blütenblätter der gleichen Blume und die sich eins nach dem anderen  ffnen. Keine öffnet sich auf einen Schlag. Es ist alles ein bisschen Schritt für Schritt. Alles ... wie soll ich sagen ... braucht seine Zeit, aber wenigstens bin ich sicher, dass ich alles auf der gleichen Ebene tue, dass ich die Zeit habe, alles auf die gleiche Weise zu machen.

Th. [37]: Sie möchten eine Blume sein, die in einer einzigen Bewegung aufbl ht, und jedes Blütenblatt entspricht einer Neigung, die ihr all die Kraft und Farbe gibt.

Clo [37]: Ja. Es ist komisch, mich wie eine Blume zu sehen. Das Bild ist sofort da. Aber doch das ist es!

Kommentar zum 11. Protokollauszug

In dieser Analogie einer Blume konzeptualisiert Clo szenisch die Wachstumsbewegung in jede der Richtungen, die sie in einem globalen und synchronen Aufbl hen bevorzugt.

Bei Th. [37] bemerke ich die Übereinstimmung, charakteristisch für das empathische Schema, welches durch seine Orchestrierung den Schwung des Bewusstwerdens stützt (siehe auch den Prozess des Mikro-Focusing, der sich beim Austausch (Th. [37] und Clo [37] manifestiert). Auf einmal ist das Bild nicht mehr statisch und photographisch. Es ist gefächert durch die Schubkraft der Inferenzen (Clo 35). Diese geben ihm Form und Strömung, sie dokumentieren durch Nachbildung die Vielfalt der Erfahrungen, und diese sichern die Entfaltung eines operativen Verstehens.

12. Protokollauszug

Th. [39]: Alles in Ihnen muss sich gleich entwickeln und die gleiche Chance haben, was Sie nicht möchten... ist, ich würde sagen, rassistisch handeln.

Clo [39]: Ja, ja, das ist es.

Th. [40]: Sie reden da von einer *Demokratie*, einer echten innerlichen Demokratie, einer Demokratie Ihres Geistes, Ihrer Neigungen und der Blüten Ihres persönlichen Aufblühens.

Kommentar zum 12. Protokollauszug

Beim Therapeuten manifestieren und verdichten sich die von Clo verspürten Bedeutungen (Bsp. Th. [39]: „ich würde sagen, rassistisch“ und Th. [40]: „einer Demokratie (...) einer Demokratie Ihres Geistes“).

13. Protokollauszug

Th. [41]: Sie möchten Anderen Erfahrungen anbieten, die Sie selbst erlebt haben.

Clo [41]: Ja, und die mich bereichern haben. *Es sind alle gleichwertig, aber nicht alle gleich.* Es ist ganz und gar nicht so. *Sie sind alle unterschiedlich, aber ergänzend.* Das, was ich erlebt habe, was mir gefällt, was mir gefallen hat, werde ich jemandem nahe bringen, der mir auch etwas beibringen wird.

Kommentar zum 13. Protokollauszug

Durch das explizite Theorem (bei Clo [41]) präzisiert und verfeinert die junge Frau die Architektur, die einer kohärenten Logik zwischen dem Gefühlten und der Handlung Form und Orientierung verleiht. Sie vermeidet eine Dissonanz, indem sie die interne Reflexivität voranbringt und bestätigt, welche für die Konzeptualisierung des Wertes ihrer Erfahrungen nötig ist.

14. Protokollauszug

Th. [43]: Sie reden von verschiedenen Bereichen, einer Welt von Blütenblättern. Können wir diese zusammen besuchen?

Clo [43]: Es gibt die Grafik, die Malerei, die Musik, es gibt die Familie. Man muss sich nicht zwingen. Es ist natürlich, die Familie, die Freunde, der Traum, die Phantasie. Und schließlich auch das Manuelle. So, all das. Die Lektüre, bei der man abtauchen kann.

Th. [44]: Und Sie möchten all diese Bereiche entwickeln, all diese Blütenblätter.

Clo [44]: Alles Kreative, genau! Mit der Phantasie zu kreieren und dem danach eine konkrete Form geben. Das ist es. *Die unterschiedlichen Blütenblätter vereinigen sich, um eine Handlung zu erzeugen.* Jedes ist ein Kettenglied der gleichen Kette: *Jedes Blütenblatt bildet ein Resultat.*

Kommentar zum 14. Protokollauszug

Kreieren ist der Zielinhalt, auf den alle Aktivitäten und Affinitäten ausgerichtet sind, die zur Aktualisierung des Lebenspotentials von Clo beitragen (Clo [43]). Mir fällt der klare Ausdruck des Aktionstheorems auf, der sich in den Sätzen „die unterschiedlichen Blütenblätter vereinigen sich, um eine Handlung zu erzeugen“ und „jedes Blütenblatt bildet ein Resultat“ manifestiert (Clo [44]). Auch das Objekt „Kette“ ist ein Begriff, welcher sowohl eine Bewegung wie ein Handlungsmoment, eine Variation und eine Finalität koordiniert verdichtet.

15. Protokollauszug

Th. [46]: Sie fühlen, dass es in jedem Blütenblatt eine Neigung hat zu wachsen, die ihm eigen ist und die Sie pflegen müssen.

Clo [46]: Ja, denn ein Blütenblatt zu vernachlässigen, wäre wie ein Teil von mir zu vernachlässigen.

Th. [47]: Und ein Blütenblatt nicht zu entwickeln, bedeutet das Risiko der Langeweile einzugehen, der Routine und des Todes dieses Blütenblattes.

Clo [47]: Ja, denn je mehr Wahlmöglichkeiten und Neigungen ich habe, desto weniger werde ich mich langweilen. Also; wenn ich einen vernachlässige, werde ich mich eher langweilen (beschreibt eine kreisförmige Bewegung mit der Hand). Wenn ich – im Kreis gehend – ein bisschen von diesem und jenem mache und je mehr ich habe, desto länger ist die Runde, also wenn ich wieder zum 1. Blütenblatt zurückkomme, wird es eine lange Zeit her sein, dass ich nicht hier war, also werde ich wieder froh sein (...).

Kommentar zum 15. Protokollauszug

Diese Konzeptualisierung von Phasen mit Wiederkehr hört sich wie eine Reise an, eine Schleife, bei der jede Wegbiegung Wiederbegegnungen mit zurückgelassenen Unterzielen bringt. Deren verfremdender Aspekt gibt Clo eine Fülle von Entwicklungschancen. Die Inferenzen verwurzeln sich im Aktionstheorem, das ich folgendermaßen formulieren kann: [Reichtum und Vervielfältigung der Phasen] → [Verlängerung einer spiralartigen Rückkehr auf vorübergehende Phasen, die sich erneuern].

16. Protokollauszug

Th. [48]: Zurückkommen und von einem Blütenblatt zum andern oder von einem Bereich zum anderen übergehen, das ist jedesmal so wie etwas Neues kreieren, denn wenn Sie zum Ausgangspunkt zurückkommen, entdecken Sie es wieder und vielleicht ist es inzwischen gewachsen.

Clo [48]: Ja, ja, ja ... !! Und jedesmal geht es darum, zu lernen, es wieder neu zu entdecken und es zu vertiefen, damit es sich etwas mehr öffnet. Es gibt da eine erste Phase, wo man das aufholt, was man verloren hat, und eine zweite Phase, wo man etwas wächst. Aber nicht zu viel, damit die anderen ebenfalls Zeit haben, größer zu werden.

Kommentar zum 16. Protokollauszug

Es sind zwei Bemerkungen: Die eine bezieht sich auf das Empathieschema, das von der Koordination der Bewegung der Klientin und dem Annäherungsrhythmus des Therapeuten in seinem Kontext ausgeht. Die andere berührt die Umwandlung der Konfigurationen der Klientin, indem sie Operationen des Vergleichens und der Gleichgewichtskräfte generiert (Clo [48]).

17. Protokollauszug

Th. [50]: Soll ich es so verstehen, dass die *Routine das Verkümmern der verschiedenen anderen Blütenblätter bedeutet?*

Clo [50]: Ja, genau das ist es! Und es ist nicht gerecht: denn wieso eins und dann nicht das andere! Ich habe – wie soll ich es sagen – nicht nur *meine Arbeit zu entwickeln.* Ich habe auch das, was ich in mir habe. Ich will das, was man von mir erwartet, nicht bevorzugen: die Arbeit und dann mein persönliches Aufblühen für die Arbeit im Stich lassen. Nein, da ist es ungerecht.

Kommentar zum 17. Protokollauszug

In Th. [50] erlangt die propositionelle Operation „Routine“ durch eine Nominalisierungsoperation den Status eines Objekt-Konzepts „Verkümmern“. Die Konzeptualisierung (in Clo [50]) ist der bewusste Ausdruck sowohl der internen Bewertungsinstanz als auch des Bedingungskontextes, der bis dahin bloß eine Facette des „Ich“ begünstigt hatte („Ich habe nicht nur meine Arbeit zu entwickeln“).

18. Protokollauszug

Th. [50]: Es gibt etwas wie ein neues Vertrauen: zu entdecken, dass Sie sich nicht mit bloß einem einzigen Bereich befassen, sondern dass Sie sich auch um die anderen kümmern werden, die auf jeden Fall weiter wachsen werden. Es ist ein bisschen wie den anderen Blütenblättern die Freiheit wiederzugeben, ohne dass sie unbedingt beaufsichtigt werden müssten. um weiterzuwachsen ...

Clo [50]: Ja, ja, das ist es! Es ist wie ein Elternteil, als ob, genau, als wäre ich stets hinter meinen Kindern her, um sie aufwachsen zu sehen „Schau, du weißt, dass du das nicht machen sollst!“. Man muss Vertrauen geben, man muss loslassen können, dann, gut, wenn es Dinge gibt, die nicht gehen, muss man doch darauf schauen.

Th. [51]: Von Zeit zu Zeit einen Blick darauf werfen.

Clo [51]: Ja, genau, um zu überwachen, man weiß ja nie, damit es nicht einen Weg einnimmt, der zu ...

Kommentar zum 18. Protokollauszug

Clo (siehe Clo [51]) gewährt sich für ihre inneren Bereiche die Sicherheit, die ein Elternteil bietet. Obwohl die Verinnerlichung des wohlwollenden Elternteils – (Differenzierung des Selbst in eine Konfiguration elterlichen Schutzes) – ein Beleg dafür ist, dass die Bildungsstätte der Möglichkeiten bestens gefördert wird, ist die Wertschätzung, die Clo sich selbst entgegenbringt, für mich fraglich; die elterliche Aufsicht drückt sich gar sehr durch eine Flut von Vorschriften mit Erziehungscharakter aus.

19. Protokollauszug

Th. [56]: Es gibt da etwas, das aufscheint: dadurch, dass Sie zugelassen haben, dass andere bei Ihnen Chef sind, haben Sie nur ein Blütenblatt begünstigt...

Clo [56]: Ja, ja, es stimmt. Jedes Mal wenn die Andern einen Aspekt mögen, begünstigen sie es zum Nachteil der anderen. Hingegen, wenn ich die Chefin bin, gibt es keine Bevorzugungen. Und es ist wirklich wichtig für mich, weder zu bevorzugen noch zu benachteiligen, dass ich schließlich für mich, für meine Persönlichkeit, *die beste Chefin für mich bin*.

Th. [57]: Und wie fühlen Sie sich dabei?

Clo [57]: Nun, ich fühle mich ... als ob es ein bisschen träumen lässt, als wäre ich die Chefin, aber nicht eine böse Chefin, nicht eine Chefin, die man nicht mag, eine die vor ihren Mitarbeitern auf der Lauer ist.

Kommentar zum 19. Protokollauszug

Der externe Blick pflegte bisher nur eine Facette von Clo, die diese gemäß den exzentrierten Vorlieben übernahm. Clo Konzeptualisiert hier die dynamische Unterscheidung der innerlichen Bewertungsinstanz „Chefin“ (in Clo [56] und [57]).

Die Schlussfolgerung der persönlichen Tendenz, sich selbst zu organisieren, wird ausgedrückt durch einen Satz, welcher folgendes Aktionstheorem Konzeptualisiert: „schließlich bin ich für mich die beste Herrin“ (Clo [56]), er gewinnt damit den Status einer Handlungsleitlinie.

V. Allgemeine Schlussfolgerung: die „Organisaktion“⁶ der Aktualisierungstendenz

Meine Untersuchung war v. a. auf den Ausdruck der Aktualisierungstendenz in den verschiedenen Aspekten der Konzeptualisierung gerichtet. Sie mündet in zwei komplementäre Richtungen:

- 1.) Das Studium des evolutiven und prozessualen Sequenz der Bewusstwerdung. Diese zeigt sich:
 - a) in der Manifestation meta-kognitiver (Bsp. Clo [1]), evaluativer (Bsp. Clo [5]) und selbstreferenzieller (Bsp. Clo [6]) Aktivitäten, die sich in Phasen konfigurieren und in einen Endpunkt münden: in die innere Bewertungsinstanz bei Clo [56] und [57].
 - b) in der Konzeptualisierung von Objekten, Gedankenoperationen (Clo [9] und [12]) und von Aktionstheoremen (Clo [57]).

2.) Das Aufzeigen einer Gesamtheit von Beziehungsschemata (duale Schemata) wird charakterisiert sich durch die Ko-Anpassung der gemeinsamen Konstruktion von Bedeutungen und Ausdrücken an den Schnittlinien. Diese führen ein Klima herbei, welches die interaktive Erfassung von Symbolisierungen, Orientierung und geteilten Echos (Bsp. Auszüge Th. [12] bis Clo [18]) fließen lässt.

3.) Schließlich habe ich die perspektivische Sicht der Entwicklung selber aufgezeigt, die bei Clo, wie mehrere Metaphern zeigen, in Realzeit Rhythmen, Strömungen und Phasen beschreibt. Diese sind wie Tonleitern mit Noten und Pausen, sie machen auf symbolische Weise die Nuancen und Facetten der Aktualisierungstendenz explizit (siehe Clo [30] bis (42), (51) bis (53) für die wichtigsten Auszüge). Diese entspringt mehreren Aktivitätsorganisatoren, Aufklärern, die auf der Ebene des Bewusstseins reflektieren, was in Bewegung ist, wie es ist und worauf hin es ist (die gemeinsam geteilte Evolution einer inneren Bewertungsinstanz). Man könnte einwenden, die Bemerkungen des Therapeuten (z. B. Th. [1] – [6]) beeinflussen die Organisation der Sprache bei der Klientin, weil die Verbindung zwischen der Konzeptualisierung beim Therapeuten und die Modifikationen, die durch die Verbalisierungen der Klientin auftauchen, unklar bleibe. Aber die empathische Haltung akzentuiert nicht einfach die Bedeutungen, die durch induzierende Äußerungen selegiert würden. Sie bildet sich aus den Fasern der

⁶ Wortneuschöpfung, entliehen bei Edgar Morin (1977). Die T1-Methode. Seuil: Point.

referenziellen Funktion, die dem Sprechakt eigen ist⁷. Dass sie hervortritt, scheint anzuzeigen, dass die Aktualisierungstendenz der Konzeptualisierung der Elemente des dualen Schemas im Kern der Beziehung entspringt (siehe Austausch Clo [19] – Th. [20] – Th. [25] – Clo [25] oder auch Th. [56] – Clo [56]).

Ich habe in meiner Studie versucht, mittels klinischer Beispiele die Effekte der Reflexivität auf die Bewegung des Lebens zu beschreiben, die sich am Schnittpunkt zweier aufeinander eingestimmter Bewusstseins manifestiert.

Ich gelange zu folgendem Schluss:

A – die Beziehung erleichtert die Konzeptualisierung der Bewegung selbst, sie wird gestützt durch bedeutsame Erfahrungen, die in Metaphern übersetzt werden. Die Aktualisierungsbewegung besteht sicher nicht in der einfachen Erhellung von etwas, was implizit „schon da“ wäre.

B – durch den Ausdruck der Klientin generiert die Aktualisierungstendenz je nach Umständen Schemata, die für einen zunehmenden Komplexitätsgrad repräsentativ sind, und sie führt sie zur Konzeptualisierung der Bewegung des Lebendigen, das sich lebt und sich erkennt.

Die Konzeptualisierung entspringt einer Rekonstruktion – Auflösung – Wiederanpassung auf der Ebene des Bewusstseins. Diese Flussdynamik nimmt Form und Logik an durch den Raster von Denkopoperationen, Konzepten und Sätzen und ist mit bedeutsamer Erfahrung verknüpft. Sie beschreiben eine Schleife, die genährt wird vom interpersonellen Schema mit seiner sequentiellen Bewegung und seinen symmetrischen und altruistischen Akzelerationen.

Für eine weitere Untersuchung nehme ich mir vor, die Effekte dieser Bewegung beim Therapeuten auf der Ebene der Entwicklung seiner eigenen Einstellungen zu untersuchen und zu beschreiben. Denn es gibt eine Synergie des gegenseitigen Austausches, die erhellend ist, aber hier noch kaum angeschnitten wurde.

Literatur

- Bruner, J. (1975). *Le développement de l'enfant savoir faire, savoir dire*. Paris: P.U.F.
- Gendlin, E. (1970). A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne (Eds.), *Personality change* (pp. 100–148). New-York: John Wiley (Orig.: 1964).
- Inhelder, B. & Caprona, D. (1985). Constructivisme et création de nouveautés: introduction. *Archives de Psychologie*, 53 (204), 7–17.

- Jakobson, R. (1963). *Essais de linguistique générale: Les fondations du langage*. Paris: Editions de Minuit.
- Johnson, M. (1983). *The body in the mind: the bodily basis of meaning, imagination, and reason*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lamboy, B. (2003). *Devenir qui je suis. Une autre approche de la personne*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Leplat, J. (1985). Les représentations fonctionnelles dans le travail. *Psychologie Française*, 30 (3/4), 269–275.
- Lerbert, G. (2004). Carl Rogers et la pensée constructiviste complexe. *Carrière-ologie*, 9 (3/4), 431–440.
- Merleau-Ponty, M. (1942; 1977). *La structure du comportement* (8. ed.). Paris: P.U.F.
- Piaget, J. (1936; 1977). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant* (9. ed.). Paris: Delachaux et Niestlé (dt.: *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*. Stuttgart: Klett, 1975 bzw. München: DTV, 1992).
- Piaget, J. (1974). *La prise de conscience*. Paris: P.U.F.
- Piaget, J. (1967; 1992). *Biologie et connaissance*. Paris: Delachaux et Niestlé (dt.: *Biologie und Erkenntnis*. Frankfurt/M.: Fischer, 1983).
- Rogers, C. (1942a/1989). *Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin, 1942; frz. 1989: *Relation d'aide et psychothérapie*. Paris: ESF.
- Rogers, C. (1961a/1990). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin; frz. 1990: *Le développement de la personne*. Paris: Dunod.
- Sachse, R. (2003). Changements nécessaires au concept processuel de la thérapie centrée sur le client. *Mouvance Rogerienne*, 5, 52–54.
- Varela, F., Thompson, E. & Rosche, E. (1993). *L'inscription corporelle de l'esprit. Sciences cognitives et expériences humaines*. Paris: Seuil.
- Vergnaud, G. (1985). Concepts et schèmes dans une théorie opératoire de la représentation. *Psychologie Française*, 30 (3/4), 245–251.
- Vergnaud, G. (2000). De Revault d'Allonnes à une théorie du schème aujourd'hui. *Psychologie Française*, 45 (1), 35–50.
- Vermersch, P. (2000). *L'entretien d'explicitation* (3. ed.). Issy-les-Moulineaux: ESF.

Autor

Gérard Mercier, Dr., *Diplom und Promotion in Psychologie (Sorbonne), Ausbildung in Personenzentrierter Psychotherapie (PCAI-France); arbeitet als Psychologe in einer Institution der Sonderpädagogik sowie als Psychotherapeut in freier Praxis.*

Forschungsschwerpunkte: Möglichkeiten zur Förderung der therapeutischen Beziehung im Personenzentrierten Ansatz. Psychologie der Entwicklung und des therapeutischen Prozesses.

Korrespondenzadresse

Gérard Mercier
9a rue des courtils
F-25000 Besançon
France
E-Mail: gerardmercier@minitel.net

7 Die referenzielle Funktion nach Jakobson (1963), zitiert von Bruner (1975, S. 169), „dient der Präzisierung des Bezugspunktes einer Botschaft, indem der Kontext der Interpretation einer gegebenen Aussage geklärt wird.“

Hermann Spielhofer

Psychotherapie als Prozess der Anerkennung

Zusammenfassung: *Psychotherapie, soll sie wirksam sein, besteht in der gegenseitigen Anerkennung von Therapeut und Klient und in der Folge in der Anerkennung und Wiedererlangung des eigenen Begehrens durch den Klienten. Für Rogers waren stets die Einstellungen und Haltungen des Therapeuten, sein Beziehungsangebot wesentlich für das gedeihliche Klima in der Therapie. Daneben ist jedoch für den Autor das Beziehungsangebot des Klienten sowie dessen Rollenzuschreibungen an den Therapeuten ein wichtiger Aspekt in der Therapie. Im Rahmen des gemeinsamen Übertragungs-Gegenübertragungsprozesses wird eine Atmosphäre, ein interaktioneller Raum geschaffen, in dem das abgewehrte organismische Erleben in Form von unbewussten Inszenierungen und maskierten Botschaften, gleichsam „zwischen den Zeilen“ einfließen kann. Damit wird die Dyade aufgebrochen durch ein Drittes. Durch die Aufhebung in den gemeinsamen Sinn- und Verstehenshorizont, in die symbolische Ordnung der gemeinsamen Sprache entsteht eine triadische Struktur, die es ermöglicht, die affektive Verstrickung in der Dyade aufzulösen. Durch die Symbolisierung des abgewehrten organismischen Erlebens, durch die (Wieder-)Einführung in die gemeinsame Kommunikation erhält die Sprache eine gestaltende Kraft für die Ausformung und inhaltliche Bestimmung unseres Erlebens wie unserer Bedürfnisse und emotionalen Bewertungen. Durch die gesellschaftlich vorgegebene Semantik und Syntax unserer Sprache kann die Wahrheit des Begehrens oder des organismischen Selbst aufgedeckt oder auch verschüttet werden, und Psychotherapie hat damit die Aufgabe, die Begriffe und sprachlichen Zeichen auf ihren aufklärerischen und emanzipatorischen Gehalt hin kritisch zu überprüfen.*

Schlüsselwörter: *Abwehr, Anerkennung, Empathie, Interaktion, Konstruktion, organismisches Selbst, positive Beachtung, Selbstkonzept, Symbolisierung, therapeutische Beziehung, Übertragung*

Abstract: Psychotherapy as a process of acknowledgement. *To be effective, psychotherapy must mutually acknowledge therapist and client, and consequently acknowledge and re-establish the client's own will. For Rogers, the attitudes of the therapist and the relationship he or she offers were always essential for a positive atmosphere in therapy. For the author, however, the relationship offered by the client and the roles he or she attributes to the therapist are also important aspects of therapy. In the context of the common process of transference and counter-transference we create an atmosphere, a space of interaction in which the denied organismic experiencing can "flow in" in the shape of unconsciously staged interactions and masked messages, almost "in between the lines". In such a way the dyad is interrupted by a third element. The integration in the common level of meaning and understanding, in the symbolic order of the common language, gives rise to a triadic structure, which makes it possible to dissolve the affective entanglement in the dyad. By means of symbolization of the denied organismic experiencing, by means of the (re-)introduction of common communication, language obtains a creative power for the shaping of our experiencing and for determining its content and our needs as well as our emotional assessments. The semantics and syntax of our language, which are socially determined, can be used to uncover or bury the truth. Therefore it is the task of psychotherapy to examine critically the terms and the linguistic signs with regard to their uncovering and emancipatory potential.*

Keywords: *Denial, acknowledgement, empathy, interaction, construction, organismic self, positive regard, self-concept, symbolization, therapeutic relationship, transference*

„Und ich dachte, dass das Leben die Dinge vorsätzlich verschweigt, dass es sich nur selten in die Karten blicken lässt, weil es in Wirklichkeit unterirdisch verläuft, wie ein Fluss im Karst.“
(Antonio Tabucchi, 2002, S. 24)

1. Theorie und Anspruch der Personzentrierten Psychotherapie

„Der therapeutische Prozeß“, betont Rogers (1977, S. 27), „läßt sich im weitesten Sinne als Antwort verstehen, welche die Einstellungen des Therapeuten im Klienten hervorrufen“. Er verweist damit auf den Umstand, dass sich der Klient in der Weise und in dem Ausmaß selbst wahrnehmen und anerkennen kann, in dem der Therapeut ihn wahrzunehmen und zu akzeptieren imstande ist. Entscheidender Wirkfaktor in der Personzentrierten Psychotherapie liegt damit in dem von Rogers immer wieder dargestellten Beziehungsangebot des Therapeuten, mit den entsprechenden Beziehungsvariablen. Sie stellt eine spezifische Situation dar, die sich wesentlich von Alltagssituationen unterscheidet, auch wenn die grundlegenden Erkenntnisse aus der Therapie, wie Rogers stets betont, für alle übrigen zwischenmenschlichen Beziehungen gültig sind. Während wir in Alltagssituationen (verbale und nonverbale) Botschaften mit unserem Gegenüber austauschen, so liegt das Augenmerk in der Therapie vor allem auf diesen Austauschprozessen selbst sowie dem Erleben, das damit verbunden ist; es geht um die Störungen, Brüche und Lücken im Dialog mit dem Therapeuten, um die inkongruenten Anteile der Kommunikation.

Als mir angeboten wurde, einen Beitrag darüber zu schreiben, „was in der Therapie tatsächlich passiert“, sagte ich erst einmal etwas leichtfertig zu. Nach fast zwanzig Jahren therapeutischer Tätigkeit sollte ich eigentlich wissen, worauf es ankommt und was in der Therapie *tatsächlich passiert*. Beim Schreiben dieses Artikels ist mir allerdings wieder bewusst geworden, wie komplex und vielschichtig sich der therapeutische Prozess sowie die Beziehung zum Klienten gestaltet und wie schwierig es ist, die relevanten Aspekte zu benennen, „auf den Begriff zu bringen“. Nun hat Rogers (1973, S. 134) ebenfalls diese Einmaligkeit und Vielfalt des therapeutischen Geschehens betont, aber auch von seiner tief empfundenen Verzweiflung berichtet, „angesichts der unglaublichen Komplexität der therapeutischen Beziehung“. P. F. Schmid (1997, S. 14) schreibt, unter Bezugnahme auf den französischen Philosophen E. Levinas, „einem Menschen begegnen heißt, von einem Rätsel wachgehalten werden“. Nun ist es gerade zu Beginn der Tätigkeit als Psychotherapeut nicht immer leicht, die Unsicherheit zu ertragen, sich dem Rätsel zu stellen, es wach zu halten und den Klienten mit seinen einzigartigen Eigenschaften, seinen Wünschen und auch Probleme-

men nicht gleich diagnostisch einzuordnen und zu klassifizieren, um daraus Sicherheit zu beziehen – wovor gerade Rogers immer wieder gewarnt hat.

Das Sich-Einlassen auf den Klienten bedeutet für den Therapeuten allerdings immer auch, sich selbst in Frage stellen zu lassen, neue Antworten zu suchen, sich mit dem Mysterium des menschlichen Daseins zu konfrontieren – wie Geburt, Person-Werdung, Leid und Tod –, das nie ganz mit unserem rationalen Verständnis und den reduktionistischen wissenschaftlichen Verfahren auflösbar ist. Basis und der Ausgangspunkt unseres Bewusstseins liegen zudem im Dunkeln, in den körperlichen Prozessen und in den vorsprachlichen, nicht symbolisierten Erlebnissen, die wir über die Selbsterfahrung nur teilweise reflexiv einholen und deuten können. Hier stoßen wir immer wieder auf Grenzen unseres Selbst-Verständnisses. Außerdem ist unsere Möglichkeit der (Selbst-)Erkenntnis durch das Selbstkonzept mit den darin repräsentierten Bewertungen verfälscht und lückenhaft; durch die Übernahme der Sichtweisen der relevanten Anderen sind wir von unserem eigenen Erleben getrennt. Rogers (1987, S. 52f) sieht darin „die grundlegende Entfremdung des Menschen“; „er ist nicht er selbst“ und „es entsteht eine neue symbolische Welt, die das Selbst bestärkt“ und „dadurch wird [...] das Erkennen der wirklichen Erfahrung völlig vermieden“. Selbsterfahrung ist daher stets ein offener und unabschließbarer Prozess. Es ist eine Annäherung an ein Original, das nicht vorgegeben ist; weder als im Menschen angelegtes Potenzial, wie das „wahre Selbst“¹ oder die „Weisheit der Natur“, noch als transzendente Instanz, wie eine „kosmische Vernunft“ oder ein „göttlicher Wille“; wir müssen uns vielmehr selbst als Leitbild entwerfen. Da wir angesichts unserer *Geworfenheit* in eine Existenz, deren Voraussetzungen wir nicht bestimmen können (Heidegger) und aufgrund unserer Vergänglichkeit keinen Absolutheitsanspruch mehr stellen können, sind wir gezwungen, auf unseren eigenen Daseinsentwurf hin zu handeln. Insofern ist es notwendig, das Menschenbild, die philosophisch-anthropologischen Grundlagen sowie die ethischen Prinzipien auszuweisen, an denen sich therapeutisches Handeln orientiert und zu legitimieren hat (Swildens, 1991; Linster/Panagiotopoulos, 1991; Spielhofer, 2001).

Aufgrund der Komplexität des Gegenstands, der epistemologischen Probleme und des ungeklärten Wissenschaftsbegriffs kann es nicht überraschen, dass es keine konsistenten geschlossenen theoretischen Systeme zur Beschreibung und Begründung der menschlichen Persönlichkeit und ihrer Störungen sowie daraus abgeleitete Handlungsanweisungen gibt. Auch im Rahmen des Personzentrierten Ansatzes sind wir gezwungen, die Lücken und Brüche durch unsere persönlichen Konzepte sowie mittels Intuition (geschult

1 So weist gerade Kirkegaard (1909, S. 225), von dem Rogers den Begriff des „wahren Selbst“ übernommen hat, darauf hin, dass es sich dabei um ein soziales, um ein gesellschaftliches Selbst handelt, das sich in Auseinandersetzung mit der Umgebung und den Lebensverhältnissen konstituiert.

durch unser Wissen und unsere Erfahrung) zu ergänzen und die Widersprüche aufzuheben. Allerdings entspricht dies ja ohnehin dem Verständnis Rogers', der stets vor Dogmatismus und Einseitigkeit gewarnt hat und Theorie als etwas Vorläufiges beschrieben hat – ein „fehlerhafter, sich immer im Wandel befindender Versuch“, der „als Anreiz für weiteres kreatives Denken dienen [sollte]“ (Rogers, 1987, S. 16). Auch Maureen O'Hara (1998, S. 14) weist darauf hin, dass wir es im Rahmen gesellschaftlicher und kultureller Entwicklungen stets mit neuen Gegebenheiten, wissenschaftlichen Paradigmen und, wie sie betont, mit neuen Mythen zu tun haben und „eine neue personzentrierte Psychologie“ kann daher „keinen Anspruch auf das letzte Wort erheben. Ein Teil von jedem neu entstehenden Mythos wird Unsicherheit, Rätsel und Vielfalt akzeptieren müssen als Gegebenheiten, mit denen man eher leben muss, und nicht so sehr als Widersprüche, die aufgehoben werden müssen. Es gibt [...] zahlreiche potentiell bearbeitbare Geschichten darüber, wie die psychologische Welt funktioniert. All diese Geschichten sind Bewusstseinsprodukte, immer offen für eine Neubearbeitung“. Auch diese Arbeit basiert daher zum Teil auf persönlichen Erfahrungen und Konzepten sowie den daraus abgeleiteten therapeutischen Handlungsanleitungen. Bei der Entwicklung einer eigenen persönlichen „Theorie“ habe ich jedoch versucht, dem Anspruch des Personzentrierten Ansatzes gerecht zu werden, sie am Menschenbild Rogers' und den ethischen Grundsätzen auszurichten. Andererseits habe ich versucht, dort, wo mir die Konzepte Rogers' zu undifferenziert oder unzureichend erschienen sind, Aspekte anderer Ansätze wie insbesondere der Psychoanalyse zu integrieren, auf deren Grundkonzepten ja auch der Personzentrierte Ansatz basiert, auch wenn Rogers sich immer wieder davon abzugrenzen versucht², oder der konstruktivistischen Erkenntnislogik.

Es erscheint mir wichtig, diese Begrenzungen im Auge zu behalten, um die Gefahr einer leichtfertigen Selbstgewissheit hinten zu halten und um dadurch aber auch die gegebenen Möglichkeiten besser ausschöpfen zu können. Auch wenn wir uns nicht auf einen Ausgangspunkt oder ein Referenzsystem beziehen können, und unsere Selbsterfahrung lückenhaft und verzerrt ist, so müssen wir davon ausgehen, dass Selbsterkenntnis grundsätzlich möglich ist, und ein „Ich“ oder Subjekt ansetzen als Vermittler zwischen organismischen Strebungen und Außenwelt sowie zur Konstituierung von „Realität“, im Sinne einer gemeinsamen Konstruktion von „Lebenswelt“, entsprechend der phänomenologischen Sichtweise, um Wunsch und Realität, Wahn und Wirklichkeit unterscheiden zu

können. Denn gerade die Behandlung von psychischen Störungen und Leidenszuständen erfordert ein verantwortungsvolles und geschultes therapeutisches Handeln, das der ständigen Reflexion bedarf, und zwar auf der Basis einer Störungslehre und der daraus abgeleiteten Therapietheorie, die dem derzeitigen Stand unseres Wissens entspricht. So wird auch im österreichischen Psychotherapiegesetz gefordert, dass sich die Ausübung der Psychotherapie auf der Grundlage einer wissenschaftlich-psychotherapeutischen Theorie des menschlichen Handelns zu vollziehen hat. Nur anhand eines solchen theoretischen Rahmens ist es möglich, die Botschaften des Klienten zu erfassen und darzustellen. „Bei dem Bemühen, den Patienten zu verstehen“ schreibt Finke (1994, S. 62), „spielt nämlich die Frage eine wichtige Rolle, woraufhin der Patient verstanden werden soll, innerhalb welchen Zusammenhanges der Sinn des zunächst noch Unverstandenen gesucht werden soll. Dieser Zusammenhang wird üblicherweise durch die Persönlichkeits- und Neurosentheorie, der sich der Therapeut verpflichtet fühlt, vorgegeben. Auf dem Hintergrund dieser Theorie sind die Phänomene, also z. B. bestimmte Erlebens- und Verhaltensweisen des Patienten einzuordnen“. Erst anhand eines theoretischen Modells, so ist hinzuzufügen, sind psychische Phänomene und Prozesse fassbar und darstellbar.

Rogers hat 1957 seine bekannten *notwendigen und hinreichenden Bedingungen* für die Psychotherapie beschrieben, bei denen es vor allem um das förderliche Beziehungsangebot für eine Veränderung beim Klienten geht, das bestimmt ist durch die Grundvariablen – Empathie, Kongruenz und positive Beachtung oder Wertschätzung. Diese Bedingungen basieren auf einem bestimmten Menschenbild und einem Konzept von Persönlichkeit, das vor allem charakterisiert wird durch die Fähigkeit des Organismus zu Wachstum und Selbstheilung: Die Klientenzentrierte Psychotherapie, so betont Rogers (1977, S. 15), „geht von folgender Grundhypothese aus: Jedem Menschen ist ein Wachstumspotential zu eigen, das in der Beziehung einer Einzelperson (etwa dem Therapeuten) freigesetzt werden kann“. Allerdings ist es schwierig, aus diesen allgemeinen Prinzipien Handlungsanleitungen abzuleiten und damit so etwas wie eine person-/klientenzentrierte Methode auszumachen, hat sich doch gerade in den letzten Jahren die Diskussion über die unterschiedlichen Strömungen, Varianten oder „Weiterentwicklungen“ sehr dynamisch, aber auch kontroversiell entwickelt, sowie auch darüber, was nun noch personzentriert ist und was nicht.³ Dies hat seinen Grund u. a. darin, dass sich Rogers selbst hinsichtlich der Methodik Klientenzentrierter Psychotherapie nur sehr allgemein geäußert hat und in seinen Darstellungen Hinweise auf konkrete Handlungen oder Interventionen meist fehlen. Insgesamt hat er Techniken einen geringen Stellenwert beigemessen; sie haben nur

2 Rogers übernimmt von der Psychoanalyse nicht nur die Konzepte des Unbewussten und der Abwehr, sondern auch Begriffe wie Internalisierung, Projektion, Rationalisierung usw. Er betont selbst: „Die klient-bezogene Therapie ist ein Produkt ihrer Zeit und des kulturellen Hintergrunds. Ihre Entwicklung wäre nicht möglich gewesen ohne das Verständnis für die unbewussten Bestrebungen des Menschen und seine komplizierte emotionelle Natur, das Freuds Beitrag zu unserer Kultur gewesen ist“ (Rogers 1972, S. 21f).

3 Vgl. dazu die in den letzten Jahren erschienenen Sammelbände: Frenzel, P. et al. (2001); Keil, W. W./Stumm, G. (2002); Iseli, C. et al. (2002).

insofern Bedeutung, schreibt er (1957, S. 183), als sie „ein Kanal“ werden können, „um die wesentlichen Bedingungen, die formuliert wurden, zu kommunizieren“. Sie können aber ebenso „Einstellungen und Erfahrungen zum Ausdruck bringen, die in scharfem Gegensatz zu den hier als Hypothese aufgestellten Bedingungen der Therapie stehen“. So hat Rogers immer wieder die Bedeutung und Autorität der *direkten und unmittelbaren Erfahrung* betont, ohne allerdings eine systematische Bestimmung der Möglichkeiten und Bedingungen von Erfahrung sowie deren methodische Fundierung zu entwickeln. Wir können heute nicht mehr davon ausgehen, dass es so etwas wie ein unverfälschtes, im Organismus vorgegebenes Erleben gibt, auf das wir zurückgreifen können; es ist nie voraussetzungslos, sondern stellt stets bereits eine Auslegung dar (Finke, 1999; Spielhofer, 1999, 2002). Maureen O'Hara (1999, S. 18) weist darauf hin, dass – entsprechend den neueren epistemologischen Ansätzen – die Person nicht vom Inhalt des Erkennens zu trennen ist, „Wahrnehmung und Bedeutung-geben aktive und kreative Prozesse sind“. Damit „müssen wir auch zugeben, dass Empathie, wie von Rogers [...] beschrieben, nicht möglich ist. Es ist für uns nicht möglich, unsere Subjektivität auf diese Art beiseite zu stellen. Ohne sie hätten wir keine Möglichkeit, in dem, was wir hören, einen Sinn zu finden. Außerdem macht uns jeder Anspruch darauf, mehr als es unsere Subjektivität je könnte, blind für die Art, in der unsere Vorurteile und Interessen unvermeidlich in all unserem Verstehen der Welt, in all unseren Bildern von unserer Welt und in all unseren Fragen einfließen“. Jede Wahrnehmung oder Erfahrung ist bereits eine Interpretation, oder besser Konstruktion auf der Basis unserer früheren Erfahrungen, unserer Bedürfnisse sowie unserer Intentionen. Dies betrifft auch die Erinnerungen unserer Lebensgeschichte, die ständig neu entworfen, *konstruiert* wird, „denn alle Vergangenheit ist bestimmt von meiner Gegenwart oder besser von meiner Zukunft, meinem Entwurf“ (Laplanche 1992, S. 470).⁴

Außerdem hat Rogers seine Therapiekonzepte im Laufe der Entwicklung seines Ansatzes immer wieder modifiziert, so dass es darauf ankommt, auf welche Phase oder welchen theoretischen Kontext man sich bezieht (Pfeiffer, 1995; Swildens, 1991; Finke, 1999). Auch wenn es Rogers nicht mehr gelungen ist, für die spätere Entwicklung seines Ansatzes, wie dem Konzept der „Begegnung“, eine ähnlich systematische und stringente Theorie zu formulieren, so sollten wir nicht versuchen, den *früheren* Rogers gegen den *späteren* auszuspielen, sondern wie W. M. Pfeiffer (1995, S. 27) betont, sollten uns „gerade die schwer überschaubaren Schriften der Spätzeit [...] vor die Aufgabe [stellen,] kritisch zu gewichten und zu wählen, das für uns Bedeutsame anzueignen und theoretisch zu durchdringen“.

Es erscheint mir vor allem notwendig, dem *Anspruch* dieses Ansatzes gerecht zu werden, wie er im Menschenbild und in den ethischen Anforderungen zum Ausdruck kommt. Dieser Anspruch besteht vor allem darin, das *organismische Selbst*⁵, zum Sprechen zu bringen, indem die Verzerrungen und Lücken im Erleben der Klienten aufgehoben werden, die durch die Bewertungsbedingungen, durch die Anforderungen und Botschaften der relevanten Anderen bzw. deren Repräsentation und Interpretation im Selbst entstanden sind.

Diesem abgewehrten organismischen Erleben, d. h. unseren Bedürfnissen, Gefühlen, Empfindungen, stehen Ängste gegenüber, die positive Beachtung und Zuwendung zu verlieren, abgelehnt und ausgeschlossen zu werden. Rogers weist auch darauf hin, dass durch die Abwehr des organismischen Erlebens Unsicherheit, Angst und Desorganisation entstehen. Es ist dies keine bewusste Entscheidung, wie Rogers (1987, S. 52) betont, „sondern eine natürliche, ja tragische Entwicklung während der Kindheit“. Um diese Abwehr aufrechtzuerhalten kommt es zu Verhaltensweisen wie Kompensationen, Zwängen, Phantasien, Projektionen und Rationalisierungen. „Die Person bemüht sich um ein Verhalten, das mit ihrem Selbstkonzept übereinstimmt. Aber ihr neurotisches Verhalten – in welchem das gesamte Sein der Person nach Erfüllung strebt – ist sogar für sie selbst unbegreiflich, da es im Widerspruch steht zu dem, was sie bewusst tun ‚möchte‘ – nämlich ein Selbst verwirklichen, das mit ihrem Erleben nicht mehr übereinstimmt“ (Rogers/Wood 1977, S. 122). Vor allem durch die Projektion der abgewehrten Impulse auf andere und durch die Rationalisierung, d. h. durch die Rechtfertigung des Verzichts auf das eigene Erleben, entsteht eine neue Sicht der Dinge, mit der der Klient versucht, dem Leiden einen Sinn zu geben. Dies ermöglicht es dem Individuum, die Inkongruenz im eigenen Erleben zu kaschieren und das Selbst vor bedrohlichen Erfahrungen zu schützen. Damit wird eine neue symbolische Ordnung geschaffen, d. h. das Kind *übersetzt* die Erfahrungen im Sinne seines Selbstkonzepts entsprechend der Tendenz, ein konsistentes und geschlossenes Bild von sich zu schaffen. Rogers selbst hat eine Reihe von Beispielen angeführt, wie Fehlanpassungen durch entsprechende Interpretationen kaschiert und gerechtfertigt werden, so etwa, wenn ein junger Mann, der sich als uninteressant erlebt, das Interesse anderer an seiner Person damit abwerten muss, indem er behauptet, dass ihn die betreffenden Personen ja nicht richtig kennen oder nur höflich sind; oder sexuelle Impulse werden von einer streng religiös erzogenen Frau als fremd, ichdyston wahrgenommen.

4 Die gemeinsamen Grundlagen sowie die Unterschiede zwischen dem phänomenologisch-hermeneutischen Verstehen und dem Konstruktivismus können hier nicht weiter ausgeführt werden, bedürfen m. E. allerdings auch noch einer Klärung vor allem im Hinblick auf das Empathie-Konzept im Personenzentrierten Ansatz (vgl. dazu Frenzel, 1991; Keil, 1997; Spielhofer, 1999).

5 Die Bezeichnung, „organismisches Selbst“ wird hier als Metapher verwendet und nicht – wie bei Rogers – als ein im Menschen angelegtes Potenzial, das es zu realisieren gilt. Es soll damit die Bedeutung der biologischen Konstitution oder der „menschlichen Natur“ bei der Ausbildung der Bedürfnisse und Wünsche betont werden, die sich im Austausch mit der Umwelt vollzieht; es geht hier um das grundlegende anthropologische Konzept, das auf den biologischen Anlagen gründet und den funktionalistischen Verhaltenstheorien oder den idealistischen Bewusstseinstheorien entgegengestellt wird (Spielhofer, 2002).

Das bedeutet, dass diese Rationalisierungen oder *Konstruktionen* zur Rechtfertigung des eigenen Leidens, die durch die Gesellschaft vorgegeben werden, gebrochen durch die individuellen Bewertungen in der Familie, sukzessive ersetzt werden müssen durch neue angemessenere Konstruktionen. „Der Weg der Entwicklung psychischer Reife, der Weg der Therapie, besteht in der Aufhebung dieser Entfremdung des menschlichen Handelns, der Auflösung der Bewertungsbedingungen“ (Rogers 1987, S. 52). Dabei soll der Klient in die Lage versetzt werden, die Gründe und Notwendigkeiten dieser bestehenden Konstruktionen und Lebensentwürfe mit ihren *Mythen* und *Alibis* (Swildens, 1991) zu verstehen, „als eine Biographie des Überlebens, des Bestehens, des Trotzdem-sich-Behauptens, geleistet mit Mitteln wie Vergessen, Verdrängen und dem Verfassen einer Lebensgeschichte nach dem Rezept der Schriftsteller, welche die Wirklichkeit durch die gewünschte Welt ersetzen. Sie [die neue Konstruktion] besteht darin, daß er versteht, dass es eine andere Biografie gibt, welche ihm verständlich werden läßt, warum er sich so verhalten hat, warum er diese Entstellungen nötig hatte“ (Cremerius, 1984, S. 410).

Dieses Wiedereinführen des Erlebens in die gemeinsame Kommunikation auf der Basis eines neuen Lebensentwurfs, der Abbau der dabei auftretenden Ängste ist nur in einer geschützten und vertrauensvollen Beziehung möglich, nur dadurch kann die oft schmerzhafteste Wahrheit des Begehrens, vielfach für den Klienten selbst nicht erkennbar, gleichsam „zwischen den Zeilen“ oder „unter der Hand“ zum Ausdruck kommen, im Anklingenlassen des eigentlich Unsagbaren.

Die therapeutische Beziehung

„Das Einzigartige dieses therapeutischen Ansatzes“, schreibt Rogers (1977, S. 15), „besteht darin, dass sein Schwerpunkt mehr auf dem Prozess der Beziehung selbst als auf den Symptomen oder ihrer Behandlung liegt“. Zentrales Moment und entscheidender Wirkfaktor in der Personzentrierten Psychotherapie liegt damit in dem von Rogers immer wieder dargestellten Beziehungsangebot des Therapeuten, das vom Klienten zumindest ansatzweise wahrgenommen werden sollte. Wie schon erwähnt, hat Rogers gerade in seiner Konzeption der therapeutischen Beziehung eine deutliche Wende vollzogen, und es erscheint mir wichtig, diese beiden Ansätze zu betrachten und in ihrer Bedeutung für den therapeutischen Prozess zu bewerten. In der früheren *klientenzentrierten Phase* ging es Rogers darum, ein wachstumsförderndes Klima zu schaffen und dem Klienten als sein „anderes Ich“ (*alter ego*) zur Verfügung zu stehen und ihn empathisch zu begleiten. Später, in der *personenzentrierten Phase* wendet er sich von dieser „Depersonalisation“ des Therapeuten zum Hilfs-Ich des Klienten ab und sieht die therapeutische Beziehung als „Begegnung“ von „Person zu Person“, wobei der Therapeut als eigenständige und reale Person dem Klienten gegenübertritt. Für

diese Wandlung sind mehrere Ereignisse verantwortlich, wie die schwierigen Erfahrungen Rogers' mit schizophrenen Patienten im Rahmen des Wisconsin-Projekts (Rogers et al., 1967), eine eigene, schwere seelische Krise, die ihn selbst in eine Psychotherapie führte, und schließlich die Begegnung mit Martin Buber und dessen Philosophie. Durch diese Begebenheiten erfuhr Rogers am eigenen Leib, wie W. M. Pfeiffer (1995, S. 27) betont, „dass es der aktiven Präsenz des Therapeuten [...] bedarf, sei es in Gestalt ermutigender und konkret hilfeleistender Zuwendung oder als entschiedenes und entscheidendes Intervenieren“. Es erscheint mir wichtig, diese beiden Konzepte vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen zu sehen und sie dementsprechend zu bewerten und nicht das eine auf Kosten des anderen zu betonen. Es geht vielmehr darum, die jeweiligen Beziehungsformen den Erfordernissen und Bedürfnissen des Klienten, seinen Beziehungserwartungen anzupassen. Dabei spielt die Art und Schwere der psychischen Störung des Klienten eine Rolle, seine Fähigkeit oder Bereitschaft, eine Beziehung aufzunehmen, oder die aktuelle Entwicklung im Rahmen des therapeutischen Prozesses.

Es spielt für den Fortgang des therapeutischen Prozesses sowie für die Entwicklung der Beziehung eine wesentliche Rolle, welche Aspekte der Therapeut berücksichtigt und auf welcher Ebene er interveniert. Finke unterscheidet verschiedene Arten der Beziehung, die unterschiedliche Aspekte berücksichtigen und verschiedene Interventionstechniken erfordern. Neben der „Arbeitsbeziehung“, in der vor allem der Rahmen, d. h. die Vereinbarung über die Bedingungen und Ziele der Therapie sowie die Dauer festlegt werden, beschreibt Finke (1999) die „Alter-Ego-Beziehung“, die „Übertragungsbeziehung“ und die „Dialogbeziehung“. Bei der ersteren geht es um die einführende, identifikatorische Teilhabe am Erleben des Klienten, wobei der Therapeut versucht, den inneren Bezugsrahmen des Klienten zu erfassen und sich als das andere Ich des Klienten zur Verfügung zu stellen. In einer Art stellvertretender Introspektion erkundet der Therapeut gemeinsam mit dem Klienten dessen inneren Bezugsrahmen. Dabei geht es auch um die emotionale Teilhabe, um ein Mitschwingen mit dem Erleben des Klienten. „Ziel ist es dabei“, betont Finke (1999, S. 26), „den Erlebnisraum des Patienten auch in seinen unbewussten Anteilen zu erspüren. Hierzu ist eine partielle Regression auch auf Seiten des Therapeuten nötig, so dass dieser auf der Ebene eines sehr elementaren Erlebens mit dem Patienten in Korrespondenz treten kann“. Im Rahmen der „Übertragungsbeziehung“ werden die im „Hier und Jetzt“ auftretenden früheren konflikthaften Beziehungserfahrungen thematisiert, die meist unbewusst auf den Therapeuten *übertragen* werden. Die Art und Inhalte dieser Übertragungen sind abhängig von der Person des Therapeuten, seinem Verhalten, aber auch von seinen Wünschen und Phantasien, die in die Interaktion einfließen. Die Aufgabe der Übertragungsanalyse ist es, die auftretenden Konflikte und die verfestigten Erlebnis- und Interaktionsformen, wie sie in der Beziehung zum Ausdruck kommen, zu thematisieren. Die Dialogbeziehung entspricht am ehesten den

Alltagsbeziehungen; während in den beiden vorher besprochenen Beziehungsformen der Therapeut als Person im Hintergrund bleibt, bringt er sich hier als authentische und reale Person ein und nimmt als Gegenüber Stellung zu den Äußerungen des Klienten. Durch die reale Gegenüberstellung bekommt der Therapeut Modellcharakter hinsichtlich der Beziehungsgestaltung, er kann seine Beziehungserwartungen und die Wirkung seines Verhaltens auf den Anderen überprüfen und korrigieren; es wird, wie Finke schreibt (ebd., S. 108), nicht primär die innere Welt, die innerpsychische Realität des Patienten thematisiert, sondern die äußere Realität, genauer die Wirklichkeit zwischen Patient und Therapeut. Bei dieser Darstellung der verschiedenen Beziehungsmodelle geht es Finke um unterschiedliche Interaktionsentwürfe in der therapeutischen Beziehung, die Bedeutungen und Funktionen der verschiedenen Beziehungsangebote darzustellen, um sie entsprechend den Konfliktkonstellationen und Übertragungsangeboten flexibel einzusetzen. Vor allem zu Beginn der Therapie und bei neurotischen Störungen erscheint mir die Alter-Ego-Beziehung sinnvoll, um die Selbstexploration des Klienten zu fördern, während die Dialogbeziehung in einer fortgeschritteneren bzw. in der abschließenden Phase der Beziehung zum Tragen kommen wird.

Es ist für den Therapeuten wichtig, auf welcher Ebene der Klient sich bewegt und etwas mitteilen will, bzw. welches Anliegen auf welcher Ebene am besten anzusprechen ist. Damit wird nicht nur der Prozess strukturiert und gesteuert, sondern auch die Beziehung zum Klienten gestaltet. Verschiedene Autoren wie H. Swildens (1991), R. Sachse und C. Maus (1991) oder J. Finke (1994) haben unterschiedliche „Stufen des Einfühlenden Verstehens“ vorgeschlagen, bei denen es um eine zunehmende Vertiefung des Verständnisses für das eigene Erleben geht. Finke (1994, S. 48ff) sieht im Wiedergeben des Sinnes der Klienten-Mitteilung in Form eines „einfühlenden Wiederholens“ eine erste Stufe, bei der auch die Gefühle angesprochen werden, die der Klient selbst noch nicht benennt, die aber in dem, was er sagt, anklingen. Auf der zweiten Stufe geht es um ein Erfassen des Bedeutungszusammenhangs zwischen einer bestimmten Situation und dem Erleben des Klienten. Damit soll dem Klienten klar werden, in welchem situativen Kontext bestimmte Gefühle auftreten. In der dritten Stufe, dem „selbstkonzeptbezogenen Verstehen“ soll der Bewertungsprozess der eigenen Erlebnisse aufgrund des Selbstkonzepts bzw. des Selbstideals für den Klienten einsichtig gemacht werden, während erst in einer weiteren Stufe auf den organismischen Bewertungsprozess Bezug genommen wird, auf das ursprünglich-ganzheitliche Erleben. Da dieses Erleben für den Klienten meist nicht oder nur schwer zugänglich ist, muss der Therapeut durch sein einfühlerisches Verstehen, das organismische Erleben, das sich am „Rande der Gewährwerdung“ befindet, aufgreifen und ansprechen. In einer fünften Stufe geht es nach Finke um das Einordnen von Erlebnissen auf der Folie der lebensgeschichtlichen Erfahrungen, so etwa kann die Verachtung einer Frau gegenüber Männern aufgrund der Identifikation mit der

Mutter und ihren Bewertungen begründet und einsichtig gemacht werden.

H. Swildens (1991, S. 57f) betont ebenfalls die Notwendigkeit, auf die jeweilige Situation und die aktuellen Bedürfnisse des Klienten Rücksicht zu nehmen und phasenspezifische Unterziele anzusetzen, insbesondere bei Menschen mit schwerwiegenden psychischen Problemen. So ist es bei bestimmten Störungen wie etwa bei Suchtkranken, bei Menschen mit Depressionen oder narzisstischen Persönlichkeitsstrukturen oft notwendig, die Motivation und das Vertrauen in die Therapie und die therapeutische Beziehung aufzubauen sowie bestimmte Strukturen (Setting) zu etablieren, auf deren Basis die Behandlung möglich ist. In einer zweiten Phase sollen, nach Swildens, die Symptome und deren Bedeutung für den Lebensvollzug des Klienten angesprochen werden. Dabei ist das empathische Verstehen von Bedeutung: „Erst wenn es mir glückt, mich in die schwierige Welt des Klienten zu versetzen, werde ich imstande sein, durch das Symptom hindurch oder entlang dem Symptom Zugänge zur Erlebenswelt des Klienten zu finden“ (Swildens, 1991, S. 65). In einer dritten Phase werden die Konflikte angesprochen sowie die Abwehr, die damit verbunden ist und in der Therapie als Widerstand gegen die Bewusstmachung auftritt, sowie gegen die Konsequenzen, die die Exploration und Bearbeitung der betreffenden Thematik haben kann. Hier ist es wichtig, den Ursprung und die Entwicklung der konflikthafter Übertragung zu rekonstruieren und einsichtig zu machen.

Sobald der Klient das Zimmer des Therapeuten betritt, entsteht ein bestimmtes Klima. Ebenso wie der Therapeut beim Klienten, so löst auch der Klient beim Therapeuten durch sein Verhalten, durch seine Art zu sprechen, seine Mimik und Gestik bestimmte Gefühle, Phantasien und Erwartungen aus. Das Erleben und das Verhalten der Dialogpartner erwächst aus der gemeinsamen Kommunikation heraus und entsteht nicht autonom in den einzelnen Individuen. In diesem *interaktionellen Raum* entwickeln sich ein spezifisches emotionales Klima und Erwartungshaltungen, die bestimmt sind durch die Lebensgeschichte der beiden Dialogpartner und den dabei entwickelten Kommunikationsmustern und Bedürfnisstrukturen sowie durch den kulturellen Hintergrund und den darin enthaltenen Wertungen und Normen. „Die aktuelle und private Situation ist also in einem umfassenden sozialen Zusammenhang eingefügt“, betont W. M. Pfeiffer (1995, S. 29), „womit sich die Dyade bzw. Triade auf die Gesellschaft/auf die Welt ausweitet“. E. M. Ederer und H. Gruber (2002) sprechen von einem „kommunikativen Beziehungsfeld“, bei dem die Dialogpartner in ein dynamisches Feld der interpersonalen Beziehung eingebunden sind, dessen Qualität auf die individuellen Befindlichkeiten zurückwirkt. „Dialog“ wird damit zu einem emergenten Dritten, zu einem offenen Gespräch, das die Erzählungen des Einzelnen transzendiert und damit in einen neuen Rahmen stellt und eine neue Sicht und Bewertung ermöglicht.

Durch die für den Klienten vorerst unklare und (abgesehen von den Rahmenbedingungen) zum Teil undefinierte Situation, greift

der Klient auf frühere Erfahrungen in ähnlichen Situationen zurück, *überträgt* vertraute Szenen und Rollenzuschreibungen auf diese Situation und auf den Therapeuten. Oft sind es Erfahrungen der Abhängigkeit und Unselbstständigkeit sowie der Wunsch nach Anerkennung und Wertschätzung, nach Geborgenheit und emotionaler Wärme, wie er sie als Kind gegenüber den Bezugspersonen erlebt hat; oder auch die Abwehr dieser Wünsche und Erfahrungen, Tendenzen der Rebellion und des Protests oder beides gleichzeitig. Es erscheint mir wichtig, gerade in der ersten Phase diese Erwartungen aufzugreifen und vorsichtig anzusprechen sowie die Gefühle und Bedürfnisse, die ihnen zugrunde liegen, ohne sie gleich durch Erklärungen abzustellen. „Phänomenologisch gesehen“, schreibt Swildens (1991, S. 60), „halte ich es für eine intersubjektiv gültige Feststellung, daß die aufdeckende psychotherapeutische Beziehung als solche – wenn sie nicht durch Strukturierung von seiten des Therapeuten beeinflusst wird – eine spontane Verschiebung in der zentralen Motivation (der Helferwartung bzw. dem Hilfsverlangen) erkennen lässt“. Diese Erwartungen sind vorerst meist undifferenziert und oft nur zum Teil bewusst, und Hilfsbedürftigkeit und Erwartungen an den Therapeuten liegen oft auseinander. Im Laufe der Therapie wird dieses Hilfsverlangen zunehmend konkreter und präziser symbolisiert.

Ich bin immer wieder überrascht, wie sehr durch diese Situation, die geprägt ist durch die geschützte intime Zweierbeziehung, durch das offene, verständnisvolle Zuhören und die empathische Präsenz des Therapeuten, das Erleben im Klienten aktiviert werden kann. Auch die Klienten selbst sind oft erstaunt und berührt über die starken Gefühle, die plötzlich wieder auftreten und wahrgenommen werden können. Gleichzeitig treten dadurch auch alte Ängste wieder auf, damit abgelehnt oder zurückgewiesen zu werden, sowie Schamgefühle. Es zeigt sich für mich immer wieder, wie stark die Tendenzen sind, das abgewehrte organismische Erleben wieder zum Ausdruck zu bringen, ihm Gehör zu verschaffen. Wesentlich ist hier, wie für den gesamten Verlauf der Therapie, die Fähigkeit des Therapeuten, unvoreingenommen zuhören zu können, mittels „freischwebender Aufmerksamkeit“ offen zu sein auch für die „indirekten Botschaften“, ohne das Gehörte oder Beobachtete voreilig einzuordnen und zu bewerten. Ich selbst habe in Beziehungen, aber auch in meiner eigenen Therapie öfter darunter gelitten, dass ich mit meinen Mitteilungen vorschnell festgelegt wurde, dass ich mit dem, was ich *eigentlich* mitteilen wollte, nicht erhört worden bin. Aufgrund einer empirischen Untersuchung zur Bedeutung des Faktors „Beziehung“ konnte für das konkrete Handeln in der Therapie diese grundlegende Haltung des Personenzentrierten Ansatzes bestätigt werden, dass es nämlich notwendig ist, „das Beziehungsangebot des Therapeuten adaptiv an der Ansprechbarkeit des Klienten orientiert so zu kommunizieren, dass es auf diesen und dessen Abwehr nicht bedrohlich wirkt, sondern vielmehr geeignet ist, ihm diejenige Sicherheit zu gewähren, die ihn in die Lage versetzt, sich Beängstigendem, Unbekanntem oder Unvertrautem zu nähern, Neues auszuprobieren, Risiken einzugehen ...“ (Höger & Wissenmann, 1999, S. 383). J. Finke

beschreibt die Anforderungen an den Therapeuten am Beginn seines Buchs, „Beziehung und Intervention“ (1999, S. 4) folgendermaßen: „Dem Therapeuten stellt sich [...] von Beginn an eine komplexe Aufgabe. Er ist gefordert, die manifeste Erzählung des Patienten zu hören und sich zu fragen, was der Patient meint, ohne es direkt auszudrücken. Gleichzeitig muss er sich überlegen, welches, dem Patienten selbst vielleicht noch unbewusste Thema sich in dieser Erzählung ankündigt und wie dieses mit dem vermuteten Grundkonflikt in Zusammenhang stehen könnte [...] Ebenso ist er gehalten, mögliche Beziehungsanspielungen des Patienten wahrzunehmen und außerdem das Ausdrucksverhalten des Patienten wie seine eigene Gegenübertragung zu beobachten. Schließlich hat er darauf zu achten, Widerstandsphänomene schnell genug zu erkennen“.

Um dieses abgewehrte, aus der Kommunikation ausgeschlossene, *exkommunizierte* Erleben wieder in das bewusste Erleben zurückzuholen ist es notwendig, dass sich der Therapeut auf das Beziehungsangebot des Klienten einlässt und an dessen Rollenspiel teilnimmt, dass er versucht, die ausgeschlossenen unbewussten Szenen in der gemeinsamen Interaktion aufzuspüren und zu benennen, zu *symbolisieren*. Die Botschaften des Klienten sind immer an jemanden gerichtet, d. h. in diesem Fall an den Therapeuten, mit der Absicht, wahrgenommen und anerkannt zu werden. Es ist die Wiederholung zum Zwecke der Rückgängigmachung, der Korrektur der Nicht-Anerkennung oder der Abwertung durch den Anderen, die Eltern, Lehrer usw. In der geschützten Atmosphäre der Therapie sollte der Klient die Möglichkeit bekommen, diesen zurückgewiesenen Bedürfnissen erneut Zugang zur gemeinsamen Kommunikation zu verschaffen, ihnen eine Sprache zu geben. Nach Lorenzer setzen sich die abgewehrten Impulse und Bedürfnisse immer wieder „in Szene“, um sich endlich Gehör zu verschaffen, im Sinne der *Wiederkehr des Verdrängten* (Freud): „So sehr der Patient in seinen kognitiven wie affektiven Äußerungen, seinem Selbstverständnis sich und die anderen irreführt [...] so ‚zwanghaft‘ ehrlich ist er in der ‚Inszenierung‘ zwischenmenschlicher Beziehungen. Wiederholungszwang meint ja nichts anderes als Zwang zur unablässigen Reproduktion der neurotischen Beziehungen realiter. Der unsichtbare Trieb wird greifbar, wenn er ‚in Szene gesetzt‘ verstanden wird“ (Lorenzer, 1970, S. 166). Damit wird die Beziehung und die darin zum Ausdruck kommenden, zum Teil unbewussten Inszenierungen und Wünsche zum zentralen Instrument der Therapie.

Eine weitere Frage in der neueren Diskussion um die „richtige“ Therapietheorie wird durch den „störungsspezifischen Ansatz“ eingebracht, d. h. inwieweit bei der praktischen Tätigkeit die spezifische Störung berücksichtigt werden soll sowie ihre Auswirkungen auf das Erleben. Nach den Vertretern dieses Ansatzes bedarf es für die Verwirklichung der Grundhaltungen erst des „mitfühlenden Wissens“ hinsichtlich der Ursachen und Genese der verschiedenen Störungen und ihrer Symptomatik (Finke & Teusch, 2002). Es geht um das Aufspüren der verschiedenen Formen der Inkongruenz, wobei der Therapeut durch sein Wissen, das er als Vorverständnis

in den hermeneutischen Erkenntnisprozess einbringt, dem Klienten entsprechende weiterführende Verstehensangebote machen kann, um das nicht oder nur verzerrt wahrgenommene Erleben anzusprechen und zu symbolisieren. Nun, die Vorbehalte gegen eine solche Ausrichtung erscheinen mir unangebracht, da ja jeder Therapeut sein Wissen hinsichtlich psychischer Störungen einbringen und sein Handeln nach zum Teil impliziten Konzepten entsprechend seinem Wissen und seinen Erfahrungen ausrichten wird. Es geht vor allem darum, dass diese Konzepte, die das vielfach intuitive Handeln leiten, auf den Begriff gebracht, also explizit gemacht werden. Wissenschaftliches Handeln setzt ja voraus, dass die handlungsleitenden Intentionen und Konzepte systematisch dargestellt und überprüft werden.

3. Der Prozess der Anerkennung in der Therapie

Da es im Rahmen eines Artikels nicht möglich ist, alle relevanten Punkte ausführlich zu behandeln, möchte ich mich hier auf einen mir wesentlich erscheinenden Aspekt konzentrieren, der bisher im *Klienten-zentrierten* Ansatz oftmals vernachlässigt worden ist, nämlich den der Anerkennung in der Therapie. Dieser Begriff der Anerkennung orientiert sich an dem der positiven Beachtung (*positive regard*) bei Rogers, betont aber stärker die Gegenseitigkeit dieses Prozesses. In den *notwendigen und hinreichenden Bedingungen* beschreibt Rogers vor allem die Einstellungen des Therapeuten, die für eine Veränderung der Persönlichkeit des Klienten notwendig sind; der Klient hat diese Einstellungen vor allem am Beginn zumindest in einem geringen Ausmaß wahrzunehmen. Zwar verwendet auch Rogers in seinem Artikel *Psychotherapie als Prozess* (1973, S. 135) den Begriff der *Anerkennung* und weist darauf hin, dass es sich dabei um die entscheidende Ausgangsbedingung für die Therapie handelt, indem der Klient die Erfahrung macht, ohne Abstriche anerkannt (*fully received*) zu sein, aber es bleibt ein einseitiger Prozess der Anerkennung des Klienten durch den Therapeuten. Demgegenüber benötigt nicht nur der Klient die Anerkennung des Therapeuten, sondern auch umgekehrt; um das Vertrauen des Klienten zu erhalten sowie seine Bereitschaft, ein Arbeitsbündnis einzugehen, benötigt auch der Therapeut die Anerkennung durch den Klienten. Beide müssen sich an den Wünschen und Erwartungen des Anderen orientieren und diese zumindest wahrnehmen und akzeptieren und sie auch in einem gewissen Ausmaß erfüllen.

Rogers betont diese Gegenseitigkeit der Anerkennung und der Rollenzuweisung im Hinblick auf die *positive Beachtung*, wenn er schreibt: „Die Befriedigung dieses Bedürfnisses ist notwendigerweise abhängig von Rückschlüssen, die mit dem Erfahrungsfeld eines anderen zu tun haben“, und: „Sie ist wechselseitig: Erfährt ein Individuum sich selbst als jemanden, der das Bedürfnis nach positiver Beachtung eines anderen befriedigt, dann erfährt es notwendigerweise Befriedigung seines eigenen Bedürfnisses nach

positiver Beachtung“ (Rogers, 1987, S. 49). Da diese positive Beachtung oder Anerkennung durch den Anderen für das Individuum wichtiger ist als der organismische Bewertungsprozess, wird „die positive Beachtung durch einen anderen [...] dem gesamten *Bewertungskomplex*, den das Individuum mit diesem anderen verbindet, unterlegt“ (ebd.). Hier wird ein in der philosophischen Subjekttheorie seit langem diskutiertes Konzept angesprochen, demzufolge sich unser Selbst und unsere Identität durch die gegenseitige Anerkennung konstituiert (Husserl, 1963). Um vom Anderen anerkannt zu werden, muss ich ihn selbst wieder als eigenständige Person in seiner Andersartigkeit anerkennen. Während sich das Kind mit den Eltern identifiziert, um mit ihnen eins zu sein und daraus Sicherheit zu beziehen, muss es auch lernen, die anderen Personen als andersartig und eigenständig zu akzeptieren, um von ihnen anerkannt werden zu können. Erst in dieser Dialektik von Identifikation und Negation entwickelt sich die eigenen Subjektivität. Dasselbe gilt auch in der Therapie.

J. Finke verweist bereits durch den Titel seines Buchs *Empathie und Interaktion* (1994) auf das dialektische Verhältnis von Verstehen und Interaktion; beide Aspekte stellen polare Grundpositionen dar als „identifikatorische Teil habe und dialogische Gegenüberstellung“. An anderer Stelle (1999, S. 5) schreibt Finke, dass die tatsächliche Beziehung nicht allein vom Therapeuten gestaltet wird: „Selbst wenn der Patient häufig auf das Beziehungsangebot des Therapeuten eingeht und in reziproker Weise auf dessen Interventionen antwortet, können Interferenzen bestehen. So könnte ein Patient auf die einfühlend-verstehenden Interventionen des Therapeuten zwar einerseits mit einer ‚Selbst-Empathie‘ und einer ‚Selbstobjekt-Übertragung‘ [...] antworten, gleichzeitig aber auch zunehmend Wut und Enttäuschung (i. S. einer objektalen Übertragung) gegenüber dem Therapeuten erleben. Die faktische Beziehung zwischen Therapeut und Patient ist häufig vielschichtig“. Das, was Finke hier vorsichtig als Möglichkeit formuliert, kann man ruhig als grundsätzliche Gegebenheit annehmen, da die Klienten ständig ihre Lebensgeschichte, d. h. ihre Beziehungserfahrungen, insbesondere jene mit den frühen Bezugspersonen mit ihren ambivalenten, zum Teil uneingestanden negativen Gefühlen und ihren Wünschen in die aktuelle therapeutische Beziehungen einbringen.

Für Rogers stellt Echtheit und Kongruenz des Therapeuten den entscheidenden Punkt in seiner Therapietheorie dar, „daß er [der Therapeut] exakt ‚er selbst‘ in der Beziehung ist“ (1973, S. 41). Was bedeutet nun diese Forderung, kongruent zu sein? Tatsächlich begegnen sich in der Therapie zwei Menschen, die beide mit ihrem Selbstkonzept und den Forderungen der Außenwelt konfrontiert sind, „jeder der beiden lebt mit seinen inneren Abhängigkeiten und seinen äußeren Ängsten und pathologischen Abwehrmechanismen“, wie die Analytikerin M. Krüger-Zeul (1983, S. 74) schreibt, und jeder ist in gewisser Weise „noch ein Kind mit seinen inneren Eltern“. Es kommt vielmehr darauf an, diese inkongruenten Erfahrungen zu (er)kennen, damit sie nicht unreflektiert in die Bezie-

hung zum Klienten einfließen. Dabei kommt der Selbsterfahrung im Rahmen der Lehrtherapie eine zentrale Rolle zu, die gar nicht überschätzt werden kann. Außerdem ist es wichtig, derartige Gegenübertragungsgefühle im Rahmen der Supervision zu klären, sofern sie die Beziehung belasten und den Therapeuten in seinen Grundhaltungen beeinträchtigen, soll die therapeutische Beziehung nicht zu einer *folie à deux* werden.

Das bedeutet nun, dass die Selbstempathie des Therapeuten hinsichtlich der eigenen gefühlsmäßigen Reaktionen genauso wichtig ist wie dessen empathisches Verstehen gegenüber dem Klienten (wobei es, wie bereits erwähnt, einer epistemologischen und methodischen Klärung bedarf, inwieweit diese beiden Aspekte des Verstehens unabhängig sind). In der Psychoanalyse wird darauf hingewiesen, dass das Unbewusste des Analytikers das Unbewusste des Klienten aufnimmt. Dieser unmittelbare Kontakt auf einer basalen Ebene kommt in Form von Gefühlen an die Oberfläche, die der Therapeut als Antwort auf den Klienten in seiner *Gegenübertragung* wahrnimmt. Erst durch diese konkordante oder komplementäre Identifizierung mit dem Klienten auf einer unmittelbaren Ebene ist das Aufspüren von abgewehrten Tendenzen in der Kommunikation möglich (Racker, 1993, S. 160). *Konkordante*, also übereinstimmende Identifizierung setzt voraus, dass der Therapeut den Kontakt zu den eigenen kindlichen Erfahrungen und den oft nur teilweise gelungenen Anpassungsleistungen herstellen kann. Nur in dem Maße, wie er selbst zu diesem Kontakt fähig ist, kann er auch den Klienten bei der Exploration seines archaischen kindlichen Erlebens begleiten. *Komplementäre* Identifizierung bedeutet, dass der Therapeut die Rollenzuweisungen des Klienten annehmen und auch symbolisieren kann. Dies wiederum setzt voraus, dass der Therapeut seine Beziehungen und Abhängigkeiten zu den eigenen frühen Bezugspersonen aufgearbeitet hat oder sich dessen zumindest bewusst ist. Auch W. M. Pfeiffer (1995, S. 28) weist unter Bezugnahme auf Barret-Lennard darauf hin, dass es sich bei der Empathie nicht nur um ein einseitiges Sich-Einfühlen des Therapeuten in den Klienten handelt, sondern im Rahmen des „Empathie-Zirkels“ sind in jeder Phase des therapeutischen Dialogs beide Seiten bezüglich des Verstehensprozesses aktiv. Dasselbe gilt auch für die anderen Therapeutenvariablen.

Ein eindrucksvolles Beispiel für diesen gemeinsamen Austauschprozess ist die „projektive Identifizierung“, ein Begriff, der von der Kinderanalytikerin Melanie Klein (1946, S. 17) eingeführt worden ist. Damit wird das Phänomen einer interpersonalen Abwehr beschrieben, die darin besteht, dass besonders bei Klienten mit schweren narzisstischen Störungen oder einer Borderline-Symptomatik die für sie unerträglichen Anteile wie Vernichtungsängste, Hassgefühle usw. abgespalten und in der Interaktion unbewusst auf den Therapeuten projiziert werden. Das heißt, dass er die Hassgefühle auf den Vater oder andere frühe Bezugspersonen auf den Therapeuten projiziert und sich dadurch von ihm verfolgt fühlt. Der Klient versucht dabei in oft subtiler Weise im Therapeuten

diese projizierten Gefühle und Phantasien hervorzurufen und ihn dazu zu bringen, sich so zu verhalten, dass dies mit der projektiven Identifikation übereinstimmt. Es ist wichtig, dass der Therapeut diese Gefühle des Klienten im Sinne eines *Containing* (Bion, 1970) in sich aufnimmt und „aufbewahrt“ und in die gemeinsame Kommunikation, in den *interaktionellen Raum* einbringt, um sie hier einer gemeinsamen Affektbewältigung zuzuführen, so dass sie der Klient wieder gefahrlos re-introjizieren kann und es ihm erleichtert wird, selbst damit fertig zu werden.

Ich möchte diesen Vorgang an einem Beispiel demonstrieren:

Ein Mann im Alter von 28 Jahren, als Jurist tätig, ist vor drei Jahren zu mir in Therapie gekommen. Er ist zusammen mit einem drei Jahre jüngeren Bruder aufgewachsen, der an einem kindlichen Diabetes litt und sich später mit 21 Jahren das Leben nahm. Die Mutter war nicht in der Lage, empathisch auf die Bedürfnisse des Klienten einzugehen, sie ist zwei Monate nach der Geburt des Klienten wieder ihrem Beruf nachgegangen und hat ihn von einem Kindermädchen betreuen lassen. Der Vater wurde von meinem Klienten als streng, unzugänglich und autoritär beschrieben. Besonders nach der Geburt des jüngeren Bruders fühlte sich der Klient von den Eltern vernachlässigt und zurückgesetzt. Als er mehrere Wochen in die Therapie gekommen war merkte ich, trotz seines an sich freundlichen Wesens, starke Spannungen und Widerstände in der Therapie. Er kam oft zu spät oder sagte die Stunde ab. Er war einerseits fordernd und anspruchsvoll und vermittelte mir andererseits, dass ich ihm nicht helfen könne und stellte meine Kompetenz als Therapeut in Frage. Er reagierte öfters aggressiv und voller Hass, wenn er sich nicht verstanden fühlte. Diese Spannung durch hohe Forderungen und Ansprüche einerseits, Unzufriedenheit, eiskalte Zurückweisung und Vorwürfe andererseits erzeugten in mir Ärger und Ablehnung. Erst später konnte er allmählich zugeben, dass er Angst hatte, wieder zurückgewiesen und mit seinen Bedürfnissen nicht ernst genommen zu werden. Dieser Zwiespalt zwischen dem Wunsch nach Zuwendung und Anteilnahme und der Angst vor neuerlicher Enttäuschung und Zurücksetzung führte beim Klienten zu Spannungen und Wut. Diese Wut projizierte er auf mich und fühlte sich von mir bedroht. Gleichzeitig hatte er starke Trennungsängste mir gegenüber. Ich selbst konnte sowohl meinen eigenen Ärger über seine Zurückweisungen spüren wie auch seinen Hass und die Bedrohung, die er auf mich projizierte. Ich ertappte mich dabei, wie ich überlegte, was er mir antun könnte.

Wesentlich war auch, dass er meine Hinweise auf Gefühlsregungen zwar intellektuell akzeptierte, aber nichts damit anfangen konnte; er sagte immer wieder: „Es mag schon sein, was sie da behaupten, ich finde es interessant, aber es sagt mir nichts, es hat nichts mit mir zu tun.“ Als er von einem guten Freund im Stich gelassen wurde, zeigte er keine Anzeichen von Trauer oder Wut, er sagte, er spüre nichts, er fühle sich nur leer. Nach etwa zwei Jahren stellte

er wieder fest, dass ohnehin niemand da sei, an den er sich wenden könne, wenn er etwas brauche. Nach einer kurzen Pause fügte er hinzu: „Aber sie sind ja da für mich“. Ich wiederholte: „Ja, ich bin für sie da“. Da begann er plötzlich zu weinen und konnte erstmals seinen Wunsch nach Anteilnahme und Zuwendung annehmen. Wesentlich für diese Art der Störungen ist auch der Umstand, dass Bereiche des Erlebens nicht zugänglich sind. Es kommt von diesen Klienten oft der Hinweis, dass sie das verstehen, was ich sage, aber sie können nichts damit anfangen, es hat für sie keinen Bezug zu ihrem Erleben. K. Heinerth (2002) unterscheidet zwischen verzerrten und abgewehrten Erfahrungen bei der Entwicklung des Selbstkonzepts und veranschaulicht dies anhand der Metapher eines Hauses mit unterschiedlichen Räumen, die verschiedenen Erfahrungsbereichen, wie Bindungs- oder Aggressionserfahrungen entsprechen. Fehlt in der frühen Phase der Selbstentwicklung eine Bezugsperson, die das Erleben des Kindes empathisch begleitet und beantwortet, so kann dieses Erleben nicht in das Selbstkonzept aufgenommen werden, diese Erfahrungsbereiche sind nicht zugänglich. Wem als Kind z. B. nie vermittelt worden ist, dass es geliebt wird, oder wer unberechenbaren und in das kindliche Selbst nicht integrierbaren Bindungsgefühlen ausgesetzt war, weiß mit dem Gefühl der Verbundenheit oder Nähe nichts anzufangen. „Ohne Interpretation von Signalen entsteht keine Information, also kein Wissen und damit auch kein Selbstkonzept“ (ebd., S. 155). Damit entwickelt sich ein bruchstückhaftes Selbst und ein mangelndes Identitätsgefühl, das vor allem durch eine rigide Abwehr in Form von Spaltung, Projektion und Verleugnung insbesondere vor den heftigen affektiven Impulsen geschützt werden muss. „Hier zeigt sich der Unterschied gegenüber dem neurotischen Selbstkonzept“, betont auch Swildens (1991, S. 195). „Dem ‚Borderline‘-Selbstkonzept ermangelt Zusammenhang, Kontinuität und Sicherheit. Daher ist es stets verletzlich; neue Erfahrungen können nicht auf zielstrebige Weise dem Selbstkonzept angepasst werden, weil dieses in sich selbst widersprüchlich ist, keine Kontinuität von ausreichendem Gewicht zeigt und deshalb nicht konsequent zu verteidigen ist.“ In der Therapie muss es daher vor allem darum gehen, durch Empathie und das Ansprechen von Gefühlen – etwa im Sinne einer Prätherapie (Prouty, 1976, 1990) – die der Erfahrung versperrten Bereiche wieder zugänglich zu machen.

Dabei stellt sich das Problem, dass die versperrten und auch verzerrten Erfahrungen oft durch Rationalisierungen kaschiert werden, etwa im Sinne von, „das entspricht mir nicht“, „das ist mir zu einfach“ oder „das ist etwas für Kinder (Frauen bzw. Männer)“. Diese Rechtfertigungen oder „Begründungen“ werden vielfach durch gesellschaftliche Normen gestützt; so werden eher Leistungen und Disziplin gefordert als Selbstempathie und spontane Äußerung von Gefühlen, eher Egoismus und Selbstverwirklichung auf Kosten anderer als Solidarität; man hat „vernünftig“ und „erwachsen“ zu sein. Damit wird es dem Einzelnen erschwert, die realen Erfahrungen wieder zugänglich zu machen, die Abwehr aufzuheben, da sich das Netz der gesellschaftlich normierten Sprache darüber gelegt

hat. Es wird ein unverdächtiger Text hergestellt, um die Einheit und Geschlossenheit des Selbst zu wahren. Die Sprache dient damit der Verschleierung mit den Stilmitteln der Gesellschaft. Auch in der Therapie muss diese symbolische Welt vorerst gegenüber dem Therapeuten verteidigt werden, um das Selbstkonzept zu schützen und die Persönlichkeit vor Desintegration zu bewahren, vor allem, wenn beim Klienten der Eindruck entsteht, dass der Therapeut die Partei des abgewehrten organismischen Erlebens ergreift und zur Sprache bringen will. Es ist daher vor allem in der ersten Phase wichtig, dass diese symbolische Welt des Klienten anerkannt wird sowie die Leistungen und Bemühungen, aber auch Entbehrungen, die mit der Ausbildung und Aufrechterhaltung seines Selbstkonzepts verbunden sind.

Ich hatte einen Klienten, der seine aggressiven Impulse, insbesondere gegenüber Frauen stark unterdrücken musste und gute Argumente dafür angeben konnte, dass es rücksichtslos ist, dem „schwächeren Geschlecht“ gegenüber aggressiv zu sein. Er wurde von einer als schwach erlebten Mutter als Bündnispartner gegen einen aggressiven und strengen Vater missbraucht und glaubte, die Mutter schützen zu müssen, um sie nicht zu verlieren. Später wurde er von den von ihm bevorzugten Partnerinnen vorerst in seiner „sanften Art“ bestärkt, was ihn in seiner Beschützerrolle bestätigte, sowie als Vertreter des „neuen“, emanzipierten Mannes. Als ich ihn (offensichtlich zu früh) darauf hinweisen wollte, dass es möglich sein sollte, auch Frauen gegenüber seinen Ärger auszudrücken, übertrug er auf mich die Rolle des aggressiven und strengen Vaters, vor dem er die Frauen schützen musste. Ich verstärkte nicht nur seine Abwehr, sondern er drehte den Spieß um, indem er mich aufklären wollte, dass es machohaft ist, sich Frauen gegenüber durchsetzen zu wollen. Allerdings stellte sich in der Folge immer wieder heraus, dass die Partnerinnen – im Unterschied zur Mutter – auch etwas anderes erwarteten als beschützt zu werden, weshalb nach einer gewissen Zeit die Beziehungen regelmäßig abgebrochen wurden, da er diese Erwartungen aufgrund seines „emanzipierten“ Konzepts von Beziehung nicht erfüllen konnte. Er weigerte sich vorerst, einen Zusammenhang zwischen diesen Beziehungsproblemen, deretwegen er gekommen ist, und seiner betont nicht-aggressiven Art zu sehen. Erst als wir die Gründe für dieses Verhalten in seiner Geschichte aufzeigen konnten, war es möglich, diese Abwehr und die damit verbundene Rationalisierung aufzulösen und ein neues Konzept zu etablieren.

Auch hier erschweren es die Wertvorstellungen und Verhaltensnormen der Gesellschaft, vermittelt durch die Eltern oder eine soziale Gruppe, jene Anteile des Selbstkonzepts in Frage zu stellen, die das Erleben des Klienten blockieren und verzerren. Der Anspruch, dem organismischen Selbst zum Durchbruch zu verhelfen und jene Selbstanteile zurückzudrängen, die unsere Wahrnehmung und unser Erleben verfälschen, bedeutet auch, die bestehenden normativen und regulierenden Kategorien unserer Kultur in Frage

zu stellen, wie die Definition sozialer Rollen, die pädagogischen Grundsätze sowie die insbesondere in einer globalisierten Welt vorherrschende Zweckrationalität und angeblichen Sachzwänge. Durch den Prozess der gegenseitigen Anerkennung, insbesondere im Rahmen der therapeutischen Beziehung, gilt es, einen anderen Lebensentwurf zu entwickeln, der Wachstum sowie Spontaneität im Ausdruck der Gefühle und Wünsche beinhaltet.

Literatur:

- Bion, W. (1970). *Attention and interpretation*. London: Tavistock.
- Cremerius, J. (1984). Die Konstruktion der biographischen Wirklichkeit im analytischen Prozess. In Ders. (Hrsg.), *Vom Handwerk des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik*, Bd. 2 (S. 398–425). Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- Ederer, E. M. & Gruber, H. (2002). Therapeutische Präsenz und ihre prozessuale Entfaltung im dynamischen Beziehungsfeld: Vorstellung eines Modells und seiner methodisch-didaktischen Umsetzung. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. Wacker (Hrsg.), *Identität, Begegnung, Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 270–285). Köln: GwG.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. & Teusch, L. (2002). Die störungsspezifische Perspektive in der Personzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 147–162). Wien, New York: Springer.
- Frenzel, P. (1991). *Selbsterfahrung als Selbsterfindung. Personzentrierte Psychotherapie nach Carl R. Rogers im Lichte von Konstruktivismus und Postmoderne*. Regensburg: Roderer.
- Frenzel, P., Keil, W. W., Schmid, P. F. & Stölzl, N. (Hrsg.). (2001). *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*. Wien: Facultas.
- Heinerth, K. (2002). Versperrte und verzerrte Symbolisierung. Zum differenziellen Verständnis von Persönlichkeits- und neurotischen Störungen in Theorie und Praxis. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. Wacker (Hrsg.), *Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 145–180). Köln: GwG.
- Höger, D. & Wissemann, H. (1999). Zur Wirkungsweise des Faktors Beziehung in der Gesprächspsychotherapie. Eine empirische Studie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47, 374–385.
- Husserl, E. (1963). *Cartesianische Meditationen und Pariser Vorträge, Gesammelte Werke, Bd. I*. Den Haag: Martinus-Nijhoff.
- Iseli, C., Keil, W. W., Korbei, L., Nemeskeri, N., Rasch-Owald, S., Schmid, P. F. & Wacker, P. (Hrsg.). (2002), *Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*. Köln: GwG.
- Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der klientenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 1 (1), 5–13.
- Keil, W. W. & Stumm, G. (Hrsg.) (2002). *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie*. Wien-New York: Springer.
- Kirkegaard, S. (1909). *Das Eine, was not tut. Gesammelte Werke, Bd. 2*. Jena: Diderichs.
- Klein, M. (1946). Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. In *Gesammelte Schriften, Bd. 3* (S. 1–41). Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- Krüger-Zeul, M. (1983). Gegenübertragung – ein Stiefkind der Psychoanalyse. In H.-M. Lohmann (Hrsg.), *Das Unbehagen in der Psychoanalyse. Eine Streitschrift* (S. 71–85). Frankfurt/M.: Qumran.
- Linster, H. W. & Panagiotopoulos, P. (1991). Zu den anthropologischen und psychotherapeutischen Implikationen des Menschenbildes des Personzentrierten Ansatzes. In M. Behr & U. Esser (Hrsg.), *Macht Therapie glücklich. Neue Wege des Erlebens in Klientenzentrierter Psychotherapie* (S. 141–167). Köln: GwG.
- Lorenzer, A. (1970). *Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Lorenzer, A. (1974). *Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis. Ein historisch-materialistischer Entwurf*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Lorenzer, A. (1983). Sprache, Lebenspraxis und szenisches Verstehen in der psychoanalytischen Therapie. *Psyche*, 2, 97–115.
- O'Hara, M. (1998). Personzentrierte und experientielle Psychotherapie in einem kulturellen Übergangszeitalter. *Person*, 2 (1), 5–14.
- O'Hara, M. (1999). Eine feministische Analyse des Gesprächs Rogers – Sylvia. *Brennpunkt*, 79, 7–18.
- Pfeiffer, W. M. (1995). Die Beziehung – der zentrale Wirkfaktor in der Gesprächspsychotherapie. *GwG-Zeitschrift*, 97, 27–32.
- Prouty, G. (1976). Pre-therapy. A method of treating pre-expressive psychotic and retarded patients. *Psychotherapy*, 13, 290–295.
- Prouty, G. (1990). Pre-therapy. A theoretical evolution in the person-centered/experiential psychotherapy of schizophrenia and retardation. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 645–658). Leuven: University Press.
- Racker, H. (1993). *Übertragung und Gegenübertragung*. München, Basel: Reinhardt.
- Rogers, C. R (1951a/1973). *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory*, Boston: Houghton Mifflin; dt. 1973: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1957a/1991). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), *Personzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165–184). Mainz: Grünewald.
- Rogers, C. R. (1958b/1973). A process conception of psychotherapy. In Ders. (1961), *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy* (pp. 125–159). Boston: Houghton Mifflin; dt.: Psychotherapie als Prozess. In Ders. 1973, *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (S. 130–162). Stuttgart: Klett.
- Rogers, C. R. (1959a/1987). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology. A study of science*, Vol. III (pp. 158–256). New York: McGraw Hill; dt. 1987: *Eine Theorie der Psychotherapie, der*

- Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG.
- Rogers C. R. (1961a/1973). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy* Boston: Houghton Mifflin; dt. 1973: Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart: Klett.
- Rogers, C. R. (1977b). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. & Wood, J. K. (1977). Klientenzentrierte Theorie. In C. R. Rogers, *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 113–141). München: Kindler.
- Sachse, R. & Maus, C. (1991). Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie*. Bd. 1: Solidarität und Autonomie. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. F. (1997). „Einem Menschen begegnen heißt, von einem Rätsel wachgehalten werden“ (E. Levinas). Perspektiven zur Weiterentwicklung des Personzentrierten Ansatzes. *Person*, 1 (1), 14–24.
- Spielhofer, H. (1999). Empathie, hermeneutisches Verstehen oder Konstruktion? Zum Erkenntnisverfahren in der klientenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 3 (1), 122–130.
- Spielhofer, H. (2001). Organismisches Erleben und Selbst-Erfahrung. Ein Beitrag zur Diskussion der anthropologischen und persönlichkeits-theoretischen Grundlagen im Personzentrierten Ansatz. *Person*, 5 (1), 5–18.
- Swildens, H. (1989). Über Psychopathologie und ihre Bedeutung für die klientenzentrierte Psychotherapie. In M. Behr, F. Petermann, W. M. Pfeiffer & C. Seewald (Hrsg.), *Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Bd. 1* (S. 80–106). Salzburg: Otto Müller.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG.
- Swildens, H. (1993). Über die differentielle Behandlung der psychogenen Erkrankungen. In J. Eckert & D. Höger & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd. 1, Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts* (S. 109–116). Köln: GwG.
- Tabucchi, A. (2002). *Es wird immer später. Roman in Briefform*. München: Hanser.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock; dt. 1985: Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett.

Autor

Hermann Spielhofer, 1946, Personzentrierter Psychotherapeut, Mitglied der ÖGwG.

Korrespondenzadresse

Dr. Hermann Spielhofer
 Josefstädter Straße 35/12
 A-1080 Wien
 E-Mail: hermann.spielhofer@chello.at

Barbara Volgger, Anton-Rupert Laireiter & Joachim Sauer

Burnout bei PsychotherapeutInnen: Eine Studie bei Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in Österreich

Zusammenfassung: *Burnout ist ein häufig beobachtetes Problem psychosozialer Helferberufe. Da bisher klientenzentrierte PsychotherapeutInnen kaum untersucht wurden, wurde eine Totalerhebung dieser Gruppe (N=535) in Österreich mittels DPCCQ (SPR-Collaborative Research Network-Common Core Questionnaire), der das Maslach-Burnout-Inventary (MBI) als Burnout-Indikator enthält, durchgeführt. 101 TherapeutInnen (=20,8%) beantworteten die postalische Befragung. Die Ausprägung von Burnout war insgesamt gering: Ca. 8% berichteten von hoher und weitere 25% von mittlerer emotionaler Erschöpfung. Bivariate Analysen zeigten signifikante Zusammenhänge zwischen Burnout und der wahrgenommenen Kontrolle über wichtige Arbeitsbedingungen, der Anzahl behandelter PatientInnen, der Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit und den zur Bewältigung von Arbeitsbelastungen eingesetzten Strategien. Keine Effekte konnten für Geschlecht, Alter, Erfahrung und institutionelle Zugehörigkeit sowie die wahrgenommene Soziale Unterstützung gefunden werden. Multivariate Auswertungen (Regressionsanalysen) erbrachten, dass Burnout offensichtlich durch eine Balance aus belastenden und protektiven Bedingungen bestimmt wird: „Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit“ erwies sich als Burnout protektiv, „Mangel an Kontrolle über die PatientInnenauswahl“, die Anzahl behandelter PatientInnen und negatives Coping waren Burnout fördernd.*

Schlüsselwörter: *Psychotherapie, Burnout, Klientenzentrierte Psychotherapie, Selbsterfahrung, Supervision*

Abstract: Burnout in psychotherapists. *A study with client-centred therapists in Austria. Burn-out is a problem often experienced by professional helpers. Because until recently client-centred psychotherapists have rarely been subject to research, a group in Austria was studied using the Maslach Burnout Inventory and the German version of the "Development of Psychotherapists-Common Core Questionnaire" (DPCCQ). These were developed by Orlinsky and his coworkers from the Society of Psychotherapy Research (SPR) as a measure for the determinants of burnout. 20.8% (n=101) of the original sample (N=535) took part in the study. Client-centred therapists obviously do not suffer very intensely from burnout: Approximately 8% reported having intense feelings of emotional exhaustion and another 25% to have mild to moderate ones. Objective variables such as gender, age, family status and professional training do not influence burnout, nor do other variables such as perceived social support, personal therapy and supervision in the past and at present. However, job-satisfaction, the number of patients in therapy, having control over important working conditions and a negative coping style with work-stress, correlated highly with burnout. Linear regression analyses led to the conclusion that burnout obviously is influenced by stressful conditions as well as by protective ones. "Satisfaction with their therapeutic work" was the most important protective factor; the "number of patients", "not having control over the selection of their patients" and "avoidant and passive coping behaviours" were the factors which induced burnout the most.*

Keywords: *Psychotherapy, burnout, Client-centred therapy, supervision, personal therapy*

Einleitung

Da Aspekte der Person der TherapeutIn für den Erfolg einer Psychotherapie eine große Rolle spielen (vgl. Beutler, 1997; Lambert & Okiishi, 1997), und mittlerweile auch gut belegt ist, dass die therapeutische Qualität und Effektivität während Phasen emotionaler Schwierigkeiten der TherapeutIn abnimmt (Beutler et al., 2004), kommt der Erforschung von Variablen, welche in diesem Sinne auf die Befindlichkeit der TherapeutIn Einfluss nehmen, entscheidende Bedeutung zu. Eine Variable, die im Zusammenhang mit der emo-

tionalen Stabilität und der Fähigkeit, basale zwischenmenschliche Variablen zu realisieren, immer wieder genannt wird, ist das berufliche Burnout (Burisch, 1994; Edelwich & Brodsky, 1984; Enzmann & Kleiber, 1989). Interessant ist aber, dass es sowohl international wie auch besonders im deutschsprachigen Raum nicht allzu viele Studien zur Prävalenz und den Determinanten dieses Phänomens bei PsychotherapeutInnen gibt, insbesondere auch bei klientenzentrierten (Maslach, 1982). Die vorliegende Studie ist daher diesem Problem gewidmet.

Burnout bei PsychotherapeutInnen

Nachdem das Phänomen „Burnout“ bereits in den 30er und 40er Jahren bei ProfisportlerInnen, Militärs und GefängnisaufseherInnen in Ansätzen beschrieben worden war, gewann es ab den 60er Jahren im Bereich professioneller Helfer zunehmend an Bedeutung (Burisch, 1994). Als Beginn der wissenschaftlichen Auseinandersetzung in diesem Bereich wird die Veröffentlichung von Freudenberger (1974) angesehen, in der der systematische psychische und physische Abbau von ursprünglich engagierten und hoch motivierten MitarbeiterInnen von therapeutischen Wohngemeinschaften, Kriseninterventions- und Gemeindepsychiatrie-Zentren beschrieben wird. Leider hat in der Folge die vielfältige Verwendung des Begriffs zu einem Bedeutungsverfall geführt und Burnout zu einem Modewort gemacht.

Im Sinne heute diskutierter Vorstellungen (s. Enzmann & Kleiber, 1989; Maslach & Jackson, 1984; Pines, 1993) ist Burnout als Syndrom mit folgenden Komponenten zu definieren: Verlust an Energie, emotionale und geistige Erschöpfung/Frustration, reduzierte persönliche und professionelle Leistungsfähigkeit, Gefühle der Entfremdung von eigenen Zielen und Werten, Desillusionierung, Verlust der Verpflichtetheit und des Sinns in der Arbeit und Depersonalisierung/Dehumanisierung. Die Entstehung von Burnout dürfte durch unrealistische Anforderungen und Erwartungen an die eigene Leistungsfähigkeit, zwischenmenschliche Verausgabungen in helfenden Interaktionen und durch berufliche Belastungen begründet sein. Nach Edelwich und Brodsky (1984) entsteht Burnout aber erst durch lang anhaltende und intensive, jedoch erfolglose Versuche, die genannten Anforderungen und Standards unter Aufbietung aller Kräfte zu erfüllen und die persönliche Wirksamkeit aufrecht zu erhalten (ausführlicher bei Enzmann & Kleiber, 1989; Volgger, 2002). Wenngleich der Begriff eine inhaltliche Nähe zu einer Reihe anderer Phänomene wie Stress, Depression, Entfremdung, Angst, Arbeits(un)zufriedenheit etc. besitzt, wird allgemein seine theoretische Unabhängigkeit betont: Burnout steht in Zusammenhang mit spezifischen Belastungen – emotional beanspruchende KlientInnen-Interaktionen und Misserfolgserlebnisse in sozialen Berufen – nicht mit Stress im Allgemeinen. Charakteristisch ist der intensive Versuch, die beruflichen Anforderungen zu erfüllen; dementsprechend ist Arbeitsunzufriedenheit keine primäre Komponente; es ist auch keine psychische Störung, sondern ein präklinisches Phänomen (Maslach & Jackson, 1984). Empirische Studien belegen diese Annahmen (Maslach & Jackson, 1986).

Trotz verschiedener Studien ist eine exakte Festlegung der Prävalenz von Burnout bei PsychotherapeutInnen aus verschiedenen Gründen schwierig, insbesondere wegen des Fehlens groß angelegter repräsentativer Studien und entsprechend adäquater Kriterien zur Bestimmung der Häufigkeit. International wird zwar das „Maslach Burnout-Inventory“ (MBI) (Maslach & Jackson, 1986) häufig verwendet, seine Cut-off-Werte zur Bestimmung des

Ausmaßes an Burnout sind aber empirisch nicht gesichert, zudem kamen in unterschiedlichen Studien verschiedene Algorithmen zur Anwendung (Summenwerte der Erschöpfungsskala vs. Summierung aller drei Skalen). Trotz dieser methodischen Probleme kann als allgemeines Ergebnis der bisherigen Forschung festgehalten werden, dass PsychotherapeutInnen und psychotherapeutisch tätige PsychologInnen offensichtlich ein relativ niedriges Burnout-Niveau besitzen, das zwischen 2% und 10% starker Ausprägung im MBI liegt (Ambühl, 1997; Enzmann & Kleiber, 1989; Farber, 1990; Putz, 2001; Schwab & Liese, 2000; Volgger, 2002; Willutzki & Ambühl, 1993; Willutzki et al., 1997). Unter Berücksichtigung der Werte für mittlere Ausprägungen stieg die Prävalenz auf 10% bis 30% an.

Die *Determinanten des Burnout* sind einerseits Risikofaktoren, die mit erhöhten Burnout-Werten assoziiert sind, und andererseits protektive Variablen, die das Risiko reduzieren. Für das *Risiko für Burnout* ist folgender Forschungsstand zu berichten: Bei den Personalmerkmalen scheinen das Geschlecht der TherapeutInnen und deren Alter keinen konsistenten Einfluss zu besitzen (Ackerley et al., 1988; Raquepaw & Miller, 1989; Schwab & Liese, 2000), auch nicht der Idealismus (Enzmann & Kleiber, 1989), wohl aber emotionale Instabilität, Introvertiertheit und Defizite im Selbstwertgefühl (Schwab & Liese, 2000).

Hingegen dürften Arbeits- und Tätigkeitsmerkmale sehr bedeutsam für die Burnout-Entstehung sein, insbesondere die Dauer der beruflichen Tätigkeit (Raquepaw & Miller, 1989): BerufseinsteigerInnen und psychotherapeutisch nur kurz Tätige sind stärker Burnout-gefährdet als erfahrenere TherapeutInnen (Ackerley et al., 1988; Willutzki et al., 1997; Enzmann & Kleiber, 1989). Als ebenfalls risikoträchtig konnten berufliche Überforderung, Zeit- und Verantwortungsdruck, mangelndes Feedback, Rollen- und Anforderungsunklarheiten sowie unklare Erfolgskriterien in der Arbeit identifiziert werden (Enzmann & Kleiber, 1989; Maslach & Jackson, 1984). Die erwähnten Belastungen könnten ein Grund dafür sein, dass sich in Institutionen tätige PsychologInnen und PsychotherapeutInnen in allen diesbezüglichen Studien als bei weitem stärker Burnout-belastet erwiesen als solche, die ambulant oder in privaten Praxen tätig waren (Ackerley et al., 1988; Farber, 1990; Raquepaw & Miller, 1989). Interessant ist, dass PatientInnenvariablen als solche, wie z. B. die Schwere ihrer Störungen und das Setting der Behandlung (Einzel-, Paar- oder Familientherapie) kaum direkten Einfluss auf das Burnout haben (Ackerley et al., 1988; Enzmann & Kleiber, 1989; Putz, 2001). Bezüglich der Anzahl der behandelten PatientInnen sind die Befunde aber widersprüchlich, weil hier außerdem nicht ausreichend differenziert wird zwischen der objektiven Anzahl an PatientInnen und der subjektiv wahrgenommenen Kontrolle bzw. Kontrollierbarkeit über die Anzahl der behandelten PatientInnen und die Art der behandelten Störungen. Wichtige berufliche Burnout-Determinanten sind die Unzufriedenheit mit der Arbeit (Willutzki et al., 1997) bzw. der therapeutischen Tätigkeit (Raquepaw & Miller, 1989), im Besonderen – wie oben erwähnt – der Mangel

an Kontrolle über eine Reihe wichtiger Aspekte der therapeutischen Tätigkeit, wie die Anzahl der behandelten PatientInnen, die Art der behandelten Störungen, der wahrgenommene Handlungsspielraum und die beruflichen Gestaltungsmöglichkeiten (Enzmann & Kleiber, 1989; Raquepaw & Miller, 1989).

Als *protektive Variablen* wurden bisher Bewältigungsstrategien und soziale Unterstützung untersucht. Aktive problemfokussierende Strategien dürften mit geringerem Burnout einhergehen (Burisch, 1994), während defensive, vermeidende und resignative die Burnout-Entwicklung offensichtlich fördern (Willutzki et al., 1997). Wahrgenommene Unterstützung von Seiten der Familie und von nahestehenden Bezugspersonen (PartnerInnen, FreundInnen) wie auch von Arbeits- und BerufskollegInnen scheint mit geringerem Burnout in Verbindung zu stehen, nicht aber der konkrete Erhalt derselben (Maslach & Jackson, 1984; Schwab & Liese, 2000).

Von den *professionellen Methoden der Burnout-Prävention* wird der Supervision und der Selbsterfahrung/Eigentherapie eine große Bedeutung zugeschrieben. Leider ist die Evidenz für die Effekte beider Variablen nicht sehr groß, am ehesten noch für die *Supervision* (Maslach & Jackson, 1984; Schwab & Liese, 2000). Für die *Selbsterfahrung/Eigentherapie* zeigte sich kein Zusammenhang mit dem Burnout bei PsychotherapeutInnen im Allgemeinen (Ackerley et al., 1988; Willutzki & Ambühl, 1993) wie auch bei Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen im Besonderen (Willutzki & Ambühl, 2000).

Bislang wurden kaum PsychotherapeutInnen unterschiedlicher Orientierung untersucht (vgl. Putz, 2001), entsprechend wurden nur in wenigen Arbeiten speziell Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen berücksichtigt (Ackerley et al., 1988; Raquepaw & Miller, 1989; Schwab & Liese, 2000). Die Ergebnisse dieser Arbeiten legen den Schluss nahe, dass die oben skizzierten Befunde auch auf diese TherapeutInnengruppe übertragbar sind.

Fragestellungen

Trotz verschiedener Studien ist der Wissensstand zum Burnout bei PsychotherapeutInnen noch defizitär. So fehlt z. B. Wissen über die spezifische Verteilung von Burnout bei TherapeutInnen unterschiedlicher Orientierung und auch bezüglich der Determinanten herrscht bei verschiedenen Variablen noch Unklarheit, so dass weiterer Forschungsbedarf besteht. Speziell diese Mängel sind der Anlass für die vorliegende Studie an einer relativ homogenen Gruppe von PsychotherapeutInnen (Klientenzentrierte Psychotherapie nach Rogers). Es werden zwei Fragestellungen untersucht:

1. In welchem Ausmaß tritt Burnout bei TherapeutInnen auf, die die Klientenzentrierte Psychotherapie nach Rogers praktizieren?
2. Was sind die wichtigsten (protektiven und risikofördernden) Determinanten von Burnout in dieser Gruppe?

Die in die Untersuchung eingehenden Variablen wurden auf die drei wichtigsten in der Literatur diskutierten Gruppen begrenzt:

1. *Personmerkmale*: Alter, Geschlecht, Familienstand, Dauer der beruflichen Tätigkeit, AkademikerIn vs. Nicht-AkademikerIn und Art der beruflichen Ausbildung.
2. *Professionelle Merkmale*: Private vs. institutionelle Tätigkeit, Behandlungssetting, Anzahl behandelter KlientInnen, wahrgenommene Kontrolle über Anzahl und Auswahl der PatientInnen, Zeitplanung, Dauer der Behandlung, Arbeitsbedingungen, Zufriedenheit mit beruflicher Tätigkeit und theoretische Orientierung.
3. *Protektive Variablen*: Umgang mit Schwierigkeiten in der therapeutischen Arbeit, – professionelles Coping, wahrgenommene Soziale Unterstützung, Selbsterfahrung/Eigentherapie und Supervision.

Methodik und Design

Die Studie ist Bestandteil eines größeren Projekts, in dem die Entwicklung von PsychotherapeutInnen international detaillierter untersucht wird. Dazu wurde in einem Teilprojekt allen zum 17. 11. 2001 in die österreichische PsychotherapeutInnenliste mit dem Zusatztitel „Klientenzentrierte Psychotherapie“ (nicht aber „Personenzentrierte Psychotherapie“) der „Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire“ („DPCCQ-Fragebogen“) der „Internationalen Studie zur Entwicklung von PsychotherapeutInnen“ (ISDP) des Collaborative Research Network (CRN) der Society of Psychotherapy Research (SPR) (Ambühl, 1997) zugeschickt ($N=535$). 49 Fragebögen waren nicht zustellbar; nach dem Versand eines Erinnerungsbriefes wurde ein Rücklauf von 103 beantworteten Exemplaren erreicht (=21,2%); zwei davon waren aufgrund fehlender Daten nicht verwertbar, sodass letztlich eine Stichprobe von 101 Klientenzentrierten TherapeutInnen in die Auswertung einging (=20,8%).

Ziel des *DPCCQ-Fragebogens*, welcher aus standardisierten wie frei zu beantwortenden Items besteht, ist es, die professionelle Entwicklung von PsychotherapeutInnen und damit in Verbindung stehende Korrelate zu untersuchen. Die Bearbeitung dieses Fragebogens erfordert etwa eine Stunde Zeit. Es werden folgende Aspekte erhoben: Angaben zur Person und Identität der TherapeutIn, berufliche Ausbildung, praktische Berufserfahrung, Entwicklung als PsychotherapeutIn insgesamt, eigene Therapieerfahrung, theoretische Orientierung, gegenwärtige Entwicklung als PsychotherapeutIn, gegenwärtige therapeutische Praxis, Aspekte der aktuellen therapeutischen Arbeit, Aspekte des gegenwärtigen privaten und beruflichen Lebens. Darüber hinaus werden noch das Selbstkonzept und der Umgang mit Belastungen erfasst.

Das von Maslach und Jackson (1986) entwickelte *Maslach Burnout Inventory (MBI)* ist in einigen nationalen Versionen Bestandteil des DPCCQ und besteht in seiner aktuellen Version aus

22 Items, die drei Skalen – emotionale Erschöpfung (9 Items), Dehumanisierung/Depersonalisation (5 Items), persönliche Leistungsfähigkeit (8 Items) – zugeordnet sind. Diese sind hinsichtlich der Häufigkeit des Erlebens der entsprechenden Sachverhalte auf einer siebenstufigen Skala einzuschätzen (0=nie; 1=einige Male/Jahr; 2=einmal/Monat; 3=einige Male/Monat; 4=einmal/Woche; 5=einige Male/Woche; 6=täglich).

Die Skala „emotionale Erschöpfung (EE)“ erfasst den emotionalen Part des Burnout (Gefühle des Ausgelaugt-Seins, der Erschöpfung, der Müdigkeit, Frustration etc.; z. B.: „Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich erledigt; meine Arbeit frustriert mich“).

Die Skala „Dehumanisierung/Depersonalisation (DP)“ misst gleichgültige bis negative Einstellungen und Haltungen gegenüber KlientInnen; z. B.: „Ich glaube, ich behandle einige Klienten als ob sie unpersönliche Objekte wären“; „Ich befürchte, dass diese Arbeit mich emotional verhärtet“.

Die Skala „persönliche Leistungsfähigkeit (PA)“ ist positiv formuliert; zur Erfassung des Burnout ist sie umzupolen; z. B.: „In der Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen sehr ruhig und ausgeglichen um“; „Ich fühle mich voller Tatkraft“.

Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der Skalen liegt in der Eichstichprobe ($N=11,607$) bei $\alpha=.90$ für EE, $\alpha=.71$ für PA und $\alpha=.79$ für DP. In anderen Studien lagen die Werte zum Teil höher (Überblicke bei Putz, 2001; Volgger, 2002). Die ermittelten Konsistenzwerte lagen bei $\alpha=.87$ für EE, $\alpha=.83$ für PA und $\alpha=.77$ für DP. Die Skalen besitzen somit ausreichend hohe interne Konsistenz.

Auch die Reliabilität des Verfahrens kann als gut bis sehr gut bezeichnet werden (Retest nach zwei bis vier Wochen; Maslach & Jackson, 1986: EE: $r_{tt}=.82$; PA: $r_{tt}=.80$; DP: $r_{tt}=.60$). Hinsichtlich der Validität berichten Maslach und Jackson (1986) erwartungskonforme Ergebnisse; so konnte die dreidimensionale Struktur der Skala in einer Reihe von Hauptkomponentenanalysen ebenso bestätigt werden wie ihre konvergente und diskriminante Validität. Enzmann, Schaufeli und Girault (1995) konnten an einer großen Stichprobe die Faktorenstruktur der deutschsprachigen Version mittels konfirmatorischer Faktorenanalysen (LISREL) belegen, Hinweise zur Konstruktvalidität finden sich bei Enzmann und Kleiber (1989).

Stichprobe

Die Stichprobe der vorliegenden Studie umfasst 101 in die österreichische PsychotherapeutInnenliste eingetragene PsychotherapeutInnen mit dem Zusatztitel „Klientenzentrierte Psychotherapie“, bestehend aus 70 Frauen, 29 Männern und 2 Personen ohne Geschlechtsangabe. (unterschiedliche N bei einzelnen Auswertungen hängen mit fehlenden Angaben in den Fragebögen zusammen) Ihr Durchschnittsalter liegt bei 42 Jahren ($M=41,83$; $SD=7,69$; $Min=33$; $Max=67$). Davon sind 62 verheiratet, 18 leben in einer

Lebensgemeinschaft, 10 sind ledig, 11 sind geschieden, leben getrennt oder sind verwitwet. 73 besitzen eine akademische Ausbildung, davon 50 (also etwa die Hälfte der gesamten Stichprobe) ein abgeschlossenes Psychologiestudium, 12 TherapeutInnen haben ein Lehramts-, 6 ein Medizinstudium absolviert. Neben der abgeschlossenen Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie besitzen 55 noch weitere Aus- und Weiterbildungen in Psychotherapie; davon u. a. 17 in systemischer Familientherapie, jeweils 6 in Verhaltenstherapie und in Psychoanalyse, 5 in Gestalttherapie, 4 in Körpertherapie und je 3 in Bioenergetischer Analyse, Psychodrama, Kinder- und Jugendpsychotherapie, und Hypnotherapie. Die mittlere berufliche Erfahrung beträgt 14 Jahre ($M=13,9$; $SD=7,6$; $Min=0,6$; $Max=28$), das hauptsächliche Tätigkeitsfeld (definiert als mind. 75% der Wochenarbeitszeit) ist bei 57 PsychotherapeutInnen die private Praxis, bei 20 eine öffentliche Institution und bei 22 beides. Im Schnitt werden von den befragten TherapeutInnen 17 PatientInnen pro Woche ($M=17$; $SD=9,53$) überwiegend im Einzelsetting ($M=13,9$ PatientInnen) behandelt. Das Gros der PatientInnen leidet entweder an Depressionen (61,1%) oder Angststörungen (42,3%), gefolgt von Persönlichkeitsstörungen (24,4%), Partnerschaftsproblemen (16,9%), somatoformen und Anpassungsstörungen (je 15%) sowie an Essstörungen (12,2%) und Abhängigkeitssyndromen (10,3%).

Um die Ergebnisse generalisieren zu können, ist es wichtig, die *Repräsentativität der Stichprobe* zu beurteilen. Leider ist dies nur sehr eingeschränkt möglich, da es keine öffentlich zugänglichen Daten zu den Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in Österreich gibt. Eine Analyse der durch die österreichische Internet-Helpline für Psychotherapie (URL: <http://www.psyonline.at>) erfassten Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen ergab eine Geschlechtsverteilung von 69,2% Frauen zu 30,8% Männern. Diese Verteilung unterscheidet sich nicht von der vorliegenden Stichprobe ($\chi^2=.00$; $df=1$; $p=.99$). Es gibt auch keine Unterschiede hinsichtlich des Tätigkeitsfeldes und der Dauer der Berufserfahrung. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist aber zu berücksichtigen, dass systematische Biases in anderen Bereichen nicht ausgeschlossen werden können.

Statistische Auswertungen

Zunächst werden deskriptive Ergebnisse zur Häufigkeit des Auftretens von Burnout in den drei Skalen des MBI präsentiert. Für die weiteren Analysen werden Korrelationsanalysen und Mittelwertvergleiche verschiedener Subgruppen durchgeführt. Abschließend werden über lineare Regressionsanalysen die zentralen Determinanten des Burnout herausgearbeitet.

Ergebnisse

Ausmaß des Burnout bei österreichischen Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen

Die Häufigkeitsangaben zum MBI sind in Tabelle 1 dargestellt; zum Vergleich sind auch Ergebnisse anderer Studien an PsychotherapeutInnen bzw. Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen angeführt.

Tabelle 1: Burnout-Ausprägung im Vergleich zu anderen Studien

Studie	N	Burnout-Skalen M (SD)					
		EE		DP		PA ^a	
		M	SD	M	SD	M	SD
Eigene Studie	101	1,40	0,89	0,76	0,79	4,96	0,56
Maslach & Jackson (1986)	11.067	2,33	1,19	1,75	1,18	4,32	0,89
Enzmann & Kleiber (1989)	124	2,17	0,98	1,36	1,07	4,28	0,87
Enzmann (1996)	1424	2,18	1,03	1,31	1,01	4,51	0,84
Putz (2001)	104	1,55	0,90	0,69	0,75	4,81	0,83
Willutzki & Ambühl (1993); ohne SE ^b	42	2,02	1,06	1,02	0,67	4,28	0,87
Willutzki & Ambühl (1993); mit SE ^c	85	1,81	0,87	0,96	0,75	4,48	0,86

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; PA: Persönliche Leistungsfähigkeit; DP: Depersonalisierung;

^a Werte positiv gepolt: Hohe Werte entsprechen hoher Leistungsfähigkeit (Umrechnung in Belastungswerte: 6 – M)

^b Subgruppe ohne Selbsterfahrung

^c Subgruppe mit Selbsterfahrung

Wie ersichtlich, zeigen die untersuchten Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in allen drei Dimensionen im Vergleich zu anderen Studien ein relativ geringes Burnout. Dies gilt für die emotionale Erschöpfung und die persönliche Leistungsfähigkeit; ganz besonders für die Depersonalisation. Im Median berichten die ProbandInnen von emotionalen Erschöpfungsgefühlen meist zwischen einmal pro Monat und einigen Malen pro Jahr ($Md=1,5$), aber nur sehr selten ($Md=0,5$) nehmen sie einen inhumanen Umgang mit ihren KlientInnen wahr. Hingegen verspüren sie aber mehrmals pro Woche ein Gefühl starker Leistungsfähigkeit ($Md=5$).

Tabelle 2: Cut-off-Werte für niedriges, mittleres und hohes Burnout (nach Maslach & Jackson, 1986; N=11.067) Häufigkeiten eigene Studie (N=101)

Ausprägung	EE			DP			PA ^a		
	Cut-off	n	%	Cut-off	n	%	Cut-off	n	%
Niedrig	<1,75	68	67,3	<1,20	82	81,2	>4,87	3	3
Mittel	1,87–2,75	25	24,8	1,40–2,40	15	14,9	4,0–4,75	30	29,7
Hoch	>2,87	8	7,9	>2,60	4	4	<3,88	67	66,3

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; DP: Depersonalisierung; PA: Persönliche Leistungsfähigkeit; Mittlere Skalenausprägungen;

n, %: absolute und relative Häufigkeit/Probanden pro Kategorie

^a Werte positiv gepolt: Geringe Werte als Ausdruck eines hohen Burnouts

Unter Hinzuziehung der Cut-off-Kriterien von Maslach und Jackson (1986) (s. Tabelle 2) wird deutlich, dass nur etwa 8% der Stichprobe zum Zeitpunkt der Untersuchung an einer starken emotionalen Erschöpfung, ca. 4% an starken Depersonalisationsgefühlen und nur 3% an eingeschränkter persönlicher Leistungsfähigkeit leiden.

Berücksichtigt man zusätzlich noch die mittlere Ausprägungskategorie, so leiden doch immerhin weitere 25% an einer mittleren Erschöpfung, 15% an mittleren Depersonalisationsgefühlen und 30% an eingeschränkter Leistungsfähigkeit. Obwohl diese Werte auf eine gewisse Burnoutgefährdung schließen lassen, bleibt das Gesamtrisiko doch eher gering.

Determinanten des Burnout

1. Soziale und berufliche Merkmale der TherapeutInnen

Es konnten keinerlei Einflüsse des Geschlechts, eines abgeschlossenen Hochschulstudiums (Mann & Whitney-U-Test), der Art der absolvierten akademischen Ausbildung (Kruskal-Wallis-H-Test), des Alters und der Dauer der beruflichen Tätigkeit (jeweils Spearman's Rho) auf das Burnout gefunden werden (für detailliertere Analysen vgl. Volgger, 2002). Lediglich beim Familienstand ergab sich (Kruskal-Wallis-H-Test:

$p=,03$), dass Ledige im Vergleich zu Verheirateten und solchen, die in einer Lebensgemeinschaft leben ($p=,01$) und im Vergleich zu getrennt Lebenden/Geschiedenen/Verwitweten ($p=,02$) eine reduziertere persönliche Leistungsfähigkeit aufweisen. Zusätzlich leiden Verheiratete unter höherer Erschöpfung ($p=,03$) als jene, die in einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft leben.

Vielfach wurde gezeigt (s. o.), dass das Burnout bei der Gruppe der BerufseinsteigerInnen besonders hoch ist. Zur Prüfung dieser Hypothese wurde die Subgruppe derjenigen, die bis zu vier Jahre im Berufsleben standen, mit denjenigen verglichen, die acht und mehr Jahre Berufserfahrung aufwiesen. Leider war die Gruppe der bis zu vier Jahren Tätigen nicht sehr groß, so dass die gefundenen Unterschiede keine statistische Signifikanz erreichten. Es konnten aber auch bei den bis zu sechs bzw. bis zu acht Jahren psychotherapeutisch Tätigen im Vergleich zu denen, die seit über acht Jahren im Berufsleben stehen, keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. Damit kann diese Hypothese in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden.

2. Professionelle Merkmale

Hier wurden die Tätigkeits- und Organisationsform, das primäre Behandlungssetting, die KlientInnenanzahl, die wahrgenommene Kontrolle über das Arbeitsfeld, die Arbeitszufriedenheit und die primäre theoretische Orientierung untersucht. Hinsichtlich der *Organisationsform der therapeutischen Tätigkeit* (privat, institutionell, beides) konnte kein Effekt auf die drei MBI-Skalen, weder bezogen auf alle drei Arten (Kruskal-Wallis-H-Test) noch in der Gegenüberstellung der drei Tätigkeitsformen zueinander (U-Test) gefunden werden. Es ergaben sich auch keinerlei Bezüge zu den hauptsächlichsten *therapeutischen Settings* (Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppentherapien und deren Kombination) (Kruskal-Wallis-H-Test).

Signifikant positive Bezüge (Spearman's Rho) ergaben sich zwischen der *Anzahl der behandelten KlientInnen* und der „Emotionalen Erschöpfung“ ($r = ,35; p < ,01$). Für die „Depersonalisation“ konnte nur ein tendenzieller ($r = ,18; p = ,08$) und für die „persönliche Leistungsfähigkeit“ kein Zusammenhang nachgewiesen werden.

Wie erwartet zeigte die *wahrgenommene Kontrolle über verschiedene Aspekte des beruflichen Arbeitsfeldes* einen Einfluss auf das Ausmaß wahrgenommenen Burnouts (Tabelle 3). Allerdings ist die Höhe der Zusammenhänge nicht überwältigend und bis auf eine Ausnahme nur für die „emotionale Erschöpfung“ gegeben.

Tabelle 3: Kontrolle über Arbeitsbedingungen und Burnout (Spearman's rho)

Ausmaß der Kontrolle über ...	N	EE	DP	PA ^a
Auswahl der Patienten	101	-,25*	-,15	-,01
Anzahl zu behandelnder Patienten	101	-,01	,01	-,05
Wahl der theoretischen Orientierung	100	-,10	-,01	,10
Die Zeitplanung	98	-,24*	-,14	-,01
Dauer der Behandlungen	99	-,31**	-,18	-,15
Die übrigen Arbeitsbedingungen	95	-,25*	-,26*	-,12

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; DP: Depersonalisierung;

PA: Persönliche Leistungsfähigkeit;

^a Werte positiv gepolt, daher : positive Korrelation Zusammenhang mit hoher Leistungsfähigkeit

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

Als weitere professionelle Variable wurde die *Arbeitszufriedenheit* untersucht. Zu ihrer Operationalisierung finden sich im DPCCQ drei Fragen („Wie groß ist die Befriedigung, die Sie in Ihrer gegenwärtigen therapeutischen Tätigkeit erleben?“, „Wie groß ist die Zufriedenheit mit Ihrem aktuellen therapeutischen Arbeitsfeld?“ und „Wieviel Unzufriedenheit erleben Sie derzeit in Ihrer therapeutischen Praxis?“), die jeweils auf sechsstufigen Skalen (0=keine, 5=sehr groß) zu beurteilen sind. Es fanden sich hochsignifikante Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit und den verschiedenen Kriterien für Burnout (Tabelle 4), ebenso wie zwischen der Zufriedenheit mit dem therapeutischen Hauptarbeitsfeld und der emotionalen

Erschöpfung bzw. Depersonalisation sowie eine tendenzielle mit der persönlichen Leistungsfähigkeit (jeweils Spearman's rho).

Tabelle 4: Zusammenhänge zwischen Arbeitszufriedenheit und Burnout (Spearman's rho; N=101)

	EE	DP	PA ^a
Befriedigung/therapeutische Tätigkeit	-,46**	-,37**	,27**
Zufriedenheit/therapeutisches Hauptarbeitsfeld (n=97)	-,42**	-,29**	,19°
Unzufriedenheit/therapeutische Praxis	,55**	,44**	-,33**

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; DP: Depersonalisierung;

PA: Persönliche Leistungsfähigkeit

^a Werte positiv gepolt, daher: positive Korrelation Zusammenhang mit hoher Leistungsfähigkeit

° $p < ,10$; * $p < ,05$; ** $p < ,01$

Hinsichtlich des Einflusses der *theoretischen Orientierung* des Therapeuten (psycho-dynamisch, verhaltenstherapeutisch, kognitiv, humanistisch, systemisch) erwies sich eine vorwiegende psychodynamische Orientierung als Burnout-fördernd (emotionale Erschöpfung, Depersonalisation), während eher lösungsorientierte Orientierungen (verhaltenstherapeutisch, kognitiv, systemisch) mit einer höheren selbstwahrgenommenen Leistungsfähigkeit assoziiert war. Eine intensive humanistische Orientierung scheint hingegen protektiv zu wirken, insofern sie mit signifikant niedrigeren Erschöpfungswerten und tendenziell niedrigeren Depersonalisationswerten ($p = ,09$) einher ging (s. Tabelle 5).

Tabelle 5: Orientierung an theoretischen Konzepten im aktuellen therapeutischen Handeln und Burnout (Spearman's rho)

Theoretische Orientierung	N	EE	DP	PA ^a
Analytisch/psychodynamisch	86	,33**	,23*	,01
Verhaltenstherapeutisch	82	-,05	-,05	,27*
Kognitiv	79	,02	-,02	,26*
Humanistisch	100	-,21*	-,17	,07
Systemisch/familientherapeutisch	92	-,06	-,14	,21*
Sonstige	24	-,13	-,21	,11

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; DP: Depersonalisierung;

PA: Persönliche Leistungsfähigkeit;

^a Werte positiv gepolt, daher : positive Korrelation Zusammenhang mit hoher Leistungsfähigkeit

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

3. Protektive Faktoren/Ressourcen

In diesem Zusammenhang wurde der Umgang mit Belastungen in der beruflichen Tätigkeit (berufsbezogenes Coping), das Ausmaß der als verfügbar wahrgenommenen sozialen Unterstützung aus dem Berufs- und Privatleben, die eigene Supervision und die Selbsterfahrung/Eigentherapie untersucht. *Berufsbezogenes Coping* wird im DPCCQ über einen Fragebogen von Davis und

Orlinsky erfasst, der mit 20 Items aktive und mit 6 Items passive oder vermeidende Strategien im Umgang mit beruflichen Schwierigkeiten erfasst. Entgegen den Befunden anderer Autoren (s. o.) korrelierten (Spearman-Rho) nur wenige aktive Strategien mit den drei Skalen des MBI, die meisten in paradoxer Weise positiv, d. h. Burnout fördernd (s. Tabelle 6): „die TherapeutInnenrolle verlassen“, „Ändern der Therapievereinbarungen“, „Kongresse und Workshops besuchen“, „Widerstand deuten“ und „Verschieben der therapeutischen Arbeit“. Burnout-puffernd (gegenüber emotionaler Erschöpfung) hingegen war nur das „Setzen von Grenzen“ und – die persönliche Leistungsfähigkeit fördernd – das „Konsultieren der Fachliteratur“.

Tabelle 6: Zusammenhänge zwischen Strategien zum Umgang mit therapeutischen Problemen (nach Davis & Orlinsky) und Burnout (Spearman's rho) (signifikante Korrelationen)

Bewältigungsstrategien	N	EE	DP	PA ^a
Konsultieren von Fachliteratur	100	,04	,05	,22**
Grenzen setzen	100	-,20*	-,14	,04
Die Therapeutenrolle verlassen	99	,12	,21*	,04
Therapievereinbarungen ändern	98	,27**	,42**	,01
Kongresse, Workshops besuchen	100	,17	,20*	,06
Widerstand deuten	93	,12	,24*	-,01
Arbeit verschieben	94	,17	,35**	-,18

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; DP: Depersonalisierung; PA: Persönliche Leistungsfähigkeit;
^a Werte positiv gepolt, daher: positive Korrelation Zusammenhang mit hoher Leistungsfähigkeit
 * p < ,05; ** p < ,01

Im Vergleich zu den aktiven Strategien ergab die Analyse der Vermeidungsstrategien klarere Zusammenhänge, insbesondere mit der emotionalen Erschöpfung und der Depersonalisation. (s. Tabelle 7).

Tabelle 7: Zusammenhänge zwischen vermeidenden Umgangsformen mit therapeutischen Problemen (nach Davis & Orlinsky) und Burnout (Spearman's rho)

Vermeidungsstrategien	N	EE	DP	PA ^a
Auf günstige Wendung warten	101	,34**	,53**	-,06
Kritisieren des Patienten	101	,28**	,49**	-,12
Abbruch der Therapie	101	,29**	,31**	-,21*
Problem aufschieben	99	,25*	,33**	-,17
Dem Patienten Frustration zeigen	96	,35**	,34**	-,16
Patienten überweisen	98	,17	,19	-,08

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; DP: Depersonalisierung; PA: Persönliche Leistungsfähigkeit;
^a Werte positiv gepolt, daher: positive Korrelation Zusammenhang mit hoher Leistungsfähigkeit
 * p < ,05; ** p < ,01

Strategien wie „auf günstige Wendung warten“, „Kritisieren des Patienten“, „Abbruch der Therapie“, „Probleme aufschieben“ und

„dem Patienten Frustration zeigen“ scheinen demnach die emotionale Erschöpfung und eine inhumane Haltung gegenüber den KlientInnen eindeutig zu fördern.

„Soziale Unterstützung“ wird im DPCCQ durch drei Items operationalisiert, zwei davon beziehen sich auf private Unterstützung („Wie häufig erleben Sie, dass sich jemand um sie kümmert und sie unterstützt?“ „Wie oft haben Sie ein befriedigendes Gefühl von Intimität und emotionaler Nähe?“ 0=nie; 5=sehr oft), eines auf die Unterstützung im Hauptarbeitsfeld („Wie sehr fühlen sie sich im Hauptarbeitsfeld Ihrer therapeutischen Tätigkeit unterstützt?“ 0=überhaupt nicht; 5=völlig). Da die beiden Items zur privaten Unterstützung als Skala nur eine mittlere interne Konsistenz erreichten ($\alpha < ,65$), wurden beide als Einzelitems verrechnet (Tabelle 8).

Tabelle 8: Zusammenhang zwischen wahrgenommener Sozialer Unterstützung und Burnout (Spearman's rho)

Bewältigungsstile	N	EE	DP	PA
Unterstützung privat	100	-,11	-,05	-,06
Emotionale Nähe und Intimität	100	-,15	-,12	,45**
Unterstützung im Hauptarbeitsfeld	100	-,08	,03	,13

Anmerkungen: EE: Emotionale Erschöpfung; DP: Depersonalisierung; PA: Persönliche Leistungsfähigkeit;
^a Werte positiv gepolt, daher: positive Korrelation Zusammenhang mit hoher Leistungsfähigkeit

Wie ersichtlich, weist das Ausmaß der wahrgenommenen Unterstützung keine signifikanten Zusammenhänge mit geringerer emotionaler Erschöpfung, höherer persönlicher Leistungsfähigkeit und weniger inhumanen Einstellungen gegenüber KlientInnen auf. Allerdings ist eine Korrelation statistisch sehr signifikant, nämlich emotionale Nähe und Intimität hängt mit höherer persönlicher Leistungsfähigkeit zusammen ($r = ,45$). Trotzdem weist die wahrgenommene soziale Unterstützung insgesamt eher wenig Einfluss auf das Burnout auf. Einschränkend ist außerdem zu betonen, dass die Erfassung über Ein-Item-Indikatoren methodologisch problematisch ist.

Der Effekt der professionellen Ressourcen (*Selbsterfahrung/ Eigentherapie und Supervision bei beruflichen Problemen*) konnte aufgrund der Tatsache nicht überprüft werden, dass die Anzahl jener, welche weder Selbsterfahrung/Eigentherapie ($n=4$) noch Supervision ($n=7$) in Anspruch genommen haben bzw. in Anspruch nehmen, in Relation zu den übrigen Probanden eindeutig zu gering war.

Multivariate Analysen

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, dass Burnout mit verschiedenen Variablen zusammen hängt. Um festzustellen, welche davon die wichtigsten sind, wurden explorative lineare Regressionsanalysen gerechnet, Dazu wurden pro (abhängiger) Burnout-Variable jene Variablen zu einem Prädiktorblock (Modus

„enter“) verbunden, die signifikante univariate Zusammenhänge und inhaltlich keine Gemeinsamkeiten mit dem Burnout-Konstrukt besaßen.

1. Emotionale Erschöpfung

Als unabhängige Variablen wurden hier in den Prädiktorblock aufgenommen: „Kontrolle über die Auswahl der PatientInnen“, „Kontrolle über die Behandlungsdauer“, „Anzahl der behandelten PatientInnen“ (objektive Anzahl), „Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit“ und „auf eine günstige Wendung hoffen“. Aus dieser Gleichung resultierte ein multipler Regressionskoeffizient von $R = ,687$ ($R^2 = ,472$; $F = 16,07$; $df = 5$; $p = ,000$), der auf eine gute Vorhersage durch die ausgewählten Prädiktoren schließen lässt (Tabelle 9). Die Einzelkorrelationen (vgl. Tabelle 10) weisen auf ein komplexes Gefüge hin, insofern die Variablen „Anzahl der PatientInnen“ (objektive Anzahl) und die passive Coping-

Tabelle 9: Prädiktormodell der Emotionalen Erschöpfung (AV)

Modell	R	R ²	df	F	p
UV's ^a	,687	,472	5	16,07	,000

Anmerkungen: ^a Unabhängige Variablen: Kontrolle über die Auswahl der Patienten, Kontrolle über die Behandlungsdauer, Anzahl der behandelten Patienten, Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit, auf eine günstige Wendung hoffen; Berechnungsmodus: „Enter“.

Tabelle 10: Koeffizienten der Unabhängigen Variable „Emotionale Erschöpfung“

Unabhängige Variablen	Unstandardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	p
	B	Std. Fehler	Beta		
Konstante	2,796	,416		6,722	,000
Patientenanzahl	0,034	,007	,367	4,766	,000
Kontrolle/Auswahl der Patienten	-0,068	,047	-,118	-1,451	,150
Kontrolle/Dauer der Behandlung	-0,094	,067	-,118	-1,410	,162
Zufriedenheit mit eigener therapeutischer Tätigkeit	-0,421	,100	-,355	-4,224	,000
Auf eine günstige Wendung hoffen	0,268	,060	,349	4,507	,000

strategie „auf eine günstige Wendung hoffen“ die „Emotionale Erschöpfung“ eher zu fördern scheinen (positive Korrelationen), während die „Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit“ diese eher dämpft (negative Korrelation).

Tabelle 11: Prädiktormodell der Depersonalisation (AV)

Modell	R	R ²	df	F	P
UV's ^a	,670	,449	8	14,176	,000

Anmerkungen: ^a Unabhängige Variablen: Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit; Unzufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit; Zufriedenheit mit dem therapeutischen Hauptarbeitsfeld; Patienten kritisieren; Therapievereinbarungen ändern; Berechnungsmodus: „Enter“

Tabelle 12: Koeffizienten der Unabhängigen Variable „Depersonalisation“

Unabhängige Variablen	Unstandardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	p
	B	Std. Fehler	Beta		
Konstante	1,026	,490		2,094	,039
Zufriedenheit mit eigener therapeutischer Tätigkeit	-0,333	,116	-,314	-2,873	,005
Unzufriedenheit mit eigener therapeutischer Tätigkeit	0,195	,091	,221	2,136	,036
Zufriedenheit mit dem Hauptarbeitsfeld	-0,140	,092	-,164	-1,529	,130
Patienten kritisieren	0,315	,082	,346	3,840	,000
Therapievereinbarungen ändern	0,161	,063	,219	2,538	,013

2. Depersonalisation

In diesen Prädiktorblock wurden die Variablen „Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit“, „Unzufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit“, „Zufriedenheit mit dem therapeutischen Hauptarbeitsfeld“, „PatientInnen kritisieren“ und „Therapievereinbarungen ändern“ als negative bzw. positive Copingvariable eingegeben. Das so entstandene Modell erbrachte einen multiplen Regressionskoeffizient von $R = ,67$ ($R^2 = ,67$; $df = 8$; $F = 14,176$; $p = ,000$; vgl. Tabelle 11), was auf eine sehr gute Vorhersagekraft hinweist. Die Korrelationskoeffizienten in Tabelle 12 zeigen, dass

auch die Depersonalisation durch positive und negative Variablen bestimmt wird: Je häufiger Therapeuten in schwierigen Therapiesituationen „PatientInnen kritisieren“, desto mehr Depersonalisationsgefühle sind zu beobachten; je höher die „Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit“, desto weniger.

3. Persönliche Leistungsfähigkeit

Die multiple Regression wurde hier mit folgenden unabhängigen Variable gerechnet: „Angst, zu schaden“, „Angst, die Kontrolle zu verlieren“, „berührt sein über die Macht- und Einflusslosigkeit“ und „nicht fähig sein, Sympathie oder Achtung entgegenzubringen“. Aus der Regression resultierte ein multipler Korrelationskoeffizient von $R = ,46$

Tabelle 13: Prädiktormodell der Reduzierten Persönlichen Leistungsfähigkeit (AV)

Modell	R	R ²	df	F	P
UV's ^a	,460	,211	4	6,230	,000

Anmerkungen: ^a Unabhängige Variablen: Angst, zu schaden; Angst, die Kontrolle zu verlieren; berührt über die Macht- und Einflusslosigkeit sein; Sympathie oder Achtung entgegenbringen; Berechnungsmodus: „Enter“.

Tabelle 14: Koeffizienten der Unabhängigen Variable „Reduzierte Persönliche Leistungsfähigkeit“

Unabhängige Variablen	Unstandardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	t	p
	B	Std. Fehler	Beta		
Konstante	5,207	,105		49,665	,000
Angst, zu schaden	0,062	,089	,073	0,856	,394
Angst, die Kontrolle zu verlieren	-0,278	-,362	-,084	-3,317	,001
Macht- und Einflusslosigkeit	0,041	,086	,050	0,816	,416
Sympathie entgegenbringen	-0,199	-,281	-,071	-2,784	,007

($R^2 = ,211$; $df = 4$; $F = 6,32$; $p = ,000$; vgl. Tabelle 13), was auf eine mittlere Vorhersagbarkeit der erwähnten unabhängigen Variablen schließen lässt. Tabelle 14 zeigt die Korrelationskoeffizienten der einzelnen Variablen. „Angst, die Kontrolle zu verlieren“ und „nicht fähig sein, Sympathie oder Achtung entgegenzubringen“ stehen mit reduzierter Leistungsfähigkeit in Verbindung; ein protektiver, die Leistungsfähigkeit fördernder Faktor konnte nicht gefunden werden.

Zusammenfassung und Diskussion

Obwohl Burnout ein weit verbreitetes Phänomen ist und mittlerweile eine Fülle von Untersuchungen dazu in den verschiedensten Berufssparten zu finden sind, gibt es bisher kaum Studien an PsychotherapeutInnen im Allgemeinen und an Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen im Besonderen. Trotz der teilweise sehr intensiven Beanspruchung persönlicher Kompetenzen zeigt die vorliegende Untersuchung nur relativ niedrige bis sehr niedrige Burnout-Ausprägungen bei ca. $\frac{2}{3}$ der 101 untersuchten TherapeutInnen in den Skalen „Emotionale Erschöpfung“ und „Reduzierte Persönliche Leistungsfähigkeit“. In der Skala „Depersonalisierung“ resultierten sogar bei 81 % der TherapeutInnen niedrige Burnout-Werte.

Eine Begründung für diese niedrigen Werte könnte darin liegen, dass, wie Enzmann und Kleiber (1989) oder auch Raquepaw und Miller (1989) argumentieren, PsychotherapeutInnen eine hohe Arbeitszufriedenheit und eine hohe Arbeitsautonomie besitzen. Gleichzeitig sind sie aufgrund Ihrer Arbeitsstruktur schwierigen PatientInnen nicht über Stunden ausgeliefert, sondern können Termine mit solchen individuell gestalten. Es könnte aber auch sein, dass das Rollenbild des/der PsychotherapeutIn als ein emotional stabiler und kompetenter Mensch Einfluss darauf haben könnte, Symptome von Burnout zu geben.

Hinsichtlich der Determinanten von Burnout konnten insgesamt nur wenig Zusammenhänge mit objektiven Variablen nachgewiesen werden (Geschlecht, Alter, Tätigkeitsdauer, akademische Ausbildung, Art derselben, Organisationsform und Settings der Tätigkeit). Wichtiger hingegen scheinen quantitative (Anzahl an PatientInnen) und qualitative Aspekte der Berufstätigkeit (Arbeitsautonomie, Kontrolle über die Arbeitsbedingungen, Arbeitszufriedenheit), sowie die theoretische Orientierung und berufliche Bewältigungsstrategien zu sein. Die wahrgenommene Unterstützung aus dem beruflichen und privaten Bereich hingegen scheint nur wenig Einfluss zu haben. Die im letzten Abschnitt präsentierten Regressionsanalysen belegen diesen Schluss, indem die „Zufriedenheit mit der therapeutischen Tätigkeit“ für zwei der drei Dimensionen des Burnout eine wichtige protektive Variable war. Darüber hinaus

wurden die einzelnen Komponenten jedoch durch unterschiedliche belastende und protektive Variablen jeweils spezifisch bestimmt.

Dieses Ergebnis lässt verschiedene Schlussfolgerungen zu:

Zum Ersten ist zu erkennen, dass Burnout das Ergebnis eines multifaktoriellen Prozesses ist, an dem protektive wie auch belastende Faktoren komplex zusammenwirken.

Zum Zweiten bestimmen neben einem allgemeinen Faktor auch einige spezifische Variablen, welche Komponente des Burnout stärker ausgeprägt wird.

Folgende Zusammenhänge zeichnen sich dabei ab:

Eine hohe Behandlungsquantität, verbunden mit ungünstigen beruflichen Copingstrategien, scheint die emotionale Erschöpfung zu fördern.

Das Kritisieren von PatientInnen begünstigt anscheinend die Depersonalisierung.

Die Angst, die Kontrolle zu verlieren und nicht fähig zu sein den PatientInnen Sympathie oder Achtung entgegenzubringen, scheint sich negativ auf die persönliche Leistungsfähigkeit auszuwirken.

Diese Befunde lassen weitere interessante Interpretationen in Richtung eines differentiellen Entstehungsmodells von Burnout zu. Für ein solches sprechen auch die Ergebnisse, dass sich die signifikanten Zusammenhänge der vorliegenden Studie vor allem auf die beiden Skalen „Emotionale Erschöpfung“ und „Depersonalisierung“ und weniger auf die „Persönliche Leistungsfähigkeit“ beziehen. Bezugnehmend auf vergleichbare Befunde haben verschiedene Autoren (z. B. Maslach & Jackson, 1984) angenommen, dass sich Burnout zu allererst auf emotionaler Ebene in Form von Erschöpfungsgefühlen manifestiert, begleitet und gefolgt von einem wenig empathischen, die personale Begegnung einschränkenden Umgang mit den Klienten. Aufbauend darauf, so könnte man schließen, und bei Anhalten dieser Probleme kommt es dann zum Einbruch der persönlichen Leistungsfähigkeit (Volgger, 2002). Ausgangspunkt

und Risiko für solch einen Prozess scheinen Arbeitsüberlastungen durch zu hohe Klientenzahlen, mangelnde Arbeitsfreude und „Unzufriedenheit im Job“ sowie ungünstige Copingstrategien zu sein, sowohl passive und vermeidende, als auch zynische und aggressive, welche die Beziehung zu den Klienten beeinträchtigen. Kommen Versagensängste – bezogen auf eine optimale Realisation der therapeutischen Basisvariablen nach Rogers – hinzu, dann könnte es zum Vollbild des Burnout kommen. Hier ließe sich zur Erklärung des Burnout aus der Sicht des Prozessmodells der Persönlichkeit von Rogers (1959, 1977, S. 28) anführen, dass dann die fließende Veränderlichkeit für unmittelbar erlebte Erfahrungen zunehmend unflexibleren, rigideren Wahrnehmungsmustern weichen würde mit den bekannten Abwehrmodi der selektiven Wahrnehmung, der Leugnung und der Verzerrung von Erfahrungen. Zunehmende Inkongruenz in Form einer steigenden Diskrepanz zwischen Realselbst und Idealselbst (Rogers & Dymond, 1954; vgl. dazu auch Korunka, Nemeskeri & Sauer, 2001) seitens der TherapeutIn würde es immer schwieriger machen, sowohl das hinreichende therapeutische Basisverhalten als auch ein darüber hinaus gehendes spezifisch angemessenes – im wahrsten Sinne „Klientenzentriertes“ – Vorgehen aufrecht zu halten (vgl. Sauer, 1993).

Da die vorliegende Studie ein Querschnitts- und kein Längsschnittsdesign besitzt, sind diese Überlegungen hypothetischer Natur und können aus den Daten nicht belegt werden; zudem könnten die beobachteten Copingmerkmale Begleiterscheinungen des Burnout und nicht Determinanten oder Prädiktoren desselben sein. Interessant ist aber dennoch, dass das skizzierte Modell, das aus den Daten abgeleitet ist, eine sehr große Ähnlichkeit mit den eingangs erwähnten allgemeinen Ätiologiemodellen zum Burnout besitzt.

Vergleicht man die Befunde mit der Literatur, so zeigen sich einige Konvergenzen aber auch eine Reihe von Divergenzen. Die Ergebnisse zu den fehlenden Geschlechtsunterschieden stehen mit den Ergebnissen von Ackerley et al. (1988), Künzel und Schulte (1986) und Willutzki und Ambühl (1993) in Übereinstimmung. Nicht bestätigt werden konnte, dass Burnout primär in den ersten Berufsjahren auftreten soll. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die untersuchten TherapeutInnen keine Berufsanfänger im psychosozialen Feld im engeren Sinn sind. Der Zusammenhang zwischen der (objektiven) Anzahl behandelter PatientInnen und Burnout widerspricht zum Teil den Resultaten von Raquepaw und Miller (1989) und Putz (2001) und nur andeutungsweise der Kontrollierbarkeit über Auswahl der PatientInnen und der therapeutischen Arbeitsbedingungen eine dämpfende Wirkung zukommt. Vielleicht verbirgt sich dahinter ein Effekt der ausgeübten Therapiemethode. Es könnte nämlich sein, dass für verhaltenstherapeutisch orientierte PsychotherapeutInnen (Putz, 2001) eine große Klientenzahl kein Erschöpfungsgrund ist, wohl hingegen für die stark beziehungsorientierte Methode der Klientenzentrierten Psychotherapie. Der Befund einer fehlenden Beziehung zur Organisationsform widerspricht den Ergebnissen von Ackerley et al. (1988) und Raquepaw

und Miller (1989), die höhere Burnout-Werte bei in Institutionen tätigen PsychotherapeutInnen fanden. Jedoch konnten gemäß den Annahmen von Aronson, Pines und Kafry (1983) signifikant positive Korrelationen zwischen dem Einsatz von Vermeidungsstrategien und hohen Burnout-Ausprägungen gefunden werden. Die u. a. von Schwab und Liese (2000) postulierte Burnout-prophylaktische Wirkung von Supervision und Selbsterfahrung konnte in der vorliegenden Studie aufgrund fehlender TherapeutInnen ohne Selbsterfahrung und Supervision nicht geprüft werden.

Einschränkend zu den Schlussfolgerungen muss festgehalten werden, dass die Ergebnisse dieser Studie natürlich, wie die jeder anderen auch, stichprobenabhängig sind. Dieses Argument wiegt insofern schwerer, als die vorliegende Stichprobe nicht allzu groß ist und ihre Repräsentativität in Bezug auf die Klientenzentrierten PsychotherapeutInnen in Österreich nicht belegt ist. Eine Generalisierung der Ergebnisse ist daher nicht zulässig; es sind weiterführende Studien an größeren Stichproben zu empfehlen. Dies gilt besonders für eine Reihe interessanter Einzelbefunde, wie z. B. dem, dass psychodynamisch orientierte Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen höhere emotionale Erschöpfung aufweisen als systemisch und kognitiv-behavioral orientierte.

Literatur

- Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. C. & Kurdek, L. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 624–631.
- Ambühl, H. (1997). Internationale Studie zur Entwicklung der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Ein Forschungsprojekt des „Collaborative Research Network“ (CRN). *Psychotherapeut*, 39, 336–38.
- Aronson, E., Pines, A. M. & Kafry, D. (1983). *Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Beutler, L. E. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference on the role of therapist experience and training. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 44–52.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, R. M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 227–306). New York: Wiley.
- Burisch, M. (1994). *Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung*. Berlin: Springer.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1984). *Ausgebrannt – Das Burn-Out Syndrom in den Sozialberufen*. Salzburg: AVM-Verlag.
- Enzmann, D. & Kleiber, D. (1989). *Helfer-Leiden. Stress und Burnout in psychosozialen Berufen*. Heidelberg: Asanger.
- Enzmann, D., Schaufeli, W. & Girault, N. (1995). The validity of the Maslach Burnout Inventory in three national samples. In L. Bennett, D. Miller & M. Ross (Eds.), *Health Workers and AIDS: Research, Intervention, and Current Issues in Burnout and Response* (pp. 131–150). London: Harwood.
- Farber, B. A. (1990). Burnout in psychotherapists: Incidence, types and trends. *Psychotherapy in Private Practice*, 8, 35–44.

- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159–165.
- Korunka, Ch., Nemeskeri, N. & Sauer, J. (2001). Carl Rogers als Psychotherapieforscher – Eine kritische Würdigung. *Person*, 2, 63–84.
- Künzel, R. & Schulte, D. (1986). „Burn-out“ und Praxisschock klinischer Psychologen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 15, 303–320.
- Lambert, M.J. & Okiishi, J.C. (1997). The effects of the individual psychotherapist and implications for future research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 66–75.
- Maslach, C. (1982). Burnout: A social psychological analysis. In J.W. Jones (Ed.), *The Burnout Syndrome* (pp. 30–53). Park Ridge: London House.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1984). Burnout in organizational settings. In S. Oscamp (Ed.), *Applied Social Psychology Annual* (pp. 133–153). Beverly Hills: Sage.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Pines, A.M. (1993). An existential perspective. In W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout. Recent developments in theory and research* (pp. 33–52). London: Taylor & Francis.
- Putz, O. (2001). *Burnout bei Psychotherapeuten: Eine empirische Untersuchung speziell bei Verhaltenstherapeuten in Österreich*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Salzburg.
- Raquepaw, J.W. & Miller, R.S. (1989). Psychotherapist burnout: A componential analysis. *Professional Research and Practice*, 20, 32–36.
- Rogers, C.R. (1959a/1987). A theory of therapy, personality, an interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In Koch, S. (Ed.), *Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context* (pp. 184–256). New York: Mc Graw Hill; dt. 1987: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG.
- Rogers, C.R. (1977). *Therapeut und Klient*. München: Kindler.
- Rogers, C.R. & Dymond, R.F. (Eds.) (1954). *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in client-centered approach*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Sauer, J. (1993). Zur Wirksamkeit klientenzentrierter Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 2, 67–80.
- Schwab, R. & Liese, G. (2000). Burnout und Persönlichkeit bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Ein Vergleich zwischen Gesprächspsychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 31, 45–51.
- Volgger, B. (2002). *Burnout bei österreichischen Klientenzentrierten Psychotherapeuten. Eine empirische Studie*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Salzburg.
- Willutzki, U. & Ambühl, H. (1993). Burnout und die Entwicklung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In L. Montada (Hrsg.), *Bericht über den 38. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Trier 1992* (S. 806–813). Göttingen: Hogrefe.
- Willutzki, U. & Ambühl, H. (2000). Selbsterfahrung und die professionelle Entwicklung von VerhaltenstherapeutInnen. Eine empirische Perspektive. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie – Empirische Befunde* (S. 457–474). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Willutzki, U., Ambühl, H., Cierpka, M., Meyerberg, J., Orłinsky, D. & das SPR Collaborative Research Network (1997). Zufrieden oder ausgebrannt: Die berufliche Moral von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In P.L. Janssen, M. Cierpka & P. Buchheim (Hrsg.), *Psychotherapie als Beruf* (S. 207–222). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Autoren

Barbara Volgger, Mag. phil., Studium der Psychologie an der Universität Salzburg; Psychologin im Ausbildungszentrum Schloss Oberrain/Unken, Dissertandin mit dem Thema: Sport- und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen mit kognitiven und Mehrfachbeeinträchtigungen im Ausbildungsverlauf.

Anton-Rupert Laireiter, Dr. phil., Ass.-Prof., Fachbereich Psychologie, Leiter Beratungsstelle Klinische Psychologie, Psychotherapie und Gesundheitspsychologie, Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut (Verhaltenstherapie); Lehrtherapeut & Supervisor für Verhaltenstherapie, Wissenschaftliche Schwerpunkte: Soziale Beziehungen, Gerontopsychotherapie, Psychotherapieforschung (Ausbildung, Praxisevaluation).

Joachim Sauer, Dr. phil., Univ.-Prof., Abteilung für Sozialpsychologie im Fachbereich Psychologie der Paris-Lodron Universität Salzburg, Ausbilder für Klientenzentrierte Psychotherapie, Leiter des Universitätslehrganges für Supervision an der Universität Salzburg, Supervisor (ÖVS), Lehrsupervisor, Arbeitsschwerpunkte und zahlreiche Publikationen im Bereich der Sozialpsychologie, der Klinischen Psychologie, der Pädagogischen Psychologie und der Supervision.

Korrespondenzadresse

Anton-Rupert Laireiter, Dr. phil., Ass.Prof.

Joachim Sauer, Dr. phil., Ao. Univ.-Prof

Fachbereich Psychologie der Universität Salzburg

Hellbrunnerstr. 34; A-5020 Salzburg

E-Mail: anton.laireiter@sbg.ac.at; joachim.sauer@sbg.ac.at

Franco Perino & Elena Polestra

Der Personzentrierte Ansatz in der Medizin

Zusammenfassung: *In diesem Artikel werden mögliche Anwendungen des Personzentrierten Ansatzes im Gesundheitswesen analysiert, und es wird über einige Kommunikationskurse im Arbeitsbereich eines der Autoren berichtet.*

Schlüsselwörter: *Personzentrierter Ansatz, Medizin, Kommunikationskurse*

Abstract: The Person-centred Approach in the medical field. *This article offers a review of the possible applications of the Person-centered Approach in the medical field as well as a report about the authors' experience with Communication Training for different professional groups working in that area.*

Keywords: *Person-centred Approach, Health Care, Training*

Einleitung

In den letzten Jahren hat man im Gesundheitsbereich begonnen, der erkrankten Person mit ihrer Erlebnisdimension, ihren Bedürfnissen und ihrer Lebensqualität immer mehr Wichtigkeit beizumessen. Man tendiert dazu, den Kranken in seine eigene Gesundheitsvorsorge bzw. -wiederherstellung einzubeziehen, um eine gleichwertige Beziehung zwischen dem Patienten und den Bediensteten, die im Gesundheitsbereich arbeiten, zu erzielen.

Die Ärzte, die Krankenpfleger, die Techniker, die Verwalter usw. wurden aber durch ihre Ausbildung nicht darauf vorbereitet, sich dieser neuen Herausforderung, die obendrein gute kommunikative Kompetenzen erfordert, zu stellen.

Nach Meinung der Autoren und laut Fachliteratur könnte der Personzentrierte Ansatz aufgrund seiner spezifischen Merkmale in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens Anwendung finden, vorausgesetzt, die dort Tätigen bekommen eine entsprechende Ausbildung.

In diesem Artikel werden mögliche diesbezügliche Anwendungen des Personzentrierten Ansatzes in Betracht gezogen, wobei auch Bezug auf die „personzentrierte Medizin“ genommen wird, die versucht, der oben besprochenen Tendenz gerecht zu werden (Stewart, 1995; Gerteis, 2002; Moja, 2000). Außerdem wird über einige Erfahrungen berichtet, die einer der Autoren während der Kommunikationskurse im Gesundheitsbereich gesammelt hat.

Zur Entwicklung der Beziehung zwischen Arzt und Patient: die personzentrierte Medizin

Das alte Modell der väterlichen Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten, in dem der Arzt bestimmt und der Patient gehorcht, ist mittlerweile überholt. Infolge soziokultureller, wirtschaftlicher und politischer Veränderungen neigt der Bürger in den letzten Jahren immer mehr dazu, an der Erhaltung bzw. Wiederherstellung der eigenen Gesundheit aktiv teilzunehmen. Er kommt daher oft in die Ambulanz mit medizinischen Informationen, die er aus dem Internet, aus einer der unzähligen Zeitschriften oder durch Radio- und Fernsehsendungen erhalten hat. Er stellt viele Fragen, möchte verstehen, diskutieren und über Untersuchungen und Therapien, die ihm verschrieben werden, „verhandeln“ (Meryn, 1998).

Auch seitens der Ärzte besteht das Bestreben, das Wissen der Bürger bezüglich ihrer Gesundheit zu verbessern. Kenntnis der Risikofaktoren und Einblick in die Therapien können dem Patienten nämlich helfen, bewusste Entscheidungen zu treffen, die angebotenen Dienstleistungen besser in Anspruch zu nehmen und Krankheiten, die mit einem bestimmten Lebensstil zusammenhängen, vorzubeugen (Gesundheitsförderung). Eine Folge dieser veränderten Haltung ist z. B. die „Einwilligungserklärung“. Das Gesetz verlangt, dass der Patient zur Durchführung chirurgischer Eingriffe oder Untersuchungen, welche die Verabreichung von

potenziell gefährlichen Substanzen erfordern (Kontrastmittel für Angiographien, Urographien usw.), seine Einwilligung geben muss. Der geschulte und miteinbezogene Patient trägt dazu bei, die Häufigkeit der Fehler und der unerwünschten Nebenwirkungen zu verringern, indem er eine zusätzliche Kontrolle der verschriebenen Untersuchungen und Therapien durchführt (Coulter, 2002).

Das Erscheinungsbild der Krankheiten hat sich verändert: Die meisten Krankheiten, die der Arzt behandeln muss, sind chronisch, und seine Aufgabe ist es nicht, die Person zu heilen, sondern sie zu behandeln, ihr zu einer besseren Lebensqualität zu verhelfen, ihr beizubringen, mit einer Krankheit wie z. B. Diabetes, HIV, Krebs oder mit dem Zustand nach einer Organtransplantation zu leben.

Die ethischen Probleme sind heute viel komplizierter als in der Vergangenheit; man denke nur an die künstliche Befruchtung, an die Euthanasie oder an die Klonierung.

Die Schulmedizin fängt an, der psychischen Komponente bei der Entstehung zahlreicher Krankheiten wie z. B. Asthma, chronisch entzündlicher Darmerkrankungen, oder der rheumatoiden Arthritis usw. eine bedeutende Rolle zuzusprechen. In vielen Abteilungen (z. B. in der Onkologie, der Infektionsabteilung usw.) sind im Team Psychologen integriert, deren Gespräche mit den Patienten ein wichtiger Teil verschiedener Therapieprotokolle sind. Das Counseling ist mittlerweile eine der Leistungen, die verschiedene Abteilungen den Patienten anbieten (z. B. bei genetischen Untersuchungen, bei der künstlichen Befruchtung, bei der Begleitung von HIV-positiven Patienten).

Von daher rührt die Notwendigkeit, ein neues Modell der Arzt-Patient (oder Klient) – Beziehung zu entwickeln, das zwar auch, wie die traditionelle Medizin (zentriert auf die Pathologie oder auf den Arzt), das Ziel hat, zu diagnostizieren und zu heilen, aber darüber hinaus auch das emotionale Erleben und die subjektiven Bedeutungen der Patienten in Betracht zieht. Es ist interessant festzustellen, dass die englische und die deutsche Sprache den Begriff „disease“ – „Krankheit“ verwenden, um eine organische Krankheit zu definieren und den Begriff „illness“ – „Erkrankung“, wenn auch die persönlichen Erfahrungen integriert werden.

Die Grundphilosophie: personenzentrierter Gesundheits-/Krankheitsbegriff

Der menschliche Organismus ist laut Rogers eine psychische, geistige und somatische Einheit (Stumm, 2002, S. 12; Schmidt, 2001, S. 79), die, wie alle andere Organismen, eine „Grundtendenz zur konstruktiven Erfüllung der ihm innewohnenden Möglichkeiten“ hat (Rogers, 1980a, S. 69). Diese Selbstverwirklichungstendenz ist selektiv, zielgerichtet und konstruktiv, das heißt, dass nur „unter ungewöhnlichen oder perversen Umständen“ die negativen Potenziale (zur Selbstzerstörung, Schmerzen usw.) aktiviert werden (Rogers, 1980a, S. 72). Die „gesunde“ Person, („fully functioning

person“) kann das „Erleben bewusst werden lassen, wenn es notwendig ist. Sie kann sich dem Prozess des Seins und Werdens hingeben“ (Stumm, 2002, S. 17).

Die psychische „Krankheit wird als Stagnation oder Verhinderung der Selbstaktualisierung verstanden“ (Stumm, 2002, S. 17). Das passiert, wenn die physischen und psychischen Umgebungsbedingungen ungünstig sind (Schmidt, 2001, S. 65) und eine Inkongruenz zwischen Selbst und organismischer Erfahrung entsteht.

„Der personenbezogene Ansatz beruht auf der Prämisse, daß der Mensch im Grunde ein vertrauenswürdiger Organismus sei, der fähig ist, die äußere und innere Situation abzuschätzen, und der sich auch selbst versteht, daß er konstruktive Entscheidungen in Bezug auf die nächsten Schritte im Leben treffen und nach diesen Entscheidungen handeln kann“ (Rogers, 1977a, S. 26–27).

Der Klient ist der beste Experte von seinem Leben. Die Aufgabe des Psychotherapeuten ist „ein Klima förderlicher psychologischer Einstellung zu schaffen“ (Rogers, 1977a, S. 18), in dem der Klient seine inneren Ressourcen aktivieren kann und vom Therapeut auf seinem Weg zur Besserung begleitet wird.

Diese Begriffe können, unserer Meinung nach, auch im medizinischen Bereich umgesetzt werden und der Kern der Grundphilosophie der personenzentrierten Medizin sein:

Die Menschen, als bio-psycho-sozio-spirituelle Einheit verstanden, entfalten, im Laufe des Lebens, ihr positives Potential, um das bestmögliche „körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden“ (Ottawa-Charta, 1986) zu erzielen. Dieses Potential ist genetisch bedingt und viele Faktoren (chemische, infektiöse, soziale, psychologische Faktoren usw.) können seine Verwirklichung verhindern mit Auftreten einer Krankheit. Der Arzt kann den Personen helfen, seine Ressourcen zu entfalten und die Kommunikation spielt bei dieser Hilfe eine wichtige Rolle.

In den folgenden Kapiteln werden wir einige mögliche Anwendungen dieser Konzepte vorstellen.

Aktualisierungstendenz und „innerer Heiler“

Laut der Psychoneuroimmunologie ist der menschliche Körper fähig, innerhalb gewisser Grenzen, sich zu schützen, sich zu heilen und auch zu genesen.

Diese Eigenschaft hängt großteils mit dem Immunsystem zusammen, das von manchen als „innerer Heiler“ bezeichnet wird (Locke, 1986).

Das Immunsystem schützt uns ständig vor Angriffen seitens infektiöser Agenzien, Tumorzellen oder äußerer physikalischer Faktoren. Manchmal wird es überwältigt oder funktioniert schlechter (z. B. unter Stress) und dann entsteht die Krankheit. Viele moderne Therapieansätze versuchen, dieses Überwachungssystem zu stärken

(mit Vakzinen, monoklonalen Antikörpern, Immunmodulatoren), um Neoplasien, chronische Infektionen usw. zu bekämpfen.

Das Immunsystem ist nicht autonom, sondern wird wiederum von äußeren und inneren Faktoren beeinflusst. Laut einiger Thesen der Psychoneuroimmunologie existiert eine direkte Kommunikationslinie zwischen Immunsystem und Gehirn (Locke, 1986).

Personen, die dem Stress gewachsen sind, erkranken nicht so häufig, und wenn sie erkranken, erholen sie sich schneller. Hingegen erkranken Personen, die Stresssituationen nicht so gut bewältigen können, häufiger und erholen sich langsamer. Wer eine zukunftsorientierte und optimistische Einstellung hat, sich selbst vertraut, keine plötzlichen Veränderungen fürchtet, wer seinen Gefühlen besser Ausdruck verleihen kann, wer Freunde und Verwandte hat, die er um Hilfe bitten kann, erkrankt nicht so leicht, und wenn, erholt er sich schneller (Zucconi, 2003).

Den Patienten einzubeziehen, bedeutet, ihm zu helfen und seine physischen und psychischen Ressourcen zu mobilisieren, um ihn zu heilen oder seinen Gesundheitszustand zu verbessern.

„Als ich verstanden habe, dass ich für mich selbst etwas tun musste, ist mir ein Knopf aufgegangen. Der Arzt hat mir gesagt: ‚Sie haben sich immer anderen gewidmet, haben sich oft für die anderen aufgeopfert. Jetzt ist jedoch der Moment gekommen, ein wenig an sich selbst zu denken und etwas für sich zu tun. Wenn Sie nicht gesund werden, werden Sie niemandem mehr helfen können.‘ Meine Mithilfe war unbedingt notwendig, um die Krankheit zu bewältigen. Der Arzt hat mich praktisch direkt dazu animiert. Seither hatte ich nie wieder Angst, etwas zu fragen. Ich hatte auch vor dem Arzt keine Angst mehr. Endlich traute ich mich, ihm auch Fragen zu stellen, die mir zwar dumm erschienen, für mich aber sehr wichtig waren, weil sie mir halfen, zu verstehen.

Ich versuchte zu verstehen, was mir bevorstand, um auch Kraft für eine Reaktion zu finden und mir selbst helfen zu können. Es gab einen Moment während des stationären Aufenthaltes, am Tag vor meinem Geburtstag, als ich mich vor den Spiegel stellte und sagte: ‚Jetzt hör endlich auf. Du hast den Höhepunkt deiner Depression erreicht, jetzt gib dir einen Ruck.‘ Ich habe mich gewaschen, habe den schönen Pyjama angezogen und habe zu diesem Zeitpunkt angefangen, positiv reagieren zu wollen. Mir war klar, dass ich es sonst wirklich nicht geschafft hätte.“ (Veronika, 53 Jahre)

Der Patient als Experte und als Handelnder, der bewusste Entscheidungen für die eigene Gesundheit trifft

Die Patienten sind bezüglich ihrer eigenen Gesundheit Experten, weil sie eigene Erfahrungen mit ihrer Krankheit haben und ihre sozialen Hintergründe, ihre Gewohnheiten, ihr Risikoverhalten, ihre Werte und ihre Vorlieben kennen.

All dies zeigt die so genannte „Patientenagenda“ auf (Levenstein, 1986).

Die Ärzte und anderen Berufsgruppen, die im Gesundheitswesen arbeiten, sind Experten auf dem Gebiet der diagnostischen Techniken, der Krankheitsursachen, der Prognosen, der therapeutischen Optionen und der Präventionsstrategien. Das alles stellt ihre „Agenda“ dar.

Aus dem Zusammentreffen und dem Vergleich dieser zwei Agenden, dieser zwei Arten, Gesundheit und Krankheit zu betrachten, kann eine Arzt-Patient-Beziehung entstehen, in der beide Seiten zusammenarbeiten. Dies ist zweifelsohne eine Beziehung, die den heutigen Wünschen der Bürger eher entspricht und die hilft, unterschiedliche Krankheiten erfolgreicher zu behandeln (Coulter, 2002).

Während der ärztlichen Visite kommen leider viele wichtige Elemente nicht zur Sprache („unvoiced Agendas“), z. B. Sorgen wegen der Diagnose und der Folgeerscheinungen, die Meinung des Patienten bezüglich dessen, was in seinem Körper nicht funktioniert, Nebenwirkungen der Therapie, der Wunsch, nichts verschrieben zu bekommen, Informationen über sein soziales Umfeld usw. In 50% der Fälle stimmen Arzt und Patient bezüglich der Art des aufgetretenen Problems nicht überein (Barry, 2000). Um diese Schwierigkeiten zu überwinden und zu einer konstruktiven Lösung zu gelangen, ist es notwendig, dass der Arzt versucht, die Sichtweise des Patienten zu verstehen und seine Meinung zu akzeptieren (auch wenn er ihr nicht immer zustimmt). Dies ist sehr wichtig, um eine „therapeutische Allianz“ zu schließen, die auf gegenseitigem Vertrauen basiert und die es ermöglicht, diagnostisches Vorgehen, Therapieziele und Präventionsmaßnahmen usw. miteinander zu vereinbaren.

In der täglichen Praxis ist es hingegen eher so, dass der Arzt dem Patienten seine eigene Auffassung über Gesundheit und Krankheit aufzwingen will und somit die Subjektivität und die Einzigartigkeit der Erfahrung des Kranken vergisst. Die Folge ist oft eine verminderte Adhäsion des Patienten an die Therapie:

„Die ersten Tage meiner stationären Aufnahme, wenn die Ärzte zur Visite kamen, fühlte ich ein enormes Minderwertigkeitsgefühl: ich fühlte mich ganz weit weg, weil ich kein medizinisches Wissen hatte, ich hatte Angst zu sprechen, zu fragen. Jede Frage erschien mir sehr dumm und für sie unbedeutend, banal. So sagte ich nichts. Manchmal sah ich, dass die Ärzte sich untereinander unterhielten, als wenn mich das nichts angehen würde. Wenn sie nicht wollen, dass man sie versteht, sprechen sie unverständlich, und dann ist es noch schlimmer.“ (Veronika, 53 Jahre)

Derzeit spricht man nicht mehr von „Compliance“, die ein Gehorchen des Patienten impliziert, sondern von Adhäsion („Adherence“), das ein freiwilliges Bemühen seitens des Individuums, also eine aktive und verpflichtende Teilnahme voraussetzt.

Ungefähr 40–50% der Hochdruckpatienten oder der Diabetiker nehmen die Medikamente nicht ein, ändern die Dosierung oder setzen sie frühzeitig ab und nützen somit ihre Wirksamkeit nicht

voll aus. Ungefähr 6 % der stationären Aufnahmen in den USA (= 2 Millionen/Jahr) sind auf eine mangelnde Adhäsion an die Therapie zurückzuführen (Lowes, 1998).

Darüber hinaus führt das Nicht-Berücksichtigen der Agenda des Patienten, also seiner versteckten Wünsche, zu Missverständnissen und zu Verschreibungen von Untersuchungen und Medikamenten, die nicht verlangt werden. Auf diesen Prinzipien beruht auch die Gesundheitsförderung, wie das Ottawa-Charta (1986) lautet:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“

Bio-psycho-sozio-spiritueller Modell

Derzeit spricht man nicht mehr über eine „Organerkrankung,“ da man festgestellt hat, dass der Organismus wie eine Einheit funktioniert, dass die verschiedenen Organe eng zusammenarbeiten und dass, wenn eines nicht gut funktioniert, sich das auch auf die anderen Organe auswirkt.

Das *bio-psycho-soziale Modell* erweitert unsere Auffassung der generellen Systemtheorie und ermöglicht uns, die Gesundheit nicht mehr als Resultat einzelner Faktoren zu sehen, sondern als Zusammenspiel verschiedener Komponenten: der biologischen, der psychologischen Komponente, der Umwelt (Capra, 1982), des Lebensstils und der Gesundheitsorganisation.

In den letzten Jahren wurde auch die Wichtigkeit eines vierten Elements erkannt: der *spirituellen Komponente*. Somit spricht man in Bezug auf den Menschen von einer bio-psycho-sozio-spirituellen Entität. 1994 hielten in den USA nur 3 medizinische Fakultäten Kurse über religiöse oder spirituelle Themen, 2004 waren es bereits um die 84 (Fortin, 2004). Dieses zunehmende Interesse im medizinischen Bereich hängt vermutlich damit zusammen, dass die Ressourcen, um schwierige und destrukturierende Krankheiten zu bekämpfen, sich oft in der spirituellen Matrix des Patienten finden. Diese stellt für viele ein Schema dar, wie man den von der Krankheit verursachten Stress bewältigen kann (Levin, 1997).

Ein holistischer Zugang zum Patienten sieht auch vor, dass der Arzt dem Patienten aufmerksam zuhört und seine spirituellen Eigenschaften berücksichtigt. Hierbei handelt es sich um geistige Aspekte, die der Patient in die Beziehung einbringt und die leider oft nicht erkannt werden.

Manchmal stellen die Patienten Fragen, die den versteckten Wunsch enthalten, über spirituelle Aspekte zu sprechen:

Was für einen Sinn hat mein Leben, jetzt, wo Sie den Tumor entdeckt haben?

Werde ich sehen, wie meine Kinder heranwachsen?

Werde ich nach diesem Infarkt wieder mein früheres Leben aufnehmen können?

Für mich hat die Gesundheit alles bedeutet. Was bleibt mir jetzt?

Einige Autoren halten in der Arzt-Patient-Beziehung die tiefe Verbundenheit, die sich manchmal einstellt, für sehr wichtig. Diese kann helfen, das Gefühl der Abgeschiedenheit, der Isolierung und der Einsamkeit, das aus der Krankheit resultiert, zu überwinden (Suchman, 1988). Auch Rogers berichtet über etwas Ähnliches, wenn er über seine Erfahrung in der Psychotherapie und in den Gruppen spricht (vgl. Perino, 2003):

„The best periods in therapy are timeless moments. I am not aware of time. Except for the fact that if I have another appointment at such and such a time, there is some background awareness of that. In an interview in front of a group, pretty soon the group disappears completely. They are not there. It is just the two of us.“ (Wood, 1997)

Viele Menschen verzichten auf die üblichen Therapien und greifen auf Alternativtherapien zurück, nicht aufgrund mangelnden Vertrauens, sondern weil letztere besser zu ihren Werten, ihrem Glauben, ihren philosophischen Orientierungen bezüglich Gesundheit und Leben passen (Astin 1998).

Arzt und Patient als „Reisegefährten“

Die meisten Patienten leiden gegenwärtig an chronischen Erkrankungen, die man behandeln, aber nicht heilen kann: Diabetes mellitus, chronische Niereninsuffizienz, rheumatoide Arthritis, Psoriasis, arterielle Hypertonie, verschiedene Tumoren (Bodenheimer, 2002). Die Bestrebungen der Ärzte sollten vor allem dahin gerichtet sein, diesen Krankheiten vorzubeugen, wenn möglich mittels Gesundheitsförderung.

Wenn hingegen bereits Krankheiten bestehen, sollten die Ärzte den Patienten helfen, mit ihnen zu leben, das eigene Gleichgewicht wieder zu finden und eine optimale Lebensqualität zu erzielen.

Laut Rogers kann man gegen die Aktualisierungstendenz zwar ankämpfen, sie aber nicht aufheben. Mit anderen Worten: Ein Mensch kann in einer Umgebung aufwachsen, die derart ungünstig ist, dass er sein Potenzial nicht zum Ausdruck bringen kann.

„Die Bedingungen, unter denen sich diese Menschen entwickelt haben, waren so ungünstig, daß ihr Leben oft abnormal, verkrüppelt, ja kaum menschlich erscheint. Dennoch kann man der zielgerichteten Tendenz in ihnen vertrauen. Der Schlüssel zum

Verständnis ihres Verhaltens ist ihr Bestreben, auf den einzigen Wegen, die ihnen gehbar erscheinen, sich zum Wachsen und Werden hinzutasten. Gesunden Menschen mögen die Ergebnisse bizarr und sinnlos erscheinen, aber es sind die verzweifelten Versuche des Lebens, sich selbst zu verwirklichen ...“ (Rogers, 1980, S. 70)

Auf ähnliche Weise kann ein Mensch aufgrund eines Unfalles oder einer Krankheit eine deutliche Einschränkung seiner Fähigkeiten erleben. Wenn ihm aber geholfen wird, kann er sein übriges Potenzial entwickeln. Viele dieser Menschen sind, trotz ihrer auffälligen physischen Handicaps, ausgezeichnete freiwillige Helfer, Forscher, Schriftsteller, Musiker usw. geworden. Oliver Sacks beschreibt die unglaublichen Anpassungsfähigkeiten unseres Zentralnervensystems so:

„... Defekte, Störungen und Krankheiten können in diesem Sinn einen paradoxen Effekt haben, indem sie Ressourcen, Entwicklungen und latente Lebensformen ans Licht bringen, die ohne ihr Auftreten nie beobachtet hätten werden können und die man sich nicht einmal hätte vorstellen können. Gerade das Paradoxon der Krankheit, dieses eigene kreative ‘Potential’, ist das zentrale Thema dieses Buchs ... Diese Idee der großen Plastizität des Gehirns, das zu den beeindruckendsten Anpassungen fähig ist, sogar in ganz besonderen Situationen (die oft verzweifelt sind), des neuralen und sensorischen Handicaps, dominiert meine persönliche Wahrnehmung meiner Patienten und ihres Lebens ...“ (Sacks, 1995, p. 17)

Die Rehabilitationstheorie stützt sich gerade auf diese Philosophie: Dem Menschen, der eine Verminderung seiner Fähigkeiten erlebt hat, wird geholfen, sich der neuen Situation anzupassen und sein „verbleibendes“ Potenzial zu entwickeln.

Eine extreme „Situation der Begleitung“ ist die der onkologischen Patienten und der Patienten im letzten Stadium einer Krankheit. Hier wird die Fähigkeit des Arztes auf eine harte Probe gestellt, wenn er Gefühle der Wut, der Frustration oder etwa den Wunsch, manchmal allein zu sein, akzeptieren soll (Metz, 2002).

Man kann auch eine Person im Koma begleiten, indem man über nicht-verbale Kanäle kommuniziert, wie z. B. Massage, Reden und Musik. Wenn man sich auf ihr Atmen einstellt, indem man beobachtet, wie sich ihr Brustkorb bewegt und mit ihr gemeinsam atmet, ist es z. B. möglich, sie zu beruhigen. Es ist nicht klar, welcher Mechanismus hier eine Rolle spielt, aber es scheint so, als würden Menschen im Koma irgendwie unsere Anwesenheit wahrnehmen (De Hennezel, 2002).

Die Krankheit als Wachstumsmöglichkeit

Manchmal geben die Menschen der Erfahrung „Krankheit“ eine sehr große, ihre ganze Existenz betreffende Bedeutung. Dies kann man folgenden Aussagen entnehmen:

„Ich bin vom Krankenhaus nach Hause entlassen worden und habe den Weihnachtsabend alleine und in großem Seelenfrieden verbracht. Ich fühlte mich innerlich wohl. Ich hatte Lust, mich bei den Händen der Ärzte, die mich operiert hatten und auf meiner Haut diese Zeichen hinterlassen hatten, zu bedanken. Ich fing an, die Narbe als Freundin anzusehen und dann habe ich begonnen, das Zeichen auf meinem Rücken wie ein Lebenszeichen zu betrachten: Ich dachte, dass, wenn keine Wunde da gewesen wäre, ich noch immer mein Leiden mit mir herumgetragen hätte. Aber nein, hier war eine Wunde und auch die Lust, zu leben.

Wenn meine Lebenslust abnimmt, weil ich von den Lebenssituationen erdrückt werde, findet in mir ein großer Kampf statt. Vorher ließ ich mich gehen und verfiel in eine Depression; jetzt hingegen will ich diesen Moment überwinden und leben.

Im Krankenhaus habe ich gelernt, mich zu lieben und mich mit meinen Einschränkungen mehr zu akzeptieren. Früher hingegen setzte ich mich nur herab und sagte ‚Schau, du bist wirklich dumm‘ und viele andere negative Dinge. Jetzt dagegen sage ich mir, dass ich sehr tüchtig war, da ich so viele Schwierigkeiten überwunden habe. Wenn die anderen das nicht anerkennen, ist das egal, weil ich es anerkenne.“ (Veronika, 53 Jahre)

Die Krankheit kann einen Moment des Wachstums darstellen, wenn dem Individuum geholfen wird, sie zu verarbeiten und sie in seinem Bewusstsein korrekt zu symbolisieren (LeShan, 1989).

„Anfangs war meine Antwort voll Rebellion, Wut, schlechter Laune und Depression. Eine Serie von Schuldzuweisungen und Gewissensbissen kam an die Oberfläche und zog mich weiter hinab.

Dann, nachdem ich einen Arzt getroffen hatte, der mich sehen und akzeptieren konnte, wie ich war – verwirrt, wütend, ängstlich –, habe ich begonnen, mit mir anders zu sprechen.

Ich sah diese Zeit der ‚erzwungenen Pause‘ als ein Geschenk, weil sie mir half, mich besser kennen zu lernen.

Ich fing an, mich mit meinen Grenzen zu entdecken – denn Hilfe in Anspruch zu nehmen, kann sehr schwierig sein (in der Zeit, in der man krank ist, ist man von anderen abhängig). Entweder entdeckt man in sich die Demut, Hilfe zu akzeptieren, oder man wird verbittert, böse zu sich selbst und den anderen, gerade deshalb, weil man sich sieht, wie man tatsächlich ist und man sich nicht gefällt, weil man sich schwer akzeptieren kann. Ich habe ein neues Potential entdeckt, das zu besitzen ich nicht wusste.“ (Veronika, 53 Jahre)

Was hilft bei der Behandlung?

Laut Moira Stewart (2001) sollten die Aufgaben des Arztes heutzutage folgende sein:

- 1) Erforschen der Krankheit und der Krankheitserfahrung
- 2) Verstehen der Person in ihrer Gesamtheit

- 3) Finden einer gemeinsamen Basis zwischen Arzt und Patienten
- 4) Sich bewusst machen, dass jede Visite eine Gelegenheit für Prävention und Gesundheitsförderung ist
- 5) Sich bewusst machen, dass jede Visite eine Gelegenheit ist, um das Patient-Arzt-Verhältnis zu verbessern
- 6) Gewinnen einer realistischen Einstellung bezüglich notwendiger Zeit, Ressourcen, emotionaler und physischer Energie

Um das zu ermöglichen, sind natürlich geeignete kommunikative Kompetenzen erforderlich.

Im Gesundheitswesen braucht man manchmal eine psychotherapeutische Betreuung (vor allem bei einer Krisenintervention und bei einer stützenden Beratung), die nur ein Psychotherapeut durchführen kann.

Laut Rogers (1957a; 1959a) müssen drei notwendige und hinreichende Bedingungen auf Seiten des Helfers, erfüllt werden, damit ein wachstumsförderndes Klima zwischen Therapeut und Klient entsteht: „Therapie ist nicht etwas, das man dem Individuum antut oder das es veranlaßt, etwas Bestimmtes für sich selbst zu tun. Therapie macht es vielmehr frei für normales Wachsen und Entfalten, sie beseitigt Hindernisse, damit es sich wieder vorwärts bewegen kann.“ (Rogers, 1977a, S. 17) Diese Bedingungen gelten auch für die Beziehung zwischen Eltern und Kind, Leiter und Gruppe, Lehrer und Schüler, Führungskräfte und Mitarbeiter (Rogers, 1980a, S. 67) und, laut unserer Erfahrung und der Fachliteratur (Larson, 1993), zwischen Gesundheitspersonal und Patienten.

So kann der Arzt (und die anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen) den Patienten helfen, ihre positive Potenziale, ihren „inneren Heiler“ zu fördern, mit Informationen, Untersuchungen, Medikamenten aber vor allem mit einem personenzentrierten helfenden Gespräch:

„... wenn Menschen akzeptiert und geschätzt werden, tendieren sie dazu, eine fürsorgliche Einstellung zu sich selbst zu entwickeln. Wenn Menschen einfühlsam gehört werden, wird es ihnen möglich, ihren inneren Erlebnisstrom deutlicher wahrzunehmen“ (Rogers, 1980a, S. 69).

Mit dem „Active listening“ kann man die bedingungslose positive Wertschätzung dem Anderen übermitteln:

„Es handelt sich um einen Ansatz, der sich auf dem Gebiet der Psychotherapie als höchst wirksam erwiesen hat. Es ist der effektivste uns bekannte Weg zur Veränderung der grundlegenden Persönlichkeitsstruktur eines Individuums und zur Verbesserung seiner Beziehungen und seiner Kommunikation mit anderen. Wenn ich zuhören kann, was er mir erzählt; wenn ich verstehen kann, wie ihm dabei zumute ist; wenn ich erkennen kann, was das für ihn persönlich bedeutet; wenn ich den emotionalen Beigeschmack spüren kann, den es für ihn

besitzt; dann setze ich die mächtigen Kräfte der Veränderung in ihm frei ...“ (Rogers, 1961a, S. 323)

Das ist besonders wichtig, wenn die Personen ihren Lebensstil ändern müssen um pathologische Zustände vorzubeugen (Gesundheitsförderung) oder in vielen Krankheiten, wie Diabetes mellitus, Obesitas, arterielle Hypertonie usw. die mit ungesunden Lebensgewohnheiten verbunden sind.

Das Gesundheitspersonal muss natürlich akzeptieren, was die Patienten in diesem Moment sind, ohne ihre Werte, ihren Lebensstil, ihre Entscheidungen zu kritisieren. Gemäß einiger Studien (Levinson, 1988; Suchman, 1997) erscheint es besonders wichtig, dass der Arzt sowohl die verbalen als auch die nicht-verbalen „prompts“ und die „clues“, die der Patient während der Visite äußert, erkennt. Dies ist sowohl für die Beziehung als auch für das klinische Outcome wichtig. Mit diesen Begriffen meint man gewisse nicht explizite Hinweise auf Gefühle oder wichtige Lebensumstände (private oder berufliche), die man vom anderen bekommt. Während jeder Visite taucht mindestens einer dieser Begriffe auf. Diese stellen für den Arzt die Möglichkeit dar, sich in das Erleben des anderen einzufühlen („window of opportunity“) und Empathie zu beweisen („empathic response“/„empathic opportunity continuer“). Oft werden die Hinweise leider nicht wahrgenommen („missed empathic opportunity“), oder der Arzt lenkt das Gespräch auf andere Themen, ist ironisch, negiert usw. („empathic opportunity terminator“). Der Grund dafür kann sein, dass er sich mit den auftretenden Gefühlen nicht wohl fühlt (auch aufgrund seiner mangelnden Ausbildung in dieser Hinsicht) oder weil er befürchtet, dass die Visite so länger dauern wird (gerade das Gegenteil tritt erfahrungsgemäß ein).

Die Ärzte und die anderen Gesundheitsbediensteten sollten kongruent sein, und zwar sollten sie ihrer Gefühle bewusst sein und diese, wenn es nötig ist, dem Patienten mitteilen (Transparenz): das ist notwendig, damit die Beziehung wirklich von Person zu Person ist, ohne professionelle Fassade oder Maske, für eine effektive Konfrontation oder Problemlösung und um das Burn-out vorzubeugen (Larson, 1993). Diese Grundhaltungen wirken nur, wenn sie vom Klienten als solche erlebt werden. Der Klient muss kontaktfähig sein und der Therapeut (der Arzt) muss imstande sein, sie ihm zu übermitteln, auf verbaler Ebene (offene Fragen, Fokalisierung, „Checking back skills“, einfühlsames Zuhören, Ich-Botschaft usw.) und auf nicht-verbaler Ebene (entsprechende Haltung, Mimik usw.) (Larson, 1993; Gordon, 1995; Moja, 2000; Quill, 1989). In gewissen Momenten findet sich der Arzt in seiner Helferrolle bei Patienten, die ihren Unmut ausdrücken, oder auch in der Beraterrolle.

Im Arbeitsalltag sind jedoch die Beziehungen zwischen Arzt und Patient meistens recht kurz. Vielleicht erfolgen sie wiederholt, aber meistens erfüllen sie einen praktischen Zweck, wie z. B. eine Blutabnahme, die Verabreichung eines Medikamentes, die Durchführung einer Untersuchung oder einer 10- bis 15-minütigen Visite usw. Es bleibt nicht viel Zeit übrig, um noch zuzuhören, aber es ist

auch während dieser kurzen Treffen möglich, eine Beziehung zu schaffen, die hilfreich sein kann: Man könnte z. B. eine Infusion lächelnd anhängen oder ein wenig mit dem Patienten plaudern. Man kann den Patienten mit einem Händedruck und mit freundlicher Miene in der Ambulanz empfangen usw. Mittels Anwendung einer technischen Prozedur kann man z. B. Empathie und bedingungslose positive Zuwendung vermitteln. So entsteht ein „therapeutischer Moment“.

Dasselbe gilt auch für die Beziehungen zwischen den verschiedenen Beschäftigten im Gesundheitswesen. Durch einen „personzentrierten Umgang“ könnte man ein Arbeitsklima schaffen, in dem wichtige Gefühle (Missfallen, Freude, Ärger, Zufriedenheit) zum Ausdruck gebracht werden können, in dem die Unterschiede und die Einzigartigkeit eines jeden akzeptiert werden, in dem die Gefühle des anderen verstanden und respektiert werden (Schwarz, 2001). So könnte ein „emotional intelligentes Team“ zustande kommen, in dem vermutlich größere Motivation, ein geringerer „Turnover“ und weniger Krankenstände zu registrieren wären.

Außerdem sollte der Arzt folgende Eigenschaften besitzen:

- a) Kreativität und Flexibilität: In einer so komplexen Welt wie dem Gesundheitssektor sollte man fähig sein, zu „erfinden“, den Mut zur Improvisation haben, indem man der eigenen Intuition und Sensibilität folgt. Man könnte sich zum Beispiel den Geburtstag eines stationären Patienten oder eines Kollegen merken und ihm gratulieren oder auf der Station gewisse Verbesserungen durchführen, um für den Neankömmling eine freundliche Atmosphäre, in der seine Bedürfnisse berücksichtigt werden, zu schaffen (Farbe der Wände, Beleuchtung, Art der Stühle, Spielecke für Kinder usw.) (Ripke, 1994). Patch Adams (1993) war in diesem Sinne ein Vorreiter, denn er führte die Figur des Clowns in die Krankenhäuser ein, um den Kranken durch Humor zu helfen. Das Humor ist „powerful“ aber muss immer von Einfühlsamkeit begleitet werden (Berger, 2004).
- b) Die Fähigkeit, die unvermeidlichen Konflikte mit Kollegen und Patienten auf konstruktive Art zu lösen.
- c) Die Fähigkeit zur Problemlösung.
- d) Die Fähigkeit, ein „gesundes Leben“ zu führen, indem man für Regenerierungsquellen sorgt, um Stress vorzubeugen und zu bewältigen: realistische Ziele und Erwartungen bezüglich der Arbeit, ausreichender Schlaf, gute familiäre und soziale Beziehungen, Sport, Meditation usw. (Larson, 1993).

Die Ausbildung sollte dem Arzt helfen, immer personzentrierter zu werden, sowohl ihn selbst, als auch die anderen betreffend. Er sollte sich nicht nur Techniken aneignen, weil letztere „nie ein wirkliches Vorhaben zu helfen, ersetzen können“ (Larson, 1993, p. 196). Es ist die Qualität der Anwesenheit, die beim Heilen hilft.

„Wenn ich als Gruppenleiter oder als Therapeut in meiner besten Form bin, entdecke ich ein weiteres Charakteristikum. Ich stelle fest, daß von allem, was ich tue, eine heilende Wirkung auszugehen scheint, wenn ich meinem inneren, intuitiven Selbst am nächsten bin, wenn ich gewissermaßen mit dem Unbekannten in mir in Kontakt bin, wenn ich mich vielleicht in einem etwas veränderten Bewusstseinszustand befinde. Dann ist allein schon meine Anwesenheit für den anderen befreiend und hilfreich.“ (Rogers, 1980, S. 79–80).

Dale Larson (1993, pp. 131–132) spricht von der Fähigkeit der menschlichen Anwesenheit zu heilen („The healing power of the human presence“).

Emotionale Intelligenz im Management

Es ist einfacher, ein „personzentriertes“ Team zu bilden, wenn auch die Verantwortlichen die zugrunde liegenden Werte billigen und fördern.

Die Rolle der Manager, der Verwalter und der Abteilungsleiter ist momentan nicht einfach, da sie Maßnahmen setzen (oder erleiden) müssen, die unpopulär sind, wie die Verminderung der Bettenanzahl, Aufnahmestopp von Neueinstellungen, die Abschaffung gewisser Dienste oder die Schließung von Abteilungen, die Einführung oder Abschaffung des Selbstbehaltes („Ticket“) usw.

Der alte, autoritäre, alles an sich heranziehende Stil des Managements funktioniert weniger effizient als der demokratische, emotional intelligente Stil (Ryback, 1997). Dieser stützt sich auf folgende Kriterien: Förderung der Kommunikation auf allen Ebenen des Medizinbetriebs, Respekt und Würdigung der Unterschiede der verschiedenen Berufsgruppen, Empowerment derselben (Delegieren, Autonomie der Arbeitsgruppen, Berücksichtigung der innovativen Ideen, von welcher Seite auch immer kommend), gemeinsames Treffen der Entscheidungen, Förderung der Ausbildung usw.

Diesem Modell folgend ist der Verantwortliche (z. B. der Primar einer Abteilung) jener, der, mit guten Kommunikationsfähigkeiten ausgestattet, die Gruppenarbeit fördert, seine Mitarbeiter als Partner und nicht als Untergebene betrachtet und der ihnen behilflich ist, die Ziele, die sie gemeinsam ausgearbeitet haben, zu erreichen (Ryback, 1997).

Die Vorteile einer guten Arzt(Gesundheitspersonal)-Patient-Kommunikation

Oft wird im Gesundheitsbereich die Fähigkeit, mit dem Patienten zu „sprechen“, als selbstverständlich angesehen, oder das Sprechen wird sogar als Zeitverlust betrachtet. In den letzten Jahren sind viele Arbeiten publiziert worden, die die Vorteile einer guten Arzt-Patient-Kommunikation aus klinischer Sicht bewiesen haben.

1) Eine gute Arzt-Patient-Kommunikation entspricht mehr dem Verlangen nach „Demokratie“ seitens der Patienten/Klienten (Coulter, 2002).

2) Sie hat eine klinisch bessere Wirkung, insbesondere wirkt sich die Fähigkeit des Arztes, empathisch zu sein, auf bessere „outcomes“ aus, wenn man als Parameter folgende Kriterien betrachtet: die emotionale Gesundheit, die Schmerzkontrolle, den arteriellen Blutdruck, die Blutzuckerwerte usw. (Simpson, 1991)

3) Eine gute Arzt-Patient-Kommunikation verbessert die diagnostischen Fähigkeiten des Arztes, da die meisten internistischen Diagnosen mittels Anamnese und klinischer Untersuchung gestellt werden können. Bernard Lown (1996, p. 148), der berühmte Kardiologe, meint:

„Wenn die Anamnese rasch erfolgt, verliert sich der Arzt in einer Unmenge von Möglichkeiten, die dann das Zurückgreifen auf die Technologie entschuldigen. Eine sorgfältige Anamnese hingegen, eine ausführliche Untersuchung und wenige Routineanalysen geben 85 % der Informationen, die man für die richtige Diagnose benötigt. Die teuren und invasiven Technologien sind viel weniger befriedigend und liefern nur 10 % der Daten, die zu einer sicheren Diagnose führen.“

4) Sie ist wirksamer in der Prävention und in der Gesundheitsförderung (Zucconi, 2003).

5) Sie führt zu einer größeren Adhäsion des Patienten an die Therapie (Epstein, 2004; Lowes, 1998).

6) Sie führt zu einer besseren Wahrnehmung der gewährleisteten Assistenz, des Dienstes, zu einem besseren Marketing des Sanitätsbetriebes. Die „Qualität“ kann nicht nur anhand der „Effizienzindikatoren oder anhand von Zahlen“ gemessen werden (z. B. anhand der Anzahl der Leistungen, der Geräteausstattung, Anzahl der Beschäftigten...) (Pagni, 2002). Heutzutage misst man der vom Patienten wahrgenommenen Qualität immer mehr Bedeutung zu. Damit eine Leistung wirklich valide ist, muss sie wohl technisch gesehen effizient sein, aber sie muss auch von einer guten Arzt-Patient Beziehung begleitet werden.

In Großbritannien möchte man demnächst das Feedback der Patienten in die Qualitätsindikatoren der Leistungen inkludieren (Coulter, 2002).

7) Eine gute Arzt-Patient-Kommunikation reduziert die Klagen für „malpractice“ (Forster et al., 2002).

Die Klagen gegen Ärzte sind beispielsweise von folgenden Faktoren abhängig: Unfähigkeit des Arztes, eine gute Kommunikationsbasis zu schaffen, erschwelter Zugang (keine Gesprächsbereitschaft), Empfehlung von Maßnahmen, die den Erwartungen des Patienten nicht entsprechen usw. (Hickson, 2002).

8) Sie verringert die Dauer der Visiten. Studien belegen, dass im Gegensatz zu dem, was viele Ärzte denken, das Ernstnehmen der Signale von Sorgen des Patienten die Dauer der ärztlichen Visite verringert (Levinson, 2000).

9) Sie bringt mehr Wohlbefinden für den Arzt. Die Inzidenz der Depression unter den Ärzten beträgt 40–50% (in der Gesamt-

bevölkerung 17%), die Suizidrate beträgt 41–48/100.000 (in der Gesamtbevölkerung 12/100.000). Eine bessere Kommunikation mit den Patienten, mit den Kollegen und den anderen dort Tätigen (Krankenpflegepersonal, Verwaltungspersonal) kann zu mehr Befriedigung, weniger Stress und Burn-out und zu einer besseren Lebensqualität führen (Graske, 2003).

Bei Berücksichtigung der vorhergehenden Punkte stellt sich heraus, dass eine effektive Arzt-Patient-Kommunikation wirtschaftlich vorteilhaft ist, weil sie bezüglich klinischer Outcomes effektiv ist, weil die Strukturen besser genutzt werden, weil das Personal weniger von der Arbeit fern bleibt und weil der „turn-over“ der Angestellten geringer ist.

Es folgt ein kurzer Bericht über die Erfahrungen, die wir während einiger Kommunikationskurse im Gesundheitsbereich gesammelt haben.

Kommunikationskurse in medizinischen Einrichtungen Bozen (Südtirol)

Vom Januar 1994 bis Mai 2004 wurden insgesamt 38 „Grundkurse“ (mit 600 Teilnehmern) abgehalten. Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit, nach einem Jahr einen „Vertiefungskurs“ zu besuchen (bis jetzt haben wir 31 Kurse organisiert, mit 55 Teilnehmern / pro Jahr). Einige haben in diesen 10 Jahren mehrere Vertiefungskurse besucht. Die Teilnehmer waren aus verschiedenen Berufs- und Sprachgruppen (italienisch, deutsch, ladinisch). (Tabelle 1 und 2)

Berufsgruppen		
KrankenpflegerInnen	300	50,0%
Verwaltungspersonal	118	19,7%
Physio- und ErgotherapeutInnen	50	8,4%
Technisches Personal	43	7,3%
ÄrztInnen	27	4,5%
LogopädInnen	16	2,6%
ErnährungstherapeutInnen	12	2,0%
Medizinisch technische RadiologieassistentInnen	9	1,5%
Andere	9	1,4%
PsychologInnen	8	1,3%
SozialarbeiterInnen	8	1,3%

Tabelle 1

Sprachgruppe		
Italienisch	381	63,5%
Deutsch	191	31,8%
Ladinisch	28	4,7%

Tabelle 2

An diesen Trainings nahmen mehr Frauen (83%) als Männer (17%) teil. Die Meisten waren im Alter zwischen 25 und 45 Jahren. Der Großteil der Teilnehmer arbeitete im Krankenhaus (63%), die Anderen in externen Ambulanzen/Diensten. Jeder Kurs dauerte jeweils 3 Tage (insgesamt 18 Stunden) mit je 15 Teilnehmern und wurde vor allem (aber nicht nur) in italienischen Sprache abgehalten.

Das Programm der Grundkurse beinhaltete Fehler in der Kommunikation, effektives Zuhören bei verbalen und nicht-verbalen Botschaften, das helfende Gespräch, die Bewältigung von Konflikten, die „schwierigen“ Patienten. Das Programm wurde durch Rollenspiele, schriftliche und praktische Übungen in kleinen und großen Gruppen, Encounter-Gruppen entwickelt und immer an die Bedürfnisse der Teilnehmer angepasst.

Die Vertiefungskurse wurden als Encounter-Gruppen durchgeführt. Laut meiner Erfahrung waren folgende Themen für die Teilnehmer wichtig: *persönliche und professionelle Entwicklung, Bewältigung der Krisensituationen des Gesundheitspersonals, personzentrierte Medizin, Sterbebegleitung.*

Am Ende jedes Kurses haben die TeilnehmerInnen einen Fragebogen ausgefüllt und frei und anonym über einige Themen schreiben können: Zufriedenheit mit dem Training, persönliche Eindrücke, des ihrer Meinung nach am besten Gelernten, des noch zu Lernenden, Rückmeldungen für den Gruppenleiter, Anderes/Vorschläge.

Kommentare

Die meisten Teilnehmer (97,3%) waren „sehr zufrieden/zufrieden“ (Tabelle 3).

Sehr zufrieden	56,8%
Zufrieden	40,5%
Ich weiß nicht	1,1%
Enttäuscht	0,3%
Sehr enttäuscht	0
Nicht geantwortet	1,3%

Tabelle 3

Nur 7 Teilnehmer sind in diesen 10 Jahren vor Ende des Trainings (Grund- und Vertiefungskurse) ausgeschieden.

In diesen Trainings hat man versucht, den theoretisch-didaktischen Teil auf ein Minimum zu reduzieren und den erfahrungsbezogenen Aspekt in den Vordergrund zu stellen. Das war eine große Neuigkeit für den Großteil der Teilnehmer/Innen, die bisher Frontalunterricht und Vorträge gewohnt waren.

„Ich habe mich schnell wohlgefühlt. Mich haben die behandelten Themen sehr angesprochen, auch weil ich sie häufig in meinem Alltag selbst erlebe. Mir gefiel auch die Art und Weise, wie das

Praktische der Theorie vorgezogen wurde, oder besser noch, dass die Theorie von der Praxis abgeleitet wurde und damit jedem die Möglichkeit gegeben wurde, den übermittelten Inhalten eine persönliche Note zu geben. Auch die Atmosphäre war generell angenehm, der Referent nie belehrend.“

„Wenig Theorie – es gab nicht die übliche Position des Vortragenden hinter dem Rednerpult und den mitschreibenden Zuhörer-, der Kurs wurde größtenteils von den Teilnehmern gestaltet, natürlich in erster Linie mit der Hilfe des Referenten. Am Ende der 3 Tage waren die Teilnehmer Freunde geworden, offen, ehrlich untereinander und bereit, tatkräftig demjenigen zu helfen, der es am meisten benötigte. Es war ein tolles Gefühl.“

Schon nach 3 Tagen kam in diesen Gruppen trotz der Verschiedenartigkeit der Teilnehmer eine Atmosphäre der Vertrautheit auf.

„Mir gefiel es, mich in einer Situation zu befinden, wo ich frei vor ‚Fremden‘ sprechen konnte, ohne mich beurteilt zu fühlen. Ich lernte Personen kennen, die mir bleibende Eindrücke vermittelt haben.“

„Ich habe vom Kurs die besten Eindrücke erhalten, vor allem im Hinblick auf das Vertrauensverhältnis, das in der Gruppe aufgebaut wurde, und das ‚Gefühl‘, verstanden worden zu sein.“

Das ist unserer Meinung nach wichtig, denn diese Art der Gruppe kann für die verschiedenen Teilnehmer auch ein mögliches Modell für die Anwendung am Arbeitsplatz darstellen.

In diesen Gruppen ist es Personen verschiedenen Alters und Geschlechts sowie aus unterschiedlichen Sprachgruppen, Berufen und Verantwortungsebenen gelungen, zusammen zu arbeiten. Das war unserer Meinung nach möglich, weil die Teilnehmer die Möglichkeit gehabt haben, sich als „Menschen“ zu begegnen, zusammen zu arbeiten und nicht mehr versteckt hinter einer Maske, einem Kittel oder einem Schreibtisch.

Das hat den Gruppen mehr Erfahrungsreichtum gebracht und hat das Verständnis für die Probleme der anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen und der anderen Dienste begünstigt. Sehr positiv wirkte sich auch die Möglichkeit aus, sich mit Ärzten und mit anderen Bediensteten, die eine Führungsrolle innehaben, konfrontieren zu können. Viele wünschen in Zukunft eine zahlreichere Teilnahme der Führungskräfte an diesen Kursen.

„Es war sehr schön zu beobachten, dass auch Ärzte und KrankenpflegerInnen und Primare für die Kommunikation Interesse haben, dass sie ‚menschlich‘ wie alle sein möchten.“

„In diesem Kurs konnte jede/r sein, wie sie/er wirklich ist, ohne etwas beweisen zu müssen. Ich spürte sehr stark das Bedürfnis nach Echtheit und nicht nach abstrakten Gesprächen. Was mir

eine große Freude bereitet hat, war, als Mensch betrachtet zu werden und zu wissen, dass andere Personen für mich Interesse hatten und mir zuhörten.“

Die Teilnehmer haben über ihre eigenen Probleme sprechen können, sie analysieren, miteinander vergleichen, ihre Spannungen und Sorgen ausdrücken können. Sie haben hierbei nicht nur von Seiten des Referenten, sondern auch von Seiten der Gruppe Unterstützung gefunden, und für Viele war das eine Möglichkeit, neue Kraft zu schöpfen:

„Es freut mich, von den anderen viel Kraft, den eisernen Willen, mich zu verbessern und viele neue Energien zu bekommen. Ich bin erfreut, dass aus vielen negativen, leidvollen Gefühlslagen letzten Endes immer Positives erwächst.“

Für einige war das Training eine Möglichkeit, eigene Fehler zu entdecken und die Kommunikation zu verbessern, vor allem: dem anderen zuzuhören, ihn zu verstehen, mehr Selbstbewusstsein zu haben, mehr Selbstachtung zu entwickeln, mehr Fähigkeit zu entwickeln, Konflikte anzugehen und zu lösen.

Um mit den Patienten und den Kollegen kommunizieren zu lernen, genügen 3 Tage Kurs nicht. Viele haben dann an den Vertiefungskurse oder an anderen Fortbildungen teilgenommen.

„Ich bin froh, dass ich diese ‚Art zu sein‘ auf vollständige Weise verstanden habe. Ich empfinde die Theorie als einfach, habe aber Schwierigkeiten, sie in die Praxis umzusetzen. Verschiedene meiner Ansichten geraten in ‚Krise‘, aber ich fühle sie (diese Art zu sein) so ‚kongruent‘ mit dem, was ich bin, dass ich es vorziehe, sie mir zu eigen zu machen und mich an die Arbeit zu begeben. Ich weiß, dass mich eine Menge Arbeit erwartet, und ich habe Angst, mich zu verirren.“

Einige Überlegungen der Autoren

Es ist schwer zu beurteilen, inwieweit diese Trainings für das Gesundheitswesen wichtig sind. Das ist auch nicht das Ziel von diesem Bericht.

Diese Initiative besteht seit 10 Jahren, immer mit vielen Teilnehmern und vollbesetzten Kursen. Die Besucher machen gute „Publicity“ und „schicken“ ihre Kollegen, die Verwaltung ist zufrieden ... Das alles sind positive und ermutigende Zeichen, auch für den Gruppenleiter.

Andererseits ist der größte Teil unserer Arbeitszeit der Beziehung zu den anderen gewidmet: Patienten, deren Verwandten, Kollegen und anderen Berufsgruppen. In vielen Abteilungen bestehen neben dem Stress mit den Schwerkranken auch Spannungen auf Grund von Kommunikationsproblemen, im Besonderen wegen nicht gelöster Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten. In solch einem „schwierigen“ Klima wechselt das Personal häufig und ist die Qualität der erbrachten Leistung vermindert. Etwas Zeit und Energie für die Verbesserung unserer Beziehungen zu anderen zu widmen, scheint uns eine sehr wichtige Investition, nicht nur für uns selbst, sondern auch, um allen Hilfesuchenden besser helfen können.

Leider gibt es keine magischen Rezepte oder wundersame Techniken, dank derer plötzlich alles leicht wird oder dank jener wir imstande sind, mit jedem zu sprechen und jeden Konflikt zu lösen. Die Fähigkeit zur Kommunikation, die jeder von uns hat, zu entwickeln und zu verbessern, ist eine verpflichtende und anstrengende Aufgabe: es handelt sich dabei um einen langsamen und manchmal auch schmerzhaften Prozess in der Entwicklung der eigenen Persönlichkeit (Finke, 2003; Speierer, 2003).

Uns scheint aber, dass immer mehr Personen diese Herausforderung annehmen, denn im Grunde genommen ist im Einklang mit sich selbst sein und eine gute Beziehung zu den anderen haben das, was unsere Lebensqualität ausmacht.

Schlussfolgerungen

Im Gesundheitswesen finden zur Zeit wichtige Änderungen statt, die eine verstärkte Zusammenarbeit und eine bessere Kommunikation zwischen Bürgern und Patienten, Bürgern und den in den Gesundheitsberufen Tätigen, Verwaltern und Politikern erfordern werden.

Dies könnte zu einer Verbesserung der Qualität der Versorgung und der Gesundheit aller Bürger führen und zu einem stärkeren Bewusstsein der Probleme, die sich in Zukunft ergeben werden. Diese Probleme werden sein: eine immer älter werdende Bevölkerung, die medizinische Betreuung benötigt, eine deutliche Zunahme chronischer Erkrankungen und psychosomatischer Erkrankungen, schwierige ethische Problematiken (Genforschung, Klonen, Euthanasie usw.), die notwendigen Sparmaßnahmen und so fort.

Wir denken, dass der „Personzentrierte Ansatz“, der den Menschen in seiner personalen Würde in den Mittelpunkt stellt, sehr aktuell ist, sodass er in der Ausbildung der Ärzte und der übrigen im Gesundheitswesen tätigen Berufe einen festen Platz haben sollte.

Literatur

- Adams, P. & Mylander, M. (1993). *Gesundheit!* Vermont: Healing Art Press.
- Astin, J. A. (1998). Why patients use alternative medicine: Results of a national study. *The Journal of the American Medical Association*, 279, 1548–1553.
- Barry, C. A., Bradley, C. P., Britten, N., Stevenson F. A. & Barber, N. (2000). Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative studies. *British Medical Journal*, 320, 1246–1250.
- Berger, J. T., Coulehan, J. & Belling, C. (2004). Humor in the physician-patient encounter. *Archives of Internal Medicine*, 164, 825–830.
- Bodenheimert, T., Wagner, E. H. & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 1775–1779.
- Capra, F. (1982). *The turning point*. New York: Simon and Schuster; dt. 2004: *Wendezeit. Bausteine für ein neues Weltbild*. München: Knauer Taschenbücher.
- Coulter, A. (2002). After Bristol: putting patients at the centre. *British Medical Journal*, 324, 648–651.
- De Hennezel, M. (1995). *Nous ne nous sommes pas dit au revoir*. Paris: Edition Robert Laffont; ital. 1996: *La morte amica. Lezioni di vita da chi sta per morire*. Milano: Rizzoli; dt. 1996: *Den Tod erleben*. Köln: Bastei Lübbe.
- Epstein, R. M., Alper, B. S. & Quill, T. (2004). Communicating evidence for participatory decision making. *The Journal of the American Medical Association*, 291, 2359–2366.
- Finke, J. (2003). Schwierigkeiten und Chancen in der Personzentrierten Weiterbildung von Ärzten. *Person*, 2, 151–157.
- Forster, H. P., Schwartz, J. & DeRenzo, E. (2002). Reducing legal risk by practicing patient-centered medicine. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1217–1219.
- Fortin, A. H. & Gergen Barnett, K. (2004). Medical school curricula in spirituality and medicine. *The Journal of the American Medical Association*, 291, 2883.
- Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J. & Delbanco T. L. (2002). *Through the patient's EYES. Understanding and promoting patient-centered care*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gordon, T. (1995). *Making the patient your partner. Communication skills for doctors and other caregivers*. Westport, Connecticut: Auburn House; dt. 1997: *Patientenkonferenz. Ärzte und Kranke als Partner*. Hamburg: Hoffman and Campe.
- Graske, J. (2003). Improving the mental health of doctors. *British Medical Journal*, 327, 188.
- Hickson, G. B., Federspiel, C. F., Pichert, J. W., Miller, C. S., Gauld-Jaeger, J. & Bost, P. (2002). Patient complaints and malpractice risk. *The Journal of the American Medical Association*, 287, 2951–2957.
- Larson, D. (1993). *The helper's Journey. Working with people facing grief, loss and life-threatening illness*. Champaign, IL: Research Press.
- LeShan, L. (1989). *Cancer as a turning point*. New York: E. P. Dutton; dt. 1993: *Diagnose Krebs. Wendepunkt und Neubeginn*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Levenstein, J. H., McCracken, E. C., McWhinney, I. R., Stewart, M. A. & Brown, J. B. (1986). The patient-centred clinical method: a model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice*, 3, 24–30.
- Levin, S., Larson D. B. & Puchalski C. M. (1997). Religion and spirituality in medicine: research and education. *The Journal of the American Medical Association*, 278, 792–793.
- Levinson, W., Gorawara-Bhat, R. & Lamb, J. (2000). A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *The Journal of the American Medical Association*, 284, 1021–1027.
- Locke, S. & Colligan, D. (1986). *The Healer within*. New York: E. P. Dutton.
- Lowes, R. (1998). Patient-centered care for better patient adherence. *Family Practice Management, March*.
- Lown, B. [1996] (1997) *L'arte perduta di guarire. I consigli di un grande medico per un ritorno a una medicina più umana*. Cernusco s/N Milano: Garzanti; Orig. 1996: *The lost art of healing*. Boston: Houghton Mifflin.
- Meryn, S. (1998). Improving doctor-patient communication. Not an option, but a necessity. *British Medical Journal*, 316, Editorial.
- Metz, C. (2002). Personzentrierte Trauertherapie und Palliative Care. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 585–607). Wien, New York: Springer.
- Moja, E. A. & Vegni, E. (2000). *La visita medica centrata sul paziente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ottawa-Charta (1986). (Online), <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/ottawa-charta.htm>; zuletzt aufgerufen am 5.11.2004.
- Pagni, A. (2002). La sanità prigioniera di un'economia "autistica". *Professione*, 10 (8), 4–5.
- Perino, F. & Andreolli, C. (2003). Spiritualità e trascendenza nella relazione di aiuto secondo l'Approccio Centrato sulla Persona. *Da Persona a Persona, Rivista di Studi Rogersiani, ottobre*, 37–56.
- Quill, E. T. (1989). Recognizing and adjusting to barriers in doctor-patient communication. *Annals of Internal Medicine*, 111, 51–57.
- Ripke, T. (1994). *Patient and Arzt im Dialog. Praxis der ärztlichen Gesprächsführung*. Stuttgart: Thieme.
- Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21 (2), 95–103.
- Rogers, C. R. (1959a/1987). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In Koch, Sigmund (Ed.), *Psychology. A study of science. Vol. III: Formulations of the person and the social context* (pp. 184–256). New York: McGraw Hill; dt. 1987: *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG.
- Rogers, C. R. (1961a/1973). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin; dt. 1973: *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett.
- Rogers, C. R. (1977a/1987). *On personal power. Inner strength and its revolutionary impact*. New York: Delacorte; dt. 1978: *Die Kraft des Guten. Ein Appell zur Selbstverwirklichung*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1980/1981). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin; dt. 1981: *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett.
- Ryback, D. (2000) *Emotionale Intelligenz in Management. Wege zu einer neuen Führungsqualität*. Köln: GwG; Orig. 1997: *Putting emotional intelligence to work. Successful leadership is more than IQ*. Woburn, MA: Butterworth-Heinemann.
- Sacks, O. (1995). *An anthropologist on Mars. Seven paradoxical tales*. New York: Knopf Publisher.
- Schmid, P. F. (2001). Personzentrierte Persönlichkeits- und Beziehungstheorie. In P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stözl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie*. Wien: Facultas.
- Schwarz, S. B. (2001). *Person-Centered Medical Practice. The Person-Centered Journal*, 8. (Online), <http://www.centerforthepeople.org/carlrogers.html>; zuletzt aufgerufen am 5.11.2004.
- Simpson, M. J., Buckman, M. S., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D. & Till, J. (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *British Medical Journal*, 303, 1385–1387.

- Speierer, G. W. (2003). Personenzentrierte Ansätze in der Medizinischen Psychologie. *Person, 2*, 164–167.
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *British Medical Journal, 322*, Editorial.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney I. R. & Freeman, T. R. (1995). *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 585–607). Wien, New York: Springer.
- Suchman, A. L. & Matthews, D. A. (1988). What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care. *Annals of Internal Medicine, 108*, 125–130.
- Suchman, A. L., Markakis, K., Beckman, H. B. & Frankel, R. (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *The Journal of the American Medical Association, 277*, 678–682.
- Veronika, 53 Jahre: nicht veröffentlichte Interviews, von Dr. Franco Perino im August 1995 durchgeführt.
- Wood, J. K. (1997). Carl Rogers and transpersonal psychology. Estância Jatobá Jaguariúna, Brazil, Our wine existed before what you call the grape and the vine. Ibn el-Farid, Presentation at the *VI International Holistic and Transpersonal Congress, Aquas de Lindoia, Brazil 1997*. (Online), <http://members.1012surfnet.at/pfs/indexpapersdiv.htm>; zuletzt aufgerufen am 5. 11. 2004.
- Zucconi, A. & Howell, P. (2003). *La promozione della salute. Un approccio globale per il benessere della persona e della società*. Molfetta, BA: La Meridiana.

Autoren

Dr. med. Franco Perino, geb. 1957, Facharzt für Haut u. Geschlechtskrankheiten und Ausbildung für Psychotherapie, Oberarzt an der dermatologischen Abteilung des Krankenhauses Bozen (Südtirol), Lehrtherapeut in Gesprächstherapie im Gesundheitswesen in Südtirol und für das „Istituto dell’Approccio Centrato sulla Persona“ von Rom. Arbeitsschwerpunkte: Ausbildung der Berufsgruppen die im Gesundheitswesen arbeiten, Kommunikation zwischen Arzt und Patient, Spiritualität.

Dr. med. Elena Polestra, geb. 1970, Ärztin für Allgemeinmedizin, in Ausbildung für das Fach Haut u. Geschlechtskrankheiten.

Kontaktadresse

*Dr. Franco Perino
Dermatologie
Allgemeines Krankenhaus
Lorenz Böhlerstr. 5
39100 Italien
rxnpe@tin.it*

Edith Benkö

Psychotherapie in der kardialen Rehabilitation – Überlegungen aus klientenzentrierter Sicht

Zusammenfassung: Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Psychotherapie bei chronisch körperlich kranken, nämlich herzkranken Menschen. Nach einer kurzen Beschreibung des medizinischen Krankheitsbildes der Koronaren Herzkrankheit folgt ein Überblick über den Stand der Theoriebildung und Forschung aus psychosomatischer Sicht. Mögliche Ansatzpunkte für Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung des Klientenzentrierten Ansatzes werden formuliert. Eine Analyse der Behandlungsverläufe von Herzpatienten in der ambulanten Rehabilitation mit psychotherapeutischem Versorgungsauftrag soll die Besonderheiten und Schwierigkeiten des Zuganges von Herzpatienten zur Psychotherapie aufzeigen und mögliche Ursachen der häufigen Psychotherapieabbrüche dieser Patientengruppe im Beziehungsgeschehen identifizieren.

Schlüsselwörter: Ambulante Psychotherapie, Psychosomatik der Koronaren Herzkrankheit, Therapiemotivation, Leidensdruck, Beziehungsgeschehen bei Therapieabbrüchen

Abstract: **Psychotherapy in the cardiac rehabilitation setting — considerations from a client-centred perspective.** *The following paper deals with the psychotherapeutic treatment of chronically ill patients, that is of persons with a heart condition. A short description of the medical symptoms of a coronary heart condition is followed by a review of the literature on psychosomatic research as well as by possible starting points for psychotherapy (particularly Client-centred psychotherapy). An analysis of the psychotherapeutic process with these patients in an out-patient rehabilitation setting will be used to illustrate the particularities and the difficulties in gaining access to such patients, as well as to attempt to explain the high drop-out rate of these patients.*

Keywords: *Out-patient therapy, psychosomatic aspects of coronary heart condition, therapy motivation, therapeutic relationship leading to drop-out*

Koronarpatienten¹ gelten in der Fachliteratur auf Grund ihrer Persönlichkeitsstruktur als psychotherapeutisch unzugänglich. Hohe Abbruchraten werden berichtet (50–70%) und mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen und Abwehrmechanismen in Zusammenhang gebracht (Barde et al., 1999). Diese Arbeit versucht anhand einer eigenen Analyse der Behandlungsverläufe in einem ambulanten Rehabilitationszentrum² die Besonderheiten des psychotherapeutischen Zuganges von Herzpatienten zu beschreiben und geht auf die Frage ein, ob es bei Koronarpatienten spezielle Störungen der Entwicklung des Selbstkonzeptes gibt, in der Folge störungsspezifische Inkongruenzen, durch ähnliche Sozialisationsbedingungen erworben und durch die akute körperliche Erkrankung aktualisiert, die sich im therapeutischen Beziehungsgeschehen manifestieren und zu den häufigen Therapieabbrüchen führen.

Um die lebensbedrohliche Krankheit zu beschreiben und einen Einblick in das Umfeld zu geben, in welchem psychotherapeutische Prozesse mit Koronarpatienten geschehen, sei eine Definition des somatischen Krankheitsbildes vorangestellt.

Zum Krankheitsbild und seinen Ursachen

Unter Koronarer Herzkrankheit versteht man pathologische Verengungen der Herzkranzgefäße, welche in der Folge zu schmerzhaften Beschwerden, einem allmählichen Versagen des Herzens oder zum plötzlichen Tod führen können. Ein akuter Verschluss wird als Herzinfarkt bezeichnet und stellt ein dramatisches Krankheitsbild dar. Die Koronare Herzkrankheit, kurz KHK genannt, ist die häufigste Todesursache in industrialisierten Gesellschaften. Die Behandlung in der Akutphase ist rein medizinisch und hoch technisiert. Eingriffe am erkrankten Blutgefäß, Implantation eines Stents, welcher die verengte Stelle offen hält, oder die Bypassoperation, ein Eingriff am eröffneten Brustkorb, sind lebensrettende

1 Im Folgenden wird zur leichteren Lesbarkeit meist nur von „Patient“, „Klient“ usw. die Rede sein. Gemeint sind selbstverständlich beide Geschlechter.

2 Zentrum für Ambulante Rehabilitation der Pensionsversicherungsanstalt (PVA), Wien

Maßnahmen. In den letzten Jahrzehnten hat die Medizin enorme Fortschritte gemacht, so dass die Sterblichkeit bei dieser Erkrankung stark zurückging. Von der Behandlung der Patienten in der Phase der Rehabilitation und dem Stellenwert der Psychotherapie soll später die Rede sein.

Die Koronare Herzkrankheit ist das Ergebnis verschiedener pathophysiologischer Vorgänge, deren Mechanismen teilweise geklärt werden konnten. Als prädisponierende Faktoren werden heute das Alter, familiäre Disposition und Geschlecht als nicht zu beeinflussende Risikofaktoren angesehen. Als modifizierbare Risikofaktoren sind das Rauchen, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Hypertonie und Bewegungsmangel allgemein anerkannt.

Seit der Antike gibt es aber auch Vermutungen über Zusammenhänge zwischen Herz und Psyche. In der naturwissenschaftlich orientierten Kardiologie werden heute mögliche psychosomatische Zusammenhänge so formuliert, dass psychische Faktoren, chronische Belastungssituationen und akute lebensverändernde Ereignisse die Entstehung der KHK fördern können, indem sie, als „distress“ wahrgenommen, bestimmte Gefühle auslösen, die dann über eine Beeinflussung des Vegetativums (erhöhte Sympathikusinnervierung) und über endokrine Mechanismen (Aktivierung der Sympatho-adrenergen Achse und der Hypophysennebennierenrinndenachse, also über eine erhöhte ACTH und Katecholaminausschüttung) diese pathophysiologischen Prozesse fördern.

Man nimmt an, dass diese chronische Erkrankung in einem komplizierten Wechselspiel von somatisch bedingten Risikofaktoren und psychischen Einflüssen im Sinne komplexer bio-psychosozialer Prozesse entsteht und dass psychische Faktoren einen Einfluss auf Verlauf und Prognose dieser Erkrankung haben. Oder anders ausgedrückt, dass neben körperlicher Disposition, Vererbung, somatische Risikofaktoren wie auch Persönlichkeitsfaktoren, Stimmungslage und akute oder chronische psychosoziale Belastungen eine Rolle spielen können.

Dies sei zum besseren Verständnis der körperlichen Vorgänge vorangestellt, aber auch um das naturwissenschaftlich-medizinisch dominierte Umfeld der psychotherapeutischen Arbeit mit Herzpatienten zu charakterisieren.

Der Herzinfarkt als somato-psycho-somatische Erkrankung

Aus psychologischer und psychosomatischer Sicht interessiert vor allem, unter welchen psychischen Bedingungen Menschen an einem Herzinfarkt erkranken und wie sie dieses lebensbedrohliche Ereignis verarbeiten und bewältigen.

Im Folgenden soll als Einstimmung auf die Thematik ein kurzer Überblick über die Entwicklung der psychosomatischen Theoriebildung und Forschung hinsichtlich dieses Krankheitsbildes gegeben werden.

Die Koronarpersönlichkeit – der Beitrag der Psychoanalyse

Am Beginn der wissenschaftlichen Erforschung möglicher seelischer Hintergründe bei der KHK stehen wohl die Arbeiten von K. und W. Menninger und von F. Dunbar. Dunbar (1943) beschrieb bei Koronarpatienten ein bestimmtes Persönlichkeitsprofil und Verhaltensmerkmale, wie ständig aktiv sein müssen, Arbeitswut, eine Tendenz, alle Aktivitäten an sich zu reißen und eine Neigung zur Depression, die aber verleugnet wird, und legte den Grundstein zur Hypothese, dass es eine so genannte „Koronarpersönlichkeit“ gäbe.

Seither gibt es in der Tradition F. Dunbars aus psychoanalytischer Perspektive Hypothesen über den Einfluss psychodynamischer Faktoren auf Entstehung und Verlauf der KHK.

Die Arbeiten umfassen Interpretationen der Koronarpersönlichkeit aus der Sicht der Ich-Psychologie (Arlow, 1945), narzisstheoretische Überlegungen (Chessick, 1987), Beschreibungen häufiger Objektbeziehungsmuster (Rodriguez, 1980), Versuche, charakteristische Grundkonflikte und Abwehrformen zuzuordnen (Kerz-Rühling, 1980), Überlegungen zur Psychotherapie (Goldschmidt, 1980), und sie beschäftigen sich mit der Frage, wie die psychische Struktur, Genese, Konflikte, Objektbeziehungen und Abwehrmechanismen bei Menschen aussehen, die einen Herzinfarkt erlitten haben.

Übereinstimmend wird dabei der Herzinfarkt als Antwort auf eine lebensgeschichtliche Krise gesehen. Es komme zu einer Aktualisierung von latent gewordenen und in der Kindheit erworbenen Konflikten.

Bezüglich der Beschreibung und psychoanalytischen Interpretation der Koronarpersönlichkeit gibt es zwar unterschiedliche Auffassungen. Häufig jedoch findet sich die Hypothese, dass Infarktpatienten eine Persönlichkeit mit schwerer narzisstischer Pathologie hätten. Diese entstehe dadurch, dass durch eine mangelnde Spiegelungsfunktion der elterlichen Bezugspersonen sich ein narzisstisches Defizit entwickle, mit Gefühlen von Schwäche, Kleinheit, Leblosigkeit, Minderwertigkeit und Hass bei Nichtbeachtung. Gemäß dieser infantilen Fixierung müsse das Individuum in der Folge immer wieder Beziehungen herstellen, in denen es bewundert und für großartig befunden wird, um sich geliebt und wertvoll fühlen zu können. Die narzisstisch gestörte Persönlichkeit versuche nun, das Bewusstsein dieses narzisstischen Defizits durch angespannte Aktivitäten abzuwehren, indem sie durch Leistung in Arbeit und Liebe ständig Beziehungen herstellt, die ihre unbewussten kindlichen Bedürfnisse nach Spiegelung von Grandiosität, Anerkennung und Bewunderung kompensatorisch befriedigen (Chessick, 1987).

Auch andere Autoren gehen auf die Prägung von Herzpatienten durch infantile Versagung ein. Eine Kompensation dieser frühkindlichen Versagung durch Größenphantasien und die Verleugnung passiv-abhängiger Bedürfnisse sei die Folge, betont Fischer (1980). Verleugnung nicht nur der Abhängigkeit von anderen, sondern auch von Körperwahrnehmungen und, wie ich später zeigen werde, des

emotionalen Bedeutungsgehaltes ihrer Erkrankung sind bei Infarktpatienten häufig anzutreffende Abwehrmechanismen.

Bezüglich „typischer“ auslösender Konfliktkonstellationen gibt es widersprüchliche Ergebnisse. Kerz-Rühling (1980) vermutet, dass Konflikte, die das narzisstische Gleichgewicht des Patienten gefährden, bedeutsam seien. Dies könnten Kränkung und Statusverlust am Arbeitsplatz sein, aber auch Enttäuschungen im Beziehungsbereich, Verlust- und Trennungserfahrungen, welche unbewusste frühkindliche Abhängigkeitsprobleme reaktivieren.

Empirisch lässt sich jedenfalls das Konstrukt der Koronarpersönlichkeit nicht bestätigen (siehe dazu die Ausführungen zum Behaviorismus), aber man könne doch „... mit einiger Sicherheit behaupten, dass in der Zeit vor dem Infarktgeschehen gehäuft emotional belastende Ereignisse auftreten.“ (Kerz-Rühling, 1980, S. 554).

Die Verleugnung passiv-abhängiger Bedürfnisse und in der Folge ein sich entwickelndes Urmisstrauen statt eines Urvertrauens seien aus psychoanalytischer Sicht Gründe für die psychotherapeutische Unzugänglichkeit von Herzpatienten (Goldschmidt, 1980). Fehlende Therapiemotivation und Psychotherapieabbruchraten von 50 bis 70% werden übereinstimmend von vielen Autoren berichtet (Barde et al., 1999).

Störungsspezifisches Verstehen³ – der gesprächspsychotherapeutische Ansatz

Der einzige mir derzeit bekannte Versuch, aus klientenzentrierter Sicht eine Beschreibung der Persönlichkeit von Koronarpatienten, der Entwicklung ihres Selbstkonzeptes, ihrer Grundkonflikte und Beziehungsgestaltung darzustellen und daraus allgemeine psychotherapeutische Richtlinien abzuleiten, findet sich bei Enderlein (1986). Der Autor formuliert auf der Grundlage bekannter psychoanalytischer, behavioristischer und testdiagnostischer Konzepte (auf letztere wird in dieser Arbeit nicht eingegangen) folgendes Entwicklungs- und Persönlichkeitsmodell: Die Ursachen der psychischen Fehlhaltungen und der organischen Folgen im Erwachsenenalter liegen in einer missglückten Entwicklung des Selbstkonzeptes, des habituellen Wahrnehmungs-, Denk- und Bewertungsmusters. Enttäuschungen, Mangel an Sicherheit und Vertrauen lassen eine ungezwungene Selbstentfaltung mit bestätigenden eigenen Erfahrungen nicht zu. Der individuelle innere Bezugsrahmen kann sich nicht entfalten. Ein nie befriedigtes, andauerndes Zuwendungsbedürfnis führt im Laufe der Entwicklung zu einer Internalisierung fremder Verhaltensrichtlinien und Wertvorstellungen. Entsprechende Inkongruenzen sind bei Infarktpatienten in ihrer übergroßen Orientierung an ihrer Umwelt und in ihrem Leistungsstreben zu finden, diese äußern sich in einem negativen Selbstkonzept,

den ambivalenten Beziehungen, dem Gefühl ständiger Bedrohung und Angst (Enderlein, 1986). Der Autor sieht in der Verwirklichung der klientenzentrierten Therapeutenvariablen gerade für Herzpatienten äußerst günstige Bedingungen. Ich werde später noch genauer darauf eingehen. Wenngleich dieses Modell unvollständig und längst nicht ausformuliert ist, kann es doch als Ausgangspunkt genauer Überlegungen dienen.

Im Rahmen der „phasen- und störungsspezifischen Ausdifferenzierung“ (Stumm & Keil, 2002) der Personzentrierten Psychotherapie gibt es mehrere Ansätze bezüglich psychosomatischer Krankheiten im weiteren Sinn. Erwähnt seien Binder & Binder (1991) und Reisch (1994; 2002). Ihre Beiträge zur Arbeit mit alexithymen und gefühlsabwehrenden Patienten sind auch für das Verständnis von Koronarpatienten interessant. Kann doch neben allgemein psychosomatisch-somatopsychischen Zusammenhängen, wie sie in den Ausführungen zur Psychokardiologie dargestellt werden, bei Vorhandensein eines auslösenden Ereignisses, welches die seelischen Bewältigungsmechanismen überfordert, beim Herzinfarkt oft auch von einer psychosomatischen Erkrankung im engeren Sinn gesprochen werden (Ermann, 2004). Binder & Binder (1991) orten in der Beziehungsgestaltung psychosomatischer Patienten eine „spezifische psychosomatische Einsamkeit, die im asymbiotischen Handeln sich aufzuheben versucht ... Der Preis für ein Leben in der Nichterfüllung von symbiotischer Sehnsucht nach Aufhebung der Grenzen, durch Bindung in der Geborgenheit wird bezahlt durch die Zerstörung elementarer biologischer Regelmechanismen“ (Binder & Binder, 1991, S. 386). Vielleicht hilft es uns, Gefühlsabwehr, Verleugnung der Erkrankung und ihres emotionalen Bedeutungsgehaltes und Pseudounabhängigkeit als Versuch der Herstellung einer „asymbiotischen Nähe“ (Binder & Binder, 1991, S. 373) zu betrachten, um Häufigkeit und Dynamik der dargestellten Psychotherapieabbrüche aus dem eigenen Arbeitsbereich in der ambulanten kardialen Rehabilitation zu verstehen. Auch Reisch (1994; 2002) beobachtet bei psychosomatischen Patienten oft ein Nähe-Distanzproblem, versteht aber die spezielle Art der alexithymen Gefühlsabwehr als kreative Beziehungsgestaltung und entwickelt daraus ein störungsspezifisches therapeutisches Handeln, auf dessen Brauchbarkeit in der kardiologischen Rehabilitation später noch eingegangen wird.

Behaviorismus und Verhaltenstherapie

Wesentlich mehr Eingang in die Kardiologie haben behavioristische Konzepte und verhaltenstherapeutische Programme gefunden. 1964 beschrieben Rosenman und Friedman einen Komplex von Verhaltensmustern, das so genannte A-Typ Verhalten als übersteigerten Tatendrang bei schlecht definierten Zielen, Ehrgeiz, Konkurrenzstreben, Feindseligkeit, und postulierten es als psychologischen Risikofaktor für die Entwicklung einer KHK.

3 Der Begriff wurde entlehnt von Binder & Binder (1991).

In einer groß angelegten prospektiven Studie (WCGS) wurde dieses Typ-A Verhalten als eigenständiger Risikofaktor für eine KHK bewertet (Myrtek, 2000).

Neuere Metaanalysen publizierter Studien zu diesem Thema bestätigen diese Ergebnisse nicht. Nur der Faktor Hostility/ Feindseligkeit scheint einen Zusammenhang mit der KHK zu haben: „... rather, hostility may be a marker for behaviors that increase risk for mortality and morbidity“ (Myrtek, 2000, p. 5).

Psychokardiologie

In den letzten Jahren hat sich der naturwissenschaftlich ausgerichtete Forschungszweig der Psychokardiologie etabliert, welcher versucht, psychologische Erkenntnisse in die medizinischen Behandlungskonzepte mit einzubeziehen. In groß angelegten kontrollierten prospektiven Studien konnte die Bedeutung des Faktors Depression sowohl als präorbider Risikofaktor für die KHK und den Myokardinfarkt als auch als bedeutsamer Faktor für eine erhöhte Morbidität und Mortalität nach einem Infarkt nachgewiesen werden (Ariyo et al., 2000; Herrmann-Lingen, 2000; Herrmann-Lingen & Buss, 2002).

Soziale Risikofaktoren für die Entwicklung einer KHK sind in erster Linie der sozioökonomische Status und berufliche Stressbelastung. Zur beruflichen Stressbelastung hat vor allem die Gruppe um Siegrist geforscht und eine Kombination von hoher beruflicher Verausgabungsbereitschaft bei geringer Gegenleistung von Gehalt, Karrierechancen oder Sicherheit als pathogen befunden (Rugulies & Siegrist, 2001).

Als relevanten sozialen Risikofaktor für die Überlebenschance nach einem Infarkt weisen neuere Studien den Faktor „soziale Isolierung“ aus (Frasure-Smith et al., 2000).

Es sei auch erwähnt, dass epidemiologische und sozialpsychologische Forschungsansätze sich um die Erforschung frauenspezifischer Belastungsfaktoren und innerpsychischer Verarbeitungsmechanismen bemühen und geschlechtsspezifische Interventionsprogramme ausarbeiten (Avanzini, 2004).

In einer zusammenfassenden Einschätzung muss man sagen, dass die psychoanalytisch geprägten psychosomatischen Konzepte zur Psychodynamik und Psychotherapie in die Koronarrehabilitation kaum Eingang gefunden haben, möglicherweise weil die Bestätigung durch empirische Untersuchungen ausblieb. Behavioristische Konzepte und Behandlungsansätze, wie z. B. Stressbewältigung, verhaltenstherapeutische Maßnahmen zur Lebensstiländerung, Raucherentwöhnung, in kontrollierten Studien gut beforscht, fügen sich in das naturwissenschaftlich orientierte Umfeld besser ein und dominieren das psychologische Behandlungsangebot in der Rehabilitation. Der klientenzentrierte Beitrag zur Psychosomatik und Psychotherapie der KHK ist kaum formuliert, wengleich die Situation in der praktischen psychotherapeutischen Arbeit anders

aussieht. Nach eigener Einschätzung sind mehr als die Hälfte der in den Rehabilitationszentren der PVA⁴ beschäftigten Psychotherapeuten ausgebildet in Klientenzentrierter Psychotherapie.

Psychotherapie in der kardialen Rehabilitation

Der Patient mit seinem subjektiven Leiden und Erleben, mit seinen Bemühungen, die Erkrankung zu verarbeiten und mit ihr leben zu können, steht in einem Spannungsfeld zwischen lebensrettender medizinischer Behandlung mit enormem Einsatz moderner Technologien in der Diagnostik- und Akutphase einerseits und der möglichst schnellen Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit und der auf die gezielte Reduktion koronargefährdender Verhaltensweisen ausgerichteten Rehabilitation andererseits.

Psychotherapie im Sinne einer Verarbeitung des lebensbedrohlichen Ereignisses, der Reflexion möglicher seelischer Ursachen und ihrer lebensgeschichtlichen Zusammenhänge spielt in der Kardiologie eine geringe Rolle, psychotherapeutische Veröffentlichungen zu diesem Thema sind nicht häufig.

Zu erwähnen sind an dieser Stelle wieder vor allem Arbeiten des psychoanalytischen Ansatzes, beispielsweise von Kutter (1997), Ohlmeier (1980) und Hahn (1971), der als erster eine ambulante Psychotherapiegruppe mit Herzpatienten beschrieb. Alle Autoren kommen übereinstimmend zu dem Schluss, dass die psychotherapeutische Arbeit mit Koronarpatienten auf Grund der schwach ausgebildeten Therapiemotivation und des fehlenden Leidensdruckes eine sehr schwierige sei.

Der Stellenwert der Gesprächspsychotherapie in der Koronar-rehabilitation

Überlegungen zu den Auswirkungen einer gesprächspsychotherapeutischen Haltung in der Medizin finden sich bei Ripke (1993). Müller (1993, S. 257) weist auf den Nutzen „bedingungsloser positiver Zuwendung und einfühlsamen Verstehens“ in der Anamnese und Patientenführung der kardiologischen Praxis zur Verbesserung der Compliance hin. Enderlein (1986) geht explizit auf die Wechselwirkung zwischen den gesprächspsychotherapeutischen Therapeutenvariablen und bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen von Herzpatienten ein. Er betont die Wichtigkeit individueller Indikationsstellung für Psychotherapie in der Rehabilitationsphase, wenn die körperlichen Heilungsvorgänge abgelaufen seien. In der Gesprächspsychotherapie sieht er eine „persönlichkeitsstruktur-

4 PVA: Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten. Zu ihren freiwilligen Leistungen gehören auch die stationäre und ambulante Rehabilitation in Österreich.

bedingte und damit kriteriumsorientierte Zuweisungsmöglichkeit von Infarktpatienten“ (Enderlein, 1986, S. 65). Als für deren Persönlichkeitsstruktur besonders bedeutsam notiert Enderlein die Grundhaltungen positive Wertschätzung/emotionale Wärme und einfühlerendes verbalisierendes Verständnis emotionaler Erlebnisinhalte. Die Wirksamkeit der Therapeutenvariable positive Wertschätzung sieht er insbesondere unter dem Aspekt des Ausgleichs für die von Infarktpatienten häufig erlittenen Verluste und Enttäuschungen. Der anhaltende Einsatz von emotionaler Wärme und Wertschätzung, die sonst an die Erfüllung imponierender Leistungen gebunden ist, der Verzicht des Therapeuten auf wertende Stellungnahmen und das Vertrauen in die im Organismus innewohnende Fähigkeit, eigene Probleme selbstverantwortlich lösen zu können; dies ver helfe dem Patienten zu einer intensiven und positiven Selbsterfahrung und Selbstachtung. Er setzt sich auch mit der fehlenden Therapiemotivation dieser Patienten auseinander. Therapiemotivation müsse nicht immer aus psychischem Leidensdruck entstehen, der eben bei Koronarpatienten kaum vorhanden sei, sondern könne auch „aus dem Konstrukt des ‚need for positive regard‘, dem anhaltenden und allgemein menschlichen Bedürfnis nach Zugehörigkeit, Anerkennung, Wärme und Sympathie ... abgeleitet werden“ (S. 65). Und gerade bei Herzpatienten sei ein grundlegend unbefriedigtes Bedürfnis nach emotionaler Zuwendung anzunehmen (siehe dazu auch das Konzept der narzisstischen Pathologie von Chessick oben).

Für die Arbeit mit psychosomatischen Koronarpatienten bieten auch Arbeiten zum störungsspezifischen therapeutischen Handeln hilfreiche Anregungen.

Wie bereits vorgestellt, hat Reisch (1994) einen klientenzentrierten Zugang zu psychosomatischen Patienten mit fehlender Therapiemotivation, gering ausgebildeter Fähigkeit zur Selbstexploration, starker Gefühlsabwehr und fehlender Krankheitseinsicht, ein systemisches Metamodell ausgearbeitet. Ausgehend von der These, dass diese Patienten ein Nähe-Distanz Problem haben (siehe auch Binder & Binder, 1991), betrachtet sie das Merkmal der alexithymen Gefühlsabwehr, psychosomatischen Patienten zugeschrieben, „als Fähigkeit ..., Beziehungen im Gleichgewicht zu halten und auf sensible Art und Weise für eine stimmige Nähe-Distanz-Regulation zu sorgen“ (Reisch, 1994, S. 44). Nicht über Gefühle zu reden, sie zu verleugnen, bedeutet für den Patienten Stabilität und Gleichgewicht. Psychotherapie als Möglichkeit emotionaler und kognitiver Selbstexploration sei beim psychosomatischen Patienten anfänglich nicht möglich, vielmehr sei vorrangig seine Beziehung zur Symptomatik in den Vordergrund zu stellen. Dies solle zu Beginn der therapeutische Zugang sein, wertschätzende, kongruente Empathie darf sich zunächst nur auf das Symptom und nicht auf Erleben und Gefühle des Patienten beziehen. Der familiäre, berufliche und gesellschaftspolitische Kontext, so Reisch weiter, die Beziehung zum behandelnden Arzt und insbesondere die Bedeutungsgebung von Psychotherapie sei in das Vorgehen mit einzubeziehen, der gemeinsamen Suche nach einem Therapieziel sei besonders Zeit und Raum zu geben.

„Wir haben vom Patienten weder den Wunsch noch die Erlaubnis zu dieser Art von Beziehungsaufnahme. Das Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte, normalerweise indiziert, ist in unserem Fall genau das Gegenteil von wertschätzender Empathie“ (Reisch, 2002, S. 554). Das Erleben und die Gefühle des Patienten seien solange unangetastet zu lassen, solange es der Patient zu seinem Schutz braucht.

So ist zusammenfassend zu sagen, dass es innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes neben allgemeinen Klientenzentrierten Ansätzen in der Allgemeinmedizin und Kardiologie einen konkreten Entwurf störungsspezifischen Verstehens der somato-psychosomatischen Problematik des Koronarpatienten älteren Datums gibt (Enderlein, 1986). Psychologische Störungsmodelle psychosomatischer Erkrankungen mit Implikationen für den therapeutischen Prozess, von verschiedenen Autoren ausführlich ausgearbeitet und veröffentlicht (siehe auch Sachse, 1995), bieten eine differenzierte Sichtweise und Hilfestellung im Verstehen therapeutischer Prozesse und deren Blockierungen zwischen Psychotherapeut und Klient in der kardiologischen Rehabilitation. Die Ausführungen von Reisch, auf den ersten Blick in Widerspruch zu den Ansichten Enderleins, werden von mir als Konkretisierung und Ergänzung verstanden. Auf die Bedeutung des neueren psychotraumatologischen Ansatzes (Biermann-Ratjen, 2003) wird bei den eigenen Überlegungen zur Integration der Erkrankung in das Selbstkonzept noch eingegangen.

Psychotherapie mit Koronarpatienten im Zentrum für Ambulante Rehabilitation – Ergebnisse einer deskriptive Analyse

Im Folgenden sollen die Erfahrungen im Vorfeld und mit Klientenzentrierter Psychotherapie bei Koronarpatienten in einem ambulanten Rehabilitationszentrum mit psychologischem und psychotherapeutischem Versorgungsauftrag dargestellt werden. Das Zentrum für Ambulante Rehabilitation, kurz ZAR genannt, ist eine Einrichtung der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) in Wien. Nach der 3-wöchigen stationären Rehabilitation, welche an die Akutbehandlung anschließt, können Koronarpatienten, das Akutereignis liegt dann etwa 2–3 Monate zurück, ein ambulantes einjähriges Koronartraining absolvieren. Dieses besteht aus einem überwachten Ausdauertraining, Heilgymnastik, Entspannungsgruppen, Ernährungsberatung und Stressbewältigungsgruppen. Einzel- und Gruppenpsychotherapie sind ebenfalls möglich.

Aus klientenzentrierter Sicht kann man sich mit der Fachmeinung, Koronarpatienten hätten in der Regel keine selbstständige Therapiemotivation und seien aufgrund ihrer Persönlichkeitskonstellation psychotherapeutisch nicht zugänglich (Barde et al., 1999), nicht zufrieden geben. Mit Reisch (1994) kann die unbewusste Verweigerung der Selbstreflexion und die Gefühlsvermeidung körperlich kranker Menschen in der Therapie auch als kreativer Akt

gesehen werden, der in seiner Bedeutung verstanden werden will. Es gilt jene Aspekte im Beziehungsprozess zu identifizieren, welche verhindern, dass eine förderliche zwischenmenschliche Beziehung stattfindet. Eine deskriptive Analyse der Behandlungsverläufe in unserem Zentrum beschäftigt sich daher mit den Fragen, welchen Zugang Koronarpatienten zur Psychotherapie überhaupt haben und ob es im therapeutischen Beziehungsgeschehen relevante Faktoren gibt, welche am Scheitern psychotherapeutischer Prozesse mitbeteiligt sind. Wie im Folgenden gezeigt wird, kommen die meisten dieser Patienten ohne bewussten psychischen Leidensdruck, „geschickt“ vom behandelnden Arzt. Bei jenen Patienten, die trotz dieser ungünstigen Bedingungen eine Psychotherapie beginnen, dominiert das Muster Idealisierung – Macht – Kontrolle – Abwertung auch die therapeutische Beziehung, häufige Abbrüche sind die Folge.

Insgesamt wurde der Behandlungsverlauf von allen 87, im Verlauf von 4 Jahren (2000–2003) psychologisch explorierten Herzpatienten analysiert.

Das durchschnittliche Alter dieser Patienten liegt bei 53 Jahren, in der Mehrzahl (65 %) handelt es sich um Männer, 57 % standen zum Zeitpunkt der Untersuchung im Berufsleben, die anderen waren bereits in Pension oder in Krankenstand.

Der Zugang zur Psychotherapie: fremdbestimmt – verleugnend – depressiv⁵

- Trotz ihrer einschneidenden und bedrohlichen Erkrankung kommen Koronarpatienten meist nicht aus eigenem Antrieb zum Psychologen!
78 % werden vom Arzt zugewiesen, nur 22 % entwickeln einen eigenen Wunsch nach einem psychotherapeutischen Gespräch.
- Zugewiesen werden die Patienten in der Regel, weil der Arzt Symptome der Depression und Angst entdeckt. Depressiv-ängstliche Krankheitsverarbeitung ist in 44 % der Zuweisungsgrund.
- Die Patienten selber fühlen sich psychisch nicht leidend. Oft empfinden sie sich auch nicht als körperlich krank. Häufig sprechen Patienten von einem Defekt, der repariert sei und davon, dass sie bis zum nächsten „großen Service“ so weiter leben können wie bisher. Die Erkrankung und deren emotionale Bedeutung werden verleugnet, Gefühle der Traurigkeit oder Angst in den Erstgesprächen selten verbalisiert.
- Vielmehr äußert sich die Angst und Verunsicherung indirekt in vielen Fragen an den Arzt zum Verhalten im Alltag. Antriebslosigkeit und Schlafstörungen werden als unerklärlich, der soziale Rückzug als notwendig erlebt.

- In der psychologischen Exploration stellen Depression (in erster Linie im Sinne einer Anpassungsstörung), psychodynamisch wohl in Zusammenhang mit der Verleugnung der emotionalen Betroffenheit, in 42 % der Fälle und Angst in 10 % den Hauptanteil der Diagnosen.
- Trotz dieses passiv-konsumierenden und fremdbestimmten Zugangs der Patienten zu psychologischen Behandlungsangeboten wird mit 65,5 % der Patienten eine konkrete Therapievereinbarung im Haus getroffen.
- In 31 % der Fälle, bei 20 Patienten, ist dies eine Vereinbarung zur Psychotherapie, ansonsten werden psychologische Gespräche, Entspannungsgruppen, Stressbewältigung usw. vereinbart.

So entwickeln selbst in einem medizinischen Rehabilitationszentrum mit psychosomatischer Ausrichtung und sehr guter Integration des psychotherapeutischen Angebotes in das Behandlungskonzept Herzpatienten wenig Interesse an Psychotherapie. Der Arzt diagnostiziert behandlungsbedürftige Symptome psychischen Leidens, der Patient selber spürt keinen seelischen Leidensdruck und sieht seine Krankheit als rein körperlich und reparierbar. Aus klientenzentrierter Sicht dient die Verleugnung des seelischen Bedeutungsgehaltes der Erkrankung, die Abwehr der Gefühle wohl als Schutz, gewährleistet eine Form von innerer Stabilität, verhindert aber die Integration der Erkrankung in das Selbstkonzept und somit die Krankheitsbewältigung.

Integration der Erkrankung in das Selbstkonzept

Herzpatienten scheinen die Erfahrung der Erkrankung, der Bedrohung der körperlichen Integrität, des Ausgeliefertseins der medizinischen Behandlung, das Gefühl der Schwäche und Hilflosigkeit, der Angst, der Todesnähe nicht vollständig symbolisieren zu können. Die Erkrankung stellt eine Art Trauma dar, eine besondere Bedrohung für ihr Selbstkonzept, und kann nicht in dieses integriert werden. Der Patient befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz.

„Wir gehen bei allen Klienten von einer traumatogenen Pathologie insofern aus, als wir annehmen, dass sie aufgrund ihrer Symptomatik an Inkongruenz leiden, mit Erfahrungen zu tun haben, die sie als bedrohlich erleben, die sie nicht in ihr Selbstkonzept integrieren können bzw. die ihr Selbstkonzept bedrohen.“ (Biermann-Ratjen, 2003, S. 134)

Vieles spricht dafür, dass Herzpatienten es aufgrund ihrer kindlichen Sozialisation besonders schwer haben, ein durch positive Selbstachtung geprägtes Selbstkonzept zu entwickeln, in den Überlegungen Enderleins (siehe oben) wurde dies bereits dargestellt. Durch die Erkrankung ausgelöste Erfahrungen wie Passivität, Schwäche und Vertrauen können nur verzerrt zugelassen werden.

5 Die Ergebnisse dieser Behandlungsstatistik wurden im März 2004 auf der Psychotherapietagung der Koordinationsstelle für Psychotherapie in einem Arbeitskreis präsentiert.

In einer inhaltlichen Analyse der Erstgespräche jener 23 Patienten, die sich schließlich auf eine Psychotherapie einlassen konnten, zeigt sich, dass 16 von 23 von einem äußerst autoritären Vater (bzw. ein Patient von einer sehr autoritären Mutter) berichten. Ihre Reaktion darauf beschreiben sie als Angst und Gefühl des Ausgeliefertseins, später als Wut und Hass und als Versuch, sich endlich durch Anstrengung und Leistung das Wohlwollen und die Liebe des Vaters zu „erarbeiten“. Durch sehr ähnliche Sozialisationserfahrungen ist das Selbstkonzept von Koronarpatienten vermutlich häufig geprägt durch „Liebe durch Leistung“, von durch Größenphantasien abgewehrten Minderwertigkeitsgefühlen, Misstrauen in Beziehungen, Kontrollambition, Vermeidung von Abhängigkeit als Verhalten zur Herstellung „asymbiotischer Nähe“ (Binder & Binder, 1991).

An dieser Stelle sei als kurze Fallvignette⁶ die Kindheitserfahrungen einer Patientin dargestellt. Sie wird als älteste von 2 Kindern einer Familie in Wien geboren. Der Vater ist Alkoholiker, wenn er betrunken ist, schlägt er seine Frau und bedroht auch die Kinder. Die Mutter wird als schwache und hilflose Frau beschrieben, die sich gegen die Gewaltexzesse ihres Mannes nicht wehren kann. Die Kinder verstecken sich häufig vor dem Vater. Sie habe in ihrer ganzen Kindheit Angst vor ihrem Vater gehabt, in ständiger Spannung gelebt. Später habe sie eine enorme Wut auf ihn bekommen und Gefühle der Verachtung für die Mutter, die so schwach und abhängig gewesen sei. Sie habe sich schon als Kind geschworen, sich nie abhängig zu machen und sich nie einengen zu lassen. So sei sie ihr ganzes Leben immer auf eigenen Beinen gestanden, nie würde sie jemanden um Hilfe bitten. Tränen seien für sie ein Zeichen von Schwäche. Sie verabscheue es, wenn jemand schwach und hilflos sei. Sie fühle sich leicht eingesperrt und breche dann aus. Lieber lebe sie alleine, als sich von irgendjemand einengen zu lassen. So reagiert sie auch auf die Erkrankung mit aktiven Bewältigungsmechanismen. Die Diagnose einer Herzerkrankung habe sie gefasst aufgenommen, sie sehe das nüchtern, Gefühle habe sie eigentlich keine dazu; über ihre Erkrankung zu reden sei nicht notwendig, sie wisse, was sie tun müsse, um diese „in den Griff zu kriegen“.

Die lebensbedrohliche und häufig scheinbar aus heiterem Himmel hereinbrechende Erkrankung stellt ein psychisches Trauma dar, die dadurch ausgelösten Gefühle bedrohen dieses Selbstkonzept in besonderem Maße und müssen abgewehrt werden. Man kann also sagen, im Desinteresse oder in der Ablehnung von Psychotherapie manifestiert sich Konfliktinkongruenz innerhalb des Selbst und Stressinkongruenz durch die Konfrontation mit einer lebensbedrohlichen Erfahrung (Speierer, 2002), die Bedrohung durch die Erkrankung wird nicht oder verzerrt wahrgenommen, um das alte Selbstkonzept von Stärke, Leistungsfähigkeit und Pseudo-Unabhängigkeit aufrecht zu erhalten

Als Beispiel für die Verleugnung der Erkrankung in der Akutphase sei der Verlauf des Infarktes bei einem Patienten geschildert, der eines Morgens beim Verlassen der Wohnung einen Druck auf der Brust und einen ziehenden Schmerz im linken Arm verspürt. Atemnot und Schwindel kommen dazu, er verliert kurz das Bewusstsein, steht dann wieder auf, langsam geht es ihm besser. Er entschließt sich, trotzdem zur Arbeit zu gehen, es werde schon besser werden. Immerhin lässt er sich aber doch von einem Angehörigen begleiten. Beim Aussteigen aus der Straßenbahn überkommen ihn dieselben Symptome noch einmal. Er „reißt sich zusammen“ und schafft es bis zum Arbeitsplatz, wo Kollegen dann die Rettung rufen. Er selbst wehrt sich gegen diese „Schwäche“, bis andere die Sache in die Hand nehmen. Im Krankenhaus wird ein akuter Myokardinfarkt festgestellt, eine Aufdehnung des verengten Koronargefäßes verläuft erfolgreich. Der Patient beginnt sofort nach „Erlaubnis“ der Ärzte mit einem intensiven körperlichen Ausdauertraining, stellt sofort seine Ernährung um und hört zu rauchen auf. Sehr schnell bekommt er wieder seine alte Leistungsfähigkeit zurück, dies beruhigt ihn und gibt ihm das Gefühl, durch all diese Maßnahmen seine Erkrankung kontrollieren zu können. Um auch seine berufliche Stressbelastung unter Kontrolle zu bekommen, nimmt er den Vorschlag des Arztes, mit einem Psychologen darüber zu sprechen, an und kommt so zu mir. Die Erkrankung sieht er als vorbei und bewältigt, er erhofft sich aktive Hilfe bei seinem einzigen noch verbleibenden Problem, der Stressbewältigung im Beruf. Bald allerdings kommt der Patient in den Gesprächen in Kontakt mit seinen Gefühlen, seinem inneren Bezugsrahmen und er entwickelt ein ernsthaftes Interesse an sich selber und seinem Gefühlsleben. Es beginnt ein psychotherapeutischer Prozess. Über die Krankheit direkt, das Infarktgeschehen und seine Ängste redet er allerdings erst ein halbes Jahr später anlässlich einer Kontrolluntersuchung. Er schlafe schlecht, er habe keine Ahnung wieso, erzählt er. Erst das mühsame und genaue Hinterfragen erinnert ihn schließlich an die geplante Untersuchung, eine Koronarangiographie, ein unangenehmes und ängstigendes Verfahren, bei dem ein Katheter bis in das Koronargefäß zur betroffenen Stelle vorgeschoben wird. An sich schmerzfrei, beobachtet der Patient auf einem Monitor, wie die Sonde „in sein Herz eindringt“. In diesen Gesprächen lasse ich ihm die Möglichkeit, die Bedeutung dieses Ereignisses zu bagatellisieren und zu verleugnen, greife aber jeden körperlichen oder sprachlichen Hinweis auf Emotionen auf, so dass er sich langsam all seinen Gefühlen bezüglich dieses Ereignisses zuwenden kann. Angst und Verunsicherung werden ihm bewusster, die unangenehme (und möglicherweise auch somatisch „schädigende“) ganzkörperliche Spannung verringert sich.

Es ist nicht zu übersehen, dass sich die Verleugnung der Bedrohung durch Krankheit und Tod auch perfekt in unser medizinisches System fügt. Patienten übernehmen hier auch ein Stück die Omnipotenzphantasien der Reparaturmedizin, welche in der Tat Enormes vollbringt, andererseits aber die seelische Wahrnehmung

6 Um das Inkognito der Patienten zu wahren, wurden bestimmte Einzelheiten wie Initialen, Beruf, Alter und andere Merkmale verändert.

der Erkrankung als existenzielle Krise, die psychische Bedeutung operativer Eingriffe am Herzen und die Notwendigkeit der psychischen Verarbeitung nicht wahrhaben will. Bei näherer Betrachtung scheint es als widerspiegeln sich in den gemeinsamen Bemühungen von Patient und Behandlungsteam um die schnelle Erlangung der alten Leistungsfähigkeit und die zielgerichtete Lebensstilveränderung in der Rehabilitation auch ein Stück Abwehr und Verleugnung der gefühlsmäßigen Betroffenheit des medizinischen Systems, sozusagen ein Stück gesellschaftlicher Inkongruenz. Klasmeier (1991) spricht in diesem Zusammenhang von institutioneller Abwehr. In diesem Sinne sei nochmals auf die Empfehlung von Reisch (siehe oben) hingewiesen, gerade bei psychosomatischen Patienten das medizinische Umfeld, die Beziehung zum behandelnden Arzt und den gesellschaftlichen Kontext als die Therapiesituation mitprägende Faktoren zu verstehen.

Therapieabbrüche bei Koronarpatienten

Trotz dieser schwierigen Voraussetzungen ergab sich bei 23 der oben angeführten 87 Patienten, die zu einem psychologischen Erstgespräch „geschickt“ wurden, eine Vereinbarung zur Psychotherapie. Nur in wenigen Fällen ist ein psychischer Leidensdruck auszumachen, bei den anderen Patienten vielmehr das Interesse und die Suche nach Etwas, was von den Patienten oft nicht verbalisiert werden kann und doch in den Erstgesprächen oft als Bedürfnis nach dem Gespräch, dem Verstandenwerden und Wahrgenommenwerden spürbar ist: „need for positive regard“.

Von diesen 23 Patienten sind 4 derzeit in mittelfristig angesetzten Einzeltherapien (derzeit zwischen 15 bis 40 Therapiestunden), 4 Patienten nehmen an einer einjährigen Gruppenpsychotherapie teil, 6 Therapien wurden bereits im Einverständnis beendet (Therapiedauer zwischen 6 und 72 Stunden).

9 Therapien wurden abgebrochen. Davon wurden 7 Therapien von den Patienten (nach 1–3 Stunden), zwei von mir abgebrochen nach der 6. bzw. 9. Stunde.

Insgesamt brechen also in unserer Studie 39 % der Koronarpatienten die vereinbarte Psychotherapie schnell wieder ab bzw. beginnen sie gar nicht.

Diese Abbruchquote liegt deutlich höher als bei Patienten mit Atemwegserkrankungen (in unserer Erhebung 3 Therapieabbrüche bei 10 Patienten) und viel höher als bei den übrigen Psychotherapiepatienten (16 % Therapieabbrüche bei 36 Patienten in 3 Jahren).

Die nicht geglückte therapeutische Beziehung

Psychotherapie in der kardialen Rehabilitation heißt also Zugang zu finden zu Patienten, die nicht freiwillig kommen, aber doch kommen; die durchaus z. B. über Stress reden möchten, aber nicht

über sich und ihre Gefühle. Ihre Bedürfnisse nach Hingabe, Passivität, uneingeschränktem Vertrauen finden in ihrem Selbstkonzept keine ausreichende Verankerung, ebenso wenig wie Gefühle von Schwäche, Hilflosigkeit und Verzweiflung. Die traumatisierende Erkrankung können sie daher nur mangelhaft in ihr Selbstkonzept integrieren. Häufiger als andere psychosomatische Patienten brechen sie psychotherapeutische Gespräche nach ersten Kontakten ab.

Im Zentrum der Klientenzentrierten Psychotherapie steht die These von der heilsamen Beziehung zwischen Klient und Therapeut, also dass konstruktive Persönlichkeitsveränderung innerhalb einer förderlichen zwischenmenschlichen Beziehung stattfindet. Empathie, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz sind die hinreichenden und entscheidenden therapeutischen Variablen. So können Therapieabbrüche als Folge des Misslingens der förderlichen zwischenmenschlichen Beziehung interpretiert werden. Aus klientenzentrierter Sicht interessiert nun, welche Faktoren am mangelnden Gelingen der heilsamen Beziehung beteiligt sind.

Es zeigen sich bei den Therapieabbrüchen folgende Muster:

- Häufig findet sich in den Erstgesprächen eine starke Tendenz zur Idealisierung der Therapeutin, welche bei anderen Patienten nicht in der Form und Ausprägung zu spüren ist. Im therapeutischen Prozess kommt es bei der Therapeutin zu Gefühlen des Leistungsdruckes. Gelingt es, diese wahrzunehmen und zum Verstehen des inneren Bezugsrahmens des Patienten zu benutzen (ist doch Liebe durch Leistung eine Erfahrung aus dem lebensgeschichtlichen Zusammenhang), kann der Prozess sich weiterentwickeln.
- Bei 4 Patienten kommt es bereits im Erstgespräch zu einer Gestaltung der Beziehung über Macht und Kontrolle, z. B. bei der Terminvereinbarung. Die Therapeutin geriet in eine Inkongruenz, es gelang nicht, die emotionalen Reaktionen auf dieses Verhalten anzusprechen. Diese Patienten kamen bereits in der ersten oder zweiten Stunde nicht mehr.
- Bei drei Patienten kam es nach einer sehr starken Idealisierung der Therapeutin im Erstgespräch ebenfalls zu starken Machtkämpfen, ausgetragen über Terminfragen, unentschuldigtes Fernbleiben und zu Abwertungen, so dass 2 Therapien von der Therapeutin abgebrochen wurden. Starke Gefühle des Ärgers und der Kränkung konnten von der Therapeutin nicht wahrgenommen, sondern mussten abgewehrt werden. Inkongruenzen in der Beziehung zum Patienten traten auf, der Aufbau einer hilfreichen therapeutischen Beziehung scheiterte an dieser Dynamik, welche anhand des Verlauf eines Erstgespräches deutlich gemacht werden soll:
- So erzählt ein Patient während eines Erstkontaktes, dass er trotz eines monatelangen Gefühls, dass etwas mit ihm nicht in Ordnung sei und trotz zunehmenden Drucks und Brennens in der Herzgegend noch eine Geschäftsreise wahrgenommen habe. Dort erleidet er einen akuten Infarkt. Den habe er nun

gut überstanden und er habe eigentlich auch kein Problem damit. Denn für und um sich selber habe er keine Angst, schwierig werde es nur, wenn er aufgrund des Infarktes früher in Pension gehen müsse als geplant, da er noch viele Personen zu versorgen habe. Bald stellt sich heraus, dass es sich um selbstauferlegte Verpflichtungen handelt, im Gespräch kommt der Patient in Kontakt mit seinen Gefühlen der Verantwortlichkeit für andere. Er spürt aber auch, dass es ihm gleichzeitig Sicherheit gibt, wenn andere von ihm abhängig sind, und dass dies wirklich ein dominierendes Muster der Beziehungsgestaltung ist. Schnell holt er sich aus seiner gefühlsmäßigen Betroffenheit, indem er aus dieser eigenen emotionalen Selbstwahrnehmung einen intellektuellen Akt „macht“, diesen mir zuschreibt und beginnt, mich zu bewundern, für meine Fähigkeit, so schell und so klar für ihn Wesentliches zu erkennen und zu erfassen. Diese Idealisierung als Gefühlsabwehr ist sehr stark und intensiv, die Bearbeitung gestaltet sich sehr schwierig und wird, ebenso wie die spürbaren Gefühle der Enttäuschung abgewehrt. Zum zweiten vereinbarten Termin kommt der Patient nicht, den dritten nimmt er wahr, mit einer lapidaren Entschuldigung des Fernbleibens aus beruflichen Gründen, dann sehe ich den Patienten nicht mehr.

- In zwei Fällen kam es zu einem Phänomen, welches ich heute als einen zu rasch einsetzenden starken regressiven Prozess einordnen würde. Beide Patienten, beide Männer, brachen im Erstgespräch buchstäblich in einer Art Gefühlsausbruch zusammen, ohne sich aber dabei auch erleichtern zu können und gingen mit dem Gefühl der Scham. Sie verbalisierten, dass etwas passiert sei, was nicht hätte passieren dürfen. In diesen Fällen erlebte sich die Therapeutin als durchaus empathisch, wertschätzend und kongruent. Es blieb das Gefühl, dass dies nicht ausreichend sein hatte können, dem äußerst rigiden und abwertenden Selbstkonzept des Patienten die Erfahrung von Wertschätzung und Mitgefühl entgegenzuhalten. Das Erleben von bedingungsloser positiver Beachtung und emotionaler Wärme in dieser Erstgesprächsstunde konnte keine ausreichende Wirkung dahingehend entfalten, dass der Patient die Beziehung zu sich selber von abwertend zu wertschätzend zu verändern vermocht hätte. Möglicherweise auch deswegen, weil sich das empathische Verstehen weniger auf das Gefühl der Scham über die Unkontrolliertheit bezog.

von Pseudounabhängigkeit, Leistungsorientiertheit, Kontrollambition schwanken sie zwischen Selbstabwertung und Größenphantasien. Die Krankheit, die körperlichen Symptome und die dadurch ausgelösten Gefühle von Schwäche, Angst und Bedrohung verleugnen sie oft und entwickeln häufig aus dieser Dynamik Symptome der Depression, die der Arzt als behandlungsbedürftig erkennt. Sie selber suchen in der Regel keine psychologische Hilfe. Als Behandlungsvorschläge nehmen sie am ehesten Stressbewältigung und Entspannungsverfahren an. Aus gesprächspsychotherapeutischer Sicht sind die Bedingungen zu schaffen für die Integration dieser Erfahrungen in das Selbstkonzept. „Auch in der Erfahrung der akuten Inkongruenz, ... der Bedrohung der Selbstachtung, und in der Erfahrung der Abwehr ... muss eine Person empathisch und unbeding und kongruent verstanden werden, wenn aus einer traumatischen Erfahrung eine in das Selbstkonzept integrierte werden soll (Biermann-Ratjen, 2003, S. 130).

Psychotherapeutische Beziehungen misslingen häufiger und aus anderen Gründen als bei anderen Patienten. Dies liegt daran, so eine weitere Schlussfolgerung aus unseren Erfahrungen, dass Koronarpatienten bereits in den Erstgesprächen auch die Beziehung zum Therapeuten durch Idealisierung einerseits, Entwertung, Macht und Kontrolle andererseits gestalten. Die dadurch häufig im Therapeuten ausgelösten Gefühle von Leistungsdruck, Ärger, aber vor allem und vorrangig das Gefühl der Entwertung und der dadurch ausgelösten eigenen Kränkung stellen eine Herausforderung für die Selbstwahrnehmung des Therapeuten dar, bedrohen sie doch das eigene Selbstkonzept und können zu inkongruentem Verhalten in der Beziehung zum Klienten führen bis hin zum Bedürfnis, sich von diesen Patienten zurückzuziehen.

Eine besondere Sensibilisierung für diese, in der Beziehungsgestaltung von Koronarpatienten möglicherweise typischen Themen von Idealisierung (insbesondere unter dem Aspekt der Abwehr eigener Gefühle) Entwertung, Macht, Kontrolle, Vermeidung von Passivität und Autonomie/Abhängigkeit, deren Manifestationen im therapeutischen Prozess und die damit verbundenen Schwierigkeiten in der Verwirklichung der therapeutischen Variablen scheint mir als Ansatz zu einer „störungsspezifischen Inkongruenzbehandlung“ (Speierer, 2002) in der Psychotherapie von Koronarpatienten hilfreich zu sein.

Zusammenfassung und Diskussion

So ist Psychotherapie bei Koronarpatienten ein schwieriges Thema. Patienten nach einem Herzinfarkt haben ein seelisches Trauma durch ein lebensbedrohliches Ereignis überstanden. In Inkongruenz zwischen einem durch autoritäre Erziehung, Abwertung und Unterdrückung eigener Bedürfnisse entstandenen Selbstkonzept

Literatur

- Ariyo, A. A., Haan, M., Tangen, C. M., Cushman, M., Dobs, A. & Furberg, C. D. (2000). Depressive symptoms and risks of Coronary Heart Disease and mortality in elderly Americans. *Circulation*, 102, 1773–1799.
- Arlow, J. A. (1945). Identification mechanisms in coronary occlusion. *Psychosomatic Medicine*, 7, 195–209.

- Avanzini, M. (2004). Primär- und Sekundärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen: geschlechtsspezifische Unterschiede. *Vortrag anlässlich der Tagung: Die Frau im Blickpunkt der Kardiologie*, Wien.
- Barde, B., Jordan, J. & Zeiher, M. (1999). Psychodynamische Beiträge zur Ätiologie, Verlauf und Psychotherapie der Koronaren Herzkrankheit. (Online), <http://cardio.arago.de/menu.html>; zuletzt aufgerufen am 5. 11. 2004.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2003). Das geschäftspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *Person*, 2, 128–134.
- Binder, U. & Binder, J. (1991). *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie*. Eschborn: Klotz.
- Chessik, R. D. (1987). Coronary artery disease as a narcissistic psychosomatic disorder, part 1. *Dynamic Psychotherapy*, 5, 16–29.
- Dunbar, F. (1943). *Psychosomatic Diagnosis*. New York, London: Hoeber.
- Enderlein, H.-J. (1986). *Herzinfarkt. Ein patientenbezogener und integrativer Psychotherapieansatz zur Unterstützung von Prävention und Rehabilitation*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Ermann, M. (2004). *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fischer, R. (1980). Abwehrmechanismen. *Psyche*, 34, (6), 554–563.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M. & Bourassa, M. G. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*, 101, 1919–1924.
- Goldschmidt, O. (1980). Überlegungen zur Frage der Behandelbarkeit der Herzinfarktpatienten. *Psyche*, 34 (6), 563–574.
- Hahn, P. (1971). *Der Herzinfarkt in psychosomatischer Sicht. Analyse und Darstellung der Grundlagen mit psychosozialen Untersuchungen an 50 männlichen Herzinfarktpatienten*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Herrmann-Lingen, Ch. (2000). Biopsychosoziale Faktoren in Genese und Manifestation der koronaren Herzkrankheit. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 46, 315–330.
- Herrmann-Lingen, Ch. & Buss, U. (2002). *Angst und Depressivität im Verlauf der Koronaren Herzkrankheit*. Frankfurt/M.: VAS.
- Kerz-Rühling, I. (1980). Psychischer Konflikt. *Psyche*, 34 (6), 543–554.
- Klasmeier, P. (1991). Zum Beziehungsgeschehen mit psychosomatischen Patienten in einer kardiologischen Rehabilitationsklinik. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 16, 274–286.
- Kutter, P. (1997). Über eine zeitlich begrenzte Gruppenpsychotherapie bei Patienten nach Herzinfarkt-Erfahrungen und Ergebnisse. *Zeitschrift für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 33, 179–193.
- Müller, A. (1993). Gesprächspsychotherapeutisch orientierte Psychosomatik in einer kardiologischen Praxis. In L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung* (S. 237–259). Heidelberg: Asanger.
- Myrtek, M. (2000). *Das Typ-A-Verhaltensmuster und Hostility als eigenständige Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheit*. (Online), <http://cardio.arago.de/menu.html>; zuletzt aufgerufen am 5. 11. 2004.
- Ohlmeier, D. (1980). Gruppenpsychotherapie bei Herzinfarktpatienten. In C. F. Fassbender & E. Mahler (Hrsg.), *Der Herzinfarkt als psychosomatische Erkrankung in der Rehabilitation* (S. 169–179). Mannheim: Mannheimer Morgen.
- Reisch, E. (1994). *Verletzbare Nähe. Ein klientenzentrierter Weg zum psychosomatischen Patienten*. München: Pfeiffer.
- Reisch, E. (2002). Zur Arbeit mit Personen mit psychosomatischen Störungen. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 551–562). Wien, New York: Springer.
- Ripke, Th. (1993). Die Bedeutung der geschäftspsychotherapeutischen Krankheitslehre und Therapietheorie für die Allgemeinmedizin. In L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung* (S. 223–235). Heidelberg: Asanger.
- Rodriguez, C. (1980). Objektbeziehungen. *Psyche*, 34, (6), 536–543.
- Rogers, C. R. (1951a/1986). Client-centered therapy. *Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin; dt. 1986: *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt: Fischer.
- Rogers, C. R. (1959a/1987). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology. A study of science*, Vol. III (pp. 158–256). New York: McGraw Hill; dt. 1987: *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GWG.
- Rosenman, R. H., Friedman, M. F., Straus, R., Wurm, M., Kositchek, R., Burbank, C., Hahn, W. & Werthessen, N. T. (1964). A predictive study of coronary heart disease. *Journal of the American Medical Association*, 189, 103–110.
- Rugulies, R. & Siegrist, J. (2001). *Soziologische Aspekte der Entstehung und des Verlaufs der Koronaren Herzkrankheit: Soziale Ungleichverteilung der Erkrankung und chronische Distress-Erfahrungen im Erwerbsleben*. (Online) <http://cardio.arago.de/menu.html>; zuletzt aufgerufen am 5. 11. 2004.
- Sachse, R. (1995). *Der psychosomatische Patient in der Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das Differenzielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Speierer, G.-W. (2002). Das Differenzielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 163–185). Wien, New York: Springer.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 1–64). Wien, New York: Springer.

Autorin

Edith Benkö, Klinische und Gesundheitspsychologin, Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie; seit 1982 in der Rehabilitation von Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen im Zentrum für Ambulante Rehabilitation der PVA in Wien, seit 2003 auch in eigener Praxis tätig.

Korrespondenzadresse

Dr. Edith Benkö
Zentrum für Ambulante Rehabilitation der PVA
Ärztlicher Leiter: Prim. Univ.-Doz. Dr. Robert Kurz
Wehlistraße 127
1020 Wien
E-Mail: edith.benkoe@aon.at

Annette Murafi

Personzentrierte Therapie bei einer depressiven Klientin mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung

Eine Falldarstellung aus einer psychiatrischen Klinik

Zusammenfassung: Die Arbeit soll den Prozess einer ca. 2-jährigen ambulanten Personzentrierten Therapie nachzeichnen. In den verschiedenen Therapiephasen werden sowohl das Erleben der Patientin als auch die für sie im Verlauf bedeutsamen Themen dargestellt. Die Beziehungserwartungen in der interpersonellen Begegnung und die sich daraus ergebenden Interventionen werden reflektiert. Schwierigkeiten in der Verwirklichung der im Personzentrierten Ansatz postulierten idealen Beziehung werden erörtert.

Schlüsselwörter: Kasuistik, störungsbezogene Gesprächspsychotherapie, narzisstische Persönlichkeitsstörung, Therapieprozess, therapeutisches Beziehungsangebot

Abstract: **Person-centred therapy of a female client with major depression and narcissistic personality disorder — a case presentation from a psychiatric hospital.** The author describes the process of a 2-year-lasting person-centred psychotherapy. Noting to the different steps of therapy, the author emphasizes on the client's experiencing, her main conflict themes, her relationship expectations and the resulting therapeutic interventions. The author's difficulties in realization of an optimized relationship offer in order to the person-centred concept are discussed.

Keywords: Case-presentation, disorder specific person-centred therapy, narcissistic personality disorder, process of therapy, therapeutic relationship offer

Problemstellung

Falldarstellungen, in denen es weniger um eine Darstellung des Therapeutenverhaltens auf der Ebene von Einzelinterventionen geht, sondern um die Erörterung von Therapiestrategien, die sich an definierten Klienten- und Situationsmerkmalen orientieren, finden sich innerhalb des Personzentrierten Ansatzes eher selten. So wichtig die Mikroanalyse von Therapieprozessen auch ist, so darf darüber die Makroanalyse, d. h. die Beschreibung von umfassenderen Handlungskonzepten, nicht vernachlässigt werden. Nur die unzutreffende Grundannahme, dass das Therapeutenverhalten von Klient zu Klient und von Therapiesituation zu Therapiesituation völlig uniform sei bzw. uniform zu sein habe (der schon von Kiesler, 1966, kritisierte „Uniformitätsmythos“), würde eine Reflektion jeweils situationsangemessener und klientenbezogener Behandlungskonzepte überflüssig machen (Finke und Teusch, 2002). Doch sind gerade die Phänomene, die in der Psychotherapie zu berücksichtigen sind, vielfältig. Es sind z. B. die vorliegende Symptomatik und die jeweilige Persönlichkeitsstruktur des Klienten, die Art

seines sozialen Eingebundenseins, das jeweilige Stadium der Psychotherapie sowie die Passung der jeweiligen Therapeut-Patient-Dyade, um nur einige zu nennen.

Es kommt also darauf an, klientenspezifische (d. h. störungswie persönlichkeitsbezogene) und prozesstypische Konzeptbildungen innerhalb des personzentrierten Gesamtkonzeptes darzustellen und damit zuallererst diskussionsfähig zu machen. Damit ist eine störungs-, persönlichkeits-, prozess- und interaktionsbezogene Gesprächspsychotherapie zu beschreiben. Die verkürzende Rede von der „störungsbezogenen GPT“ meint genau dieses Vorhaben (Teusch und Finke, 1995, Finke und Teusch, 1999). Selbst der Position, dass der entscheidende Wirkfaktor von Psychotherapie das Beziehungsangebot des Therapeuten sei, ist dann mit der Frage zu begegnen, welches Beziehungsangebot bzw. welches Beziehungskonzept bei welchem Klienten in welcher Therapiesituation besonders angemessen sei.

Besonders typisch für die Darstellung der Personzentrierten Therapie ist die Explikation des idealen bzw. optimalen therapeutischen Beziehungsangebotes. Dabei kommt die Beschreibung der

Realbeziehung allerdings oft zu kurz. Es werden zuwenig sowohl die diversen Schwierigkeiten der Klienten und deren Gründe beschrieben, das therapeutische Beziehungsangebot wahrzunehmen, als auch vor allem die Schwierigkeiten der Therapeuten, das postulierte Beziehungsangebot zu realisieren. Das ideale Beziehungsangebot des Therapeuten als konzeptinhärentes Leitbild einerseits und das reale Beziehungsangebot als die faktischen Einstellungen und Verhaltensweisen des Therapeuten andererseits werden in der Therapie indes durchaus öfters interferieren. Solche Interferenzen sind schon deshalb zu erörtern, um Muster für ihre konstruktive Bewältigung bereitzustellen. Es geht dabei auch um das Beschreiben des Austausches von gegenseitigen Erwartungen und Rollenzuschreibungen zwischen Therapeut und Klient, die sich für beide oft zunächst außerhalb der Gewährleistung vollziehen und sich erst der reflektierenden Rückschau erschließen. Auch diese Problematik möchte ich in der folgenden Falldarstellung immerhin andeuten. Vor allem aber soll die Abstimmung von Beziehungsangebot und Interventionen auf die verschiedensten Belange der Klientin bzw. der therapeutischen Situation verdeutlicht werden.

Meine Aufgabenstellung sehe ich also darin,

- den Therapieprozess so zu konzipieren, dass das Erleben der Patientin in den verschiedenen Therapiephasen anhand der hier jeweils relevanten Themen (Gefühle, Wünsche, Vorstellungen) deutlich wird;
- zu zeigen, wie die Beziehungserwartungen der Patientin und meine eigenen Beziehungserwartungen mit diesen Themen zusammenhängen;
- zu verdeutlichen, wie ich mein Beziehungsangebot und die sich daraus jeweils ergebenden Interventionen auf diese Themen ausrichte.

Beim Versuch, dieser Aufgabenstellung gerecht zu werden, kann beim Leser der Eindruck eines sehr zweckrationalen Planens und Vorgehens, das von einer erlebnishaften Teilhabe abgekoppelt ist, entstehen. Deshalb möchte ich darum bitten, meinen empathischen Mitvollzug und meine emotionale Resonanz als Basis meines therapeutischen Handelns auch dort mitzulesen, wo hiervon nicht ausdrücklich die Rede ist.

Kasuistik

Krankheitsanamnese

Die 53-jährige Patientin gab bei der Aufnahme in die Klinik an, sie leide seit einer neurochirurgischen Operation nach einer Subarachnoidalblutung vor 6 Jahren an Antriebsschwäche, Lustlosigkeit und Müdigkeit. Außerdem habe sie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Einerseits führe sie ihre „Depression“ auf einen Fehler bei

der Operation zurück; es wäre besser gewesen, die Ärzte hätten sie damals aus der Narkose nicht mehr aufwachen lassen. Andererseits mache sie ihren Ehemann und dessen vernachlässigendes Verhalten ihr gegenüber für die anhaltende depressive Verstimmung verantwortlich. Manchmal werde sie richtig wütend darüber, dass es ihr schlecht und anderen gut gehe.

Biographische Anamnese

Frau T. wurde als 3. Kind ihrer Eltern geboren und wuchs gemeinsam mit ihrem 6 J. älteren Bruder auf; eine 2 J. ältere Schwester verstarb bereits im Kleinkindalter. Die Patientin empfand die Mutter als fremde, kühle Frau; die Beschreibung gleicht eher der einer Stiefmutter und bleibt trotz der deutlich spürbaren Abneigung der Mutter gegenüber seltsam farblos. Auch vom Vater wird kein klares Bild deutlich. Nach einer frühen Phase von liebevoller Zuwendung, an die sich die Patientin jedoch kaum noch erinnern konnte, überwog eine distanzierte, von Leistungserwartung und materieller Versorgung geprägte Vaterbeziehung. Insgesamt fühlte sich die Patientin mit ihren Eltern „vom Schicksal gestraft“. Der Vater verstarb 2 Jahre vor, die Mutter während der Therapie.

Im Alter von 20 J. lernte Frau T. ihren jetzigen Ehemann, von Beruf Kaufmann, kennen. Sie fühlte sich durch seine Sportlichkeit und körperliche Attraktivität angezogen, erlebte ihn aber alsbald als „Muttersöhnchen“ und wenig durchsetzungsfähig, so dass sie sich eigentlich keine dauerhafte Beziehung vorstellen konnte. Als sie schwanger wurde, heiratete sie schließlich auf Druck ihres Vaters. Kurz vor der Hochzeit war es – während der Anprobe des Brautkleides – zu einer Fehlgeburt gekommen; die Patientin hatte die Hochzeit dann jedoch nicht mehr absagen können. Das Ehepaar zog in das Haus der Schwiegermutter, wo sich die Patientin in starker Konkurrenz zu ihrer Schwiegermutter erlebte, die nach dem Tod des Schwiegervaters ihren Sohn stark vereinnahmte.

Nach 10 eher unglücklich verlebten Ehejahren wurde der einzige Sohn geboren. Als dieser 5 Jahre alt war, entschloss sich der Ehemann, zur Gründung eines selbständigen Betriebes nach Süddeutschland zu ziehen. Den Umzug zu seiner Ursprungsfamilie, die mittlerweile dort lebte, hatte er zunächst ohne Wissen der Patientin geplant und sie erst kurz zuvor informiert. Enttäuscht und gekränkt blieb Frau T. mit ihrem Sohn im Ruhrgebiet. Der Ehemann kam alle 14 Tage zu Besuch und verbrachte die Urlaube mit Ehefrau und Sohn. Während sich die Patientin zwar in der Erziehung des Sohnes allein gelassen fühlte, genoss sie doch auch die „Freiheit“ in der Distanz zum Ehemann. In dieser Zeit hatte die Patientin mehrere außereheliche Beziehungen, in denen sie Sexualität und Erotik erleben konnte (während ihr Mann sie doch immer als „frigide“ bezeichnet hatte). Ob sie sich sexuell hingeben könne, hänge eben vom Einfühlungsvermögen des Partners ab, das sie ihrem Ehemann völlig abspreche.

Angesichts seiner bevorstehenden Berentung plante der Ehemann nun die baldige Rückkehr zu Frau und Sohn. In ihrer Verbitterung über die langjährige Trennung kann sich Frau T. darüber jedoch nicht freuen. Der einzige aktuelle Lichtblick ist ihr Sohn, auf dessen „gelungene“ Erziehung zu einem fürsorglichen und rücksichtsvollen (und vermutlich frühzeitig parentifizierten) jungen Mann sie sehr stolz ist.

Bedeutsame psychische Befunde

Unter Berücksichtigung des sehr gepflegten, modebewussten Erscheinungsbildes der Patientin im späteren Verlauf der Therapie wirkte Frau T. anfangs regelrecht wie ein „begossener Pudel“; die dünnen, dauergewellten Haare an der Luft getrocknet, ungeschminkt, in überweiten Kleidungsstücken ihre Figur versteckend.

Daneben zeigte sie sich affektiv bedrückt, verzweifelt und verschämt weinend. Sie war zunächst zurückhaltend und zögerlich, dann zunehmend auch klagsam, vorwurfsvoll und fremdbeschuldigend. Sie wirkte misstrauisch, begrenzt introspektionsfähig und neigte zu gekränktem Rückzug.

Diagnose

In Anlehnung an die ICD-10 stellten wir bei Frau T. die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit aktuell mittelgradiger depressiver Symptomatik. Außerdem zeigten sich im Verlauf der Behandlung Züge einer narzisstischen Persönlichkeitsstruktur.

Hypothetisches Bedingungsmodell der Erkrankung

Es besteht eine Inkongruenz zwischen dem im Selbstkonzept weitgehend repräsentierten Autonomiebedürfnis einerseits und dem zunächst kaum symbolisierten Wunsch nach Nähe, Unterstützung und Solidarität andererseits (Rogers, 1987g). Darüber hinaus ist noch eine Inkongruenz auf einer anderen Ebene zu beschreiben: Dem Selbstideal von altruistischem Engagement und „idealer Liebe“ stehen (nicht symbolisierte) starke Neid- und Rivalitätsgefühle gegenüber. Diese Inkongruenz hat eine geringe Selbst- und Fremdempathie zur Folge, da die eigene Ideal-Perspektive ständig gegen mögliche andere Sichtweisen behauptet werden muss.

Die Entwicklung dieser Inkongruenzkonstellationen (Speierer, 1994) ist zurückzuführen auf starke Defizite von Anerkennung und Nähe-Erleben in der Kindheit. Von ihrer Mutter hatte die Patientin kaum je Akzeptanz und Anerkennung erfahren. Der Vater, den sie anfangs als zugewandt erlebte, enttäuschte sie in ihrer frühen Jugendzeit durch scheinbar unerklärliche Abwendung.

Dieses Defizit von Nähe und Anerkennung führte bei der Patientin zu einer starken Bindungsambivalenz; dem Wunsch nach Nähe, Zärtlichkeit und Geliebtwerden standen Gefühle trotziger Autonomiebehauptung und Enttäuschungswut gegenüber.

Vom später auf Druck des Vaters geheirateten Mann erhoffte sie sich einen „sportlichen Mitstreiter“ im Kampf um Autonomie und Abgrenzung von den Eltern sowie einen einfühlsamen, fürsorglichen, ihr alle Wünsche von den Augen ablesenden „Ersatzvater“; sie fand jedoch einen gutmütigen, etwas indifferenten und unselbstständigen Ehemann, der selbst noch stark an seiner Mutter hing.

Der Wunsch des Ehemannes, zu seiner Familie nach Süddeutschland zu ziehen, löste bei der Patientin Enttäuschung, Kränkung und Wut aus, die sie nur inadäquat in Depressivität und Projektion ihrer aggressiven Impulse auf den Ehemann symbolisieren konnte. Über außereheliche Beziehungen mit der damit verbundenen narzisstischen Zufuhr und der „heimlichen“ Rache am Ehemann konnte die Patientin eine vorübergehende Selbstwertstabilisierung erfahren.

Aktuelle Auslöser der Symptomatik:

Hier ist zum einen die narzisstische Selbstwerterschütterung durch die schwerwiegende körperliche Erkrankung (Subarachnoidalblutung) sowie durch wiederholte Zurückweisungen in außerehelichen Beziehungen zu nennen. Zudem hat vermutlich die bevorstehende Rückkehr des Ehemannes die Bindungsambivalenz der Patientin angeheizt.

Behandlungsverlauf

Behandlungssetting

Die Behandlung erfolgte zunächst als stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Neben der antidepressiven Psychopharmakotherapie und den vorwiegend aktivitätsfördernden und tagesstrukturierenden Therapien einer Depressionsstation (Ergo- und Bewegungstherapie, Musiktherapie, Entspannungstraining, Kochgruppe, Psychoedukation in der Gruppe) fanden wöchentliche personzentrierte Einzelgespräche statt. Nach der 10-wöchigen stationären Behandlung wurde die personzentrierte Einzeltherapie im ambulanten Setting (zunächst wöchentliche, später 14-tägige Abstände) über 2 Jahre fortgesetzt.

Verlaufsbeschreibung und Therapiekonzept

Die Beschreibung des Therapieverlaufes soll anhand von Kriterien der Gliederung erfolgen, die bis zu einem gewissen Grade auch Kriterien der Therapieplanung waren. Damit soll nicht gesagt sein, dass ich die gesamte Therapie einschließlich der Reihenfolge des Interventions nach einem vorher festgelegten Plan durchführte. Aber auf der Grundlage von Störungs- und Änderungswissen

erwartete ich, dass etwa zu Beginn der Therapie für die Klientin andere Themen relevant sein würden, als etwa in der Mitte oder am Ende der ursprünglich auf 40 bis 50 Stunden festgelegten Behandlung. Ich ließ mich also vom Konzept verschiedener Therapiephasen leiten (Swildens, 1991). Ein weiteres Vorverständnis bestand neben dieser Prozessorientierung in einer „Inhaltsorientierung“, nämlich insofern ich überhaupt erwartete, dass bei eben dieser Patientin bestimmte Themen in der Therapie relevant werden könnten. Diese Themen (z. B. Selbstwertgefühl, Konkurrenz erleben, Identitätssuche) würden sich, so die Grundannahme, auf Inhalte beziehen, die die Klientin selbst zur Sprache bringen würde. Diese Inhalte würden sich zum einen auf das außertherapeutische Verhalten und Erleben der Klientin beziehen. Sie könnten aber auch in verbalisierten Erwartungen der Klientin an mich, also in Aspekten der therapeutischen Beziehung bestehen. Des Weiteren wäre natürlich auch auf nicht ausdrücklich verbalisierte, also nonverbal zum Ausdruck gebrachte Inhalte zu achten.

Angesichts dieser verschiedenen Inhalte und Themen hatte ich mich zu fragen, welches Beziehungsangebot jeweils für die konstruktive Bearbeitung eines Themas angemessen ist. Es ist davon auszugehen, dass unterschiedliche Klassen von Interventionen unterschiedliche Beziehungskonzepte zur Grundlage haben (Finke, 1999). Daraus folgt, dass ich unterschiedliche Muster von Interventionen zu konzipieren hatte, um je nach Situation und Thema das jeweils angemessenste wählen zu können. Dabei folgte ich nicht einer starren Vorab-Festlegung. Das therapeutische Vorgehen ist aber auch nicht ausschließlich intuitionsgeleitet und schon gar nicht von unterschiedsloser Uniformität. Es ist vielmehr an einem insgesamt komplexen Konzept alternierender Beziehungsangebote und den sich daraus ergebenden verschiedenen Interventionsformen orientiert.

Eine schematisierende Schilderung des Behandlungsverlaufes bildet zwar kaum die realen Gegebenheiten einer Psychotherapie in allen Details ab; sie erscheint mir aber trotzdem sinnvoll, um das konkrete therapeutische Vorgehen in unterschiedlichen Therapie-situationen nachvollziehbar zu machen. So wird über den Behandlungsverlauf deutlich, dass in den ersten beiden Therapiephasen ein Beziehungsangebot im Sinne der Alter-Ego-Beziehung die Art meiner Interventionen bestimmt (Rogers, 1973), während in den letzten beiden Therapiephasen die Dialogbeziehung und die daraus abzuleitenden Interventionen wie Konfrontieren und Selbstöffnen (Carkhuff, 1969; Finke, 1999) immer mehr Raum einnimmt. Um die praktische Umsetzung des klientenzentrierten Therapieansatzes durchsichtig zu machen, möchte ich im folgenden nur den Verlauf der Einzeltherapie, die im stationären Setting begonnen und dann ambulant fortgeführt wurde, darstellen.

Symptomphase

Depressive Symptomatik

Auf die anfangs immer wieder vorgebrachten Klagen über depressive Verstimmung, Lustlosigkeit, Antriebsschwäche, Konzentrationsstörungen und Todeswünsche intervenierte ich im Sinne des Einfühlenden Verstehens, was zu einer spürbaren Entlastung der Patientin beitrug, da sie in ihrem sozialen Umfeld kaum jemanden erlebte, der mit ihr in das depressive Erleben „eintauchte“. Recht rasch wurden dann die erst unterschwellige, dann offene Vorwurfshaltung und Schuldzuweisungen gegenüber dem Ehemann deutlich. Die sehr misstrauische Patientin schien einerseits zu erwarten, dass ich den verteufelten Ehemann in Schutz nahm, andererseits versuchte sie, mich auf „ihre Seite zu ziehen“. Ich fühlte mich bereits in dieser frühen Therapiephase von Frau T. stark gedrängt, ihre Meinung zu übernehmen. Durch konkretisierendes Verstehen (Finke, 1994) im situativen Kontext („Wenn Ihr Ehemann Sie nicht im Stich gelassen hätte, wären Sie gar nicht an einer Depression erkrankt“) und einfühlendes Aufgreifen von Enttäuschung und Verbitterung konnte eine Therapiesituation entstehen, in der anfängliche Anspannung und Misstrauen allmählich abnahmen. In dieser Phase erschien mir das Angebot der Alter-Ego-Beziehung zur Verdeutlichung und Klärung der vorherrschenden Emotionen und zum Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung vordringlich.

Anspruchshaltung, Erwartung bevorzugter Behandlung

Anfangs zeigte sich Frau T. sehr ambivalent bzgl. der stationären Behandlung. Sie äußerte sich enttäuscht über zu seltene Gesprächskontakte, erwartete, dass ich ihr ihre Bedürfnisse von den Augen ablas und für sie sorgte. Sie schien davon auszugehen, eine besondere Patientin zu sein und erwartete wie selbstverständlich eine bevorzugte Behandlung. Auf die Nicht-Erfüllung dieser Erwartungen reagierte sie mit gekränktem Rückzug, Misstrauen und Entwertung. Ich hatte Sorge, dass die Patientin aufgrund des Gefühls von Ablehnung und ungenügender Beachtung die Therapie vorzeitig abbrechen könne. Daher folgte ich teilweise meinem Impuls, ihr doch etwas mehr Zeit als üblich einzuräumen, auch aufgrund meiner Betroffenheit über ihre wirklich tiefe Verzweiflung. Entscheidender für den Fortgang der Therapie war aber sicherlich mein wiederholtes Aufgreifen des Gefühls des Nicht-Wahrgenommen-Werdens und der Enttäuschung (v. a. im Sinne des Einfühlenden Verstehens mit angedeutetem Beziehungsklären). Dies vermittelte der Patientin, dass sie trotz ihrer Entwertungen und des Misstrauens mir gegenüber (ich sei zu jung, könne mich in sie nicht hineinversetzen) ganz akzeptiert und nicht zurückgewiesen wurde. Tiefer liegende Gefühle im Zusammenhang mit ihrer Enttäuschung wie Ärger und Wut auf mich konnte Frau T. zu diesem Zeitpunkt noch nicht symbolisieren, sie lagen noch zu weit außerhalb einer möglichen Gewährleistung.

Auf ein vorsichtiges Ansprechen dieser Gefühle reagierte die Patientin mit Verleugnung oder zog sich gekränkt zurück.

Neidgefühle, Konkurrenzerleben

Zum Ende der stationären Phase ergab sich parallel zur Rückbildung der Depressivität eine erotisch getönte Beziehungserwartung gegenüber dem Oberarzt der Station. Subjektiv berichtete Frau T. über mehr Lebensfreude und Antrieb, objektiv erschien sie mimisch aufgeheitelt, bemüht um ein anziehendes, gepflegtes Äußeres (Make-up, Frisur, Kleidung) und im Verhalten auf der Station lebendig bis flirtend. In den Einzelgesprächen vermied sie das Ansprechen ihrer erotischen Wünsche und beklagte mit eher geringer affektiver Beteiligung ihre eheliche Situation. Auf das vorsichtige Ansprechen ihrer Beziehungserwartung an den Oberarzt reagierte die Patientin zunächst beschämt und peinlich berührt; während Schamgefühle durchaus im Selbstkonzept der Patientin repräsentiert waren und das verstehende Aufgreifen dieser Gefühle zu einer Entlastung führte, konnte die Patientin ihre zunehmenden Neidgefühle auf mich (als potentielle, zudem noch jüngere „Rivalin um die Gunst des Oberarztes“) zunächst noch nicht symbolisieren. Deutlich wurde aber, dass sie mir ihre eigenen erotischen Wünsche im Sinne einer Projektion unterstellte und mir mehr Chancen auf potentiellen Erfolg zuschrieb. Das akzeptierend-verstehende Aufgreifen führte im weiteren Verlauf dazu, dass die Patientin Gefühle der Benachteiligung, Zurücksetzung und Kränkung in ihr Selbstkonzept integrieren konnte. Da negative Selbstaspekte wie Neid und Rivalität noch völlig außerhalb der Gewährwerdung (Rogers 1987g) der Patientin lagen, scheute ich, das Konkurrenzerleben in der therapeutischen Beziehung durch vermehrtes Beziehungsklären stärker zu betonen. Aus der Rückschau betrachtet fürchtete ich wohl auch, dass eine deutlicher spürbare Rivalität in der therapeutischen Beziehung die gerade entstandene Vertrauensbasis erschüttern könnte.

Ängste vor Verlassenheit, Einsamkeit

Die Abschiedsphase aus der stationären Behandlung gestaltete sich aufgrund großer Ängste vor Einsamkeit sowie Gefühlen des Verlassenwerdens, der Abstoßung und Zurückweisung als äußerst schwierig. Vermutlich auch aufgrund meiner Befürchtung, die Patientin könne den bisherigen Therapieerfolg in ihrer Kränkungswut zerstören, fühlte ich mich ermuntert, die Behandlung ambulant fortzusetzen. Frau T. fühlte sich durch mein Angebot der Fortsetzung der Einzeltherapie aufgewertet und in ihrer Hilflosigkeit und Einsamkeit gesehen. Noch viele Monate später betonte sie, dass sie ohne mein Angebot vermutlich wieder in eine depressive Verstimmung gerutscht wäre und sich niemals selbst um eine ambulante Therapie gekümmert hätte. Obwohl ich im Nachhinein mein Therapieangebot durch eigene Bedürfnisse mitgeprägt und die damit

verbundene narzisstische Aufwertung der Patientin auch kritisch sehe, glaube ich doch, dass gerade letztere der Patientin über eine entscheidende Misstrauenshürde hinweggeholfen und den Eintritt in eine therapeutische Beziehung erst ermöglicht hat.

Konfliktphase

Mangelnde Empathiefähigkeit, Groll und Rachefantasien

Der bisherige depressive Rückzug wandelte sich allmählich in Unternehmungslust und Aktivitäten. Automatisch geriet Frau T. durch die Wiederaufnahme sozialer Kontakte in zunehmende Konflikte mit Mitmenschen, insbesondere mit dem Ehemann, der nun die baldige Rückkehr zu seiner Frau vorbereitete. In der Auseinandersetzung mit dem Ehemann forderte die Patientin weiterhin meine bedingungslose Unterstützung; Interventionen, in denen ich vorsichtig die Sichtweise des Ehemannes beleuchtete, führten zu gekränktem Rückzug und dem unterschweligen Vorwurf, ich könne die Position der Patientin nicht ausreichend verstehen. Durch Aufgreifen von überdauernden, haltungsprägenden Emotionen der Patientin („Sie hassen ihren Mann, weil er sie durch seinen Wegzug damals im Stich gelassen hat“) und selbstreflexiven Gefühlen („Sie hätten gern eine gute Ehe geführt, dass Ihnen das nicht gelungen ist, erleben Sie fast als Makel“) konnte Frau T. ihre Sorge, ich könne mich „auf die Seite des Ehemannes schlagen“, reduzieren.

Auf die nun zunehmenden Rache- und Aggressionsfantasien der Patientin gegen ihren Ehemann und andere näher stehende Bezugspersonen reagierte ich innerlich zunächst mit Sorge und der Befürchtung, die Patientin könne ihre außertherapeutischen Beziehungen verlieren (und damit vielleicht abhängiger von der therapeutischen Beziehung werden). In der Rückschau neigte ich, wie offenbar viele Gesprächspsychotherapeuten (Gutberlet, 1990) dazu, aggressive Impulse der Patientin sofort mit dahinter vermuteten Schuldgefühlen zu verbinden, was wohl eher meinen persönlichen Einstellungen entsprach und bei der Patientin zu Irritation und dem Gefühl des Nicht-Verstandenwerdens führte. Auch schienen die Rachewünsche immer mehr Raum einzunehmen, was meine Sorge wiederum verstärkte. Erst nach meiner Gewährwerdung dieses Prozesses in der Supervision gelang es mir, auch die aggressiven Anteile der Patientin zu akzeptieren, so dass ich dann die organismischen Gefühle von Wut und Rachewünschen angemessen und wertschätzend aufgreifen konnte. Während Frau T. nun in der Therapie deutlich mehr Aggressivität äußerte, kam es in den außertherapeutischen Beziehungen zu einer langsamen Abnahme des feindseligen und beziehungsschädigenden Verhaltens. Die Patientin kam nun selbst (und nicht mehr von mir „auferlegt“) zu der Auffassung, dass sie sich mit der Umsetzung ihrer Rachefantasien langfristig selbst schade. In Konflikten neigte sie weniger zu gekränktem Rückzug, wog Konsequenzen ab und konnte sich in die Motive Anderer besser einfühlen.

Wünsche nach idealer Liebe und Beziehung

In Bezug auf die Verliebtheit in den Oberarzt der Station fiel auf, wie lange Frau T. an diesem real nicht erreichbaren „Traumpartner“ festhielt. Während mein Aufgreifen der damit verbundenen angenehmen Gefühle (des Verliebtseins, der erwachenden sexuellen Bedürfnisse, der Sehnsucht nach Zärtlichkeit) zu einer Festigung des Vertrauensverhältnisses zwischen der Patientin und mir führte, wurden mir im Verlauf die ausgeprägten Näheängste der Patientin immer deutlicher. Frau T. schien alle negativen Eigenschaften ihrem Ehemann zuzuschreiben, von dem sie sich aggressiv abgrenzte, während sie alle positiven Eigenschaften auf einen unerreichbaren Traumpartner projizierte. Ich intervenierte anfangs vorsichtig, im Verlauf dann immer häufiger im Sinne des Aufgreifens von überdauernden, nur sehr verzerrt symbolisierten Gefühlen (Finke 1994), wie den Ängsten vor Zurückweisung und den damit verbundenen Autonomiebedürfnissen. Als ich nach einer langen Zeit schon gar nicht mehr mit einer Änderung rechnete (und dann wohl die Haltung der Patientin ganz akzeptierte), konnte sie sich eingestehen, dass sie dem betreffenden Oberarzt Eigenschaften ihrer Wunschvorstellungen zuschob, die vermutlich gar nicht der Realität entsprachen. In Ansätzen nahm sie Abschied von ihren Vorstellungen von idealer Liebe („Tiefe Lieben bleiben immer unerfüllt“, Zitat der Patientin), deren Kennzeichen die Unerreichbarkeit war.

Beziehungsphase

Wünsche nach bedingungsloser Unterstützung und Nähe sowie Autonomie

Während Frau T. mich zuvor geradezu zur Übernahme ihres Bezugssystems gedrängt hatte, provozierte sie nun immer häufiger Bewertungen und Stellungnahmen meinerseits zu ihrem Denken, Fühlen und Handeln. In der Vorstellung, dass sich die Patientin meiner stabilen positiven Wertschätzung versichern wollte, intervenierte ich zunehmend mit Beziehungsklären (Carkhuff 1969, von Kessel/von der Linden 1993) („Wenn ich Ihr Verhalten nicht guthieße, würde Sie das total verunsichern“). Dies erbrachte jedoch nicht die erwartete „Entspannung“, sondern es entstanden im Verlauf geradezu Machtkämpfe darum, ob ich nun meine persönliche Meinung kundtun werde oder nicht. Eine Zeitlang fühlte ich mich dem Drängen der Patientin fast hilflos ausgesetzt, später ärgerte ich mich, was ich im Sinne des Selbstöffnens einbrachte („Ich bin verunsichert, ob ich Ihrem Drängen nachgeben soll oder nicht“; „Es irritiert mich, dass Sie mich so in einen Machtkampf drängen“). Hierdurch konnte eine weitere Auseinandersetzung der Patientin mit ihren Bedürfnissen zwar gefördert werden; erst im Verlauf wurde mir jedoch das Ausmaß der Wünsche nach Nähe, Ähnlichkeit und Beziehung zu mir deutlich, so dass durch das fehlende explizite Aussprechen dieser Bedürfnisse deren vermeintliche

„Unangemessenheit“ im Raume stehen blieb und aus meiner jetzigen Sicht zu der zunehmenden Gereiztheit der Patientin beitrug. Obwohl mir der narzisstische Konflikt der Patientin (genauso jung, sozial situiert und vermeintlich begehrenswert sein zu wollen wie ihre Therapeutin) einerseits deutlich vor Augen stand, schien ich diesen in Bezug auf meine Person nicht ausreichend zu gewichten und verstand daher auch nicht die sich schon hier andeutenden Versuche der Patientin, sich aggressiv von mir abzugrenzen.

Da ich selbst die Bedeutung der therapeutischen Beziehung in ihrer tiefen Ambivalenz für die Patientin unterschätzte, ist es nicht verwunderlich, dass sich auch Frau T. diese nicht eingestehen konnte. Meine Abwehr verstärkte hier also vorübergehend auch die der Patientin. Auf Zeiten meiner Abwesenheit reagierte sie vordergründig gelassen und versicherte sich im Nachhinein ihrer Autonomie durch Terminabsagen ihrerseits, was mir jedoch erst später deutlich wurde. Ihre Wünsche nach uneingeschränkter Zuwendung und ihre Verlassenheitsgefühle konnte sie nur inadäquat durch somatische Beschwerden oder depressive Einbrüche ausdrücken. Hierbei verbalisierte die Patientin selbst Zusammenhänge mit Kränkungen und Zurückweisungen in der Umgebung, die ich – verführt durch die Freude über die überraschende Selbsterkenntnis – aufgriff, ohne jedoch die Krisen der Patientin auf mich zu beziehen. Zwar erlebte die Patientin durch Einfühlerndes Verstehen und Akzeptanz kurzfristiger depressiver Einbrüche weiterhin Halt in der therapeutischen Beziehung. Im Rückblick hätte hier aber ein intensiveres Beziehungsklären („Sie wünschen sich, dass ich immer für Sie da wäre“) und Selbsteinbringen („An Ihrer Stelle würde ich mich von meiner Therapeutin auch im Stich gelassen fühlen“) in dieser Phase schon eine Erweiterung des Selbstkonzeptes mit Akzeptanz kindlicher Bedürfnisse ermöglicht.

Nähe-Distanz-Konflikt, Abgrenzung

Die Ambivalenz der Patientin in Beziehung zu mir äußerte sich im weiteren Verlauf durch vorsichtige, versteckte Entwertungen (z. B. meines Urlaubszieles oder der Einrichtung meines Arbeitszimmers) im Wechsel mit freundschaftlichen Beziehungswünschen (Gespräche über Sexualität, die vorher extrem schambehaftet waren). Da ich nach Gewährleistung der Beziehungsanspielungen diese nun stärker aufgriff („Es tut Ihnen gut, auch mal etwas Hässliches an mir zu finden“, „Sie wünschen sich, dass wir auch außerhalb der Therapie Freundinnen sein könnten“) und auch die widersprüchlichen Bedürfnisse der Patientin akzeptierte, entwickelte sich die therapeutische Beziehung langsam zu einer Dialogbeziehung. Mit der Zunahme meiner beziehungsklärenden und selbsteinbringenden Interventionen wuchs die Sicherheit der Patientin (und auch meine) in der therapeutischen Beziehung. Nun wurde ich mutiger, konfrontativer, z. B. durch Mitteilen einer alternativen Erlebnisweise, zu intervenieren („An Stelle Ihres Mannes wäre ich auch verletzt gewesen“). Frau T. reagierte auf solche Interventionen

zunächst mit dem Vorwurf, ich stünde nun doch – wie zu Beginn der Therapie argwöhnisch von ihr vermutet – auf Seiten ihres Ehemannes (oder anderer relevanter Bezugspersonen). So wurde ein ständiges Pendeln zwischen Einfühelndem Verstehen, Beziehungsklären („Sie haben Angst, ich könnte mich von Ihnen abwenden“) und Anbieten alternativer Sichtweisen notwendig. Allmählich konnte Frau T. meine angebotene Sichtweise als eine andere, nicht gegen sie gerichtete Wahrnehmung akzeptieren. Im Verlauf gelang es ihr zunehmend, alternative Einstellungen in ihr Selbstkonzept aufzunehmen (z. B. indem sie erstmalig positive Eigenschaften ihres Ehemannes erwähnte) und wurde flexibler und kompromissfähiger im Umgang mit ihrem Ehemann (indem sie ihm z. B. die Einrichtung eines eigenen Zimmers in ihrer Wohnung überließ und diese später „sogar“ positiv bewertete). Immer wieder wurden jedoch im Zusammenhang mit der Rückkehr des Ehemannes aus Süddeutschland die ausgeprägten Näheängste der Patientin deutlich, die sie aufgrund der fehlenden räumlichen Distanzierungsmöglichkeit nur sehr verzerrt durch aggressive Abgrenzung, Entwertung und Verletzung ihres Mannes symbolisieren konnte. Ähnliches wiederholte sich auch in den außerehelichen Beziehungen, die sie während der Therapie eingegangen war; bei zu starker Annäherung der Partner reagierte Frau T. kränkend und entwertend; der darauf folgende Rückzug der Partner löste bei ihr wiederum Depressivität aus, in der sie sich meine Tröstung und Zuwendung wünschte. Durch geduldiges Einfühelndes und Selbstkonzeptbezogenes Verstehen mit zunehmendem Aufgreifen der tief liegenden Ängste vor Zurückweisung und Kränkung sowie Wünschen nach Unabhängigkeit konnte sich Frau T. am Ende dieser Therapiephase ihre eigenen Distanzierungswünsche und Autonomiebedürfnisse besser eingestehen. Während sie vorher ihre eigenen Näheängste nur auf den Ehemann projizierte und ihm die Verantwortung für die räumliche Trennung zuschob, plante sie nun angesichts der ständigen Konflikte mit dem Ehemann ihrerseits ein Leben in getrennten Wohnungen.

Abschiedsphase

Abschied von der Therapeutin, Trennungsängste

Als ich ca. 6 Monate vor dem vereinbarten Therapieende den bevorstehenden Abschied thematisierte, machte Frau T. deutlich, dass sie aufgrund von Trennungsängsten am liebsten nicht daran denken oder darüber sprechen wolle. Sie schien von einer „lebenslangen Therapiewilligkeit“ meinerseits, die nur durch äußere Umstände gestört wird, auszugehen und die Verantwortung für den Abschied mir überlassen zu wollen. Durch vermehrte Interventionen im Sinne des Selbstöffnens („Mir fällt es auch schwer, mich von Ihnen zu verabschieden“, „Ich werde traurig bei dem Gedanken, dass wir uns nicht mehr regelmäßig sehen“) und des Beziehungsklärens („Eigentlich erwarten Sie, dass ich Sie für immer weiterbehandle“; „Sie fühlen sich trotz unserer Vereinbarung über das Therapieende

von mir weggestoßen und verlassen“) konnte sich die Patientin erlauben, offen über ihre Trennungsängste und Symbiosewünsche zu sprechen („Hier ist mein zweites Zuhause, ich möchte bis an mein Lebensende zu Ihnen kommen“). Zwischenzeitlich musste sie sich auch wieder ihrer Autonomie versichern, indem sie kurzfristig Termine absagte, oder ihre Bedeutung für mich überprüfen, indem sie eine bevorzugte Behandlung erwartete (indem sie die therapeutische Beziehung dazu auszunutzen hoffte, in einer internistischen Behandlung gesonderte Termine zu erlangen, für die ich mich einsetzen sollte). Die beziehungsklärenden („Wenn ich mich jetzt für Sie einsetzte, wären Sie sich sicherer, dass ich immer zu Ihnen stünde“) und selbstöffnenden Interventionen („Ich fühle mich von Ihnen bedrängt und auch etwas ausgenutzt“) führten dazu, dass die Patientin ihre Enttäuschung und ihren Ärger über mich offen ansprechen und die Nicht-Erfüllung ihrer Erwartungen zwar als ungestilltes Bedürfnis, aber nicht als Beziehungsverlust erleben musste.

Bilanz, Trauer, Wiederaufflackern der Symptome

In der Bilanz der Therapie erlebte Frau T. insbesondere die Förderung der Selbstexploration („Ich habe erzählt, was mir einfiel, und Sie haben eigentlich nur zugehört“) und die bedingungslose Akzeptanz „jeglicher Themen“ als hilfreich. Sie empfand eine Selbstwertstabilisierung, eine verbesserte Fähigkeit zur offenen Durchsetzung eigener Bedürfnisse und auch eine stärkere Kompromissbereitschaft.

Während ich in den letzten Behandlungswochen einen depressiven Einbruch erwartet hatte und diese Möglichkeit auch immer wieder mittels Organismusbezogenen Verstehens thematisierte, neigte die Patientin zur Abwehr von Trennungsängsten und Depressivität, indem sie Strategien zur Gegenregulation entwickelte (Ablenkung durch Urlaubsplanung und Freizeitaktivitäten). Ihre Hilflosigkeitsgefühle symbolisierte sie verzerrt in körperlichen Symptomen (Kreislaufbeschwerden, Ohnmacht, Rückenschmerzen). Trotz des offensichtlichen Bemühens der Patientin um eine gute Fassade war es ihr doch in der Therapie immer wieder möglich, sich durch geduldiges Konkretisierendes und Organismusbezogenes Verstehen ihrer tief liegenden Bedrohungs- und Verlassenheitsgefühle gewahr zu werden. Ich wiegte mich also in scheinbarer Sicherheit und Erleichterung über den so gut verlaufenden Abschiedsprozess – bis Frau T. in der letzten Stunde (also zu dem Zeitpunkt, an dem ich nicht mehr sehr viel tun konnte) schwer depressiv, gestützt von einer Freundin und „wie ein begossener Pudel“ bei mir erschien (das Äußere der Patientin erinnerte mich sofort an unsere erste Begegnung zu Beginn der Behandlung). Ich spürte Enttäuschung und Ärger in mir aufsteigen über diese vermeintliche Inszenierung einer Situation, in der ich die Verantwortung für die Abstoßung und Abweisung einer hilflosen Person übernehmen sollte. Im Gespräch erinnerte ich mich dann daran, wie häufig die Patientin im Verlauf der Therapie geäußert hatte, sie könne mein Zimmer nicht weinend

verlassen – und das wäre ja angesichts der Abschiedssituation der Fall gewesen. So akzeptierte ich schließlich, dass sich die Patientin nur mit dem in Depressivität verzerrt symbolisierten Ausdruck von Schmerz und Trauer von mir ablösen konnte.

Diskussion

Ergebnisse der Behandlung

Gut erreicht:

- Selbstwertstabilisierung
- Verbesserung der Selbstwahrnehmungs- und Empathiefähigkeit
- Verbesserung der Kompromissbereitschaft
- Verminderung der Neigung, Bedürfnisse Anderer als gegen sich gerichtet zu empfinden
- Verbesserung des Erlebens von Selbstwirksamkeit

Nicht oder nur unzureichend erreicht:

- Symbolisierung von Neid- und Hassgefühlen
- Symbolisierung von Nähe- und Autonomiebedürfnissen
- Verminderung von Anspruchshaltung und Erwartung bevorzogter Behandlung

Beziehungsdynamik – Wirkfaktoren – alternative Vorgehensweisen

Das Beziehungsangebot einer Alter-Ego-Beziehung, also ein Intervenieren aus einer konsequenten Haltung des Einfühlenden Verstehens, stand zu Beginn im Vordergrund der Behandlung. Insbesondere im Hinblick auf das starke Misstrauen und die erhöhte Kränkbarkeit der Patientin schien mir dies zunächst auch ein angemessenes Vorgehen, da ich befürchtete, dass die Patientin mit ihrer narzisstischen Struktur bei zu früh eingesetzten, konfrontierenden Interventionen zum Therapieabbruch neigen und über einen längeren Zeitraum meine positive Wertschätzung zur Selbstwertstabilisierung benötigen würde.

Ich intervenierte also im Sinne des Einfühlenden Verstehens und griff schon bald selbstreflexive (vor allem Schamgefühle) sowie wenig symbolisierte, z. T. überdauernde Gefühle bzw. Grundstimmungen auf (das waren v.a. Gefühle der Zurücksetzung, Benachteiligung, Kränkung, Verbitterung und Enttäuschung). Die Patientin profitierte spürbar von diesen Interventionen und reagierte mit einer guten Selbstexploration.

Als Neid, Konkurrenz erleben, aggressive Fantasien und hiervon geprägte Beziehungsanspielungen mehr Raum einnahmen, wäre ein rascheres Eintreten in das Beziehungsklären in der Rückschau vermutlich angemessener gewesen. Ein Grund für mein Zögern lag in der Sorge, dass verstärktes Beziehungsklären zu Irritation der stark kränkbar Patientin und damit vielleicht zum Therapieabbruch geführt hätte. Ein zweiter Grund ist aber auch in meiner anfangs

noch ausgeprägteren Unsicherheit im therapeutischen Vorgehen zu sehen; mit zunehmender „Therapieerfahrung“ fiel mir das Wahrnehmen von Beziehungsanspielungen, meiner eigenen emotionalen Resonanz und deren Umwandlung in patientenbezogene Interventionen des Selbsteinbringens und Beziehungsklärens wesentlich leichter. In der eher „späten“ Phase hatte mein Beziehungsangebot nun häufiger die Form einer Dialogbeziehung und ich intervenierte eher konfrontierend im Sinne des Mitteilens einer alternativen Erlebnisweise („An Ihrer Stelle wäre ich ...“) sowie des Mitteilens von Ärger oder Irritation meinerseits. Aufgrund der ausgeprägten Selbst- und Beziehungsunsicherheit der Patientin war jedoch auch hier immer ein Oszillieren zwischen konfrontierendem Selbstöffnen einerseits und stützendem Selbsteinbringen andererseits (etwa als Mitteilen von tröstender Ähnlichkeit: „Mir ist es auch schon einmal ähnlich ergangen ...“) notwendig. Hierbei wechselte ich auch immer wieder in eine Position des Einfühlenden Verstehens. Daneben intervenierte ich nun zunehmend beziehungsklärend durch Aufgreifen von Beziehungsanspielungen und -ansprachen der Patientin (dies waren v. a. Wünsche nach Nähe und bedingungsloser Unterstützung sowie Neidgefühle und Abgrenzungstendenzen). Die Erweiterung meines eigenen Interventionsspielraumes verbesserte dann auch den Aktualisierungsspielraum der Patientin. Im Hinblick auf die eingeschränkte Symbolisierungsfähigkeit von Autonomie- und Abhängigkeitswünschen sowie von Hass- und Neidgefühlen war die Phase der Dialogbeziehung in der bilanzierenden Rückschau zu kurz – dies erklärt auch die Abschiedsreaktion der Patientin und mein Gefühl, dass die Therapie noch nicht ganz abgeschlossen war.

Ich möchte daher die personenzentriert-psychotherapeutisch tätigen Leser und Leserinnen ermutigen, in der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, insbesondere mit narzisstischer Struktur, frühzeitig im Sinne des Beziehungsklärens und des Selbstöffnens zu intervenieren. Gerade narzisstisch-strukturierte Patienten sind aufgrund ihrer Selbstwertproblematik und ihrer Beziehungsunsicherheit häufig irritiert, wenn sie durch ein sehr konsequentes Intervenieren im Sinne des Einfühlenden Verstehens zu stark auf sich selbst zurückverwiesen werden. Sie benötigen im besonderen Maße die Vergewisserung, auch in ihren Beziehungserwartungen an den Therapeuten verstanden zu werden, und ein Gegenüber, das sich als Beziehungspartner stärker transparent macht und ihnen so immer eine klare Rückmeldung hinsichtlich der jeweiligen interaktionellen Situation gibt.

Abschließend möchte ich noch einige Bemerkungen zu meiner eigenen emotionalen Resonanz auf die Patientin machen.

Anfänglich empfand ich Mitgefühl und ehrliche Betroffenheit über die tiefe Verbitterung der Patientin und ihr Erleben von Zurücksetzung, Benachteiligung und Kränkung. Daraus entwickelte sich wohl mein Wunsch, dieses Mangel erleben zu kompensieren und Frau T. in der Therapie nun endlich eine verlässliche und wertschätzende Beziehung anzubieten. Im Verlauf spürte ich dann Angst vor

der nun immer deutlicher werdenden Aggressivität und Destruktivität der Patientin, deren möglichen Konsequenzen ich ambivalent gegenüber stand – einerseits fürchtete ich eine Destruktion der therapeutischen Beziehung, andererseits war mir der Gedanke an eine stärkere Abhängigkeit der Patientin von meiner Person durch Zerstörung ihrer außertherapeutischen Beziehungen unangenehm. Erst nach einer Zeit des mir selbst kaum bewußten Abwehrens des Beziehungsangebotes der Patientin (durch immer stärkeres Zurücknehmen meiner Person) wurde ich mir in der Supervision dieser Prozesse gewahr. Durch das Wahrnehmen und Akzeptieren meiner eigenen Ambivalenz konnte ich der Patientin nun transparenter und kongruenter gegenüber treten.

Später spürte ich dann jedoch noch gelegentlich Ärger über die Erwartungs- und Anspruchshaltung der Patientin sowie ihre drängelnden Fragen nach meinen persönlichen Einstellungen. Es war hier wohl eine gewisse Neidhaltung mir gegenüber, die ich bei diesen Fragen zu spüren glaubte, die mich irritierte und so meine Möglichkeit zum Verstehen und angemessenen Intervenieren anfangs blockierte. Durch diese Beziehungsabwehr war ich natürlich in der Gefahr, die oben genannten negativen Beziehungserfahrungen der Patientin erneut zu bestätigen und damit mein eigenes Ziel zu sabotieren. Für mich war es dann ein weiterer Entwicklungsschritt in der Therapie, diesen Neid und das hiermit verbundene narzisstische Rivalisieren als für das Selbstwerterleben der Patientin bedeutsam auch anzuerkennen. So gelang es mir, zunehmend gelassener im Sinne des Beziehungsklärens und Selbstöffnens angemessen zu intervenieren.

Man könnte bestimmte Aspekte des Verhaltens der Patientin auch als einen unausdrücklichen Beziehungstest interpretieren, den ich nur über die Mühen der eigenen Selbstexploration und der Symbolisierung meiner vielschichtigen emotionalen Resonanz auf die Patientin einigermaßen bestanden habe. Für das Bestehen dieses Testes war aber auch ein zunehmend sich vertiefendes Störungswissen bedeutsam, womit ich nicht nur ein rein theoretisches Wissen, sondern auch eine reflektierte „Störungserfahrung“ meine.

Literatur

- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and Human Relations. Vol. I.* New York, Chicago: Holt, Rinehart and Winston.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie.* Stuttgart, New York: Thieme.
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie.* Stuttgart, New York: Thieme.
- Finke, J. & Teusch, L. (1999). Psychotherapiemanual: Entwurf zu einer manualgeleiteten Gesprächspsychotherapie der Depression. *Psychotherapeut* 44, 101–107.
- Finke, J. & Teusch, L. (2002). Die störungsspezifische Perspektive in der Personzentrierten Psychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 147–162) Wien, New York: Springer.
- Gutberlet, M. (1990). Wut, Haß, Aggression in der Gesprächspsychotherapie. *GwG-Zeitschr.*, 78, 26–30.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths on psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110–136.
- Rogers, C. R. (1987g). The underlying theory. Drawn from experience with individuals and groups. *Counseling and Values [Special issue on Carl R. Rogers and the person-centered approach to peace]*, 32, 1, 38–46.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das Differenzielle Inkongruenzmodell.* Heidelberg: Asanger.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen.* Köln: GwG-Verlag.
- Teusch, L. & Finke, J. (1995). Gesprächspsychotherapie bei Angststörungen: Grundlagen, Therapie, Ergebnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 30, 4, 241–254.
- Von Kessel, W. & von der Linden, P. (1993). Die aktuelle Beziehung in der klientenzentrierten Psychotherapie: der interaktionelle Aspekt. *GwG-Zeitschr.*, 90, 19–32.

Autorin:

Annette Murafi, Dr. med., Ärztin in Weiterbildung für den Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, arbeitet in den Rheinischen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie Essen / Universitätsklinikum Essen.

Korrespondenzadresse:

*Dr. Annette Murafi
Schönebeckerstraße 112
D-45359 Essen
E-Mail: dr_murafi@psychofreunde.de
Internet: www.psychofreunde.de*

Hans-Peter Heekerens und Maria Ohling

Systemisch denken und experienziell handeln: die Emotions-Fokussierte Paartherapie

Zusammenfassung: *Auf Basis der bis 2003 vorliegenden Literatur wird die Emotions-Fokussierte Paartherapie (EFT) hinsichtlich ihres praktischen und theoretischen Ansatzes sowie ihrer Prozess- und Ergebnisforschung vorgestellt. Die Darstellung des Ansatzes wird in den Kontext der Frage gestellt, wie sich der experienzielle, der systemisch-konstruktivistische und der bindungstheoretische Ansatz verbinden lassen. Die Präsentation der Prozess- und Ergebnisforschung, nach der sich die EFT als wirksames, effektives und effizientes Verfahren zeigt, wird eingebettet in die Diskussion um evidenzbasierte Psychotherapie.*

Schlüsselwörter: *Klinische Psychologie, Psychotherapie, Paartherapie, Psychotherapieforschung*

Abstract: Systemic thinking and acting experientially: the Emotion-Focused Couple Therapy. *The purpose of this paper is to present the practical and theoretical concepts of Emotion Focused Couple Therapy (EFT) as well as the research done within this approach around process and outcome. The article is based on literature on this topic published until 2003. The approach is looked at asking how experiential therapy, the systemic-constructivist approach and attachment theory can be combined. The presentation of the outcome and process research which shows EFT as an efficacious, effective and efficient intervention is embedded in the discussion about evidence based psychotherapy.*

Keywords: *Clinical psychology, psychotherapy, couple therapy, psychotherapy research*

Einleitung

Die deutsche Bezeichnung „Emotions-Fokussierte Paartherapie“ (EFT) ist eine freie Übersetzung der wechselnden englischsprachigen Bezeichnungen für eine Paartherapie aus der Tradition der experienziellen oder Prozess-Erlebnis-orientierten Therapie („Process-Experiential Therapy“) (deutschsprachige Darstellung: Elliott, 1999a; 1999b). Die Prozess-Erlebnis-orientierte Therapie firmiert seit einiger Zeit unter dem Begriff „Emotions-Fokussierte Therapie“ (Greenberg, 2002; Elliott et al., 2004). Dass die beiden Begriffe heute gleichsam synonym behandelt werden und der zweite den ersten überlagert, hat Vor- und Nachteile: Der Vorteil besteht darin, dass die sachliche Verbindung zwischen der Emotions-Fokussierten Therapie und ihrem prominentesten Einzelansatz, der EFT, nun auch sprachlich zum Ausdruck kommt; der Nachteil rührt daher, dass es zu Missverständnissen kommen kann, weil es therapeutische Ansätze gibt, die als emotions-fokussiert zu bewerten sind, ohne dass sie experienzielle Ansätze in der humanistischen Tradition wären (Elliott, 1999a).

Die recht kurze Geschichte der EFT ist eine nordamerikanische Erfolgsstory. Die geographische Begrenzung meint, dass sie außerhalb Nordamerikas noch weitgehend unbekannt ist; im deutschsprachigen Raum dürfte sie nur vereinzelt praktiziert werden, an monographischen Darstellungen liegt nur eine einzige (Heekerens, 2000a) vor, und in verbreiteten Lehrbüchern der Klinischen Psychologie/Psychotherapie wie dem *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (Baumann & Perrez, 1998) oder *Psychotherapie: Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (Reimer et al., 2000) wird die EFT noch nicht einmal erwähnt. Sie ist eine nordamerikanische Geschichte, weil sie in Kanada begann, um sich dann auch in den USA fortzusetzen. An der Universität von British Columbia in Vancouver legte Johnson im Jahre 1984 unter dem Titel *A comparative treatment study of experiential and behavioral approaches to marital therapy* (Johnson, 1984) ihre Dissertation vor, die als Gründungsurkunde der EFT anzusehen ist. Betreut hatte die Dissertation Greenberg, der damals assoziierter Professor an der British Columbia war.

In Greenberg, dem graduierten Ingenieurwissenschaftler (Master of Engineering 1970), gelernten Gestalttherapeuten (Gestaltinstitut

Toronto 1972–1975) und „Gastarbeiter“ am Palo Alto-Institut 1981–1982 (<http://www.psych.yorku.ca/greenberg/cv.html>) hatte Johnson einen Lehrer und später einen Partner, der Johnson und der EFT, die heute zu Recht vornehmlich mit ihrem Namen verknüpft ist, drei Dinge mitgeben konnte, die das „Erfolgsgeheimnis“ der EFT mit ausmachen:

- einen realistischen Sinn für die Bedeutung solider Outcomeforschung, zu der Greenberg vor und nach 1984 Beiträge geliefert hat (Bretz, Heekerens & Schmitz, 1994; Elliott, 2002),
- einen theoretisch fundierten praktischen Handlungsansatz namens „experienziell“, der mit einem reflektierten Begriff von „Integration“ einher geht und qualitativ etwas anderes ist als bloßer Eklektizismus (Brownell, 1996) sowie
- eine Ahnung davon, dass eine systemische Sichtweise für den experienziellen Ansatz dann fruchtbar gemacht werden könnte und müsste, wenn sich der experienzielle Ansatz auf soziale Systeme wie Paare oder Familien bezieht.

Im letzten Punkt hat Johnson in den letzten Jahren den größten originären Beitrag zur EFT geliefert, indem sie die Bindungstheorie Bowlbys systemisch dekonstruierte und sie als Systemtheorie für intime Beziehungen konzeptualisierte, womit sie der EFT einen theoretischen Überbau gab.

Ganz ohne Vorbild in der Sache ist die EFT im Übrigen nicht. Greenberg und Johnson verkennen nicht, dass es auch früher schon Versuche gegeben hat, einen experienziellen und einen systemischen Ansatz zusammenzuführen; genannt wird unter anderem Satir, Mitglied des Palo-Alto-Teams und prominenteste Vertreterin eines humanistischen Ansatzes in der Arbeit mit Paaren und Familien. Aber man sollte in diesem Zusammenhang auch Guerney erwähnen, hat er doch schon früh strukturierte Vorstellungen zu einem emotions-fokussierten Vorgehen in der Paartherapie gemacht. Was die EFT aber einzigartig macht ist zweierlei: Zum Einen gibt es weder aus dem humanistischen noch aus dem systemischen Lager einen anderen konturierten paartherapeutischen Ansatz, der angemessen evaluiert worden wäre, und zum Anderen ist die EFT das einzige nicht-behaviorale paartherapeutische Verfahren, welches der behavioralen Paartherapie in Wirksamkeit, Effektivität und Effizienz Paroli bieten kann.

Wir sprachen oben von „Erfolgsstory“. Um das etwas zu illustrieren, ein paar Schlaglichter (<http://www.eft.ca>). Johnson ist heute Professorin für Psychologie und Psychiatrie an der Ottawa Universität, die von ihr (mit) verfassten Bücher über Paartherapie erscheinen in hoher Auflage bei renommierten Verlagen, die EFT ist ein psychotherapeutisches Verfahren, das dem Ausbildungsinstitut gutes Geld bringt, die *American Psychological Association* (APA) machte die Kanadierin 2003 zum Fellow in der Sektion Familie(npsychologie) und der bedeutendste Verband für Paar- und Familientherapie, die *American Association of Marriage and Family Therapy* (AMMFT) ehrte sie gleich auf doppelte Weise: Johnson erhielt 2000 die Jahresauszeichnung der AMMFT für ihren außergewöhnlichen Beitrag zum

Feld der Paar- und Familientherapie und anlässlich der jüngsten Bilanz zur Wirksamkeit und Effektivität der Paar- und Familientherapie, die die AMMFT ziehen und 2003 in ihrem Organ, dem *Journal of Marital and Family Therapy*, veröffentlichten ließ, kam kein Vertreter der behavioralen Paartherapie, sondern Johnson (2003) zu Wort.

Humanistische Psychotherapie, Systemtheorie, Konstruktivismus und Bindungstheorie

Auch wenn man von keinem der vier in der Abschnittsüberschrift genannten „Elemente“ vertiefte Kenntnis hat, so ahnt man doch, dass jeder systematische Versuch, auch nur zwei von ihnen in Beziehung zu setzen, gut und gerne ein ganzes Buch füllen könnte. Der Anspruch einer Systematik wird denn auch in diesem Artikel gar nicht erhoben; mehr als eine knappe Skizze kann hier gar nicht zu Papier gebracht werden. Aber ohne das geht es nicht, weil sonst die EFT hinsichtlich ihres theoretischen Ansatzes unverständlich bliebe. Aber, wie gesagt: Es sind hier keine erschöpfenden Ausführungen zu erwarten. Derartiges wäre ohnehin kein kongruentes Ziel für einen experienziellen Ansatz – Anregung wäre eines, und das soll versucht werden.

Eine der von Johnson in jüngerer Zeit gegebenen Kurzdefinitionen, was die EFT ihrem theoretischen Ansatz nach sei, lautet: EFT „integrates a systemic focus on interactional pattern with a constructivistic focus on how partners organize their emotional experience and communication“ (Johnson, 2003, p. 368). Wer als humanistischer Psychotherapeut die Wörter „systemisch“ und „konstruktivistisch“ liest und sie dann auch noch im Kopf zu „systemisch-konstruktivistisch“ zusammenfasst, mag gedankliche (und affektive) Assoziationen haben, die ihn den Kopf schütteln und fragen lassen, was das alles denn (noch) mit „humanistisch“ zu tun habe. Das führt auf ein weites Feld, das wir hier nur am Rande betreten können, indem wir zeigen, dass sich Johnson mit ihrer obigen Definition auf dem Boden eines in Nordamerika bestehenden Konsenses unter Humanistischen Psychologen bewegt.

In einem neueren Positionspapier der Sektion Humanistische Psychologie der APA (Task Force for the Development of Practice Recommendations for the Provision of Humanistic Psychosocial Services, 2003), in dem sie in relativer Breite und großer Prägnanz darlegt, was sie unter Humanistischer Psychologie verstanden wissen will, finden sich zwei Passagen, die hier unkommentiert im Original wieder gegeben sein sollen. In der ersten Passage geht es um eine systemische Sichtweise: „Humanists, in agreement with many feminists, family-systems theorists, and ethno-cultural therapists, believe that relational phenomena are fundamental and not reducible to the sum of individualities. Humanists recognize both the particular and integral aspects of consciousness, and that human beings are both unique and yet live in larger relational contexts which have their own emergent properties and integrity.“

(Task Force for the Development of Practice Recommendations for the Provision of Humanistic Psychosocial Services, 2003, pp. 2-3). Und der Abschnitt des Positionspapiers, in dem die epistemologische Position der Humanistischen Psychologie dar gelegt wird, beginnt mit den Sätzen: „The humanistic world view is not a mechanistic one, but rather relies on a nonlinear metaphysics and postmodern constructivistic epistemology. We hold that the realities people live in are always constructed to some extent, out of their cultural experiences, and out of their personal histories, values, and perspectives.“ (Task Force for the Development of Practice Recommendations for the Provision of Humanistic Psychosocial Services, 2003, p. 7).

In einem anderen Zusammenhang hat Johnson zum theoretischen Rahmen der EFT unlängst angemerkt, „EFT views close relationships from the perspective of attachment theory“ (Johnson & Best, 2003, p. 165) und wenig später ausgeführt: „Systems theory offers basic principles for understanding any system. Attachment theory tells us more about the specific system that is an intimate relationship between family members and spouses.“ (Johnson & Best, 2003, p. 168). Wie der Vergleich mit noch vor nur fünf Jahren (Heekerens, 2000a) zeigt, fand die größte Veränderung im theoretischen Überbau der EFT dadurch statt, dass die Bindungstheorie Bowlbys systemisch dekonstruiert, als Systemtheorie für intime Beziehungen konzeptualisiert und das Ergebnis in die Begründung von Theorie und Praxis der EFT eingebaut wurde.

Damit hat Johnson etwas auf den ersten Blick Ungewöhnliches, der Sache nach aber keineswegs Außergewöhnliches, getan. Denn jenseits wie diesseits des Atlantiks ist die Bindungstheorie zunehmend mehr in drei Kontexte gestellt worden, die im vorliegenden Zusammenhang von Relevanz sind (mit Literaturhinweisen beschränkt auf deutsche Autoren): den der Systemtheorie, den der Beziehung zwischen Erwachsenen/Partnerbeziehung und den der Klinischen Psychologie/Psychotherapie (Brisch, 1999; Gloger-Tippelt, 2001; Höger & Müller, 2002; Strauß, Buchheim & Kächele, 2002; Sydow, 2002; Sydow & Ullmeyer, 2001). Was der neue theoretische Überbau der EFT konkret bedeutet, wird in den beiden nächsten Abschnitten deutlich werden.

Die 7 Gebote einer bindungstheoretisch orientierten Paartherapie

Eine Paartherapie, die Systeme intimer Beziehung in der Begrifflichkeit der Bindungstheorie konzeptualisiert, hat damit eine bestimmte Landkarte, mit der sie sich im Gelände orientiert. In die Sprache traditioneller Religiosität übersetzt, kann man die so gewonnenen Orientierungspunkte Gebote nennen. Und diese sehen nach Johnson und Best (2003) inhaltlich so aus:

1. Richte das Augenmerk auf den Interaktionsprozess, wo Bindungsbedürfnisse und -schwierigkeiten zu Tage treten.

2. Fasse besonders die emotionale Kommunikation ins Auge und verdeutliche, wie solche Kommunikation die einzelnen Schritte im Tanz der Partner hervor ruft.
3. Forme neue Bindungszyklen und schaffe bedeutsame Bindungsereignisse wie etwa die Auflösung von Bindungsverletzungen (*attachment injuries*; Johnson, Makinen & Millikin, 2001).
4. Sorge dafür, dass jede Therapiesitzung einen festen Boden bietet und einen sicheren Hafen darstellt.
5. Würdige den mächtigen Prozess der Selbst-Definition, der in jeder Bindungsinteraktion implizit auftritt, und Sorge aktiv für neue Interaktionsmöglichkeiten, die geeignet sind, negative Selbst-Modelle, die das emotionale Engagement mit dem Partner verhindern, zu revidieren.
6. Richte Deine Aufmerksamkeit auf Dreh- und Angelpunkte in der Interaktion, die die Beziehung als unsicher definieren – insbesondere auf Bindungsverletzungen, die eine Heilung der Beziehung blockieren.
7. Betrachte Schlüsselaspekte von Beziehungen unter Erwachsenen wie etwa die sexuelle Beziehung konsequent durch die Brille der Bindungstheorie.

3 Stufen, 9 Schritte: Das Praxismodell der EFT

Die EFT ist ein strukturiertes Kurzzeitverfahren, für die eine gezielte – von der AAMFT anerkannte – Ausbildung zum lizenzierten EFT-Therapeuten angeboten wird und für die ein Treatment-Manual, das die Ausbildung nicht ersetzt, die Praxis von lizenzierten EFT-Therapeuten aber unterstützt, vorhanden ist. Kernstück von Ausbildung und Manual ist das hier vorzustellende Praxismodell der EFT mit seinen neun Schritten, die drei unterscheidbaren Stufen zuzuordnen sind. Dazu eine Anmerkung. Sprache macht uns immer wieder zu Gefangenen der ihr inne wohnenden Linearität; jeder, der schon einmal versucht hat, Prozesse der Reziprozität, der Selbst-Rekursivität oder Zirkularität zu beschreiben, weiß um diese Schwierigkeit. Die Vorstellung von Linearität wird im vorliegenden Zusammenhang zusätzlich verstärkt durch die Bilder von „Schritten“ und „Stufen“. Linearität ist ein Teil der Wahrheit des EFT-Praxismodells, aber nicht die ganze. Ein anderer Teil ist, dass man sich die Vorwärtsbewegung im Bilde einer Spirale vorzustellen hat: Bei jeder Bewegung nach vorne ist jede frühere mit enthalten und bereitet zugleich jede weitere vor.

Ein noch anderer Teil der ganzen Wahrheit besteht darin, dass der Therapeut in jedem Einzelschritt Gleiches, wenn auch in unterschiedlicher Gestalt und verschiedener Intensität, zu tun hat. Er vollzieht eine Pendelbewegung zwischen zwei unterschiedlichen Polen, die aber erst in ihrem Zusammenhang das Ganze ausmachen: Einerseits hilft er jedem einzelnen Partner, sich seiner emotionalen Erfahrung im Hier und Jetzt gewahr zu werden, und andererseits regt der Therapeut das Paar an, neue Elemente zu ihrem

Interaktionszirkel hinzufügen. Grob skizziert kann man sagen, dass für den ersten Teil auf Interventionen aus der experienziellen Therapie und für den zweiten auf Restrukturierungstechniken (einschließlich Umdeuten) aus der Tradition der Strukturellen Familientherapie zurück gegriffen wird. Auf der EFT-Homepage wird das plakativ auf die Kurzformel „Rogers and Perls meet Minuchin“ (<http://www.eft.ca/Events/events.htm>) gebracht.

Das Praxismodell der EFT lässt sich nach Johnson und Best (2003) folgendermaßen darstellen:

Stufe 1: De-Eskalation des Teufelskreises

- Schritt 1 Therapeutische Allianz herstellen sowie Kernkonflikte und Bindungsangelegenheiten herausarbeiten:
- Schritt 2 Teufelskreis (typisch etwa „Anklage – Rückzug“), der Bindungsunsicherheit und Beziehungsstress aufrecht erhält, identifizieren.
- Schritt 3 Verborgene Emotionen, die die Interaktionspositionen organisieren, zugänglich machen und sie in den Rahmen von Bindung stellen.
- Schritt 4 Einen neuen kognitiven und affektiven Rahmen für das Problem schaffen dergestalt, dass das Problem nicht mehr dem einen oder anderen Partner zugeschrieben wird, sondern als Moment des systemischen Zirkels und der ihm zu Grunde liegenden Bindungsemotionen und –bedürfnisse erscheint.

Stufe 2: Änderung der interaktionellen Positionen

- Schritt 5 Die Identifikation jedes einzelnen Partners mit seinen ihm entfremdeten und enteigneten Bindungsbedürfnissen und Selbst-Aspekten fördern und diese in die Beziehungsmuster integrieren.
- Schritt 6 Die Akzeptanz dafür beim jeweils anderen Partner fördern.
- Schritt 7 Bei jedem einzelnen Partner das Ausdrücken von spezifischen Bedürfnissen und Wünschen fördern und emotionales Engagement der Partner befördern.

In Stufe 2 vollziehen sich die zentralen Veränderungsprozesse. Der Teufelskreis von „Anklage – Rückzug“ verliert seine Dynamik, weil aus der Anklage ein Wunsch wird, und der Rückzug einem neuen emotionalen Engagement weicht.

Stufe 3: Konsolidierung und Integration

- Schritt 8 Das Hervortreten neuer Lösungsmöglichkeiten für alte Beziehungsprobleme in einer Atmosphäre von partnerschaftlicher Zusammenarbeit und emotionaler Sicherheit erleichtern.

Schritt 9 Neue interaktionelle Positionen, die durch emotionale Zugänglichkeit und partnerschaftliche Verantwortlichkeit gekennzeichnet sind, und neue Zyklen von Bindungsverhalten konsolidieren.

Ergebnisstudien zur EFT

Die Evaluation der EFT entspricht auf Grund ihrer Methodik (ausf. Heekerens, 2000a) den Anforderungen, wie sie für Verfahren mit einer hohen Evidenz-Basierung international und national, in Deutschland vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (2003), gefordert werden (vgl. ausf. Heekerens & Ohling, im Druck). Als Kurzzeitverfahren ist sie zudem als effizient anzusehen. Um einen Einblick in die Evaluationsmethodik zu gewähren, sei beispielhaft in Tabelle 1 eine typische Evaluationsstudie zur EFT mit ihren Ergebnissen sowie ihren methodischen Stärken und Schwächen (letztere kursiv hervor gehoben) dargestellt. Auf eine methodische Schwäche sei besonders hin gewiesen: die „schulische Bindung“ der Untersucher (*researcher allegiance*). Dies deshalb, weil die Mehrzahl der Evaluationsstudien zur EFT „aus dem Hause Johnson & Greenberg“ kommt, was die gut begründete These (Luborsky et al., 1999) der Überschätzung der EFT-Effekte nahe legt.

Die in Tabelle 1 dargestellte Evaluationsstudie prüfte, wie sechs weitere auch, den EFT-Effekt bei einer bestimmten Problemlage: bei leichten bis mittleren Partnerschaftsproblemen (*relationship distress*). Operationalisiert wird diese Einstufung über Werte auf der (als Standardmessinstrument geltenden) *Dyadic Adjustment Scale* (DAS). Bei der Klientel der EFT-Evaluationsstudien fanden sich in der Regel Werte, die vom Mittelwert bis zu einer Standardabweichung unterhalb des Mittelwertes reichen. Alles, was bisher über die Wirksamkeit, Effektivität und Effizienz der EFT gesagt wurde und gleich noch vertiefend angemerkt wird, ist mit dem Zusatz zu versehen, dass dies bei leichten bis mittleren Partnerschaftsproblemen und nur dafür gilt. Wie es bei anderen Problemen oder Störungen aussieht, wird später noch erörtert werden.

Zuvor aber noch ein paar Worte zu den Effekten der EFT als Treatment von leichten bis mittleren Partnerschaftsproblemen. Statistische Signifikanz meint ja (noch) nicht klinische Relevanz. „Wirksam“ und „effektiv“ sind zunächst einmal bloße Begriffe, die auf signifikanten Gruppenunterschieden beruhen, sie sagen (noch) nichts darüber aus, wie vielen Klienten in welchem Maße denn geholfen wurde. Dazu muss man auf andere Effektgrößen blicken, und das soll hier geschehen. Die klinische Relevanz sieht man einmal dann, wenn man die Effekte der EFT in Prozentsätzen von „Besserung“ und „Heilung“ dar stellt: Beurteilt nach dem bei der Paartherapie als Standardschätzung eingesetzten Verfahren mit Hilfe der DAS, kann die EFT – darin so erfolgreich wie die behaviorale Paartherapie – mit einer Besserungsrate von gut 75 Prozent und einer Heilungsrate von etwas mehr als 50 Prozent aufwarten;

Tabelle 1: Methodische Gütekriterien und Resultate einer Evaluationsstudie zur EFT (Goldman, 1988)

Methodische Gütekriterien	
Vergleichsgruppen	A: unbehandelte Warteliste (<i>keine Placebogruppe</i>) B: Systemisch-interaktioneller Ansatz (<i>kein Benchmark-Ansatz</i>)
Studiendesign	Experiment Gruppengleichheit vorher stichprobenweise gesichert
Ausfallquote	0 bei Posttest, je 3 bei Follow-up
Therapiemanuale	vorhanden
Treatmenttreue	mit Positivresultat geprüft
Therapeuten	14 erfahrene Therapeuten; 12 Std. gezieltes Training
Behandlung	10 Sitzungen, 1 Std. wöchentlich
Setting	1 Paar – 1 Therapeut (Vergleichsgruppe B: + 3 Therapeuten hinter Einwegspiegel)
Klienten	42 Paare (3 x 14) Beeinträchtigungen: mittel (DAS-Mittel = 84)
Ergebniskriterien-	nur <i>Selbstberichte</i> : CRS, DAS, GAS, TC
Messzeitpunkte	Posttest und <i>Follow-up nach nur 4 Monaten</i>
Statistische Validität	p = .01; durch Bonferroni-Korrektur abgesichert
Alternativhypothesen	Gruppenunterschiede in Therapeutenvariablen: ausgeschlossen Gruppenunterschiede in Ttherapeutischer Allianz: ausgeschlossen <i>„schulische Bindung“ des Forschungsteams: nicht kontrolliert</i>
Resultate	
Vergleich mit Nicht-Behandlung	Posttest: EFT überlegen in allen Ergebniskriterien
	Follow-up: nicht geprüft
Vergleich mit Alternativ-Behandlung	Posttest: kein Unterschied
	Follow-up: kein Unterschied

Legende für eingesetzte Messinstrumente:

- CRS Conflict Resolution Scale
- DAS Dyadic Adjustment Scale
- GAS Goal Attainment Scaling
- TC Target Complaints

Verschlechterungen sind die Ausnahme (Johnson, Hunsley, Greenberg & Schindler, 1999). Und wenn man die Effekte der EFT als Effektstärke, also in der „frei konvertiblen Währung“ der Evaluationsforschung, darstellt, dann kommt man auf einen Wert von 1.3, womit die bekannten Effektstärken sowohl von Erwachsenenpsychotherapie und Paartherapie im Allgemeinen, aber auch der – als Benchmark fungierenden – behavioralen Paartherapie übertroffen werden (Heekerens, 2000b; Johnson, Hunsley, Greenberg & Schindler, 1999). Eine Effektstärke von 1.3 lässt sich so veranschaulichen: Der Klient steht nach der Behandlung im Mittel besser da als 90 Prozent derer, die nicht in Behandlung waren.

Und wie sieht es mit der Wirksamkeit und Effektivität der EFT jenseits der leichten bis mittleren Partnerschaftsstörungen aus? Es gibt paartherapeutische Ansätze, meist behaviorale, die einigen Erfolg in Fällen von anhaltender Misshandlung durch den Partner haben (Stith, Rosen & McCollum, 2003). Nach Johnson (Johnson & Best, 2003) ist die EFT in solchen Fällen nicht angezeigt, weil hier das emotionale Band in der Regel so zerstört ist, dass die Erfahrung und der Ausdruck von Verletzbarkeit nicht mehr adaptiert oder respektiert werden kann; der EFT ist im Falle von Misshandlung der Boden entzogen. Aber das gilt prinzipiell auch für aus anderen Gründen schwer gestörte Paarbeziehungen; eine Annahme, die von

Seiten der EFT denn auch gelegentlich eingeräumt (James, 1991) und bisher durch keine diesbezügliche Evaluationsstudie widerlegt wurde. Eine verkürzte Form der EFT hält Johnson (Johnson & Best, 2003) für angezeigt, wenn es um Trennungshilfe geht; verständlich, weil es hier um ein gelingendes (Sich-)Los-Lassen und nicht um ein glückendes (Sich-)Zusammen-Finden geht; Evaluationsstudien hierzu fehlen.

Während es hinsichtlich einiger weiterer Problemlagen und Störungen – zum Beispiel bei rezidivierenden psychischen Störungen (Dessalles, Johnson & Denton, 2003) – nur vorläufige und noch nicht spruchreife Ergebnisse zu den Effekten der EFT gibt, zeigen zwei Studien die Grenzen der EFT. In der einen Studie (MacPhee, Johnson & v. d. Veer, 1995), in der Paare behandelt wurden, deren weiblicher Part geringe sexuelle Appetenz zeigte, erbrachte die EFT mit einem Ansatz von 10 Sitzungen in diesem Punkte keine Besserung. Viele dieser Frauen waren in früheren engen Beziehungen traumatisiert worden. Offen bleiben muss, ob der Misserfolg bloß der Kürze des Verfahrens, dem praktisch-therapeutischen Ansatz der EFT oder beidem geschuldet ist. Als Misserfolg

ohne genaue Ursachenklärung ist auch der Versuch zu werten, die EFT als Therapie zur Linderung oder Behebung einer somatoformen Störung bei einem Partner eines Paares (ohne Partnerschaftsprobleme) einzusetzen (Burwell Walsh, 2002). Diese für Dissertationszwecke durchgeführte Untersuchung, das sei angemerkt, hat ausgerechnet bei somatoformen Störungen mit acht Sitzungen den geringsten bei der EFT bekannten Zeitansatz, was die Vermutung aufdrängt, hier sei weniger ein seriöses klinisches Unternehmen durch-, als ein Schauspiel in methodischer Kunstfertigkeit aufgeführt worden.

Prozessstudien zur EFT

Die zentralen Resultate der Prozessstudien zur EFT als Intervention bei leichten bis mittleren Partnerschaftsproblemen, die insgesamt beurteilt von hoher methodischer Qualität sind und einen bedeutenden Beitrag zur Prozessforschung auf dem Gebiet der Paartherapie leisten (Heekerens, 2000a; Jacobson & Addis, 1993), lassen sich zusammenfassend (ausführlich Heekerens, 2000a) so darstellen, wie das in Tabelle 2 zu sehen ist. Von den Resultaten sei eines, nämlich das aus der jüngsten Studie (Johnson & Talitman, 1997), hervor gehoben: Die anfängliche – nach der dritten Sitzung fest

gestellte – Qualität der therapeutischen Allianz klärt bald ein Viertel der Varianz der Zufriedenheit mit der Therapie am Ende auf.

Mit diesem Ergebnis wird der enge Rahmen gesprengt, in den die Psychotherapieevaluation derzeit jenseits und diesseits des Atlantiks gesteckt wird. Dieser Rahmen wird im Wesentlichen abgesteckt durch die so genannten *Empirically Supported Treatments* (ESTs), die erstmals von einer speziellen Task Force der stark kognitiv-behavioral geprägten Sektion Klinische Psychologie der APA (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) vorgelegt wurde. Dem EST-Ansatz hat die in der nicht-behavioralen Tradition stehende Sektion Psychotherapie der APA programmatisch jenen der ESR (*Empirically Supported Relations*) gegenüber gestellt (Norcross, 2002). Und als eine sehr gut untersuchte und in ihrer Bedeutung für das Therapieergebnis hoch bedeutsame ESR zeigt sich meist die therapeutische Allianz (Horvath & Bedi, 2002).

Tabelle 2: Zentrale Ergebnisse der Prozessstudien zur EFT nach Perspektive und Thema

	Prozess-Ergebnis-Beziehung	Therapiefortschritt	Veränderungsprozess
Klienten-Perspektive	Johnson & Talitman (1997): Die anfängliche Qualität der therapeutischen Allianz klärt bald ein Viertel der Varianz der Zufriedenheit mit der Therapie am Ende auf.		James (1985): Das Ausdrücken zu Grunde liegender Gefühle durch Partner A führt zu einer doppelten Veränderung: Partner A ändert seine Wahrnehmung von Partner B und B die von A.
Beobachter-Perspektive	Johnson & Greenberg (1988): Paare mit erfolgreicher Therapie zeigen im Therapieverlauf mehr „Tiefung“ und mehr Anzeichen „Bezogener Autonomie“ als Paare ohne Therapieerfolg.	Vaughan (1986): Verhaltensweisen, die „Bezogene Autonomie“ anzeigen, sind am Ende der Therapie häufiger als anfangs.	Ford (1989): Selbstoffenbarung von Partner A erhöht die Bezogenheit von Partner B.

Klientenvariablen als Faktoren des Therapieerfolgs

Zu den Thesen des ESR-Ansatzes gehört auch, dass Charakteristika der Klientel jenseits jeweiliger Problemlagen oder Störungen das Therapieergebnis beeinflussen. Mit einigem Recht lässt sich das oben vorgetragene Ergebnis zur therapeutischen Allianz auch als Hinweis auf den Einfluss von Klientenvariablen lesen, denn im vorliegenden Fall wurde „therapeutische Allianz“ nicht vom Therapeuten oder von einem Beobachter, sondern von den Klienten selbst beurteilt. Das Ergebnis zur „therapeutischen Allianz“ dürfte daher wohl eine – durch die vorangegangenen drei Sitzungen wohl beeinflusste, aber im Wesentlichen doch „mitgebrachte“ – Klienteneigenschaft, nämlich die Bereitschaft, sich auf das therapeutische Angebot ein zu lassen, reflektieren.

In der angesprochenen Studie (Johnson & Talitman, 1997) wurden aber auch noch andere Einflussfaktoren überprüft, die ganz eindeutig als Klientenvariablen anzusehen sind. Von den zahlreichen Ergebnissen seien die genannt, die von besonderer Relevanz für die EFT als Hilfeangebot bei leichten bis mittleren Partnerschaftsproblemen sind. Wer die Vorstellung hat, die EFT sei wegen ihres starken

experientiellen Elementes ausschließlich oder vorzugsweise etwas für (1) unkonventionelle (2) junge Menschen, denen (3) das Herz auf der Zunge liegt, sieht sich durch die Befundlage widerlegt. Und nach der therapeutischen Allianz ist es folgender Faktor, der den zweitgrößten Einfluss auf das Ergebnis hat: der Glaube der Frauen daran, dass ihre Partner Sorge um sie tragen. Das ist mit Blick auf das Praxismodell der EFT ein gut verständliches Ergebnis.

Die EFT als „wissenschaftlich geprüftes“ Psychotherapieverfahren

In der derzeitigen Diskussion (ausf. Heekerens & Ohling, im Druck) darüber, welche psychotherapeutischen Verfahren (nach Laborstudien) als wirksam (efficacious) oder (auf der Basis von Felduntersuchungen) als effektiv (effective) und unter Ökonomiesichtspunkten als effizient (efficient) anzusehen sind, stellt die EFT ein starkes Argument für die Humanistische Therapie dar – und sei es auch nur ein Rechtfertigungsargument (vgl. Kriz, 2003). Gemessen an den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (2003) hat es die „wissenschaftliche Prüfung“ mit Erfolg bestanden. In der neusten Meta-Analyse zur Wirksamkeit und Effektivität der humanistischen Ansätze (Elliott,

2002) leistet die EFT mit 10 von insgesamt 86 Evaluationsstudien den zweithöchsten Beitrag nach der Klienten-zentrierten Therapie, sie repräsentiert den einzigen evaluierten Paar-Ansatz und sie zeigt sich, beurteilt nach verschiedenen Dimensionen, als das therapeutische Verfahren mit der höchsten Effektstärke. Und die EFT erzielt ihre volle Wirkung schon bei einem Einsatz von 8 – 12 Sitzungen mit einer Dauer von jeweils einer bis anderthalb Zeitstunden, weshalb die EFT als sehr effizient an zu sehen ist.

Elliott (2002) hat auf Basis seiner Meta-Analyse gefordert, man solle die humanistischen Verfahren zur EST-Liste unter der 2. Güteklasse („wahrscheinlich wirksames Treatment“) hinzufügen. Dem werden die methodischen Hardliner nicht nachkommen. Einem Verfahren aus der humanistischen Tradition, aber auch nur einem, wurde von dort der Status eines EST der 2. Güteklasse zuerkannt: der EFT (Chambless & Ollendick, 2001). Unter den Paartherapien erhält nur die behaviorale Paartherapie die Einschätzung der 1. Güteklasse („Treatment mit gutem Wirkungs-Nachweis“) und damit eine höhere Einstufung. Das aber darf man keineswegs so lesen, als zeichne sich das behaviorale Verfahren durch erwiesene Überlegenheit aus; eher ist das Gegenteil zutreffend (Heekerens, 2000b; Johnson, 2003).

Literatur

- Baumann, U. & Perrez, M. (Hrsg.). (1998). *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (2., vollständig überarbeitete Aufl.). Bern: Huber.
- Bretz, H. J., Heekerens, H.-P. & Schmitz, B. (1994). Eine Metaanalyse der Wirksamkeit von Gestalttherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 42, 241–260.
- Brisch, K.-H. (1999). *Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brownell, P. (1996). *Validating Gestalt: An interview with the researcher, writer, and psychotherapist, Leslie Greenberg*. (Online) [http://www.shef.ac.uk/~psyc/Gestalt/integration/greenberg/html;pp. 1–10](http://www.shef.ac.uk/~psyc/Gestalt/integration/greenberg/html;pp.1-10); zuletzt aufgerufen am 27.01.2004.
- Burwell Walsh, S. R. (2002). *Emotion Focused Couples Therapy as a treatment of somatoform disorders: An outcome study*. Unveröff. Diss., Virginia Polytechnic Institute and State University, Blacksberg.
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.
- Dessaules, A., Johnson, S. M. & Denton, W. H. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *The American Journal of Family Therapy*, 31, 345–353.
- Elliott, R. (1999a). Prozeß-Erlebnisorientierte Psychotherapie – Ein Überblick: Teil 1. *Psychotherapeut*, 44, 203–213.
- Elliott, R. (1999b). Prozeß-Erlebnisorientierte Psychotherapie – Ein Überblick: Teil 2. *Psychotherapeut*, 44, 340–349.
- Elliott, R. (2002). The effectiveness of humanistic therapies. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies. Handbook of research and practice* (pp. 57–81). Washington, DC: American Psychological Association.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ford, C. L. (1989). *Effects of intimate self-disclosure in marital therapy*. Unveröff. Master-Arbeit, York University, Toronto.
- Gloger-Tippelt, G. (Hrsg.). (2001). *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis*. Bern: Huber.
- Goldman, A. A. (1988). *Systematically and emotionally-focused marital therapy: A comparative outcome study*. Unveröff. Diss., The University of British Columbia, Vancouver.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Heekerens, H.-P. (2000a). Die Emotions-Fokussierte Paartherapie: Ansatz, Ergebnis- und Prozessevaluation. In P. Kaiser (Hrsg.), *Partnerschaft und Paartherapie* (S. 323–337). Göttingen: Hogrefe.
- Heekerens, H.-P. (2000b). Wirksamkeit therapeutischer Hilfen für Paare. In P. Kaiser (Hrsg.), *Partnerschaft und Paartherapie* (S. 405–421). Göttingen: Hogrefe.
- Heekerens, H.-P. & Ohling, M. (im Druck). Vom Labor ins Feld: Die Psychotherapieevaluation geht neue Wege. *Psychotherapeut*.
- Höger, D. & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Person*, 2, 35–44.
- Jacobson, N. S. & Addis, M. E. (1993). Research on couples and couple therapy: What do we know? Where are we going to? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 85–93.
- James, P. S. (1985). *Couples perception of change in therapy*. Unveröff. Master-Arbeit, The University of British Columbia, Vancouver.
- Johnson, S. M. (1984). *A comparative treatment study of experiential and behavioral approaches to marital therapy*. Unveröff. Diss., The University of British Columbia, Vancouver.
- Johnson, S. M. (2003). The revolution in couple therapy: A practitioner-scientist perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 365–384.
- Johnson, S. M. & Best, M. (2003). A systemic approach to restructuring adult attachment: The EFT model of couples therapy. In P. Erdman & T. Cafery (Eds.), *Attachment and family systems: Conceptual, empirical, and therapeutic relatedness* (pp. 165–189). New York: Brunner-Routledge.
- Johnson, S. M. & Greenberg, L. S. (1988). Relating process to outcome in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 175–183.
- Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L. S. & Schindler, D. (1999). Emotionally focused couple therapy: Status and challenges. *Journal of Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 67–79.
- Johnson, S. M., Makinen, J. A. & Millikin, J. W. (2001). Attachment injuries in couple relationships: A new perspective on impasses in couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 145–155.
- Johnson, S. M. & Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23, 135–152.
- Kriz, J. (2003). 50 Jahre empirische Psychotherapieforschung: Rückblicke – Einblicke – Ausblicke. *Person*, 2, 1–14.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17–32). New York: Oxford University Press.
- Luborsky, L., Digue, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J. S. & Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95–106.
- MacPhee, D. C., Johnson, S. M. & v.d. Veer, M. M. C. (1995). Low sexual desire in women: The effects of marital therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 21, 159–182.
- Norcross, J. C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M. & Wilke, E. (Hrsg.). (2000). *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Berlin: Springer.
- Stith, S. M., Rosen K. H. & McCollum, E. E. (2003). Effectiveness of couples treatment for spouse abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 407–426.
- Strauß, B., Buchheim, A. & Kächele, H. (Hrsg.). (2002). *Klinische Bindungsforschung: Theorien, Methoden, Ergebnisse*. Stuttgart: Schattauer.
- Sydow, K. V. (2002). Systemic attachment theory and therapeutic practice: A proposal. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 77–90.
- Sydow, K. V. & Ullmeyer, M. (2001). Paarbeziehung und Bindung. Eine Meta-Inhaltsangabe von 63 Studien, publiziert zwischen 1987 und 1997. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 51, 186–188.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments. *The Clinical Psychologist*, 48, 3–23.

Vaughan, P. (1986). *The impact of emotional focused couples therapy on marital interaction*. Unveröff. Master-Arbeit, The University of British Columbia, Vancouver.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2003). *Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie (geänderte Fassung nach dem Beschluss des Beirats vom 15.9.2003)*. (Online), <http://www.wbpsychotherapie.de/Homepage/Wir/Mindestanforderungen.html>; S. 1–3; zuletzt aufgerufen am 11.01.2004.

Maria Ohling, 1961, Dr. phil., Dipl.-Päd., Dipl.-Soz.Päd., Weiterbildung in Familientherapie/Systemischer Therapie sowie in Management im Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens, Klinische Sozialarbeiterin in der Psychiatrischen Abteilung des Klinikums Landsberg a. L., Dozentin an der FH München, FB Sozialwesen, am Centrum für Integrative Therapie in München und in anderen Bereichen der Erwachsenenbildung. Schwerpunkte: Familien(therapie) und Klinische Sozialarbeit.

Autor/Autorin

Hans-Peter Heekerens, 1947, Dr. theol., Dr. phil., Dipl.-Psych., Professor für Sozialarbeit/Sozialpädagogik und Pädagogik an der FH München, FB Sozialwesen, Weiterbildung in verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren. Schwerpunkte: Familien(therapie) und Psychotherapieforschung.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Hans-Peter Heekerens, Dr. Maria Ohling
Fachhochschule München, Fachbereich Sozialwesen
Am Stadtpark 20
D-81243 München
E-Mail: heekerens@fhm.edu

Robert Waldl

Personzentriertes Coaching

Zusammenfassung: Im vorliegenden Artikel wird gezeigt, dass der Personzentrierte Ansatz nicht nur für Psychotherapie, sondern auch für Coaching ein konsistentes Theoriemodell zur Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung sowie zu Prozess und Beziehung bereitstellt. Coaching wird im Folgenden als eine besondere Ausformung der von Carl R. Rogers beschriebenen hilfreichen Beziehung analysiert. Es werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur Psychotherapie dargestellt. Anhand der Prozessskalen von Rogers werden die Besonderheiten von Coaching gezeigt und die Abgrenzung zur Psychotherapie verdeutlicht.

Schlüsselwörter: Coaching, Beratung, Prozessskala, Zielorientierung

Abstract: Person-centred Coaching. The following article shows that the Person-centred Approach provides a reliable theoretical model with regard to personality theory, theory of personal development as well as of process and relationship: not only for psychotherapy, but also for coaching processes. In the following article coaching will be analysed as a special mode of the helping relationship described by Carl R. Rogers. Similarities and differences of coaching and psychotherapy are presented. By means of Rogers' process scale the characteristics of coaching are highlighted and the differences with regard to psychotherapy are outlined.

Keywords: Coaching, counselling, process scale, goal orientation

*Seit langem bin ich felsenfest davon überzeugt
– manche werden sagen, es sei eine fixe Idee –,
daß die therapeutische Beziehung nur ein spezieller Fall
allgemeiner zwischenmenschlicher Beziehungen ist,
und daß die gleiche Gesetzmäßigkeit
alle interpersonalen Beziehungen regelt.
Carl R. Rogers (1961a/1973, S. 53)*

Die Darlegungen des vorliegenden Artikels sind theoretische Reflexionen aus meiner personzentrierten Praxis. Ich leite Coachings in Einzel- und Gruppensettings für Auftraggeber¹ aus verschiedenen Bereichen der Wirtschaft und aus dem arbeitsmarktpolitischen Bereich. Seit dem Jahr 2000 arbeite ich regelmäßig im Team mit Martina Dienstl. Wir verfügen beide über eine person-/klientenzentrierte Psychotherapieausbildung sowie über eine systemische Coaching-Ausbildung. Einzel- und Gruppencoachings, die wir in den Jahren

2000 und 2001 im Bereich Jobsuche und Berufsorientierung durchgeführt haben, waren aufgrund von schwierigen Rahmenbedingungen eine besondere Herausforderung für uns. Die Brauchbarkeit des Personzentrierten Ansatzes für Coaching-Prozesse zeigte sich uns besonders unter problematischen Arbeitsbedingungen deutlich. Durch die Umsetzung der personzentrierten Grundhaltungen gelang es uns, nicht nur unsere eigene Arbeitssituation positiv zu gestalten, sondern, zu unserem anfänglichen Erstaunen, auch durchgehend gute Resultate zu erzielen. Dies war die Zeit, in der wir einerseits eine ausformulierte personzentrierte Theorie jenseits der Psychotherapie zu vermissen begannen, andererseits jedoch daran gingen, unsere personzentrierte Arbeit auch theoretisch zu reflektieren.

Unsere einjährige Coaching-Tätigkeit wurde von einem unabhängigen Institut evaluiert. Die Ergebnisse der Evaluation belegen in Zahlen die, meiner Meinung nach, unterschätzte Bedeutung des Personzentrierten Ansatzes für das Coaching.

Im vorliegenden Artikel wird aus Gründen der Schwerpunktsetzung auf die Präsentation von quantitativen und qualitativen Arbeitsergebnissen verzichtet. Den Artikel verstehe ich nicht als Gesamtdarstellung einer Theorie des personzentrierten Coachings, sondern als einen Beitrag auf dem Weg dorthin.

¹ Wenn im Text nur die männliche Sprachform verwendet wird, so geschieht dies aus Gründen der leichteren Lesbarkeit. Es sind immer Frauen und Männer gemeint.

Coaching

Auch wenn keine verbindliche Definition für Coaching existiert, gibt es bei einigen anerkannten Coaching-Richtungen eine begriffliche Übereinstimmung (Rauen, 1999; Schreyögg, 1998). Coaching ist demnach ein auf eine Einzelperson oder eine Gruppe bezogener, unterstützender interaktiver Beratungsprozess, der berufliche und private Inhalte umfassen kann. Coaching ist auf ein definiertes Ziel hin ausgerichtet, findet meist in mehreren Sitzungen statt und ist zeitlich begrenzt. Die Basis eines Coaching-Prozesses bildet eine auf gegenseitige Akzeptanz und Vertrauen beruhende Beratungsbeziehung. Der Coach ist Spezialist für Prozess und Beziehung, jedoch kein Spezialist für Fachinhalte und greift niemals aktiv in die Rahmenbedingungen, welche Anlass für das Coaching waren, ein. Ziel ist eine Hilfe zur Selbsthilfe und Selbstverantwortung, indem beim Klienten Selbstwahrnehmung und -reflexion durch entsprechende Interventionen gefördert und damit die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit des Klienten erhöht werden.

Coaching hat seit den späten 80er Jahren als Instrument der Personalentwicklung in vielen Bereichen der Wirtschaft und Verwaltung eine weite Verbreitung gefunden. Coaching wird heute von Organisationen und neuerlich auch verstärkt von Einzelpersonen mit großer Selbstverständlichkeit angefragt. Die Professionalisierung ist von der Coaching-Ausbildung bis hin zur Evaluation von Coaching-Prozessen weit voran geschritten. Im Fahrwasser dieser Entwicklungen hat sich allerdings auch ein inflationärer Wortgebrauch des Begriffs Coaching breit gemacht. Der Begriff Coaching ist nicht geschützt, wie dies seit vielen Jahren bei Psychotherapie und zumindest ansatzweise bei Supervision der Fall ist, und so wird z. B. oft versucht, meist verschiedene Fachberatungen mit dem Suffix Coaching aufzuwerten, anderswo wird wieder jedwede Form der Personalentwicklung unter dem Begriff Coaching subsumiert. Neben der wirtschaftlichen Rezession der letzten Jahre ist es vor allem diese Unübersichtlichkeit auf der Angebotsseite, die den Markt für Coaching schwieriger werden ließ. Um dem entgegenzuwirken, gibt es im deutschsprachigen Raum bereits vielfältige Bestrebungen von Dachverbänden und Ausbildungseinrichtungen für die Schaffung von verbindlichen Qualitätsstandards im Bereich der Coaching-Ausbildung und der Coaching-Angebote. Jedenfalls befriedigt Coaching heute einen steigenden Beratungsbedarf, der von anderen Verfahren wie Psychotherapie, Supervision oder Unternehmensberatung nicht erfüllt wird.

Personenzentrierte Arbeit in Organisationen

Berater, die mit personenzentrierter Kompetenz in Wirtschaftsunternehmen, in Organisationen der Verwaltung und im Sozialbereich arbeiten, finden im Personenzentrierten Ansatz eine wertvolle Ressource für die Konzeption ihrer Arbeit und für die tägliche Praxis.

Wenn es auch bisher keine Zusammenschau und gesammelte Reflexion der vielfältigen Anwender gibt, so existiert doch eine große Zahl von ermutigenden Erfahrungsberichten und Plädoyers für die personenzentrierte Arbeit in Organisationen. Rogers (1951a) selber hat bereits überzeugend dargelegt, dass die Prinzipien seiner Therapieform auch in nicht-therapeutischen Kontexten erfolgreich angewendet werden können. Gemeinsam mit Co-Autoren hat er in dem genannten Buch die klientenzentrierte Methode anhand der Themenbereiche Gruppenarbeit, Führung, Verwaltung und Unterricht dargestellt. Einer der Co-Autoren, Thomas Gordon, publizierte später mit „*Group-Centered Leadership*“ und „*Leader Effectiveness Training*“ Bestseller, trennte sich von Rogers und baute ein bedeutendes Trainingszentrum für Führungskräfte aus der Wirtschaft auf. So wie bei Thomas Gordon lassen sich in unterschiedlichen Schulen und Richtungen von Organisationsentwicklung, Führungskräfteentwicklung, Kommunikationstrainings, Mediations-, Beratungs- und Coaching-Ansätzen der letzten Jahrzehnte Einflüsse von Rogers' grundlegenden Konzepten aufspüren. Oft wird auf diese Einflüsse hingewiesen, z. B. von E. H. Schein (Mitbegründer der Organisationsentwicklung und Prozessberatung), Peter M. Senge (Leiter des Center for Organizational Learning am MIT) und David Ryback (Managementberater). Manchmal springen diese Einflüsse einem ohne einen Hinweis auf ihre Herkunft ins Auge (teilweise mit den zentralen Begriffen wie Wertschätzung, Einfühlung, Echtheit), manchmal kann man sie aber auch nur aus Versatzstücken erahnen.

So effizient die Anwendung des Personenzentrierten Ansatzes in der praktischen Arbeit in Organisationen auch ist, so ist diese Anwendbarkeit doch nach zwei Seiten hin eingeschränkt. Die Erfahrung zeigt, dass der Personenzentrierte Ansatz in Einzel- sowie in Gruppensettings in fast allen Bereichen der Personalentwicklung (Beratung, Training, Supervision, Coaching etc.) effizient angewendet werden kann. Eine Grenze des Ansatzes, so wie er bisher formuliert ist, zeigt sich nicht bei der Arbeit *in* Organisationen, sondern erst bei der Arbeit *an* Organisationen, also bei klassischen Aufgabenstellungen der Organisationsentwicklung (OE). Im Rahmen von OE-Prozessen kommt es zu Interdependenzen von personalen und strukturalen Aspekten, eine Orientierung an der Person würde hier zu kurz greifen (vgl. Frenzel, 2001, S. 378). Die Dualität der Anforderung in OE-Prozessen in Form von strukturzentrierten und personenzentrierten Rollenaufträgen führte zur Weiterentwicklung des Ansatzes zur Personenzentrierten Organisationsentwicklung (PCOD – Person-Centered-Organisation-Development) durch Beatrix Terjung und Thomas Kempf. Ein personenzentrierter und ein strukturzentrierter Berater teilen sich hier ergänzend die Arbeitsfelder und erweitern so gegenseitig das Interventionsrepertoire, wenn einer von beiden an seine Grenzen stößt (Terjung & Kempf, 2001).

Lassen sich konzeptionelle Grenzen des Personenzentrierten Ansatzes durch Weiterentwicklungen überwinden, so ist die zweite angesprochene Grenze scheinbar hartnäckiger. Gemeint ist die begriffliche Grenze, die sich aus dem Wort *personenzentriert* ergibt.

Immer wieder stößt man als Praktiker auf die Verwechslung von personenzentriert mit der Bedeutung von „rein am Individuum“ und „am vereinzelt Menschen ausgerichtet“. Die soziale Dimension des Ansatzes spiegelt sich in seinem Namen nun mal nicht wider. Tatsächlich wird jedoch in der personenzentrierten Arbeit nach dem Menschen mit all seinen relevanten sozialen Beziehungen und strukturellen Bezogenheiten gefragt. „Mit dem Begriff Person ist immer der Mensch auch in seinen sozialen Bezügen gemeint, also die Person im jeweiligen System. Die individuelle und relationale Dimension des Personseins und Personwerdens, Selbständigkeit und Beziehungsangewiesenheit sind für die personale Sicht gleichermaßen bedeutsam.“ (Schmid, 1997, S. 175). Der Entwicklungsprozess einer Person kann in keiner Phase ohne die interaktionellen Aspekte dieser Person gesehen bzw. gefördert werden. Für die Anforderungen, die z. B. aus strukturellen Veränderungsprozessen an die Flexibilität des Selbstkonzeptes einer Person gestellt werden, gibt es Beschreibungen aus personenzentrierter Sicht (Mitterhuber, 2000). Der Personenzentrierte Ansatz stellt eine hinreichende Basis für die Arbeit in Organisationen zur Verfügung.

Das Vorurteil, personenzentrierte Arbeit beziehe sich nur auf das einzelne Individuum ist nicht nur falsch, sondern auch unverständlich. Ich habe auch beispielsweise in systemischen Seminaren noch nie etwas anderes als Personen sitzen gesehen. Eine Organisation ist jedenfalls noch nie *unmittelbar* in einem Seminar gesessen. In der Beratungsarbeit sind eine Organisation und alle ihre Teilbereiche nur über ihre Repräsentanten erreichbar, und das sind Personen. Daher kann, wenn auf Veränderungen im personalen und strukturellen Bereich abgezielt wird, immer nur an der Person angesetzt werden. Unabhängig davon, nach welchem theoretischen Modell in Organisationen gearbeitet wird, die Schnittstelle Person ist der unumgehbare Dreh- und Angelpunkt für das Gelingen oder das Verfehlen von Entwicklungsprozessen in Organisationen.

In einem Weiterbildungsseminar, an dem ich teilgenommen habe, wurde ein Coaching-Gespräch live nach dem systemischen Ansatz demonstriert. Als ich dem Coach, der das Gespräch wirklich wunderbar geleitet hat, rückgemeldet habe, dass ich glaube, dass seine systemischen Interventionen vor allem deshalb so zielführend waren, weil er während des gesamten Gespräches sehr wertschätzend, äußerst einfühlsam und als Person völlig kongruent gewesen sei, meinte er nach kurzem Nachdenken, dass diese Art einfach seine persönliche Haltung zu seinem Job und zu den Menschen sei, denen er darin begegne. Mein Standpunkt dazu ist, dass ein Coaching-Gespräch nicht wirksam sein kann und kein Prozess der positiven Veränderung in Gang gesetzt wird, wenn die personenzentrierten Bedingungen nicht weitgehend realisiert sind. Wenn jedoch umgekehrt die Beziehung zwischen Coach und Klient bestimmte Elemente enthält, die wir personenzentrierte Bedingungen nennen, dann kann hier mit sehr unterschiedlichen, kreativen, der jeweiligen Situation angepassten Techniken gearbeitet werden, und diese werden zielführend sein.

Für die praktische Arbeit in Organisationen heißt das, Coaching-Prozesse sind auf bestimmte Personen oder Gruppen zugeschnitten. Beim Coaching in Organisationen arbeiten wir jedoch an der Interaktion zwischen der einzelnen Person und einem System von interagierenden Personen – der Organisation. Selbstverständlich ist der Personenzentrierte Ansatz geeignet, das interaktionelle Umfeld zu klären, das auf die einzelne Person bzw. auf die Gruppe wirkt. Der personenzentrierte Coach sieht sich auch nicht außerhalb dieser sozialen Systeme stehend, die den Prozess von Anfang an mit beeinflussen, sondern sieht sich als Teil des strukturellen Gefüges. Während des Coachingverlaufes zeigt sich nicht nur eine Entwicklung des Klienten im Umgang mit einem bestimmten Thema, sondern auch die Auswirkung dieses Prozesses auf das strukturelle Umfeld. Es entsteht eine Wechselwirkung, die unabhängig davon, ob sie vorwiegend positiv oder negativ ist, im Coaching eine Rolle spielt und regelmäßig thematisiert wird.

Grundprinzipien des Personenzentrierten Coachings

In ein Coaching kommen, aus Eigeninitiative oder auf eine Initiative des Vorgesetzten (oder AMS-Beraters), in der Regel Personen, die einem gewissen äußeren Druck ausgesetzt sind. Meistens werden Veränderungen verlangt, die eine große Herausforderung für diese Menschen darstellen – oft geht es darum, sich unter Zeitdruck neuen Bedingungen zu stellen. Die Bereitschaft und die Fähigkeit einer Person, auf äußere Veränderungen und Entwicklungen flexibel zu reagieren, hängt nicht nur von den äußeren Rahmenbedingungen ab, sondern in einem hohen Ausmaß vom Selbstkonzept der Person. Eine Person mit einem starren Selbstkonzept kann nur schwer neue Erfahrungen zulassen, mit ängstlicher Abwehr werden Erfahrungen, die das Selbstbild gefährden könnten, vermieden. Durch Unterstützung der Selbstreflexionsfähigkeit wird im Coaching die Flexibilität der Selbststruktur erhöht, der Klient findet so in sich leichter Lösungen für die Anforderungen, die er sich selbst gestellt hat oder die von außen an ihn herangetragen wurden. Eine Person mit einem flexiblen Selbst kann neue Erfahrungen zulassen; dies ermöglicht gleichzeitig Kontinuität und Flexibilität.

Manchmal wird Unveränderlichkeit mit Sich-selbst-treu-Bleiben gleichgesetzt. „Nichts könnte der Wahrheit ferner liegen. Das sein, was man ist, heißt voll in das Prozeß-Sein eintreten. Veränderung wird erleichtert, tritt häufiger auf, wenn man bereit ist, sein wahres Selbst zu sein.“ (Rogers 1961a/1973, S. 177). Dies schrieb der Begründer des Personenzentrierten Ansatzes, als er die Bedingungen formulierte, unter welchen Menschen eine solche Entwicklung erleichtert wird: weg von Starrheit; weg von Fassaden; weg vom „eigentlich sollte ich“; weg davon, anderen zu gefallen; Entwicklung hin zu Selbstbestimmung; Entwicklung hin zu Erfahrungsoffenheit; Entwicklung in Richtung Selbstvertrauen. Coaching nach

dem Personzentrierten Ansatz ist eine Sonderform der Umsetzung hilfreicher Haltungen, wie Rogers sie beschrieben hat. Demgemäß gelten als Bedingungen für einen erfolgreichen Coaching-Prozess die drei Grundmerkmale: *Bedingungsfreies Akzeptieren, Einfühlendes Verstehen und Echtheit*.

Bedingungsfreies Akzeptieren – eine neutrale Ausgangsposition

Bedingungsfreies Akzeptieren bedeutet zuerst eine Haltung des Respekts und der Achtung für die Person des Klienten. Diese Haltung einzunehmen ist dem Coach möglich, weil er von der positiven Entwicklungsmöglichkeit seines Klienten ausgeht. *Bedingungsfreies Akzeptieren* bedeutet auch eine Bereitschaft zur engagierten Anteilnahme und ein sich sorgendes Interesse an der Situation des Klienten. Finke (1994) weist darauf hin, dass solch eine Haltung von einem Fachmann zu fordern vielleicht seltsam moralisierend, ja sogar ein wenig sentimental erscheinen könnte. Genau genommen handelt es sich aber „um nichts anderes als eine Haltung besonderer Sachlichkeit.“ Es geht um die entschiedene Hinwendung zur Sache, hier der Person des Klienten. „Solche ‚Sachlichkeit‘ erfordert das Absehen von sich selber, von eigenen Vorlieben, Enttäuschungen und Kränkungen. Diese Sachlichkeit bedeutet auch eine besondere Art des Interesses und der ‚Liebe zur Sache‘.“ (ebd., S. 32)

Bedingungsfreies Akzeptieren lässt sich auch in seiner Funktion darstellen: Entsprechend seiner Problemstellung beschreibt der Klient die Situation, in der er sich befindet, und oft sind hier schon Tendenzen von Veränderungswillen und positiven Zielsetzungen zu sehen. Dabei gibt es immer Aspekte, die gerne, vielleicht sogar stolz, geschildert werden. Andere Bereiche sind mit Ängsten, vielleicht mit Scham und Selbstverurteilung bis hin zu Wahrnehmungs-Verleugnung behaftet. Der Coach übernimmt das Akzeptieren und Wertschätzen zunächst stellvertretend für den Klienten. „Das Einnehmen der akzeptierenden, bejahenden Grundhaltung ist eine Vorentscheidung, die rein formal der Entscheidung entspricht, etwa eine ‚objektive‘, emotional-neutrale Haltung einnehmen zu wollen“ (ebd., S. 34). Die positive Haltung einzunehmen bedeutet, dem Klienten in der Offenheit seiner Möglichkeiten zu begegnen. *Bedingungsfreies Akzeptieren* hat die Funktion eines Appells an die kreativen und konstruktiven Potenziale des Klienten. Die Haltung von Wohlwollen und die positive Wertschätzung, die der Coach dem Klienten gegenüber einnimmt, führt dazu, dass jener die zunächst abgelehnten Aspekte seiner tatsächlichen Erfahrungen, nach und nach ebenfalls mit einer gewissen freundlichen Gelassenheit akzeptieren kann. Eine solche Entwicklung bedeutet beim Klienten meist eine Tendenz in Richtung Entspannung. Er muss nicht mehr so viele Kräfte in die Aufrechterhaltung einer Fassade investieren; es zeigt sich meist eine adäquatere Selbstwahrnehmung und damit eine erweiterte Handlungs- und Problemlösungskompetenz des Klienten.

Die Dualität des Einfühlenden Verstehens im Coaching

Der Coaching-Klient spricht von Personen und Situationen, die er besser verstehen möchte, von Problemen, die er lösen will, von neuen, selbst gewählten oder auferlegten Herausforderungen, die er bewältigen möchte. Dies sind Darlegungen von externalen Ereignissen, die vom Klienten mit einer bestimmten Emotionalität eingebracht werden. Fehlt in der Schilderung der innere Bezug, der emotionale und persönliche Bedeutungszusammenhang, versucht der Coach über seine Einfühlung in den Klienten etwas zur Klärung beizutragen. In seltenen Fällen wird der emotionale Teil, eine innere Betroffenheit, Verletztheit oder Angst, zuerst gezeigt und die zugehörigen Fakten der Geschichte werden erst nachgeliefert. Für ein erfolgreiches Coaching braucht es jedenfalls beide Anteile, den persönlich betreffenden, emotionalen „inneren“, und den kognitiven, faktenbezogenen „äußeren“ Teil. Der Coach beobachtet, hört zu, konkretisiert, bietet vorsichtig einfühlerisches Verstehen an, das manchmal nahe an Interpretationen herankommt, und regt den Klienten im ziel- und lösungsorientiert geführten Gespräch an, *beide* Ebenen zu klären: äußere Welt *und* affektive Konnotation! *Einfühlerisches Verstehen* heißt, über entsprechende Interventionen emotionale und kognitive Ressourcen des Klienten anzustoßen, anzusprechen, anzufühlen, sie zu wecken und sie damit für ihn spürbar, bewusst und nutzbar werden zu lassen. Der Klient gewinnt an Stärke, an Handlungs- und Lösungskompetenz, weil er in diesem Verstehensprozess seine Wahrnehmungen und Gefühle neu ordnen und zuordnen kann. Der Klient findet die Verbindung von „äußeren“ und „inneren“ Ressourcen; er kann dadurch seine Möglichkeiten deutlicher und differenzierter wahrnehmen, daher auch klarer entscheiden und seine Probleme besser lösen. Coaching zentriert nicht wie Psychotherapie auf die innere Welt des Klienten, sondern pendelt beständig zwischen innerer und äußerer Welt.

Durch das Prinzip *Einfühlerisches Verstehen* werden kognitive und emotionale Bestandteile des Erlebens zu einem Ganzen zusammengeführt. Das heißt, es kann nicht nur eine dieser beiden Ebenen alleine behandelt werden. Diese Dualität im Coaching zu wenig zu beachten, führt meist zu einem Stillstand des Coaching-Prozesses. Bleibt das Gespräch im Externalen, wird eine Fachberatung oder eine wirkungslose Scheinberatung durchgeführt, da die Lösung nicht zur emotionalen Befindlichkeit des Klienten passt. Häufig geschieht dies, wenn mit vordergründig sehr effizient erscheinenden Techniken zu Themen wie Entscheidungsfindung, Zeitmanagement, Konfliktlösung, Berufsorientierung o. Ä. gearbeitet wird. Das Problem scheint sich plötzlich wie von alleine zu lösen, in Wirklichkeit zeigt es sich jedoch nur nicht, weil der innere Anteil des Problems ausgeblendet wird. Der Klient verlässt die Sitzung mit einer nicht umsetzbaren Scheinlösung und läuft Gefahr, von seinem Coach in der Folge als schwieriger oder nicht handlungsmotivierter Klient gesehen zu werden.

Wird dagegen nicht das innere Erleben, sondern der äußere Bezug zu wenig geklärt, kann der Coaching-Prozess ebenfalls zum Stillstand kommen. Der Coach kann nicht jede Klientenäußerung auf ihren emotionalen Gehalt hin überprüfen und dem Klienten rückmelden, da es sich hier nicht um einen psychotherapeutischen Prozess handelt und die als belastend empfundenen äußeren Gegebenheiten damit ausgeklammert würden. Die Aufgabe des Coaches ist es, mit dem Klienten die vielleicht anfangs schmalen Übergänge zur äußeren Welt und zu seiner Handlungskompetenz zu finden, die immer vorhanden sind und die der Klient dann nach und nach zu einer tragfähigen Verbindung ausbauen kann. Damit wird der Klient in seiner Kreativität und Entwicklungsfähigkeit unterstützt und es zeigt sich eine Erweiterung seines Handlungsspielraums.

Echtheit

Rogers nennt die *Echtheit* die grundlegendste Einstellung des Beraters, die für einen positiven Verlauf des Prozesses notwendig ist (Rogers, 1977b, S. 30). Gleich zu Beginn des Coachings interveniert der Coach häufig in jenen Kategorien, die sich vom Grundprinzip Echtheit ableiten. Bevor es zu einem Arbeitsvertrag zwischen Klienten und Coach kommen kann, geht es darum, den Arbeitskontext auszuleuchten (Kontextklärung). Der Coach sitzt niemals mit dem Klienten alleine im Boot, vielmehr kommt er als weiterer Beteiligter in ein bereits laufendes, vielfältiges Beziehungsgeschehen, welches durch den Coaching-Prozess beeinflusst wird, welches auf diesen jedoch von Anfang an wirkt. Zu klären ist: Wer ist der Auftraggeber des Coachings, wer bezahlt das Coaching, welche Beratungen finden parallel statt, welche Interessen und Erwartungshaltungen der Beteiligten gibt es, wer erwartet schließlich welche Form von Bericht aus dem Coaching? In der Auftragsklärung werden die Erwartungshaltungen des Klienten an den Coaching-Prozess sowie an die Rolle und Person des Coaches besprochen. Oft werden in diesem Zusammenhang Bedeutungszuschreibungen und Vorerfahrungen, auch mit anderen Beratungsformen, thematisiert. In der Zielklärung wird das Ziel des Coachings explizit benannt. Es werden die Zeitdimension und die Umsetzungschancen besprochen.

Zur Aufgabe des Coaches gehört es, im ersten Gespräch Erwartungen und Klientenannahmen zu Zielsetzung und Verlauf des Coachings und zur Rolle des Klienten und Coaches explizit zum Thema zu machen, Fragen aufzuwerfen, solche zu beantworten und Divergenzen zu klären. Ungenügende Klärungen zu Beginn des Coachings können eine versteckte Diskrepanz zwischen den Annahmen des Klienten und des (Selbst-)Verständnisses des Coaches bestehen lassen. So wichtig es ist, die Situation des Klienten von Beginn an einfühlsam zu verstehen, der Klient wird sich keine Vorstellung vom Coaching machen können und das Coaching-Angebot nicht wahrnehmen können, wenn der Coach nicht *seine* Perspektive des Problems in der entsprechenden Form kommuniziert. Das heißt,

der Coach ist im Unterschied zum Psychotherapeuten viel früher als Dialogpartner angefragt, sich mit seinem Bezugssystem offen mit dem Bezugssystem des Klienten auszutauschen, wobei er dem Klienten natürlich jede Freiheit lässt, sich von seinen Sichtweisen abzugrenzen.

Coaching und Psychotherapie – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Coaching und Psychotherapie haben ein gewisses methodisches Naheverhältnis. In den 80er Jahren, als Coaching sich im Bereich Personalentwicklung verstärkt etablierte, haben hier verschiedene Methoden und Interventionsverfahren aus der Humanistischen Psychologie (Gesprächstechniken, Rollenspiele etc.) und der Gruppendynamik Eingang gefunden. Die Psychotherapie gilt neben Sport, Consulting, Supervision und Mentoring als eine der Wurzeln des heutigen Coaching-Begriffes (vgl. Rauen, 1999, S. 21). Trotz vorhandener Gemeinsamkeiten lassen sich die Verfahren jedoch relativ klar voneinander abgrenzen. Als Unterscheidungsmerkmal zwischen den beiden Formen helfender Beziehungen kann jedoch nicht das Thema an sich dienen, obwohl dies in der gängigen Coaching-Literatur oft so dargestellt wird. Als Kriterium, ob für den Klienten Coaching oder Psychotherapie angebracht ist, kann nur die Art und die Schwere der Betroffenheit des Klienten herangezogen werden. So ist für den einen ein berufliches Problem, wie z. B. ein drohender Jobverlust, ein Anlass, um in Gelassenheit über seine Situation zu reflektieren, das Karrieretal eventuell für eine kurze Auszeit zu nützen, während für den anderen beim gleichen Anlass die Welt zusammenstürzt und er in seinem subjektiven Empfinden am Rande eines tiefen schwarzen Loches steht.

Obwohl im Coaching mit Problemstellungen von geringerer emotionaler Tiefe gearbeitet wird, ist Coaching keine Leichtversion von Psychotherapie, sondern unterscheidet sich von dieser durch stärker strukturierendes Vorgehen und einer Orientierung an einem explizit formulierten Ziel. In der Psychotherapie nimmt der Therapeut die personenzentrierte Grundhaltung ein, sucht den Bezugsrahmen des Klienten auf und begleitet diesen bei der Klärung seiner Anliegen. Mit einer großen Zuverlässigkeit kann er auf die Aktualisierungstendenz bauen und sich von diesem Kompass im Klienten im Prozessverlauf leiten lassen. Die Aktualisierungstendenz wird beim personenzentrierten Coaching ebenso für die Steuerung des Prozessverlaufes genützt – und doch gibt es hier zusätzlich zu diesem Kompass das explizit formulierte Ziel, welches wie ein Fixstern als vereinbarter externer Orientierungspunkt genützt wird. Es ist nicht die Aufgabe des Coaches, auf die Einhaltung des Zieles zu pochen, sondern auf eventuelle Abweichungen in einer produktiven Weise hinzuweisen. In den Abweichungen vom vereinbarten Ziel, vor allem wenn sie regelmäßig und mit sehr eindeutigen inhaltlichen Tendenzen vorkommen, sind meist wichtige Botschaften enthalten.

Gemeinsamkeiten von Coaching und Psychotherapie:

- Anwendung reflektierender Verfahren, von psychologisch wirksamen, aber keinesfalls manipulierenden Methoden
- Basis der Beratung ist eine von gegenseitigem Vertrauen und Akzeptanz gekennzeichnete Arbeitsbeziehung; der Berater fungiert für den Klienten als Alter-Ego und als Dialogpartner
- Der Berater ist Spezialist für Prozess und Beziehung, jedoch kein Spezialist für (Fach-)Inhalte
- Beschäftigung mit dem Erleben des Klienten
- Eine bedingungsfrei wertschätzende, empathische und kongruente Haltung des Beraters ist Voraussetzung für das Gelingen; Methoden und Interventionsformen können nur auf Basis dieser Grundhaltung wirksam werden
- Angestrebtes Ergebnis ist eine erhöhte Kompetenz zur Problembewältigung durch Erweiterung von (Selbst-)Wahrnehmung und Flexibilisierung der Selbststruktur des Klienten

Unterschiede zwischen Coaching und Psychotherapie

<i>Coaching</i>	<i>Psychotherapie</i>
Im Vordergrund stehen aktuelle, benennbare, überschaubare Themen von „geringer bis mittlerer“ emotionaler Tiefe; Coaching wird für Themen aus dem beruflichen Kontext in Anspruch genommen, ist jedoch auch für private Themen geeignet.	Besonders für Probleme mit krankheitswertiger Gewichtung geeignet; Psychotherapie bewirkt Linderung von psychischen Leiden, ist jedoch aus personzentrierter Perspektive vor allem ein Modell der Persönlichkeitsentwicklung, was Krankheitsprävention einschließt.
Der Prozess pendelt beständig zwischen dem inneren Erleben des Klienten und der von außen an ihn herangetragenen Anforderung.	Im Prozess wird auf das innere Erleben des Klienten fokussiert.
Ressourcen- und lösungsorientierte kurz- bis mittelfristige Prozesse.	Auch langfristige Prozesse mit ursachenorientierter Analyse möglich.
Es wird überwiegend ziel- und handlungsorientiert gearbeitet; Ziele sind oft reine Leistungsziele; Coach und Klient bewegen sich vorwiegend (aber nicht nur) in der Welt des Tuns.	Hier wird überwiegend erlebnisorientiert gearbeitet, Therapeut und Klient bewegen sich vorwiegend (aber nicht nur) in der Welt des Seins, letztlich geht es hier um das In-der-Welt-Sein.
Bei Coaching in Organisationen ist die Arbeitsbeziehung oft ein Dreiecksverhältnis: Auftraggeber – Klient – Coach. Die Klärung des strukturellen Kontextes, in dem der Klient sich befindet und in dem das Coaching stattfindet, muss zu Beginn des Prozesses erfolgen.	In der Regel ist hier der Klient auch der Auftraggeber. Die Explizierung und Klärung der Beziehungen und sozialen Interaktionen des Klienten sind Bestandteil eines längeren Therapieprozesses.
Klare Ziel- und Auftragsklärung, mit regelmäßiger Überprüfung; es wird nicht zur Gesamtpersönlichkeit des Klienten gearbeitet, sondern auf Teilbereiche fokussiert, während andere Bereiche und (ev. auch massive) Problemstellungen ausgeklammert bleiben.	Komplexe Problemlösung mit Vertrauen in die Selbstaktualisierung, es genügt eine globale Zielbenennung, die sich erst im Prozess konkretisiert; die Zielsetzung kann sich im Zuge des Therapieprozesses (auch mehrmals) ändern, die Gesamtstruktur der Persönlichkeit des Klienten kann sich ev. weiterentwickeln.
Arbeitserfahrungen aus den Bereichen Wirtschaft und Verwaltung sind beim Coach notwendig.	Psychotherapiespezifische Kenntnisse sind beim Psychotherapeuten notwendig.

Das Spezifische am Coaching nach dem Personzentrierten Ansatz

Trotz der Unterscheidungsmöglichkeit von Psychotherapie und Coaching gibt es eine Fülle von Überschneidungen zwischen den Anliegen von Psychotherapie-Klienten und Coaching-Klienten. Hier soll in einer idealtypischen Gegenüberstellung die unterschiedliche Problematik von Psychotherapie-Klienten und Coaching-Klienten verdeutlicht werden. Die hier getroffenen Aussagen sind nicht als starre Bewertungskriterien im Sinne eines Entweder-Oder zu lesen, sondern vielmehr als Markierungen auf einer Skala mit fließenden

Übergängen. Insbesondere gilt das hier über Coaching-Klienten Gesagte oft auch für Psychotherapie-Klienten, besonders für solche in fortgeschrittenen Therapien. Umgekehrt können die Kriterien, die hier den Psychotherapie-Klienten zugeordnet sind, punktuell auch für Coaching-Klienten zutreffen (wenn etwa besonders belastende Situationen plötzlich vulnerable Seiten des Klienten zeigen). Als Basis dient hier die von Rogers entwickelte Prozess-Skala, mit der er seine Grundlagen und Thesen einer Theorie der gesunden menschlichen Entwicklung operationalisierte. Sein Konzept der *fully functioning person* stellt dabei idealtypisch den imaginären Endpunkt dieser Entwicklung dar.

Erscheinungsformen / Ursachen von Problemen bei Coaching-Klienten	Erscheinungsformen / Ursachen von Störungen bei Psychotherapie-Klienten
<p>Beziehung zu Problemen</p> <p>Die eigene Verantwortung und der Bezug zu den Problemen kann entweder gesehen werden oder es besteht ein expliziter Wunsch, diese zu sehen. Auch wenn Veränderungen vielleicht ängstigen, werden sie vom Klienten als notwendig erachtet.</p>	<p>Probleme werden eventuell als äußere Ereignisse geschildert, der innere Bezug zu den eigenen Problemen wird vom Klienten oft nicht erkannt, daher besteht oft kein direkter Wunsch nach einer persönlichen Veränderung.</p>
<p>Kommunikation über das Selbst</p> <p>Die Kommunikation über das Selbst ist hier vorhanden (bzw. stellt sich leicht ein) und ist überwiegend positiv. Über relevante Strecken besteht hier Selbstvertrauen und Belastbarkeit. Selbstwertschätzung fehlt eventuell bezogen auf ein bestimmtes Thema.</p>	<p>Hier kann die Kommunikation über das Selbst fehlen, negativ sein oder möglicherweise geprägt sein von einem eingegengten und negativen Selbstkonzept: Selbstunsicherheit, Selbstverachtung, Unselbstständigkeit, geringe Belastbarkeit, Leistungsunfähigkeit, Zerrissenheit, Desorganisation.</p>
<p>Erleben von Inkongruenz</p> <p>Beim Coaching-Klienten kann man in Bezug auf das vorgebrachte Thema von einer <i>ereignisbedingten Inkongruenz</i> sprechen. Der Klient kann Anforderungen der für ihn wichtigen Aspekte aus seiner Berufs- oder Privatwelt nicht in Einklang mit seinen (durchaus hoch entwickelten und bisher gut brauchbaren) Einordnungs- und Bewältigungskompetenzen bringen. Diese Inkongruenz wird vom Klienten weitgehend wahrgenommen.</p>	<p>Ursachen für das Erleben von massiven Inkongruenzerfahrungen sind biografische Entwicklungen (seit der Kindheit bestehende Konflikte, primäre Inkongruenzen, frühe Beziehungsstörungen) eines inkongruenten Selbst (d.h. Selbstkonzept und organismisches Erleben sind inkongruent), einschließlich eines fehlenden organismischen Wertungssystems. Die Inkongruenz wird vom Klienten oft nicht bemerkt, sie wird kompensiert und liegt am Rande oder jenseits der Gewährwerdung.</p>
<p>Erfahrungskonstrukte</p> <p>Die Erfahrungskonstrukte pendeln hier meist zwischen Rigidität und Flexibilität, zwischen Generalisierung und Differenzierung. Im Zuge der Arbeit werden die Konstrukte zunehmend variabel, offen und durch neue Erfahrungen prüfbar.</p>	<p>Die Erfahrungskonstrukte sind hier oft eingeschränkt und rigide, manchmal überschießend, negativ (aufgrund externer Werte, die als Introjekte im Selbst verankert sind).</p>
<p>Angstentwicklung und Wahrnehmungsfähigkeit</p> <p>Beim Coaching-Klienten ist die Angstentwicklung nur schwach ausgeprägt und führt nicht zu einer generellen Verengung der Wahrnehmung. Die Angst ist nicht die Folge einer entwicklungsbedingten Inkongruenz, sondern ist eine Angst vor konkreten Ereignissen. Sie beruht auf einer mangelnden Durchschaubarkeit der Situation bzw. einer situativen Überforderung.</p>	<p>Angst tritt dann auf, wenn eine Diskrepanz zwischen dem Selbstkonzept und dem organismischen Erleben an der Schwelle der Gewährwerdung spürbar wird. Bei Therapie Klienten kommt es bei der Abwehr dieser Angst zur Leugnung oder Verzerrung von Wahrnehmungen bzw. ihrer akkuraten Symbolisierung.</p>
<p>Unbefriedigende Handlungs- und Lösungskompetenz</p> <p>Der Klient ist einer Situation ausgesetzt, die durch schnellen Wandel, neue Orientierungsmuster und Handlungskompetenzen verlangen. Die Ursache für sein „Versagen“ sind hier nicht eine inkongruente Selbstentwicklung, sondern sie liegt in den (noch nicht bewältigten) Anforderungen, die dem Selbst fremd erscheinen und von ihm noch nicht integriert werden können.</p>	<p>Rogers sieht menschliches Verhalten als den zielgerichteten Versuch, die wahrgenommenen Bedürfnisse zu befriedigen. Das Individuum sucht das Verhalten auf, das seinem Selbst, seinen Bedürfnissen und seinem Wertungssystem entspricht. Bei Psychotherapie -Klienten ist eine inkongruente Selbstentwicklung Ursache für „Versagen“ und für unbefriedigende Handlungs- und Lösungskompetenz.</p>

Resümee

Vor dem Hintergrund der von Rogers entwickelten Theorie zu Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung sowie zu Prozess und Beziehung lassen sich die Grundprinzipien von personenzentriertem Coaching, die sich zuallererst in einer bestimmten Grundhaltung des Coaches zeigen, darstellen. Im Unterschied zur großen Zahl der mehr oder weniger eklektizistischen Coaching-Modelle, verfügt Coaching nach dem Personenzentrierten Ansatz über eine methodische Übereinstimmung von den theoretischen Grundlagen bis zur konkreten Intervention. In Einklang mit den personenzentrierten Grundhaltungen

können im Coaching verschiedenartige Methoden angemessen integriert und differenzierte Interventionen gesetzt werden. Personenzentriertes Coaching verstehe ich weniger als ein neuartiges, zusätzliches Verfahren, sondern vielmehr als konsistente Methode, die auch als integrativer Coaching-Ansatz geeignet ist.

Der Personenzentrierte Ansatz spielt bisher weder bei Coaching-Anbietern noch in Coaching-Ausbildungscurricula eine wesentliche Rolle; bisher ist personenzentriertes Coaching auch in keinem Fachbuch dargestellt. Förderlich für Anwender wäre ein reflektiertes Versammeln des vielfältigen Know-hows aus personenzentrierter Beratungstätigkeit, die in Organisationen geleistet wird. Dass es

solche Arbeit in mannigfaltiger Form gibt, zeigen regelmäßig Beiträge in der Fachliteratur und auf Symposien. Neben einer solchen Zusammenschau ist jedoch auch eine weitere Ausformulierung des Personenzentrierten Ansatzes wünschenswert. Ähnlich wie in den letzten fünfzehn Jahren eine breitere Differenzierung der Methode durch störungsspezifisches Wissen stattgefunden hat, wäre eine weitere Explizierung von *systemspezifischem Wissen* wichtig. Nicht das eine zielführende personenzentrierte Arbeit in den unterschiedlichen Kontexten sonst nicht möglich wäre, im Sinne einer effizienteren Weiterbildung und einer Arbeitserleichterung ist es jedoch relevant zu wissen, welche spezifischen Gegebenheiten in der Beratungsarbeit mit Paaren, Familien, Gruppen, Organisationen und Institutionen zu erwarten sind. Letztlich wäre für die Entwicklung des personenzentrierten Coachings zu einer wahrgenommenen Coaching-Methode ein offener Dialog mit anderen Coaching-Ansätzen wünschenswert und fruchtbar.

Literatur

- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Frenzel, P. (2001). Der Personenzentrierte Ansatz jenseits der Psychotherapie. In P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie* (S. 362–392). Wien: Facultas.
- Mitterhuber, B. (2000). Person als Schaltstelle von Veränderungsprozessen. Eine Brille der mehrdimensionalen Betrachtung. *Person*, 4(2), 40–43.
- Rauen, Ch. (1999). *Coaching. Innovative Konzepte im Vergleich*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Rogers, C. R. (1951a). *Client-centered therapy. Its current practice, implications and theory*. New York: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1961a/1973). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflins; dt. 1973: *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1977b). *Therapeut und Klient*. Frankfurt/M.: Fischer
- Schmid, P. F. (1997). Personenzentrierte Supervision. Berufliche Entwicklung durch Begegnung. In I. Luif (Hrsg.), *Supervision* (S. 175–188). Wien: Orac.
- Schreyögg, A. (1998). *Coaching: Eine Einführung in die Praxis*. 3. Aufl. Frankfurt/M.: Campus.
- Terjung, B. & Kempf, T. (2001). *Von der Klientenzentrierten Therapie zur Personenzentrierten Organisationsentwicklung*. Köln: GwG.

Autor

Robert Waldl, Mag.phil., Personenzentrierter Psychotherapeut, Coach, Unternehmensberater in Wien, Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG)/Sektion Forum.

Korrespondenzadresse

Mag. Robert Waldl
Schottenfeldgasse 41/20
A-1070 Wien
E-Mail: robert@waldl.com
Website: www.coaching-psychotherapie.com

Rezensionen

Michael Behr

Gerhard Stumm / Johannes Wiltschko / Wolfgang W. Keil: Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung.

Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta (*Leben lernen 155*), 2003. 400 Seiten, ISBN 3-608-89697-X, € 35.–

Wirklich gelungen, fachlich exquisit und sehr interessant zu lesen fand ich dieses Lexikon, das optimalen Gewinn am ehesten den Lesern bringt, die mit dem Personzentrierten Konzept schon etwas vertraut sind.

Ein Lexikon zur personzentrierten Begrifflichkeit war sicher überfällig, und den Herausgebern gebührt ausgesprochen viel Dank für die Sisyphusarbeit, ca. 130 Artikel von 60 Kollegen aus 8 Ländern, Schwerpunkt Österreich, zu einem so anspruchsvollen 397-seitigen Ganzen zu verhelfen. Ca. 3 Buchseiten pro Begriff, und doch gelingt es fast immer, wesentliche Definitionen, historische Aspekte und weiterführende Literatur, meist 6 bis 8 Referenzen, auf den Punkt zu bringen. Ein Dank somit auch den Autoren, die diese sprachlich und gedanklich schwerste Aufgabe, kurz und doch verständlich, in den allermeisten Fällen bravourös, bewerkstelligt haben. Dies gilt auch für die ca. 4-seitigen Kurzbiographien von 9 eminenten Wissenschaftlern: Rogers, Gendlin, Greenberg, Lietaer, Pfeiffer, Prouty, Swildens, Tausch, Thorne. Vielleicht ist dies sogar der stärkste Teil dieses Werks, weil er den Ansatz hier in den Personen am lebendigsten werden lässt. Doch so etwas ist riskant: warum nicht zum Beispiel auch Virginia Axline, Thomas Gordon, oder noch viele andere?

Die Breite der Stichwortauswahl beeindruckt: Enthalten sind nicht nur die zentralen personzentrierten Konzepte, sondern auch Anwendungsfelder, Störungskategorien und allgemeinere psychologische Begriffe, zu denen das Personzentrierte Konzept eine Position hat. Eine Tendenz gibt es vielleicht zur theoretisch konzeptionellen und philosophischen Dimension, während man zum Thema empirische Forschung im Personzentrierten Konzept nichts erfährt. Und nur ein einziges Stichwort würdigt die personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, da wäre mehr möglich und nötig. – Nun gut, man kann nicht alles machen.

Ein fachlicher Knackpunkt dieses Werkes liegt allenfalls woanders: im Versuch, die Focusing-Konzepte „in den personzentrierten Rahmen zu stellen.“ (S.5). Dies ist unbestreitbar verdienstvoll

und auch notwendig. Ein großes Bravo, dass es versucht wurde: Doch wie soll dieser Spagat gelingen, wenn dann in den Artikeln die personzentrierten Wurzeln und Bezüge der Focusing-Konzepte nicht benannt werden? Die erstaunte Leserschaft findet unter dem Stichwort „Listening“ eine – brillante – Darstellung all dessen, was empathisches Zuhören ausmacht, doch ohne Verweis auf das Stichwort Empathie im selben Lexikon und ohne jede Referenz auf Rogers oder weitere fachliche und historische Wurzeln. Die findet man dann sehr, sehr schön im Empathie-Artikel der Binders, – ohne Verweis auf die Entwicklungen im Focusing.

Fachlich gesehen sind diese Bruchstellen unbefriedigend, und das ist auch der wichtigste Grund, warum ich das Werk Anfängern nicht recht empfehlen würde, denn die können das nicht erkennen. Auch sind manche Focusing-Konstrukte so komplex (zum Beispiel „Strukturgebundenheit“), dass der Kurzartikel nur verständlich ist, wenn man sie ohnehin schon kennt.

Doch so etwas kommt in den besten Familien vor und gewiss in jedem großen Handbuch oder Lexikon. Das Werk ist unter dem Strich ein beeindruckendes Dokument, trotz der Monita fachlich erstrangig, und es überwindet nationale bzw. sprachliche Tellerränder vorbildlich. Wie leicht kann man am Versuch einer umfassenden, integrierenden Darstellung des personzentrierten Theoriegästes scheitern; diese Herausgeber und Autoren tun es gewiss nicht. Und so gehört das Buch sicherlich in den Bücherschrank eines jeden Personzentrierten Therapeuten, Beraters oder Ausbilders. Beim Preis von 35 € wünscht man sich allerdings doch eine Ausstattung, die das eminente fachliche Niveau widerspiegelte, so in puncto Papierqualität, oder mit Visualisierungen wie Grafiken, mind-maps, Tabellen, Fotos, Diagrammen.

Peter F. Schmid

Kreatives Nicht-Wissen

Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftskritischen Anspruch des Personenzentrierten Ansatzes

Zusammenfassung: Rogers' Persönlichkeits- und Beziehungstheorie und seine Gegenposition zu Experteninterventionen erweisen sich bei näherem Zusehen als herbe Gesellschaftskritik. Impliziert sein Konzept, dass „die wesentlichen Bedingungen der Psychotherapie in einer einzigen Konfiguration bestehen“, tatsächlich, wie seither oft behauptet, die Ablehnung von Störungsdifferenzierung und Psychodiagnose? Und anders gefragt: Haben wir durch die seither zahlreich entwickelten differenziellen Konzepte wirklich Neues über die Psychotherapie dazugelernt? – Aus dialogisch-personaler Sicht sind Therapeut und Klient nicht nur in Beziehung, sie sind Beziehung. Das bedeutet, dass sie in jeder therapeutischen Beziehung verschieden sind. Es ist der Klient, der den Therapeuten „in-form-iert“, d. h. in Form bringt zu verstehen, und zum Risiko herausfordert, mit ihm eine einzigartige Beziehung zu kokreieren. Fazit: Es ist immer die Orthopraxie, die die Orthodoxie herausfordert.¹

Stichwörter: Persönlichkeitsentwicklung, Entfremdung, Begegnung, prozessspezifisch, störungsspezifisch, Diagnose.

Abstract: Creative not-knowing: On diagnosis, disorder-specific approaches and the claim of social criticism in the person-centred approach. On a closer look Rogers' theories of personality and relationship and his counter-position to expert interventions prove themselves to constitute a harsh social criticism. Does his conception that “the essential conditions for psychotherapy exist in a single configuration” really imply a rejection of disorder differentiation and psychodiagnosis, as is often claimed? Furthermore, have the numerous conceptions of differentiation developed more recently actually taught us something new about psychotherapy? – From a dialogical-personalistic view therapists and clients are not only seen as being in relationships; as persons they are relationships, which makes them different in each therapeutic contact. It is the client who “in-forms” the therapist, i.e. “gives him shape or form” to understand, and challenges him to take the risk of co-creating a unique relationship. In short: It is always orthopractice that challenges orthodoxy.

Keywords: Becoming a person, alienation, encounter, process-specificity, disorder-specificity, diagnosis.

1 Überarbeitete und erweiterte Fassung des Hauptvortrags „Back to the clients: A phenomenological approach to the process of understanding and diagnosis“ bei der 6. Weltkonferenz für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung in Egmond aan Zee, Niederlande, Juli 2003, und des Vortrages „Kreatives Nicht-Wissen“ beim Salzburger Symposium „Gestaltende und vermittelnde Prozesse“ der deutschsprachigen personenzentrierten Verbände, September 2004, im Rahmen des Subsymposiums „Störungsspezifische Konzepte“ der Internationalen Gesellschaft PCA (Person-Centered Association in Austria). Vgl. Schmid,

2004c; 2005a. – Die in diesen Arbeiten vorgebrachten Überlegungen wurden mittlerweile von mehreren Autoren aufgegriffen und diskutiert [Cornelius-White, 2004; Tudor & Worrall, 2005; vgl. Takens & Lietaer, 2004; Joseph & Worsley, 2005; Sanders, 2005; das Heft der Zeitschrift *Mouvance Rogérienne* 5 (2003)] – Für Vorarbeiten zu diesem Artikel waren Diskussionen mit Kollegen der PCA sehr hilfreich; Anregungen verdanke ich besonders Christian Fehring, Christian Korunka und Hermann Spielhofer.

„Man soll nicht den Arzt fragen, sondern den Kranken“
Jüdisches Sprichwort

„Es ist besser den Patienten zu kennen, der die Krankheit hat,
als die Krankheit, die der Patient hat.“
Hippokrates

Nach den jahrzehntelangen Bemühungen um eine störungsspezifische Darstellung der „Gesprächspsychotherapie“ aus verschiedenen Gründen, darunter auch wesentlich um der Ermöglichung der staatlichen Anerkennung in Deutschland willen, ist die Diskussion um die Notwendigkeit bzw. Zulässigkeit störungsspezifischen personenzentrierten Vorgehens in den letzten Jahren auch international wieder prominent in Gang gekommen. Bei zwei der derzeit wichtigsten regelmäßigen personenzentrierten und experientiellen Konferenzen, der letzten Weltkonferenz in den Niederlanden, 2003, und dem internationalen deutschsprachigen Symposium in Österreich, 2004, sorgte das Thema „Prozess- bzw. Störungsspezifität“ für größtes Interesse und zum Teil heftige Debatten. „Process Differentiation and Person-Centeredness (Prozessdifferenzierung und Personzentrierung)“ mit den kontroversiellen Hauptreferaten von Swildens (2004), Mearns (2004), Sachse (2004), Schmid (2004c) und Greenberg (2004) war das Thema der Weltkonferenz. Die Diskussion über die verschiedenen Positionen zu Psychodiagnose, Psychopathologie und zum störungsspezifischen Vorgehen ist dort voll ausgebrochen und hat zu einer scharfen Debatte geführt, die bis heute anhält.² Ein internationales personenzentriertes Buch zum Thema ist gerade erschienen (Joseph & Worsley, 2005). Vieles an der aktuellen Positionierung und Polemik mag schlicht Anpassung an den Zeitgeist und die herrschenden sozialversicherungsrechtlichen Bedingungen sein, was – je nach Standpunkt – auch als eine Frage des persönlichen professionellen „Überlebens“ und des „Überlebens“ des Ansatzes verstanden wird. Doch es geht dabei um Grundsätzlicheres: Die Leidenschaft, mit der das Thema behandelt wird, nimmt nicht weiter wunder, bedenkt man, dass es sich hier um eine der wichtigsten Konsequenzen aus den Menschenbildern handelt, die den verschiedenen Ansätzen zugrunde liegen.

Die Fragen, um die es dabei geht und die ich im Folgenden anschnaide, sind unter anderem:

- Vertragen sich Diagnosen mit dem Menschenbild und den Grundlagen des Personenzentrierten Ansatzes?
- Ist Störungs-spezifisches Denken und Handeln eine Weiterentwicklung oder eine Wegentwicklung von *Person*-zentrierter, also fundamental an der Person orientierter Therapie?

Wenn Störungsspezifität eine Wegentwicklung von der grundsätzlichen Personenzentrierung mit all ihren bereits von Rogers aufgezeigten Konsequenzen bedeutet, worin besteht dann das Charakteristikum des Personenzentrierten Ansatzes, das ihn gerade dadurch unverwechselbar macht und Grund für seine Eigenständigkeit ist?

Wenn sie eine Weiterentwicklung bei Beibehaltung der Grundsätze darstellt, wie soll der Personzentrierte Ansatz dann in einem Gesundheitssystem und einer Gesellschaft erfolgreich überleben, die dazu im Widerspruch stehende Forderungen aufstellt – oder sollen wir uns damit begnügen, die Rolle einer kleinen radikalen, aber unbedeutenden Minderheit zu spielen?

Der Artikel versucht, die Grundlagen des Verständnisses von so genannter Gesundheit, so genannter Krankheit und so genannten störungsspezifischen Konzepten einer näheren Untersuchung aus philosophisch-anthropologischer Sicht zu unterziehen. Es ist nötig, zu den Anfängen und Ursprüngen des psychotherapeutischen Unterfangens und damit „zurück zum Klienten“ zu gehen. Dazu wird in drei Schritten vorgegangen:

- Zunächst sind die „Basics“, die philosophischen und psychologischen Implikationen von Gesundheit, Krankheit bzw. Störung und Heilung zu untersuchen.
- Dann ist die erkenntnistheoretische Frage zu stellen, wie wir eigentlich erkennen können, was in einem Menschen vor sich geht. Wie und was können wir wissen? Brauchen wir überhaupt Wissen, um zu verstehen und um durch Therapie Persönlichkeitsentwicklung zu fördern? Und: Wie können wir etwas herausfinden und Konzepte bilden, aufgrund derer wir dann Diagnosen stellen?
- Schließlich sollen Kriterien erarbeitet werden, die auf der Basis eines personenzentrierten Personverständnisses für eine Konzeptbildung nötig sind.

Personale Anthropologie: Authentizität und Entfremdung

„Person“: Der substanzial-relationale Personbegriff als Sozialkritik

Carl Rogers' Zugang zur Frage der psychischen Gesundheit war humanistisch, nicht medizinisch. Bewusst wählte er einen humanwissenschaftlichen, nicht einen naturwissenschaftlichen Ansatz. Seine ganzheitliche Sichtweise des Menschen als Person umfasst nicht nur die biologische und individuelle Natur, sondern auch die relationale und damit soziale Natur des Menschen. Seine Psychologie ist von allem Anfang an Sozialpsychologie – ein Sichtweise, die er je später, desto stärker betont (Rogers 1963d/1998; vgl. Schmid, 1994; 1996; 2004b).³

² Vgl. etwa den Jahrgang 3 (2004) der Zeitschrift „Person-Centered and Experiential Psychotherapies“ und die Postings im CCT/PCA-E-Mail-Network (<http://texaslists.net/cctpca>).

Indem er den Menschen aus seinem eigenen Bezugsrahmen heraus zu verstehen sucht, betrachtet er konsequenterweise jedes Individuum in seiner Einzigartigkeit. Daher steht er – im Gegensatz zu einer objektivierenden und analytischen Herangehensweise – in der Tradition der Phänomenologie, des Existenzialismus, der Hermeneutik und des Konstruktivismus (Zurhorst, 1993). Aber mehr noch: *Rogers' Persönlichkeitstheorie ist in Wahrheit eine fundamentale Sozialkritik, weil sie eine kritische Theorie der Sozialisation ist.*

Im Zentrum seines Personverständnisses steht der Prozess der Authentizität, der immer neu zu erringenden Kongruenz zwischen dem „erlebenden Organismus“ bzw. der Natur des Menschen einerseits und seinem Selbstkonzept andererseits. Lange Zeit war das, unter anderem dem Zeitgeist entsprechend, in einem individualistischen Sinn missverstanden worden. Aber Rogers (1965b, S. 20) unterstrich sehr deutlich, dass die Natur des Menschen selbst „unheilbar sozial“ ist: *Wir sind nicht nur in Beziehungen; als Person sind wir Beziehungen.*

Der Mensch als Person muss daher sowohl substanzial (d. h. bestimmt durch Autonomie und Souveränität) wie relational (also charakterisiert durch Beziehungsangewiesenheit und Solidarität) verstanden werden (Schmid, 2001b; 2002b; 2003; 2004b).⁴ *Beides, Aus-sich- und Für-sich-Sein einerseits, Aus- und In-Beziehung-Sein andererseits, mit anderen Worten: Autonomie und Beziehungsangewiesenheit, machen wesentlich die menschliche Natur aus. Wir sehen und erleben sie nur von unterschiedlichen Aspekten, weil wir sie in unterschiedlicher Hinsicht in den Blick nehmen. Wenn wir den Menschen als Person bezeichnen, so ist gemeint, ihn als substanzial-relationales Wesen zu verstehen.*⁵

Wenn aber zum Menschen seine sozialen Beziehungen untrennbar dazugehören, muss jede *Person*-zentrierte Überlegung dazu, was „gesund“ oder „fully functioning“ bedeutet, eine sozialkritische Theorie einschließen. Rogers' Persönlichkeits- und Beziehungstheorie erweist sich bei näherem Zusehen als solche herbe Gesellschaftskritik. Sie umfasst auch eine Kritik an den damals etablierten psychotherapeutischen Schulen, indem er sich

unter anderem radikal gegen die Vorstellung wandte, es seien die Interventionen von Experten, die die Wirkung von Psychotherapie ausmachen.

„Psychische Gesundheit“: Eine Theorie der Authentizität statt eines „Gesundheitskonzeptes“

Der Person-zentrierte Zugang zu dem, was traditionellerweise „psychisch gesund“ genannt wird, liegt beim Konzept der Authentizität.

Eine Person zu sein, bedeutet, den *Prozess* der Authentizität zu leben, das eigene Potenzial in individuell und sozial konstruktiver Weise zu entwickeln. Rogers (1961a/1973, S. 183–195) sprach im Zusammenhang mit der „fully functioning person“ immer von einem Prozess, nie von einem Status. Das personzentrierte Menschenbild versteht die Natur nicht als etwas zu Domestizierendes, zu Kontrollierendes oder Einzuschränkendes. Es geht von der Annahme aus, dass sie an sich konstruktiv und daher vertrauenswürdig ist.

Den Prozess der Authentizität zu leben, meint, die Balance halten – oder besser: immer neu erringen – zu können, die Synthese zwischen der substanzialen und der relationalen Aufgabe des Lebens. Authentisch sind ein Mann oder eine Frau, die das Gleichgewicht herzustellen vermögen im Prozess der Verwirklichung einerseits der eigenen Werte und Bedürfnisse, der Individualität und Einzigartigkeit, und andererseits der Realisierung des Zusammenlebens mit anderen und der Welt. Dies geschieht, indem den Bedürfnissen und Herausforderungen dieses Zusammenlebens in wechselseitiger Abhängigkeit und Gemeinschaft entsprochen wird. Wer ganz er oder sie selbst ist, ist ganz sozial und umgekehrt. Selbstverwirklichung und Solidarität fallen zusammen.

So sah Rogers, was er eine „fully functioning person“ nannte. Mit der Prägung des Begriffes bezog er sich auf genau dasselbe, das Shakespeare im „Hamlet“ (1. Akt, 3. Szene) ausdrückt:

„Und über allem dies: Dir selbst sei treu.
Und daraus folgt, so wie die Nacht dem Tag:
Du kannst nicht falsch sein gegen irgendwen.“

3 Hier finden sich Parallelen in der Geschichte der Psychotherapie von Freud über Rogers bis heute. Man denke bezüglich der Herausforderung des medizinischen Establishments etwa an die Frage der Laienanalyse (Freud, 1926), an Rogers' Auseinandersetzungen mit der etablierten Psychiatrie (Kirschenbaum, 1979) und an die Status sichernde Reservierung der Psychotherapie für Mediziner und Psychologen in manchen Ländern. Hinsichtlich der Entwicklung von der individuumszentrierten zur sozialpsychologischen Sicht kann die Geschichte der Psychotherapie insgesamt wie die der einzelnen Schulen geradezu als Paradigma des gesellschaftlichen Bewusstseinswandels angesehen werden.

4 Meine Arbeit zur Bedeutung der Begegnungsphilosophie für den Personzentrierten Ansatz und zu personaler Präsenz (Schmid, 1994; 1996; 1998a; 2002d; 2004b; 2005b u. a.), die einem bloß individualistischen Verständnis des Ansatzes wehren sollte, wurde bisweilen als einseitig dialogischer Standpunkt missinterpretiert (Keil & Stumm, 2002, S. 65f). Dazu ist festzuhalten, dass unabdingbar, wie stets betont, beide Dimension, die substanziale und die relationale, am Personsein und – werden zusammengehören.

5 Es ist unübersehbar – und man kann das je nach Einstellung mit Erstaunen, Amüsement, ironischem Stolz oder Bedauern um die Redlichkeit in der Zukunft festhalten –, wie Therapeutinnen und Therapeuten aller Orientierungen Psychotherapie zunehmend ebenso als Beziehungsgeschehen wie als Autonomieentwicklung verstehen und so ihre Theorien jenen von Rogers annähern – „natürlich“ ohne ihn zu erwähnen (Schmid, 2000; vgl. Thorne, 2003, 101; Sanders, 2005). Man braucht nur an die Selbstpsychologie, die intersubjektive Psychoanalyse, Tendenzen zu einem beziehungsorientierten Verständnis von Verhaltenstherapie und die Entdeckung der „Person“ in systemischen Ansätzen denken. – Dass im Folgenden nicht immer beide Geschlechter angeführt werden, wenngleich selbstverständlich immer beide gemeint sind, soll der Lesbarkeit dienen.

Nicht zufällig bezog sich Rogers (1962a/1977, S. 186; vgl. Schmid 1994, S. 535; 1998a, S. 142) auch auf die biblische Bedeutung von „Agape“, die beide Dimensionen umfasst: „Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst.“ (Lev 19,18; Mt 22, 39; Hervorh. pfs)

Es verwundert nicht, dass eine solche sich selbst verwirklichende Person oberflächlich als „gesund“ oder „störungsfrei“ bezeichnet wird – gar nicht zu reden von Begriffen wie „normal“ (also „einer Norm entsprechend“) oder „in Ordnung“, woher das englische „disorder“ kommt. Ähnlich verweisen die englischen Begriffe „infirmity“ und „disease“ auf das Fehlen von Stärke bzw. von Leichtigkeit, Ruhe und Behaglichkeit. Das ist aber etwas ganz anderes als Authentizität. (Beim deutschen Wort „gesund“ hört man es nicht gleich heraus, doch auch dieses Wort, das mit „geschwind“ verwandt ist, verweist etymologisch auf Stärke und Kraft.⁶)

All diese Begriffe sind nicht nur irreführend, sondern tatsächlich falsch: Eine schwer kranke Person kann höchst authentisch leben. Authentizität schließt Schmerzen ein, Furcht, Trauer, Kampf, Sorgen, Todesqualen, Phasen von Inauthentizität (d. h. Phasen neuerlichen Strebens nach der erwähnten Balance), also auch Störungen – all das gehört zu einem authentischen Leben. Und der Begriff schließt auch ein, dass jede Person in anderer Weise authentisch ist. Auch hier kann die Begriffsbedeutung aus der Wortherkunft erschlossen werden: *Authentizität ist der Prozess, „Autor bzw. Autorin“ des eigenen Lebens zu werden* (Schmid, 2001b)⁷, der Prozess des Erringens des Gleichgewichts zwischen Individualität und Beziehungsangewiesenheit.

Zusammengefasst heißt das: Das Menschenbild der personenzentrierten Anthropologie unterscheidet sich als ein *human-* und *sozialwissenschaftliches* qualitativ vom Menschenbild der *Naturwissenschaften*. Die personenzentrierte Persönlichkeits- und Gesellschaftstheorie setzt bei einer Prozesstheorie der Authentizität an, nicht bei einer Theorie des Versagens oder Misslingens bzw. einer Störungstheorie.⁸ Die Person wird als existenzieller Prozess verstanden, als Prozess des Strebens nach Authentizität in jedem Moment ihrer Existenz, als Prozess von Selbst-

entwicklung und Beziehungsentwicklung zugleich. Deshalb ist personenzentriert eo ipso immer zugleich auch prozesszentriert (was natürlich nicht mit prozess-direktiv zu verwechseln ist).⁹ Im Licht einer genuin personalen Anthropologie macht es ebenso keinen Sinn, den Prozess von der Person zu trennen, wie es unmöglich ist, Inhalt und Prozess auseinander zu dividieren. In einem sehr bestimmten und bedeutsamen Sinn ist der Prozess der Inhalt, d. h. er ist von Bedeutung bzw. Sinn nicht loszulösen. (Deshalb ist es auch künstlich und unangemessen, zwischen Beziehungs-, Inhalts- und Prozessexperten zu trennen.)

Entfremdung: Eine Theorie der leidenden Person statt eines Störungskonzeptes¹⁰

Im Gegensatz dazu lässt sich nun von einem Person-zentrierten Standpunkt aus beschreiben, was es heißt, nicht authentisch zu sein, und damit die Frage erörtern, was psychisches Leiden bedeutet.

Der fortwährende Prozess des Authentischwerdens kann durch- einander gebracht werden. Die erste Möglichkeit dazu ist die Entwicklung eines inauthentischen Selbstkonzepts, die dann eintritt, wenn das Bedürfnis nach Anerkennung durch wichtige Bezugspersonen stärker ist als das Annehmen der eigenen Erfahrungen und solcherart ein Selbst¹¹ entwickelt wird, das den Erfahrungen der Person entfremdet ist. Die zweite Möglichkeit ist das Fehlen der Entwicklung einiger Teile der organismischen Erfahrungsmöglichkeiten, also die Inkongruenz zwischen den Möglichkeiten und ihren Verwirklichungen (wenn z. B. die Fähigkeit, Aggression zu erleben, nicht ausreichend in ihren vielfältigen Möglichkeiten entwickelt ist, weil Beziehungen gefehlt haben, wo man das hätte lernen können) (Spielhofer, 2003). In beiden Fällen spielen inauthentische oder fehlende Beziehungen eine entscheidende Rolle, weil eine Person die Beziehungen wird, die sie hat (siehe oben).

Eine Person wird inauthentisch, wenn sie sich selbst und anderen, d. h. dem erlebenden Organismus und den notwendigen authentischen Beziehungen, entfremdet wird. In der Regel kommt es so zu

6 Dem westgermanischen Adjektiv „gesund“ (ahd. „gisunt“; engl. „sound“) liegt ebenso wie „geschwind“ (von mhd. „stark; heftig; rasch“) das germanische „(ga)sunda“ mit der Bedeutung „stark, kräftig“ zugrunde. „Krank“ bedeutet mhd. „schwach; schmal, schlecht, gering; leidend, nicht gesund“ und kommt eigentlich von „gebeugt, gekrümmt, hinfällig“ aus der indogermanischen Wurzel „ger“ („drehen, krümmen; winden“). „Krank“ hat „siech“ verdrängt (von dem sich „Seuche“ und „Sucht“ ableiten). (Etymologieduden, 1963). Im Englischen besteht ein etymologischer Zusammenhang zwischen „healthy“, „whole“ und „holy“ und andererseits „infirmity“ als „in-firmity“, also gleichfalls als „Schwäche“. „Ill“ (eigentl. = „moralisch schlecht“) ist unbekanntes Ursprungs (Hoad, 1986). – Vgl. zum Ganzen jetzt auch Sanders, 2005, der aus einem anderen (psychiatrischen) Ansatz zu einem ganz ähnlichen Resultat kommt.

7 Zum Thema vgl. auch Kapitel 6 in Tudor & Worrall (2005), die diese Herausforderung, ein Konzept auf der Basis von Authentizität und Entfremdung zu entwerfen, aufgreifen.

8 Vgl. dazu jedoch die WHO-Definition von Gesundheit als „Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens [!] und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen“ (Präambel zur Konstitution oder Weltgesundheitsorganisation, beschlossen von der Internationalen Gesundheitskonferenz in New York, 19.–22. 6. 1946, in Kraft getreten am 7. 4. 1948. Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100). Personales Denken würde es freilich nicht „Zustand“, sondern „Prozess“ nennen.

9 Damit ist personenzentriertes Handeln notwendigerweise immer nicht-direktiv im erkenntnistheoretischen Sinn des Wortes (vgl. dazu ausführlich Schmid, 2005b).

10 In traditioneller Terminologie als „Allgemeine Störungs-/Krankheitslehre“ bezeichnet.

11 Hier sei nur kurz auf die bedeutsamen jüngeren Weiterentwicklungen im Verständnis des Selbst hingewiesen, wie sie u. a. etwa Warner (2000; 2002), Mearns (1999; 2002) oder Spielhofer (2005) ausgefaltet haben.

psychischem Leiden. Ein solcher Prozess muss als fundamentale „Selbstwidersprochenheit“ (Zurhorst, 1993) verstanden werden zwischen den Möglichkeiten und dem natürlichen Prozess des Erlebens einerseits, der rigiden und in sich zerrissenen Struktur des Selbst sowie den daraus folgenden rigiden Beziehungen andererseits, wie sie im Sozialisationsprozess der Person durch inauthentische oder zum Teil fehlende Bezugspersonen und starre gesellschaftlichen Institutionen hervorgerufen werden. Damit ist erneut die notwendige Verschränkung von Persönlichkeitstheorie und Gesellschaftskritik angesprochen, wie sie Rogers mit seinem Konzept der Introjektion bedingter Wertschätzung als seiner Theorie der „Psychopathologie“ vorgelegt hat.

Inauthenzität und Fehlanpassung

Daraus folgt, dass Diagnose und Behebung einer Abweichung von einer Norm nicht Parameter eines Person-zentrierten Verständnisses sein können. Wenn man versucht zu verstehen, inwiefern eine Person sich selbst entfremdet ist, kann die vorherrschende kulturelle Norm keine Richtlinie sein (auch wenn sie natürlich mitbedacht werden muss). Dieser Begriff von „Inauthenzität“ unterscheidet sich qualitativ von den gebräuchlichen Bezeichnungen „Krankheit“ oder „Störung“, gleich, ob sie umgangs- oder fachsprachlich gebraucht werden. Was aus einem inneren Bezugsrahmen als psychisches Leiden erlebt wird, stellt sich von einem äußeren Bezugspunkt als Entfremdung oder Fehlanpassung dar. Wenn es schon „Störung“ genannt wird, muss man *fortwährend* im Auge behalten, dass die Ordnung, der gegenüber eine Störung vorliegt, immer auch eine kulturelle Norm darstellt.

Es kann den Anschein haben, dass das „Defizit“, durch das die Inkongruenz entsteht, mehr auf der substanzialen Seite liegt (etwa, wenn die Person Probleme mit ihrer Individualität hat und ganz in der sozialen Rolle aufgeht) oder dass es mehr auf der relationalen Seite liegt (beispielsweise, wenn jemand im umgekehrten Fall nicht imstande ist, seine sozialen Rollen zu erfüllen bzw. mit Rollenkonflikten umzugehen)¹² (vgl. Zurhorst, 1993). Gleich jedoch, ob es sich um ein Defizit der substanzialen Authentenzität handelt (im Sinne von „nicht zu sein, der oder die man ist“) oder eines der relationalen Authentenzität (im Sinn einer Fehlanpassung), in jedem Fall ist es die *Person*, die leidet. Die „psychisch fehlangepasste Person (maladjusted person)“ (Rogers, 1959a/1987, S. 30) – ein Begriff, der das Pendant zur „fully functioning person“ bildet –,

die das authentische Gleichgewicht nicht findet, leidet immer in beiderlei Hinsicht. Ihr mangelt es an Selbstvertrauen wegen der Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung („Autonomie-defizit“) und ihr mangelt es an Vertrauen in die Welt und andere Menschen wegen der Inkongruenz zwischen den anderen, wie sie vom Selbst wahrgenommen werden, und den anderen als wirklich Andere¹³ („Beziehungsdefizit“).¹⁴ Deshalb ist Leiden, das aus der Entfremdung entsteht, ein Signal für ein Defizit an Authentenzität. Und ein psychisches Symptom ist dementsprechend ein Hilferuf aus dieser Inauthenzität heraus (Schmid, 1992).

Das Symptom als spezifischer Hilferuf aus der Inauthenzität

Ein Symptom¹⁵ ist ein Phänomen, etwas, das als Erscheinungsform auffällt, etwas, das die Person zeigt. Wie jeder weiß, der mit psychiatrischen Erscheinungsformen vertraut ist, ist die Zuschreibung von Symptomen oft zufällig; sie sind vielfach Modeprodukte; man braucht nur an Komorbidität und die Wechselbeziehung von Symptomen zu denken. Ein und demselben Patienten oder Klienten wird häufig eine Vielfalt oft sogar einander widersprechender Diagnosen gestellt (cf. Heinerth, 2002).

Im Licht personaler Anthropologie ist ein Symptom immer ein spezifischer Hilferuf, entstanden aus dem Bedürfnis, beachtet zu werden und Hilfe zu bekommen. Es ist ein Ausdruck davon, dass die Person ernsthaft aus dem Gleichgewicht ist in ihrem Prozess des Strebens nach Authentenzität und ihrer Bitte um Hilfe. Es stellt den Versuch dar, mit der Situation zurechtzukommen, in dem die Person sich selbst und andere auf das Gleichgewichtsproblem aufmerksam macht. In der spezifischen Eigenart des Hilferufs liegt der Schlüssel zum Verständnis des Leidenden. Das Symptom mag oft ein Kompromiss sein, aber in jedem Fall ist es – auf verschiedenen Ebenen: geistig, psychisch, physisch – ein *einzigartiger* Ausdruck dieser bestimmten Person in dieser bestimmten Situation, ein Ausdruck des Wunsches danach, verstanden zu werden und sich selbst zu verstehen, ein Ausdruck des Wunsches, die Inauthenzität zu überwinden. Es ist ein Aufruf an die anderen, den Teufelskreis von Anerkennung und Empathie zu durchbrechen, zu helfen, ein neues Selbstverständnis zu erlangen und den Prozess authentischer Personalisierung von neuem in Gang zu setzen. Und deshalb erzeugt es immer eine einzigartige Beziehungssituation. In dieser Beziehungssituation liegt der Schlüssel zur Therapie.

12 Pfeiffer (1993, 29ff) weist auf die Bedeutung der Beziehung beim Verständnis von (körperlicher) Krankheit hin. Er unterscheidet Beziehungsstörung als Ursache von Krankheit, Beziehungsveränderung als Krankheitsfolge, Beziehungsstörung als Aspekt des Krankseins und die Behandlung der Beziehungsstörung durch Beziehung.

13 Groß geschrieben im begegnungsphilosophischen Sinn.

14 Vgl. Schmid, 2002e, S. 223; 2002f.

15 Das griechische Wort, von dem „Symptom“ stammt, „συμπτειν“ bedeutet ursprünglich „zusammenfallen, zusammentreffen, zu gleicher Zeit vorfallen; sich zufällig ereignen“. Das Hauptwort bedeutete zunächst „Zufall; vorübergehende Eigentümlichkeit; zufälliger Umstand einer Krankheit“, erst später dann „Anzeichen, Kennzeichen, Merkmal“ und schließlich nahm es die medizinische Bedeutung von „Krankheitszeichen“ an (Etymologieduden, 1963; vgl. Schmid, 2002e; 2003).

Symptome sind so vielfältig wie Personen und Situationen vielfältig sind. Dem Personenzentrierten Ansatz wurde oft vorgeworfen, er vertrete ein einförmiges Modell und hänge einem Uniformitätsmythos an. Was für ein grobes Missverständnis! Aufgrund der personalen Anthropologie wird eine leidende Person nicht einförmig, sondern höchst unterschiedlich gesehen. Und ebenso ist die therapeutische Antwort: nicht einheitlich, sondern im Gegenteil jeweils einzigartig¹⁶ und kreativ (Schmid, 1992).

Somit lässt sich rekapitulieren: Inauthentische Personen sind sich selbst und anderen entfremdet. Leidende Personen kommunizieren sich selbst und anderen durch Symptome, dass ihr Prozess des Strebens nach Authentizität zu einem bestimmten Zeitpunkt ihrer Existenz ernsthaft stecken geblieben oder gescheitert ist und dass sie Hilfe benötigen in ihrem Prozess der Selbst- und Beziehungsentwicklung. Weil die Person ihr existenzieller Prozess ist, ist die Aufgabe, die sich daraus ergibt, den konkreten Prozess zu verstehen, was dasselbe bedeutet, wie die bestimmte Person zu verstehen. Wie bereits erwähnt, macht es keinen Sinn, zwischen dem Inhalt und dem Prozess zu trennen. Der Personenzentrierte Ansatz ist somit prozess-spezifisch, was nicht notwendigerweise symptom-spezifisch heißt. – Die therapeutische Herausforderung für Klient wie Therapeut liegt also nicht primär darin herauszufinden, was schief gelaufen ist, sondern vielmehr darin zu verstehen, wo die Möglichkeiten liegen, den Prozess des Lebens, d. h. die Selbstheilungskräfte zu fördern (wobei natürlich beides zusammengehört).

Therapie: Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung statt Symptom-, Problem- oder Lösungsorientierung

Wie kann solche Hilfe nun geschehen? Was „heilt“ aus personenzentrierter Sicht? Wenn es stimmt, dass der Grund für Entfremdung und Leiden Inauthentizität und daher Beziehung ist, dann ist es Beziehung, die hilft: Zutreffend wurde jene spezifische Form der Beziehung, die der entfremdeten Person die Versöhnung mit sich selbst und der Welt ermöglichen kann, von Carl Rogers (1962a/1977) *Begegnung* genannt.

Personenzentrierte Therapie ist eine solche Beziehung: die Förderung von Personalisation als Prozess des Unabhängigwerdens und gemeinsam Beziehung-Gestaltens. Therapie „setzt den stagnierenden Prozess des Lebens erneut in Gang“ (Pfeiffer, 1993, S. 36). Aus relationaler Perspektive ist Therapie somit personale Begegnung (Schmid, 1994; 2004a); aus substanzialer Perspektive ist sie Persönlichkeitsentwicklung (ders., 1999; 2001a) (was im Übrigen den

personenzentrierten Standpunkt klar von rein systemischen Ansätzen wie von ahistorischen Therapieansätzen unterscheidet).¹⁷ Personalisation geschieht durch Begegnung (APG, 1984; Schmid, 2002e; 2003; Schmid & Mearns, 2005), durch Arbeit „at relational depth“ (Mearns, 1996).

Daraus folgt: Obwohl die Symptome vielfältig sind, geschieht die Antwort qualitativ immer auf dieselbe Art und Weise, nämlich als Angebot einer ganz bestimmten Art von Beziehung: als personale Begegnung. Dieselben Beziehungsbedingungen, die für die Entwicklung des Kindes ausschlaggebend sind, sind notwendig und hinreichend für Psychotherapie. Psychotherapie ist somit ein spezielles Kapitel von Entwicklungspsychologie.

Deshalb ist die Beziehung immer die gleiche und immer eine andere: Immer die gleiche, weil es immer die Präsenz des Therapeuten ist, welche die erforderliche Antwort auf den Hilferuf darstellt, der durch die Symptome ausgedrückt wird.¹⁸ Immer eine andere, weil es der spezifischen Beziehung der beteiligten Personen bedarf, die im Begegnungsprozess zum jeweiligen Zeitpunkt jeweils gemeinsam kreiert wird.

Heißt das nun „Interventionshomogenität“ (Heinerth, 2002)? Ja und nein. Ja, weil Therapie unabhängig von den Symptomen und Umständen ist, insofern immer dieselbe Qualität von Beziehung erforderlich ist, nämlich Begegnung. Nein, Therapie ist jeweils verschieden, weil zwei oder mehr einzigartige Personen und Umstände in einzigartigen Begegnungssituationen beteiligt sind. Unterschiedliche Antworten sind aufgrund unterschiedlicher Hilferufe und unterschiedlicher Perspektiven erforderlich, die der Klient zum Ausdruck bringt. Sie erfordern differenzielle Empathie (Schmid, 2001d) für den sich von Augenblick zu Augenblick verändernden Prozess der Selbstexploration des Klienten und die Beziehungsformen, die er anbietet. Aus personaler, dialogischer Sicht sind Therapeut und Klient nicht nur *in* Beziehung, sie *sind* Beziehung. Das bedeutet, dass sie tatsächlich in jedem therapeutischen Kontakt anders sind.

Zusammengefasst: Personenspezifisch ist nicht symptom-spezifisch oder problemspezifisch (Mearns, 2004) oder störungsspezifisch und schon gar nicht störungszentriert. Personenspezifisch heißt vielmehr jeweils prozessspezifisch. Daraus folgt, dass störungsorientiertes oder zielorientiertes Vorgehen nicht person- oder prozessorientiert ist. Weil es die Beziehung ist, die den Prozess

16 Und schon von daher verbietet sich die Vorstellung, Experte für etwas Einzigartiges bzw. jemanden Einzigartigen sein zu wollen.

17 Was die Inkongruenz zwischen Selbst und Organismus betrifft, hilft Therapie, den Unterschied zwischen Erleben und Symbolisierung anzuerkennen; was die fehlende Aktualisierung von Potenzial betrifft, hilft Therapie, sich zu entwickeln und (nach)zureifen.

18 Die Präsenz wird „sichtbar“ in den untrennbar zusammen gehörenden „personenzentrierten Grundhaltungen (core conditions)“, die verschiedene Facetten oder Manifestationen ein- und derselben Haltung sind. (cf. Schmid, 2002a; 2003; Geller, Schmid & Wyatt, 2003).

der Personalisation fördert, sind unterschiedliche Beziehungen erforderlich: Jede Beziehung von Person zu Person ist verschieden, einzigartig – sonst wäre sie keine *personale* Beziehung. Aber die Qualität der Beziehung ist immer dieselbe: Begegnung, wengleich in sehr verschiedener Weise. Der Klient wird als „aktiver Selbstheiler“ (Bohart, 2003) verstanden, der den Therapeuten „gebraucht“, um sich in diesem „gemeinsam kreierten interpersonellen Prozess“ (ebd.) unterstützen zu lassen. Als Teil der Beziehung *ist* der Therapeut anders, wenn der Klient anders *ist*.

Phänomenologische Epistemologie: Anerkennen und Erkennen

Wären wir „fully functioning persons“, könnten wir immer, mit allen und jederzeit, die Person sein, die der Klient gerade braucht, und jene „Antworten“ geben, die gerade erforderlich sind, d. h. wir könnten jedem und jederzeit die optimale Beziehung anbieten. Aber wir sind keine „fully functioning persons“, wir sind alle mehr oder weniger fehlangepasste Personen.

Das wirft die Frage auf, was wir „haben“, das es uns erlaubt, uns auf Begegnungsprozesse in schwierigen Beziehungen einzulassen, obwohl wir durch unsere eigenen Ängste und Sicherheitsbedürfnisse eingeschränkt sind. Die Antwort lautet: Wir haben unsere Fähigkeit zur Reflexion. Wir haben unseren Verstand.

Die Relevanz von Wissen und Konzepten im Personenzentrierten Prozess des Verstehens

Therapie ist Begegnung. Aber sie ist nicht naive Begegnung.

Anerkennung: die Kunst des Nicht-Wissens

Zunächst gilt: Wer einer Person in Unmittelbarkeit begegnet, denkt nicht darüber nach, was er über sie wissen könnte, sondern ist offen dafür, was die Person von sich zeigt. Das stellt einen für die Psychotherapie überaus bedeutsamen erkenntnistheoretischen Paradigmenwechsel dar: Anerkennung – die der bedingungslosen Wertschätzung zugrunde liegende Philosophie und Einstellung (Schmid, 2001c; 2002b; 2002d) – ist ein bewusstes, aktives und proaktives Ja zum Anderen als Person. Eine solche Haltung zielt auf die An-Erkennung der Person statt auf Erkenntnis über sie.

Dies charakterisiert Psychotherapie ausdrücklich als „Kunst des Nicht-Wissens“, „docta ignorantia“,¹⁹ als Kunst, neugierig zu sein und offen dafür, überrascht zu werden – eine Art „gelehrter Unwissenheit“ und gerade dadurch Offenheit dem Klienten gegenüber (Schmid, 2002b). Der herausfordernde Teil dabei ist das Unbekannte (vgl. Takens, 2001) und das Noch-nicht-Verstandene, die Offenheit für Verwunderung und dafür, sich von dem überraschen zu lassen, was der Klient eröffnet. Dies stellt eine erkenntnistheoretische Position dar, die an Husserl (1950) anknüpft. „Jede Erfahrung, die diesen Namen verdient, durchkreuzt eine Erwartung“, formuliert sie Hans-Georg Gadamer (1999, S. 362).²⁰ Und das inzwischen klassische Zitat von Levinas (1983, S. 120) drückt sie in einem einfachen Satz aus: „Einem Menschen begegnen, heißt von einem Rätsel wach gehalten zu werden.“

Deshalb gilt gerade aus erkenntnistheoretischer Sicht: Zurück zum Klienten bzw. zur Klientin! Für ein neues, wahrhaft humanistisches Menschenbild bedarf es einer solchen „neuen Epistemologie“ (Mearns, 2004).

Die Kunst des Nicht-Wissens ist eine demutvolle Haltung gegenüber dem Unbekannten (Grant, 1990) angesichts der Einzigartigkeit des Anderen. Empathie beschreibt psychologisch, was „Kunst des Nicht-Wissens“ philosophisch-anthropologisch meint: die Haltung des Interesses und der Herausforderung zur Teilnahme am Unbekannten und Noch-nicht-Bekanntem (Schmid, 2001d). Es ist eine kreative Haltung.

Diese Haltung bedeutet, dass niemand als Duplikat eines anderen behandelt wird oder eingeordnet wird in vermeintlich Bekanntes bzw. Gewusstes. Sie ist die erste und wichtigste Einstellung – sie drückt den Respekt aus, den der Andere als Person verdient. Jede echte Begegnung ist also zu allererst eine Überraschung.

Reflexion: die menschliche Möglichkeit, mit Erfahrung umzugehen

Aber Leben ist nicht nur Überraschung. Wir sind imstande, über unsere Erfahrungen nachzudenken und etwas zu erwarten. Wir bilden Konzepte, Kategorien und Theorien. Wir tun das unvermeidlich und sollten uns dessen bewusst sein, statt es zu ignorieren. Wir machen uns selbst etwas vor, wenn wir denken, dass wir nicht denken und nichts erwarten. Für eine Beziehung der personalen Begegnung ist beides erforderlich: Anerkennen *und* Erkennen, Erfahrung *und* Reflexion.

19 „Docta ignorantia“ bedeutet ursprünglich eine „gelehrte Unwissenheit“ in Bezug auf Gott, d. h. das Wissen von Gott, das eine Unwissenheit bezüglich der positiven Eigenschaften Gottes und rein negativer Art ist, zugleich ein mystisches Schauen des Göttlichen ohne Begreifen. Augustinus (Epist. ad Probam 130, c. 15, § 28): „Est ergo in nobis quaedam, ut dicam, docta ignorantia, sed docta spiritu dei, qui adiuvat infirmitatem nostram.“ Bei Cusanus (Nikolaus von Kues) ist sie eine „visio sine comprehensione, speculatio“ (De docta ignor. I, 26). „Supra igitur nostram

apprehensionem in quadam ignorantia nos doctos esse convenit“ (l. c. II, praef.). „Ad hoc ductus sum, ut incomprehensibilia incomprehensibiliter amplecterer in docta ignorantia“ (l. c. III, peror.). „Et tanto quis doctior erit, quanto se magis sciverit ignorantem“ (l. c. I, 1). Schließlich gilt: Die docta ignorantia ist „perfecta scientia“ (De poss. f. 181 p. 1).

20 Siehe allerdings die konstruktivistischen Überlegungen weiter unten.

Erfahrungen führen zu Reflexion. Um von personaler Begegnung sprechen zu können, bedarf Psychotherapie der Reflexion – und zwar innerhalb wie außerhalb der therapeutischen Beziehung. Reflexion ist für eine personale Beziehung nicht nur *nach* und *außerhalb* der Therapie notwendig (z. B. in der Supervision, der Theoriebildung oder der wissenschaftlichen Arbeit), sie bedarf auch der Reflexion *innerhalb* der Beziehung, und zwar zusammen mit dem Klienten. Eine therapeutische Beziehung, die sich als Begegnung versteht, besteht nicht nur in gemeinsamem Erleben („co-experiencing“), sie ist auch gemeinsames Nachdenken („co-thinking“; Bohart, 2003). Zunächst ist da die unmittelbare Gegenwärtigkeit der Personen und danach die gemeinsame Reflexion der Beteiligten über die Bedeutung ihrer Begegnungserfahrung. Die Begegnung braucht ein zweites Hinschauen, einen kritischen Blick von „außen“, außerhalb des unmittelbaren Begegnungsgeschehens, aber innerhalb der Beziehung. Es bedarf des Hinschauens auf die Erfahrung, die damit zum Objekt wird. Nur wenn dies geschieht, wird aus der „anfänglichen Begegnung“ eine „personale Begegnung“.²¹

Die Begegnungsphilosophie unterscheidet zwischen beiden deutlich. Alle *Begeg(e)n*-ungs-Prozesse beginnen mit dem Betroffenwerden vom Wesen des Anderen, des Unerwarteten als etwas oder jemandes, das oder den ich als ein *Gegenüber* empfinde. Das setzt die Anerkennung des Andersseins des Anderen in seiner Einzigartigkeit voraus. Zwischenmenschliche Begegnung bedeutet, der anderen Person gegenüber zu stehen und sie solcherart als jemand Selbstständigen anzuerkennen und wertzuschätzen, als ein autonomes Individuum, verschieden von mir und wert, dass ich mich mit ihr befasse (Schmid, 1994; 1998b; 2002b). Was stets als „anfängliche Begegnung“ beginnt, als naive Begegnung, wie es bei einem unbefangenen Kind geschieht, wird erst beim Durchgang durch die Reflexion zur „personalen Begegnung“. Es bedarf des Potenzials, sich selbst, Andere und die Beziehung zum Objekt reflektierten Bewusstseins zu machen, wodurch die bloße Naivität und Einheit überwunden wird. Für die Reflexion ist Abstand nötig. Solcherart wird Analyse und Bewertung möglich und damit erst Freiheit und Verantwortung, die eine reife Begegnungsbeziehung ausmachen. Diese freie und verantwortungsbewusste Weise, sich zu jemandem zu verhalten, ist erforderlich, um zu verstehen, was das Suchen des Anderen nach Hilfe bedeutet, und um adäquat darauf reagieren zu können. Und darin liegt die ethische Herausforderung der Psychotherapie.

Unmittelbare Begegnung und die Modi der Reflexion

Im *Prozess der unmittelbaren Begegnung* geht die Bewegung der Erkenntnis vom Klienten zum Therapeuten; der Therapeut fragt: „Was zeigt diese Person, was eröffnet sie, was offenbart sie?“ (Nicht:

„Was sehe ich dort drüben?“) Oder: „Was können wir verstehen, begreifen, einfühlen?“ Die Bewegung geht vom Du zum Ich, und es entsteht eine Du-Ich-Beziehung (Schmid, 1996; 2002b; 2002e; Cooper & Mearns, 2005). Der Fokus ist dabei nie auf den therapeutischen Einstellungen, Strategien oder Techniken, sondern auf dem Klienten. Das heißt, wir müssen „zurück zum Klienten“ als Ausgangspunkt und damit zu einem wahrhaft *Klienten*-zentrierten Ansatz.²²

Im *Prozess der Reflexion* ist die Bewegung der Erkenntnis jedoch die umgekehrte. Die Frage lautet: „Was beobachten wir?“ Dazu ist erforderlich, die Erfahrungen anzuschauen und sie zu reflektieren (wenn es auch bisweilen nur der Therapeut sein mag, der zu reflektieren beginnt).

Beide Erkenntnisbewegungen sind notwendig; wir brauchen Subjektivität und Objektivität.²³ In guten Augenblicken der Therapie wechseln sie einander ab, oft rasch oszillierend zwischen beiden Modi. Je stärker die Reflexion der Erfahrung folgt und mit ihr verbunden ist, umso mehr fühlt sich das wie ein ganzheitlicher Prozess an, als „ein ganzer Schritt“. (Wenn die Ordnung umgekehrt wird oder wenn die Begegnung ganz fehlt, handelt es sich nicht mehr um *Person*-zentrierte Therapie. Wenn die kritische Reflexion fehlt, wäre der Therapeut kein *Gegenüber* mehr in der *Begeg(e)n*-ung. Zudem wäre ohne Abstand Empathie nicht möglich; sie würde in Identifikation oder bloße Beurteilung umkippen, und damit wäre es ebenfalls nicht mehr Therapie.)

Im *Modus der unmittelbaren Begegnung* ist es unmöglich, anderes zu tun als zu erleben; dabei geht es um reines Experiencing. Ansonsten würde man diesen Begegnungsmodus verlassen. Kategorisieren ist dabei nicht möglich: Klienten zeigen keine Kategorien, sondern sich selbst oder Teile von sich – sogar wenn sie Kategorien benützen, um sich selbst zu beschreiben. Und auch wenn sie es vermeiden, viel von sich zu zeigen, wollen sie doch als Personen wahrgenommen werden.

Rogers (1962a/1977, S. 171) war da sehr deutlich: Die „existenzielle Begegnung ist wichtig. Unmittelbar im Augenblick der therapeutischen Beziehung ist für theoretisches Bewusstsein kein hilfreicher Platz. [...] Wir werden Zuschauer und spielen nicht mehr selber mit – aber erfolgreich sind wir nur als Mitspieler. [...] Ein anderes Mal mag es uns nötig erscheinen, eine Theorie zu entwickeln. [...] Im Augenblick der Beziehung selbst ist solches Theoretisieren unnützlich oder abträglich. [...] Wenn,

21 Eine ausführliche Darstellung der Begegnungsmodi findet sich in Schmid, 1994, 114–116, 121f.

22 Hier geht es um eine Haltung, um den Versuch, möglichst unvoreingenommen dem Klienten gegenüberzutreten und unsere (notwendig vorgegebenen) Vorerfahrungen und unsere Konzepte im Sinne der von Husserl postulierten epoché „einzuklammern“, bzw. unsere Vorinformationen und die Voreingenommenheit zu reflektieren und transparent zu machen (siehe unten).

23 Art Bohart (2003) betont, es sei entscheidend für die Therapie, dass der Therapeut sich der Begegnung aktiv hingibt. Wissen darüber, wie man das Erleben vertieft und fördert, könne als Teil der Begegnung verwendet werden, solle ihr aber untergeordnet sein,

dann sollten Theorien versuchsweise, behutsam und flexibel sein, in einer Weise, die für Veränderung ungehindert offen ist – im Moment der Begegnung selbst sollte man sie beiseite legen.“ Während also im unmittelbaren Begegnungsmodus Kategorisieren unmöglich ist, ist die Aufgabe im *Modus der Reflexion*, – nach Möglichkeit gemeinsam („co-reflecting“) – die Bedeutung dessen zu verstehen, was gerade erlebt wurde.

Und dazu müssen wir Kategorien verwenden. Wir fühlen uns vielleicht an eine frühere Situation mit dieser Person erinnert oder an jemandem, den wir ähnlich erlebt haben, oder an Erfahrungen, die wir selbst gemacht haben, und benutzen dies zum Vergleich. Wir nehmen wahr, dass ein Gefühl angerührt wurde, das wir in einer anderen Situation empfunden haben: Auch wenn es irgendwie verschieden gewesen ist, fühlt es sich doch ähnlich an. Und so bilden und verwenden wir Konzepte. *Wir können nicht nicht denken. Wir können nicht nicht kategorisieren.* Wir können (und sollten) nicht ignorieren, dass ein bestimmtes Verhalten uns, sagen wir, an die Pubertät erinnert. Wenn wir dieses Konzept nach der entsprechenden Begegnungserfahrung verwenden, kann es hilfreich sein, besser zu verstehen, was der Klient verstanden wissen möchte und wie er die Beziehung anlegt und gestaltet. Kategorien und Konzepte mögen dabei nicht systematisch oder überhaupt nicht reflektiert werden, aber sie bestimmen immer unser Handeln.

Konzepte und Kategorien

Dabei ist es jedoch ganz wichtig, nicht zu glauben, dass die selbst gebildeten Kategorien etwas Naturgegebenes sind. Wir müssen uns dessen bewusst sein, dass die Konzepte unsere eigenen Konstruktionen sind. Wir dürfen sie nicht reifizieren oder ontologisieren und dabei so tun, als gäbe es beispielsweise „die Depression“. Im Modus der unmittelbaren Begegnung erleben wir, im Reflexionsmodus „nehmen“ wir „wahr“. ²⁴ Wer aber glaubt, dass er dabei nur das „nimmt“, was da ist, irrt. ²⁵ Wir konstruieren, was wir zu sehen bzw. vorzufinden meinen. Wir können nicht wahrnehmen ohne Vorinformation, also ohne bereits in eine bestimmte Form gebracht zu sein. Wir schauen einen Klienten nicht mit Augen an, die vorher nie einen Klienten gesehen haben. Wir sind selbst keine *tabula rasa*, sondern durch unsere Erfahrungen und durch die Konzepte, die wir aus ihnen entwickelt haben, voreinge-„nommen“.

Deshalb müssen wir uns dessen bewusst sein, dass *wir* es sind, die bestimmen, was wir hören und sehen und wie wir arrangieren,

was Klienten erzählen und zeigen. Wir bestimmen den Bezugsrahmen unserer Wahrnehmungen aus einem Vorverständnis und aus Vorinterpretationen heraus (Spielhofer, 2003). Deshalb müssen wir uns dessen bewusst sein, dass eine Person nicht eine Störung „hat“, sie „ist“ nicht gestört (Fehringer, 2003), sondern wir schreiben ihr eine Störung zu. Ein phänomenologischer Zugang verlangt vielmehr zu fragen: „In welcher Situation *zeigt* eine Person etwas?“ (Ebd.) Auf der Basis personaler Anthropologie ist es nicht möglich, nur von einem äußeren Bezugsrahmen aus, also ohne Empathie, zu sagen, was ein Symptom oder eine Symptomkonstellation, ein Komplex, bedeutet, d. h. was der Klient damit zum Ausdruck bringen will – ohne die Beziehung (und damit uns und unseren kulturellen Kontext) in Betracht zu ziehen.

Obwohl es unmöglich ist, ohne Konzepte zu denken, müssen wir uns stets vor Augen halten, dass es wahrscheinlich ist, dass sie eher falsch als richtig sind (z. B. übersimplifizieren alle Konzepte). Deshalb müssen Klienten eine Chance haben, unsere Konzepte (Arbeitshypothesen, Konzepte zur Entwicklung des Klienten, therapiepraktische Konzepte usw.) umzustoßen. Um dies zu ermöglichen, müssen wir zu allererst unsere diesbezüglichen Konzepte so transparent wie möglich halten. Implizite Konzepte müssen explizit gemacht werden, damit sie falsifiziert werden können. Klienten muss es möglich sein (mehr noch: sie müssen sich eingeladen fühlen), die Konzepte des Therapeuten zu falsifizieren. Diese müssen nicht nur für Korrekturen offen sein, sie müssen zur Korrektur einladen. Sie müssen jederzeit abgewandelt oder widerlegt werden können. Das letzte Wort für den Therapeuten muss immer das sokratische „Ich weiß, dass ich nichts weiß“ sein.

Existenzielles Wissen: gegründet auf Kontext, Erfahrung und Beziehung

Wir haben die Wahl: Wir können entweder jene Konzepte verwenden, die uns gerade einfallen, mehr oder weniger zufällige Intuition etwa, wobei wir nie wissen können, ob und wie voreingenommen wir sind. Oder wir reflektieren unsere Konzepte und untersuchen sie methodisch und systematisch in wissenschaftlicher Weise, d. h. auch im Dialog mit anderen, was die Wahrscheinlichkeit von Voreingenommenheit und systematischen Fehlern reduziert. Die Verantwortung erfordert natürlich, die Konzepte zu reflektieren.

Das bedeutet: Im Modus der Reflexion arbeiten wir mit Erkennen bzw. Wissen. Aus personaler Sicht muss dies existenzielles Wissen sein – Wissen, das als Grundlage für unsere Handlungsentscheidungen dient. Es muss aus der Erfahrung kommen und an sie gebunden bleiben, d. h. offen dafür, durch Erfahrungen geändert zu werden. Reflektierte Konzepte müssen Prozesskonzepte sein, die nicht festlegen und einengen, sondern den Horizont erweitern. Solches Wissen muss „in-form-iertes Wissen“ sein, das durch Erfahrung und Reflexion der Erfahrung „in Form“ gebracht wird. Erfahrungsgestütztes Wissen fragt nicht, ob etwas *ab-solut* (d. h. losgelöst vom

24 „Wahrnehmen“ hat nichts mit „Wahrheit“ zu tun (und heißt also nicht „für wahr nehmen“). Es enthält als ersten Bestandteil das Substantiv „Wahr“ mit der Bedeutung „Aufmerksamkeit, Acht“ und bedeutet demnach „in Aufmerksamkeit nehmen, einer Sache Aufmerksamkeit schenken“ (vgl. „bewahren, verwahren, verwahrlosen“). (Etymologieduden, 1963)

25 Auch „perzipieren“ bzw. „perceive“ heißt „nehmen“: Beide kommen vom lateinischen „per“ plus „capere“.

Kontext) richtig oder falsch ist; es kann nur „richtig“ oder „falsch“ in der Beziehung sein und ist daher stets *relativ*. Relevantes Wissen ist nicht nur beziehungs-bezogen; es ist notwendigerweise kontext-basiert und von Kultur und sozialen Normen abhängig. (Man muss sich nur vor Augen halten, wie viele Menschen augenblicklich „ge-heit“ wurden, als die Homosexualität von der Liste der Krankheiten durch die WHO gestrichen wurde!²⁶)

Für Wissen gilt daher dasselbe wie für Empathie: zurück zum Klienten! Die Klienten und Klientinnen sind es, die uns über den jeweils nächsten Schritt in der Therapie in-form-ieren; sie sind es, die uns „in Form“ bringen. Wissen dient dem Verstehen, der Empathie und der Anerkennung (d. h. der bedingungs-freien Wert-schätzung; vgl. Schmid, 2001c; 2002b). Empathie beruht immer auf Wissen. Existenzielles Wissen „in-form-iert“ die Empathie und das Verstehen und ist deshalb hilfreich, so wie die Theorie die Praxis in-formiert (Iossifides, 2001). Wissen fördert therapeutisches Verste-hen: Ute und Johannes Binder (1994; S. 17f) sind überzeugt, dass wir, zumindest im klinischen Bereich, weit hinter dem möglichen und notwendigen Ausmaß der Realisierung der Grundhaltungen zurückbleiben, wenn wir nicht versuchen, bestimmte Phänomene zu verstehen, die jeweilige Art und Weise, in der sie erlebt, und die Bedingungen, unter denen sie entwickelt werden. Sie betonen, dass Empathie Wissen über störungsspezifische Charakteristika braucht oder zumindest sehr dadurch gefördert wird (Binder & Binder, 1991, S. 150). (Man denke an Pubertät, Anorexie, Aggression in Beziehungen mit depressiven Personen usw.). Das bedeutet nicht, dass die therapeutischen Bedingungen nicht hinreichend sind und es einer Ergänzung durch Wissen bedarf; es heißt vielmehr, dass Wissen einen notwendigen Teil der Realisierung der Grundbedin-gungen darstellt!

In der klientenzentrierten Bewegung gab es bisweilen einen antirationalen und antiintellektuellen Zug. Nur wenig erleuchtete Geister jedoch können meinen, Wissen gegen Beziehung und Gefühl ausspielen zu müssen. Dies ist ähnlich unsinnig, wie den substan-zialen gegen den relationalen Aspekt des Personseins auszuspielen. Natürlich brauchen wir nicht Konzepte *statt* Engagement, Objekti- vierung *statt* Begegnung, Klassifikation *statt* Präsenz. Wir brauchen existenzielles Wissen – und nicht Wissen, das bloß dem eigenen Schutz der Therapeuten dient, sich draußen halten zu können, und den Sicherheitsinteressen sozialer Institutionen, die darauf abzie- len, Krankheiten zu verwalten.²⁷

Das Fazit dieser Überlegungen: Erkenntnistheoretisch gesehen, ist der personenzentrierte Prozess des Verstehens ein Prozess personaler Begegnung. Das schließt den Prozess des Erfahrens, des Anerkennens des Anderen und der Empathie ebenso mit ein wie den Prozess der Reflexion der gemeinsamen Erfahrungen. Beide Modi bedingen einander. *Die Aufgabe ist, die daraus resul- tierende Dichotomie von Nicht-Wissen und Wissen, Anerkennung und Erkennen persönlich und professionell zu handhaben.* Damit man von einer *personalen* Begegnung sprechen kann, muss es Reflexion innerhalb und außerhalb der Beziehung geben. Solche Reflexion basiert auf Wissen und führt zu neuem Wissen. Obwohl dieses Wissen der Unmittelbarkeit der Begegnung nicht im Weg stehen darf, muss es als wesentlicher Teil der personalen Begeg- nungsbeziehung verstanden werden. Ein personaler Gebrauch von Konzepten und Theorien verhindert Erfahrung nicht, son- dern fördert sie.

Brauchen wir störungsspezifische Konzepte und Diagnosen?

Die entscheidende Frage ist nun, welche Theorien wir gebrauchen: Auf welchen Konzepten basieren wir unser therapeutisches Vorge- hen? Welches Wissen wählen wir, um zu entscheiden, was wir tun? Es ist unbestritten, dass wir den Klienten tunlichst die besten Konzepte anbieten, die uns zur Verfügung stehen. Auf der Basis personalen Verstehens ist dies Präsenz in der Begegnung, wodurch Personalisa- tion gefördert wird. Präsenz und Reflexion gehören zueinander und bedingen einander, wie oben beschrieben. Die Redewendung „nach bestem Wissen und Gewissen“ zeigt deutlich, dass dies eine ethische Aufgabe ist, wie Psychotherapie als solche ein ethisches Unterfan- gen darstellt (Schmid 2002b, 2002c, 2002d; Grant, 2004).

Störungsspezifische Konzepte?²⁸

Brauchen wir also spezifisches Wissen, üblicherweise irreführend als „Störungswissen“ oder „störungsspezifisches Wissen“ bezeichnet?

Wenn wir Reflexion, Konzepte und Wissen brauchen, um die Prozesse in und mit unseren Klienten und Klientinnen so gut wie möglich zu verstehen, ist es auch klar, dass es nützlich und not- wendig ist, Wissen über bestimmte Prozesse der Person zu haben. Rogers hat selbst in unterschiedlichen Situationen unterschiedlich

26 Cf. Fehringer, 2003. – „Gay and Lesbian Issues“ ist jetzt sogar eine Division der American Psychological Association.

27 Es darf im Übrigen die Vermutung ausgesprochen werden, dass die dumme Idee, Wissen könne ein Hindernis für Personenzentrierte Therapie sein, ein antirationaler Schutzaffekt gegen notwendige Konsequenzen ist, die sich für das Selbst ergäben, würde es ein intellektuelles Herangehen zulassen. Gefühle werden ja gemeinhin als etwas Persönliches angesehen, sie stehen daher nicht zur Disposition der Diskussion und dürfen nicht angezweifelt werden – deshalb ist man als jemand, der mit Gefühlen erfahren umgehen kann, auch weniger angreifbar als mit Ideen,

Konzepten und Theorien. – Wer würde aber bestreiten wollen, dass Wissen Sinn macht! Es ist reiner Un-Sinn, Wissen ausschließen zu wollen. Nicht nur etymolo- gisch sind Wissen und Können verwandt: In beiden, ‚kneißēn‘ und ‚können‘, engl. ‚know‘ und ‚can‘, steckt dieselbe indoeuropäische Wurzel ‚gn‘ (cf. lat. ‚cognos- cere‘ und griech. ‚gignoskein‘) und verweist auf die innere Zusammengehörigkeit (Hoad, 1986). Wer glaubt, etwas zu wissen, ohne das entsprechende Können zu benötigen, liegt ebenso falsch wie der, der meint, er könne etwas und brauche dazu kein Wissen.

28 Traditionell als „Spezifische Störungs-/Krankheitslehre“ bezeichnet.

gehandelt. Er hat seine Art zu therapieren weiterentwickelt und modifiziert (beispielsweise nach dem Wisconsin-Projekt und den Erfahrungen mit Encounter-Gruppen), auch wenn er das nicht systematisiert und klassifiziert hat. Er hat deutlich, „mit einiger ‚Furcht und Zittern‘“, „wegen des schweren Gewichts der gegenteiligen klinischen Meinung“ behauptet, dass „die wesentlichen Bedingungen der Psychotherapie in einer einzigen Konfiguration bestehen, *selbst wenn der Klient oder Patient sie sehr verschiedenartig anwenden mag*“ (Rogers 1957a/1991, 179; Hervorh. pfs).

Der zweite Teil des Satzes wird oft übersehen, obwohl er ganz wesentlich ist und die Aufgabe anzeigt: nämlich zu verstehen, wie Klienten die Beziehung unterschiedlich verwenden. Auch hier ist die Aufgabe: Zurück zum Klienten! Unterschiedliche Arten, die Beziehung zu gestalten, in-*form*-ieren den Therapeuten, unterschiedlich in der Beziehung zu sein und unterschiedlich zu „antworten“. Das ist entscheidend, weil jede Beziehung einzigartig ist. Jeder Klient verdient die Antwort und die Beziehung, die er braucht, und nicht – was aufgrund der Beziehungsbedingungen eigentlich selbstverständlich ist – irgendeinen im Vorhinein festgelegten „Interventionstypus“.

Gleichzeitig brauchen wir Konzepte, die uns helfen, unsere therapeutischen Erfahrungen zu reflektieren, weil es sinnvoller ist, auf der Basis kritisch reflektierten Wissens und wissenschaftlich untersuchter Konzepte zu handeln als aufgrund zufälligen oder willkürlich angewandten Wissens. Deshalb ist es wesentlich, sorgfältig begründete und überlegte, genuin entfaltete Konzeptionen und Theorien zu entwickeln. In diesem Sinn machen Prozessdifferenzierungen ebenso Sinn wie spezifische Konzepte, wenn sie uns helfen, unterschiedliche authentische und inauthentische Prozesse der Person besser zu verstehen.

Damit wird für Prozessdifferenzierung und prozessspezifische Konzepte plädiert und ebenso für störungsspezifische Konzepte im Sinn des Verstehens unterschiedlicher inauthentischer Prozesse. Gleichzeitig ist dies jedoch deutlich von störungs*zentrierten* Konzeptionen abzugrenzen. Sie sind im Gegensatz dazu nicht Person-zentriert (vgl. Mearns, 2004: „Person-centered is not problem-centered“).

Es existiert bereits beträchtliches Wissen über solche Prozesse, die oft unter der Bezeichnung „störungsspezifisch“ firmieren. Zahlreiche Versuche wurden unternommen, charakteristische Prozesse zu beschreiben und zu verstehen. In den letzten Jahrzehnten haben viele Theoretiker und Forscherinnen große Anstrengungen unternommen, und es gibt beachtliche Literatur dazu, quantitativ und qualitativ. Aus verschiedenen Motivationslagen – vom Bedürfnis nach (staatlicher bzw. sozialversicherungsrechtlicher) Anerkennung über den kollegialen Austausch bis zum Versuch, das Verständnis Personzentrierter Therapie weiterzuentwickeln – wurden zahlreiche Konzeptionen entwickelt.

Die experienzielle Bewegung etwa verdient Anerkennung für die hartnäckige Betonung der Notwendigkeit solcher Konzepte. Die Arbeit von Hans Swildens (1991; 2004), Ute und Johannes Binder (1991; 1994; Binder, 2004), Margaret Warner (1998) und Garry

Prouty (Prouty, Van Werde & Pörtner, 2002), um nur einige zu nennen, hat substanziell zu unserem Verständnis personzentrierter Prozesse und zur Entwicklung personzentrierter Theorie beigetragen.

Darüber hinaus wurde viel Zeit dafür aufgewendet, einen Weg zu finden, sich mit den vorherrschenden Konzeptionen aus der Medizin, besonders der Psychiatrie, den anderen therapeutischen Orientierungen und den Anforderungen der öffentlichen Gesundheitssysteme auseinanderzusetzen. Es scheint klar zu sein, dass eine bloße Übernahme solcher anderer Denksysteme mit der Personzentrierung kaum vereinbar ist. Als Folge davon wurden nicht wenige Versuche unternommen, traditionelle Modelle in personentrierte Kategorien zu übersetzen. Auch wenn wir diese traditionellen Konzeptionen nicht ignorieren können und sie daher verstehen müssen und auch, wenn wir oft gezwungen sind, sie zu gebrauchen, um mit Kollegen und Institutionen kommunizieren zu können oder einfach um an Sozialversicherungsgelder heranzukommen, bin ich überzeugt davon, dass sie keineswegs mit dem personalen Menschenbild übereinstimmen.

Es liegt nun an mir, mit „einiger Furcht und Zittern“ „wegen des schweren Gewichts der gegenteiligen klinischen Meinung“ – und weil das als Resultat dieser Untersuchung enttäuschend sein mag –, festzuhalten, dass aufgrund der vorangehenden Überlegungen, deutlich wird: Wir haben bislang schlicht keine genuin personentrierte Systematik, eine, die den Kriterien personentrierter Anthropologie und Epistemologie, wie sie beschrieben wurden, entspricht. Mehr noch: Ich bin nicht überzeugt davon, dass all das Wissen, das wir über Prozesse in Klienten, das wir angesammelt haben, uns erlaubt zu behaupten, dass wir mittlerweile genug über ihr Erleben wissen, um systematische Konzeptualisierungen über spezifische Prozesse ausarbeiten zu können. Wir stehen da noch ziemlich am Anfang mit unserem Verständnis.

Diagnosen?

Die Frage der Diagnose ist immanent mit der Frage nach Konzeptspezifität verknüpft. Auf dem Gebiet der traditionellen Medizin kann vernünftige Behandlung nicht ohne genaue Diagnose geplant und durchgeführt werden. Das schließt die Prognostik wahrscheinlichen Fortschritts und möglicher Heilung und deshalb die Verschreibung der Behandlung mit ein. Solche Diagnosen werden üblicherweise mithilfe der Terminologie von Symptomen oder Ätiologien ausgedrückt.

Für die Psychotherapie war Rogers (1951a/1973, S. 205–212) jedoch davon überzeugt, dass psychologische Diagnosen nicht nur überflüssig sind, sondern schädlich und unklug, weil sie den Ort der Bewertung und Verantwortung in den Therapeuten als den (oft sogar alleinigen) Experten verlegen – was weitreichende soziale Implikationen für die Kontrolle der Vielen durch wenige Selbsternannte hat. Dies ist zugleich ein weiterer Hinweis darauf, wie sehr seine Theorie zugleich Gesellschaftskritik darstellt.

Rogers (1957a/1991, S. 180f) war sich voll der Radikalität seiner Aussagen bewusst: „Es wird *nicht* behauptet, dass es für die Psychotherapie notwendig ist, dass der Therapeut eine genaue psychologische Diagnose des Klienten besitzt. Auch hier macht es mir Unbehagen, einen Standpunkt zu vertreten, der so sehr von meinen klinischen Kollegen abweicht. Je mehr ich Therapeuten beobachtet habe und je genauer ich Forschungsergebnisse studiert habe, desto mehr bin ich zu dem Schluss gezwungen, dass solche diagnostischen Kenntnisse für die Psychotherapie nicht wesentlich sind.“

Rogers' Alternativmodell sieht den Klienten als den Experten für sein Leben, weil er der Erfahrene ist: „In einem sehr bedeutungsvollen und genauen Sinn ist die Therapie Diagnose, und diese Diagnose ist ein Prozess, der eher in der Erfahrung des Klienten abläuft als im Intellekt des Kliniklers.“ (Rogers, 1951a/1973, S. 208) Das zeigt auf, dass das grundsätzliche Problem der Diagnose darin besteht, wer als der Experte, als der Erfahrene angesehen wird.²⁹

„Expertus potest dicere“ – der Erfahrene hat etwas zu sagen. Aus *Person*-zentrierter Perspektive sind beide Experten, aber in unterschiedlichem Sinn. Wenn man es paradox ausdrücken will: Der Therapeut ist der Experte dafür, nicht Experte für das Leben eines anderen Menschen sein zu können.

Das griechische Wort „Diagnose“ kommt aus dem Griechischen: „δια-γι-γνοσκειν“ heißt „durch und durch erkennen, beurteilen“. Diagnose bedeutet demnach „unterscheidende Beurteilung“. Sie ist zunächst einmal die harte Arbeit des Klienten. Er arbeitet am Prozess des Unterscheidens: Der Klient versucht fortwährend – durch Erfahren und Reflektieren – herauszufinden, welche Aufgabe als nächste drankommt, was als Nächstes im Prozess der Persönlichkeitsentwicklung notwendig ist – freilich nicht alleine, sondern als gemeinsame Arbeit in der therapeutischen Beziehung.

Diagnose ist also nötig – allerdings bedeutet sie in einem personenzentrierten Sinn etwas anderes als üblicherweise. Und obwohl das völlig gegen das traditionelle und weit verbreitete Verständnis geht, kann aus *Person*-zentrierter Sicht Diagnose sinnvollerweise nicht eine symptomorientierte oder ätiologisch orientierte Diagnose, sondern nur eine phänomenologische Prozessdiagnose sein, die Schritt für Schritt durch den gemeinsamen Prozess des Erlebens und Reflektierens von Klient und Therapeut entfaltet wird. Wie die Therapie braucht die Diagnose beide Modi und beide (bzw. in Gruppen alle) in die Beziehung involvierten Personen, wodurch ein *kodiagnostischer Prozess* entsteht.³⁰

Zusammengefasst: Obwohl relativ viel personenzentriertes „störungs“-spezifisches Wissen existiert und es phänomenologische Beschreibungen gibt, die wertvolle Beiträge zur personenzentrierten Persönlichkeits- und Therapietheorie liefern, ist eine genuin personenzentrierte systematische Beschreibung inauthentischer Prozesse nur in Ansätzen vorhanden und eine genuin personenzentrierte Systematik der Prozess-Spezifität fehlt gänzlich.

Spezifische Ausbildung?

Brauchen wir dafür eine spezifische – eine prozessspezifische – Ausbildung? Eine der Begründungen, die üblicherweise für die Bedeutung „störungsspezifischen Wissens“ angegeben wird, ist die Ausbildung unerfahrener angehender Therapeuten. Hier erscheint es äußerst wichtig, nicht der Ansicht Vorschub zu leisten, dass einem Mangel an Selbstbewusstsein, Selbstsicherheit, Kompetenz und Erfahrung mit Regeln, Handwerkszeug, Techniken oder Training bestimmter Verhaltensweisen beizukommen wäre. Ausbildung muss vielmehr – ebenso wie es in der Therapie geschieht – Persönlichkeitsentwicklung fördern. Sie muss das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten unterstützen, statt personale Beziehungen durch Techniken zu ersetzen, und sie muss das Vertrauen in die eigenen Erfahrungen und die Befähigung heben, sie sorgfältig zu reflektieren.

Dagegen wird oft der Einwand erhoben, das würde die Ausbildungsteilnehmer überfordern, persönliche Einstellungen könnten als solche nicht gelernt werden und deshalb sei ein Skill-Training nötig. Meine Erfahrung hat mich anderes gelehrt: Wie es in der Therapie notwendig ist, die Wünsche des Klienten nach einfachen Lösungen *nicht* zu erfüllen, *nicht* nachzugeben und ihn statt dessen herauszufordern, ebenso ist es in der Ausbildung: Es gilt, die Ausbildungsteilnehmer in förderlicher Weise herauszufordern, ihre eigenen Wege der Beziehungsgestaltung und des Kommunizierens zu finden bzw. zu erarbeiten.

Unter anderem ist also eine prozessspezifische Ausbildung aus personenzentrierter Sicht ebenso notwendig wie problemzentriertes Training unangebracht ist.

Somit ist abschließend festzuhalten: Empathieorientierte (im Gegensatz zu interventionsorientierter) Therapie, beruht auf einem erkenntnistheoretischen Paradigmenwechsel, der eine fundamentale Gegenposition zu den *traditionellen* Vorstellungen von Diagnose und Klassifizierung mit sich bringt: Es ist der Klient, der sein Leben und die Bedeutung seiner Erfahrungen bestimmt und so den Therapeuten „in-form-iert“, das heißt: in Form bringt zu verstehen. Der Therapeut ist nichts weniger als herausgefordert zu riskieren, gemeinsam mit dem Klienten eine einzigartige Beziehung zu erschaffen – durch gemeinsames Erleben und Reflektieren, durch gemeinsames Konstruieren von Alternativen und damit gemeinsames Antworten auf die

29 „Experte“ kommt vom lateinischen Nomen „expertus“ mit der Bedeutung „erprobt, bewährt“. Das zugrunde liegende Verb „experiri“ bedeutet „versuchen, erproben“. (Etymologieduden, 1963)

30 Neben der bereits erwähnten Literatur vgl. zum Thema vor allem auch Patterson, 1948 (das Bedürfnis nach Diagnostik kommt von den Grenzen der Therapeuten), Shlien, 1989 (Diagnose ist im personenzentrierten Kontext schädlich, weil sie auf einem anderen Menschenbild beruht) und Bozarth, 2002 (Argumentation gegen den „Spezifitätsmythos“).

existenzielle Situation („co-experiencing“, „co-reflecting“, „co-constructing“ und „co-responding“).

Dazu sind Konzepte und Wissen, also „Erkennen“, ebenso nötig wie „Präsenz und kreative Offenheit („Nicht-Wissen“), also „Anerkennung“. Es gibt bereits personenzentriertes „störungs“-spezifisches Wissen. Es gibt kaum eine personenzentrierte *systematische* Beschreibung inauthentischer Prozesse. Und es gibt (noch) keine genuin personenzentrierte prozessspezifische Systematik.

Humanistische Wissenschaftstheorie: Auf dem Weg zu einer wahrhaft menschlichen Wissenschaft

Es gibt also noch viel zu tun. Wir sind noch nicht in der Lage, ein authentisch personenzentriertes System aufzustellen. Daher kann ich zu diesem Zeitpunkt der Entwicklung des Paradigmas auch nur anbieten, Kriterien zu nennen, denen eine solche systematische Konzeption entsprechen muss. Zum Schluss deshalb einige vorläufige Thesen als Kriterien für eine genuin personenzentrierte Konzeption³¹ unterschiedlicher Prozesse von Persönlichkeitsentwicklung.

1. *Personal*: Solche Konzeptionen müssen auf der Basis personaler Anthropologie gebildet werden, d. h. auf der Grundlage dialogischen Denkens bzw. der Begegnungsphilosophie. Unter anderem bedeutet das, dass solche Konzeptionen das Denken in Beziehungskategorien wie in substanzialen Kategorien einschließen muss. Natürlich muss es Prozessdenken sein. Die Grundlage bildet ein Konzept personaler Authentizität, nicht ein Störungskonzept. Es gründet auf Wachstum, was wiederum die Aktualisierung von Potenzial einschließt. Weil es Vergangenheit und Zukunft ebenso umfasst wie die Gegenwart, also Denken in lebenslangen Kategorien bedeutet, ist es auch von ätiologischem Wert.

2. *Phänomenologisch*: Die Konzeptionen müssen phänomenologisch sein, d. h. sie müssen „zurück zum Klienten“ als Person. Ein solcher Ansatz geht davon aus, dass relevant ist, was die Person zeigt und nicht bloß, was analysiert oder erklärt werden kann. Personenzentrierte Konzepte müssen so erfahrungsnah wie nur möglich sein; sie dürfen nicht hinter den phänomenologischen Radikalismus von Rogers zurückfallen.

3. *Falsifizierbar*: Daher muss es möglich sein, die Konzeptionen des Therapeuten über den Klienten und seinen Prozess oder Teile von ihnen zu falsifizieren. Konzeptionen sind nützlich, wenn sie einen Prozess anregen, der dazu führt, dass sie durch bessere ersetzt werden. Es muss fortwährend möglich sein, bestimmte

Konzepte durch Erfahrung zu revidieren. Es ist diese Form der Orthopraxie, die ständig die Orthodoxie herausfordert.

4. *Hermeneutisch*: Die Konzeptionen müssen hermeneutisch generiert sein. Damit ist die ursprüngliche Bedeutung von Hermeneutik gemeint: nämlich die Bedeutung zu rekonstruieren, die der Autor eines beschädigten Textes im Sinn hatte. Es muss auch klar sein, dass dieses Verstehen letztlich um des Klienten, nicht um des Therapeuten willen geschieht, dass Verstehen ohne Wissen um den kulturellen Kontext unmöglich ist und dass es nicht möglich ist, alle Vorurteile abzulegen. Die Aufgabe existenzieller Hermeneutik ist vielmehr, sich der Vorurteile und des Vorverstehens der eigenen Existenz bewusst zu werden und dies transparent zu machen (siehe oben, 3).

5. *Existenziell*: Personenzentrierte Konzeptionen müssen existenziell sein, d. h. sie müssen eine Beziehung zur ganzen Existenz einer Person haben und darüber hinaus zur menschlichen Existenz als solcher (vgl. dazu Cooper, 2003).

6. *Gesellschaftskritisch*: Solche Konzeptionen müssen Gesellschaftskritik einschließen. Sie müssen sich kritisch mit Macht und Kontrolle auseinandersetzen, mit Interessen und Expertentum. Sie müssen von Natur aus emanzipatorisch sein. Deshalb muss transparent sein, wessen Interessen die Konzeptionen dienen und wer von ihnen profitiert.

7. *Genuin humanistische Forschung anregend*: Die Konzeptionen müssen eine Art von Forschung anregen, die dem Forschungs-„Gegenstand“, dem Menschen als Person nämlich, angemessen ist (Rogers, 1985a/1986). Selbstverständlich müssen solche Konzeptionen für empirische Forschung offen sein, auch wenn deren Ergebnisse die eigenen Annahmen nicht bestätigen. Wichtiger aber ist, dass die personenzentrierten Forscher Empirizismus und Positivismus überwinden und in der Lage sind, Zugänge zur Forschung zu initiieren, die wirklich an der Person orientiert sind, etwa intensive Fallstudien oder kreative Forschungsvorhaben, wie etwa, um ein Beispiel zu nennen, Elliotts (2002) Hermeneutic Single Case Efficacy Design.³²

Um diese Kriterien zu erfüllen, ist es notwendig, dass alle Richtungen der „personenzentrierten und experienziellen Familie“ zusammenarbeiten.

31 Eine Konzeption wird hier verstanden als ein konsistentes System von Konzepten.

32 Vgl. zur Unbrauchbarkeit der traditionellen Evaluierungsmethoden aus der evidence-based medicine für die Psychotherapie („störungsspezifische randomisierte Studien“), die den Menschen nicht als solchen untersucht, sondern in Funktionsstörungen aufteilt, und der psychotherapeutischen Beziehung als bio-psycho-sozialer Interaktion nicht gerecht wird, und der Forderung nach hermeneutischer Interpretation sensu Habermas (1985) jetzt auch Zurhorst (2005).

Zurück zum Klienten!

„Zurück zum Klienten“ bedeutet zurück zum Menschen. Wir brauchen eine humane Wissenschaft, um zu verstehen, was in und zwischen Menschen vorgeht. Wenn die Bewegung vom Klienten zum Therapeuten geht, dann ist es in einem klientenzentrierten Ansatz notwendig, zum Klienten als der erstrangigen Wissens- und Verstehensquelle „zurück“ zu gehen. Therapie ist mehr als eine Sache von Therapeutenvariablen; sie ist eine Angelegenheit der Selbstheilungskräfte des Klienten. Das schließt einen epistemologischen Paradigmenwechsel ein, der zu einer fundamentalen Gegenposition zur traditionellen Diagnose und Klassifikation führt. Es ist der Klient, der sein Leben und die Bedeutung seiner Erfahrungen bestimmt und so den Therapeuten „in-form-iert“. Der Therapeut ist aufgefordert, sich selbst zu öffnen und es zu riskieren, *Teil einer einzigartigen Beziehung zu werden, die beide gemeinsam entwerfen und – kein geringeres Risiko – gemeinsam zu reflektieren.*

Warum gibt es alle diese Diskussionen und Auseinandersetzungen um störungsspezifische Konzepte? Einer der Hauptgründe ist, jenen zu antworten, die den Vorwurf erheben, dass der Personzentrierte Ansatz ihre Kriterien für wissenschaftliche Arbeit und Forschung nicht erfülle – Kriterien, die von Menschen aufgestellt wurden, die von einem völlig anderen Menschenbild ausgehen (wenn sie überhaupt von einem Menschenbild ausgehen und nicht nur von Aspekten des Verhaltens). Wenn wir versuchen, uns diesen Kriterien anzupassen, geben wir unsere Identität auf und verwerfen den radikalen Paradigmenwechsel zur Person im Zentrum. Wir mögen vorübergehend einigen Applaus bekommen, würden aber im Gegenzug den Grund dafür aufgeben, ein selbstständiger Ansatz zu sein, weil wir unseren einzigartigen Standpunkt aufgeben würden, das einzigartige Angebot und die ethische Herausforderung, einzig und wirklich die Person in den Mittelpunkt zu stellen. Wir würden in eine Allgemeine Psychologie verschwinden.³³

Es ist hingegen wahrlich kein Grund vorhanden, uns von den Exponenten einer modeorientierten und in letzter Konsequenz un-menschlichen Psychologie beeindruckt zu lassen, die von selbsternannten Experten dominiert wird.

Die Alternative ist jedoch keine leichte Aufgabe. Wir stehen vor dem Unterfangen, dem Mainstream zu begegnen, indem wir in neuen Kategorien antworten. Wir sehen uns der Aufgabe gegenüber, hart an der Entwicklung eines humanen, wirklich Person-zentrierten Verständnisses von Wissen, Wissenschaft und Forschung zu arbeiten, personzentrierte Konzeptionen dessen, was psychische Störungen genannt wird, inklusive.

Wir stehen vor der Herausforderung, ein Verständnis von uns selbst zu entwickeln, das jenseits der Kategorien von Ordnung bzw. Norm und Störung liegt – nichts weniger als eine kompromisslose Fortsetzung jener Gesellschaftskritik, die Carl Rogers mit seiner Persönlichkeits- und Therapietheorie verfolgt hat.

³³ Es gibt genug Beispiele, wo das geschehen oder fast geschehen ist. Dazu braucht man sich nur etwa die historische Nähe der „Gesprächstherapie“ zur Verhaltenstherapie in Deutschland anzusehen und die späteren Versuche, im Zuge des Anerkennungsverfahrens und andernorts aus psychoanalytischer Perspektive zu argumentieren.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Gesprächsführung (Hrsg.). (1984). *Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung. Das personenzentrierte Konzept in Psychotherapie, Erziehung und Wissenschaft*. Wien: Deuticke.
- Binder, U. (2004). Störungsspezifische Verstehensprozesse versus diagnosegeleitete Einstellungen. Vortrag Subsposium „Störungsspezifische Konzepte“, Symposium „Gestaltende und vermittelnde Prozesse. Selbstorganisation in Personenzentrierter Beratung und Psychotherapie“. Salzburg.
- Binder, U. & Binder, J. (1994). *Empathieentwicklung und Pathogenese in der Klientenzentrierten Psychotherapie*. Eschborn: Klotz.
- Binder, U. & Binder, J. (1991). *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie. Schizophrene Ordnung – Psychosomatisches Erleben – Depressives Leiden*. Eschborn: Klotz.
- Binder, U. & Binder, H.-J. (Hrsg.). (1994). *Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen*. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Bohart, A. C. (2003). How does empathy facilitate? Vortrag. 6. Personenzentrierte und Experienzielle Weltkonferenz. Egmond aan Zee.
- Bozarth, J. D. (2002). Empirically supported treatments: Epitome of the “specificity myth”. In J. Watson, R. N. Goldman & M. S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century* (S. 168–181). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Cooper, M. (2003). Between freedom and despair: Existential challenges and contributions to person-centered and experiential therapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2, 43–56.
- Cornelius-White, J. H. D. (2004). Maintain and enhance. An integrative view of person-centered and process-differentiated diagnostics. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 268–276.
- Elliott, R. (2002). Hermeneutic single case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12, 1–20.
- Etymologieduden (1963): *Duden. Bd. 7: Das Herkunftswörterbuch*. Mannheim: Bibliografisches Institut.
- Fehringer, C. (2003). Brauchen wir Störungswissen, um personenzentriert arbeiten zu können? Vortrag PCA, Wien.
- Freud, S. (1926). Die Frage der Laienanalyse. Unterredungen mit einem Unparteiischen. In S. Freud, *Studienausgabe. Ergänzungsband* (S. 271–349). Frankfurt/M.: S. Fischer.
- Gadamer, H.-G. (1999). *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Bd. 1*. Tübingen: Mohr.
- Geller, S., Schmid, P. F. & Wyatt, G. (2003). A dialogue on therapeutic presence: A precondition, a meta-condition or fourth condition in person-centered therapy? 6. Personenzentrierte und Experienzielle Weltkonferenz. Egmond aan Zee.
- Grant, B. (1990). Principled and instrumental nondirectiveness in person-centered and client-centered therapy. *Person-Centered Review*, 5 (1), 77–88.
- Grant, B. (2004). The imperative of ethical justification in psychotherapy. The special case of client-centered therapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 3 (3), 152–165.
- Greenberg, L. (2004). Being and doing. Person-centeredness, process guidance and differential treatment. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3 (1), 52–64.
- Habermas, J. (1985). *Zur Logik der Sozialwissenschaften*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Heinerth, K. (2002). Symptomspezifität und Interventionshomogenität. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 1, 23–26.
- Hoad, T. F. (Ed.) (1986). *The concise Oxford dictionary of English etymology*. Oxford: Clarendon Press.
- Husserl, E. (1950). *Cartesianische Meditationen und Pariser Vorträge. Gesammelte Werke, Bd. I*. Den Haag: Martinus-Nijhoff.
- Iossifides, P. (2001). Understanding the actualizing tendency through the recent events. Vortrag. Internationales Kolloquium zum hundertsten Geburtstag von Carl Rogers. Wien.
- Joseph, S. & Worsley, R. (Eds.) (2005). *Psychopathology and the person-centered approach*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Keil, W. W. & Stumm, G. (2002). Die verschiedenen Strömungen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Einleitung. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 65–72). Wien: Springer.
- Kirschenbaum, H. (1979). *On becoming Carl Rogers*. New York: Delacorte.
- Levinas, E. (1983). *Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie*. Freiburg: Alber.
- Mearns, D. (1996). Working at relational depth with clients in person-centered therapy. *Counselling*, 7 (4), 306–311.
- Mearns, D. (1999). Person-centred therapy with configurations of self. *Counselling*, 10 (2), 125–130.
- Mearns, D. (2002). Further theoretical propositions in regard to self theory within person-centered therapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 1, 14–27.
- Mearns, D. (2004). Person-centered is not problem-centered. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 88–101.
- Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at relational depth in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Patterson, C. H. (1948). Is psychotherapy dependent upon diagnosis? *American Psychologist*, 3, 155–159.
- Pfeiffer, W. M. (1993). Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und der Therapie psychischer Störungen. In L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Die Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie* (S. 19–40). Heidelberg: Asanger.
- Prouty, G., Van Werde, D. & Pörtner, M. (2002). *Pre-therapy*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Rogers, C. R. (1951a/1973). *Die klient-bezogene Gesprächstherapie. Client-Centered Therapy*. München: Kindler. (Original erschienen 1971 *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1965b). A humanistic conception of man. In R. Farson, Richard (Ed.), *Science and human affairs* (pp. 18–31). Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Rogers, C. R. (1957a/1991). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165–184). Mainz: Grünewald. (Original erschienen 1957: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95–103.)
- Rogers, C. R. (1959a/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG, 1987. (Original erschienen 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science. Vol. III* (pp. 184–256). New York: McGraw Hill.

- Rogers, C. R. (1961a/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett. (Original erschienen 1973: *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1962a/1977). Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie. In: Rogers, C. R., *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 180–196), München: Kindler. (Original erschienen 1962: The interpersonal relationship: The core of guidance. In C. R. Rogers & B. Stevens, *Person to person: The problem of being human* (pp. 89–104). Moab: Real People.)
- Rogers, C. R. (1963d/1998). Auf dem Weg zu einer Wissenschaft der Person. In M. Kilp & U. Straumann, Ursula (Hrsg.), *Reader. Kommunikation und Interaktion in der Arbeitswelt*, Frankfurt/M.: Fachhochschule. (Original erschienen 1963: Towards a science of the person. In T. W. Wann (Ed.), *Behaviorism and Phenomenology* (pp. 109–140). Chicago: University of Chicago Press.)
- Rogers, C. R. (1965b). 'A humanistic conception of man'. In R. Farson (Ed.), *Science and human affairs* (pp. 18–31). Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Rogers, C. R. (1985a/1986). Zu einer menschlicheren Wissenschaft des Menschen. *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 1, 69–77. (Original erschienen 1985: Toward a more human science of the person. *Journal of Humanistic Psychology*, 25 (4), 7–24.)
- Sachse, R. (2004). From client-centered to clarification-oriented psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 19–35.
- Sanders, P. (2005). Principled and strategic opposition to the medicalisation of distress and all of its apparatus. In S. Joseph & R. Worsley (Eds.), *Psychopathology and the person-centered approach*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (1992). „Herr Doktor, bin ich verrückt?“. Eine Theorie der leidenden Person statt einer Krankheitslehre. In P. Frenzel, P. F. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 83–125). Köln: EHP.
- Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch. Bd. I. Solidarität und Autonomie*. Köln: EHP.
- Schmid, P. F. (1996). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Ein Handbuch. Bd. II. Die Kunst der Begegnung*. Paderborn: Junfermann.
- Schmid, P. F. (1998a). *Im Anfang ist Gemeinschaft. Personzentrierte Gruppenarbeit in Seelsorge und Praktischer Theologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmid, P. F. (1998b). 'Face to face': The art of encounter. In B. Thorne & E. Lambers (Eds.), *Person-Centred Therapy*, (pp. 74–90). London: Sage.
- Schmid, P. F. (1999). Personzentrierte Psychotherapie. In G. Sonneck & T. Slunecko (Hrsg.), *Einführung in die Psychotherapie* (S. 168–211). Stuttgart: UTB für Wissenschaft – Facultas.
- Schmid, P. F. (2000). "Encountering a human being means being kept alive by an enigma" (E. Levinas): Prospects on further developments in the Person-Centered Approach. In J. Marques-Teixeira & S. Antunes (Eds.), *Client-Centered and Experiential Psychotherapy* (S. 11–33). Linda a Velha: Vale & Vale.
- Schmid, P. F. (2001a). Personzentrierte Persönlichkeits- und Beziehungstheorie. In P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (S. 57–95). Wien: Facultas.
- Schmid, P. F. (2001b). Authenticity: the person as his or her own author. Dialogical and ethical perspectives on therapy as an encounter relationship. And beyond. In G. Wyatt (Ed.), *Congruence* (pp. 217–232). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2001c). Acknowledgement: the art of responding. Dialogical and ethical perspectives on the challenge of unconditional personal relationships in therapy and beyond. In J. Bozarth & P. Wilkins (Eds.), *Unconditional positive regard* (pp. 49–64). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2001d). Comprehension: the art of not-knowing. Dialogical and ethical perspectives on empathy as dialogue in personal and person-centred relationships. In S. Haugh & T. Merry (Eds.), *Empathy* (pp. 53–71). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2002a). Presence: Im-media-te co-experiencing and co-responding. Phenomenological, dialogical and ethical perspectives on contact and perception in person-centred therapy and beyond. In G. Wyatt, G. & P. Sanders (Eds.), *Contact and perception* (S. 182–203). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2002b). Knowledge or acknowledgement? Psychotherapy as 'the art of not-knowing': Prospects on further developments of a radical paradigm. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1, 56–70.
- Schmid, P. F. (2002c). „The necessary and sufficient conditions of being person-centered“. On identity, integrity, integration and differentiation of the paradigm. In J. Watson, R. N. Goldman & M. S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century* (pp. 36–51). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2002d). Anspruch und Antwort. Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 75–105). Wien: Springer.
- Schmid, P. F. (2002e). Die Person im Zentrum der Therapie. Zu den Identitätskriterien Personzentrierter Therapie und zur bleibenden Herausforderung von Carl Rogers an die Psychotherapie. *PERSON*, 1, 16–33.
- Schmid, P. F. (2002f). Was ist personzentriert? Zur Frage von Identität, Integrität, Integration und Abgrenzung. In C. Iseli, W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. Wacker (Hrsg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 219–254). Köln: GwG.
- Schmid, P. F. (2003). The characteristics of a person-centered approach to therapy and counselling: Criteria for identity and coherence. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2, 104–120.
- Schmid, P. F. (2004a). *Personale Begegnung. Der personzentrierte Ansatz in Psychotherapie, Beratung, Gruppenarbeit und Seelsorge* (4. Aufl.). Würzburg: Echter.
- Schmid, P. F. (2004b). Souveränität und Engagement. Zu einem personzentrierten Verständnis von „Person“. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (5. Aufl.) (S. 15–164). Mainz: Grünewald.
- Schmid, P. F. (2004c). Back to the client. A phenomenological approach to the process of understanding and diagnosis. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 36–51.
- Schmid, P. F. (2005a). Authenticity and alienation. Towards an understanding of the person beyond the categories of order and disorder. In J. Steven & R. Worsley (Eds.), *Psychopathology and the person-centered approach* (pp. 75–90). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2005b). Facilitative responsiveness: Non-directiveness from an anthropological, epistemological and ethical perspective. In B. Levitt (Ed.), *Embracing non-directivity: Reassessing person-centred theory and practice in the 21st century* (pp. 74–94). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. & Mearns, D. (2005). Being-with and being-counter; A person-centred view on in-depth interaction in the therapeutic relationship.

- Keynote lectures, 4th World Conference for Psychotherapy. Buenos Aires.
- Shlien, J. M. (1989). Boy's person-centered perspective on psychodiagnosis. A response. *Person-Centered Review*, 4, 157–162.
- Spielhofer, H. (2003). Störungsspezifische Konzepte in der Personenzentrierten Psychotherapie. Vortrag. PCA. Wien.
- Spielhofer, H. (2005). Selbststrukturen bei narzisstischen Störungen und Borderline-Persönlichkeiten. *In diesem Heft*.
- Swildens, H. (1991). *Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differentielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG.
- Swildens, H. (2004). Self-pathology and post-modern humanity: Challenges for person-centered psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 3, 4–18.
- Takens, R. J. (2001). *Een vreemde nabij. Enkele aspecten van de psychotherapeutische relatie onderzocht*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Takens, R. J. & Lietaer, G. (2004). Process differentiation and person-centeredness: A contradiction? *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 77-87.
- Thorne, B. (2003). *Carl Rogers* (2nd edn.). London: Sage.
- Tudor, K. & Worrall, M. (2005). *Clinical Philosophy*. In print.
- Warner, M. S. (1998). A client-centered approach to therapeutic work with dissociated and fragile process. In L. S. Greenberg, J. C. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 368–387). New York: Guilford.
- Warner, M. (2000). Person-centered therapy at the difficult edge: A developmentally based model of fragile and dissociated process. In D. Mearns & B. Thorne, *Person-centred therapy today: New frontiers in theory and practice* (pp. 144–171). London: Sage.
- Warner, M. (2002). Psychologischer Kontakt, bedeutungstragende Prozesse und die Natur des Menschen. Eine Neuformulierung personenzentrierter Theorie. *PERSON 1*, 45–58.
- Zurhorst, G. (1993). Eine gesprächspsychotherapeutische Störungs-/Krankheitstheorie in biographischer Perspektive. In L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Die Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie* (S. 71–78). Heidelberg: Asanger.
- Zurhorst, G. (2005). Evaluierungsmethoden aus der Pharmaforschung gehen am Kern Humanistischer Psychotherapien vorbei. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 1, 13–16.

Autor

Peter F. Schmid, Univ.Doz. HSProf. Mag. Dr., Begründer personenzentrierter Ausbildung in Österreich, Personenzentrierter Psychotherapeut und Ausbilder der Akademie für Beratung und Psychotherapie des Instituts für Personenzentrierte Studien (IPS der APG); Faculty Member Saybrook Graduate School and Research Center, San Francisco. Zusammenarbeit mit Carl Rogers in den achtziger Jahren; zahlreiche Fachpublikationen in mehreren Sprachen; Mitbegründer und Vorstandsmitglied im Personenzentrierten und Experienziellen Weltverband (WAPCEPC), Mitherausgeber der internationalen Zeitschrift „Person-Centered and Experiential Psychotherapies“.

Kontaktadresse:

*Peter F. Schmid
Koflergasse 4
A-1120 Wien
E-Mail: pfs@pfs-online.at; Website: pfs-online.at*

Robert Hutterer

Eine Methode für alle Fälle

Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Klärungen und Problematisierungen

Zusammenfassung: Der Artikel befasst sich kritisch mit dem Problem differenzieller Ansätze in der Klientenzentrierten und Personenzentrierten Psychotherapie. Zu den zentralen Aussagen gehören: (a) Ausgangspunkt; differenzielle Ansätze sind Antworten auf schwierige Therapiesituationen, schwere Störungen und „schwierige“ Klienten; sie zielen auf eine Erweiterung der therapeutischen Effektivität. (b) Differenzielle Ansätze stellen weniger Weiterentwicklungen und Verbesserungen der Klientenzentrierten Therapie dar, sondern sind Anpassungen an vielfältige Bedingungen der Praxis und Folge der Heterogenisierung der Anwendungsfelder, der Klienten und der Therapeuten. (c) Differenzielle Ansätze können der Kompensation von Einschränkungen therapeutischer Kompetenz dienen. (d) Eine differenzielle Strategie für die erfolgreiche Ausübung des Therapeutenberufes ist eine Strategie der Selbstselektion. Sie erfordert für den Praktiker eine „privilegierte Position“: Die Freiheit einer psychohygienischen Lebensführung, eine ökonomische Situation mit flexiblem finanziellem Einkommen, Rekrutierung und „Anziehung“ einer passenden Klientel, die Verankerung in einem Netzwerk kollegialer Kooperation.

Stichwörter: Differenzielle Psychotherapie, schwierige Therapiesituationen, optimale Individualisierung der Therapeut-Klient-Beziehung, differenzielle Strategie für einen beruflichen Erfolg als Therapeut.

Abstract: One method for all cases: Differential strategies in person-centred psychotherapy: Clarifications and problems. This article offers a critical exploration of differentiated strategies in client-centred therapy. Central propositions are: (a) Differentiated concepts are more of an adaptation to a number of practical conditions and a result of an increasing multiplicity of applications, clients and therapists than a further development or refinement of client-centred therapy. (b) Differentiated strategies can serve to compensate for limitations in therapeutic competence and to encourage a promise of success even in the case where there is insufficient implementation of client-centred core conditions. (c) Therapists self-selection is a differentiated strategy for the successful practice of the profession of psychotherapy. It requires a 'privileged position' for the practitioner: namely, the freedom to live a psychologically healthy life, the maintenance of an economically viable situation with a flexible income, the 'recruitment' and attraction of suitable clients (best fit strategies) and a secure position within a network of cooperative professional colleagues.

Keywords: Differentiated psychotherapy, difficult therapy situations, optimal individualization of therapeutic relationship, differentiated strategy for the successful practice of psychotherapy.

Einleitung und Problem

Die mehr als sechzigjährige Geschichte der Klientenzentrierten Psychotherapie¹ ist auch eine Geschichte ihrer Diversifikation. Besonders in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten haben sich die Rahmenbedingungen für die Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes gewandelt: Erfahrungen mit neuen Klientengruppen und Störungen im klinischen Bereich, Anwendungen im quasi- und außertherapeutischen Praxisfeldern (Erziehung, Sozialarbeit, Medizin, Wirtschaft etc.) haben die Erfahrungsbasis immens verbreitert. Epochale Änderungen, die mit den Schlagworten Globalisierung

und Neo-Liberalismus assoziiert sind, brachten die Psychotherapie in einen Kosten-Nutzen-Druck und unter einen Technologie-Anspruch, der speziell personenzentrierte Psychotherapieformen unter Spannung setzte. Neue allgemeine Trends in der Entwicklung der Psychotherapie wie die Marktpräsenz von immer neuen psychologisch-psychotherapeutischen Techniken und der Trend zu Integration machten die Klientenzentrierte Psychotherapie einerseits

1 In dem Artikel werden die Bezeichnungen für die psychotherapeutischen Methode „Klientenzentrierte Psychotherapie“, „Personenzentrierte Psychotherapie“ und „Gesprächspsychotherapie“ synonym verwendet.

zum Objekt methodischer Anleihen (wenn nicht sogar Ausbeutung), andererseits zum Anziehungspunkt eklektischer Verbindungen (Sanders, 2004). Spätestens seit dem Tod von Rogers 1987 häuften sich Äußerungen von Unzufriedenheit mit der traditionellen und „reinen“ Klientenzentrierten Psychotherapie und zunehmend selbstbewusster wurden Alternativen der Standardmethode. Diese Alternativen präsentierten sich als „Ergänzungen“, „Optimierungen“ oder „in Kombination“ mit anderen Verfahren. Derartige Entwicklungen wurden nicht selten beklagt (z. B. Mearns & Thorne, 1988), ihre Krisenhaftigkeit oft genug konstatiert (Hutterer, 1992, 1993; Swildens, 2002b; van Kalmthout, 2002) und schließlich auch mit Rettungs- und Ordnungsversuchen bedacht. (Lietaer, 2002; Schmid, 2002, 2003). Diskussionen und Fachartikel beschäftigen sich immer wieder mit der Frage, was eigentlich das Zentrale und Unverwechselbare der Klientenzentrierten Psychotherapie sei (z. B. Brodley, 1986), mit der Klärung und Korrektur von Missverständnissen des Konzepts (z. B. Barrett-Lennard, 1993) oder mit der Frage der „Legitimität“ von unterschiedlichen methodischen Orientierungen innerhalb des Klientenzentrierten Ansatzes (z. B. Stumm & Keil, 2002).

Ein guter Teil der Spannungen und Entwicklungsprobleme, die in der klientenzentrierten Bewegung feststellbar sind, scheint mit einer Problematik verbunden, die man an einer Auffassung von Rogers festmachen kann, welche er immer wieder wiederholt und bestätigt hat. Er betrachtete als zentrales Charakteristikum Klientenzentrierter Psychotherapie die Auffassung, dass die gleichen therapeutischen Prinzipien auf alle Personen anwendbar sind – unabhängig davon, wie diese diagnostisch einzuordnen sind: Dieselben therapeutischen Prinzipien gelten für alle Menschen, seien sie noch so verschieden. Oder wie es Shlien (2002, S. 402) prägnant zum Ausdruck brachte: „Klientenzentrierte Psychotherapie kennt nur eine Behandlung für alle Fälle“. Diese Auffassung dürfte eine Schlüsselfunktion für die Dynamik und Spannung innerhalb der personenzentrierten Bewegung insgesamt einnehmen, vor allem auch deshalb, weil sie in ihrer Nachhut eine Reihe weiterer sensibler Fragen berührt wie z. B. Art und Funktion von Diagnostik, Art und Ausmaß der Expertenrolle, das Verhältnis von Beziehung und Technik, die Bedeutung einer Problemzentrierung sowie die Funktion der Nicht-Direktivität, um die wichtigsten zu nennen (vgl. Takens & Lietaer, 2004b; Cornelius-White, 2004). Auf der Basis dieser Auffassung wurden die zentralen therapeutischen Prinzipien lange Zeit auf die so genannten core conditions (Kernvariablen: Empathie, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz) beschränkt und auf einer mittleren Abstraktionsebene beschrieben. Auch Rogers selbst hat in seinen meistgelesenen Werken diese Beschränkung verbreitet. Dies führte zu einer Reihe von Missverständnissen und kontraproduktiven Interpretationen. Höger (1989) hat auf die unzureichende Differenzierung zwischen therapeutischer Beziehung, therapeutischen Einstellungen und konkreten Verhaltensweisen bzw. abgrenzbaren Skills aufmerksam gemacht. Es entstand dadurch ein doppelt

missverständliches Bild von einer Klientenzentrierten Therapie, die ihre Methode auf das „Spiegeln von Gefühlen“ beschränkt – auf eine einfache Technik, die ungeachtet der Symptomatik oder des Störungsbildes unterschiedslos auf alle Klienten angewandt würde.

Die Praxis der Klientenzentrierten Psychotherapie war weit entfernt von diesen verzerrten Bildern: Weder die uniforme Verwirklichung von therapeutischen Einstellungen, noch die stereotype Anwendung einer simplen Spiegel-Technik sollten den Klientenzentrierten Psychotherapeuten² in der Praxis so recht und unkompliziert gelingen. Die vielschichtigen Anforderungen der therapeutischen Praxis, die Vielfalt von Bedingungen und Voraussetzungen, die Konfrontation mit jeweils neuen Störungsbildern und überraschenden Symptomen, die individuellen Eigenarten der Klienten in ihrer Ausdrucksweise und speziell auch die therapeutischen Misserfolge und Therapieabbrüche zwangen zu einer „unterscheidenden Anpassung“. Die differenzielle Praxis, die so entstand, war selten genug das Ergebnis einer reflektierten Anwendung eines wohlverstandenen klientenzentrierten Therapiekonzepts auf neue praktische Anforderungen. Denn immer wieder wurden auch Fehlauffassungen und Missverständnisse des Konzepts kolportiert und argumentiert. Aber all das zusammen schaffte ein Bewusstsein für die vielfältigen Probleme bei der praktischen Realisierung eines Therapiekonzepts, das von seinen Grundsätzen her anscheinend so einfach zu verstehen war. Auch Rogers stellte fest, es sei „das Grundsätzliche daran leicht fasslich“, dagegen die praktische Realisierung „eine schwierige und komplizierte Angelegenheit“ (Rogers, 1962a/1977, S. 188). Auch die allgemeine Psychotherapieforschung fokussierte auf dieses Problem und sprach von einem Uniformitätsmythos (Kiesler, 1966), dem psychotherapeutische Methoden aufsitzen, die ein und dieselbe Behandlungsmethode auf (diagnostisch) unterschiedliche Klientengruppen anwenden. Mit der Uniformität des therapeutischen Vorgehens wurden auch Therapieabbrüche in Zusammenhang gebracht (Grawe et al., 1994).

Das Prinzip „Eine Methode für alle Klienten“ wurde angesichts dieser Entwicklungen und Einwände immer unhandlicher. Insgesamt ist dadurch jedoch klar geworden: die Unterschiede zwischen Klienten müssen bei der Umsetzung der therapeutischen Bedingungen stärker beachtet werden. Man sprach in diesem Zusammenhang von einem „differenziellen Vorgehen“ in der Klientenzentrierten Therapie. Seit mehr als 30 Jahren gibt es eine Diskussion darüber. Truax (1966) hat erstmals auf differenzielle Aspekte in der Vorgangsweise von Rogers hingewiesen. Bastine (1970) dürfte der erste im deutschen Sprachraum gewesen sein, der das Thema aufgegriffen hat. Ein Ausgangspunkt für seine Überlegungen zur differenziellen Perspektive waren schwierige Gesprächssituationen im therapeutischen Prozess. Tschulin (1983) hat eine breitere Diskussion angeregt

2 In diesem Artikel werden männliche, weibliche und gelegentliche beide Geschlechterformen verwendet. Es sind immer beide Geschlechter gemeint.

(vgl. auch Tscheulin, 1992; Auckenthaler, 1994). Die Profilierung von erfahrungs- und erlebensorientierten Psychotherapien (*experiential psychotherapies*; vgl. auch Lietaer, 1992; van Balen, 2002) im Anschluss an Gendlin (1973, 1998) und Greenberg (Greenberg, Watson & Lietaer, 1998; Greenberg, Rice & Elliott, 2003) machte die differenzielle Fragestellung komplexer und spannungsreicher und brachte das Paradigma des Personenzentrierten Ansatzes deutlich in Bewegung (vgl. Hutterer et al., 1996). Heute gehört das Problem der differenziellen Vorgangsweise weltweit zu den wichtigsten Fragen, mit denen die Klientenzentrierte Psychotherapie konfrontiert ist (vgl. Takens & Lietaer, 2004). Die zentrale Problemstellung einer „differenziellen Perspektive“ innerhalb der Klientenzentrierten Psychotherapie – wie und in welcher Weise können die therapeutischen Bedingungen realisiert und berücksichtigt werden, damit sie den individuellen Eigenheiten von verschiedenen Klienten gerecht werden? – wurde um weitere Faktoren wie Prozessverläufe und Störungsmuster erweitert. Die Komplexität der Fragestellung wird zusätzlich erhöht, wenn unterschiedliche Anwendungsbedingungen (Setting, Arbeitsbedingungen, ökonomische Situation, Zeitgeist, gesellschaftlich-politische Situation und kulturell dominierende Werte etc.) oder unterschiedliche Therapeutenpersönlichkeiten (hinsichtlich Einstellungen, Lern- und Erfahrungsbereitschaften, berufliche Sozialisation etc.) ins Spiel gebracht werden. Es wurde dadurch auch deutlich, dass diese Komplexität über eine (quantifizierende) Forschung allein nicht mehr sinnvoll zu bewältigen ist. Die differenzielle Problemstellung enthält darüber hinaus immens praktische Implikationen, die zentrale Aspekte der persönlichen und beruflichen Verwirklichung von Therapeuten sowie die Bedingungen der Berufsausübung der gesamten Profession berühren.

Zur Darstellung der weiteren Argumentation möchte ich vorerst zwei zentrale Entwicklungsbedingungen für die Entfaltung der differenziellen Fragestellung deutlicher beleuchten, um darauf hin auf die Vielfalt differenzieller Verfahren einzugehen. In weiterer Folge werden ich einige Klärungen und Problematisierungen durchführen, die die Komplexität differenzieller Praxis und Praktiken verdeutlichen sollen. Schließlich wird ein Vorschlag präsentiert, der die Verwirklichung differenzieller Praktiken mit der beruflichen Verwirklichung des personenzentrierten Praktikers verknüpft: eine differenzielle Strategie zur erfolgreichen Ausübung des Therapeutenberufes. Diese Strategie betrachte ich als Voraussetzung und Fundamentum jedes weiteren differenziellen Vorgehens.

Entwicklungsbedingungen differenzieller Strategien und Konzepte

Für die Entwicklung einer differenziellen Sichtweise innerhalb der klientenzentrierten Orientierung und für die Dynamik der Diskussion dazu betrachte ich vor allem zwei Bedingungen als einflussreich: die Position und Aussagen von Carl Rogers zu dem vorliegenden Problem

und die erfolgreiche Verbreitung des personenzentrierten Konzepts in vielen Anwendungsfeldern und auf vielen Ebenen. Die nähere Betrachtung dieser Faktoren wird es plausibel machen, warum es notwendig und unvermeidlich geworden ist, sich mit dem Problem differenziellen Vorgehens auseinander zu setzen und warum diese Auseinandersetzung spannungsreich verlaufen musste und muss.

Rogers' Beitrag zum Problem differenzieller Vorgangsweisen

Die Notwendigkeit den Beitrag von Rogers zur Diskussion differenzieller Vorgangsweisen zu betrachten und seine Aussagen dazu systematisch zu sammeln, ergibt sich für mich aus folgender Beobachtung: Auf Aussagen von Rogers wird in der Diskussion um eine differenzielle Vorgangsweise Bezug genommen – in Form einer „Anlehnung“ an sie, in Form einer Erweiterung oder Differenzierung oder in Form einer Abgrenzung. Deshalb soll hier in aller Kürze ein systematischer Versuch unternommen werden, relevante Aussagen von Rogers zum Problem differenziellen Vorgehens in Bezug zu setzen. Folgende Themen und Argumentationsfiguren werden von Rogers aufgegriffen.

Eine Methode für alle Personen

Bereits 1951 betont Rogers, „dass die klient-bezogene Therapie sehr weitläufig anwendbar ist – dass sie in gewissem Sinne tatsächlich auf alle Personen angewandt werden kann“ (Rogers, 1951a/1995, S. 214). Zu den charakteristischen Merkmalen der Klientenzentrierten Psychotherapie gehört laut Rogers „die Hypothese, dass auf alle Personen, seien sie nun als ‚psychotisch‘, ‚neurotisch‘ oder ‚normal‘ eingestuft, die gleichen psychotherapeutischen Prinzipien anwendbar sind“ (Rogers, 1975e/1977, S. 19). Auch in seinem bekannten Artikel „The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change“ (Rogers, 1957a/1997) stellt er fest: „Zum Beispiel wird *nicht* behauptet, dass diese Bedingungen auf eine Art von Klienten passen, und dass andere Bedingungen notwendig sind, um eine psychotherapeutische Veränderung bei einer anderen Art von Klienten hervorzubringen [...] dass man mit Neurotikern in einer Weise, mit Psychotikern in einer anderen Weise arbeitet; dass bestimmte therapeutische Bedingungen für Zwangskranke, andere für Homosexuelle hergestellt werden müssen etc.“. Vielmehr betont er, „dass die wesentlichen Bedingungen der Psychotherapie in einer einzigen Konfiguration bestehen, obwohl der Klient oder Patient sie sehr unterschiedlich verwenden mag.“ (Rogers, 1957a/1997, S. 182)

Hinweise auf eine differenzielle Perspektive: eine Fußnote

In einer Fußnote zu der obigen Äußerung stellte Rogers allerdings fest, dass diese Auffassung durch eine Studie in Frage gestellt

wurde. In dieser Studie wurden Unterschiede zwischen Klienten in Beziehung zum Erfolg einer Therapie festgestellt. Einwände waren Rogers also bekannt. Diese Studie war für Rogers allerdings nicht ausreichend, er wollte weitere Untersuchungen abwarten. Rogers hatte auch Hinweise auf differenzielle Prozesse, wenn er „die geringere Wahrscheinlichkeit einer tieferen persönlichen Reorganisation bei älteren Individuen“ (Rogers, 1951a/1995, S. 213) feststellt oder schreibt, „dass intrapunitive männliche Erwachsene größeren Nutzen aus der Erfahrung der klient-bezogenen Therapie ziehen können“ (Rogers, 1951a/1995, S. 214).

Bereits 1942 weist Rogers im Zusammenhang mit der Therapie von Klienten, die sich unfreiwillig in Therapie befinden, auf eine differenzielle Strategie hin: „Wenn der Klient sich so vollkommen widerstrebend gibt [...] dann Bedarf es eines gewissen Prozentsatzes an neutraler Unterhaltung, um das Schweigen nicht zu lange und zu peinlich werden zu lassen.“ (Rogers, 1942/1985, S. 144)

Eine differenzielle Lernerfahrung

Wichtig in diesem Zusammenhang sind auch Lernerfahrungen von Rogers im Rahmen des Schizophrenie-Projekts (Wisconsin-Projekt). Er wies auf Probleme und Schwierigkeiten hin in der therapeutischen Arbeit mit Schizophrenen. Er sprach z. B. von „Stunden völliger Stille, welche einem schwer zu schaffen machen können“ (Rogers, 1962c/1977, S. 165). Eine wichtige Lektion dieser Erfahrungen bezog sich wieder auf „unmotivierter Klienten“. Rogers zog aus diesen Erfahrungen klare Konsequenzen: 1. ... dass die Arbeit mit Personen, die keine Hilfe wollen, sich von der psychotherapeutischen Arbeit deutlich unterscheidet“ und 2. dass dieser Unterschied „ein neues Begriffssystem“ und „entsprechende Konzepte, Theorien und Techniken“ verlangt (Rogers, 1962c/1977, S. 167f). Diese Schlussfolgerungen bedeuteten eigentlich das Eingeständnis, dass die bisher gefundenen Erkenntnisse nicht uneingeschränkt verallgemeinerbar sind, sondern dass unter bestimmten Voraussetzungen (eingeschränkte Motivation) alternative Theorien und Überlegungen für ihn vorstellbar sind.

Echtheit und Erweiterung des Handlungsrepertoires

Eine Grundlage für differenzielle Aktivitäten ist für Rogers die Echtheit und das „reale Zugesein“ des Therapeuten und der Therapeutin. Die authentische Reaktion von Therapeuten und Therapeutinnen auf einen Klienten in einer spezifischen Situation kann je nach Persönlichkeit sehr verschieden sein und es können „die grundverschiedenen Therapeuten auf äußerst verschiedene Art und Weise gute Ergebnisse“ erzielen (Rogers, 1962c/1977, S. 170). Je nach Persönlichkeit des Therapeuten kann ein „ungeduldiges Vorgehen“ ebenso erfolgreich sein wie eine „sanfte, wärmere Zuwendung“. Rogers betont hier die individuelle Persönlichkeit des Therapeuten als Kontextvariable für Techniken, Ausdrucksformen und

Verhaltensweisen und formuliert mit einfachen Worten die klassische Fragestellung des Problems differenzieller Vorgangsweisen. Ein weiteres Lernergebnis für ihn betraf die Erweiterung des Repertoires von Verhaltensweisen: „Angesichts der Herausforderungen, mit solchen Schwierigkeiten bei der Arbeit mit dieser Gruppe von Schizophrenen fertig zu werden, haben wir neue förderliche Verhaltensweisen kennen gelernt.“ (Rogers, 1962c/1977, S. 171)

Unterscheidung von therapeutischen Einstellungen versus Verhalten/Technik

Rogers (1957a/1997, 1959a/1987) bezeichnete alle Arten zu reagieren als therapeutisch, wenn sich darin die drei therapeutischen Kern-Bedingungen manifestieren, unabhängig davon, in welchen konkreten Verhaltensweisen und „Techniken“ sich diese auch ausdrücken. Eine Schlussfolgerung, die häufig daraus gezogen wurde, war: Techniken und konkretes Verhalten sind sekundär gegenüber Einstellungen. Diese Unterscheidung zwischen Einstellungen und Verhalten/Techniken führte zur Auffassung, *eine größere Bandbreite von Verhaltensweisen* des Therapeuten können diese *Haltungen* kommunizieren. Gendlin (1962) sprach sogar von einer „unbegrenzten Reihe“ von Verhaltensweisen.

Konzeptferne Techniken können Kommunikationskanäle für therapeutische Bedingungen und personenzentrierte Qualitäten sein

Es gab eine weitere Folgerung dieser Unterscheidung von Einstellungen und Verhalten bzw. Techniken, die Rogers selbst formulierte: Das Kriterium für die therapeutische Qualität und Funktion einer Technik oder Verhaltensweise liegt darin, inwieweit sie als Kommunikationskanal für die Vermittlung und Implementierung der klientenzentrierten Haltungen (core conditions) dienen könne. Rogers (1957a/1997) hat aufgezeigt, dass auch „Techniken“ und methodisches Vorgehen anderer Therapieschulen danach bewertet werden können, ob sie diese therapeutische Qualität und therapeutische Funktion erfüllen.

Ein Klima für persönliches Wachsen – ohne Einschränkungen

Zu einem Zeitpunkt, zu dem Rogers bereits auf Erfahrungen mit vielfältigen Klientengruppen verweisen konnte, in der die klientenzentrierte Methode in jeder Gruppierung Ergebnisse über die gesamte Erfolgsskala brachte – „bemerkenswerte“ Erfolge, „teilweise“ und „vorübergehende“ Erfolge bis Misserfolge bzw. Erfolglosigkeit (Rogers, 1951a/1995, S. 213) – sieht er in dieser Varianz keinen Grund, die weitläufige Anwendbarkeit anzuzweifeln oder einzuschränken: Er geht davon aus, „dass der Versuch, der Anwendbarkeit einer solchen Therapie dogmatische Grenzen zu setzen, keinen Vorteil bringt“ (Rogers, 1951a/1995, S. 214). Die Art der angebotenen Beziehung, die selbst bei therapeutischer Erfolglosigkeit

keinen Schaden verursache, lässt ihn an der breiten Anwendbarkeit festhalten. Denn auch bei fehlendem unmittelbarem Nutzen bietet eine klientenzentrierte Vorgangsweise „ein gutes Klima für persönliches Wachsen“, „ein psychologisches Klima, das ein Individuum für ein tieferes Selbstverständnis, für eine Reorganisation des Selbst [...] nutzen kann“ (Rogers, 1951a/1995, S. 214; Hervorh. R. H.), ein derartiges Klima ist „nicht eine Möglichkeit, die für manche Gruppierungen von Nutzen ist, für andere jedoch nicht“ (Rogers, 1951, S. 230, Hervorh. und Übers. R. H.). Für Rogers bedeutet das Bereitstellen eines derartigen Klimas einen grundsätzlichen Standpunkt, der in jedem Fall Wert hat, selbst wenn die damit verbundenen Möglichkeiten nicht unmittelbar genutzt werden können. Denn dieses „Klima“ bietet eine Basis für weitere anwendungsspezifische Aktivitäten und Praktiken (z. B. medikamentöse Behandlung in der Medizin).

Wenn man die Aussagen von Rogers zusammenfassend interpretiert, dann scheint die Annahme nahe liegend, dass ihm das Problem differenzieller Vorgangsweise in der Praxis von Anfang an bekannt war. Eine systematische Reflexion und Untersuchung dieses Problems finden wir allerdings nicht bei ihm. Als Konsequenz der zunehmend breiten Rezeption des klientenzentrierten Ansatzes betonte er eher das abstrahierbare Gemeinsame und weniger das Differenzierende. Die Aussagen von Rogers zum Problem differenzieller klientenzentrierter Psychotherapie sind mehrdeutig und lassen daher mehrere Interpretationsmöglichkeiten offen. Sowohl Befürworter als auch Gegner oder Skeptiker von differenziellen Ansätzen können sich zur Bestätigung ihrer Auffassung auf Rogers berufen. Auch jene, die für das Verständnis und die Behandlung schwerer Störungen das klientenzentrierte Konzept mit anderen Theorien und Techniken verbinden, finden Anhaltspunkte bei Rogers, z. B. seine Schlussfolgerung, bei unmotivierten Klienten müssten neue Theorien und Praktiken herangezogen werden. Da gerade schwere Störungen auch häufig mit einer Beeinträchtigung der Therapiemotivation verbunden sind, ist gerade dieses Arbeitsfeld Gegenstand zahlreicher „Innovationen“. In dieser Mehrdeutigkeit und fehlenden Klärung liegen möglicherweise wichtige Gründe für die spannungsreiche und kontroverse Diskussion dieses Themas. Denn viele, die differenzielle Konzepte entwickeln, berufen sich mit unterschiedlichen Lösungen, jedoch mit hoher Überzeugung und hoher Identifikation auf Rogers oder auf klientenzentrierte Prinzipien und beanspruchen, eine legitime Interpretation und Version einer „Neo-Rogerianischen Psychotherapie“ zu vertreten.

Die erfolgreiche Verbreitung des Personenzentrierten Ansatzes

Eine gravierende Veränderung der Rahmenbedingungen für die weitere inhaltliche Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes und der Klientenzentrierten Psychotherapie war die erfolgreiche

Verbreitung der Ideen und Konzepte von Rogers. Diese Verbreitung verlief international, interkulturell und interprofessionell. Im klinischen Bereich kam es zu Anwendungen bei verschiedenen Klientengruppen (Borderline-Störungen, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen etc.), neue Anwendungsfelder wurden erschlossen (Erziehung, Sozialarbeit, Wirtschaft etc.) und viele Berufsgruppen fanden Interesse am Personenzentrierten Ansatz (Mediziner, Psychologen, Sozialarbeiter, Pädagogen, Lehrer etc.). Historisch-epochale Entwicklungen in verschiedenen Berufsfeldern brachten dem Klientenzentrierten Ansatz neue Aufgabengebiete und Tätigkeitsbereiche wie etwa Supervision, Coaching, Mediation. Und nicht zuletzt wurden die Schriften von Rogers in etliche Sprachen übersetzt und damit auch unterschiedlichen Kulturen zugänglich gemacht.

Die gesetzlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen spielen ebenfalls eine wesentliche Rolle für die weitere Entwicklung der klientenzentrierten Psychotherapie. Watson und Bohart (2001) haben darauf hingewiesen, dass es bei humanistischen und erlebensorientierten Therapieformen zu Adaptionen in einem Umfeld verwalteter Gesundheitsfürsorge gekommen ist. Dies zeigte sich in dem Umstand, dass unter dem Druck von Marktkräften spezifische Behandlungsformen auf spezifische Störungen zugeschnitten und Formen von Kurztherapien entwickelt wurden (Watson & Bohart, 2001). Der Anpassungsdruck, der speziell von der Forschung im Zusammenhang mit der Propagierung von empirisch gestützten Behandlungsformen ausging, schien mehr politisch und ökonomisch motiviert als wissenschaftlich begründet. Die Forschung nach den Standards der „Empirical Supported Treatments“ (EST) in den USA wurde von Bohart (2002) als Antwort auf eine sozio-ökonomische Einengung interpretiert. Insgesamt sind all diese Faktoren auch Indizien für eine zunehmende Domestizierung der Klientenzentrierten Psychotherapie (vgl. Hutterer, 2004). Weitere Beispiele zeigen, dass das klientenzentrierte Konzept immer wieder einem politisch-ökonomischen Anpassungsprozess unterworfen war, der die Heterogenität in Theoriebildung und Praxis erweiterte: Im Bemühen um Anerkennung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland entstand der Eindruck, dass in vielen einschlägigen Publikationen das klientenzentrierte Konzept teilweise mit dem Bestreben sich anzupassen, „umgeschrieben“ wurde, und zwar unter starker Verwendung einer psychiatrisch-medizinischen Fachsprache. Auch das Interesse von Medizinern oder im medizinischen Bereich arbeitenden Professionellen – so wünschenswert es auch gesehen werden kann – hat nicht, wie es die oft idealisierend gepriesene Radikalität des Personenzentrierten Ansatzes hätte erwarten lassen, zu einer Revolutionierung der Medizin bzw. psychiatrischen oder medizinisch-therapeutischen Arbeit geführt. Eher umgekehrt; das häufig kritisierte „medical model“ (Diagnostik – Zielbildung – Technologien) hat deutliche Spuren im klientenzentrierten Konzept hinterlassen.

All diese Faktoren haben zu einer starken Heterogenisierung und Diversifikation des klientenzentrierten Konzepts geführt. Es

muss an dieser Stelle aber auch deutlich gemacht werden: *Die zunehmende Heterogenisierung der Klientenzentrierten Psychotherapie ist durch ihre Anziehungskraft für verschiedenste Berufsgruppen und Anwendungsfelder bzw. durch die Rezeption unter höchst unterschiedlichen Voraussetzungen auch Teil ihrer Erfolgsgeschichte.* Die Klientenzentrierte Psychotherapie ist unter sehr verschiedenen Rahmenbedingungen rezipiert, gelernt, interpretiert und angewandt worden. Es kann daher nicht verwundern, dass hier höchst unterschiedliche Voraussetzungen für die Bildung und Generierung von Erfahrungen zusammengekommen sind. Diese Erfahrungen wurden eine zentrale Grundlage für die weitere Entwicklung des Klientenzentrierten Ansatzes, für theoretische Einsichten und Konzeptbildungen sowie für methodische Strategien. Im Vergleich dazu möge man sich ins Bewusstsein rufen, wie homogen die Gruppe um Carl Rogers war, die auch mit einer relativ homogenen Gruppe von Klienten arbeitete (neurotische Erwachsene, College-Studenten). Carl Rogers hat die Klientenzentrierte Psychotherapie (damals „nicht-direktive Beratung“) in der Phase der Schulbildung auf der Basis von Erfahrungen mit einer spezifischen Klientel gemeinsam mit seinen Studenten und Mitarbeitern entwickelt (vgl. auch Barrett-Lennard, 1998). Das war eine überschaubare Gruppe von Pionieren mit einem relativ homogenen beruflichen Interesse (Psychologie und klinisch-therapeutische Praxis) im geistig-kulturellen Klima der USA der Vierziger- und Fünfzigerjahre. Als „Pioniere“ waren sie mit diesem Ansatz eng identifiziert. Zu keiner Zeit später war eine derartige Homogenität in der Erfahrungsbildung und Identifikation mit der Therapiemethode gegeben wie in der Pionierphase der Klientenzentrierten Psychotherapie. Man darf hier nicht unerwähnt lassen, dass es bereits in der Pionierphase der Klientenzentrierten Psychotherapie parallel eine „differenzielle Entwicklung“ gab: die Anwendung der nicht-direktiven Beratungsprinzipien in der Kindertherapie (Axline, 2003). Damit verbunden war einmal eine Differenzierung entwicklungspsychologischer Phasen (Kinder versus Erwachsene) sowie eine differenzielle Praxis hinsichtlich der Symbolisierung und des Ausdrucks psychischer Inhalte: die Mittel des kindlichen Spiels in der Kindertherapie im Unterschied zur Förderung des freien verbalen Ausdrucks in der Erwachsenentherapie.

Vielfalt, Varianten und Implikationen differenzieller Vorgangsweisen

Auf Grund der Heterogenisierung der Erfahrungsbildung ist die Entwicklung von differenziellen Konzepten unvermeidlich, und eine Auseinandersetzung mit differenziellen Konzepten und Vorgangsweisen in der Umsetzung klientenzentrierter Prinzipien ist notwendig geworden. Elaborierte Konzepte sind bei aller Nähe zu und Identifikation mit personenzentrierten Theorien auch durch spezifische Voraussetzungen und Rahmenbedingungen mitgestaltet,

unter denen sie entwickelt wurden (berufliche Sozialisation und theoretische Voreinstellung der Therapeuten, spezifische Ausdrucksformen und Störungsbilder von Klienten, Erfahrungsbereitschaft von Therapeuten, institutionelle Gegebenheiten, Werte und Anforderungen der Gesellschaft und der Berufswelt etc). Die individuelle Auseinandersetzung mit all diesen Rahmenbedingungen und Vorgaben führte zu komplexen Erfahrungen, deren Symbolisierung und Ordnung in spezifischen differenziellen Therapiekonzepten einen Ausdruck fand. Ausgehend von dieser Perspektive, kann man differenzielle Konzepte als Ergebnis einer Erfahrungsbildung und Sozialisation in einem bestimmten kulturellen und beruflichen Setting charakterisieren, die unter Wahrung der individuellen Eigenart (Lerngeschichte) von Therapeutinnen und Therapeuten entwickelt wurden. Sie sind Varianten psychotherapeutischer Praktiken, die auf der Basis einer persönlichkeitspezifischen Interpretation von Person- bzw. Klientenzentrierung entstanden sind. Sie sind Ausdruck der beruflichen Selbstverwirklichung von Therapeuten. Dabei kommt es zu einem komplexen Ausgleichsprozess zwischen Individuum und Umwelt im Sinne von Goldstein (1934), d. h. zu einer individuellen Verarbeitung verschiedener Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und Anforderungen der beruflichen und kulturellen Umwelt. Auch die klassische nicht-direktive Therapie lässt sich nach diesem Schema interpretieren, nämlich als eine spezifische (historische) Form der Selbstverwirklichung von Personzentrierung bzw. Klientenzentrierung unter spezifischen Anwendungs- bzw. Entstehungsbedingungen.

In der Diskussion und Präsentation differenzieller Vorgangsweisen wird immer wieder der Klient, seine Psychopathologie, seine Persönlichkeitsstruktur und sein Erleben als Unterscheidungskriterium und Impetus für die Konzeptbildung genannt: Differenzielle Konzepte würden sich auf diese Unterschiedlichkeit von Klienten jeweils einstellen. Die hier entwickelte Perspektive nuanciert dagegen, dass die verschiedenen Voraussetzungen der Therapeuten und die verschiedenen Rahmenbedingungen ihrer therapeutischen Tätigkeit, aus denen heraus sie sich mit der Verschiedenartigkeit von Klienten in Praxis und Forschung auseinandersetzen, sich mit mindestens genauso schwerem Gewicht in der Konzeptbildung niederschlugen wie die Verschiedenartigkeit, die die Klienten einbringen. Diese Interpretation wird durch die zunehmende Vielfalt von Varianten differenzieller Konzepte nahe gelegt, deren Charakteristik sich keineswegs allein auf die Unterschiedlichkeit von Klienten zurückführen lässt.

Ein Teil dieser praktischen Variationen haben sich zu kommunizierbaren „Varianten“ differenzieller Konzepte entwickelt. Sie wurden auch als „methodische Akzentsetzungen“ bzw. als „unterschiedliche Ausprägungsformen der Behandlungsmethodik“ beschrieben (Frohburg, 2005). Diese Varianten werden hier beispielhaft genannt, um einen Eindruck von der Vielfältigkeit zu geben. Sind im Kontext differenzieller Ansätze zu diskutieren: Basisverhalten und differenzielles Vorgehen durch Konfrontation (Tscheulin, 1992);

Zielorientierte und Klärungsorientierte Gesprächspsychotherapie (Sachse, 1996, 1999); personenzentrierte Gespräche plus alternative therapeutische Angebote (Höder, 1992); Prozessorientierte Klientenzentrierte Psychotherapie (Swildens, 1991, 2002a); Prozess-Erlebens-Psychotherapie bzw. „process-experiential therapy“ (Elliott & Greenberg, 2002; Greenberg, Rice & Elliott, 2003); „störungsspezifische Perspektive“ in der Personzentrierten Psychotherapie (Finke und Teusch, 2002); „differenzielles Inkongruenzmodell“ (Speierer, 2002); „störungsspezifisches Verstehen“ (Binder & Binder, 1991; Binder 1993); Prätherapie (Prouty, 2002; Prouty, Van-Werde & Pörtner, 1998) und Focusing-Therapie (Gendlin, 1998; Wiltschko, 2002).

Die Vielfalt dieser Ansätze, die auf dieselben Störungen bzw. auf dieselbe Bandbreite von psychischen Beeinträchtigungen angewandt werden können, lässt nicht den Schluss zu, dass deren Entwicklung ausschließlich durch die Unterschiedlichkeit und Charakteristik von Klienten erfolgt ist. Bei einer ausschließlichen Orientierung an Störungsbildern oder Klientenmerkmalen hätte man sehr ähnliche Behandlungsformen und Praktiken für spezifische Störungen erwarten können. Die vorliegenden differenziellen Konzepte zeigen jedoch je nach Autor oder Entstehungszusammenhang selektiv unterschiedliche Perspektiven wie etwa eine existenzialistische Orientierung (Swildens), die Integration gestalttherapeutischer Techniken (Greenberg) oder kognitiv-behaviorale Einflüsse (Sachse), aus denen je unterschiedliche Praktiken für die Behandlung derselben Störung (z. B. Depression) erwachsen. Differenzielle Konzepte können als „Vehikel“ beschrieben werden, die es Therapeuten erlauben, unter Wahrung ihrer Eigenart und im Arrangement mit ihrer (professionellen) Umwelt klientenzentrierte Prinzipien zu verwirklichen. In diesem Prozess entstehen unterschiedliche Lösungen für dieselbe Aufgabe.

Implikationen differenzieller Varianten

Bei genauerer Betrachtung dieser „Lösungen“ für eine differenzielle Vorgangsweise lassen sich typische Argumentationsfiguren erschließen, die bei der Entwicklung von differenziellen Konzepten eine formgebende Rolle spielen:

Therapeutische Grenzerfahrungen: Schwierige Situationen, schwierige Fälle und schwere Störungen

Der Ausgangspunkt vieler Überlegungen und des Wunsches nach differenziellen Lösungen und methodischen Alternativen ist die Erfahrung einer Grenze in der therapeutischen Arbeit. Auf diese Grenzen wird über verschiedene Argumentationsfiguren Bezug genommen. Sie stehen oft im Zusammenhang mit schwierigen Therapiesituationen, mit so genannten „schweren Fällen“ und mit Therapien bei schweren Störungen. Es sind also jene Situationen,

die dem Klientenzentrierten Therapeuten Schwierigkeiten bereiten und Verunsicherung, Ratlosigkeit bzw. Einengungen hervorrufen. Aus praktischer Sicht muss hier angemerkt werden: Schwierige Gesprächssituationen sind für Therapeuten und Therapeutinnen gerade jene kritischen Ereignisse, in denen die Stabilität, Verlässlichkeit und Wahrhaftigkeit ihrer therapeutischen Einstellungen gegenüber einem konkreten Klienten herausgefordert werden. Therapeuten erleben sich in diesen Fällen in einer Situation, in der ihre akzeptierend-verstehende Haltung auf dem Spiel steht. Es können sich Zweifel, Unbeholfenheit, Ungeduld und Unruhe einstellen. Die Erfolgsaussicht wird in Frage gestellt. Differenzielle Konzepte bieten Praktikern möglicherweise einen Weg, mit der sie wieder ein Gefühl dafür entwickeln können, wie sie die Situation bewältigen können.

Leistungsanforderungen: Wirkungsbedürfnisse und Effektivitätsansprüche

Die Diskussion zum differenziellen Vorgehen in der Klientenzentrierten Psychotherapie folgt häufig Argumentationsfiguren, die Leistungsanforderungen an die Therapiemethode thematisieren. Das Thema hat verschiedene Variationen: Es reicht von der Befriedigung von individuellen Wirkungsbedürfnissen, vom Erzielen von Wirkungen von Moment zu Moment, Erreichen von „Fortschritten“ und vom Erlangen von Mikro-Zielen im therapeutischen Prozess bis zu der Forderung nach hoher Effektivität in breiten klinischen Anwendungsfeldern. Das implizite Thema von elaborierten differenziellen Konzepten scheint höhere Effektivität für viele Klienten zu sein. Es geht um die Überwindung von Wirksamkeitsgrenzen. Die Vorstellung von Wirksamkeit beschränkt sich meist auf deutliche Erlebens- und Verhaltensänderungen und auf eine Symptomreduktion bei kürzerer Therapiedauer.

Technologische Variabilität: Erweiterung des therapeutischen Repertoires

Differenziellen Konzepte enthalten eine weitere auffällige Thematik: Als Folge der Effektivitätsansprüche in Verbindung mit praktischen Schwierigkeiten in der Umsetzung einer personenzentrierten Beziehung werden die Grenzen der technischen Variabilität sichtbar. Daher wird häufig eine Erweiterung des therapeutischen Handlungsrepertoires zum Thema gemacht. Eine Erweiterung des therapeutischen Repertoires, das über das klientenzentrierte Standardverhalten des emphatischen Verstehens hinausgeht, wird als Forderung und als Notwendigkeit in verschiedenen Varianten formuliert: 1. als bewusstes Überschreiten und Verlassen der „core conditions“; 2. als Ergänzung nach dem Motto, die „core conditions“ seien zwar notwendig, aber nicht hinreichend; 3. als erweiterte, aber authentische Ausdrucksform der „core conditions“.

Diese Faktoren spielen bei der Realisierung temporärer und idiosynkratischer Formen differenzieller Praktiken ebenso eine Rolle wie bei elaborierten differenziellen Konzepten. Sie wirken als „Schnittstellen“, über die eine unterschiedliche Verarbeitung der Erfahrungen und Rahmenbedingungen bei der Entwicklung differenzieller Praktiken oder Konzepte erfolgt. Dieser Entwicklungs- und Entstehungsprozess nimmt seinen Ausgang bei erlebten Schwierigkeiten in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung oder im Verlauf des therapeutischen Prozesses, die sehr unterschiedlich sein können. Diese Schwierigkeiten stehen im Konflikt mit oder Gegensatz zu Erfolgsansprüchen und Erfolgserwartungen (die ebenfalls sehr unterschiedlich sein können). Die Lösung dieser Spannung wird durch Erweiterung und Variation des therapeutischen Repertoires versucht. Die Praktiken, die dabei entstehen können, stellen – unabhängig von ihrer Wirkung und Angemessenheit – häufig idiosynkratische Handlungsformen dar, die kaum mit einer Idee von Verallgemeinerbarkeit verbunden werden. Andererseits finden wir hier auch Praktiken und Techniken, die nach einer Phase der Bewährung expliziert werden und als elaborierte Konzepte darstellbar sind.

Grenzen und Möglichkeiten differenzieller Konzepte: Interpretationen, Klärungen und Problematisierungen

Im Trend einer zunehmenden Professionalisierung der Psychotherapie sollen differenzielle Konzepte eine Vorbereitung des Berufspraktikers für die Anforderungen einer komplexen Praxis leisten. Ein wichtiges Anliegen einer differenziellen Fragestellung liegt in der Auslotung der Möglichkeiten und Grenzen der Klientenzentrierten Psychotherapie. Dabei entsteht der Eindruck, dass eine expansive Intention dieses Projekt dominiert, die speziell an den im letzten Abschnitt identifizierten „Schnittstellen“ zum Ausdruck kommen: Es geht um Überwindung praktischer Schwierigkeiten und die Bewältigung schwieriger praktischer Herausforderungen, um die Erfüllung von hohen Effektivitätsansprüchen und Leistungsansprüchen und um Erweiterung der technologischen Variabilitäten. Dieses expansive Motiv ist im Kontext konkurrierender Methoden, im Kampf um Marktanteile und um eine günstige gesundheitspolitische Positionierung verständlich. Grundsätzlich wäre aber auch eine andere „Entwicklungspolitik“ vorstellbar, z. B. eine selektive Konzentration auf Stärken der Klientenzentrierten Psychotherapie. Mit dieser expansiven Intention ist häufig eine Beschränkung der Problemstellung auf die Adaptivität des Therapeuten verbunden. Selektive Strategien bzw. die Rolle des Klienten bei der „differenziellen Abstimmung“ in der Therapeut–Klient–Beziehung werden selten bis gar nicht thematisiert. Einige Probleme und Grenzen einer expansiven Entwicklung sollen hier aufgezeigt und diskutiert werden

Reduktionismen und Dichotomisierungen: Die Grenzen der Urteilskraft

Die Diskussion zur Entwicklung von differenziellen Konzepten und störungsspezifischen Ansätzen ist teilweise schwierig zu führen und sehr anfällig für Missverständnisse. Sie operiert mit Dichotomien und Reduktionismen. Maslow (1977) hat diese Art der Diskussion unter dem Aspekt von „kognitiven Pathologien“ thematisiert. Sie könnten derzeit die Grenzen der Urteilskraft innerhalb der klientenzentrierten Bewegung darstellen. Zwei extreme Bilder der Klientenzentrierten Psychotherapie stehen einander gegenüber: auf der einen Seite die regelgeleitete Methode, die rational begründbar, empirisch erforschbar und technologisch anwendbar ist, auf der anderen Seite die kunstvolle Begegnung von Person zu Person, deren Verwirklichung allein auf den sensiblen und kreativen Praktiker angewiesen ist. „Being“ versus „Doing“, Problemzentrierung versus Personzentrierung, Erlebnisvertiefung versus Beziehungsvertiefung, Basisverhalten versus differenzielle Techniken sind einige Beispiele für Dichotomien, die dabei transportiert werden. Insgesamt ist die Auseinandersetzung mit differenziellen Konzepten durch mehrere Momente belastet.

- (1) Dichotomisierungen und Reduktionismen können über vermeintlich „sachliche“ Kontroversen auch zu massiven emotionalen Polarisierungen führen.
- (2) Die Lösungen, die zur Erweiterung des therapeutischen Repertoires bzw. zur Erweiterung des theoretischen Bezugsrahmens vorgeschlagen werden, bedeuten oft auch Abweichungen von den Standardmodellen und von Standardauffassungen der Klientenzentrierten Therapie (z. B. wenn direktive Formen der Interventionen vorgeschlagen werden).
- (3) Zentrale Konzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie werden salopp in Frage gestellt (z. B. die Aktualisierungstendenz). Bei vielen dieser Lösung und Argumente, die mit Überzeugungskraft vorgetragen werden, ist eine tiefere theoretische Begründung und Verankerung nicht nachvollziehbar. Ihre Vereinbarkeit mit dem klientenzentrierten Konzept beruht auf persönlichen Vorlieben und Rahmenbedingungen, die nicht vollständig reflektiert werden. Sie sind Adaptionen, die unter spezifischen Anwendungs- und Entstehungsbedingungen geformt und erprobt wurden. Diese Interpretation ist im ersten Teil dieses Artikels ausgeführt worden und stellt keinen grundsätzlichen Mangel von oder Kritik an differenziellen Konzepten dar, sondern ist eine bescheidenere Interpretation ihrer Originalität.
- (4) Differenzielle Konzepte wurden von Anfang mit kritischem Argwohn betrachtet. In der kritischen Diskussion wurde die Art, mit der neue Konzepte über bestehende Theorien hinausgehen, als methodologische Sorglosigkeit und Gedankenlosigkeit bezeichnet (Shlien; zit.nach Patterson, 2000) oder auf den reduktionistischen Charakter mancher Ansätze hingewiesen, wenn diese

die Kapazität des Klienten zur Selbstbestimmung unterschätzen (Raskin, 1986). Auch Prouty (2001) konstatiert einen phänomenologischen Reduktionismus, wenn das Erleben der Person und nicht ihr Selbst in den Mittelpunkt der therapeutischen Aufmerksamkeit gerückt wird.

- (5) Eine weitere Belastung der Diskussion liegt in dem Umstand, dass differenzielle Konzepte häufig Anleihen bei Techniken anderer Therapieformen nehmen. Hier kann leicht eine Reduktion von Therapeutenhaltungen auf Techniken unterstellt werden bzw. der Vorwurf eines technischen (oder willkürlichen) Eklektizismus gemacht werden. Howe (1980) hat etwa festgestellt, dass Klientenzentrierte Therapeuten bis zu 47 Prozent ihrer Interventionen durch Behandlungselemente anderer Therapieformen gestalten, was als Anfälligkeit Klientenzentrierter Psychotherapeuten für Eklektizismen interpretiert werden kann (Hutterer, 1993).
- (6) Mit dem Hinweis von Rogers (1957a/1997), dass Techniken „Kanäle“ für therapeutische Einstellungen sein können, wird ein technologischer Reduktionismus gerechtfertigt. Dabei wird übersehen, dass die Beziehung zwischen Haltungen und konkreten Verhaltensweisen bzw. Techniken nicht durch lineare Ableitungsregeln abgebildet werden kann. Hill (2001a) konnte in mehreren Forschungsarbeiten belegen, dass der therapeutische Wert von Techniken und Verhaltensweisen nicht isoliert beurteilt werden kann, denn „der Therapeut kann einem Klienten gleich gut durch offene Fragen, Paraphrasieren, Interpretation und Konfrontation helfen, Verhalten und Gefühle zu explorieren“ (Hill, 2001b, S. 82). Worauf es ankommt, sind Kontext, „Timing“ und die Intention von Techniken und konkreten Verhaltensweisen. Die gegenwärtige Diskussion zu differenziellen Vorgangsweisen berücksichtigt diese Mehrschichtigkeit der therapeutischen Beziehung und Komplexität therapeutischer Handlungen kaum in angemessener Weise (vgl. auch Auckenthaler, 1994).
- (7) Eine Belastung geht auch von Reglementierungen der Psychotherapie im Prozess ihrer Domestizierung aus (Hutterer, 2004). Denn Reduktionismen auf anwendbare Techniken und etikettierbare technologische Strategien werden durch bürokratische Tendenzen der Gesundheitsverwaltung ebenfalls gefördert. Denn sie lassen sich leichter in einen Leistungskatalog für eine Krankenkassenfinanzierung übersetzen.

Die unterschätzte Komplexität der Praxis: Unsicherheit, Wertkonflikte und Einzigartigkeit

Die Entwicklung differenzieller Konzepte folgt einer Heuristik, nach der erfahrene Praktiker eine „Ausformulierung des Wissens und der Erfahrungen“ ihres therapeutischen Vorgehens vornehmen und „implizit leitende Konzepte“ identifizieren, was schließlich in der expliziten „Beschreibung einer Therapietechnik“ kulminiert. Die

so gefundenen Konzepte würden die „Planbarkeit“, „Lehrbarkeit“, „präzise Identifizierbarkeit“ und Verwissenschaftlichung des therapeutischen Vorgehens erlauben (vgl. Finke & Teusch, 2002, S. 153f). Auch wenn vor einer rigiden und schematischen Umsetzung derartiger Konzepte in die Praxis gewarnt wird und auch der Intuition eine Bedeutung eingeräumt wird, thematisiert diese Auffassung kaum die explorativen Seiten professionellen Handelns. Selbst gut gemeinte Beiträge von gemäßigten „Technokraten“ folgen oft noch einer empirisch-rationalistischen Rhetorik, mit der eine Theorie-Praxis-Vorstellung suggeriert wird, die in folgenden Punkten fragwürdig ist:

- (1) Die Überzeugung, dass wesentliche *handlungsregulierende Prinzipien vollständig explizierbar* und als kognitive Orientierung für die Praxis verwendbar sind.
- (2) Die Vorstellung, dass Praxis durch die *Anwendung eines bereits vorhandenen Wissens* entsteht.

In diesem Bild werden die Konzepte über empirische Forschung verfeinert und gefestigt. Wissenschaftliche Forschung wird dabei als letzte und alles entscheidende Realitätsprüfung verstanden. Diese Auffassung erfreut sich auf akademischem Boden großer Beliebtheit. Sie ist zwar für die Forschung erfolgreich, für Zwecke der Anwendung allerdings sehr unpraktisch (vgl. auch Hutterer, 1996), was bereits Gegenstand einer elaborierten grundlegenden Kritik wurde (Bohart, 2002). Denn die damit verbundenen Technologie-Vorstellungen bei der Theorieanwendung beinhalten eine dramatische Unterschätzung der Komplexität therapeutischer Praxis. Sie suggerieren eine Berechenbarkeit, Präzision und Planbarkeit bei der Gestaltung der Praxis, die der offenen Situation in der Praxis kaum gerecht wird. Sie beruht auf der Voraussetzung, dass differenzielle Konzepte bereits alles beinhalten, was zu einer kompetenten Praxis und fachmännischen Ausführung erforderlich ist, und bereits alle „Zutaten“ für eine rationale Handlungsstrategie vorhanden sind. Therapeutisches Handeln in der Praxis könne sich daher vollkommen oder zumindest überwiegend auf bewusste Überlegung stützen. „Zuerst denken, dann handeln!“ ist das Prinzip der damit verbundenen Rationalität. Das Problem mit dieser Auffassung ist nicht, dass sie komplett falsch wäre, sondern dass sie „auf einem Auge blind“ ist. Es trifft einen Teil der praktischen Realität. Aber es ist irreführend, indem es die Illusion von Vollständigkeit, Rationalität und Handlungssicherheit weckt. Es ist interessant, dass die „Entstehungsgeschichte“ differenzieller Konzepte in der Regel einer gegensätzlichen „Rationalität“ folgte: „Zuerst handeln, dann denken!“ Denn erst die nachträgliche Reflexion auf umfangreiche Handlungserfahrungen konnte die „Vernünftigkeit“ und Angemessenheit eines differenziellen Konzepts offenbaren. In dieser alternativen Auffassung ist Handeln ein Mittel zur Erforschung der nicht-determinierbaren Zonen der Handlungssituation. Handeln produziert Informationen und Einschätzungen, die für die Klärung und Gestaltung weiterer Handlungsabläufe verwendet werden. Die Komplexität

der Situationsabläufe ist charakterisiert durch stillschweigende, implizite Orientierungen, Differenzierungen und Probehandlungen (Polanyi, 1962, 1966, 1985). Es werden neue Strategien während des Handelns gebildet, indem Handeln, Probehandeln und Selbstreflexion parallel ablaufen („Multitasking“). Es erfolgt ein „fliegender Wechsel“ zwischen kurzzeitigen bewussten Überlegungen und Richtungsentscheidungen einerseits und stillschweigenden Evaluationen und intuitiven Qualitätskontrollen andererseits. Reflexionen während des Handelns laufen in Form eines kurzzeitigen „Aufflackerns“ ab. Explizite Orientierungsversuche müssen schnell wieder implizit werden, damit sie überhaupt handlungsrelevant werden können. Die Gestaltung der Praxis erfolgt über Prozesse der Selbstregulation von eigenen Einstellungen, die immer wieder den Charakter von Improvisation aufweisen (Hutterer, 1996). Die vielfältigen Vorgänge zum Management komplexer Handlungssituationen wurden zusammenfassend als „reflexive Konversation mit der Situation“ bezeichnet (Schön, 1983, 1987). Die nicht-determinierbaren Zonen der Praxis, zu denen Unsicherheit, Einzigartigkeit und Wertkonflikte gehören, entziehen sich einer technischen Rationalität

Grenzen der Adaptivität

Differenzielle Konzepte orientieren sich an Unterschieden zwischen Klienten: Es geht darum, „inter- und intraindividuelle Unterschiede der Klienten (z. B. Problemlage und Persönlichkeit des Klienten, Verlauf und Stadien während der Behandlung, außetherapeutische Veränderungen) in regelhafter Weise zu berücksichtigen“ (Bastine, 1983, S. 66). Kiesler (1966) hat mit seiner Kritik am Uniformitätsmythos die Aufmerksamkeit auch auf Unterschiede zwischen Therapeuten gelenkt: Welche Behandlung Klienten erhalten, ist davon abhängig, an welche Therapeuten sie „geraten“. Diese Aussage ist keine Überraschung, wenn wir an Therapeuten unterschiedlicher therapeutischer Orientierungen denken, erfordert jedoch einige Klärungen, wenn wir sie auf die Unterschiede innerhalb der klientenzentrierten Praktiker beziehen: Welche unterschiedlichen Arten von „Behandlung“ können Klienten von Therapeuten, die sich am klientenzentrierten Konzept orientieren, erwarten? In welchem unterschiedlichen Ausmaß kann das klientenzentrierte Konzept in einer Beziehung mit konkreten Klienten adaptiert werden? Wie „dehnbar“ ist es und wo liegen die Grenzen dieser „Plastizität“? Als weitere Überlegung sind zwei Formen der Adaption zu unterscheiden: eine *ziel- und ergebnisorientiert* Adaption und eine *beziehungsorientierte* Adaption. Beide Formen der therapeutischen Vorgangsweise gehen von unterschiedlichen Aufgabenstellungen und damit verbundenen Herausforderungen aus.

(1) Adaptive Strategien, die ziel- und ergebnisorientiert vorgehen, streben nach Optimierung des therapeutischen Handelns mit Blick auf abgrenzbare Therapieziele. Der Therapeut setzt als Experte sein Bedingungs- und Änderungswissen ein, um

bestimmte therapeutische Prozesse zu gestalten und bestimmte Ergebnisse zu erzielen. Je nachdem welche Therapieziele und Prozessverfahren angestrebt werden, welches Änderungswissen auf Grund gegebener Rahmenbedingungen aktiviert wird, kann die Charakteristik der therapeutischen Vorgangsweise – die realisierten Techniken und Praktiken und der Interaktionsfluss – sehr unterschiedlich ausfallen. Das therapeutische Handeln folgt dabei einem rationalen Entscheidungsmodell. Das Bedingungs- und Änderungswissen wird durch Forschung zur Verfügung gestellt bzw. geprüft und ausgezeichnet. Biermann-Ratjen et al. (2003, S. 167) haben argumentiert, dass dieses adaptive Modell „mit wesentlichen Prinzipien des Klientenzentrierten Konzepts nicht kompatibel“ ist. Adaptive Strategien, die ziel- und ergebnisorientiert vorgehen, können auch genuin klientenzentrierte Praktiken dominant einsetzen. Dieser Umstand ändert aber nichts daran, dass diese Strategien ziel- und ergebnisorientiert bleiben.

(2) Beziehungsorientierte adaptive Strategien basieren auf einer grundlegend anderen Aufgabenstellung: Es geht nicht vordergründig um das Erzielen eines bestimmten Therapieergebnisses beim Klienten, sondern um die Realisierung einer bestimmten Qualität von Beziehung mit dem Klienten: Die Herstellung eines Kontaktes in einer fortwährenden und tragenden Interaktion, die wertschätzende Einfühlung in die Erlebniswelt von Klienten, eine glaubwürdige Präsenz sind jene Komponenten, die die therapeutischen Aktivitäten bestimmen. Die Berücksichtigung der Wahrnehmung der therapeutischen Präsenz mit den Augen von Klienten erweitert die Aufgabenstellung des Therapeuten um eine selbstreflexive Komponente. Je nachdem, mit welchen Inhalten, Ausdrucks- und Erlebnisformen von Klienten Therapeuten konfrontiert sind, können ihre Kontakt- und Einfühlungsbemühungen sehr unterschiedlich ausfallen. Die Unterschiedlichkeit entsteht durch die Einzigartigkeit der Beziehungen. Denn die adaptive Verwirklichung personenzentrierter Handlungsprinzipien kennt nur ein zentrales Kriterium: das empathische Bemühen um eine optimale Individualisierung in der therapeutischen Vorgangsweise. Dadurch können sich idiosynkratisch Interaktionsmuster in der Therapeut-Klient-Beziehung entfalten (Keys, 2003). Eine besondere Herausforderung stellt die Überwindung von einengenden Interaktionsmustern in der Therapeut-Klient-Beziehung dar. Die sensible Auseinandersetzung mit Klienten zur Wiedererlangung des vollen therapeutischen Potenzials und der Handlungsfreiheit des Therapeuten ist eine wichtige „differenzielle Aufgabe“. Eine zentrale differenzielle Komponente ist in der Klientenzentrierten Psychotherapie die Inhaltsebene: Da sich der Klientenzentrierten Therapeut jeweils individuell auf die verbale Exploration der unterschiedlichen Belastungen und Probleme von Klienten einstellt, ist der Inhalt ebenfalls eine Ebene eines differenziellen Zugangs. Dies ist so selbstverständlich, dass

es oft übersehen wird: Die Klientenzentrierte Psychotherapie beinhaltet bereits in ihrer Standardmethodik eine differenzielle Vorgangsweise. Insgesamt geht es um eine Vertiefung und qualitative Anreicherung der therapeutischen Beziehung. Die Handlungsorientierung im Zuge einer beziehungsorientierten Adaption folgt nicht einem rationalen Entscheidungsmodell mit expliziten Regeln. Rationale Aspekte des therapeutischen Handelns treten in den Hintergrund und sind stark überlagert von implizitem Wissen und einer subsidiären Handlungsorientierung (Polanyi, 1962). Implizites Wissen bleibt im Handlungsvollzug ein „sprachloses Wissen“ (Sextl, 1998), ermöglicht jedoch eine wirksame Handlungsorientierung in der Praxis. Es ist durch explizites Regelwissen nicht ersetzbar, auch wenn dieses noch so perfekt abgestimmt und durch Forschung fundiert ist.

Da beide adaptiven Strategien von unterschiedlichen Aufgabenstellungen ausgehen, erfordert auch die Frage der Grenzen einen unterschiedlichen Zugang. Die Grenzen der ergebnisorientierten Adaptivität liegen in der Grenze des vorhandene Bedingungs- und Änderungswissens, das für die Erreichung von Therapiezielen aktiviert werden kann (unter der Voraussetzung der Praktiker ist kompetent und schöpft es auch vollständig aus). Das durch empirische Forschung ausgezeichnete Bedingungs- und Änderungswissen, das dem Praktiker zur Verfügung steht, ist allerdings nicht beliebig und unbegrenzt erweiterbar. Biermann-Ratjen et al. (2003) haben auf den utopischen Charakter einer Forschung hingewiesen, die auf ein zunehmend differenzierteres Variablengeflecht und daraus resultierenden praktischen Entscheidungsregeln setzt (vgl. auch Stumm & Keil, 2002). Die Grenze einer beziehungsorientierten Adaptivität liegt in der Grenze des impliziten Wissens des Praktikers über die erfolgreiche Verwirklichung von personenzentrierten Beziehungsqualitäten. Dieses implizite Wissen ist im Grunde eine Funktion der Erfahrung (auch hier unter der Voraussetzung, diese Erfahrung wird vollständig ausgeschöpft). Dieses Erfahrungswissen (Maslow, 1977) ist personengebundenen Wissen und wie jede (professionelle) Biographie ebenfalls begrenzt: Die Endlichkeit des Lebens und die Gerichtetheit jeder individuellen Biographie erlaubt es keinem individuellen Therapeuten qualitativ und quantitativ unbeschränkt Erfahrungen zu machen. Von der Begrenztheit des Erfahrungswissens muss man ausgehen, auch wenn man seine Transferierbarkeit auf neue Anwendungssituationen in Rechnung stellt. Es erweitert lediglich den Anwendungsspielraum.

Die Plausibilität eines ziel- und ergebnisorientierten Modells beruht auf einem Denken im deduktiv-nomologischen Wissenschaftsmodell, das Kausalität und Verallgemeinerbarkeit von empirischen Regelmäßigkeiten ableitet. Wenn das Scheitern der klientenzentrierten Standardmethodik bei bestimmten Klientengruppen (z. B. bestimmten Störungen) immer wieder vorkommt oder spezifische Schwierigkeiten zur Regel werden und „systematisch“ erscheinen,

dann ist es plausibel, das gesamte Konzept zumindest für diese Klasse von Anwendungsfällen in Frage zu stellen (vgl. Bastine, 1970). Als Praktiker wissen wir aber, dass auch beim Einzelfall einer misslungenen Therapie ein Kausalgefüge und Wirkfaktoren am Werk sind, die sich allerdings in einer Weise entfalten, dass sich die von der Theorie erwartete Regelmäßigkeit (z. B. die Erfahrung bestimmter Beziehungs- und Prozessqualitäten beim Klienten, die Erfahrung bestimmter Veränderungen des Erlebens etc.) nicht einstellt. Das Verständnis des Einzelfalles verlangt daher ein tieferes Verständnis der Realität und der sie konstituierenden Strukturen und Prozesse, als es eine Interpretation von Kausalität und Gesetzmäßigkeit, die auf empirische Regelmäßigkeiten beruht, bieten kann (Bhaskar, 1978).

Adaptive Strategien als Mängelkompensation

Ein wichtiger Ausgangspunkt für differenzielle Ansätze waren Beziehungs- und Einstellungsschwierigkeiten von Therapeutinnen und Therapeuten. Von diesem Blickwinkel kann man unterschiedliche Einschränkungen des therapeutischen Potenzials auf Grund von Grenzen oder Präferenzen einer Therapeutenpersönlichkeiten oder bestimmter Therapeut-Klient-Konstellationen annehmen. In dieser Problemsituation kann leicht ein Motiv zur Bewältigung dieser Schwierigkeiten aktiviert werden, das auf Kompensation der erlebten Schwierigkeiten abzielt: Der Therapeut versucht, die Grenzen und Einschränkungen seiner Vorgangsweise (Mangel an therapeutischem Potenzial) auszugleichen, die er im Zusammenhang mit den Eigenheiten eines Klienten (Störung, bestimmte Merkmale) erfährt. Diese Kompensationsstrategien können vielfältig sein: mehr oder weniger reflektiertes „Experimentieren“ mit anderen Verhaltensweisen, Regression auf vorprofessionelles Handeln (Fragen, Ratschläge etc.), Integration anderer Techniken (sofern vorhanden) und Methodenkombination „nach Augenschein“ (Bastine, 1976, S. 162), zusätzliche Angebote (sofern vorhanden; z. B. im Sinne von Höder, 1992b). Adaptive Strategien können dazu legitimieren, neue Interventionstechniken, Methoden- und Strategiekombinationen anzuwenden (Biermann-Ratjen, 2003). Die Kompensationsstrategien sind auch wieder von Präferenzen, Weiterbildungserfahrungen und individuellen Grenzen abhängig. Implizit enthält ja die Situation des Praktikers, der Grenzen seiner therapeutischen Kompetenz erfährt, und zu einer alternativen Strategie greift, ebenfalls eine Kompetenzanforderung. Der Therapeut, der bei der Realisierung der „core conditions“ Probleme, Einschränkungen und Mängel mit einem konkreten Klienten erfährt, müsste dann zumindest die alternativen therapeutischen Angebote, Praktiken oder Maßnahmen kompetent umsetzen können. Es wird dabei selbstverständlich angenommen, dass Kompetenzeinschränkungen bei der Verwirklichung der Kompensationsmaßnahmen nicht auftreten werden, die bei der Realisierung der Standardmethode sehr wohl vorhanden sind.

Kurz ausgedrückt, was vermutlich der Erfahrung jedes Praktikers entspricht: In manchen Therapien gelingt es Therapeuten besser, die therapeutischen Bedingungen zu realisieren, bei anderen weniger gut: Differenzielle Konzepte erlauben es, Mängel bei der Realisierung therapeutischer Haltungen durch differenziellen Strategien und alternativen Techniken auszugleichen. Diese Einschränkungen können temporär, persönlichkeitsbedingt oder auch erfahrungsbedingt sein. Wir kennen alle Situationen, in den wir uns mit Klienten schwer tun, während ein Kollege damit überhaupt keine Schwierigkeiten hat. Wir kennen auch Zeiten unterschiedlicher Leistungsfähigkeit oder therapeutischer Offenheit, die sich in der Arbeit mit Klienten auswirkt. Solche Mängel können aber auch konstant sein: In diesem Fall spielen oft schwere Ausbildungsdefizite oder auch Missverständnisse des Therapiekonzepts eine Rolle. Von dieser Perspektive gesehen ist es auch legitim, die Frage zu stellen, ob ein differenzielles Konzept auf der Grundlage von Missverständnissen und Missdeutungen des klientenzentrierten Konzepts entwickelt wurde. Der in diesem Fall sinnvolle Vorschlag, explizit „differenzielle Konzepte“ zur Kompensation bestimmter Mängel oder einseitiger Berufssozialisation zu entwickeln, entbehrt nicht einer gewissen Ironie (nach dem Motto: „Klientenzentrierte Psychotherapie for Dummies“ – differenzielle Strategien für Psychologen/Mediziner/Pädagogen, die das klientenzentrierte Konzept nie richtig verstanden haben!)

Ein weiterer Typus von Einschränkungen des therapeutischen Potenzials liegt an strukturellen Grenzen: Unter den konkreten Bedingungen einer Gesellschaft und Kultur mag es schwierig sein, seine individuelle professionelle Situation als Klientenzentrierte Psychotherapeutin und Klientenzentrierter Psychotherapeut so zu gestalten, dass eine personenzentrierte Beziehung auf hohem Niveau bei einer Vielzahl von Klienten erreicht werden kann. Höder (1992a, S. 69) betont etwa: „Die meisten Therapeuten können die drei Eigenschaften über längere Zeit nur bei einem Teil ihrer Klienten aufrechterhalten. [...] Sie ist für viele Psychologen zu schwierig.“ Diese strukturelle Schwierigkeit kann nur teilweise dem individuellen Praktiker angelastet werden, sondern muss sinnvollerweise als Ausdruck der Auseinandersetzung mit gesellschaftlich-kulturellen Rahmenbedingungen gesehen werden. Diese erfordert eine eigene Diskussion, die tiefer in eine gesellschaftskritische Auseinandersetzung hineinführt, die destruktive Zeitgeist-Strömungen analysiert, wie z. B. eine massive und unkontrollierte Leistungs- und Erfolgsorientierung.

Klientenzentrierte „Hochleistungstherapie“: Erfolgs- und Leistungsorientierung

Bei der Elaboration von differenziellen Konzepten zeigt sich durchwegs eine Effektivitäts- und Leistungsorientierung. Diese ist einmal mehr, einmal weniger ausgeprägt, aber stets mit der Intention

verbunden, die Gesprächspsychotherapie zu einer Therapieform zu machen, die für alle Fälle gewappnet ist und für alle Eventualitäten der Praxis gerüstet ist. Diese Leistungsorientierung, Erfolgsansprüche und Effektivitätsforderungen sind auf verschiedenen Ebenen angesiedelt. Auf der Ebene der methodenspezifischen Versorgung bedeutet es: Das Angebot der klientenzentrierten Methode – genauer der Klientenzentrierten Therapeuten und Therapeutinnen – sollte so vielfältig und differenziert sein, dass sie bei vielen verschiedenen Klienten effektiv sein können. Diese Ansprüche sind auch im Kontext eines ökonomischen Erfolges in Konkurrenz zu anderen Methoden zu sehen. Die Leistungsorientierung ist aber nicht nur aus einem gesundheitspolitischen oder versorgungspolitischen Zusammenhang zu verstehen. Es spiegeln sich hierin auch die (materiellen) Interessen von Praktikern, die bei einer breiten Klientel erfolgreich sein möchten. Es geht also auch um den beruflichen Erfolg der Praktiker. Diese Leistungs- und Erfolgsorientierung ist bei differenziellen Konzepten zwar auffällig, aber vorerst ist daran nichts verdächtig. Eine Therapieform, die den Anspruch erhebt, einen Beitrag zu gesellschaftlichen Problemlösungen zu leisten und im Konzert der psychotherapeutischen Schulen einen angemessenen und bedarfsgerechten Platz einzunehmen, kommt vermutlich um ein gewisses Arrangement mit gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Ansprüchen und Werten nicht herum. Selbst dann nicht, wenn diese gesellschaftlichen Anforderungen weder konzeptkonform noch konzeptfördernd sind (Elliott, 2002). Die Diversifikation der Klientenzentrierten Psychotherapie wird ja in diesem Artikel auch als Ausdrucksform verschiedener Anwendungsbedingungen interpretiert, zu denen im weitesten Sinn auch das kulturelle und gesellschaftliche Setting gehören. Kritische Aufmerksamkeit ist allerdings erforderlich, wenn diese Leistungsorientierung bei der Entwicklung von Behandlungsformen mit klientenzentriertem Anspruch *eine dominante Funktion* erhält. Die massive Unterordnung unter ein Leistungs- und Effektivitätsprinzip kann die Charakteristik klientenzentrierter Therapieformen, die eine Balance zwischen Menschenbild, Methodik des Therapeuten und spezifischen Interaktionsmustern und Prozesserfahrungen von Klienten verlangt, deutlich verändern. Effektivität ist zwar ein wichtiges und unverzichtbares Qualitätskriterium eines Therapieverfahrens, allerdings nicht das einzige. Die Dominanz der Leistungs- und Effektivitätsorientierung zeigt sich im Zusammenhang mit einer differenziellen Vorgangsweise an verschiedenen „Symptomen“:

- (1) Ein ausgeprägtes „Wirksamkeitsbedürfnis“ kann beim einzelnen Praktiker zu der Intention führen, die therapeutische Behandlung selbst bei einem eingeschränkten Beziehungsangebot im Sinne des klientenzentrierten Konzepts nicht abzubrechen bzw. die therapeutische Behandlung fortzusetzen, auch wenn die therapeutischen Bedingungen der Empathie, Wertschätzung und Echtheit nur eingeschränkt realisierbar sind. Überspitzt formuliert: Klientenzentrierte Psychotherapeuten möchten (u. a. aus pragmatisch-ökonomischen Gründen) die Behandlung

- fortsetzen und mit Erfolg abschließen, auch wenn sie keinen optimale personenzentrierten Bedingungen herstellen können.
- (2) Auf den Ebenen der Konzeptbildung und Theoriebildung fließen in die Diskussion bisweilen appellative und moralisch-vereinnehmende Aussagen ein, in der die Dominanz der Leistungsorientierung zum Ausdruck kommt: „Klienten wollen, dass man ihnen optimal hilft und ihnen die beste verfügbare Therapie anbietet.“ (Sachse, Schlebusch & Sachse, 2004, S. 8) Nicht selten wird auch der Begriff „Klientenzentrierung“ neu definiert, um der Effektivität ein deutliches Gewicht zu geben. Diese Facette finden wir in Aussagen wie „eine suboptimale Methode anzubieten [...] ist nicht klientenzentriert“ (Sachse, Schlebusch & Sachse, 2005, S. 2). Darin wird die Bedeutung von „Klientenzentrierung“ durch eine völlige Unterordnung unter einen Effektivitätsanspruch neu definiert. „Zentrierung in der Erlebniswelt von Klienten“ kommt als Bestimmungsmerkmal gar nicht mehr vor.
- (3) Weiters kommt auch in der Forderung nach „hohen wissenschaftlichen Standards“ eine Dominanz der Leistungsorientierung zum Ausdruck. Sie beschränkt sich in der Regel auf die empirisch-quantitative Forschung und stilisiert diese als höchstes und letztentscheidendes Kriterium für die Güte eines psychotherapeutischen Verfahrens hoch. Die auf der Basis dieser Forschung entwickelten Konzepte werden gerne mit Merkmalen wie „Weiterentwicklung“, „Modernisierung“ und „Optimierung“ bedacht. In diesem Effektivitäts- und Leistungsdiskurs treten Forscher bisweilen lautstark als selbsternannte Sieger auf und entscheiden dann durch diese Selbsterhöhung und durch ihr Originalitätsgehabe den „Wettbewerb“ für sich.

Insgesamt ist eine leistungsbezogene Argumentation auf den ersten Blick bestechend und nicht selten entwaffnend. Speziell wenn sie sich mit der populistischen Botschaft verbindet: „Das Beste ist für meine Klienten gerade gut genug“. Die häufige Verwendung des Komparativs und Superlativs als bevorzugte Sprachformen unterstreicht die Leistungs- und Erfolgskentrierung, denn sie dient dem Vergleich zwischen verschiedenen Beteiligten und der Identifizierung von „Siegern“. Die Wettkampf-Metapher bestimmt ja auch seit geraumer Zeit die Diskussion innerhalb der Psychotherapieforschung.

Bei genauerem Hinsehen entpuppt sich diese massive Leistungs- und Erfolgskentrierung jedoch oft als einengendes und eingegengtes Denken. In der Argumentation verbinden sich häufig ein radikaler Szientismus mit einem naiven Utilitarismus: Blind gegenüber den Voraussetzungen des eigenen Denkens erhält Wissenschaft – speziell naturwissenschaftlich orientierte, empirisch-quantitative Forschung – einen absoluten und bedingungslosen Wert. Alles, was ist und was sein soll (Realität und Wertsetzung), könne eindeutig durch Forschung bestimmt werden. Die Qualität einer Psychotherapiemethode entscheide sich allein durch ihre positiven Folgen und durch ihren Nutzen. Das Problem mit einer

sich als modern und zeitgemäß gebenden szientistischen Position ist nicht allein, dass sie eine Verweigerung von Selbstreflexion beinhaltet und im Grunde eine intellektuelle Katastrophe darstellt. Sie übersieht auch, dass die Bedeutung und der Wert der empirischen Psychotherapieforschung längst nicht mehr an eine szientistische Position gebunden sind (Manicas & Secord, 1984). Wissenschaft, die auf die Erforschung einer vielschichtigen Realität gerichtet ist, braucht einen mehrperspektivischen Zugang und eine Vielfalt von Methoden (methodologischer Pluralismus), mit denen die unterschiedlichen Erkenntniskräfte und -möglichkeiten des Menschen aktiviert werden können. Intelligentes Theoretisieren erhält dabei eine prominente Rolle sowohl in der Gestaltung der Forschung wie auch in der Gestaltung und Bewältigung der Praxis. Bei der Erforschung und Entwicklung von „Humantechnologien“ (wie z. B. Psychotherapieformen oder differenzielle Konzepte) geht es weniger um isolierbare Effektivitätsdetails, sondern um ein tieferes und komplexeres Verständnis der menschlichen Existenz – speziell um die Erschließung des Wirkpotenzials zwischenmenschlicher Interaktion unter Systembedingungen, die nur teilweise kontrollierbar und transparent sind (Bhaskar, 1978; Manicas, 1998; Kazi & Spurling, 2000)

Der aktive Klient: selektiv und adaptiv

Rogers hat dem Klienten im Prozess der Therapie stets eine besondere Rolle und Bedeutung gegeben. Er sieht ihn als inhaltlichen Führer und in einer aktiven Rolle bei der „Verwertung“ der therapeutischen Zuwendung und der Prozess Erfahrungen. Das therapeutische Beziehungsangebot sieht Rogers in Aktivitäten des Therapeuten, die der Klient „sehr unterschiedlich verwenden mag“ (Rogers 1957a/1997, S. 45). Der Ansatzpunkt für eine differenzielle Fragestellung liegt hier bei der je unterschiedlichen Nutzung der Interaktionserfahrungen und Therapeuten-Aktivitäten durch den Klienten selbst. Bohart und Tallman (1999) haben diese Perspektive konsequent weitergeführt. Demnach kommt dem Klienten eine aktiv differenzierende Rolle zu: Er verwendet die Antworten von Therapeuten, um sie auf den eigenen Kontext zu beziehen. Unabhängig davon, ob Therapeuten versuchen, zu verändern, Erleben zu aktivieren, zu begleiten oder empathisch zu verstehen, der Klient gibt diesen „Interventionen“ eine individuelle Bedeutung aus seinem eigenen Problemhorizont und verwendet sie für seine eigenen Zwecke (Bohart, 2004). Auch Gesprächsphasen, in denen Therapeuten nicht optimal reagieren, versuchen Klienten produktiv zu nutzen, das Beste für sich herauszuholen und einen Gewinn mitzunehmen. Was bedeutet es nun für die differenzielle Fragestellung, wenn man davon ausgehen kann, dass Klienten sich aktiv und differenzierend mit der Therapiesituation auseinandersetzen und diese für die eigenen Zwecke je individuell nutzen. Die Klientenzentrierte Psychotherapie ist von ihren methodischen Prinzipien her eine

individualisierende Therapie: Der Therapeut stellt sich inhaltlich und hinsichtlich seiner sozialen Feinfühligkeit auf die Individualität des Klienten ein. Diese stimmige Einstellung auf die individuelle Situation und Person des Klienten ist bei jedem Klienten eine Aufgabe und Herausforderung. Was gewinnt nun der Klient durch seine differenzierende Aktivität? Bei einer gelungen Einstellung der Therapeutin und einer stimmigen Zuwendung verstärkt die Klientin die Individualisierung durch das stärkere Einbringen der eigenen Person und das intensivere Explorieren eigener Erfahrung. Die Klientin muss keine Energie verwenden, um die Situation ihren Zwecken entsprechend zu gestalten oder die Therapeutin zu bewältigen, sondern kann sich sofort, ungeschützt und ohne Umwege den eigenen Inhalten (Selbst, Gefühle) zuwenden. Im Falle einer eingeschränkten Individualisierung durch die Therapeutin entschärft die Klientin die eingeschränkte Stimmigkeit, indem sie versucht, die Situation für die eigenen Zwecke „herzurichten“, zu gestalten und zu bewältigen, um einen gewissen Nutzen für die individuelle Situation herauszuholen.

Eine Voraussetzung für die individuelle Nutzung könnte sein, dass Klienten einen gewissen Raum für die Variabilität ihres Erlebens und Verhaltens in der Therapiesituation zur Verfügung haben und Interaktionen oder Reaktionen vom Therapeuten nicht derart aufdringlich, einschränkend und zwingend sind, dass die Freiheit des Erlebens und Verhaltens verloren geht (Rennie, 2004). An diesem Punkt wird auch die Bedeutung der Nicht-Direktivität als Handlungsdimension sichtbar. Unter der Voraussetzung einer ausreichenden Freiheit des Ausdrucks in der therapeutischen Situation und einer zumindest minimalen Stimmigkeit und Passung der therapeutischen Zuwendung können Klienten eine Stil- und Fehlertoleranz gegenüber Therapeuten entwickeln, die eine ausreichende therapeutische Produktivität gewährleistet.

Der erfolgreiche Praktiker: Eine Strategie der Selbst-Selektion

In der Auseinandersetzung mit differenziellen Konzepten und Vorgangsweisen konzentrierte sich das Interesse dominant auf adaptive Strategien. Diese zielen auf eine „optimierte Psychotherapie“ mit Psychotherapeuten, „die das ganze Spektrum therapeutischer Möglichkeiten im Auge haben und fähig und bereit sind, sich mit ihrem Therapieangebot flexibel auf den jeweiligen Patienten einzustellen“ (Grawe et al., 1994, S.730). In diesem Zitat sind unschwer der Anspruch und das Motiv zu erkennen, eine Art „Supertherapie“ bzw. einen „Supertherapeuten“ zu finden, der für alle Fälle der Praxis vorbereitet ist. In der bisher entwickelten Argumentation habe ich darauf hingewiesen, dass adaptive Strategien nur ein bestimmtes, aber begrenztes Ausmaß an Individualisierung (Differenzierung) ermöglichen können. Die Begrenzung

der adaptiven Möglichkeiten liegen einerseits in den Grenzen der Erforschung und Gestaltung von Komplexität (ergebnisorientierte Adaptivität), andererseits in den biographisch bedingten Grenzen individueller Erfahrung (beziehungorientierte Adaptivität). Die Adaptivität und Selektivität von Klienten entschärft diese Begrenztheit: Klienten versuchen aktiv, adaptiv und selektiv das gegebene Angebot ihrer Therapeuten für ihre Entwicklung zu nutzen und entwickeln dabei eine Stil- und Fehlertoleranz. Positiv formuliert: In einer konkreten Therapeut-Klient-Beziehung kann ein gewisses Ausmaß an Individualisierung durch das Potenzial an Adaptivität auf Seiten des Therapeuten und durch die je individuelle Nutzung des (bereits adaptierten) therapeutischen Angebots auf Seiten des Klienten erreicht werden. Damit ist das Potenzial an Individualisierung durch adaptive Strategien und das Ausmaß an Differenzierung, das erreicht werden kann, erschöpft. Der Supertherapeut wird auf diese Weise nicht „geboren“.

Die große Bedeutung konkreter Praxisbedingungen für die „Passung“ und das Zueinanderfinden von Therapeuten und Klienten, wozu auch die Individualität sowohl von Klienten, als auch von Therapeuten zählt, führen zu der Folgerung, dass adaptive Strategien zu kurz greifen und durch selektive Strategien ergänzt werden müssen – besser: auf selektive Strategien aufbauen müssen. Aus der bisherigen Überlegung lässt sich daher folgende These vertreten: Der beruflich erfolgreiche Psychotherapeut ist nicht der „adaptive Supertherapeut“, sondern der selektive Therapeut, der seine Stärken und Grenzen von vornherein berücksichtigt. Diese Selektivität ist das Fundamentum für eine verantwortungsvolle Praxis, auf der verschiedene individuell bevorzugte adaptive Strategien aufbauen können.

Die eben genannte These wird als abschließende Konklusion dieses Artikels nun erläutert und belegt.

Grenzen und Möglichkeiten selektiver Strategien

Da für die konkrete Durchführung einer Psychotherapie die Entscheidung für einen Therapeuten bzw. die Entscheidung für einen bestimmten Klienten erforderlich ist, sind selektive Strategien in der Praxis der Psychotherapie eine Tatsache. Die Art der Behandlung, Anzahl, Geschlecht und Verfügbarkeit von Psychotherapeuten in einem bestimmten Versorgungsgebiet sind unter anderem die Vorgaben, auf denen selektive Strategien aufbauen. Wir finden sie in Situationen, in der Klienten, mit denen ein Therapeut schwer „kann“, einem Kollegen weitervermittelt werden, also eine unterscheidende Auswahl (in diesem Fall Abwahl) des Therapeuten oder einer spezifischen Therapeut-Klient-Konstellation getroffen wird. In diese Kategorie fällt auch die Empfehlung an Klienten, mehrere Therapeutinnen und Therapeuten jeweils in einem Erstkontakt quasi „auszuprobieren“, um eine passende Konstellation zu finden. Die Grundlage dieser Empfehlungen ist die Überzeugung,

dass die Leistungsfähigkeit der Methode eng mit der „Passung“ und Eignung der individuellen Therapeuten für ihre Klienten verknüpft ist. Da diese Leistungsfähigkeit jeweils unterschiedlich sein kann, liegt hier der Ansatzpunkt einer differenziellen Strategie. So erhofft man sich, im Rahmen eines lokalen Versorgungsgebietes die Wahrscheinlichkeit für eine produktive Therapeut-Klient-Konstellation zu erhöhen. Sie wird oft defensiv – zur „Entsorgung“ eines Problem-Klienten – eingesetzt oder wie in der oben genannten Empfehlung in der Verantwortung des Klienten gesehen. Ihre Verwirklichung hängt von lokalen organisatorischen oder kollegialen Rahmenbedingungen ab. Vermutlich ist sie noch am ehesten in gut funktionierenden Gemeinschaftspraxen vorstellbar (egal ob diese methodenübergreifend oder methodenhomogen zusammengesetzt sind). Aber auch in dieser Situation dürfte die Kenntnis der Individualität des kooperierenden Kollegen die beste Orientierung für eine Zuweisung abgeben.

Eine Barriere für die Ausübung einer selektiven Strategie durch Klientenzentrierte Psychotherapeuten dürfte unter anderem das Element der Zurückweisung bzw. des Scheiterns sein. Tatsächlich kann eine selektive differenzielle Vorgangsweise die Erfahrung von Zurückweisung auf Seiten des Klienten bzw. die Erfahrung des Versagens auf Seiten des Psychotherapeuten hervorrufen. Dadurch wird aber auch deutlich, dass diese Strategie ein hohes Ausmaß an Sensibilität und Kompetenz verlangt. Rogers (1942a/1985) hat diese Situation unter dem Titel „Abschluss einer erfolglosen Beratung“ thematisiert. Abgesehen davon sind jedoch gescheiterte Therapiebeziehungen kaum Gegenstand von expliziter Erörterung, was angesichts der nicht seltenen Therapieabbrüche durch Klienten verwundert (vgl. Grawe et al., 1994). Aufgrund solcher und ähnlicher Phänomene und Umstände könnte die Einschätzung realistisch sein, dass speziell bei niedergelassenen Psychotherapeuten die Auseinandersetzung mit differenziellen Indikationsstellungen unbeliebt sein dürfte (Biermann-Ratjen et al., 2003). Speziell die selektive Variante ist hier betroffen: Klienten wegzuschicken oder an Kollegen zu überweisen, erzeugt ein psychologisches Problem und einen ökonomischen Nachteil. Gerade in diesem Umstand dürfte die Attraktivität von adaptiven Strategien auf der Basis einer Erweiterung der technischen Variabilität liegen: Die Hoffnung, ein „Supertherapeut“ zu werden verspricht vordergründig psychologische und ökonomische Vorteile. Ein weiterer Grund für die illusorische Vermeidung selektiver Strategien dürfte in der Missinterpretation der „guten Nachrichten aus der Welt der Forschung“ sein: Da die Klientenzentrierte Psychotherapie ein breites Indikationsprofil aufweist, wird fälschlicherweise angenommen, dass man sich als Praktiker die Indikationsfrage ruhig sparen kann. Aber gerade eine beziehungsorientierte Psychotherapieform wie die Klientenzentrierte Psychotherapie ist auf eine selektive differenzielle Strategie angewiesen.

Die „Ansprechbarkeit“ des Praktikers für einen Klienten

Um die Praxis transparent zu machen, müssen wir eine Unterscheidung zwischen der Klientenzentrierten Psychotherapie als Behandlungsmethode und -konzept und dem einzelnen Praktiker machen, der diese Methode verwirklicht. Das Behandlungspotenzial der Klientenzentrierten Psychotherapie wurde wie folgt beschrieben: „Die Gesprächspsychotherapie weist im Hinblick auf Art und Schwere der psychischen Störungen, die durch sie behandelt werden können, ein außerordentlich breites Indikationsprofil auf“. Und: „Aufgrund der vorliegenden empirischen Untersuchungen lässt sich zweifelsfrei feststellen, dass Gesprächspsychotherapie eine wirksame Behandlungsmethode für viele klinisch relevante psychische Störungen ist.“ (Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 160) Es ist kaum anzunehmen, dass über einen adaptiven Zugang jede einzelne Psychotherapeutin und jeder einzelne Psychotherapeut eine optimale Individualisierung und Behandlung für alle Klienten, die von der Methode der Klientenzentrierten Psychotherapie effektiv behandelt werden können, erreichen kann. Ebenso ist es unrealistisch anzunehmen, dass es nur einen einzigen Gesprächstherapeuten gibt, der in der Lage ist, alle psychischen Störungen, die im Indikationsprofil des klientenzentrierten Konzepts liegen, gleich gut und erfolgreich zu behandeln.

Für die „Wirksamkeit“ des einzelnen Praktikers kommen selektive Kriterien ins Spiel, die in der individuellen Persönlichkeit des einzelnen Psychotherapeuten liegen. Dazu gehören persönliche Charakteristika (z. B. Belastbarkeit, Offenheit für bestimmte Probleme, Frustrationstoleranz etc.), Lebensgeschichte und Lebensstil, (theoretische) Interessen, Vorlieben und Wertorientierung und vor allem die Erfahrung mit der erfolgreichen Realisierung des personenzentrierten Konzepts. Analog zur Ansprechbarkeit von Klienten für die Klientenzentrierte Psychotherapie (Biermann-Ratjen et al., 2003) kann man auch von einer Ansprechbarkeit von Praktikern für bestimmte Klienten-Persönlichkeiten, Störungen oder Problemlagen ausgehen. Die Ansprechbarkeit des Psychotherapeuten für einen Klienten ist eine Erfahrung im unmittelbaren Kontakt mit dem Klienten und vollzieht sich auf der Ebene der emotionalen Resonanz wie etwa die Erfahrung von Respekt und Wertschätzung, die Einfühlbarkeit von berichteten Erlebnisinhalten, das Empfinden von Nähe. Es sind jedenfalls persönlich-individuelle Momente, deren Berücksichtigung Selbstbeobachtung und einen selbstreflexiven Bezug zur eigenen Persönlichkeit erfordern.

Effizienz – Effektivität – beruflicher Erfolg

Da die Frage der differenziellen Vorgangsweise auch sehr eng mit dem „Erfolg“ der Klientenzentrierten Psychotherapie und den Grenzen des Erfolgs zu tun hat, ist eine weitere Unterscheidung hilfreich. Die üblichen Erfolgskriterien für eine Psychotherapiemethode sind Effizienz (die tatsächlich erreichte bzw. erreichbare

Wirkung) und Effektivität (der ökonomische Mitteleinsatz, das Verhältnis von Aufwand und Erfolg). Auf praktischer Ebene wird ein weiteres Kriterium wichtig: der berufliche Erfolg des Praktikers. Denn für den individuellen Praktiker „reduziert“ sich das Problem der differenziellen Vorgangsweise auf die Frage: Wie kann man als Klientenzentrierte Psychotherapeutin, als Klientenzentrierter Therapeut in der therapeutischen Arbeit mit Klienten erfolgreich sein? Der persönliche Erfolg des einzelnen Praktikers bei der Ausübung eines therapeutischen Berufs setzt sich aus verschiedenen Komponenten zusammen. Neben häufigen Therapieerfolgen und der damit verbundenen persönlichen Befriedigung ist hier auch ein geringes Risiko für Therapieabbrüche oder lang dauernde unproduktive Therapeut–Klient–Beziehungen zu nennen. Weiters gehören Arbeitsfreude und Sicherheit bei der ausgeübten Tätigkeit sowie das Gefühl dazu, kompetent zu sein; weiters Leichtigkeit bei der beruflichen Problembewältigung, Anerkennung durch Berufskollegen und insgesamt das Empfinden, eine den eigenen Fähigkeiten entsprechende berufliche Tätigkeiten auszuüben. Nicht zuletzt ist auch die ökonomische Dimension zu nennen: Die finanzielle Abgeltung, das erwartete Einkommen ist eine wichtige Rahmenbedingung für persönliche Sicherheit und produktive Arbeit mit Klienten.

Auch bei diesem Punkt macht die Unterscheidung zwischen Konzept bzw. Methode und individuellem Anwender einen Sinn. Denn auch wenn die Methode der Klientenzentrierten Psychotherapie durch Forschung eine breite Anwendbarkeit und ein breites Indikationsprofil belegen kann, ist damit über das Ausmaß des beruflichen Erfolges, den einzelne Praktiker haben, nicht viel gesagt. Es ist eine Frage individueller Berufsausübung, wie der einzelne Psychotherapeut das Potenzial der Methode ausschöpft, damit er seine individuellen Möglichkeiten und Stärken in die Gestaltung des Settings und der psychotherapeutischen Arbeit einbringen kann. Auch wenn es möglich ist, unter bestimmten Untersuchungsbedingungen mit der Klientenzentrierten Psychotherapie bei verschiedenen Klientengruppen und Störungen effizient und effektiv zu sein, können Klientenzentrierte Psychotherapeuten unter spezifischen Praxisbedingungen z. B. eine hohe Abbrecherquote „produzieren“. Und dieses Phänomen ist nicht allein mit einer inkompetenten Vorgangsweise zu erklären. Es ist plausibel, dass Klientenzentrierte Psychotherapie als beziehungsorientierte Therapieform besonders anfällig für berufliche Misserfolge wie unproduktive Therapieverläufe und Therapieabbrüche ist, wenn *selektive Strategien in der differenziellen Indikation nicht genutzt* werden. Einige Ergebnisse einer Studie über Burnout bei klientenzentrierten Praktikern und Praktikerinnen liefern einige Anhaltspunkte (Volgger, Laireiter & Sauer, 2004). Demnach könnten Faktoren wie die mangelnde Kontrolle über die Auswahl von Klienten sowie bestimmte vermeidende Umgangsformen mit therapeutischen Problemen wie „auf günstige Wendung warten“, „Abbruch der Therapie“ und „Probleme aufschieben“ emotionale Erschöpfung fördern. Damit sind aber gerade Aspekte einer Situation beschrieben, die bei unproduktiven Therapien

trotz Bemühens um Individualisierung (adaptiver Aspekt) entsteht, wenn eine etwaige konsensuale Beendigung der Therapie bzw. eine Überweisung an Kollegen (selektiver Aspekt) verschleppt oder gar nicht ins Auge gefasst wird. Weitere Anhaltspunkte für die Bedeutung einer selektiven Strategie finden sich in folgenden Befunden: In den Fällen, in denen Behandlungsdauer oder Therapeutenwahl aufgrund von Regelungen der Krankenkassen bzw. Institutionen beschränkt war, war der Behandlungserfolg geringer (Seligman, 1995; vgl. Hutterer, 1997). Die Möglichkeit der alternativen Therapeutenwahl wirkte sich günstig auf die Abbruchquote und den Therapieerfolg aus (Schäfer, 1992).

Selektivität und Individualität von Therapeuten

Warum braucht eine beziehungsorientierte Therapieform eine selektive Indikationsstellung? Warum sind selbst für hoch kompetente und sehr erfahrene Therapeuten manche Klienten, die in ihrem Behandlungsspektrum liegen, nicht „geeignet“? Eine Antwort auf diese Frage gibt die Anwendung der Theorie des impliziten Wissens auf zwischenmenschliche Beziehungen und Humantechnologien (Polanyi, 1962). Für eine beziehungsorientierte Therapieform ist die Individualität der beteiligten Personen entscheidend. Jede Person hat Besonderheiten, die wir in der Alltagssprache ganzheitlich als „Ausstrahlung“ erfassen und bezeichnen. Zur individuellen Ausstrahlung tragen viele Momente bei: das Erscheinungsbild und Ausdruck, Gefühlsleben, der Erfahrungshintergrund, Biographie etc. Neben nachvollziehbaren biographischen und charakterlichen Momenten kommt die Individualität und Unverwechselbarkeit einer Person vermutlich auch auf einer impliziten Ebene zum Ausdruck: Es sind viele Details oder eine Kombination von persönlichen Details, die im Hintergrund als Hilfsmittel wirken (subsidiär) und die Individualität konstituieren. Das Empfinden von Einzigartigkeit kommt vermutlich nur deshalb zustande, weil diese individuelle Kombination von Subsidiären nicht zur Sprache kommt. Selbst Personen die einander lang und intensiv kennen, können diese Unverwechselbarkeit oft nur durch sprachloses Erkennen ausdrücken („Ja, so ist er/sie“). Dieser implizite Anteil ist weder beschreibbar, noch imitierbar. Auch in einer zwischenmenschlichen Beziehung ist dieser implizite Anteil gegeben: Bei manchen Personen sagen wir, wir hätten sofort „einen Draht“ zu ihnen gehabt oder es sei „der Funke übersprungen“, ohne diese Erfahrung inhaltlich beschreiben zu können. Viele Menschen in Freundschafts- und Liebesbeziehungen brauchen lange Zeit, um zu verstehen, warum sie zueinander gefunden haben und ihre Beziehung weiter aufrecht ist, ohne das Rätsel vollständig zu lösen. Es scheint sogar, dass ein Teil dieser Unverwechselbarkeit der Beziehung implizit bleiben muss, um sie aufrecht zu erhalten. Dieses Gefühl für die Unverwechselbarkeit einer Person können wir nicht mehr spüren, wenn die Beziehung verloren geht. Wir wundern uns dann oft, dass wir eine andere Person als etwas Besonderes wahrgenommen haben.

Klientenzentriert Psychotherapeuten haben in der Regel auf Grund ihrer Ausbildung und ihrer Theorie eine gewisse Offenheit für diesen unaussprechlichen Aspekt von Beziehung. Das „Sich-Einlassen“ auf die Einzigartigkeit, schaffen wir nur, wenn wir unsere eigene Einzigartigkeit implizit ins Spiel bringen können (Echtheit und Authentizität). Aus demselben Grund ist diese Fähigkeit auch begrenzt und nicht bei beliebigen Personen mit derselben Qualität abrufbar. Das mag der Grund sein, warum wir uns nicht mit einem beliebigen und unbegrenzten Kreis von Personen auf eine intensive und tiefe therapeutische Beziehung einlassen können, sondern selektiv sein müssen, wenn wir unsere therapeutische Leistungsfähigkeit optimal ausschöpfen wollen. Das bedeutet nicht, dass wir nur mit wenigen Personen therapeutisch wirksam werden können, sondern dass es einen „unumgehbaren Resonanzeffekt zwischen zwei Personen gibt“, der zwar durch Ausbildung und Erfahrung erweiterbar, aber nicht aufhebbar ist (Schäfer, 1992, S. 35). Auch in der Wahrnehmung von Klienten und Klientinnen sind viele persönliche Details für die „Attraktivität“ von Therapeuten entscheidend. Diese Verbindung zwischen Individualität und Selektivität kommt auch in der folgenden Untersuchung zu Vorschein.

In einer explorativen Studie des Autors (Hutterer, 2006) im Sinne eines qualitativen Experiments erhielten zwölf Klientinnen im Rahmen einer Universitätslehrveranstaltung je ein klientenzentriertes Gespräch von ca. 45 Minuten Dauer bei drei Personenzentrierten Therapeutinnen. Die Klientinnen hatten die Aufgabe, Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Therapeutinnen sowie hilfreiche weniger hilfreiche Gesprächssituationen im Anschluss an die Gespräche zu identifizieren. Dazu wurden eine Reihe von methodischen Hilfsmitteln und Instrumenten verwendet, um Daten über die Gespräche zu generieren, die Grundlage für die Auswertung waren. Dabei zeigten sich folgende Muster:

- (1) Die Gemeinsamkeiten der Therapeutinnen wurden erwartungsgemäß mit Merkmalen einer klientenzentrierten Grundhaltung charakterisiert: einfühlend, interessiert, Anteil nehmend, aufmerksam, menschlich, Gefühle ansprechend etc. Diese Gemeinsamkeiten wurden als deutlich im Vordergrund wahrgenommen.
- (2) Trotz dieser Gemeinsamkeiten wurden viele Unterschiede in Details beschrieben. Diese Details bezogen sich auf den persönlichen Stil (lebhaft, temperamentvoll, verbal und physisch aktiv, ruhig, zurückgezogen) oder persönliche „Eigenheiten“ der Therapeutinnen (verwendet eine Bildersprache, gestikuliert viel), auf Aspekte, die wir in der Alltagssprache ganzheitlich als „Charakter“, „Ausstrahlung“ oder „Temperament“ bezeichnen. Weitere Unterschiede bezogen sich auf Aspekte der Interaktion, die mit Timing und Tempo beschreibbar sind (Umgang mit Gesprächspausen, häufiges versus fehlendes Unterbrechen des Redeflusses von Klienten etc.).
- (3) Manche der Gemeinsamkeiten und der Unterschiede wurden von den Klientinnen jeweils individuell unterschiedlich als störend, andere als hilfreich empfunden. So fühlten sich einige durch das

„Spiegeln“ und „Wiederholen“ der Klientenäußerungen wohl und „richtig“ verstanden, und konnten ihren Gefühlen freien Lauf lassen. Andere fühlten sich „total genervt“, „nicht ernst genommen“, andere nur dann verstanden, wenn eine „Wiederholung“ mit den eigenen Worten der Therapeutin erfolgte.

- (4) Trotz der dominanten Gemeinsamkeiten in der Wahrnehmung einer klientenzentrierten Grundhaltung eröffnete jede Therapeutin einen unterschiedlichen „Erfahrungsraum“. Bei einer Therapeutin bekam man viele Anregungen durch die bilderreiche Sprache und konnte sich manchmal aber auch überfordert fühlen. Bei einer anderen erhielt man einen großen Freiraum und konnte sich vielfältig und flüssig äußern, aber manches Mal ging es mehr in die Breite als in die Tiefe. Bei der dritten Therapeutin konnte man sehr nahe an die eigenen Gefühle kommen, aber man musste sich an diesen Stil einmal gewöhnen.

Die Erkenntnis, die die Klientinnen in diesen Gesprächen gewonnen haben war, dass es eine äußerst große Bedeutung hat, die „richtige“ Therapeutin zu finden und sich nicht mit der ersten, nicht völlig zufrieden stellenden Wahl, abzufinden.

Strategien der Selbstselektion

Was bedeutet nun diese These vom „selektiven Therapeuten“, der seine Grenzen und Stärken von vornherein berücksichtigt. Diese Form der Selektivität ist im Grunde eine Selbst-Selektivität und beruht auf zwei Elementen: 1. Das „Angebot“ an Kompetenz beschränkt sich auf die eigenen Stärken und ist eine Art von bewusster Selbstbeschränkung, die dem Prinzip folgt, sich selber dort aus dem Spiel nehmen, wo man nicht erfolgreich sein kann. 2. Das Beziehungsangebot beruht auf einer Bewusstheit der eigenen Individualität und Besonderheiten, die für eine bestimmte Art von Klientel eher geeignet ist als für andere.

Eine Strategie der Selbstselektion ist eine differenzielle Strategie für die erfolgreiche Ausübung eines psychotherapeutischen Berufes. Man könnte sie mit folgendem Handlungsprinzip positiv beschreiben: „Arbeiten Sie nur mit Klienten, bei denen Sie erfolgreich sein können, die von der Therapie mit ihnen optimal profitieren können und denen gegenüber Sie eine optimale personenzentrierte Beziehung entwickeln können“. Oder anders formuliert: „Arbeiten Sie mit jenen Klientinnen und Klienten, die mit ihnen als Therapeut bzw. Therapeutin eine günstige Prognose haben“.

Diese Empfehlung wirkt vermutlich vorerst nicht besonders originell. Aber sie beinhaltet ein anspruchsvolles „Programm“. Denn sie erfordert die Gestaltung der eigenen beruflichen Praxis bzw. zumindest einen Teil der eigenen Lebensführung auf Basis der Bewusstheit der eigenen Stärken und des eigenen Potenzials sowie der eigenen Grenzen. Das vielleicht Verblüffende liegt in der Einsicht, dass dieser „Erfolg“ nur zu erreichen ist, wenn man sich als

Psychotherapeut oder Psychotherapeutin in eine „privilegierte Position“ bringt. Das „Privileg“ liegt in der Forderung, die berufliche Situation so gestalten zu können, dass die eigenen therapeutischen Fähigkeiten optimal zum Ausdruck kommen können. Das hat auch eine wichtige berufspolitische Komponente, weil dazu auch eine angemessene Bezahlung und günstige Arbeitsbedingungen etc. gehören. Ein Beispiel soll das erläutern: Ein Therapeut, arbeitet immer wieder mit Klienten, in die er sich nur eingeschränkt einfüllen, bei denen er keinen ausreichenden Respekt empfinden und keine kongruente Beziehung fördern kann. Er ist oft überfordert mit der Problematik seiner Klientinnen und Klienten. Er hat zwar auch einige andere Klienten, bei denen eine personenzentrierten Beziehung gelingt, aber die weniger optimalen überwiegen. Er kommt beruflich und/oder privat immer wieder in Situationen, in der durch Stress und Belastungen seine therapeutische Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Er ist trotz dieser Einschränkungen und Mängel nicht in der Lage, für ihn „schwierige“ Klienten an Kollegen bzw. Kolleginnen abzugeben, weil er die Einkünfte für den Lebensunterhalt benötigt oder es keine Möglichkeit der Kooperation gibt. Hier wurde eine sehr ungünstige Ausgangssituation für therapeutische Arbeit beschrieben. Der Therapeut wird nur wenige Erfolgserlebnisse haben (seine Klienten auch). Warum ist in diesem Beispiel der Therapeut weit entfernt von einer privilegierten Position?

- (1) Sein privates bzw. berufliches Leben bietet einen ungünstigen Rahmen für Psychohygiene und psychische Gesundheit.
- (2) Er hat eingeschränkte Kenntnisse der eigenen Stärken und Schwächen als Therapeut.
- (3) Er ist nicht in der Situation, Klienten anzuziehen oder auszuwählen, die von seinen Stärken profitieren können.
- (4) Er ist in der ökonomisch ungünstigen Situation, dass er allein durch seine Arbeit als Therapeut seinen Lebensunterhalt bestreiten muss (bzw. der Verlust von Klienten würde auch einen Einkommensverlust nach sich ziehen).
- (5) Er besitzt keine Arbeitssituation, die ein kollegiales Netzwerk für Austausch und Zusammenarbeit bietet.

Diese Punkte sind als *Risikofaktoren für eine kompetente therapeutische Arbeit* anzusehen. Sich in eine privilegierte Position zu bringen, bedeutet, alle oder die meisten dieser Risikofaktoren auszuschalten oder zu entschärfen. Man kann deshalb auch von einer „differenziellen Strategie“ für eine erfolgreiche Ausübung des Therapeutenberufes sprechen:

- (1) Psychohygiene und psychische Gesundheit: Welche Maßnahmen und Aktivitäten kann ich durchführen um meine psychische Gesundheit zu fördern? Welches psychohygienische Potenzial hat mein Lebensstil, haben meine Lebensumstände?
- (2) Therapeutische Stärken: Wo liegen meine Stärken, wo meine Grenzen? Wie kann ich meine Stärken pflegen? Mit welchen Klientengruppen arbeite ich gerne und kann ich kompetent arbeiten?

- (3) Passende Klientel: Wie und über welche Maßnahmen kann ich Klienten „anziehen“ oder „kanalisieren“, die auf meinen therapeutischen Stil günstig ansprechen? Für welche Problematik meiner Klienten bin ich offen? Auf welche reagiere ich defensiv?
- (4) Ökonomische Entlastung: Was kann ich unternehmen, um nicht von den Einnahmequellen durch meine Klienten abhängig zu sein?
- (5) Ein kollegiales Netzwerk: Wie kann ich ein Netzwerk von Kollegen aufbauen für die Zuweisung von Klienten, für kollegiale Supervision?

Diese Faktoren sind individuell sehr verschieden und müssen von Therapeuten „differenziell“ erkannt und gestaltet werden. Im Rahmen der Ausbildung und Weiterbildung müssten ausreichend Lernerfahrungen enthalten sein, um es angehenden Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen zu ermöglichen, eine „privilegierte Position“ in diesem Sinne zu erreichen. Die Einnahme einer „privilegierten Position“ in Verbindung mit einer Strategie der Selbstselektion zugunsten einer erfolgreichen Ausübung des Therapeutenberufes dürfte zwar nicht sehr beliebt und angesehen sein; es gibt jedoch ein berühmtes Beispiel, das den Sinn und die Notwendigkeit selektiver Strategien in einer beziehungsorientierten Therapieform wie der Klientenzentrierten Psychotherapie prägnant illustriert: Virginia Axline soll einmal gefragt worden sein, warum sie denn nicht mit den Eltern jener Kinder arbeite, die sie therapeutisch betreut, wo wir doch wüssten, dass Störungen bei Kindern oft eng mit den Erfahrungen im Elternhaus zusammenhängen. Sie soll darauf geantwortet haben: „Ich mag die Eltern nicht, die gestörte Kinder haben“.

Literatur

- Auckenthaler, A. (1994). Was wirkt in der klientenzentrierten Psychotherapie? Zur Abgrenzung der „therapeutischen Kernbedingungen“ vom „therapeutischen Basisverhalten“. *Psychologie in der Medizin*, 5(4), 28–31.
- Axline, V. (2003). *Kinderspieltherapie im nicht-direktiven Verfahren*. München: Ernst-Reinhardt.
- Barrett-Lennard, G. T. (1993). Understanding the person-centered approach to therapy: A reply to questions and misconceptions. *The Person-Centered Approach and Cross-Cultural Communication: An International Review*, Vol. 2, 99–113.
- Barrett-Lennard, G. T. (1998). *Helping systems: Journey and substance*. London: Sage.
- Bastine, R. (1970). Schwierige Situationen in der Gesprächstherapie. Vortrag, gehalten am 17.10.1970 in Utrecht. Hektographiertes Vortragsmanuskript.
- Bastine, R. (1983). Therapeutisches Basisverhalten und differenzielle Psychotherapie – Kritische Anmerkungen zum Beitrag von Dieter Tscheulin. In D. Tscheulin (Hrsg.), *Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie*. Weinheim: Beltz.
- Bhaskar, R. (1978). *A realist theory of science*. Stanford: Harvester Press.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer. BITTE DIE AUFLAGE ANGEBEN
- Binder, U. & Binder, J. (1991). Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie. Schizophrene Ordnung, psychosomatisches Erleben, depressives Leiden. Eschborn: Klotz.
- Binder, U. (1993). Empathieentwicklung und Pathogenese in der klientenzentrierten Psychotherapie. *Personzentriert*, 2, 5–135.
- Bohart, A. C. (2002). A passionate critique of empirically supported treatments and the provision of an alternative paradigm. In J. C. Watson, R. N. Goldman & M. S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice* (pp. 258–277). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: the process of active self-healing*. Washington DC: American Psychological Association.
- Cornelius-White, J. H. D. (2004). Maintain and enhance: An integrative view of person-centered and process-differentiated diagnostics. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3 (4), 268–276.
- Elliott, R. & Greenberg, L. S. (2002). Process-experiential psychotherapy. In D. J. Cain & J. S. (Eds.), *Humanistic psychotherapies. Handbook of research and practice* (pp. 279–306). Washington, DC: American Psychological Association.
- Elliott, R. (2002). Render unto Caesar: Quantitative and qualitative knowing in research on humanistic therapies *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1 (1&2), 102–117.
- Elliott, R., Greenberg, L., & Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th edn., pp. 509–539). New York: Wiley.
- Finke, J. (1996). Störungsspezifische Behandlung als Voraussetzung stationärer Gesprächspsychotherapie bei schweren psychischen Störungen. In C. Frielingsdorf-Appelt, H. Pabst & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung*. Köln: GwG Verlag.
- Finke, J. & Teusch, L. (2002). Die störungsspezifische Perspektive in der Personzentrierten Psychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 147–162). Wien, New York: Springer.
- Frohburg, I. (2005). Methodische Akzentsetzungen in der Gesprächspsychotherapie. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 1, 22–28.
- Gendlin, E. T. (1962). Client-centered developments and work with schizophrenics. *Journal of Counseling Psychology*, 9, 205–212.
- Gendlin, E. T. (1973). Experiential psychotherapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (pp. 317–352). Itasca: Peacock.
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebnisbezogenen Methode*. München: Pfeiffer.
- Goldstein, K. (1934). *Der Aufbau des Organismus*. Haag: Martinus Nijhoff. (Übersetzt ins Englische 1939: *The organism*. New York: American Book Co; Neuauflage 1995 durch Zone Books: New York).
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., Elliott, R. (2003). *Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozess- und erlebnisorientierten Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., Lietaer, G. (1998). *Handbook of experiential psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Hill, C. E. (Ed.). (2001a). *Helping skills: The empirical foundation*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hill, C. E. (2001b). Effects of therapist response modes in brief psychotherapy. In C. E. Hill (Ed.), *Helping skills; The empirical foundation* (pp. 61–86). Washington, DC: American Psychological Association.
- Höder, J. (1992a). *Gesprächspsychotherapie. Was sie kann, wie sie wirkt und wem sie hilft*. Mannheim: PAL Verlagsgesellschaft.
- Höder, J. (1992b). Wie können wir Therapien verkürzen? In M. Behr, U. Esser, F. Petermann, W. Pfeiffer & R. Tausch (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychologie & Psychotherapie. Jahrbuch 1992* (S. 85–97). Köln: GwG-Verlag.
- Höger, D. (1989). Klientenzentrierte Psychotherapie – ein Breitbandkonzept mit Zukunft. In R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 197–222). Heidelberg: Asanger.
- Howe, J. (1980). *Integratives Handeln in der Gesprächstherapie*. Weinheim, Beltz.
- Hutterer, R. (1992). Personenzentrierte Psychotherapie zwischen Psycho- boom und Identitätskrise. In R. Stipsits & R. Hutterer (Hrsg.) *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie* (S. 71–82). Wien: WUV.
- Hutterer, R. (1993). Eclecticism: An identity crisis for person-centred therapists. In D. Brazier (Ed.), *Beyond Carl Rogers*. London: Sage.
- Hutterer, R. (1996). Die Consumer Reports Studie: Längere Psychotherapien sind effektiver! Neuere Ergebnisse der Psychotherapieforschung und einige gesundheitspolitische Implikationen. *Psychotherapie-Forum*, 4 (1): Supplement, 2–6.
- Hutterer, R. (1996). The core conditions between theory and practice. Critical remarks to a successful, but unpractical theory. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (1996), *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion* (pp. 405–411). Wien: Lang.
- Hutterer, R. (2004). Die Domestizierung der Psychotherapie. Kritische Bilanz der Legalisierung und Professionalisierung eines unmöglichen Berufs. In K. Firlei, M. Kierein, M. Kleteka-Pulker (Hrsg.), *Jahrbuch für Psychotherapie und Recht III* (S. 77–84). Wien: WUV.

- Hutterer, R. (2006). 12 Klientinnen und 3 Therapeutinnen. Differenzielle Vorgangsweise im qualitativen Experiment. In Vorbereitung.
- Hutterer, R., Pawlowsky, G., Schmid, P. F., Stipsits, R. (1996). *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion*. Wien: Lang.
- Kazi, M. A. F. & Spurling, L. J. (2000). Realist evaluation for evidence-based practice. Paper presented at the European Evaluation Society's Conference, Lausanne.
- Keys, S. (2003). *Idiosyncratic person-centred therapy*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 100–136.
- Lietaer, G. (1992). Von „nicht-direktiv“ zu „erfahrungsorientiert“. In R. Sachse, G. Lietaer & W. B. Stiles (Hrsg.), *Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie. Eine grundlegende Neuorientierung* (S. 11–22). Heidelberg: Asanger.
- Lietaer, G. (2002). The client-centered/experiential paradigm in psychotherapy: Development and identity. In J. C. Watson, R. N. Goldman & M. S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice* (pp. 1–15). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Manicas, P. (1998). Explaining the past and predicting the future. *Journal for Behavioral Sciences*, 42 (3), 398–405.
- Manicas, P. & Secord, P. F. (1983). Implications of the new philosophy of science: A topology for psychology. *American Psychologist*, 38, 4 (April, 1984), 399–413.
- Maslow, A. H. (1977). *Die Psychologie der Wissenschaft. Neue Wege der Wahrnehmung und des Denkens*. München: Goldmann.
- Mearns, D. & Thorne, B. (1988). *Person-centred counseling in action*. London: Sage.
- Patterson, C. H. (2000). *Understanding psychotherapy: Fifty years of client-centered theory and practice*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Polanyi, M. (1962). *Personal knowledge: Towards a post-critical philosophy*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Polanyi, M. (1966). *The tacit dimension* [The Terry Lectures delivered at Yale in 1962]. Garden City, N.Y.: Doubleday.
- Polanyi, M. (1985): *Implizites Wissen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Prouty, G. (2001). Carl Rogers und die experienziellen Therapieformen: eine Dissonanz? *Person*, 5 (1), 52–57.
- Prouty, G., Van-Werde, D. & Pörtner M. (1998). *Prae-Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rennie, D. L. (2004) Reflexivity and person-centered counseling. *Journal of Humanistic Psychology*, 44 (2), 182–203.
- Rogers, C. R. (1942a/1985). *Die nicht-direktive Beratung*. Frankfurt/M.: Fischer. (Original erschienen 1942: *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1951a/1995) *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer. (Original erschienen 1951: Client-centered therapy. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1957a/1997) Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen therapeutischer Persönlichkeitsveränderung. *Psychotherapie Forum* 5, 3, S 177–185. (Original erschienen 1957: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95–103).
- Rogers, C. R. (1962a/1977). Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie. In: C. R. Rogers, *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 180–196). Kindler: München. (Original erschienen 1962: The interpersonal relationship: The core of guidance. *Harvard Educational Review*, 32, 416–429).
- Rogers, C. R. (1962c/1977). Ein Bericht über Psychotherapie mit Schizophrenen. In *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 161–180). Kindler: München. (Original erschienen 1962: Some learnings from a study of psychotherapy with schizophrenics. *Pennsylvania Psychiatric Quarterly*, Summer, 3–15).
- Rogers, C. R. (1975e/1977). Klientenzentrierte Psychotherapie. In *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 15–52). Kindler: München. (Original erschienen 1975: Client-centered psychotherapy. In: A. M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadock, Benjamin (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry, II, Vol. 2* (pp. 1841–1843). Baltimore, MD: Williams and Wilkins).
- Sachse, R., Schlebusch, R. & Sachse C. (2004). Von der Gesprächspsychotherapie zur Klärungsorientierten Psychotherapie. <http://www.ipp-bochum.de/download/gpt-2-kop.doc> [Aufgerufen am 26. 2. 2005].
- Sachse, R. (1996). *Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1999). *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sanders, P. (2004). Mapping person-centred approaches to counseling and psychotherapy. In Sanders, P. (Ed.), *The tribes of the person-centred nation* (S. 149–163). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Schäfer, H. (1992). Klärende Zwischengespräche und alternative Therapeutenwahl durch die Klienten. In M. Behr, U. Esser, F. Petermann, W. M. Pfeiffer & R. Tausch (Hrsg.), *Jahrbuch 1992 für Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie. Band 3* (S. 24–37). Köln: GwG-Verlag.
- Schmid, P. F. (2002). The necessary and sufficient conditions of being person-centered: On identity, integration and differentiation. In J. C. Watson, R. N. Goldman & M. S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice* (pp. 36–51). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2003). The characteristics of a person-centered approach to therapy and counseling. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2 (2), 104–120.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner*. New York: Basic Books.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist* 50 (12), 965–974.
- Sexl, M. (1995). *Sprachlose Erfahrung? Michael Polanyis Erkenntnismodell und die Literaturwissenschaften*. Frankfurt/M.: Lang.
- Shlien, J. (2002). Symposium on psychodiagnosis: (iii) Boy's person-centered perspective on psychodiagnosis: A response. In D. J. Cain (Ed.), *Classics in the person-centered approach*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Stumm, G. & Keil, W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 1–62). Wien, New York: Springer.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Störungen*. Köln: GwG-Verlag.
- Swildens, H. (2002a). Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 187–208). Wien, New York: Springer.
- Swildens, H. (2002b). Where did we come from and where are we going? The development of person-centered psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1 (1&2), 118–131.
- Takens, R. J. & Lietaer, G. (2004a). Process differentiation and person-centeredness: Introduction to the special issue. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3 (1), 1–3.

- Takens, R. J. & Lietaer, G. (2004b). Process differentiation and person-centeredness: A contradiction? *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3 (2), 77–87.
- Temaner Brodley, B. (1986). Client-centered therapy – What is it? What is it not? Paper presented at the First Annual Meeting of the Association for the Development of the Person-Centered Approach, Chicago, 1986.
- Truax, C. B. (1966). Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology* 71, 1–9.
- Tscheulin, D. (1983). *Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie. Zur Diskussion um eine Differentielle Gesprächstherapie*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Interaktion*. Göttingen: Hogrefe.
- Van Balen, R. (2002). Die Entwicklung des Experienziellen Ansatzes. In W. Keil und G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 209–230). Wien, New York: Springer.
- Van Kalmthout, M. (2002). The future of person-centered therapy: Crisis and possibility. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1 (1&2), 132–143.
- Volgger, B., Laireiter, A-R. & Sauer, J. (2004). Burnout bei PsychotherapeutInnen. Eine Studie bei Klientenzentrierten Psychotherapeutinnen in Österreich. *Person*, 5 (1), 125–136.
- Watson, C. & Bohart, A. (2001). Humanistic-experiential therapies in the era of managed care. In K. J. Schneider, J. F. T. Bugental & J. F. Pierson (Eds), *The handbook of humanistic psychology: Leading edges in theory, research, and practice* (pp. 503–517). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wiltschko, J. (2002). Focusing und Focusing-Therapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 231–264). Wien. New York: Springer.

Biografie:

Ao. Univ. Prof. Dr. phil Robert Hutterer, geb. 1951, Universitätsprofessor und Institutsvorstand des Instituts für Bildungswissenschaft der Universität Wien, Arbeitsschwerpunkte: Humanistische Psychologie und Pädagogik, Personenzentrierte Psychotherapie, Beratungsforschung, Wissenschaftsphilosophie und Methodologie; Personenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder und Präsident der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP).

Korrespondenzadresse:

Dr. Robert Hutterer
 Institut f. Bildungswissenschaft der Univ. Wien
 Garnisongasse 3
 A-1090 Wien
 E-Mail: robert.hutterer@univie.ac.at

Christian Fehringer

Brauchen wir Störungswissen, um personenzentriert arbeiten zu können?

Zusammenfassung: Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Frage, ob wir Störungswissen brauchen, bzw. unter welchen Bedingungen wir welches Wissen wann und wozu benötigen, und welche Kriterien für die Entscheidungen relevant sind. Komplexe biologische, psychische oder soziale Systeme weisen Merkmale von Vernetztheit und Rekursivität aller beteiligten Komponenten und Prozesse auf und gewinnen damit ihre Autonomie. Personen befinden sich in einem permanenten Prozess der selbstorganisierenden Bedeutungs- und Informationserzeugung: Sie konstruieren ihre Wirklichkeit in ständigen Wechselwirkungsprozessen mit der Umwelt. Neben personenzentrierten Ideen ist für diese Arbeit das Konzept der Autopoiese wesentlich. Damit verbunden sind konstruktivistische Überlegungen und Gedanken zur Kybernetik zweiter Ordnung, die „Objektivität“ durch Beobachtung zweiter Ordnung ersetzt. Wir beobachten wie andere zu ihren Unterscheidungen kommen und was dadurch sichtbar oder unsichtbar wird. „Wissen“ repräsentiert also nicht Dinge, sondern Unterscheidungen. Auf unser Tätigkeitsfeld bezogen heißt das, wir bekommen es nicht mit den Problemen an sich zu tun, sondern nur und ausschließlich mit den Problem-Sichtweisen der Klienten in Bezug auf ihre Situation.

Stichwörter: Autopoiese, Konstruktivismus, Kybernetik, Störungswissen.

Abstract: Do we need knowledge of psychopathology in order to be able to work in a person-centred way? This article looks at the question of whether we need knowledge of psychopathology, that is, under which conditions we need which kind of knowledge when and for what, and which criteria are relevant for our decisions. Complex biological, psychological or social systems provide evidence that all involved components and processes are interconnected and recursive, and thus gain autonomy. Persons are in a permanent process of developing meaning and information in a self-organised way: They construe their reality in continuous processes of interaction with their environment. Apart from person-centred ideas, the concept of autopoiesis is also relevant to this article. Connected with this are constructivist reflections and thoughts on second order cybernetics, which replaces “objectivity” by second degree observation. We observe how others come to their decisions and what then becomes visible or invisible. So, “knowledge” does not represent objects, but distinctions. That means that in our work we are not dealing with the problems themselves, but only and exclusively with the way clients look at their problems in their personal situation.

Keywords: Autopoiesis, constructivism, cybernetics, psychopathological knowledge.

Einleitung

Seit der Erfindung des Wortes „Psychotherapie“ gibt es zwar ein unausgesprochenes Einverständnis, dass es so etwas wie Psychotherapie gibt, aber eine eindeutige Definition die den wissenschaftlichen Ansprüchen aller genügt, fehlt bisher. Worüber reden Therapeuten¹ verschiedener Ausrichtungen, wenn sie von ihrer Therapie sprechen? Vom Durcharbeiten kindlicher Traumata, von konkreten Verstärkungsplänen, vom empathischen Begleiten emotionaler Erlebnisinhalte oder vom Bedeutungsgehalt umfassender sozialer Systeme? Beim Versuch einer Definition ist es unerlässlich, sich der

verschiedenen Ebenen des Erlebens gewahr zu sein. Revensdorf (1991, S. 12f) beschreibt sie als existentielle, psychologische, kognitive, emotionale, und handelnde Ebene, sowie als Ebene der Primärfamilie und als Ebene des sozialen Kontexts.

Wenn nicht präzise bestimmt werden kann, was Psychotherapie ist, wenn effektive psychotherapeutische Strategien ihre Wirkung nur in besonderen sozialen Situationen entfalten, was bedeutet dann die Frage nach Störungswissen, nach der Effektivität psychotherapeutischer Verfahren? Definitionen sind schwer zu erstellen, bleibend ist das Bedürfnis zu beschreiben, was Psychotherapeuten tun – oder zu tun meinen.

Womit Psychotherapie auch immer beauftragt ist, sie soll jedenfalls auch Effektivität garantieren, um in Verhandlungen mit Kassen fundiert argumentieren zu können. Slunecko (1994) weist

1 Die weibliche Form ist inkludiert.

darauf hin, dass die Verhaltenstherapie den Preis für die größte Effektivität nicht zuletzt deswegen so regelmäßig gewinnt, weil ihre wissenschaftstheoretische Verwandtschaft zu den herkömmlichen empirischen Designs am größten ist. Slunecko stellt auch die grundlegende Frage nach dem Gegenstand von Psychotherapie, danach, was denn Psychotherapie eigentlich ist? Wird mit dem „Was“ nach der platonischen Idee von Psychotherapie gefragt, wie das Strotzka (1978, S. 4)² tut, oder ist phänomenologisch nach dem Wesen der Psychotherapie zu fragen, d. h. wie sie erlebt wird, um welchen Seinszustand es sich dabei handelt. Im ersten Fall sprechen wir „über“ die Psychotherapie, als ob wir einen Standpunkt oberhalb oder außerhalb von ihr einnehmen, im zweiten Fall begehen wir uns weiter in die Psychotherapie hinein und würden einen phänomenologischen Ausgangspunkt nehmen (Slunecko, 1994).

Zur Frage des Kontextes von Theorie und Praxis

Mein Anliegen in diesem Beitrag ist eindeutig: Ich trete dafür ein, die Essenz des therapeutischen Prozesses, die therapeutische Beziehung, vom Kontext des Klienten und von seinen Möglichkeiten her zu erarbeiten. Das bedeutet, sich der Subjektivität der Erfahrung des therapeutischen Prozesses zu stellen und persönlich Erfahrenes zur Sprache zu bringen. Die persönliche Erfahrung wird von der Person existenziell und als Gesamtes erlebt und hat ihre Geschichte. Sie ist eingebettet in den jeweiligen Lebenskontext und liegt damit außerhalb der naturwissenschaftlichen Disziplinen, die auf Wiederholbarkeit, Nachprüfbarkeit und Austauschbarkeit gerichtet sind. Persönliche Erfahrung aktualisiert sich in einzelnen Wahrnehmungen. Dieser je einzigartige Prozess wird in den exakten Wissenschaften ausgespart, weil diese stets und ausschließlich am Resultat interessiert sind, an einem Ergebnis, das sich wieder und wieder ablesbar wiederholt. Dieser ausgeprägte naturwissenschaftliche Ansatz relativiert sich zwar in der Regel durch phänomenologisch-hermeneutisches Herangehen auch im Kontext der medizinisch geprägten Psychotherapie, aber allein der Sprachgebrauch in den verschiedenen Kliniken ist trotz dieser phänomenologischen Herangehensweise eindeutig, wenn diagnostiziert wird, dass die Klientin z. B. diese oder jene Störung *hat*, und der Behandlungsplan daher so oder so zu sein hat.

Aber vermutlich ist diese Antwort zu einfach und mein Anliegen zu naiv. Denn psychotherapeutische Grundlagenforschung heißt, den Prozess der Verwissenschaftlichung der Psychotherapie, ihren Weg von der Praxis zur Theorie, nachzuzeichnen und zwar mit all den Veränderungen, die sich daraus ergeben. Slunecko (1994) weist darauf hin, dass solange Psychotherapie als so etwas wie ein Handwerk verstanden wird, sie ein Beurteilungskriterium des Handwerks heranziehen kann: den Erfolg, die Effektivität in der Lebenswelt. Aber das wäre nur ein Aspekt. Theorie kann sich jedoch nicht allein über Erfolg legitimieren, ihr stellen sich andere Beurteilungskriterien; traditionelle wie Widerspruchsfreiheit und Falsifizierbarkeit, modernere wie Reflexions- und Diskursfähigkeit. In der laufenden Diskussion werden die Beurteilungsniveaus aber relativ unreflektiert vermischt bzw. gegeneinander ausgespielt. In aller Regel wird in der gängigen Evaluationsforschung das Beurteilungskriterium des Handwerks für das der Wissenschaft ausgegeben, bzw. zur wissenschaftlichen Legitimierung herangezogen (Slunecko, 1994, S. 128ff). Aufgabe einer Grundlegendiskussion ist es auch, jene charakteristische Verkürzung bewusst zu machen, die sich aus der Fokussierung auf das Erfolgskriterium ergibt. Bei dieser Art von Effizienzorientierung an Heilungsziffern handelt es sich um eine erstarrte Form von Praxisverständnis – um ein Praxisverständnis, das eben die therapeutische Tätigkeit wegdenkt, die das gemeinsame Gestalten einer bedeutsamen Beziehung, in der Veränderungspotentiale vorhanden sind, ausblendet und das nur das Resultat im Auge hat. Praxis lässt sich aber nicht nur im Endergebnis auflisten, sondern umfasst eine Abfolge von subtilsten Prozessen, die man über das Endprodukt niemals Teil für Teil rekonstruieren kann (Slunecko, 1994, S. 131).

Eine weitere Facette des Theorie-Praxis Problems beschreibt Reiter (1995, S. 193ff), wenn er darauf hinweist, dass es in dieser Auseinandersetzung nicht nur um interpersonelle Konflikte geht (zwischen Forschern auf der einen und Praktikern auf der anderen Seite), sondern recht häufig auch um intrapersonelle Schwierigkeiten, wenn Forscher therapeutisch tätig sind oder Therapeuten forschen. Dieser Konflikt zwischen den Anforderungen zweier Systeme mit verschiedenen Leitunterscheidungen (Wissenschaft versus therapeutische Praxis) innerhalb einer Person ist jedoch kein Thema wissenschaftlicher Kommunikation, sondern wird überwiegend von psychischen Systemen abgearbeitet (Reiter, 1995, S. 194). Praktiker sind mit der Bewältigung kritischer Schwellen und Gefährdungen menschlicher Lebensführung befasst. Und obwohl im Bereich von Psychotherapie eine zunehmende Verwissenschaftlichung von Handlungsgrundlagen zu beobachten ist, meint Reiter, dass es keine problemlose Anwendung von wissenschaftlichem Wissen geben kann. Aus dieser oft ignorierten Tatsache leitet sich das besondere Spannungsverhältnis von Theorie und Forschung auf der einen und Praxis auf der anderen Seite ab. Intuition, Urteilsfähigkeit, Risikofreudigkeit und Verantwortungsübernahme stellen oft unabdingbare und wichtige Komponenten in Situationen dar,

2 Eine Beschreibung mit großer Akzeptanz bietet Strotzka (1978, S. 4), der Psychotherapie folgendermaßen definiert: „Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Beziehung notwendig.“

in denen Nichtwissen und Unsicherheit vorherrschende Merkmale sind. Reiter vertritt die Auffassung, dass die zunehmende Verwissenschaftlichung von Praxis ein Dilemma mit sich bringt. Die zunehmend komplexer werdende Wissensbasis macht es unmöglich, ein unproblematisches Verhältnis zur Handlungspraxis zu unterhalten, da in den Handlungsvollzügen mitrealisiert wird, auf wieviel Nichtwissen und Ungewißheit sie beruhen. Weitere wesentliche Kennzeichen moderner Professionen sind ihre zunehmende Klientenorientierung und die Durchsetzung des Primats des Handlungsbezuges. Letzterer führt dazu, dass die Relation Handeln/Nichthandeln zum entscheidenden Bezugspunkt der Orientierung des Professionellen in der Beziehung zum Klienten wird. Wie in der Medizin kann auch in der Psychotherapie und in der psychosozialen Beratung vom „einheitsstiftenden Vorrang des Handelns“ gesprochen werden (Reiter, 1995, S. 196).

Und noch ein Hinweis ist angebracht. Luhmann (1990) sieht für das „harte“ Wissenschaftssystem, in dem auch die Medizin angesiedelt ist, als binären Code „wahr/falsch“ festgelegt; das System therapeutischen Handelns folgt aber einer anderen Sinnorientierung. Am Beispiel der Medizin, sagt Luhmann, könne gezeigt werden, wie schwierig oder unmöglich es ist, therapeutisches Handeln in theoretisch befriedigender Weise einem codierten Typ von Kommunikation zuzuordnen, um nicht die Diskursebenen ständig zu (ver-)wechseln.

Luhmann führt dies darauf zurück, dass das System der Krankenbehandlung keine Theorie über sich selbst entwickelt hat und dass es in diesem Teilsystem der Gesellschaft um mehr geht als um das Gelingen von Kommunikation, nämlich um die Veränderung organischer und psychischer Systeme, also um Systeme in der Umwelt sozialer Systeme. Zu hinterfragen ist auch die Sinnhaftigkeit einer zweiwertigen Logik in diesem Zusammenhang. Die Metapher von „Gesundheit“ und „Krankheit“ bestimmt die Wahrnehmung, greift aber zu kurz, weil sie nur einen Kampfkontext skizziert: Krankheit muss bekämpft werden, Krebsgeschwüre, Tumore müssen ausgemerzt werden, eine bestimmte Symptomatik soll weg. Reiter (1995, S. 196f) befasst sich mit der Frage, ob Medizin daher nicht sinnvollerweise im Funktionssystem der Wirtschaft untergebracht werden sollte. Aber welche Konsequenzen hätte diese Entwicklung, wenn Psychotherapie ebenfalls ausschließlich im Funktionssystem der Wirtschaft, nach Kriterien des Wissens hinsichtlich einer bestimmten Ursache und damit eines linear kausalen Wissens bezüglich der Behandlungsstrategie, bedacht werden müsste?

Welchen Rahmen bietet der Personzentrierte Ansatz?

Die Personzentrierte Psychotherapie hat eine andere Herangehensweise. Sie versucht die Potenzialität der Person auf der Basis ihrer Anliegen und unter Würdigung der bisherigen Lebensstrategien zu

verstehen, ohne in die Versuchung oder unter den Zwang zu geraten, zu pathologisieren, Störungen zu definieren, und ein durch den Sprachgebrauch verdichtetes Wissen der Person überzustülpen.

Eckstein (1989, S. 39) argumentiert in diesem Sinn mit Jaspers, der in der Pathologisierung von Personen eine Festschreibung sieht, weil die Feststellung des Wesens eines Menschen einer Erledigung gleichzusetzen ist, die bei näherer Betrachtung abwertend ist und überdies die Kommunikation abbricht. Nicht unerwähnt sei hier zusätzlich, dass eine therapeutische Beziehung zudem eine grundsätzliche Gleichwertigkeit voraussetzt, um nicht zwei Klassen von Menschen entstehen zu lassen, nämlich Gestörte und Nicht-Gestörte.

Psychotherapie kann unter personzentrierten Prämissen aber auch als Frage der Lebenskunst beschrieben werden. Wenn jemand in Unruhe über sein Leben und sich selbst gerät, fragt die Person: „Wie lebe ich richtig? Welche Art zu leben entspricht mir? In welchen Zusammenhängen lebe ich? Wie lassen sich Zusammenhänge, wie lassen sich Beziehungen herstellen, in denen ich leben kann?“ „Wer bin ich?“ ist die Frage nach dem Selbstverständnis der Person, die wählt und sich selbst gestaltet. Brauchen Therapeuten dafür Störungswissen?

Gibt es befriedigende Antworten auf diese Fragen, die einander wechselseitig bedingen, wo eine endgültige Klärung kaum möglich sein dürfte. Es werden Antworten auf Fragen gesucht, die im therapeutischen Raum erörtert werden können, aber in der Lebenspraxis erprobt und verantwortet werden müssen. Es stellt sich der Sinn der Gestaltung eines Lebens in Frage. „Wozu auch überhaupt gestalten?“, wird gefragt. Die Frage nach dem „Wozu“ ist eine in Therapien oft gestellte Frage. Hier kann an eine Unterscheidung von Aristoteles erinnert werden. Aristoteles beschreibt zwei menschliche Handlungstypen, die sich wie Bauen und Wohnen zueinander verhalten. Das Bauen geschieht um des Hauses willen und kommt mit dessen Fertigstellung an sein Ende. Aristoteles nennt solches Tun *Poiesis* – Herstellung. Das Wohnen geschieht hingegen nicht um eines anderen willen, sondern erfüllt sich in sich selbst. Aristoteles nennt solches Tun *Praxis* – Lebensvollzug. Man kann erkennen, worin die restriktive Wirkung der oft gestellten Frage „wozu?“ besteht. Sie reduziert Praxis zur *Poiesis* – also das Leben auf ein Leben zur Herstellung. Welches Wissen brauchen Therapeuten für die Aushandlungen dieser existenziellen Themen? Brauchen sie Störungswissen? Wie heißen diese Störungen?

Mein Anliegen hier besteht darin, altgediente und bewährte Argumente zu präsentieren, die Personzentrierte Psychotherapie aus der Verankerung der Medizin herauszulösen vermögen und durch geeignetere Modelle wie Beziehung, Gespräch, Begegnung, aber auch Kommunikationsmuster, Diskursgenauigkeit und Narrative zu ergänzen. Konkret bedeutet die Aufgabe kontextangemessen eine differenzierende – oder besser: viele differenzierende – Antworten den unterschiedlichsten Kontexten entsprechend zu finden. Das kann bedeuten, dass personzentriertes therapeutisches Arbeiten

kein Störungswissen benötigt, auch kein Wissen über Lösungen, aber es kann in bestimmten Zusammenhängen durchaus nützlich sein, erworbenes Wissen und wissenschaftliche Vorstellungen über bestimmte Phänomene anbieten zu können. Die Frage ist also nicht, ob wir Störungswissen brauchen, sondern *unter welchen Bedingungen wir welches Wissen für wen, wann und wozu brauchen.*

Der Kontext von Störung und Krankheit

Ich möchte daran erinnern, dass der Störungsbegriff im medizinischen Kontext defizitorientiert und zugleich mechanistisch ist. Tatsächlich scheint es aber sinnvoll und notwendig, diesen Begriff beizubehalten, um den Diskurs nicht noch komplizierter werden zu lassen. Festzuhalten ist auch, dass der Begriff „Störung“ im ICD-10 einen deutlichen Fortschritt darstellt, im Vergleich zur althergebrachten Psychopathologie und deren Krankheitseinheiten.

Die Autoren der ICD-10 verabschieden sich von absoluten Entitäten und verwenden deskriptiv-phänomenologische, an Beobachtungskriterien orientierte Bezeichnungen. Stigmatisierende Begriffe wurden aus dem Diagnoseinventar eliminiert. Alte Krankheitseinheiten wurden aufgelöst, um wiederum mehr psychische Einzelphänomene beobachten zu können und sie beschreibend zu erfassen. Diese Entwicklung wurde mit Beginn der 80-er Jahre eingeleitet. Der Begriff „Krankheit“ wurde durch den Begriff der „Störung“ ersetzt; das verdeutlicht die Bestrebung, diagnostische Begriffe als Mittel der Kommunikation einzusetzen. Die Resonanz auf die ICD-10 ist uneindeutig und reicht von „viel zu wenig radikal“ bis zur Einschätzung, dass sie „unerträglich vage und verwaschen“ sei. Mir wurde von Kollegen und Kolleginnen berichtet, dass in bestimmten Kliniken in der BRD und in Österreich wegen der Neuerungen der ICD-10 auf den Kodex verzichtet wird. Man darf dabei auch nicht vergessen, dass der deutschsprachige Raum sich als das Kernland der europäischen Psychiatrie und damit der Endogenitäts-Hypothese versteht.

Die Begriffe „Störung“ und „Krankheit“ bedeuten in der Medizin zuallererst, dass eine Abweichung von einer sonst normalen Funktionsweise vorliegt. Die Frage ist nur, wer das definiert. Es gibt keine konsensfähige wissenschaftliche Gesundheitstheorie. Gesundheit wird zum nicht hinterfragbaren Wert, zum Grundrecht erhoben, doch es bleibt unklar, was im Einzelfall als „krank“ oder „gesund“ zu bewerten ist. Es gibt vor allem in der Psychotherapie kein allgemein akzeptiertes Kriterium der Normalität. In der Medizin stellt sich die Situation anders dar: Da ist es sinnvoll von Abweichungen von der Normalität zu sprechen. In der Psychotherapie gelten andere – gesellschaftliche wie subjektive – Voraussetzungen.

Und noch etwas ist von wesentlicher Bedeutung: Gesundheit wird immer mehr zum nicht hinterfragbaren Wert, zum Grundrecht erhoben. Gesundheit als höchstes Gut ist aber auch nicht mehr abwägbar. Für das höchste Gut muss alles getan werden. Wir leben

in einer Zeit der real existierenden Gesundheitsreligion, in der erstarrte (Finanzierungs-)Systeme „effizient“ gemacht werden müssen, um Gesundheit auch wieder bezahlbar zu machen. Krankheiten, Störungen müssen beseitigt, bekämpft werden. Eine effektive Lösung, basierend auf gesichertem Wissen, mit qualitätssichernden Nebenmaßnahmen muß gewährleistet sein. Aber ist eine Sehnsucht nach ständig verlängertem Leben und immer währendender Gesundheit je finanzierbar?

Um also etwas als eine Störung zu erkennen, muss ein Wissen über den ungestörten Verlauf vorliegen. Aber Menschen sind keine Maschinen. Dort genügt es, den Aufbau und die Funktionsweise zu kennen, um Störungen zu orten und zu reparieren. Menschen setzen sich aber aus verschiedenen, komplex und rekursiv miteinander agierenden Systemen zusammen. Weder eine präzise Kenntnis über den prinzipiellen Aufbau des „Wesens Mensch“, noch präzise Beobachtungen über die Funktions- bzw. Arbeitsweise versetzen uns in die Lage, zu einer gegebenen Zeit, in einem bestimmten Kontext den aktuellen Zustand einer Person zu erfassen. Es kann daher bei einer Person weder die klare Feststellung einer etwaigen Störung noch die Durchführung einer „Reparatur“ erwartet werden.

Was bedeutet daher das bisher Gesagte? Wenn man selbst in der organischen Medizin mit unvorhersagbaren Variationen und komplexen Wechselwirkungen zu rechnen hat, die im Einzelfall alles Wissen um Krankheit und Gesundheit auf den Kopf stellen können, wie steht es um die Chancen im Bereich des Psychischen und in bestimmten sozialen Kontexten, um zu einem überdauernden Wissen von Störungen und den damit verbundenen Lösungen zu gelangen? Eine bisherige Psychopathologie mit ihrer Vielfalt an geschichtlich entstandenen Krankheitsbildern hält einer wissenschaftstheoretischen Überprüfung kaum stand und hilft auch nicht weiter.

Nehmen wir jene theoretischen Vorschläge ernst, die als *Autopoiese*³ oder Selbstorganisationstheorie formuliert werden und in der Chaostheorie angedacht sind, muss von der verständlichen Sehnsucht Abschied genommen werden, eines Tages über ein solides, überdauerndes Wissen darüber zu verfügen. Wir haben es zu jeder Zeit mit sich wandelndem Wissen zu tun, mit der Herausforderung, keine sichere Basis zu haben, aber trotzdem in existentiellen

3 Das Konzept der Autopoiese (griech.: autos = selbst, poiein = machen) wurde von den Neurophysiologen Maturana und Varela eingeführt. Das Ziel der beiden war es, die Organisation lebender Systeme zu erklären, indem jene Organisationsform beschrieben wird, die ein System als eine autonome Einheit konstituiert, welche im Prinzip alle für lebende Systeme charakteristischen Phänomene generieren kann, sofern die notwendigen historischen Voraussetzungen gegeben sind (Maturana, 1982, S. 141ff). Autopoietische Systeme erzeugen durch ihr Operieren fortwährend ihre eigene Organisation. Ablaufende Prozesse beziehen sich auf sich selbst. Diese Systeme koppeln sich über ihren Kontakt mit der Umwelt an ihr Medium an und sind dadurch überlebensfähig. Die Umwelt greift aber nicht steuernd ein, sondern stellt ihre Komplexität lediglich zur Verfügung. Das bedeutet, dass jeder Umweltkontakt ein autopoietisches System zu Selbstkontakten aktiviert. Daher entscheidet das System, nicht die Umwelt, welche „Informationen“ erzeugt und als bedeutsam bewertet werden (S. 191ff).

Situationen handeln zu müssen. Als ein Beispiel für die Komplexität therapeutischer Kontexte kann die Geschichte des kleinen Mädchens, mit dem ich an einer Klinik arbeitete, dienen.

Das knapp achtjährige Mädchen war stationär aufgenommen worden, da es ständig das elterliche Haus demoliert hatte. Das Mädchen hatte Tapeten zerrissen, Fensterscheiben zerschlagen, Wände, Türen und Türstöcke beschmiert und elektrische Leitungen beschädigt. Das Kind bekam von den an der Klinik tätigen Experten eine Vielzahl von Diagnosen mit dazupassenden fundierten Begründungen, der jeweiligen theoretischen Ausrichtung entsprechend. Ich konnte mit dem Kind ein paar Wochen arbeiten, ohne dass sich irgendeine Veränderung oder Besserung eingestellt hat. Das Mädchen ruinierte weiterhin das Haus der Eltern bei Wochenendbesuchen. Meine Beziehung zu dem Kind entwickelte sich gut und wir unterhielten uns, spielten, machten Spaziergänge. Das ärztliche Personal der Klinik war erstaunt, dass das Kind in der Therapie so unauffällig war. Eines Tages spielten wir eine Szene auf einem Bauernhof, auf dem viele Kinder und Erwachsenen zusammenlebten und der Großvater immer mit Instandhaltungsarbeiten des Hofes beschäftigt war. Im Zuge dieses Spiel stellte sich Folgendes heraus: Die Ursache für die unerklärlichen Vandalenakte des Mädchens lag darin, dass der Großvater nach dem Tod seiner Frau gesagt hatte, dass er jetzt noch ein paar Reparaturen im Haus fertig stellen werde und dann auch sterben kann, weil er seiner Frau nachfolgen möchte. Für das Mädchen war es daher folgerichtig, den Tod des geliebten Großvaters dadurch zu verhindern, dass sie ihm ständig neue Arbeit verschaffte. Indem es möglich war, diese Situation für das Mädchen aufzuklären, konnte auch seine vermeintliche Zerstörungswut beendet werden.

Im medizinischen Kontext wurden wissenschaftlich fundierte, sehr differenzierte Diagnosen von den Ärzten entworfen, mögliche Störungen benannt, um das Kind behandeln zu können. Aber all dieses Wissen blieb ohne therapeutische Resonanz. Eine Überlegung in diesem Zusammenhang sollte also auch in die Frage münden, was wann, wozu und für wen, und auch wie lange etwas als förderliches Wissen zu betrachten ist, und wo ein situativer Index in Erwägung zu ziehen ist.

Kurzer Exkurs über den Umgang mit Wissen

Ich möchte nochmals Überlegungen von Niklas Luhmann erwähnen. Nach Luhmann (1990) ist Wissen immer aktuell und immer nur im Beobachten von Beobachtern gegeben. Symbole für Dauer und Beständigkeit wirken praktisch als Kürzel, welche die Operationen psychischer und sozialer Systeme mit Hilfe von Konstanzunterstellungen erleichtern. Versteht man Beobachten als aktuelle, vorübergehende Operation, verliert auch Wissen die Eigenschaft von etwas, das man „haben“ und „behalten“ kann. An die Stelle solcher Bestandsvorstellungen tritt die Frage, wer was unter welchen

Bedingungen aktualisiert. Damit tritt an die Stelle der Frage „Was ist?“ die Frage „Wie wird selektiert?“ Eine Diagnose kann daher auch als geographischer Hinweis gesehen werden: Welche Klinik ist mit welchem Forschungsprojekt befasst, und welches Erkenntnisinteresse ist vorhanden?

Luhmann sieht ein zentrales Merkmal der Operationen, die zum Aufbau von Konstanz führen, in deren Wiederholbarkeit. Dies bewirkt einen sinnstiftenden Prozess mit doppeltem Effekt. Verschiedenes wird auf Identisches reduziert, und dies kann wiederum im Folgenden auf andere Situationen generalisiert werden. Als Ergebnis dieses doppelseitigen Prozesses von Identifizierung und Generalisierung entsteht nach Luhmann eine „konkrete Vertrautheit mit der Welt“. Wissen bündelt somit Beobachtung, bringt gegen Enttäuschung abgesicherte Erwartungen hervor und sorgt so für eine ausreichende Kontinuität. Damit ist freilich nichts über die Güte oder gar Wahrheit des Wissens gesagt, sondern nur etwas über dessen *Operationalität*. Die weiterführende Frage, ob Wissen wahr oder unwahr ist, beschäftigt dann die Wissenschaftergemeinde. Diese befindet sodann über die Kriterien der Wiederholbarkeit über die Akzeptanz von Erwartungen.

Luhmann unterscheidet einen normativen und einen kognitiven Erwartungsstil. Beim normativen Erwartungsstil werden die Erwartungen auch im Enttäuschungsfall durchgehalten; beim kognitiven Erwartungsstil werden sie im Enttäuschungsfall korrigiert. Kognitiv stilisierter Sinn kommt als Wissen vor, normativ stilisierter Sinn als Recht.

Um mit den Irritationen im Enttäuschungsfall umzugehen, gäbe es nach Luhmann zwei Metaregeln. Die eine lautet, die Struktur zu ändern, damit die Irritation eingepasst werden kann. Im anderen Fall heißt es, die Struktur fest zu halten und die Störung zu externalisieren. Die Störung erscheint somit als Korrektur bedürftiges Vergehen der Umwelt. Spätestens an dieser Stelle verdeutlicht sich ein immanentes Problem des Wissens: Ist es auf Konstanz ausgerichtet, muss es normativ gehandhabt werden; bleibt es offen, bietet es wenig Sicherheit.

Dieser kurze Ausflug in die Gedankenwelt Luhmanns, der die immanente zeitliche Begrenztheit von Wissens deutlich macht, bedeutet für mein Thema hier, dass Wissen immer neu aktualisierte Randbedingungen bereitstellt, um das Denken und Handeln von Moment zu Moment zu orientieren. So gesehen, kann es uns nicht mehr um die Frage gehen, ob Wissen als solches akzeptabel ist oder nicht, sondern darum, welches Wissen wir wann und für welche Zwecke akzeptieren wollen. Dieser Frage liegen Entscheidungsprozesse zu Grunde, nicht zuletzt auch jene, auf welche Weise wir mit unserem Wissen umgehen wollen. Dabei bewegen wir uns zwischen zwei Extremen: Bewahren wir unser Wissen um jeden Preis oder sind wir bereit, es zur Disposition zu stellen? Mit Bezug auf unser Fach ist zu entscheiden, ob wir Störungswissen als bewahrungswürdige und so normative Sinnggebung betrachten wollen oder ob wir in der Tradition des personenzentrierten Denkens verbleiben und jedes Wissen als

bloß aktuelle, bestmögliche Orientierung unseres Handelns in einer bedeutsamen Beziehung handhaben wollen. Das bedeutet natürlich nicht, um es nochmals deutlich zu sagen, dass sich Therapie in einem theoriefreien Raum abzuspielen hat. Es ist aber der Hinweis angebracht, dass „Wissen“ von Krankheitsmodellen, von theoretischen Konstrukten, über die „wissenschaftliches“ Einverständnis herrscht, sehr wohl die Einstellung Klienten gegenüber bestimmt, bevor man die Person überhaupt noch wahrgenommen hat.

Im Hinblick auf eine klinische Theorie und die Gestaltung der therapeutischen Praxis schließen sich hier wichtige Fragen in Bezug auf „Bewahren“ oder „zur Disposition Stellen“ an. Nämlich erstens, auf welcher Grundlage wird welcher Erwartungsstil gewählt und zweitens, auf welche Weise wird mit Irritationen und Enttäuschungen umgegangen? Die Beantwortung dieser Fragen findet oft auf der Basis von Wertungen statt und verweist auch auf die Bereiche der Ethik und auch des Gewissens. Dort vereinen sich zu guter Letzt die zwei genannten Stile um kontinuierlich absichernde Erwartungen zu bilden, nämlich Wissen und Norm. Angesichts der Nichtentscheidbarkeit geht die Unterscheidung nach „wahr/unwahr“ in jene nach „erwünscht/unerwünscht“ über, und beide werden zum Kontext der jeweils anderen. Wir kennen die Redewendung „nach bestem Wissen und Gewissen“ zu handeln. Das ist auch der Bereich in dem sich drei zentrale Elemente von Krankheitstheorien, nämlich Beschreibung, Erklärung und Bewertung, deutlich machen und auch vermischen (Retzer et al., 1989, S. 214ff).

Zur Frage der Verantwortlichkeit im Umgang mit Wissen im therapeutischen Prozess

Es ist ein Balanceakt. Es soll darum gehen, mit offenen Augen mit den Konzepten des Bewahrens und des Zur-Disposition-Stellens umzugehen und deren Sinn und Nutzen auszuloten. Und eben auch nicht aus den Augen zu verlieren, dass es sich um Modellbildungen zum Nutzen der Klienten handelt, und nicht um die Wahrheit einer bestimmten therapeutischen Richtung, die zu verteidigen ist. Fundiertes Grundwissen über Krankheitsphänomene zum Zweck der Kommunikation im Behandlungs- bzw. Arbeitskontext, gehört zum Muss eines jeden Psychotherapeuten. Wissen um die Grundlagen der Psychotherapie ist aber differenzierter zu betrachten. Denn dieses Wissen kann sowohl nützlich als auch verführend sein. Es kann nützlich sein, wenn es einen passenden Rahmen für das Handeln bietet, es kann verführend sein, wenn es zu objektivierenden normativen Generalisierungen verleitet.

Es gibt Situationen, in denen Wissen aus pragmatischen Gründen genutzt werden kann, denn alles andere würde Zeit, Geld und Energie kosten. Die Frage, die sich stellt, heißt nicht, ob solches Wissen auch vor dem Hintergrund personenzentrierten Denkens anwendbar und vertretbar ist, sondern vielmehr, auf welcher Basis die Entscheidung dafür zu fällen ist. Es wäre vermessen zu behaupten,

dass eine noch so erfolgreiche Anwendung solchen Wissens auf eine einfache Umsetzung von Störungswissen in Lösungswissen zurückgeht; dass theoretische Überlegungen, wie denn diese Störungen und deren Behandlung zu verstehen seien, hierdurch endgültig geklärt wären. Der Anspruch zu klären, wie denn Störungen verstanden werden könnten, ist jeder therapeutischen Theorie eigen, aber therapeutischer Erfolg begründet trotzdem niemals die wissenschaftliche Wahrheit einer klinischen Theorie. Was uns diese Wissensmodelle liefern, ist eine manualisierte Pragmatik, die in vielen „geeigneten“ Fällen nützlich ist. In anderen, wohl komplexeren Situationen ist das nicht der Fall. Im Endeffekt weiß man nie im Voraus, ob und welches Wissen und ein damit verbundenes Handeln wirkt, welches Vorgehen bei bestimmten Klienten welche Auswirkungen haben wird.

Die Person als bio-psycho-soziales Wesen ist immer in ihrem höchstpersönlichen Kontext zu sehen. Daran hat sich der therapeutische Zugang zu orientieren. Bei magersüchtigen Jugendlichen hat der Grad und der Kreislauf der entwickelten Unterernährung vorrangige Bedeutung. Es ist auf die persönliche „Gestimmtheit“ zu achten, es ist mit zu überlegen, ob Medikation angebracht erscheint. Weiters ist zu schauen, wie die gezeigte Symptomatik in der je individuellen Entwicklungsgeschichte verstanden werden kann. Ein jugendlicher Klient von mir sah zum Beispiel seine Magersucht, mit der er auch sein Wachstum kontrollierte, im Verlauf der Therapie als notwendige „Auszeit“, um für eine neue Anforderungsstufe, das Erwachsenwerden mit all seinen Konsequenzen, gewappnet zu sein. Oder eine junge Frau erzählte nach einer Vielzahl von Gesprächen vom „Ursprung“ ihrer Essstörung: Sie wollte der Neurodermitis-Erkrankung ihrer Schwester, die in der Familie eine zentrale Bedeutung bekommen hatte, etwas entgegen halten, was genauso wichtig genommen wird. Diese Strategie war erfolgreich, der Preis aber hoch. Es kann daher in der Therapie versucht werden, in der je individuellen Entwicklungsgeschichte eine Metapher für das Geschehen zu finden, eine neue Erzählung in der sich der Klient wiederfindet und sich auch bewegen kann.

Bei der posttraumatischen Belastungsstörung wird immer wieder darauf hingewiesen, dass schwere Traumata subkortikal ablaufen und nachhaltige Veränderungen im limbischen System hinterlassen. Daher ist eine besondere Therapieform vonnöten: die EMDR-Technik (Shapiro, 1998). EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ist eine von Francine Shapiro entwickelte klinische Behandlungsmethode von Trauma-Opfern. Es ist ein integratives Therapiemodell, das verhaltenspsychologische, kognitive, psychodynamische, körperorientierte und systemische Elemente umfasst. Die Methode nutzt Augenbewegungen und andere Techniken der Rechts-Links-Stimulation um die Aufarbeitung beunruhigender Gedanken und Erinnerungen zu ermöglichen. Es gibt dazu beeindruckende Sofortergebnisse, genauso wird aber auch auf die Psychosegefahr dieser Technik hingewiesen, wenn sie nicht in einem höchst sensiblen, multidimensionalen Therapiekonzept eingebunden ist.

Es gibt kein Patentrezept. Klienten sprechen auf ein durchdachtes Therapiekonzept an, genauso wie auch eine massive Entlastung durch ein paar Gespräche feststellbar ist oder wie das schützende Klima einer Station Entlastung bringen kann. Was am meisten hilft, ist in der Regel das, was der individuellen Situation am ehesten entspricht. Was an angesammeltem Wissen dazu hilfreich sein kann, ist vermutlich auch von Therapeut zu Therapeut verschieden. Wesentlich ist auch, wie stimmig und authentisch Therapeuten mit ihren Konzepten umzugehen vermögen.

Die Idee, theoretische Konstrukte seien in der Praxis direkt anzuwenden und umsetzbar, um „die Sache in den Griff zu kriegen“, ist illusorisch. Wo es um die Unberechenbarkeit nichtlinearer, komplexer, doppelt kontingenter Beziehungsdynamik geht, ist hinsichtlich instruktiver Interventionen Bescheidenheit geboten. Anzuerkennen ist, dass es in einer psychosozialen Praxis darum geht, mit Personen, die einer je eigenen autopoietischen Struktur unterliegen, zu verhandeln, und dass deren Verhalten sich als Ergebnis einer inneren Dynamik ständig in nicht prognostizierbarer Weise verändern kann. Nicht nur Personenzentrierte Therapeuten verweisen ausdrücklich auf die Relativität klinischer Vorerfahrungen mit ähnlich gelagerten Fällen und damit auf die Einzigartigkeit jeder neuen Begegnung zwischen Therapeut und Klient. Nichts ist so praktisch und damit so verlockend wie eine gute Theorie, und die Versuchung, einer erfolgreichen, funktionierenden Theorie Wahrheitsstatus einzuräumen, ist ebenfalls sehr verführerisch.

Ich teile die Ansicht von Autoren, dass es kein endgültiges Expertenwissen des Therapeuten hinsichtlich psychischer Entwicklung gibt (Cecchin, Lange & Wendel, 1992). Das wesentliche Kriterium für die Beurteilung von Geschichten im therapeutischen Prozess scheint ihre Überzeugungskraft im Sinn von Kohärenz und Kontinuität im Rahmen der bisherigen Lebensgeschichte der Klienten zu sein. Max Frisch (1975, S. 45) schreibt in seinem Roman „Mein Name sei Gantenbein“: „Jeder Mensch erfindet sich früher oder später eine Geschichte, die er für sein Leben hält.“ oder an anderer Stelle: „Ein Mann hat eine Erfahrung gemacht, jetzt sucht er die Geschichte seiner Erfahrung“ (S. 8). Wenn man diese Idee für therapeutisches Arbeiten übersetzt, bedeutet es die Formulierung eines Unterschieds zwischen einem Ereignis, einer Erfahrung und einer Geschichte, die man sich selber darüber erzählt. Durch dieses Erzählen wird die Person zum Autor der eigenen Geschichte(n), und erlebt die Möglichkeit, sich nicht nur als ein Erleidender seines Lebens wahrzunehmen. In einer radikal konstruktivistischen Sichtweise gibt es keine Unterscheidung von Wirklichkeit und Erzählung. Die Person ist Autor ihrer Geschichte und letztlich die Geschichte selbst, die sie und andere von ihr erzählen. Mit dieser potenziellen Geschichtenvielfalt kann ich in meinen Therapien gut arbeiten.

Nicht zu vergessen ist, dass auch im Einsatzbereich von Psychopharmaka Wissen geboten ist. Und zwar nicht nur beim verschreibenden Mediziner sondern beim Psychotherapeuten selbst. Schwer leidenden Klienten die Medikation zu verweigern, ist in der Regel

ein Kunstfehler. Trotzdem ist auch hier Umsicht und Abwägung geboten. Denn auch hier deckt sich das Wissen um die wahrscheinliche Wirkung im Allgemeinen keineswegs eindeutig mit der spezifischen Wirkung im Einzelfall. Das Wissen der Psychiatrie ist in aller Regel ein pragmatisches, ein aus der Not des Handlungsdruckes gewachsenes Wissen. Dennoch wird es als Folge einer langjährigen Wiederholungspraxis zuweilen als regelrechtes Wissen gewertet. Bei allem normativen Druck ist es nötig, offen zu bleiben für Unerklärbares. Üblicherweise wird in der Psychiatrie aber so verfahren, als verfüge man über kognitives Wissen, und man übersieht, dass es sich um normatives Wissen handelt. Eine differenzierende Betrachtung, die sich der Kontextbezogenheit und Temporalität unseres Wissens bewusst ist, ist angebracht.

Resümee

Ich verstehe diesen Beitrag als ein personenzentriertes Argumentieren dafür, dass behutsames, flexibles, problem- und personbezogenes Einbeziehen von „allgemeinem Wissen“ über Menschen und deren Lebensproblemen in dem Ausmaß stattfindet, wie es nötig ist, ohne im Einzelfall die Einzigartigkeit der Person aus den Augen zu verlieren. Es erscheint sinnvoll, in manchen Bereichen Identisches zu entdecken. Es sollten daraus aber nicht Generalisierungen und Typologisierungen vorgenommen werden.

Was können Personenzentrierte Therapeuten von Störungswissen erwarten? Vor allem Verständigung, Orientierung und eine gewisse Absicherung untereinander und damit Teilnahme an einem gemeinsamen Diskurs. Wesentlich ist, dass Wissen permanent einem Wandel unterzogen ist. Man „hat“ es nicht, sondern man wendet es an. Die Frage ist nicht „Was ist?“, sondern vielmehr „Wie wird was ausgewählt und verwendet?“ Dies führt geradewegs in den Bereich der persönlichen Verantwortlichkeit derjenigen, die „Wissen“ anwenden und im günstigen Fall in einen gemeinsamen Diskurs darüber einbringen. Wir sind herausgefordert, wirksam und verantwortungsvoll zu handeln, ohne immer genau zu wissen, was unser Handeln im Einzelfall auslösen wird. Kausale Erklärungen können in den Naturwissenschaften legitim und angemessen sein, aber nur dann, wenn der Beobachter genau weiß, für welchen Phänomenbereich sie gelten sollen (Ludewig, 1993, S. 71). Aus dieser Entscheidungsverantwortung hilft kein noch so etabliertes Wissen heraus, zumindest nicht in der therapeutischen Arbeit mit Menschen. Wollen wir professionell arbeiten, führt kein Weg daran vorbei, unser Wissen zu nutzen, ohne zu vergessen, dass dieses Wissen immer nur vorläufigen Charakter hat.

Personenzentrierte Psychotherapie argumentiert auf gegebener wissenschaftlicher Basis; sie „hat“ Wissenschaft zur Verfügung, um sich in der *scientific community* mitteilbar und verhandlungsfähig zu machen. Personenzentrierte Psychotherapie gibt der Wissenschaft jeden möglichen und erdenklichen Raum, aber sie kann Wissenschaft

bei Bedarf auch beiseite lassen. Ihre Praxis als Lebenspraxis, zu der auch philosophische Selbstbesinnung gehört, überschreitet die zu engen Grenzen bestimmter Formen von Wissenschaftlichkeit.

Es geht nicht ohne Lehrbuchwissen, aber Personenzentrierte Psychotherapie lebt vermutlich eher von den Nebenwirkungen; vom nebenher laufenden Austausch von Weltansichten, vom Aushalten des Noch-nicht-Lösbaren, vom „richtigen“ Wort zur „rechten“ Zeit, das einem wie zufällig einfällt, von humorvollen Momenten, vom spontan entstehenden Witz, von unerwarteten intellektuellen wie emotionalen Erkenntnissen. Personenzentrierte Psychotherapie bedarf keiner Behandlungstechnik, sondern der Fähigkeit, sich gemeinsam mit dem Klienten der Frage zu stellen, welches Leben wie zu leben wert wäre. Ihr Wesen liegt eher in der erzählerischen Anregung, als in der medizinischen, zielgerichteten Intervention. Diese Art, therapeutisch zu arbeiten, spricht unsere Klienten als Person an, weil wir ihnen keine erstarrten Behandlungspläne auferlegen. „Wer nur einen Hammer hat, konstruiert die ganze Welt als Nagel“, lautet ein Sprichwort. Das sollte Therapeuten nicht passieren. Es geht nicht ums Beobachten, sondern ums Dabei-Sein. Für das Höchstpersönliche einer Person scheinen freie Erzählformen, Bilder, Metaphern die geeigneten Ausdrucksformen zu sein. Sich das Leben zu erzählen, wechselseitig Bilder dazu zu entwerfen, ist eine Form der Empathie, und es ist ein eindrucksvolles Angebot der Teilnahme am Leben des anderen.

Zum Schluss formuliere ich zusammenfassend erneut mein Anliegen: Psychotherapie ist nicht Teil der Medizin mit ihrer Leitmetapher des Kampfes gegen die Krankheiten. Psychotherapie hat in ihrer Praxis eine philosophische Dimension, nämlich in der Arbeit an der eigenen Person, an den eigenen Auffassungen, Bedeutungsgebungen, höchstpersönlichen Wahrgebungen. Psychotherapie ist, wie in personenzentrierter Praxis oft schon hingewiesen wurde (Land, 1992), eher eine Kunstform, in der Lebensereignisse nicht mit objektiver Präzision wiedergegeben werden, sondern vom Klienten in

porträtierender, essayistischer Weise dargestellt werden können; mit dem Vorteil, dass der Künstler, der Klient, natürlich darin auch selbst mit enthalten ist. Eine höchstpersönliche Erzählung wandelt unverbundene Ereignisse in persönliche Erlebnisse um, indem sie eben nicht eine pedantische, sondern eine phantastische Beschreibung nutzt und damit ein sinnlich wirksames Bild entstehen lässt. Ein Klient beschreibt dies sehr anschaulich, wenn er aus diesem sinnlich erlebten Bild seine bisher bloß „gedachten“ zukünftigen Möglichkeiten leibhaftig zu spüren beginnt. Narrative sind nicht Feststellungen von Wahrheiten, sondern individuelle, kognitiv-imaginative Vorstellungen und sprachliche Darstellungen, die deutlich machen, dass Therapie vermutlich nie in allgemeiner Weise definiert werden kann, aber immer in individueller Weise umsetzbar ist. Narrative gewinnen ihre Bedeutung aus dem Wechselspiel von Wahrnehmung und Ausdruck, aus der Symbolisierung, der hörbaren und spürbaren Differenz, die in der therapeutischen Beziehung, im therapeutischen Dialog stattfindet. Es gibt keine objektiven Interpretationen einer Lebenserzählung. Jede neue Interpretation erzeugt neue Verstehensweisen und bewirkt eine Kontextveränderung. Identität wird nicht postuliert, sondern wird in Frageform gebracht. „Ein Satz, ein Wort, hat keine Bedeutung (...), die ihm gleichsam von einer von uns unabhängigen Macht gegeben wurde, so dass man eine Art wissenschaftlicher Untersuchung anstellen könnte, um herauszufinden, was das Wort wirklich bedeutet. Ein Wort hat die Bedeutung, die ihm jemand gegeben hat“ (Wittgenstein, 1984, Bd. 5, S. 52).

Der Klient braucht die Chance, gegen unsere Theorien Recht zu behalten. Vermutlich liegt die bedeutendste therapeutische Aufgabe darin, unser Wissen nicht dafür zu nutzen, das letzte Wort zu haben, sondern es ist vielmehr unsere Phantasie herausgefordert, immer wieder ein nächstes Wort zu finden. Denn: „Nur im Fluss des Lebens haben die Worte ihre Bedeutung“ (Wittgenstein, 1984, Bd. 7, S. 468).

Literatur

- Aristoteles, (1970). *Metaphysik. Schriften zur Ersten Philosophie*. Stuttgart: Reclam
- Cecchin, G., Lange, J. & Wendel, R. (1992). Vom strategischen Vorgehen zur Nicht-Intervention. Für mehr Eigenständigkeit in der systemischen Praxis. *Familiendynamik*, 3, 3–18.
- Eckstein, R. (1989). *The language of psychotherapy*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamin.
- Frisch, M. (1975). *Mein Name sei Gantenbein*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Jaspers, K. (1990). *Gesammelte Schriften zur Psychopathologie*. Berlin: Springer
- Land, D. (1992). Manchmal spiele ich Weisen, die ich noch nie zuvor gehört habe. In P. Frenzel, P.F. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 263–276). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Ludewig, K. (1993). *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart: Clett-Kotta.
- Luhmann, N. (1990). *Die Wissenschaft der Gesellschaft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Maturana, H. R. (1982). Biologie der Sprache. Die Epistemologie der Realität. In H. R. Maturana (Hrsg.), *Erkennen. Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit*. Braunschweig: Vieweg.
- Maturana, H. R. & Varela, F. (1984). *Der Baum der Erkenntnis*. München: Scherz.
- Reiter, L. (1995). Das Konzept der klinischen Nützlichkeit. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 3, 138–163.
- Retzer, A. (1989). Eine Katamnese manisch-depressiver und schizoaffektiver Psychosen nach systemischer Familientherapie. *Familiendynamik*, 1, 214–235.
- Revensdorf, D. (1991). Psychotherapie. Entwicklungslinien und Geschichte. In J. Zeig (Hrsg.), *Psychotherapie. Entwicklungslinien und Geschichte*. Tübingen: dgvt .
- Shapiro, F. (1998). *EMDR – Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*. Paderborn: Junfermann.
- Sluneko, T. (1994). Plädoyer für einen Grundlagendiskurs in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Forum*, 2, 128–136.
- Spence, D. (1994). Narrative persuasion: Contemporary thought. In C. Ahlers (Hrsg.), *Möglichkeit und Grenzen narrativer Hermeneutik. Zeitschrift für systemische Therapie*, 2, 112–138.
- Strotzka, H. (1978). Was ist Psychotherapie? In H. Strotzka (Hrsg.), *Psychotherapie. Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Von Foerster, H. (1993a). Wissen und Gewissen. In S. Schmidt (Hrsg.), *Der Diskurs des radikalen Konstruktivismus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Von Foerster, H. (1993b). *Kybernetik*. Berlin: Merve.
- Von Glasersfeld, E. (1991). Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In P. Watzlawick (Hrsg.), *Die erfundene Wirklichkeit*. München: Piper.
- Wittgenstein, L. (1984). *Werkausgabe in 8 Bänden. Bd. 5: Eine philosophische Betrachtung; Bd. 7: Bemerkungen über die Philosophie der Psychologie*. Frankfurt/Main.

Autor

Mag. Christian Fehring, Jg. 1953. Psychotherapeut, Supervisor, Coach in freier Praxis. Ausbilder und Lehrtherapeut im IPS der APG.

Korrespondenzadresse

Mag. Christian Fehring, A-1090 Wien, Rotenlöwengasse 13/15; fehringer@chello.at.

Jobst Finke

Beziehung und Technik

Beziehungskonzepte und störungsbezogene Behandlungspraxis der Personzentrierten Psychotherapie

Zusammenfassung: *Da sich die Personzentrierte Psychotherapie als „Beziehungstherapie“ versteht, sind die hier leitenden Beziehungskonzepte zu klären. Ebenso wird untersucht, wie das Beziehungsangebot des Therapeuten behandlungspraktisch umzusetzen ist und wie Beziehung und Therapietechnik miteinander verknüpft sind. Ein störungsbezogener Zugang ist sowohl prozess- wie inhaltsorientiert, d. h. er ist ausgerichtet an der Abfolge jener Themen, die für das Erleben der jeweiligen Störung relevant sind. Am Beispiel der Borderline-Störung werden die Schlüsselthemen dieser Störung erörtert und ihre Bearbeitung veranschaulicht. Es wird also die störungsbezogene Therapiepraxis in ihren Grundzügen skizziert.*

Stichwörter: *Beobachter- und Teilnehmer-Beziehung, Alter-Ego-Beziehung, Dialog-Beziehung, Schlüsselthemen, Therapiepraxis der Borderline-Störung.*

Abstract: Relationship and technique: Concepts of relationship and disorder specific treatment practice in person-centred psychotherapy. *Because Person-Centred Therapy is defined as a therapy of relationship it is necessary to clarify the primary concepts of this relationship. In addition, I attempt to explain how to integrate relationship with therapy technique, i.e. how the therapist's concept of relationship is put into practice. A disorder specific approach is both process-oriented and content-oriented, i.e. it is considered in terms of a sequence of themes which are relevant to a particular disorder. The key issues involved in a borderline disorder are chosen to illuminate this approach with the intention of demonstrating how the principles of a disorder specific approach work in practice.*

Keywords: *Observer-relationship and participant-relationship, alter-ego-relationship, dialogue-relationship, key topics, therapy of borderline disorder.*

Diese Arbeit will einen Beitrag sowohl zur Störungs- und Therapie- theorie wie zur Beziehungstheorie der Personzentrierten Psycho- therapie leisten. Es soll der therapiepraktische Zusammenhang von beziehungstheoretischen und therapietheoretischen Konzepten erörtert und insofern auch ein Beitrag zur systematischen Be- schreibung personzentrierter Behandlungspraxis erbracht werden. Dabei wird dem „klassischen“, zu einem strikten Zweckrationalis- mus in Opposition stehenden Ansatz eine Konzeption von Person- zentrierter Psychotherapie gegenübergestellt, die Psychotherapie stärker als ein Instrument zur Beeinflussung von Krankheiten bzw. Störungen begreift. Das Signum der angewandten Erfahrungswis- senschaften besteht in theoriespezifischen Aussagen über Ursach- en und darauf basierenden Änderungskonzepten der zu beein- flussenden Phänomene. Es sind also allgemeine und spezielle (auf jeweilige Störungen bezogene) Störungs- und Änderungs- theorien

darzustellen. Aus letzterem folgt, dass auch die Handlungsregeln dieser Änderungskonzepte differenziert zu beschreiben sind. (Die mit dieser Konzeptualisierung von Psychotherapie als angewand- ter Wissenschaft verbundenen Darstellungskriterien werden in Deutschland auch im Rahmen der sozial- bzw. krankenkassenrecht- lichen Anerkennung gegenüber der Personzentrierten Psychothera- pie mit Nachdruck gefordert).

Eine „störungsbezogene Gesprächspsychotherapie“ ist hin- sichtlich ihrer Voraussetzungen und Implikationen im Kontext jener Richtungen innerhalb der Personzentrierten Psychotherapie zu sehen, die therapiepraktisch auf differenzierende, systemati- sierende und am Prinzip der Funktionalität ausgerichtete Konzept- bildungen aus sind (Swildens, 1991; Tscheulin, 1992; Finke und Teusch, 2002). Dabei ergeben sich jeweils aus der „klassischen“ und der „störungsbezogenen“ Perspektive spezifische Konsequenzen

sowohl für das Verständnis der therapeutischen Beziehung wie der Aufgabenstellung und Funktion des Therapeuten¹. Dies soll hier auch auf dem Hintergrund kulturhistorischer Konzepte erörtert werden.

Die Beziehungskonzepte der Personzentrierten Psychotherapie

Die Personzentrierte Psychotherapie versteht sich als „Beziehungstherapie“ und als „beziehungsorientiert“, also als ein Verfahren, bei dem die therapeutische Beziehung eine herausragende Rolle spielt. Aber welche Form von Beziehung ist hier gemeint? Wie ist das Charakteristische dieser Beziehung zu denken, wie das Verhältnis der Beziehungspartner zueinander zu beschreiben? Wenn von der Besonderheit des personzentrierten Beziehungsangebotes die Rede ist, ist meist zunächst die Haltung des Respekts, der Wertschätzung und einer grundsätzlichen Bejahung des Klienten sowie der warmherzigen Zuwendung gemeint, also das Gegenteil einer Einstellung nüchterner Distanz oder gar kritischer Entwertung. Diese Therapeutenmerkmale des bedingungslosen Akzeptierens und der Anerkennung ist die alle anderen Haltungen und Beziehungsformen fundierende Position (s. dazu Spielhofer, 2004). Aber wie sind diese anderen Haltungen beziehungstheoretisch zu bestimmen und gegen welche Form von Beziehung sind sie abzuheben? Welche Beziehungskonzepte herrschen in den anderen Verfahren oder in der Heilkunde und in der Wissenschaft allgemein vor? Zum Beziehungskonzept der Personzentrierten Psychotherapie ist zu fragen, ob die Rolle und die Aufgabe des Therapeuten über den grundsätzlichen Aspekt der Wertschätzung hinaus nicht jeweils genauer zu definieren sind. Weiterhin ist zu klären, ob hier dem Therapeuten nicht auch unterschiedliche Rollen zugewiesen werden, d. h. ob hier nicht auch unterschiedliche Beziehungskonzepte zu beschreiben sind.

Die Beobachter- und die Teilnehmer-Beziehung

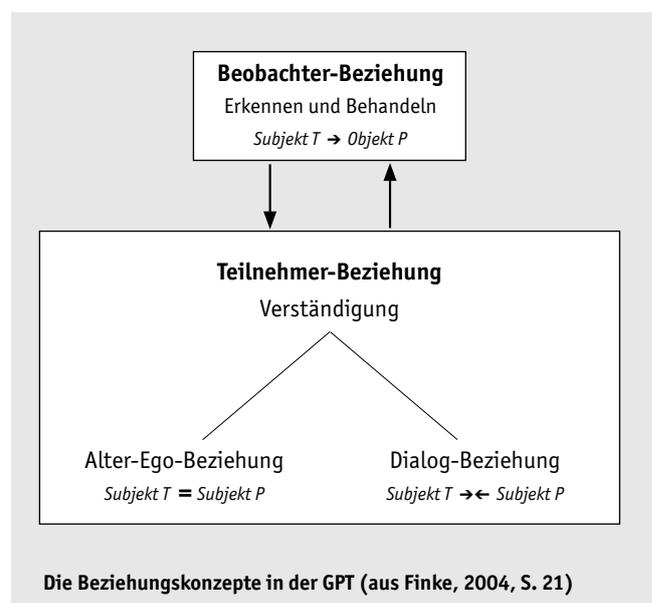
Die Beziehungsform, die für die moderne Wissenschaft und ihrer Beziehung zur Welt kennzeichnend wurde, ist von einer Subjekt-Objekt-Spaltung bestimmt. Mit dem Ideal der Objektivität verbindet sich die Forderung einer emotionalen und interaktionalen Distanz des beobachtenden Subjekts zu seinem Untersuchungsobjekt. Der Beobachter hat jedes ursprüngliche Verbundensein mit seinem Gegenüber, das so zum „Gegenstand“ wird, jede spontane Antwortbereitschaft, jede Form der teilnehmenden Stellungnahme und jede emotionsgeleitete Interaktionstendenz zu suspendieren. Die

1 Um die Klarheit und Übersichtlichkeit des Schriftbildes zu gewährleisten, wurde hier für „Therapeut“ und „Klient“ bzw. „Patient“ die tradierte, aber natürlich nicht geschlechtsspezifisch gemeinte Schreibweise gebraucht.

Beziehung des Experimentators zu seinem Forschungsgegenstand, die nur vom interesselosen Erkenntniswillen des Ersteren bestimmt sein darf, wurde hier Modell bildend; dies zunächst auch für die moderne Psychotherapie. Diese Position wird treffend durch die Chirurgen-Metapher Freuds veranschaulicht: „Ich kann den Kollegen nicht dringend genug empfehlen, sich während der psychoanalytischen Behandlung den Chirurgen zum Vorbild zu nehmen, der alle seine Affekte und selbst sein menschliches Mitleid beiseite drängt und seinen geistigen Kräften ein einziges Ziel setzt: die Operation so kunstgerecht als möglich zu vollziehen. [...] Die Rechtfertigung dieser vom Analytiker zu fordernden Gefühlskälte liegt darin, dass sie für beide Teile die vorteilhaftesten Bedingungen schafft.“ (Freud, 1912/1975, S. 175).

Die modernitätskritische Pointe bei Rogers nun besteht in einem ausgeprägten Vorbehalt gegenüber Aspekten der Beobachter-Beziehung in der Psychotherapie und in einer starken Präferenz für eine Teilnehmer-Beziehung, in der der Therapeut nicht Beobachter und distanzierter Beurteiler, sondern Akteur und Anteilnehmender ist. Rogers formuliert dies so: „Man kann auch sagen, dass wir in eben dem Maße, im dem wir in der Beziehung theoretischen Gedankengängen nachhängen, zum Zuschauer werden und nicht mehr selber mitspielen – aber erfolgreich sind wir nur als Mitspieler.“ (Rogers, 1962c/1977, S. 171).

In der Beobachter-Beziehung geht es um ein Erkennen und Erklären des reflektierenden Subjekts und sodann um ein gezieltes Beeinflussen des Untersuchungsobjekts, in der Heilkunde also um ein Diagnostizieren und „Behandeln“ des Patienten als „Behandlungsobjekt“. Demgegenüber geht es in der Teilnehmer-Beziehung um eine Verständigung zwischen zwei souveränen Subjekten, um einen kommunikativen Austausch, der nicht unmittelbar auf Veränderung aus ist. Innerhalb dieser Teilnehmer-Beziehung sind wiederum zwei unterschiedliche Konzepte zu unterscheiden, die Alter-Ego- und die Dialog-Beziehung. Dabei sind die Alter-Ego- und



die Dialog-Beziehung nur unterschiedliche Vollzugsweisen dieser Verständigung. In der Alter-Ego-Beziehung ist der Therapeut Katalysator (oder Facilitator) der Selbstverständigung des Patienten; in der Dialog-Beziehung ist er der in einer existenziellen Begegnung um Verständigung ringende Andere. Von diesen beiden Beziehungskonzepten wird unten noch die Rede sein.

Therapietheoretische Unterschiede

Die unterschiedlichen Beziehungskonzepte und die durch sie jeweils vorgegebenen Perspektiven implizieren auch unterschiedliche Suchhaltungen und Zielsetzungen des Therapeuten. Versucht man die therapeutischen Aufgabenstellungen und Vorgehensweisen der Teilnehmer- und der Beobachter-Beziehung zu beschreiben, so kommt man zu folgender Gegenüberstellung.

Teilnehmer- vs. Beobachter-Perspektive

Teilnehmer-Perspektive	Beobachter-Perspektive
Verständigungsorientiert	Änderungsorientiert Zweckbezogen, funktional
Beziehungszentriert	Technikzentriert
Am Erleben orientiert	An Zielen orientiert, strukturierend
Individualisierend	Typologisierend
Intuitionsgeleitet, improvisierend	Konzeptgeleitet, schematisierend
Holistisch (ganzheitlich)	Elementaristisch (problemisolierend)

Der Beobachter-Beziehung entspricht eine Einstellung und Vorgehensweise, wie sie besonders von den modernen Naturwissenschaften inspiriert wurde: Entsprechend der kausal- bzw. bedingungsanalytischen Beurteilung der Phänomene (z. B. Symptome, Persönlichkeitsmerkmale, Interaktionsmuster) werden die Mittel ihrer Beeinflussbarkeit in die gewünschte Richtung erkundet. Das bedeutet, dass Handlungsregeln erstellt werden, die an Zielen bzw. Subzielen orientiert sind, die sich wiederum aus einer zergliedernden, kategorisierenden Beschreibung der Phänomene und aus dem Erfassen ihres Ursache-Wirkungs-Zusammenhangs ergeben. Eine an der naturwissenschaftlichen Forschungslogik orientierte Heilkunde ist unmittelbar änderungsorientiert und zwar in einer funktionalistischen (d. h. stets den Zweck-Mittel-Zusammenhang beachtenden) und Handlungsregeln konzeptualisierenden Weise. Dabei wird die Person als Träger von Merkmalen gesehen, die sie mit einer Gruppe anderer Personen gemein hat, d. h. es herrscht eine kategorisierende bzw. typologisierende und Problem isolierende, Subziele definierende Sichtweise vor.

Dagegen ergibt sich aus der (z. B. dialogphilosophisch begründeten) Teilnehmer-Perspektive keine kurzschlüssige Änderungs-

absicht, sondern nur die Intention einer gegenseitigen Verständigung. Der Therapeut ist auf die Unmittelbarkeit der Beziehung und das aktuelle Erleben des Patienten zentriert, der ganz in seiner individuellen Einmaligkeit gesehen wird (Schmid, 1994). Der Therapeut lässt sich dabei eher von seiner Intuition als von expliziten Handlungskonzepten leiten.

Das polare Verhältnis der beiden Positionen

Diese beiden Positionen stehen in der Psychotherapie in einem wechselseitigen Spannungsverhältnis, d. h. sie sollten in einem Aufeinander-Bezogen sein gesehen werden, das man nicht durch Absolutsetzen der einen oder anderen Position undialektisch auseinanderfallen lassen sollte. Es sollte vielmehr die Polarität dieser beiden Positionen beachtet und das hier bestehende Wechselverhältnis immer so austariert werden, dass das „Mitspielen“ in der Teilnehmer-Beziehung nicht zu einem undurchschauten und in seiner Wirkung destruktiven Mitagieren wird. Vielmehr sollte der Therapeut seine Rolle als Teilnehmer nach therapeutisch ausgewiesenen Kriterien kontrollieren und gestalten. Dies kann auf unterschiedliche Weise und mit je unterschiedlicher Akzentsetzung geschehen. Es wurde schon gesagt, dass die Beobachter-Perspektive als Reflexionsfolie für die anschließende Beurteilung des Interaktionsgeschehens dienen soll. Hier sind mehrere Möglichkeiten denkbar. Der Therapeut kann während der Sitzung ganz in der Teilnehmer-Beziehung aufgehen und jeweils nach der Sitzung (bzw. in der Supervision) sich das Interaktionsgeschehen kritisch vergegenwärtigen, um sich so Korrekturmöglichkeiten für die nächste Sitzung zu erarbeiten. Er kann aber auch während der Sitzung zwischen Teilnehmer- und Beobachter-Beziehung oszillieren und so gegebenenfalls schon während der Sitzung sein „Mitspielen“ korrigieren. Er kann schließlich eine Art Spaltung in ein beobachtendes und ein mitspielendes Selbst vornehmen und so die prüfende Funktion während des Mitspielens immer mitlaufen lassen. Diese letzte Möglichkeit ist die schwierigste und erfordert viel Erfahrung.

Darüber hinaus können aber auch präskriptiv Handlungsregeln z. B. für die therapeutische Rolle als Interaktionsteilnehmer erstellt werden. Diese Handlungsregeln dienen zunächst als Orientierungspunkte für das therapeutische Vorgehen. Wenn letzteres von diesen Regeln abweicht, ist dieses Abweichen plausibel zu begründen. Mit dieser Begründung wird sodann eine neue Regel für einen speziellen Fall geschaffen. Insgesamt geht es nicht so sehr um ein regelgeleitetes Therapeutenverhalten, sondern um das Erstellen von Beurteilungskriterien (einschließlich der entsprechenden Begrifflichkeit) für dieses Verhalten. Ein im Sinne der Teilnehmer-Beziehung stark intuitionsgeleitetes, improvisierendes Vorgehen kann dann im Nachhinein aus einer Beobachter-Perspektive beurteilt werden, die eine genügend komplexe Anordnung von anerkannten Prüfkriterien enthält. Bei dem Entwurf solcher Handlungsregeln

sind also nicht starre Handlungsanweisungen intendiert, sondern die Konstruktion von Orientierung vermittelnden Kriterien, auf deren Hintergrund das Therapeutenverhalten überhaupt erst differenziert reflektiert werden kann.

Die Radikalisierung beider Positionen führt zu Verzerrungen. Wird die Beobachter-Perspektive radikalisiert, kann der Therapeut zwar aufgrund seiner nüchternen Analyse der Bedürfnisstrukturen und des Interaktionsverhaltens des Patienten seine Interventionen unter Umständen zielgenau platzieren, als emotional distanzierter Techniker wird er andererseits auch an erlebensändernder Wirksamkeit verlieren. Es ist nämlich anzunehmen, dass es für eine erfolgreiche Therapie bedeutsam ist, dass der Therapeut die Rolle als Teilnehmer auch ausdrücklich annimmt, da er ohnehin nie ganz verhindern kann, zumindest unbemerkt (und unbeabsichtigt) „Mitspieler“ zu werden, d. h. den (unbewussten) Rollenzuweisungen des Patienten letztlich doch zu erliegen. Nur wenn der Therapeut diese Möglichkeit antizipiert und diese Rolle zumindest ansatzweise annimmt, kann er kongruent bleiben bzw. diese Kongruenz immer wieder herstellen und auch sein eigenes mögliches Abweichen von dieser Kongruenz überhaupt zum Gegenstand der Reflexion machen. Weiterhin hängt für den Therapeuten die Reichweite seines Verstehens von der Teilnehmer-Perspektive ab. Denn erst als Teilnehmer der Interaktion wird ihm durch das unmittelbare Betroffensein, durch das Miterleben, also per emotionaler Resonanz im Vollzug der Rollenübernahme, manches Unverständliche verstehend zugänglich (Lorenzer, 1976). Nur aus der Position eines Teilnehmers an einem für den Patienten bedeutsamen Ereignis, nur als Mitspieler in einem zentralen Beziehungskonflikt kann er beim Patienten jene emotionale Verankerung von Einsichten bewirken, durch die eine überdauernde Veränderung von Erlebnisstrukturen geschaffen wird. Nur als Teilnehmer des Beziehungsgeschehens kann er erreichen, dass der Patient Beziehungserfahrungen macht, die sich ändernd auf dysfunktionale Interaktionsmuster auswirken.

Wenn andererseits mit der Radikalisierung der Teilnehmer-Perspektive eine Absage an jedes Expertentum im Sinne eines kritischen Beobachtens und Beurteilens verbunden ist, bedeutet dies letztlich einen Reflexionsverzicht sowohl hinsichtlich formaler wie inhaltlicher Kriterien des therapeutischen Geschehens und damit die Gefahr der Beliebigkeit des therapeutischen Vorgehens. Dieser Verzicht erschwert nicht nur eine präzise Beschreibbarkeit des therapeutischen Handelns, sondern gibt dem Therapeuten auch kaum Prüfkriterien für die Beurteilung des eigenen Interaktionsverhaltens und der Gefahr interaktioneller Verstrickungen an die Hand. Der Therapeut kann so, von ihm selbst unbemerkt, eine Form des Mitspielens entwickeln, die letztlich destruktiv ist, sich z. B. verstärkend auf unangemessene Beziehungserwartungen und dysfunktionale Interaktionsmuster des Klienten auswirkt. Er verzichtet als unreflektierter Mitspieler des interaktionellen Geschehens darauf zu überprüfen, welches Beziehungsangebot einerseits der Klient

und andererseits er selbst gerade macht, welche Rollen der Klient ihm jeweils anträgt und wann und wo seine eigene Bereitschaft zur Rollenübernahme besonders groß ist bzw. welche Art der Rollenübernahme er (der Therapeut) jeweils vollzieht. Eine mögliche Diskrepanz zwischen der intendierten (konzeptkonformen Rolle z. B. als Alter Ego des Klienten) und der faktisch wirksamen Rolle (z. B. als unterschwellig zwischen ärgerlicher Ungeduld und resigniertem Rückzug schwankende Elternfigur) kann so nicht symbolisiert werden. Die Differenz zwischen der Idealbeziehung (als dem intendierten Beziehungsangebot) und der Realbeziehung (als dem faktisch inszenierten, aber unbemerkten Austausch gegenseitiger Bedürfnisse) bleibt unerkannt und unbegriffen. Da dem Therapeuten bei prinzipiellem Theorieverzicht Reflexionskriterien fehlen, kann er eine destruktive Form des Mitspielens auch im Nachhinein nicht verstehend einholen.

Exkurs: Rogers und das Problem der „Postmoderne“

Der Hintergrund des hier angesprochenen und eben für die Personzentrierte Psychotherapie bedeutsamen Dissenses wird vielleicht deutlicher durch einen kurzen Blick auf Positionen der sogenannten Moderne und Postmoderne. Für die Kultur- und Humanwissenschaften beginnt (anders als für die Kunst und die Architektur) die Moderne gegen Ende des 18. Jahrhunderts mit der Aufklärung und ihrer Proklamation des souveränen Subjektes. Dieses zeichnet sich durch Autonomie, individuelle Identität und Selbstverfügbarkeit aus, verbunden mit dem Anspruch, sich durch Vernunftgebrauch aus religiösen, politischen und ökonomischen Abhängigkeiten zu emanzipieren. In kritischer Reaktion auf dieses durch konsequente Rationalität geprägten Menschenbildes betonten wenig später die Romantiker die Welt des Irrationalen, des Traum- und Rauschhaften und des „Unbewusstseins“ (Carus, 1846). Gegen die Rationalitätszwänge pochten sie auf die Unmittelbarkeit des Gefühls. Man könnte in der romantischen Bewegung eine Art erster „Postmoderne“ sehen. Moderne und Postmoderne wären dann Antipoden eines dialektischen Prozesses in der europäischen Ideengeschichte.²

In der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde Nietzsche der große Kritiker der Moderne mit ihrem Fortschrittsoptimismus und ihrer in Bürokratisierung und Technik sich manifestierenden rigorosen Zweckrationalität. In den USA jener Zeit unternahm vor allem

3 Natürlich darf sich die Personzentrierte Therapie in ihrem Selbstverständnis nicht maßgeblich von solch externen Faktoren bestimmen lassen. Sofern sie sich selbst jedoch primär als ein Psychotherapieverfahren versteht (und nicht z. B. als eine Art Weltanschauung), ist ein erfahrungswissenschaftliches Selbstverständnis, auch logisch gesehen, zwingend. Damit ist sie auch auf bestimmte „positivistische“ Positionen jeder angewandten Wissenschaft verpflichtet, ohne sich freilich darin erschöpfen zu müssen oder gar zu sollen.

William James solche Kritik. Die Modernitätskritik in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts ist allerdings eigentlich erst das, was wir im heutigen Sinne mit Lyotard (1999) die Postmoderne nennen. Als ein für die Psychotherapie und auch die Psychiatrie besonders bedeutender Vertreter der Postmoderne ist Foucault zu nennen. Die nach Foucault (2002) für alle modernen Humanwissenschaften (Psychologie, Psychiatrie, Soziologie, Pädagogik) verbindliche Beobachter-Perspektive charakterisierte er als den Blick des Anatomen auf den menschlichen Leichnam (oder, um an die Empfehlung Freuds zu erinnern, mit dem Blick des Chirurgen auf den narkotisierten Körper). Er betrachtete also diese Wissenschaften als das Ergebnis einer Selbstverdinglichung des modernen Subjekts. In den therapeutischen und sozialtechnischen Anwendungen dieser Wissenschaften sah er die Disziplinierungs- und Normalisierungsstrategien von Mächten, denen an einem reibungslosen Funktionieren sozialer Systeme gelegen ist. Er kritisierte das moderne (auch für die meisten Psychotherapieverfahren verbindliche) Menschenbild und dessen Wirkung auf gesellschaftliche Prozesse und Institutionen. Dabei wies er auf die Kosten der Rationalität mit ihrer Ausgrenzung all dessen hin, was sich nicht umstandslos in eine Ordnung der Vernünftigkeit fügt. Er zeigte die Zwänge und Einengungen jener „Selbsttechnologien“ auf, die das moderne Menschenbild mit seiner Verpflichtung auf Selbstkontrolle und Selbstdurchsichtigkeit, Autonomie und Identität auf die Individuen ausübt. So verschleiert z. B. das Autonomie-Ideal das fundamentale Angewiesensein auf die Anerkennung durch den Anderen und bringt den Zwang mit sich, solches Angewiesensein abzuwehren (siehe auch Meyer-Drawe, 2000). Oder das Ideal persönlicher Identität lässt keinen Spielraum zu für Widersprüchlichkeit, für von dieser Identität abweichende Bedürfnisse und Gefühle. Kennzeichnend für die Stimmung der Postmoderne in der Alltagswelt wurde das Betonen von Spontaneität, erlebnishafter „Unmittelbarkeit“ und das Anerkennen von Pluralität und Partikularität.

Rogers ist in diesem Spannungsfeld zwischen Moderne und Postmoderne nicht einsinnig zu positionieren (was allerdings für nicht wenige Verfechter der Postmoderne kennzeichnend ist). Der Moderne entspricht sein Streben nach empirischer Forschung und weitgehend auch sein Leitbild der selbstbestimmten bzw. autonomen und selbsttransparenten Person (die „fully functioning person“). Allerdings sind auch bei dem von ihm postulierten „neuen Menschen“ (Rogers, 1980a/1981) Züge der Postmoderne festzustellen. Das moderne Ideal persönlicher Identität wird von Rogers insofern „aufgebrochen“, als er die Person in einem ständigen Prozess des Werdens und damit der Veränderung sieht. Ganz aus dem Geist der Postmoderne ist seine Therapietheorie formuliert mit dem Zurückweisen all jener Aspekte, die mit der modernen Wissenschaftslogik bzw. mit dem „Experten“ als dem kritischen, rational abwägenden, Funktionalität einfordernden Beobachter zu tun haben: Diagnostik, Indikationsstellung, Therapieplanung und Therapietechnik. Rogers will eben nicht auf seine Klienten, so

könnte man mit Foucault sagen, mit „dem Blick des Anatomen auf den menschlichen Leichnam“ schauen.

Rogers sieht seine Rolle als Therapeut ausschließlich als Teilnehmer an der therapeutischen Interaktion. Als ein solcher vertraut Rogers sich ganz seinem organismischen Erleben an. Seine Rationalitätskritische Einstellung lässt ihn von jeder theoriegeleiteten, planvollen Gestaltung dieser Beziehung absehen. Nur wenn der Therapeut in von Theorievorgaben und Reflexionszwängen entlasteter Unmittelbarkeit als Teilnehmer bzw. Mitspieler interagiert, kann nach Rogers das Erleben des Patienten aktiviert und beeinflusst werden. Das therapeutische Handeln soll dabei ganz intuitiv, nicht reflektiert und konzeptgeleitet erfolgen: „Ich lasse mich ein in die Unmittelbarkeit der Beziehung; mein ganzer Organismus, nicht nur mein Bewusstsein, übernimmt die Beziehung und sensibilisiert sich darauf hin. Ich reagiere nicht bewusst auf eine planvolle oder analytische Art, sondern einfach unreflektiert auf das andere Individuum; meine Reaktion basiert, allerdings nicht bewusst, auf meiner ganzen Empfindungsfähigkeit für diesen anderen“ (Rogers, 1961a/1973, S. 199).

Der Versuch, während der Therapie das eigene und das Verhalten des Patienten zu reflektieren mit dem Ziel, es an bestimmten Indikationskriterien und konzeptuellen Vorgaben auszurichten, kann dabei nach Rogers das Eigentliche des therapeutischen Geschehens nur stören: „Das Misslingen eines jeden solchen intellektuellen Ansatzes hat mich zu der Erkenntnis gezwungen, dass wirkliche Veränderung durch Erleben in einer Beziehung zustande kommt.“ (Rogers, 1961a/1973, S. 46)

Nun ist der Verzicht auf kritische Reflexion in der Teilnehmer-Beziehung durchaus konzeptgerecht, denn gerade die Unmittelbarkeit des Miterlebens charakterisiert diese Beziehungsform. Rogers macht aber kaum die Notwendigkeit deutlich, im „Nachhinein“ (oder „zwischen durch“ im Oszillieren zwischen Teilnehmer- und Beobachter-Beziehung) das Interaktionsgeschehen unter einer theoretischen Perspektive (z. B. rollentheoretischer Art) kritisch zu sichten. Die in diesem Theorie- und Reflexionsvorbehalt deutlich werdenden postmodernen Überzeugungen laufen auf eine Kritik an einem vergegenständlichenden Verhältnis des Menschen zur äußeren und vor allem zu seiner eigenen inneren Natur hinaus. Sie bedeuten eine tiefe Skepsis gegenüber instrumentellen Denkformen, die auf Zwecktätigkeit und Naturbeherrschung gerichtet sind. Rogers will vielmehr sein Therapeutenverhalten durch jene Tiefenschichten steuern lassen, die jeder rationalen Konzeption und funktionalen Planung voraus liegen. Er vertraut auch hinsichtlich seines eigenen Vorgehens in der Therapie der „Erkenntnis, dass sein [des Menschen, J. F.] totaler Organismus klüger als sein Bewusstsein sein könnte und es oft ist“ (Rogers, 1961a/1973, S. 191). Rogers setzt also (gewissermaßen im Sinne Nietzsches und der Lebensphilosophie) ganz auf die „Weisheit des Organismus“, also auf das Andere der Vernunft als jene Kraft unverdorbenen Ursprünglichkeit, die er hinter den Entstellungen und Einengun-

gen eines rationalitätsgeprägten Bewusstseins sieht. Dabei will Rogers allerdings auch nicht „therapieren“ im Sinne des Kurierens von Krankheitssymptomen durch eine zielorientierte Applikation von Sozialtechniken, sondern er will im Rahmen eines In-Beziehung-Tretens Wachstumsprozesse fördern. Damit scheint er eine Alternative zu dem von Foucault kritisch Beschriebenen anzubieten (wenn auch innerhalb einer nach Foucault subjekttheoretischen Befangenheit).

Genau dies ist aber das Problem für ein Verfahren wie die Personzentrierte Psychotherapie, die auf dem „Gesundheitsmarkt“ als eine Methode im Sinne der Heilkunde anerkannt zu sein beansprucht. Will man nämlich im Diskurs der am Methodenideal moderner Wissenschaftlichkeit orientierten Psychotherapie (zu deren Vertretern gehören in Deutschland neben den Therapeuten der „anerkannten“ Verfahren auch die Sachwalter der „Gesundheitsversorgung“ und der Krankenkassen) den Personzentrierten Ansatz zustimmungsfähig halten³, so sind gegenüber dem Antiintellektualismus von Rogers jene Bedenken zu erheben, wie sie allgemein gegenüber Verfechtern der Postmoderne in den Human- und Kulturwissenschaften vorgetragen wurden (von z. B. Habermas, 1996; Rösen, 1990): Bei aller berechtigter Kritik an Fehlentwicklungen der Moderne mit der Einseitigkeit ihres Zweckrationalismus sind doch ihre Vernunftpotentiale, ihre in den verschiedenen Wissenschaften ausgebildeten Rationalitätsstandards nicht einfach aufzugeben im Proklamieren von reinen Gegenbildern. Solche Ausbruchversuche aus den Paradigmen der Moderne, so achtenswert sie unter bestimmten Aspekten auch sein mögen, führen letztlich in unaufhebbare Widersprüche, da die Ansprüche der modernen Lebenswelt ja nie mehr ganz zurückzuweisen sind. Dies bedeutet hier, dass der Stellenwert der Teilnehmer-Perspektive nicht einfach gegen den der Beobachter-Perspektive auszuspielen ist. Das Verhältnis dieser beiden Perspektiven ist als ein Aufeinander-Bezogenheit zu verstehen: Die Beobachter-Perspektive ist gewissermaßen die Hintergrundfolie, auf die hin der Therapeut sein Verhalten als Interaktionsteilnehmer immer wieder überprüfen und gegebenenfalls korrigieren muss.

Durch diesen Vorschlag, beide Perspektiven in einem Funktionszusammenhang zu sehen und insofern eine Synthese zwischen konträren Beziehungsmodi herzustellen, wird freilich das Dilemma der Moderne auch nicht rückstandslos aufgelöst, nämlich sich selbst gleichermaßen als beobachtendes Subjekt wie als teilnehmenden Akteur oder, auf Seiten des Patienten, als beobachtetes Objekt wie

als erlebendes Subjekt zu verstehen. Diese Paradoxie ist dialektisch zu bewältigen und durch die therapeutische Praxis so aufzuheben, dass ein konstruktives Beziehungsgeschehen möglich wird.⁴

Diese Aufgabe ist allerdings nicht nur eine therapeutische, sie stellt sich in unserer Kultur generell in jeder Beziehung, schon weil die ausschließliche Verwirklichung einer Position nicht gelingen kann. Die bloß beobachtende Distanz einerseits ist nur vordergründig zu realisieren, indem der Beobachter sein faktisches Angerührt- und Beteiligtsein abwehrt und seine tatsächliche (unabsichtliche) Rollenübernahme nicht symbolisiert. Die distanzlose Teilnahme andererseits ist selbst in einer Freundschafts- oder Liebesbeziehung nie bruchlos durchzuhalten. In manchen Situationen wird sich selbst der Liebende beim (ungewollt) distanziert-beobachtenden Blick auf die Geliebte ertappen. Nur diese Möglichkeit zur reflexiven Distanz wiederum ist es aber, die über ein rein situationsgebundenes Mitfühlen hinaus zu einem verstehenden Erfassen des Anderen in seinem Anderssein befähigt. Eine Synthese von Beobachter- und Teilnehmer-Beziehung (sowohl in der Partnerschaft wie in der Therapie) ergibt sich durch den ständigen Rückbezug der Wahrnehmungen (und ihre Interpretationen) aus der Beobachter-Perspektive auf die Verständigung in der Teilnehmer-Beziehung, indem diese Wahrnehmungen Gegenstand des kommunikativen Austausches werden.

Die zweite Polarität: Die Alter-Ego- und die Dialog-Beziehung

Es wurde schon gesagt, dass innerhalb der Teilnehmer-Beziehung wiederum zwei Beziehungskonzepte zu unterscheiden sind, die Alter-Ego- und die Dialog-Beziehung. In beiden Beziehungskonzepten hat der Therapeut jeweils eine unterschiedliche, sehr spezifische Rolle und Aufgabe (Finke, S. 1999).

Die Alter-Ego-Beziehung

Im Vollzug des *Einfühlenden Verstehens* stellt der Therapeut auch eine ganz bestimmtes Beziehungsmuster her. Bei diesem Beziehungskonzept, charakteristisch für den „frühen“ Rogers, besteht die Rolle des Therapeuten darin, für den Klienten ein Alter Ego, eine

3 Natürlich darf sich die Personzentrierte Therapie in ihrem Selbstverständnis nicht maßgeblich von solch externen Faktoren bestimmen lassen. Sofern sie sich selbst jedoch primär als ein Psychotherapieverfahren versteht (und nicht z. B. als eine Art Weltanschauung), ist ein erfahrungswissenschaftliches Selbstverständnis, auch logisch gesehen, zwingend. Damit ist sie auch auf bestimmte „positivistische“ Positionen jeder angewandten Wissenschaft verpflichtet, ohne sich freilich darin erschöpfen zu müssen oder gar zu sollen.

4 Auch die aktuellen Diskurse im Personzentrierten Ansatz sind häufig von einer Gegensätzlichkeit bestimmt, in der man die konträren Positionen von Moderne und Postmoderne sehen kann. Dies zeigte sich z. B. auf dem letzten Kongress des Personzentrierten und Experienziellen Weltverbandes (WAPCEPC) im Juli 2003 in Egmond aan Zee in Holland: s. dazu Person-Centered and Experiential Psychotherapies (2004), 3, (1 und 2). Zwar wird in der vorliegenden Arbeit, wie oben angedeutet, für eine Synthese dieser Positionen plädiert, jedoch kann die Spannung zwischen diesen Positionen für die weitere Diskussion im PCA sich auch als fruchtbar erweisen.

Art Doppel-Ich bzw. Doppelgänger seines Erlebens zu sein. Wollte der Therapeut diese Rolle und sein entsprechendes Vorgehen dem Klienten erläutern, so würde er nach Rogers sagen: „Um Ihnen behilflich zu sein, stelle ich mich selbst – das Selbst der gewöhnlichen Interaktion – beiseite und dringe so vollständig wie möglich in Ihre Wahrnehmungswelt ein. Ich werde in gewisser Weise ein zweites Selbst für Sie – ein Alter-Ego Ihrer eigenen Einstellungen und Gefühle.“ (Rogers, 1951a/1973, S. 47) Der Therapeut bemüht sich hier um eine gleichsam identifikatorische Teilhabe am Erleben des Patienten. Er versucht dabei, sich in die „innere Welt“ des Patienten hineinzuversetzen, diese nachzuvollziehen und ihren Sinn zu erfassen. Diese Erkundung der inneren Welt des Patienten soll unter dessen aktiver Teilnahme geschehen. Der Therapeut ist hier bemüht, eine Beziehung zu konstellieren, in der er als das andere Selbst des Patienten fungiert. Dabei versucht er, sich ganz in die Innensicht des Patienten zu begeben, dessen Perspektive zu übernehmen und die eigene Perspektive gewissermaßen auszuklammern. Der Therapeut bemüht sich, „in die Haut des Klienten zu schlüpfen“, um „die innere Welt des Klienten mit dessen Augen zu sehen als sei es die eigene“ (Rogers, 1975e/1977, S. 20). Er versucht, diese Welt als ein System von Bedeutungssetzungen und Sinnvorgaben zu erfassen, um so das Erleben und Verhalten des Klienten auf dieses Bezugssystem hin verstehen zu können (Rogers, 1951a/1973, S. 52, 196). Der Therapeut will hier also die Sichtweise des Patienten vorübergehend zu seiner eigenen machen und diese in allen Facetten verdeutlichen.

Der Therapeut ist dabei gehalten, sein eigenes Bezugssystem, sowohl seine alltagsweltlichen Erfahrungen wie sein Expertenwissen, zunächst einmal auszuklammern bzw. „beiseite zu stellen“ und den Klienten ganz aus sich selbst heraus, d. h. aus seinem Bezugssystem zu verstehen. Das so Verstandene soll der Therapeut dem Klienten mitteilen, damit dieser sich mit seinem eigenen Verhalten und Erleben und sodann auch mit seinem eigenen Bezugssystem, d. h. mit seinen Bewertungen und Bedeutungszuschreibungen auseinandersetzen kann. Der Therapeut gibt hier gewissermaßen dem Patienten seine Stimme, er benennt stellvertretend für den Patienten das für diesen noch Unsagbare und er fungiert als eine Art Katalysator (oder Facilitator, wie Rogers sagen würde) des inneren Zwiegesprächs des Patienten mit sich selbst.

Durch die Spiegelung in einem Anderen soll dem Klienten eine gewisse Distanznahme zu sich selbst und so eine Entzerrung der Selbstwahrnehmung ermöglicht werden: „In der klient-bezogenen Therapie findet der Klient im Berater ein echtes *Alter Ego* im operationalen und technischen Sinn – ein anderes Selbst, das (soweit möglich) zeitweise auf seine Eigenständigkeit verzichtet, mit der Ausnahme seiner Fähigkeit zu versuchen, den anderen zu verstehen. In der therapeutischen Erfahrung bedeutet das Sehen der eigenen, von einem anderen richtig ausgedrückten, aber ihrer emotionalen Verflechtungen enthobenen Einstellungen, Verwirrungen, Ambivalenzen und Wahrnehmungen, dass man sich selbst objektiv sieht, und das erleichtert die Aufnahme all dieser Elemente, die man jetzt

klarer sieht, in das Selbst“ (Rogers, 1951a/1973, S. 52). Zum anderen ist das andere Selbst, das der Patient in den Spiegelungen des Therapeuten findet, ein in besonderer Weise akzeptierendes, bejahendes Selbst (insofern das *Bedingungsfreie Akzeptieren* und Anerkennen die alle anderen Positionen umgreifende Grundhaltung ist; Spielhofer, 2004), das eben durch die Bejahung und Solidarisierung dem Patienten die Selbstannahme und damit die Überwindung der Abwehr gegenüber der Einsicht in bisher nicht akzeptierte Gefühle und Bedürfnisse ermöglicht.⁵

Die therapeutische Kommunikation wird mit diesem Beziehungskonzept insofern als von einer Alltagskommunikation sehr unterschieden beschrieben, als es hier die Aufgabe des Therapeuten ist, sich selbst als urteilende, Stellung nehmende Person gewissermaßen auszuklammern und ganz in der Person des Patienten aufzugehen. Rogers sprach hier zwar von einer „Als-Ob-Identifizierung“, vielleicht um damit anzudeuten, dass das beobachtende Ich des Therapeuten nur zeitweise beiseite zu stellen, nicht aber ganz auszuschalten ist. Jedoch sagt er dies nicht im Sinne eines ausdrücklichen Verweises auf eine nachfolgende kritische Sichtung. Vielmehr weist er häufig darauf hin, dass eine kritisch prüfende und beurteilende bzw. diagnostizierende Einstellung zu vermeiden sei.

Mit dem Konzept der Alter-Ego-Beziehung jedenfalls hat Rogers für die Psychotherapie Positionen in besonders konsequenter Weise fruchtbar gemacht, die schon in der Tradition der Hermeneutik vorgegeben waren. Schleiermacher, allgemein als der Begründer einer systematischen Hermeneutik angesehen, sprach davon, dass es beim Verstehen eines anderen zunächst darauf ankomme, „sich gleichsam in den anderen zu verwandeln“ (Schleiermacher, 1977, S. 169). Dilthey sah als eine Grundvoraussetzung des Verstehens „ein Sich-Hineinversetzen, [...] eine Transposition des eigenen Selbst in die Lebensäußerungen“ eines anderen. Es müsse so zu einem „Nachbilden oder Nacherleben, [...] zu einem vollkommenen Miterleben“ der inneren Welt des anderen kommen (Dilthey, 1927, S. 213f).

Freilich sahen Schleiermacher und Dilthey in diesem Nach- und Miterleben die Aufgabe des Verstehens noch nicht ganz erfüllt. In einem weiteren Schritt hat der Verstehende die Perspektive des anderen zu überschreiten (das „komparative Verstehen“ bei Schleiermacher), um „die Rede zuerst ebenso gut und dann besser zu verstehen als ihr Urheber“ (Schleiermacher, 1977, S. 55). Mit dem letztgenannten Schritt aber verlässt der Verstehende die Haltung des rein einfühlenden Nachvollzugs und nimmt gegenüber dem zu Verstehenden die objektivierende Position eines Betrachters ein, der sein eigenes Bezugssystem ins Spiel bringt. Dies bedeutet für die Psychotherapie, dass der Therapeut von der Ebene der Teilnehmer- und Alter-Ego-Beziehung wechselt auf die der

5 Durch diese alle anderen Positionen umgreifende, bejahende Grundhaltung wird auch so etwas wie „Ganzheitlichkeit“ der komplexen (eben nicht uniformen) personenzentrierten Therapiepraxis (und -konzeption) erreicht.

Beobachter-Beziehung. Genau dieses, also auch das „Den-Klienten-besser-Verstehen“, ist bekanntlich im Personenzentrierten Ansatz nicht unumstritten (Keil, 1997; Finke, 1999; Spielhofer, 1999). Will jedoch das Verstehen nicht hinter seiner therapeutischen Aufgabenstellung zurückbleiben, so muss es hier auch um ein Erhellen des dem Patienten selbst noch Unverständlichen gehen, so ist die Aufgabe des Verstehens auch das Erfassen eines (qua Symbolisierungsstörung) verborgenen Sinns. Dieses Verstehen als ein Erfassen von Sinn-Zusammenhängen, die sich auf nicht Symbolisiertes beziehen, setzt zwar Empathie voraus, geht aber nicht in dieser auf, sondern darüber hinaus (Finke, 2004).

Die Dialog-Beziehung

Für den „späteren“ Rogers ist ein Beziehungskonzept kennzeichnend, in dem man einen Paradigmenwechsel zum Konzept der Alter-Ego-Beziehung sehen könnte. Sollte sich beim früheren Beziehungskonzept der Therapeut als reale Person ausklammern bzw. „beiseite stellen“, so soll er sich nun als eine solche einbringen. Etwa ab Ende der 50er Jahre betonte Rogers zunehmend die Bedeutung der realen Begegnung von „Person zu Person“ und das „reale Zugesein“ des Therapeuten: „Kongruenz bedeutet, dass der Therapeut seiner selbst gewahr ist, dass ihm seine Gefühle und Erfahrungen nicht nur zugänglich sind, sondern dass er sie auch durch sein Sein und Erleben in die Beziehung einbringen kann. Es bedeutet, dass es sich um eine direkte personale Begegnung mit dem Klienten handelt, eine Begegnung von Person zu Person. Es bedeutet, dass der Therapeut er selbst ist und sich nicht verleugnet“ (Rogers, 1975e/1977, S. 26). Hiermit wollte Rogers allerdings das Konzept der Alter-Ego-Beziehung nicht aufgeben, sondern nur ergänzen. Zu dieser bedeutsamen Akzentverschiebung in Richtung dialogphilosophischer Positionen hatten ihn die Arbeit mit schwer gestörten, auch schizophrenen Patienten sowie persönliche Kontakte mit Martin Buber geführt (Pfeiffer, 1991; Beck, 1991; Schmid, 1994). Die Auseinandersetzung mit Bubers „dialogischem Prinzip“ (Buber, 1962) brachte Rogers zu der Überzeugung, dass es wichtig für den Patienten sei, den Therapeuten auch in unmittelbarer Gegenwärtigkeit als konkrete und authentische Person zu erleben (Rogers, 1961a/1973, S. 47; Rogers & Schmid, 1991). Denn indem der Therapeut seine Resonanz auf den Patienten in angemessener Weise zeigt, kann der Patient die Gültigkeit seiner Beziehungserwartungen und Interaktionsmuster überprüfen und korrigieren. Stereotype Beziehungserwartungen werden durch die wiederholte und erlebnisintensive Konfrontation mit einer gegenläufigen Erfahrung modifiziert.

Das dem Konzept der Dialog-Beziehung entsprechende Therapieprinzip ist *Kongruenz/Echtheit*. *Kongruenz* bedeutet, dass der Therapeut in seinem Handeln als ganze Person „zugegen“ ist und mit sich selbst übereinstimmt (Rogers, 1962c/1977, S. 162). Zwischen verbalem Ausdruck und nonverbalem Verhalten bestehen bei ihm

keine Brüche. Das setzt voraus, dass der Therapeut frei von unbewussten Widersprüchen ist. Die Kongruenz meint also die Haltung von Authentizität und Eindeutigkeit. Um dies zu gewährleisten, muss der Therapeut in Kontakt zu seiner „organismischen Erfahrung“ stehen, das heißt, er muss diese weitgehend symbolisieren und jeweils erspüren können, auch wenn er etwa trotz des Bemühens um Zuwendung insgeheim Gefühle von Verachtung oder Feindseligkeit gegenüber seinem Patienten hegt. Wenn ihm das gelingt, kann er diese Gefühle auch bearbeiten und auf diese Weise seine Kongruenz wiederherstellen. Der zweite Begriff, *Echtheit*, besagt, dass sich der Therapeut in bestimmten Situationen dem Patienten transparent machen, sich ihm öffnen und seine Gefühle mitteilen soll („self-disclosure“; Carkhuff, 1969). Diese Mitteilung setzt eine Selektion und damit vorgängige Bearbeitung dieser Gefühle voraus.

Ein Kriterium des Dialogs ist die *Gegenseitigkeit* und „Gegenständigkeit“. Die Rolle des Therapeuten ist demnach hier die eines „Gegenüberstehenden“, eines Antwortenden (Schmid, 2002). Der Therapeut übernimmt nicht die Perspektive des Patienten, sondern stellt seine Perspektive dem Patienten gegenüber. Ist in der Alter-Ego-Beziehung der Therapeut das Doppel-Ich, das zweite Selbst des Patienten, eine Art Selbst-Substitut desselben, so ist er in der Dialogbeziehung der vom Patienten Unterschiedene, der Stellungnehmende, bedeutsame Andere. Er ist für den Patienten das antwortende Du (im Sinne von Buber, 1962, S. 41ff.). Der Patient soll hier den Therapeuten in seiner Verschiedenheit, in seiner Alterität erleben, um auf dieser Folie des Nicht-Ich, der Andersartigkeit, die Konturen seines eigenen Ich schärfer wahrnehmen zu können. Dies ist z. B. bei Borderline-Patienten wichtig, die oft nur über eine lückenhafte Selbst-Demarkation verfügen und so auch eine defizitäre Fähigkeit zur Ich-Andere-Unterscheidung haben (im Sinne von „meine Bedürfnisse sind nicht immer auch die des anderen“), was ein Grund für die vielen Beziehungskonflikte darstellt, in die diese Patienten häufig verstrickt sind. Sie neigen dazu, intrapsychische Spannungen als interpersonale Konflikte zu erleben, deswegen ist ihnen auch mit einem interpersonalem Ansatz zu begegnen. Das macht allerdings die Arbeit auf der intrapersonalen Ebene im Sinne der Alter-Ego-Beziehung auch bei diesen Patienten keinesfalls überflüssig (Finke, 2004).

Der Therapeut soll sich also als authentische und reale Person kenntlich machen. Der Patient ist zu einer Auseinandersetzung mit der Person des Therapeuten aufgefordert. Insofern hat die Dialogbeziehung etwas Konfrontatives. Der Therapeut konfrontiert den Patienten (in selektiver Weise) mit seiner persönlichen Reaktion auf ihn. Da Therapeut und Patient dabei idealerweise auf das Hier und Jetzt ihrer Wahrnehmung Bezug nehmen, ist die Dialogbeziehung Interaktion und Realbeziehung in einem besonders unmittelbaren Sinne.

Aus diesem Grunde kommt diese Beziehung aber auch der Alltagskommunikation nahe, so dass für den Therapeuten die Gefahr besteht, unwillkürlich die Interaktion von eigenen Bedürfnissen

so bestimmen zu lassen, dass der Patient in maladaptiven Interaktionsmustern fixiert wird. Deshalb ist besonders für die Dialog-Beziehung wichtig, in der Beobachter-Perspektive ein Korrektiv zu haben.

Therapeutische Konsequenzen

Grundsätzlich wird der Therapeut in der Therapie zwischen Alter-Ego- und Dialog-Beziehung oszillieren. Dies ist aber bei unterschiedlichen Klienten in einem unterschiedlichen Ausmaß nötig. Bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung etwa wird der Therapeut häufiger auf der Ebene der Dialog-Beziehung intervenieren. Bei der Beantwortung der Frage, wann eher auf der Ebene der Alter-Ego-Beziehung, wann auf der Dialog-Beziehung zu arbeiten ist, spielt natürlich auch der Therapieprozess eine Rolle. Generell wird man in den ersten Stadien der Therapie nachdrücklicher aus der Alter-Ego-Position intervenieren als in späteren.

Der Dialog-Beziehung sind drei Interventionskategorien zuzuordnen, die schon von Mitarbeitern Rogers' systematisch beschrieben wurden (Carkhuff & Truax, 1967; Carkhuff, 1969): Das *Beziehungsklären*, das *Konfrontieren* und das *Selbstöffnen/Selbsteinbringen*. Der Interventionskategorie *Beziehungsklären* ist allerdings konzeptuell eine Stellung zwischen Alter-Ego- und Dialog-Beziehung zuzuschreiben, da der Therapeut einerseits im Sinne des *Einfühlenden Verstehens* das (Beziehungs-)Erleben des Klienten zu erfassen sucht, andererseits sich selbst als den vom Klienten Gemeinten, den Anderen, versteht. Dem *Beziehungsklären* entspricht eine Beziehungsebene, die von den Analytikern „Übertragungsbeziehung“ genannt wird (Finke, 1999), jedoch im Personzentrierten Ansatz beziehungs- und therapietheoretisch nicht ausdrücklich konzeptualisiert wurde.

Wenn das *Konfrontieren* in einer besonders persönlichen Form geschieht bzw. mit einer „Ich-Botschaft“ verbunden wird, kann in ihm auch eine Form des *Selbsteinbringens* gesehen werden (siehe unten). Im *Selbsteinbringen* ist die Realisierung der von Rogers geforderten Transparenz des Therapeuten zu sehen (Rogers, 1961a/1973, S. 47). Diese besteht in der Kundgabe der kognitiven und besonders der emotionalen Resonanz des Therapeuten. Das bedeutet, dass im Falle von positiven Emotionen (Freude, Zufriedenheit, Wertschätzung) von einer Halt gebenden, Ressourcen aktivierenden Wirkung und im Falle von eher negativen Emotionen (Unzufriedenheit, Ärger, Skepsis) von einer hinterfragenden, konfrontierenden Funktion des *Selbsteinbringens* auszugehen ist.

Das *Beziehungsklären*, das *Konfrontieren* und das *Selbsteinbringen* sind Interventionsformen, die einerseits eine spezifisch klärende und den Patienten zur Selbstauseinandersetzung auffordernde, andererseits eine Selbstwert stabilisierende, Ressourcen aktivierende Funktion haben. Sie sind wichtig bei Patienten mit einer stärkeren Selbstwertproblematik, einer Identitätsunsicherheit

bei diffusem Selbstkonzept und einer Beziehungsstörung, also, so könnte man vereinfachend sagen, bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung. Denn diese Patienten brauchen eher die sowohl anerkennende und ermutigende wie die Orientierung gebende und Grenzen setzende Präsenz eines bedeutsamen Anderen. Das betonte Auf-sich-selbst-Zurückverwiesenwerden, wie es für die spiegelnden Interventionen in der Alter-Ego-Beziehung bzw. auf der Ebene des *Einfühlenden Verstehens* typisch ist, ist für diese Patienten zu irritierend, da zu wenig Sicherheit und Orientierung vermittelnd. Da auch die eher konfrontierenden Interventionen auf dem Hintergrund einer akzeptierenden, bejahenden Grundhaltung vollzogen werden, kann der Patient neue Beziehungserfahrungen machen, die seine bisherigen negativen Beziehungserwartungen korrigieren (im Sinne von: Kritik und Anerkennung schließen einander nicht aus). Insofern sich hier der Patient mit der Perspektive und mit dem Erleben eines bedeutsamen Anderen auseinandersetzen muss, kann dies seine Empathiefähigkeit wie auch die Konturierung seines Selbstkonzeptes und die Fähigkeit der Ich-Andere-Unterscheidung verbessern. Dies ist ganz besonders wichtig bei Borderline-Patienten, von denen unten die Rede sein wird.

Der Krankheitsbezug in der Personzentrierten Psychotherapie

Die bisher besprochenen Beziehungskonzepte haben bei den verschiedenen Krankheiten bzw. Störungen eine unterschiedliche Bedeutung. Patienten mit bestimmten Störungen, z. B. Borderline-Störungen, neigen dazu, ihre Therapeuten in schwierige Interaktionssituationen zu verwickeln und in maladaptive Interaktionsmuster hineinzuziehen. Hier ist es für den Therapeuten erforderlich, sich öfter und nachdrücklicher die Beobachter-Position zu beziehen, um aus dieser Perspektive das Interaktionsgeschehen zu beurteilen und gegebenenfalls das eigene Interaktionsverhalten korrigieren zu können. Auch das Verhältnis von Alter-Ego- und Dialog-Beziehung ist bei verschiedenen Störungen unterschiedlich zu gewichten. Vor allem bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen muss der Therapeut in der Regel häufiger auf der Ebene der Dialog-Beziehung intervenieren. Dabei ist hier „Störung“ in einem sehr weiten Sinne gemeint, genau genommen handelt es sich meist um die Verschränkung von Störung und Persönlichkeit, auf die der Therapeut mit der Art seines Beziehungsangebotes Bezug nehmen muss.

Das Konzept der „Störungsspezifität“

Wenn so etwas wie die Störung oder die Krankheit zu einem Kriterium für die Konzeptbildung in der Personzentrierten Therapie wird, könnte man schon darin ein Abweichen vom Selbstverständnis des Personzentrierten Ansatzes sehen, weil für dieses Selbstverständnis

doch gerade nicht eine Mangel- bzw. eine Defizitperspektive, sondern eine Ressourcen- und Wachstumsperspektive charakteristisch sei. Dem gegenüber ist zu sagen, dass eine ausschließliche Betonung einer „Gesundheitsperspektive“ wiederum eine die Verfasstheit der menschlichen Person verkürzende Einseitigkeit darstellt. Denn zum Menschsein gehört auch die Möglichkeit von Krankheit, Mangel und Zerfall. Deswegen sind auch in dieser Hinsicht beide Blickpunkte, der ressourcen- wie der defizitorientierte, von Bedeutung. Da es ja meist ein Erleben von Mangel oder Gestörtsein ist, das den Klienten zum Therapeuten führt, wird gerade ein Klientenzentrierter Therapeut sich auch für diese Perspektive interessieren und nach Entstehungs- und Änderungsbedingungen solchen Erlebens fragen.

Eine weitere Einseitigkeit ist zu korrigieren: Wenn manche Vertreter eines prozess- und zielorientierten Vorgehens fordern, dass der Therapeut ein Prozessexperte sein müsse, so wird dabei oft ein Verzicht auf den Anspruch eines „Inhaltsexperten“ ausgesprochen. Hier stellt sich jedoch die Frage, ob der „Prozessexperte“ nicht auch „Inhaltsexperte“ sein muss, schon deshalb, weil manche Prozessaspekte sich erst auf dem Hintergrund von inhaltlichen Vorgaben erkennen lassen. Hier soll die These vertreten werden, dass für das Verstehen des Klienten und des Prozesses, in dem dieser sich gerade befindet, Vorstellungen über mögliche Inhalte eine Rolle spielen (Teusch & Finke, 1995).

Solche Vorstellungen werden dem Therapeuten schon durch sein Alltagswissen nahe gelegt, durch ein Expertenwissen wird er diese präzisieren und differenzieren. Diese Inhalte stellen z. B. spezifische Gefühle und Bedürfnisse dar, die sich einerseits als Folge oder Ausdruck der Störung, andererseits der jeweiligen Persönlichkeit des Patienten ergeben. Dabei ist besonders bei lang anhaltenden Störungen von einer Verschränkung von Störung und Persönlichkeit auszugehen. Diese Inhalte werden durch charakteristische Themen abgebildet, den Schlüsselthemen der jeweiligen Störung (Finke, 2004). Das therapeutische Vorgehen ist hier insofern „themenzentriert“, als der Therapeut mit dem Bedeutsamwerden bestimmter Themen während des Therapieprozesses rechnet bzw. sich dafür sensibilisiert.

Die Auflistung solcher störungsspezifischer Themen entspricht also der Explikation des (alltagsweltlichen und expertenspezifisch-theoretischen) Vorwissens, des „Vorverständnisses“, ohne das ein Verstehen gar nicht möglich ist. Selbst wo ein solches Vorwissen nicht expliziert wird, leitet es als implizites doch ganz „selbstverständlich“ das Verstehen. Im Vollzug des *Einfühlenden Verstehens*, also im therapeutischen Prozess, hat der Therapeut freilich (aus der Beobachter-Perspektive) die Angemessenheit dieses Vorverständnisses ständig zu überprüfen und gegebenenfalls zu korrigieren, d. h. er hat zum Beispiel zu prüfen, welches Thema jeweils wirklich für den Patienten relevant ist. Das schließt auch die Überlegung ein, mit welcher Intensität ein Thema in Hinblick auf die jeweilige

Belastbarkeit des Patienten in einem bestimmten Prozess-Stadium zu bearbeiten ist.

Der Therapeut wird auch darauf achten, solche Themen nach Möglichkeit in einer bestimmten Reihenfolge zu bearbeiten (d. h. soweit dieses dem Erleben des Klienten und der Entwicklung der therapeutischen Beziehung entspricht). Er wird z. B. zunächst eher symptom- und später vorwiegend persönlichkeitsbezogene Themen aufgreifen. So ergibt sich ein therapiephasenspezifisches bzw. *prozessorientiertes* Vorgehen (Swidens, 1991). Inhalts- und Prozessorientierung sind also als miteinander verschränkt zu sehen.

Die Schlüsselthemen der Borderline-Störung und ihre Bearbeitung

Ein störungsbezogener Ansatz soll hier beispielhaft anhand der Borderline-Störung veranschaulicht werden (siehe zu diesem Thema, vor allem hinsichtlich der Störungstheorie, auch den Beitrag von Spielhofer in diesem Heft). Die Borderline-Störung wurde hier gewählt, weil dieses Störungsbild es in besonderer Weise notwendig macht, das „Standardverfahren“, also ein Intervenieren überwiegend auf der Ebene der Alter-Ego-Beziehung bzw. des *Einfühlenden Verstehens*, aus oben genannten Gründen zu modifizieren durch ein verstärktes Arbeiten z. B. auf der Ebene der Dialog-Beziehung. Auf der Ebene des konkreten Intervenierens sind dabei drei Handlungsebenen zu beschreiben:

1. Einfühlen und Verstehen, d. h. die sich aus der Position des *Einfühlenden Verstehens* bzw. der Alter-Ego-Beziehung ergebenden Interventionsformen.
2. *Beziehungsklären*.
3. *Selbsteinbringen*, einschließlich Konfrontieren (Ebene der Dialog-Beziehung).

Die Entscheidung für eine dieser Handlungsebenen im Therapieprozess erfolgt gewissermaßen aus der Perspektive des Beobachters, also auf der Ebene der Beobachter-Beziehung, die die fortlaufende Hintergrundfolie für das Handeln auf den oben genannten Ebenen darstellt. Dabei kann die Beobachter-Beziehung jedoch auch unmittelbar handlungsrelevant werden, der Therapeut interveniert dann unmittelbar auf dieser Beziehungsebene. Dies ist beim „Konfrontieren“ (Tscheulin, 1992) der Fall: Der Therapeut konfrontiert den Patienten mit einer Beobachtung widersprüchlichen Verhaltens. Wenn jedoch das Mitteilen einer Beobachtung mit einer „Ich-Botschaft“, d. h. mit Aspekten der emotionalen Resonanz des Therapeuten verbunden ist (z. B. „Ich beobachte mit Sorge ...“ oder „Es überrascht mich, dass ...“), ist es angemessen, eine solche Mitteilung als *Selbsteinbringen* zu klassifizieren (Finke, 2004).

Die Schlüsselthemen der Borderline-Störung ergeben sich zum einen aus der Auflistung der wesentlichen Symptome und Persönlichkeitsmerkmale in den Diagnose-Systemen ICD-10 und DMS-IV, zum anderen aus der Beschreibung von Symptomatik und Persönlichkeitsproblematik in der Literatur, vor allem auch seitens personenzentrierter Autoren (Finke, 2004). Natürlich kann man manchen Themen auch einen anderen Namen geben, wobei mit mancher Benennung auch schon eine Interpretation dieser Phänomene vorgenommen wird. Auch ist die jeweils vorgestellte Liste der störungstypischen Themen nicht als vollständig zu betrachten, schon weil durch die Individualität der jeweiligen Person weitere Themen bedeutsam sein können.

In der Aufstellung sind den Schlüsselthemen jeweils Unterthemen zugeordnet. Dadurch wird das im Obertitel genannte Phänomen bereits in einen Sinn erschließenden Kontext gestellt, d. h. im Unterthema werden die Gründe, manchmal allerdings auch die Konsequenzen, des im Oberthema angesprochenen Erlebens benannt.

Schlüsselthemen Borderline-Störung (aus Finke, 2004, S. 21)

Ärger und Wut

- Empörung bei erlebter Zurückweisung
- Enttäuschte Idealisierung
- Aggressive Getriebenheit

Selbstdestruktion

- Selbstbestrafung
- Autonomiebehauptung
- Suche nach Selbstkontakt

Identitäts-Störung

- Mangel an Selbstwahrnehmung
- Mangel an Selbstkontakt
- Emotionale Labilität

Autonomie-Erleben

- Mangel an Impulskontrolle
- Angst vor Nähe und Selbstverlust
- Ohnmachtserleben

Hier sollen beispielhaft zwei Themenkomplexe kurz erwähnt und ihre therapiepraktische Bearbeitung angedeutet werden, Ärger und Wut sowie die Identitätsstörung. Aus Raumgründen wurde nur eine beschränkte Anzahl von Interventionsbeispielen ausgewählt und auch zu den einzelnen Themen sind meist nur ein oder zwei Interventionsformen (Handlungsebenen) beispielhaft aufgeführt. Diese Interventionsformulierungen sollen exemplarisch das Prinzip des therapeutischen Vorgehens andeuten, es werden deshalb nur (konstruierte) Therapeuten- und keine Patientenäußerungen genannt.

Ärger und Wut: Die Gefühle von Ärger und Wut sind bei Borderline-Patienten oft sehr beherrschend (Eckert, 1994; Finke & Teusch, 2001; Finke, 2004). Solche Emotionen sind im Kontext des gestörten Beziehungs- wie des Selbsterlebens dieser Patienten zu sehen. (Hinsichtlich der Bedingungsanalyse solcher Gefühle und ihres unmittelbaren Anlasses entlang von Konstrukten wie „Spaltung“, „Projektion“ und „projektiver Identifizierung“ sei auf den Beitrag von Spielhofer in diesem Heft verwiesen).

Erleben von Zurückweisung und Entwertung: Borderline-Patienten fühlen sich auf dem Hintergrund sehr unrealistischer, mehr oder weniger stereotyper Beziehungserwartungen, die wiederum meist in traumatischen Beziehungserfahrungen gründen, schnell massiv zurückgewiesen und entwertet.⁶ Dieses Erleben löst dann kaum beherrschbaren Ärger und Wut aus. Therapeutisch ist es wichtig, die Zusammenhänge zwischen diesen Beziehungserwartungen gegenüber relevanten Bezugspersonen und dem tatsächlichen Beziehungsereignis herauszuarbeiten. Dies wird nicht selten auch die Beziehung zum Therapeuten betreffen. Das Klären dieser Zusammenhänge, das bei diesen Patienten auch zu einer Differenzierung der psychosozialen Wahrnehmung führen soll, ist durch Interventionen auf der Ebene des *Einfühlenden Verstehens* möglich:

T: „Sie wurden gegen Ihre Frau so zornig, weil Sie in ihrem Verhalten nur eine Rücksichtslosigkeit sehen konnten.“

Borderline-Patienten erleben, viel stärker als andere Patienten, oft auch intensive Gefühle der Ablehnung oder der Zuneigung gegenüber ihrem Therapeuten. Es ist wichtig, gerade diese Gefühle per *Beziehungsklären* aufzugreifen (Näheres dazu s. Finke, 2004):

T: „Sie erleben mich als wenig an Ihnen interessiert und das macht Sie so erbost.“

T: „Was war es genau, das Sie zu dem Schluss führte, Sie seien mir gleichgültig?“

Je nach Situation, z. B. bei besonders heftigen und den Patienten sehr bedrängenden Gefühlen, kann es auch indiziert sein, dass der Therapeut direkt antwortet, also auf der Ebene der Dialog-Beziehung bzw. des *Selbsteinbringens*, interveniert:

T: „Ich bin ziemlich irritiert und auch verletzt, dass Sie mich so attackieren. Helfen Sie mir, das zu verstehen.“

Enttäuschte Idealisierungen: Borderline-Patienten haben oft auch eine Störung der psychosozialen Wahrnehmung und sie neigen dazu, relevante Bezugspersonen entweder verklärend oder

⁶ Man könnte hier von dysfunktionalen bzw. „unrealistischen“ Beziehungserwartungen und gestörten Beziehungswahrnehmungen sprechen, die zu einer dysfunktionalen Beziehungsgestaltung (dysfunktionale Interaktionsmuster) führen. Spielhofer hat (in diesem Heft) die innerpsychische Dynamik dieser Vorgänge deutlich gemacht.

entwertend wahrzunehmen. Enttäuschungen der Erwartungen gegenüber vorher sehr idealisierten Personen können zu dem empörenden Gefühl führen, etwa in einem zentralen Wunsch nach Orientierung betrogen worden zu sein. Aber auch die noch nicht enttäuschte Idealisierung ist beachtenswert und sollte hinsichtlich des Bedürfnisses angesprochen werden, das zu dieser Idealisierung führt. Wenn die Idealisierung den Therapeuten betrifft, erfolgt ihre Ansprache natürlich per *Beziehungsklären*. Denn diese Idealisierungen, die der Realität nicht beliebig lange standhalten können, sind oft der Grund für heftiges Enttäuschungsleben.

T: „Sie scheinen in mir einen Menschen von fast übernatürlicher Güte zu sehen, vielleicht weil Sie sich sehr nach einem solchen Menschen sehnen?“

Aggressive Getriebenheit: Borderline-Patienten können unter plötzlich und scheinbar grundlos aufschießenden Gefühlen, wie z. B. Ärger und Wut, leiden. Dieser Zustand kann mit starker innerer Spannung und Gereiztheit verbunden und gerade wegen der scheinbaren Anlasslosigkeit sehr quälend sein. So wichtig es ist, dem Patienten dabei zu helfen, äußere und innere Situationen, die hier auslösend gewirkt haben können, präziser wahrzunehmen, so muss es zunächst darum gehen, dem Patienten bei der akuten Bewältigung dieser oft quälenden Gefühle zu helfen. Zwar kann schon das präzise Symbolisieren dieser Stimmungen und der Schwierigkeit, mit ihnen umzugehen, eine gewisse Entlastung schaffen, indem dadurch eine Distanzierung und das Erleben von mehr Selbstwirksamkeit ermöglicht wird. Auf der Alter-Ego-Ebene, also per Einfühlen und Verstehen, wäre in diesem Sinne etwa zu intervenieren wie folgt.

T: „Sie könnten die ganze Zeit platzen vor Wut und Sie wissen jetzt gar nicht, wohin Sie mit dieser entsetzlichen Spannung sollen.“

Auf der Ebene der Dialogbeziehung, also per *Selbsteinbringen*, könnte der Therapeut folgendermaßen formulieren.

T: „Es hat mich eben geärgert, wie gereizt Sie sich mir gegenüber verhalten. Aber jetzt frage ich mich, ob das mit mir persönlich vielleicht gar nicht so viel zu tun hat?“

Es müssen diesen Patienten in bestimmten Situationen, in denen sie ihren Stimmungen in sehr quälender und unter Umständen auch gefährdender Weise ausgeliefert sind, auch ganz konkrete Bewältigungshilfen gegeben werden. Schon insofern ist hier eine Modifizierung der „Standardmethode“ nötig. Hier kommt vor allem ein therapeutisches Vorgehen auf der Ebene der Dialog-Beziehung, insbesondere im Sinne des *Selbsteinbringens*, infrage. Aus der Position des *Selbsteinbringens* können wiederum sehr unterschiedliche Interventionen erfolgen, so das Mitteilen von Ähnlichkeit, auch von Hinweisen bzw. Ratschlägen (Finke, 2004). Besonders letztere werden natürlich immer zur Diskussion gestellt.

T: „Ich war auch schon mal in einer Situation, wo ich vor innerer Spannung mit mir kaum zurecht kam. Da hat mir Jogging geholfen, oder hätten Sie für sich eine andere Idee?“

Durch ein solches *Selbsteinbringen*, hier als *Mitteilen von Ähnlichkeit*, und die hiermit verbundene Aufforderung, über Bewältigungsmöglichkeiten nachzudenken, werden die Ressourcen des Patienten mobilisiert und sein aktives Bemühen und damit schließlich sein Selbstwerterleben gestärkt.

Identitätsstörung

Ein Mangel an Identitätserleben als Unklarheit hinsichtlich des „Selbstbildes, der persönlichen Ziele und der inneren Präferenzen“ wird in der ICD-10 als ein weiteres Symptom der Borderline-Störung beschrieben. Von personenzentrierter Seite ließe sich hier auch von einem diffusen, inkohärenten Selbstkonzept sprechen, wobei diese Störung hier nicht nur darin besteht, dass viele organismische Erfahrungen im Selbstkonzept nicht exakt symbolisiert werden. Vielmehr ist im Selbstkonzept dieser Patienten auch Widersprüchliches und wenig Konstantes symbolisiert; dieses ist also inkohärent und sehr wechselhaft. Die Gründe hierfür sind vielschichtig, vereinfachend lässt sich sagen, dass eine Störung der Selbstwahrnehmung, des Selbstkontaktes und eine emotionale Instabilität zu beschreiben sind.

Selbstwahrnehmung: Eine ebenso konsistente wie konstante Selbstwahrnehmung ist Voraussetzung für ein klar konturiertes und stabiles Selbstkonzept und damit für das Erleben von Identität. Dies gilt übrigens auch für die Fremdwahrnehmung, da sich Personen auch über den Blick der anderen definieren. Bei Borderline-Patienten sind sowohl Selbst- wie Fremdwahrnehmung vage bzw. ungenau und oft widersprüchlich. An der Fremdwahrnehmung kann sehr überzeugend über das *Beziehungsklären* (siehe oben), also über die Auseinandersetzung mit der Person des Therapeuten gearbeitet werden. Hinsichtlich der Selbstwahrnehmung müssen diese Patienten lernen, ihre Gefühle und vor allem ihre Bedürfnisse zunehmend besser zu identifizieren und zu differenzieren. Hierzu sind natürlich Interventionen auf der Ebene der Alter-Ego-Beziehung bzw. des *Einfühlenden Verstehens* geeignet.

T: „Was Sie sich wünschen ist, dass Ihr Mann Sie mehr als eigenständige Person respektiert und Ihnen andererseits doch zugewandt bleibt.“

Da Borderline-Patienten oft ein Erleben dafür fehlt, welche Gefühle und Bedürfnisse in einer bestimmten Situation überhaupt möglich und angemessen sind, kann der Therapeut als Modell fungieren und über das *Selbsteinbringen* intervenieren, hier im Sinne des *Anbietens einer alternativen Erlebensweise* (Finke, 2004).

T: „Ich wäre aber ziemlich enttäuscht und auch verletzt, wenn mein Partner so mit mir umginge.“

Selbstkontakt: Mit dem Begriff „gestörter Selbstkontakt“ ist die verminderte Fähigkeit gemeint, sich in emotional-erlebnishafter Weise selbst zu spüren, ein Gefühl von sich selbst zu haben, für sich selbst gegenwärtig zu sein. Das von der ICD-10 für die Borderline-Störung genannte Symptom der inneren Leere ist eine Äußerungsform des mangelnden Selbstkontaktes. Die Patienten leiden unter einer quälenden Langeweile und dem dumpfen Gefühl, keinen Zugang zu sich selbst zu haben. Sie suchen dann in Extremerlebnissen und im Risikoverhalten den Kontakt zum eigenen Fühlen. Durch Einfühlen und Verstehen, also auf der Ebene der Alter-Ego-Beziehung, sind die Bedürfnisse zu klären, die den Patienten zu seinem Verhalten führen.

T: „Wenn Sie sich so Hals über Kopf wieder in ein neues Liebesabenteuer stürzen, dann erst haben Sie das Gefühl, intensiv zu leben und sich selbst zu spüren.“

Über das *Selbsteinbringen* können dann die Konsequenzen solchen Verhaltens bearbeitet werden.

T: „Es bekümmert mich und besorgt mich, wie rücksichtslos Sie mit sich selbst umgehen.“

Emotionale Instabilität: Borderline-Patienten leiden oft unter sehr heftigen und schnell wechselnden Gefühlen. Da Gefühle immer auch eine Information über das eigene Selbst darstellen, erschwert dieser Wechsel die Bildung eines konsistenten Identitätserlebens. Das Ziel muss hier sein, Ursprung und Auslöser der oft scheinbar grundlos aufschießenden Gefühle (zunächst per Einfühlen und Verstehen) so zu klären, dass sie in ein kohärentes Konzept des eigenen Selbst integriert werden können. Ganz im „Hier und Jetzt“ und besonders erlebenszentriert und wirkungsvoll ist hier die Klärung von Gefühlen möglich, die sich auf den Therapeuten beziehen und per *Beziehungsklären* aufgegriffen werden.

T: „Irgendwie fühlen Sie sich von mir verraten, weil Sie mich telefonisch nicht erreichen konnten, und das lässt Sie jetzt so verärgert und misstrauisch mir gegenüber sein.“

Schlusswort: Das Anliegen dieser Darstellung

Mit diesen kurzen Beispielen sollte ein störungsbezogenes Vorgehen veranschaulicht und speziell die Therapiepraxis bei der Borderline-Störung angedeutet werden. Es sollte deutlich werden, dass eine Konzeptbildung, die mögliche Inhalte einer Therapie und den Modus ihrer Bearbeitung reflektiert, das therapeutische Verstehen so sensibilisieren und leiten kann, dass seine Reichweite größer und der Zugang zum Patienten zielsicherer wird. Auch sollte die

Vielschichtigkeit des therapeutischen Vorgehens angedeutet werden, das sich aus dem jeweiligen Beziehungsangebot ergibt.

Mit dieser präskriptiven Darstellung des therapeutischen Vorgehens werden Leitlinien entworfen, auf deren Hintergrund dieses Vorgehen überhaupt erst bewertbar und kritisierbar wird. Diese Leitlinien stellen jedoch keine rigiden Behandlungsanweisungen dar, sondern nur einen begrifflichen Raster für die Reflexion des therapeutischen Handelns und einige Orientierungspunkte für die therapeutische Suchhaltung. Denn erst auf dem Hintergrund einer differenzierten Begrifflichkeit kann sich die Möglichkeit des Verstehens voll entfalten, kann (aus der Perspektive eines Alltagsverständnisses) zunächst Unverständliches eben doch von einem „wissenden“ Verstehen eingeholt werden (Spielhofer, 1999). Mit solcher Begrifflichkeit und den entsprechenden konzeptionellen Vorentwürfen wird nur das für jedes Verstehen nötige Vorwissen bzw. „Vorverständnis“ bereitgestellt, ein Vorverständnis, das freilich mit der Wirklichkeit des Patienten immer wieder abzugleichen ist. Diese Leitlinien erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Für die eigene Entscheidung und die eigene Intuition und Improvisation bleibt in jedem Falle hinreichend Spielraum.

Bei dem hier vertretenen Ansatz einer störungsbezogenen Gesprächspsychotherapie sind die Aspekte einer Teilnehmer-Beziehung im Sinne von Rogers immer mitzulesen, auch wenn diese wegen der verkürzenden Darstellungsweise in der hier skizzierten Behandlungspraxis nicht genügend zum Ausdruck kommen. Bei einer auf Systematik und Übersichtlichkeit bedachten Darstellung kann der Eindruck eines sehr zweckrationalen, durchstrukturierten Vorgehens entstehen, bei dem selbst das Beziehungsangebot des Therapeuten instrumentalisiert wird. Instrumentalisierung der Beziehung? Das mag wenig personenzentriert klingen. Eine solche Formulierung wäre in der Tat auch missverständlich. Aber eine therapeutische Beziehung kann nicht in dem Sinne zweckfrei sein wie eine Freundschafts- oder eine Liebesbeziehung. Eine therapeutische Beziehung „bezweckt“ immer etwas jenseits dieser Beziehung, nämlich die Entwicklung des Patienten. Insofern ist die therapeutische Beziehung immer, worauf auch Buber (1992) gegenüber Rogers insistierte, eine Zweckbeziehung. Das schließt aber nicht aus, dass der Therapeut als Teilnehmer der Interaktion echt ist und dass diese Interaktion öfter auch die Grenze zu einer wahrhaft existenziellen Begegnung überschreitet und in diesen Augenblicken auch zweckfrei ist, d. h. eine therapeutische Zielsetzung transzendiert.

Literatur

- Beck, H. (1991). *Buber und Rogers*. Heidelberg: Asanger.
- Buber, M. (1962). *Das dialogische Prinzip*. Heidelberg: Schneider.
- Buber, M. (1992). Carl Rogers im Gespräch mit Martin Buber. In M. Behr, U. Esser, F. Petermann, W. M. Pfeiffer & R. Tausch (Hrsg.), *Jahrbuch Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie* (S. 184–201). Köln: GwG.
- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and human relations, a primer for lay and professional helpers (Vol. 1: Selection and Training, Vol. 2: Practice and Research)*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Carkhuff, R. R. & Truax, C. B. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice*. Chicago – New York: Aldine-Atherton.
- Carus, C. G. (1846). *Psyche. Zur Entwicklungsgeschichte der Seele*. Pforzheim: Flammer & Hoffmann.
- Dilthey, W. (1927). *Gesammelte Schriften. Bd. VII*. Leipzig: Teubner.
- Eckert, J. (1994). Die Auswirkungen trieb- und selbsttheoretischer Auffassungen der Aggression auf die Psychotherapie von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In L. Teusch, J. Finke & M. Gastpar (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen* (S. 42–48). Heidelberg: Asanger.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie – Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. & Teusch, L. (2001). Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In G. Dammann & P. L. Janssen (Hrsg.), *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen* (S. 136–146). Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. & Teusch, L. (2002). Die störungsspezifische Perspektive in der personenzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 147–162). Wien – New York: Springer.
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention*. Stuttgart: Thieme.
- Foucault, M. (1986). *Sexualität und Wahrheit III. Die Sorge um sich*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (2002). *Die Geburt der Klinik*. Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1912/1975). *Schriften zur Behandlungstechnik* (Studienausgabe). Frankfurt: Fischer.
- Habermas, J. (1996). *Der philosophische Diskurs der Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der klientenzentrierten Psychotherapie. *Person* 1, 5–13.
- Lorenzer, A. (1976). *Spracherstörung und Rekonstruktion*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Lyotard, J.-F. (1999). *Das postmoderne Wissen*. Wien: Passagen.
- Meyer, A.-E. (1993). Geleitwort. In L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie* (S. 5–12). Heidelberg: Asanger.
- Meyer-Drawe, K. (2000). *Illusionen von Autonomie*. München: Kirchheim.
- Pfeiffer, W. M. (1991). Krankheit und zwischenmenschliche Beziehung. In J. Finke & L. Teusch (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen. Neue Entwicklungen in Theorie und Praxis* (S. 25–44). Heidelberg: Asanger.
- Rogers, C. R. (1951a/1973). *Die klient-bezogene Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler (Original erschienen 1951: *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1961a/1976). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta (Original erschienen 1961: *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1962c/1977). Ein Bericht über Psychotherapie mit Schizophrenen. In C. R. Rogers, *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 162–179). München: Kindler (Original erschienen 1962: Some learnings from a study of psychotherapy with schizophrenics. *Pennsylvania Psychiatric Quarterly*, Summer, 3–15).
- Rogers, C. R. (1975e/1977). Klientenzentrierte Psychotherapie. In C. R. Rogers, *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 15–52). München: Kindler. (Original erschienen 1975: Client-centered psychotherapy. In A. M. Freedman, H. I. Kaplan, B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry, II: Vol. 2* (2nd. ed.) (pp. 1831–1843). Baltimore, MD: Williams and Wilkins).
- Rogers, C. R. (1977b/1981). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett (Original erschienen 1977: *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. & Schmid, P. F. (1991). *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*. Mainz: Grünewald.
- Rüsen, J. (1990). *Zeit und Sinn. Strategien historischen Denkens*. Frankfurt: Fischer.
- Schleiermacher, F. D. E. (1977). *Hermeneutik und Kritik*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Bd. 1: Autonomie und Solidarität*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. F. (2002). Anspruch und Antwort: Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 75–105). Wien – New York: Springer.
- Spielhofer, H. (1999). Empathie, hermeneutisches Verstehen oder Konstruktion? Das Erkenntnisverfahren in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 3, 122–130.
- Spielhofer, H. (2004). Psychotherapie als Prozess der Anerkennung. *Person*, 8, 102–113.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Teusch, L. & Finke, J. (1995). Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Panik und Agoraphobie. *Psychotherapeut*, 40, 88–95.
- Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention*. Göttingen: Hogrefe.

Autor

Jobst Finke, Dr. med, Facharzt für psychotherapeutische Medizin sowie Neurologie und Psychiatrie. Ausbilder in der GwG und ÄGG. Weiterbilder an der Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Essen, Supervisor an der Psychiatrischen Klinik Castrop-Rauxel. Arbeitsschwerpunkte: Persönlichkeits- und Therapietheorie des PCA, störungsbezogene Psychotherapie. Publikationen: *Beziehung und Intervention, Thieme; Gesprächspsychotherapie, Thieme u. a.*

Kontaktadresse

Dr. Jobst Finke,
Psychiatrische Klinik, Barhovenallee 171, D-45239 Essen;
jobst.finke@uni-essen.de.

Hermann Spielhofer

Selbststrukturen bei narzisstischen Störungen und Borderline-Persönlichkeiten

Zusammenfassung: *Im folgenden Beitrag soll die Bedeutung von störungsspezifischen Konzepten für die Theoriebildung wie auch für die psychotherapeutische Praxis anhand von Persönlichkeitsstörungen dargestellt werden, und zwar insbesondere am Beispiel der narzisstischen Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstrukturen. Bei diesen Störungsbildern steht, im Unterschied zu den neurotischen Störungen, nicht die Inkongruenz zwischen Selbst und organismischem Erleben im Vordergrund, sondern die Beeinträchtigung des Selbstkonzepts.*

Zur Darstellung und Begründung narzisstischer Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstrukturen, erscheint es daher notwendig, die Entwicklung des Selbst und die Ausbildung der Selbststrukturen aufzuzeigen. Ich greife dabei auf theoretische Konzepte der Selbstpsychologie, der Objektbeziehungstheorie sowie der empirischen Säuglingsforschung zurück, um im Lichte dieser Theorien und Erkenntnisse die theoretische Konzeption des Selbst im Rahmen des Personzentrierten Ansatzes zu diskutieren und weiterzuentwickeln. Es geht um die Topographie der Selbststruktur als Modell zur Darstellung und Begründung von Selbsterleben.

Stichwörter: *Borderline-Persönlichkeit, narzisstische Störung, Persönlichkeitsstörungen, Selbst, Selbststruktur.*

Abstract: Self-structures in narcissistic disorders and borderline personalities. *In this article the significance of disorder-oriented concepts for both the development of theories and the practice of psychotherapy is described on the basis of personality disorders, particularly of narcissistic and borderline disorders. As opposed to neurotic disorders, where the incongruence between self and organismic experience is in the foreground, the disturbance of the self-concept is regarded as the primary cause of personality disorders*

In order to describe and find reasons for narcissistic and borderline disorders it seems necessary, to illustrate the development and structure of the self. For this the author refers to theoretical concepts of self-psychology, object theory and empirical infant research in order to discuss and develop the conception of self within the person-centred approach in the light of these theories. We have to develop a topography of a structure of self for a model to found the self-experience.

Keywords: *Borderline disorder, narcissistic disorder, personality disorder, self, self-structure.*

1. Die Bedeutung des Selbst für die Begründung psychischer Störungen

Gesundheit und Krankheit sind keine in der Realität oder in der Natur des Menschen vorgegebenen Tatsachen, sondern Konstruktionen aufgrund unserer Bilder vom Menschen, von seinem Wesen und seiner Bestimmung. Der Krankheitsbegriff ist daher nicht nur in der Psychotherapie abhängig vom kulturellen Hintergrund, von unserer Tradition sowie vom wissenschaftlichen Diskurs, dem *talking about human*. Für die Psychotherapie gilt dies allerdings in einem besonderen Maße: Wir sind hier in der speziellen Situation, dass wir unseren Gegenstand, die Psyche oder das menschliche Erleben, nicht unmittelbar erfassen können, sondern auf theoretische Modelle zur Darstellung und Begründung der psychischen Phänomene angewiesen sind.

Bereits Rogers (1951a/1972, S.21) hat darauf hingewiesen, dass die Klientenzentrierte Psychotherapie ein Produkt ihrer Zeit und ihres kulturellen Hintergrunds ist. Er hat Theorie stets als einen fehlerhaften, sich im Wandel befindlichen Versuch verstanden, der vor allem Anreiz für weiteres Denken darstellen sollte. Das heißt, dass es sich bei der Wissenschaft insgesamt um einen offenen Prozess handelt, der niemals abgeschlossen ist. So sind auch die Begriffe Gesundheit und Krankheit nicht nur dem kulturellen Wandel unterworfen, wie sich am Beispiel der Homosexualität oder der Psychopathien zeigt, sondern innerhalb unserer pluralistischen Gesellschaft gibt es auch unterschiedliche Konzepte vom Menschen und daher auch unterschiedliche Theorien über psychische Störungen, über ihre Bestimmung sowie Behandlung. Außerdem ist heute die Unterscheidung in „gesund“ und „krank“ relativiert worden, weil es ständig sowohl normale „gesunde“ Prozesse im Organismus

gibt, wie auch abweichende, „kranke“. Daher zielt die bestehende Definition der Weltgesundheitsorganisation auch auf das subjektive Wohlbefinden der Betroffenen und nicht auf objektive, messbare Daten.

Aber nicht nur die Bestimmung dessen, was als „krank“ oder „abnormal“ eingestuft wurde, hat sich verändert, verändert haben sich auch die Zuordnungen und Klassifikationen. Früher waren es vor allem nosologische Gesichtspunkte, nach denen Störungen zusammengefasst wurden – also hinsichtlich ihrer Ursachen (Ätiologie) und der zugrunde liegenden Prozesse (Pathogenese). Neuere Einteilungen wie ICD-10 oder DSM-IV orientieren sich dagegen an deskriptiven Ansätzen, wonach die Störungsbilder nach der Ähnlichkeit ihrer Symptome (Syndrome) zusammengefasst werden, auch wenn sie unterschiedliche Entstehungsbedingungen und Verläufe aufweisen, wie etwa die depressiven Störungen.

Bei der Darstellung und Begründung der Persönlichkeitstheorie wie auch der Störungslehre des Person- bzw. Klientenzentrierten Ansatzes spielt das Selbstkonzept eine zentrale Rolle. Während neurotische Störungen auf die Inkongruenz von Selbstbild und organismischem Erleben zurückgehen, basieren die Persönlichkeitsstörungen wie die narzisstischen Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstrukturen vor allem auf Störungen des Selbst, die – wie noch zu zeigen sein wird – vor allem in frühen Phasen der Selbstentwicklung aufgetreten sind. Man spricht daher auch von „basalen“ oder „strukturellen Selbstpathologien“.

Aus diesem Grund erscheint es mir insbesondere für die Darstellung und Begründung der Persönlichkeitsstörungen notwendig, die Entwicklung des Selbst und dessen Strukturen differenziert zu beschreiben. Da die bisherige Konzeption des Selbst im Personenzentrierten Ansatz relativ allgemein und zum Teil widersprüchlich ist, habe ich versucht, entsprechende Konzepte der Selbstpsychologie, der Säuglingsforschung sowie der Objektbeziehungstheorie einzubeziehen, soweit sie mir als kompatibel mit den theoretischen Ansprüchen unseres Ansatzes erschienen sind (vgl. dazu auch Fröhlich-Gildhoff & Hufnagel, 1997; Schmidtchen, 1995). Obwohl Rogers den aus der Biologie entlehnten Metaphern des Wachstums und der Entwicklung große Bedeutung beimisst, sind die Bedingungen und Regeln, nach denen sich die Prozesse des Wachstums und der Entfaltung vollziehen, sowie die Strukturen auf denen sie basieren, weitgehend unklar geblieben.

Allerdings kann es dabei nicht darum gehen, diese Theorien eins zu eins zu übernehmen und in die Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie des Personenzentrierten Ansatzes einzubauen. Diese Gefahr ist nämlich durch das Fehlen differenzierter eigener Konzepte gegeben sowie durch den Druck, sich als wissenschaftliches Verfahren auszuweisen, wie man am Beispiel anderer Theorien feststellen kann.¹ Eine Diskussion zur Klärung der Fragen, welche Konzepte und Ansätze mit dem humanistischen Anspruch und dem Menschenbild der Personenzentrierten Psychotherapie sowie dem phänomenologischen Wissenschaftsverständnis kompatibel und

welche Kriterien dabei zu beachten sind, gibt es erst in Ansätzen (Iseli et al., 2002; Keil & Stumm, 2002; Schmid, 2003).

Ziel kann nur sein, die eigenen genuin personenzentrierten Konzepte im Lichte dieser Theorien zu diskutieren und weiterzuentwickeln. Außerdem ist es notwendig, sich mit diesen genannten Theorien, wie etwa den Annahmen der Säuglingsforschung oder der Selbstpsychologie, kritisch auseinander zu setzen. So ist der „Säugling“ der Säuglingsforschung ebenfalls eine Konstruktion, die aus den Beobachtungen von Erwachsenen abgeleitet worden ist und keine empirische Gegebenheit. Wie G. Bittner (1995, S. 168) anmerkt, „führt uns die mit viel methodologischem Getöse ins Werk gesetzte empirische Säuglings- und Kleinkindforschung moderner Provenienz keineswegs die früheste Lebensphase vor Augen, ‚wie sie wirklich ist‘, sondern landet flugs in einer neuen Kindheitskonstruktion: der des ‚kompetenten Säuglings‘“. Beobachtungen können uns nichts über die „psychische Realität“ oder das Innenleben des Säuglings sagen, sondern wir können nur über Analogien aus unserem eigenen Erleben auf das Erleben des Säuglings schließen, mit allen Vorbehalten, die sich aus der Übertragung des Erlebens Erwachsener auf den Säugling ergeben. Auch Daniel N. Stern (1985/1992, S. 16) schreibt: „Weil wir die subjektive Welt in der der Säugling lebt, selbst nicht kennen, müssen wir uns diese Welt [...] ‚ausdenken‘, wir müssen sie erfinden.“ Im Unterschied zu den Annahmen von T. S. Kuhn (1970/1989), wonach ein Paradigma, also ein Set von Überzeugungen, Theorien, Methoden und institutionellen Rahmenbedingungen zur Lösung von Problemen, abgelöst und ersetzt wird durch ein anderes, für die Lösung von Problemen besser geeignetes Paradigma, ist eher davon auszugehen, dass neue Paradigmen meist auf vorhergehenden aufbauen und Elemente daraus übernehmen.

Die Krankheitsbilder der narzisstischen und Borderline-Störungen wurden von mir auch deswegen zur Darstellung der Bedeutung störungsspezifischer Konzepte in der Personenzentrierten Psychotherapie ausgewählt, weil sie einerseits in der Diskussion psychischer Störungen einen immer breiteren Raum einnehmen und hier andererseits Kenntnisse über Entwicklung, Symptomatik und Psychodynamik sowie der zugrundeliegenden Strukturen in besonderer Weise hilfreich sind. Denn gerade diese Klienten² stellen oft eine besondere Herausforderung dar. Von vielen Autoren, die sich mit diesen Störungsbildern beschäftigt haben, wird betont, dass es notwendig ist, das therapeutische Vorgehen sowie das Beziehungsangebot zu erweitern, um vor allem die Fehlanpassungen im Bereich des

1 Vgl. dazu die Bestrebungen, biologisch-naturwissenschaftliche Konzepte wie die Neuropsychologie oder die Systemtheorie für die Erklärung organischer Prozesse und Strukturen heranzuziehen, ohne die Frage zu klären, wie die damit verbundenen Gegenstandsbestimmungen und Wirklichkeitskonstruktionen mit der phänomenologisch-existenzialistischen Sichtweise des Personenzentrierten Ansatzes vereinbar sind (vgl., Kriz, 1999; Biermann-Ratjen et al., 1995).

2 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden abwechselnd die weibliche und männliche Form verwendet, wobei jeweils beide Geschlechter gemeint sind.

Beziehungsverhaltens, der Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie der Interpretation von sozialen Situationen zu verändern (Swildens, 1991, 1994; Eckert et al., 2000; Finke & Teusch, 2001; Finke, 2004; Reinert, 2004; Sachse, 2004).

Insbesondere seit dem Erscheinen der Arbeiten von Heinz Kohut (1971/1973) und Otto F. Kernberg (1975/1978) haben die Konzepte des Narzissmus und der Borderline-Störungen eine Renaissance erfahren. Durch ihre Beiträge hat sich das Verständnis für diese Störungsbilder erweitert und damit hat auch deren Bedeutung für die psychotherapeutische Diskussion sowie für die klinische Praxis zugenommen. Dies lässt sich auch an der steigenden Zahl der Publikationen zu diesem Thema ablesen. Auch die Störungslehre von Rogers orientiert sich primär an der Selbstwertproblematik und der positiven Anerkennung durch den Anderen. Auf die Gemeinsamkeiten von Selbstpsychologie und Personzentriertem Ansatz wurde bereits mehrfach hingewiesen (Kahn, 1989; Bohart, 1991; Tobin, 1991; Stumm, 2001).

Hinzu kommt, dass es auch tatsächlich zu einer Zunahme dieser Störungsbilder in den letzten Jahrzehnten gekommen sein dürfte, und zwar aufgrund von gesellschaftlichen Veränderungen, wie der Auflösung der traditionellen Familienstrukturen, des Wandels in den Rollenbildern, der Unsicherheit und oft Überforderung der Eltern hinsichtlich der pädagogischen Orientierung, des Einflusses der Medien und vor allem der Werbung auf die Wünsche und Bedürfnisse der Heranwachsenden und nicht zuletzt aufgrund der Unsicherheit hinsichtlich der beruflichen und ökonomischen Perspektiven. Es fehlen zunehmend stabile soziale Strukturen und überschaubare gesellschaftliche Normen und Werte, was die Ausbildung eines kohärenten Selbst erschwert.

2. Entwicklung des Selbst

Das Selbst ist nach Rogers (1959a/1987, S. 26f) das bewusste oder bewusstseinsfähige Bild von der eigenen Person und ihren Beziehungen zur Umwelt sowie den damit verbundenen Bewertungen. Es gründet auf der Tendenz des Individuums nach Entwicklung und Differenzierung sowie der Fähigkeit, einen Teil seines Erlebens wahrzunehmen und zu symbolisieren und damit die Bewusstheit des eigenen Seins und Wirkens zu erlangen. „Wenn das Kleinkind die Interaktion mit seiner Umgebung aufnimmt“, schreibt Rogers (1951a/1972, S. 430), „fängt es an, Konzepte über sich selbst in Beziehung zur Umgebung zu bilden. Zwar sind diese Konzepte nicht-verbal und dem Bewusstsein vielleicht nicht gegenwärtig, aber das hindert sie nicht daran, als leitende Prinzipien zu funktionieren.“

Aufgrund des Bedürfnisses des Kindes nach positiver Beachtung und der Abhängigkeit von den Erwachsenen ist es bestrebt, sein Verhalten nach diesen Erwartungen auszurichten, was dazu führt, dass es Teile des eigenen organismischen Erlebens unterdrücken

oder verfälschen muss. Das heißt, es kommt zur Unvereinbarkeit, zur *Inkongruenz*, von organismischer Erfahrung und Selbstbild. Gewisse Erlebnisse, die im Widerspruch zum Selbst stehen, werden nicht exakt symbolisiert und daher nicht bewusst wahrgenommen. Um die Selbststruktur aufrecht zu erhalten, müssen vom Organismus Maßnahmen getroffen werden, die inkongruenten Anteile der Erfahrung auszuschließen. Damit wird das Individuum seinen natürlichen organismischen Erlebnissen entfremdet, was zu Spannungen, Unsicherheit und Ängsten führt.

Bei diesem Inkongruenz-Modell handelt es sich um einen begrifflichen Raster, um eine Folie, auf der die Phänomene von psychischer Fehlanpassung aufgetragen und interpretiert werden, auch wenn bei Rogers und in der Psychotherapie insgesamt manchmal der Eindruck entsteht, dass es sich dabei um reale Gegebenheiten handelt. Es geht jedoch nicht darum, die „Realität“ möglichst genau abzubilden, sondern es geht um die Frage, ob unsere Begriffe und Konzepte geeignet sind, die Entwicklung der Person sowie die dabei auftretenden psychischen Störungen und Fehlanpassungen darzustellen und zu erklären, und zwar auf der Basis unseres Menschenbildes, also der philosophisch-anthropologischen Grundannahmen.

Gerade bei der Darstellung der Persönlichkeitsstörungen müssen wir davon ausgehen, dass es sich beim Selbst um komplexe Strukturen und Prozesse handelt, die nur zum Teil symbolisiert und dem Bewusstsein zugänglich sind. Die Annahme Rogers' (1959a/1987, S. 26), dass es sich beim Selbst um eine organisierte, in sich geschlossene, kohärente Gestalt handelt, ist offensichtlich der Tendenz nach im Menschen angelegt, als Bedürfnis nach innerer Einheit und Integrität. Daher werden auch die mit diesem Selbstbild inkompatiblen Anteile aus dem Bewusstsein ausgeschlossen. Aber diese abgewehrten Anteile bleiben trotzdem wirksam und beeinflussen oder bedrohen unser Selbsterleben und bestimmen unser Handeln. Auch Rogers betont, wie bereits gezeigt wurde, dass das Kleinkind früh beginnt, Konzepte über sich selbst und über seine Umgebung zu bilden, die vorerst nicht-verbal und dem Bewusstsein nicht gegenwärtig sind. Aber wie sich gerade am Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstrukturen zeigt, gibt es auch im Bereich des bewussten oder bewusstseinsfähigen Selbst unvereinbare Anteile, die durch einen Abwehrvorgang, den man als „(Ab-)Spaltung“ bezeichnen muss, voneinander isoliert werden, um die Desintegration des Selbst zu vermeiden. Im Unterschied zur Abwehr von organismischem Erleben vom Bewusstsein, wie sie von Rogers konzipiert worden ist, handelt es sich bei der „Spaltung“ um eine vertikale Schranke zwischen unvereinbaren psychischen Dispositionen im Selbst, die durch Verleugnung der jeweils abgewehrten Anteile aufrecht erhalten wird.

Aufgrund dieser Problematik findet Stefan Schmidtchen (1993, S. 198) den Begriff „Selbstkonzept“ irreführend, als er suggeriert, dass es ein einheitliches zusammenhängendes Konzept gibt. „Dies stimmt nicht“, wendet er dagegen ein, „denn das Selbstkonzept

besteht – insbesondere bei Kindern – aus einer Fülle von Teilkonzepten, die darüber hinaus noch sehr unterschiedlich entwickelt sein können. – Zu ergänzen ist auch, dass sich alle Teilkonzepte des Selbst durch den permanenten Gewinn neuer Erfahrungen verändern können, sodass man nie von einer endgültigen bzw. abgeschlossenen Konzeptbildung ausgehen kann.“ Er fordert daher, dass eine personenzentrierte Störungslehre im Wesentlichen eine Lehre der lebensgeschichtlichen Entwicklung der Selbstpathologien sein sollte, wobei die Kenntnis von alterstypischen kindlichen Entwicklungsaufgaben wichtig ist, weil die dabei entstehenden internalisierten Schemata bzw. „Urmuster“ markante Stufen der Selbstentwicklung darstellen.

Entwicklung eines vorsprachlichen Selbst

Allen genannten Theorien ist gemeinsam, dass das Selbst nicht von Beginn an existiert, sondern dass es sich im Rahmen der Interaktion des Kindes mit der Umwelt entwickelt und auf der dem Organismus innewohnenden Tendenz zur Differenzierung basiert. Lange bevor der Säugling sich selbst als Person wahrnimmt, sammelt er eine Reihe von sensorischen Eindrücken auf verschiedenen Ebenen, sowohl aus dem Körperinneren als auch in Form von Außenreizen. Dabei spielen vor allem die Haut und der Tastsinn sowie in der Folge die Augen und das Gehör eine Rolle. Diese vorerst durch Körperempfindungen bestimmten Gewährwurdungen werden zunehmend mit den Wahrnehmungen der äußeren Situation verbunden und zu Bruchstücken oder Vorläufern des Selbstbildes. Daniel Stern (1985/1992) spricht vom auftauchenden Selbsterleben, wobei es zu einzelnen isolierten Empfindungen, so genannten „Inseln“ kommt. „Mit dem ‚Selbst‘, das empfunden wird, meine ich ein invariantes Gewährseinsmuster, das nur anlässlich der Aktivitäten und psychischen Vorgänge des Säuglings zum Vorschein kommt. Ein invariantes Gewährseinsmuster ist eine Organisationsform. Es ist das organisierende, subjektive Erleben dessen, was wir später verbal als das ‚Selbst‘ bezeichnen“ und es „ist das präverbale, existentielle Pendant zu dem objektivierbaren, selbstreflexiven, verbalisierbaren Selbst“ (ebenda, S. 20). Dabei spielen vor allem Körperempfindungen eine Rolle, verbunden mit dem Erleben von Lust und Unlust.

Nach der Trennung vom Mutterleib, wo die körperlichen Bedürfnisse des Kindes automatisch erfüllt werden, muss es nun seine Not kundtun. Dieser Schritt einer ersten körperlichen Abgrenzung verbunden mit einer homöostatischen Krise erfordert neue Formen der Anpassung und des Zusammenspiels zwischen Mutter und Kind. Durch die Unterbrechung des Kreislaufes von Körperbedürfnis und Befriedigung kommt ein neuer Aspekt in das Wechselspiel; das Kind muss seine Bedürfnisse einbringen; es muss sich artikulieren. Diese Artikulation des Kindes in Form von Weinen oder Schreien und die damit einhergehenden motorischen Äußerungen sowie die Art der Befriedigung durch die Bezugspersonen werden allmählich im Selbst

repräsentiert, d. h. sie erlangen eine Form der Gewährwurdung. Daraus entstehen unterschiedliche Bilder von Interaktionssequenzen, die zum Teil mit lustvollen emotionalen Erfahrungen verbunden sind, wie etwa dem Stillen oder anderen körperliche Zuwendungen, und die zum Teil mit schmerzlichen Gefühlen assoziiert sind, wie solchen, wenn das Schreien lange Zeit unbeantwortet bleibt oder wenn das Stillen abrupt beendet wird. Diese Interaktionserfahrungen sind auch bestimmt durch die gesellschaftlich vorgegebene Praxis der Kindererziehung sowie der Mutterrolle, wie sie auch in der Sprache niedergelegt sind (Lorenzer, 1972; Spielhofer, 2001).

Es bilden sich „sensomotorische Schemata“, wie Piaget (1959/1969, S. 378f) schreibt, in denen sensorische, motorische und affektive Komponenten zu einer Repräsentanz verschmolzen sind. Daniel Stern (1985/1992, S. 143) bezeichnet sie als „Repräsentationen von Interaktionen, die generalisiert werden“, kurz „RIGs“ genannt. Aufgrund lustvoller oder unlustvoller Erfahrungen werden diese Schemata von Interaktionssequenzen mit den Gefühlen der Befriedigung und Enttäuschung, Entspannung und Spannung, Zuneigung und Wut gekoppelt. Dies bedeutet auch, dass es getrennt wahrgenommene und gespeicherte Bilder der Mutter³ oder anderer Bezugspersonen gibt, und zwar als Resultat von sehr divergierend wahrgenommenen Verhaltenssequenzen etwa einer „guten“ (zugewandten, versorgenden) und einer „bösen“ (versagenden) Mutter, wie dies auch schon von Melanie Klein (1962) beschrieben worden ist. Diese Aufspaltung in „gute“ und „böse“ Objekte oder (Anteile der) Bezugspersonen kann später nur überwunden werden, wenn die Versagungen und die dadurch ausgelösten Hassgefühle nicht zu groß sind. Diese „Spaltung“ ist eine frühe Form der Abwehr, um die positiven Anteile vor den zerstörerischen, negativen Anteilen zu schützen, in einer Phase, in der das Selbst noch nicht kohärent und stabil genug ist, um die unterschiedlichen Anteile zu integrieren und synthetisieren.

In diesen ersten Beziehungserfahrungen entwickelt das Kleinkind auch die Fähigkeit zur Affektregulierung. Durch die Spiegelung des Ausdrucksverhaltens und der damit verbundenen Gefühle lernt das Kind über die Reaktionen der Eltern seine Gefühle wahrzunehmen und zu bewerten. Vor allem dadurch, dass die Mutter die Gefühlsäußerungen des Kleinkindes mimisch und vokal spiegelt und später auch benennt, so etwa, wenn sie das freudige Lächeln des Kindes ebenfalls mit einem Lächeln beantwortet oder Erstaunen und Ärger wiedergibt, lernt das Kind erst, die Gefühle wahrzunehmen. Wenn vonseiten der Mutter das einführende Verständnis der kindlichen Emotionen fehlt, diese Affektspiegelung nur mangelhaft stattfindet, kann auch das Kind nur schwer seine Gefühle differenziert wahrnehmen und später symbolisieren, und auch die Affektregulierung ist dadurch erschwert. Außerdem werden durch diese spiegelnden emotionalen Antworten, nicht nur die Voraussetzungen

3 Der Begriff „Mutter“ wird hier als Kürzel für „primäre Bezugsperson“ verwendet.

für eine differenzierte Wahrnehmung und Identifizierung der Gefühle geschaffen, sondern es kommt zur Ausbildung von *sekundären emotionalen Repräsentationen*, also nicht auf unmittelbaren körperlichen Empfindungen beruhenden Erfahrungen, die der Affektregulierung und der Impulskontrolle dienen (Fonagy et al., 2002/2004).

Die emotionalen Äußerungen des Säuglings und die darauf folgenden spiegelnden mimischen und vokalen Antworten der Mutter werden in der Wahrnehmung des Kindes miteinander Verknüpft. Dieser emotional-kommunikative Austausch, der gemeinsame „Tanz“, wie Stern (1985/1992) schreibt, führt dazu, dass das Kleinkind die Affektspiegelung der Mutter als beruhigend und positiv registriert. Dadurch wird die Grundlage für die Wahrnehmung der eigenen Person als regulierender Akteur, als „Urheber“ der positiven Erfahrungen geschaffen. Daneben ist es auch wichtig, dass die mütterliche Bezugsperson die Artikulation der Bedürfnisse des Säuglings angemessen beantwortet und dadurch starke Angst- und Spannungszustände vermeidet. Diese äußere Gefühls- und Bedürfnisregulation in der vorsprachlichen Zeit, bezeichnet Winnicott (1953/1969) als „holding function“. Dadurch lernt das Kind ebenfalls, dass es Fürsorge und Trost beim Partner hervorrufen kann und erwirbt ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit und fühlt sich nicht hilflos und ausgeliefert.

Wenn diese Affektspiegelungen aber nicht kongruent sind und die Mutter die Gefühle des Säuglings falsch interpretiert oder nicht angemessen wiedergeben kann, weil sie von den eigenen Emotionen beherrscht wird, wie z. B. großer Unsicherheit oder Ablehnung, so wird das Kleinkind diese emotionalen Äußerungen ebenfalls mit seinen Empfindungen verknüpfen. Damit wird allerdings eine verzerrte sekundäre emotionale Repräsentation aufgebaut und die organismische Erfahrung falsch symbolisiert. Hier spielt auch die Regulierung negativer Affekte eine Rolle, wie sie Wilfried R. Bion (1970) in seinem Konzept des *Containment* beschrieben hat. Dabei greift die Mutter nicht nur die Emotionen – vor allem die negativen – auf und beantwortet sie, sondern sie verändert sie so, dass sie für das Kind erträglicher werden. *Containment* ist also eine Form der Regulierung negativer Emotionen, die von der Mutter vorgenommen und vom Kind allmählich internalisiert wird. So kann die Mutter die Wut des Kleinkindes in ihrem Gesichtsausdruck wiedergeben, aber durch die Stimme zunehmend Beruhigung signalisieren. Dadurch ist es möglich, heftige Affekte so zu regulieren, dass sie erträglicher und bewältigbar werden.

Zwischen dem zweiten und sechsten Lebensmonat bildet sich nach Daniel Stern (1985/1992, S. 104f) so etwas wie das Empfinden eines Kern-Selbst aus als Grundlage für alle differenzierteren Selbstempfindungen, die sich später entwickeln. Dieses Kern-Selbst zeichnet sich erstens dadurch aus, dass sich das Kleinkind allmählich als Urheber der eigenen Handlungen empfindet, sowie zweitens durch das Empfinden einer *Selbst-Kohärenz*, d. h. das Empfinden ein abgegrenztes körperliches Ganzes zu sein. Drittens ist das Kern-Selbst charakterisiert durch die *Selbst-Affektivität*, d. h.

durch das Empfinden der eigenen inneren Gefühlserlebnisse, die Teil der Selbsterfahrung sind, und viertens schließlich durch die *Selbst-Geschichtlichkeit*, durch das Erleben der zeitlichen Kontinuität der eigenen Handlungen und Empfindungen. Peter Fonagy et al. (2002/2004, S. 210ff) unterscheiden in der Entwicklung des Selbst in ähnlicher Weise folgende Stufen: In den ersten sechs Monaten lernt das Kleinkind sich als physischer Urheber seiner Handlungen zu erleben (*self as physical agent*); in einer weiteren Stufe (etwa ab dem neunten Monat), erlebt es seine Handlungen als zielgerichtet (*self as teleological agent*) und erst mit eineinhalb Jahren werden psychische Prozesse als Ursachen für Handlungen ausgemacht (*self as intentional mental agent*). Damit entsteht ein mentalistisches Weltbild, das ab vier Jahren von einem repräsentativen Weltbild abgelöst wird (*self as representational agent*). Kinder unterlegen den Verhaltensweisen jetzt nicht nur psychische Ursachen, sondern sie wissen auch bereits, dass psychische Erlebnisse nicht direkte Abbilder der Welt sind, sondern Repräsentationen der Welt, die sie selbst hervorbringen, d. h. subjektive Gebilde, die bei anderen anders sein können. Gerade für das Verständnis von Borderline-Störungen ist diese Differenzierung von Bedeutung, da diese Personen zwar die Verhaltensweisen als zielgerichtet erleben, aber sie nicht mental-repräsentationalen Zuständen zuordnen können.

In seiner Wahrnehmung, seinem Handeln und seiner Emotionalität erlebt sich das Kind zwar ab dem sechsten Lebensmonat von seiner Mutter getrennt, als unterschiedenes Selbst, aber noch immer in einer Symbiose lebend. In dieser Dyade erlebt und repräsentiert das Kleinkind die mütterliche Bezugsperson noch als notwendig zu ihm gehörig: es benötigt die Mutter sowohl für seine Körperbedürfnisse, als auch für die Entwicklung des Selbst, als *Selbst-Objekt* im Sinne Heinz Kohuts (1971/1973), und zwar zur Beruhigung und Tröstung, zur Affektspiegelung und Regulation des Selbstwertgefühls.

Durch die leidvolle Erfahrung, dass die Personen und Gegenstände der Umgebung nicht in gleichem Maße seinem Willen gehorchen wie die eigenen Körperteile oder die eigene Stimme lernt das Kleinkind zwischen Selbst und Umgebung, zwischen „Ich“ und „Nicht-Ich“ zu unterscheiden. „Unter all den Vorgängen innerhalb seines Lebensraumes“, schreiben Rogers und Wood (1974/1977, S. 120), „unterscheidet das Kleinkind allmählich Erfahrungen, die sein ‚Ich‘ betreffen. Langsam bildet sich eine zusammenhängende, strukturierte Vorstellungswelt heraus. Die Wahrnehmungen dieses ‚Ich‘ sind die Figur, und die Wahrnehmungen der Beziehungen dieses ‚Ich‘ zur Außenwelt und zu anderen sind der Hintergrund.“

Der Erwerb der Fähigkeit zwischen der eigenen Person und der Umwelt, zwischen dem „Ich“ und „Nicht-Ich“ zu unterscheiden sowie die Integration der unterschiedlichen Aspekte des Selbsterlebens ist ein wesentlicher Schritt für die Ausbildung eines konsistenten Selbstbildes. Vor allem mit der Fähigkeit des Kindes, sich selbst zum Wahrnehmungs- und Denkobjekt zu machen, mit der Fähigkeit der Selbstreflexion, ist es möglich, sich als von anderen

unterschieden zu erleben, die eigenen Wünsche und Gefühle von denen der Bezugspersonen zu trennen, sich als autonomes und selbstbestimmtes Individuum zu erleben. Dies ist die Voraussetzung für Identitätsbildung.

Die Vorstellungswelt des Kindes, die sich aus den Wahrnehmungen des „Ich“ im Rahmen der Interaktion mit der Umwelt ausbildet, enthält aber nicht nur die Bewertungen und Verhaltenserwartungen der Umwelt, sondern auch das Bild, das wir uns von uns selbst machen. Unser *Selbstbild* übernehmen wir zu einem wesentlichen Teil von den Reaktionen der anderen. Diese Anderen, die relevanten Bezugspersonen, stellen eine Art Spiegel für uns dar, in dem wir uns wahrnehmen. Das internalisierte Bild der Bezugsperson, die das Erleben des Säuglings widerspiegelt, wird zu einem wesentlichen Aspekt bei der Konstituierung des Selbst. So hat vor allem Kohut (1971/1973, S. 130) die Bedeutung des Gesichts der Mutter als Spiegel für die Ausbildung des Selbst im Kleinkindalter betont, „der Glanz in den Augen der Mutter“ ist für die Ausbildung eines positiven Selbstgefühls von wesentlicher Bedeutung. Auch für den Psychoanalytiker Donald W. Winnicott (1971/1985, S. 128f) sind die ersten Selbstwahrnehmungen des Kindes die Spiegelungen dessen, was es in den Augen der Mutter sieht. Die einfühlsame Mutter ist in der Lage, den Blick des Kindes zu bestätigen, ihm Wärme und Geborgenheit zu vermitteln. Sie kommt dem Bedürfnis des Kindes empathisch entgegen. Im negativen Fall sieht das Kind Abwehr und Ablehnung; das Gesicht der Mutter ist ohne Antwort, der Spiegel bleibt leer.

Das Selbst kann sich nie unmittelbar erfahren; es bedarf eines relevanten Anderen, um sich selbst erkennen zu können. Insbesondere in der Begegnungsphilosophie wird die Bedeutung des Anderen für die Konstituierung des Selbstverständnisses betont (Levinas, 1983; Schmid, 1994). Auch in der Existenzphilosophie wird die Bedeutung des Anderen für die Konstituierung des Selbst hervorgehoben. So schreibt Jean-Paul Sartre (1943/1980, S. 148), dass wir uns nur in dem Maße bewusst werden, in dem wir von anderen wahrgenommen werden; erst durch den Blick des Anderen vermag sich ein Subjekt soweit auf sich zu beziehen, dass es zu einem Bewusstsein von sich selbst gelangt. Dadurch sind wir jedoch gleichzeitig der Entfremdung ausgesetzt, da sich unser Selbstbewusstsein im Horizont der Wahrnehmung und Bewertung des Anderen konstituiert.

In der ersten symbiotischen Phase, in der das Kind vor allem in der Einheit mit der Mutter aufgehoben ist, kommt es durch die Aufeinanderfolge von Befriedigung und mäßiger Versagung zur Strukturierung des Selbst. Durch die zunehmende Mobilität am Ende des ersten Jahres entsteht eine gewisse räumliche Trennung zwischen Mutter und Kind. Mahler (1968/1983, S. 25) führt aus, dass, je besser die symbiotische Phase durchlaufen werden konnte, umso besser das Kind nun imstande ist, diesen symbiotischen Umkreis zu verlassen und Schritte in Richtung Autonomie zu setzen.

Während es bisher Bilder von sich wiederholenden Interaktionssequenzen gespeichert hat, erwirbt es nun zunehmend Repräsen-

tationen der Dinge im Raum und erfährt die Wirkung seiner Aktivitäten. Wenn allerdings die Zuwendung der Mutter, d. h. ihre Spiegelfunktion, während der frühkindlichen Periode unberechenbar, unsicher, angsterfüllt oder feindselig ist, wenn ihr Vertrauen zu sich selbst als Mutter schwankend ist, dann muss das Kind in der Phase der ersten Ablösung ohne einen verlässlichen Bezugsrahmen für die wahrnehmungs- und gefühlsmäßige Rückversicherung bei seinem symbiotischen Partner auskommen. (Ebenda, S. 25) Bei dieser Ablösungsphase muss das Kind darauf vertrauen können, dass die Mutter weiterhin verfügbar ist. Wenn die mütterliche Bezugsperson das Kind dabei überfordert und zu sehr sich selbst überlässt oder wenn sie es zu sehr beschränkt, weil es ihr schwer fällt, ihrerseits die symbiotischen Wünsche aufzugeben, so wird das Kind seine Expansionsbestrebungen zurücknehmen.

Mit der zunehmenden Mobilität des Kleinkindes wendet es sich vermehrt der Umgebung zu und exploriert sie. Beim spielerischen Umgang des Kindes mit den Dingen der Umgebung kommt es zur externen Darstellung seiner Bedürfnisse und inneren Zustände. Ähnlich wie bei der Affektspiegelung in den ersten Lebensmonaten kommt nun dem Umgang und den Kommentaren der Erwachsenen bei diesen kindlichen Spielhandlungen eine wesentliche Rolle zu. Während in der Phase der Affektspiegelung das Bild, das das Kind im Gesicht der Eltern von sich vorfindet, gespeichert wird, sind es jetzt die Kommentare und Reaktionen zu seinen Spielfiguren und den darin zum Ausdruck kommenden externalisierten Selbstzuständen, die verinnerlicht werden und die ebenfalls eine affektregulierende und selbstorganisierende Funktion haben. Wichtig dabei ist, dass die Kommentare der Eltern ebenfalls in einem spielerischen Modus gegeben werden; spielt das Kind zum Beispiel „Vater Bestrafen“ und schlägt spielerisch auf ihn ein und der Vater reagiert mit realem Ärger und beschimpft das Kind, so wird aus dem Spiel Ernst, und der Kommentar des Vaters hat nicht zur Regulierung des aggressiven Impulses beigetragen, sondern zu dessen Eskalation. Reagiert der Vater darauf aber spielerisch, im „Als-ob-Modus“ indem er bittet, ihn nicht mehr zu bestrafen und verspricht brav zu sein, vermittelt er dem Kind, dass man spielerisch mit eigenen Impulsen und Wünschen umgehen kann, ohne dass sie Auswirkungen auf die Realität haben. Damit lernt das Kind zwischen Phantasien und Wünschen, d. h. Repräsentationen einerseits und realen Handlungen andererseits, zu unterscheiden (Dornes, 2005, S. 74; Fonagy et al., 2002/2004, S. 270f).

Symbolisierung und Entwicklung eines bewusstseinsfähigen Selbst

Ein wesentlicher Schritt für die Entwicklung des Selbst stellt die Mentalisierung dar. Darunter wird die Fähigkeit verstanden, Repräsentationen des eigenen Interaktionsverhaltens sowie auch Repräsentationen über das der anderen zu bilden und mit Vorstellungen über das zugrunde liegende Erleben zu verknüpfen, also zu

„lesen“, was bei sich selbst und in anderen vorgeht. Dadurch wird das Verhalten verstehbar und vorhersehbar (Fonagy et al., 2002/2004). Diese Fähigkeit zur Selbstreflexion ist auch Grundlage dafür, zwischen innerer und äußerer Realität, zwischen Phantasie und Wirklichkeit zu unterscheiden. Diese Mentalisierungs- und Reflexionsprozesse werden erschwert, wenn die Antworten der Bezugspersonen nicht die Gefühle des Säuglings widerspiegeln. Das Kleinkind spürt, dass es nicht richtig erkannt und anerkannt worden ist und fühlt sich unsicher und leer, da kein direkter Bezug zum organismischen Erleben besteht. Damit ist die Beziehung zwischen organismischem Erleben und sekundärer Repräsentation des Erlebens nicht kongruent, und es kommt zu einer verzerrten Symbolisierung. Das Kind kann sein eigenes Erleben nicht angemessen wahrnehmen und verstehen, und es entsteht, wie Rogers (1959a/1987, S. 52) betont, eine grundlegenden Entfremdung des Individuums. Winnicott (1971/1985, S. 38) stellt dazu fest, dass der Säugling, der sich selbst in der Mutter nicht findet und stattdessen die Mutter findet, gezwungen ist, das Erleben der Mutter als Kern seines Selbst zu internalisieren. In diesem Fall bleibt das internalisierte Gegenüber den Strukturen des konstitutionellen Selbst fremd, es kommt zu einem *falschen Selbst*.

Ein wesentlicher Aspekt dabei ist die Symbolisierung, die Benennung von Situationen, Handlungen sowie von Personen und Gegenständen, da erst damit differenzierte und verfügbare Repräsentationen gebildet und miteinander in Beziehung gesetzt werden können. Die Interaktionssequenzen, die bisher als sensomotorische Erfahrungen repräsentiert sind, sowie Personen und Gegenstände werden nun mit Lauten verbunden und in die Interaktion eingeflochten. Dabei werden diese sprachlichen Symbole der „Muttersprache“ mit bestimmten Personen oder Handlungen verschmolzen und diese damit benannt. Sprache wird zwischen den Eltern und dem Kind ausgehandelt, sie existiert nicht unabhängig davon. Durch diesen für den Spracherwerb grundlegenden Vorgang der Prädikation kommt es zur Bildung von Symbolen und Begriffen auf der Basis von dialogischen Prozessen. Die sprachlichen Begriffe, die von der Sprachgemeinschaft bereitgestellt werden, sind nicht nur Zeichen, die den Dingen oder Situationen angeheftet werden, um sie benennbar und mitteilbar zu machen, sondern sie konstituieren auch unser Erleben. Mit der Semantik und Syntax unserer Sprache erwerben wir auch die Weltsicht, d. h. die Art der Wahrnehmung und die Interpretation der Dinge.

Dadurch erhält das Kleinkind neue Möglichkeiten, mit anderen in Beziehung zu treten. Aber es erfährt auch die Differenz zwischen dem bildhaften und vielfältigen Selbsterleben und den abgrenzenden sprachlichen Begriffen, zwischen nonverbalem und verbalem, subjektiven und objektivem Erleben. Nicht alles Erlebte kann in Sprache wiedergegeben werden, teils weil die Worte fehlen und teils, weil gewisse Erfahrungen aus der gemeinsamen Kommunikation ausgeschlossen, *exkommuniziert* werden. Das ursprüngliche Erleben „kann zerrissen oder einfach unzugänglich dargestellt

werden, so dass es sich entzieht und eine kaum verstandene Existenz unter falschem Namen führt“ (Stern, 1985/1992, S. 248). Dadurch erlebt das Kind erstmals sein Selbst als nicht mehr einheitlich und geschlossen und es spürt, dass diese Differenz nicht mehr aufgehoben werden kann.

Als fünfte und letzte Stufe setzt Stern die Entwicklung eines „narrative sense of self“ an, die etwa ab dem dritten Lebensjahr einsetzt. Dabei handelt es sich um die Fähigkeit, die eigene Geschichte darzustellen und sich dabei als Handelnder bzw. Urheber seiner Geschichte zu begreifen. Durch die Sprache kann das Kind sich und anderen die eigenen Erfahrungen erzählen und bewusst variieren und neue Realitäten generieren. Dies gelingt, wenn das Kind die Möglichkeit hatte, entsprechende Interaktionserfahrungen zu machen und sich dabei als kohärent und in seiner Kontinuität zu erleben. Das Leben wird nicht mehr als Folge von kurzen Sequenzen oder Verhaltensweisen erlebt, sondern in längeren Abschnitten, wobei Ereignisse in Verbindung zueinander gebracht werden. Das Kind versucht dabei, Erklärungen für das zu finden, was geschieht. Damit bildet es Strukturen und Konzepte über sich und die Umwelt und schreibt ihnen Bedeutungen zu.

Es entstehen somit zwei Welten; eine die unmittelbar erlebt wird, und eine, die in Geschichten erzählt wird. Die unmittelbar erlebte Welt ist nie greifbar und stellt am ehesten dar, was William James (1909) als den Bewusstseinsstrom bezeichnet, ähnlich einem Traum oder primärprozesshaften Geschehen. Die beiden Welten wirken ständig aufeinander ein, wie etwa im Traum; Erleben, Denken, Fühlen und Handeln gehen ineinander über. Aufmerksamkeit und Bewusstsein selektieren, ordnen und strukturieren, sodass die erlebte Welt als geordnete erscheint.

3. Persönlichkeitsstörungen

Die Störungsbilder, die derzeit unter den Begriff der „Persönlichkeitsstörungen“ subsumiert werden, haben eine wechselvolle Geschichte und können in besonderer Weise als Beispiel für die Kulturabhängigkeit der Bestimmung von Krankheit oder Abnormität dienen. In den psychiatrischen Handbüchern der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts wurden sie als abnorme oder psychopathische Persönlichkeiten oder Charakterstörungen beschrieben und eher als asoziale Varianten von Persönlichkeiten dargestellt, die sich schwer in die Gemeinschaft einordnen können, denn als Kranke eingestuft (Schneider, 1928). Die Schwierigkeiten bei der Abgrenzung, die meist fehlende Krankheitseinsicht der Betroffenen und die geringen Behandlungserfolge machten sie zu einem Ärgernis der psychiatrischen Zunft.

In der Psychoanalyse werden sie als „Charakterneurosen“ bezeichnet, ein Begriff, der auf Wilhelm Reich (1945/1973) zurückgeht. Er hat damit die psychoneurotische Ausformung der gesamten Persönlichkeit bezeichnet, bei der im Unterschied zu den

Neurosen keine isolierbaren Symptome auftreten sondern die sich durch auffällige und starre Charakterzüge und Verhaltensmuster auszeichnen. Solche rigiden Charakterstrukturen dienen vor allem der Abwehr von Triebimpulsen und den damit verbundenen Ängsten und Schuldgefühlen. Diese Form der Störung betrifft insbesondere auch die Ich-Funktionen wie Trieb- und Affektregulation sowie die Beziehungsfähigkeit.

Der Begriff „Persönlichkeitsstörung“ kommt aus dem Amerikanischen und stellt eine Übersetzung der Bezeichnung *personality disorder* dar. Im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (herausgegeben von der American Psychiatric Association of Mental Hospital Service, 1952) wurden darunter drei Gruppen psychischer Störungen zusammengefasst: a) schizoide, zyklotyme und paranoide Persönlichkeitsstrukturen; b) emotional instabile und anankastische Charaktere und c) antisoziale Persönlichkeiten und sexuelle Perversionen sowie Suchtkranke. Der Begriff der Persönlichkeitsstörung tritt in der amerikanischen Literatur an die Stelle des klassischen mitteleuropäischen Psychopathie-Begriffs, der dort nur unter der Kategorie „antisoziale“ Persönlichkeiten subsumiert wird. Diese amerikanische Terminologie ist weitgehend in den internationalen Diagnoseschlüssel (ICD) der WHO eingegangen.

Laut Klassifikationsschema nach ICD-10 (F 60,0–9) handelt es sich bei Persönlichkeitsstörungen um tief verwurzelte, konstante Zustandsbilder und Verhaltensmuster, die in einem frühen Stadium der Entwicklung entstehen und sich in der Adoleszenz oder im Erwachsenenalter manifestieren. Sie zeichnen sich vor allem durch unausgeglichene Erlebens- und Verhaltensweisen im Bereich der Affektivität, im Denken, im Antrieb, im Selbsterleben und in den Beziehungen aus sowie durch starre unangemessene Reaktionen und Impulsdurchbrüche in unterschiedlichen sozialen Situationen. Im Klassifikationsmanual DSM-IV werden die Persönlichkeitsstörungen in drei Gruppen unterteilt: a) paranoide und schizoide Persönlichkeitsstörungen; b) Borderline-Persönlichkeitsstörungen sowie narzisstische, histrionische und antisoziale Persönlichkeitsstörungen; c) unsichere, dependente sowie zwanghafte Persönlichkeitsstörungen. Gemeinsam ist allen, dass Probleme als ich-synton erlebt werden, das heißt, dass die Betroffene sie als unabhängig von den eigenen inneren Konflikten einstufen und sie nicht als Inkongruenz von Selbsterleben und Erfahrung wahrnehmen. Sie erleben sich selbst und ihr Verhalten als „normal“ und erklären ihre Probleme mit äußeren negativen Einflüssen. Dabei kommt es zu frühen Formen der Abwehr wie *Externalisierung*, (d. h. Zuschreibung der Ursachen von Problemen an die äußeren Gegebenheiten), *Projektion* eigener abgewehrter Affekte auf Personen der Umgebung, *Verleugnung* von Erfahrungen sowie *Spaltung* in „gut“ und „böse“, um die positiven, meist idealisierten Bezugspersonen vor der eigenen Destruktion zu schützen (Swildens, 2000; Finke & Teusch, 2001; Sachse, 2004).

Insbesondere bei den narzisstischen und Borderline-Störungen (siehe unten) geht es vor allem um die Aufrechterhaltung

des Selbstwertgefühls und des Selbstbewusstseins sowie um die Autonomie- und Identitätsproblematik. Wie bereits erwähnt, gehen die Persönlichkeitsstörungen auf frühe Defizite in der kindlichen Entwicklung zurück, durch die vor allem die Entwicklung des Selbstkonzepts betroffen ist. Das Selbst dieser Klienten ist inkonsistent, brüchig und fragmentiert und damit instabiler und verletzlicher. Die Ursache dafür liegt in den Defiziten bei der Entwicklung der Selbststruktur, die entstehen, wenn das Kleinkind unbefriedigende und schmerzliche frühe Beziehungserfahrungen macht oder keine stabilen Bindungen aufbauen kann. Aufgrund des schwachen und verletzlichen Selbst können Bedürfnisse und Emotionen nicht ausreichend integriert werden. Diese werden daher nicht als positiv und befriedigend erlebt, sondern als Bedrohung. Durch die mangelnde Integration und Affektregulation kommt es zu unkontrollierten Durchbrüchen von Impulsen und Affekten.

In der Personzentrierten Psychotherapie erfolgte die Auseinandersetzung mit Persönlichkeitsstörungen insbesondere auf der deskriptiven, phänomenologischen Ebene. Hier haben sich vor allem Swildens (1991; 1994), Finke (1994; 2004), Eckert (1996; Eckert et al., 2000) und Sachse (2004) damit beschäftigt.

Inzwischen gibt es auch Ansätze einer strukturellen Analyse dieser Störungsbilder. Wie bereits dargestellt, entwickelt sich die Struktur des Selbst auf der Basis von verinnerlichten generalisierten Interaktionsmustern. Wie Dornes (2000, S. 25f) betont, sind es nicht so sehr die dramatischen Erfahrungen, die zur Strukturbildung beitragen, sondern die alltäglich sich wiederholenden, eher spannungsfreien Situationen. Er verweist dabei auf Gaensbauer (1982), der schreibt, „dass so genannte traumatische Ereignisse als solche eine sehr viel geringere Rolle bei der Bildung pathologischer seelischer Strukturen spielen als die Störungsmuster, die aus täglich wiederholten Erfahrungen entstehen, welche ihrer Natur nach weniger dramatisch, aber dafür hartnäckiger sind“ (Dornes, 2000, S. 29). Diese oft unbewussten Repräsentationen von Interaktionsmustern steuern die künftigen psychischen Prozesse und bilden die affektiven und kognitiven Strukturen und Abwehrmechanismen. Vor allem den internalisierten Bewertungsbedingungen (*conditions of worth*) kommen bei der Ausbildung der Selbststruktur eine zentrale Rolle zu. Sie bestimmen nicht nur darüber, welche Erfahrungen symbolisiert werden und damit dem Bewusstsein unverzerrt zugänglich sind, sondern auch darüber, welche Verhaltensweisen mit dem Selbstbild kompatibel sind und daher ohne Verlust an Selbstachtung oder nur unter Einsatz von Rechtfertigungen, Rationalisierungen, oder Verfälschungen und Verleugnung von Erfahrungen sowie anderen Abwehrmechanismen realisiert werden können. Gerade die bei narzisstischen Störungen und Borderline-Persönlichkeiten so typische Labilität des Selbstgefühls, die heftigen affektiven Impulsdurchbrüche sowie die frühen Abwehrformen sind die Folge von schwach ausgeprägten und labilen Strukturen des Selbst, wodurch diese Affekte nicht integriert und angemessen verarbeitet werden können.

Klaus Heinerth (2002) unterscheidet im Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen zwischen verzerrter und gesperrter Erfahrung. Dabei stellt die verzerrte oder abgewehrte Erfahrung eine neurotische Abwehrmaßnahme dar, um das Selbstkonzept nicht zu gefährden, die durch die Bewertungsbedingungen der relevanten Bezugspersonen entstehen. Gesperrte Erfahrungen sind charakteristisch für Persönlichkeitsstörungen. Diese Erfahrungen können nicht wahrgenommen und symbolisiert werden, da in der frühen Entwicklung des Selbstkonzepts ein Gegenüber gefehlt hat, das das Erleben des sich entfaltenden Organismus empathisch begleitet und dem Kind vermittelt. Nur die wiederholte einfühlsame Begleitung und mimische wie vokale Vermittlung ermöglichen deren Identifizierung und Symbolisierung. „Dieser Zirkel, betont Heinerth (2002, S. 152), „auf allen relevanten Ebenen ist das Fundament für den Aufbau des Selbstkonzepts zu einer organisierten Ganzheit“. Gewährleistung und Interpretation von Erfahrungen und damit Aufbau des Selbst sind nur möglich, wenn eine empathisch handelnde Bezugsperson dem Kind geholfen hat, die Erlebnisse zu verstehen. Dabei ist vor allem in der ersten Phase der Selbstentwicklung empathische Begleitung wichtig, während die unbedingte Wertschätzung später eine Differenzierung der Erfahrungen ermöglicht.

Fehlt in bestimmten Bereichen diese empathische Begleitung und Rückkoppelung, so gibt es für diese Bereiche keine Repräsentanzen im Selbst; es entsteht eine Lücke. Das Individuum ist in diesen Bereichen seinem Erleben und Impulsen verständnislos ausgeliefert; Die Wünsche nach Nähe oder seine Wut erlebt es als etwas Fremdes und steht ihnen hilflos gegenüber bzw. diese Wünsche und Affekte rufen Unsicherheit und Angst hervor. Zur Veranschaulichung hat Heinerth das Bild von einem Haus als Metapher für das Selbst herangezogen: Die Räume des Hauses entsprechen den verschiedenen Erfahrungsbereichen, gemäß den Grunderfahrungen des Menschen, wie Bindungserfahrung, Aggressionserfahrung, Bedürfnis nach Anerkennung usw. Diese Räume sind zwar vorhanden, aber sie müssen erst betreten und bewohnbar gemacht, d. h. entsprechend möbliert werden. Es gibt Räume, die mehr oder weniger lieblos eingerichtet sind, weil die Einrichtung nicht dem eigenen Geschmack entspricht, sondern weil den Eltern zuliebe auf eigene Wünsche verzichtet worden ist.

Andere Räume sind nie betreten worden und fremd geblieben, da die Eltern nie mit dem Kind diese Räume gemeinsam aufgesucht und erkundet haben. Es gibt daher für diese Räume keine Eindrücke und Repräsentationen. Durch diesen Umstand fühlt man sich im gesamten Haus unsicher und unbehaglich. Je mehr Räume versperrt sind, umso mehr muss sich das Individuum auf die restlich verbliebenen Räume zurückziehen und diese egoistisch für sich verteidigen. Heinerth betont daher: „Ohne Interpretation von Signalen entsteht keine Information, also auch kein Wissen und damit auch kein Selbstkonzept“ (ebenda, S. 155).

4. Narzissmus

Die Begriffe „Narzissmus“ oder „narzisstische Störung“ haben in den letzten Jahrzehnten zunehmend Eingang in die Alltagssprache gefunden und sind dadurch überstrapaziert und überdehnt worden, so dass sie für den wissenschaftlichen Gebrauch kaum noch geeignet sind und erst präzisiert werden müssen. Aber auch in der wissenschaftlichen Diskussion gibt es unterschiedliche Narzissmus-Konzepte. Der Psychoanalytiker Johannes Cremerius hat bereits 1982 elf verschiedene Konzepte registriert, die nach seiner Einschätzung nicht miteinander kompatibel waren. Hier soll eine kurze Darstellung der Entwicklungsgeschichte und Bedeutung dieser Begriffe vorangestellt werden.

Freud hat den Begriff „Narzissmus“ von Paul Näcke (1899) übernommen, der damit eine sexuelle Perversion beschrieben hat, und ihn 1914 in seiner Arbeit, „Zur Einführung des Narzissmus“ für die Psychoanalyse inauguriert. Freud ist insbesondere durch das Studium der Psychosen auf dieses Phänomen gestoßen. Diese Patienten ziehen ihre Aufmerksamkeit und ihr Engagement von der Umwelt ab und sind ganz mit sich selbst beschäftigt. Dieser Rückzug der gesamten Lebensenergie auf das Selbst mündet oft in Größenwahn oder in die übermäßige Beschäftigung mit dem eigenen Körper wie bei der Hypochondrie. Allerdings hatte Freud den Begriff bereits 1905 in einer Fußnote zu seinen *Abhandlungen zur Sexualtheorie* verwendet und damit ein notwendiges Übergangsstadium bezeichnet, in dem die libidinösen Besetzungen von den Partialtrieben auf die gesamte Person übertragen werden, womit sich aus dem Autoerotismus der *primäre Narzissmus* entwickelt. Die Phase des Autoerotismus liegt vor der Ausbildung eines Ich, in der noch ein undifferenzierter psychophysischer Organismus besteht und daher fließt noch die gesamte Energie diesem Organismus zu sowie dem Aufbau der Beziehungen zur Umwelt. Sie dient ausschließlich dem Zweck der Befriedigung der eigenen Bedürfnisse. Erst mit der Ausbildung eines Ich kann dieses mit Lebensenergie besetzt werden – gleichsam als erstes Liebesobjekt.

In einer weiteren Entwicklungsstufe werden die erotischen Bedürfnisse auf eine äußere Person übertragen. Die Liebe zur eigenen Person wird jedoch nie ganz aufgegeben, der Mensch bleibt zeitlebens „narzisstisch“. Allerdings kann die libidinöse Besetzung (wie Freud sich ausdrückt) wieder von den äußeren Personen abgezogen und ganz auf die eigene Person zurückgenommen werden; unter normalen Bedingungen passiert dies im Schlaf, bei körperlichen Erkrankungen oder in der Psychose. Aber auch durch Enttäuschungen von seiten der Bezugspersonen oder durch deren Verlust kommt es zum Rückzug der Lebensenergie auf die eigene Person, zum *sekundären Narzissmus*. Der Begriff verweist auf das Phänomen der Selbstverliebtheit: Im von Ovid überlieferten Mythos verliebt sich der Jüngling Narziss so sehr in sein Spiegelbild im Wasser, dass er versucht, sich mit ihm zu vereinigen, wodurch er letztlich in der Quelle ertrinkt.

Heinz Hartmann (1939) hat versucht, den Widerspruch aufzulösen, der darin besteht, dass das Ich bei Freud sowohl eine psychische Instanz darstellt mit wesentlichen Aufgaben, wie Wahrnehmen, Denken, Handeln usw., als auch die Repräsentation von Körperwahrnehmungen, d. h. dass ihm sowohl Subjekt- wie auch Objektcharakter zukommt. Er hat den Ich-Begriff daher aufgelöst in das „Ich“ als Instanz und als erlebnisbezogenen Begriff, den er als das „Selbst“ bezeichnete. Narzissmus stellt demnach die libidinöse Besetzung des Selbst dar:

„Tatsächlich scheinen aber bei der Anwendung des Begriffs Narzissmus oft zwei verschiedene Gegensatzpaare in eins verschmolzen zu sein. Das eine bezieht sich auf das Selbst (die eigene Person) im Gegensatz zum Objekt, das andere auf das Ich (als ein psychologisches System) im Gegensatz zu den anderen Teilstrukturen der Persönlichkeit. Das Gegenteil von Objektbesetzung ist jedoch nicht Ich-Besetzung, sondern Besetzung der eigenen Person, das heißt Selbstbesetzung. [...] Es trägt deshalb zur Klärung bei, wenn wir Narzissmus als Libidobesetzung nicht des Ichs, sondern des Selbst definieren.“ (Hartmann, 1972, S. 132)

Während Hartmann noch auf dem Boden der Freud'schen Metapsychologie blieb und die Triebtheorie nie in Frage stellte, hat Kohut (1984/1989) das Selbst aus dem „psychischen Apparat“ herausgelöst und als eigene Instanz mit einer eigenen narzisstischen Entwicklungslinie und eigenen spezifischen Entwicklungsphasen konzeptualisiert – unabhängig von der Triebentwicklung. Es geht dabei vor allem um die Ausbildung eines kohärenten Selbst als Vorbedingung für eine gesunde psychische Entwicklung und ein funktionierendes Ich. Allerdings setzt Kohut ebenfalls am Konzept des primären Narzissmus von Freud an, demzufolge der Mensch im intrauterinen Stadium ideale Bedingungen vorfindet und sich in einem psychophysischen Zustand des Wohlbefindens und der Vollkommenheit befindet – einem Zustand, den der Mensch zeit seines Lebens immer wieder anstrebt (es ist wie die Vertreibung aus dem Paradies; das Ziel des Menschen ist, dorthin zurückzukehren).

Nur durch eine empathische Mutter, die die kindlichen Bedürfnisse nach der Geburt einfühlsam beantworten und befriedigen kann, wird das Kind das Geburtstrauma überwinden können. Gegenüber anderen höher entwickelten Säugetieren, wie den Primaten, stellt der menschliche Säugling eine „biologische Frühgeburt“ dar (Portmann, 1973) und er benötigt daher weiterhin einen „externen Uterus“, durch den für die körperlichen und psychischen Bedürfnisse gesorgt wird. Der Säugling ist also darauf angewiesen, dass ihn eine empathische Umgebung erwartet, die auf seine psychophysischen Bedürfnisse eingestellt ist. Nur dadurch kann ein ursprüngliches Vertrauen aufgebaut werden.

Für das psychische Überleben braucht das Kleinkind die Resonanz gewährender, empathischer Personen, die als „Selbst-Objekte“ für die Befriedigung der Bedürfnisse sorgen, wie es den Sauerstoff zum physischen Überleben braucht. Durch den Begriff „Selbst-Objekt“ will Kohut darauf verweisen, dass das Selbst des

Kindes noch nicht eigenständig ist und es pflegende Personen benötigt, die jene Funktionen ausüben, zu denen es selbst noch nicht fähig ist. Diese bedürfnisbefriedigenden Objekte werden vom Kind als zum eigenen Selbst gehörig erlebt und zwar auch dann, wenn sie wahrnehmungsmäßig bereits als getrennt erlebt werden.

Zu den Aufgaben der Selbst-Objekte gehören nach Kohut vor allem auch die Spiegelungen mittels derer der Säugling erfährt, dass er trotz der verschiedenartigen Empfindungen ein kohärentes Ganzes ist. Durch den „Glanz in den Augen der Mutter“ erfährt sich das Kind in seinem rudimentären, archaischen Selbst angenommen und kann sich als Ganzheit erleben. Später weist Kohut (1977/1979) darauf hin, dass auch der gesunde Mensch diese empathischen, akzeptierenden Selbstobjekt-Erfahrungen das ganze Leben lang braucht.

Nach Kohut (ebenda, S. 154f) entwickelt sich im zweiten Lebensjahr ein Kern-Selbst. (Wie vorhin erwähnt, setzt Stern, der ebenfalls von einem Kern-Selbst spricht, dessen Entwicklung in der Zeit zwischen dem zweiten und dem sechsten Monat an). Kohut betont, dass das Kleinkind von Anfang an mittels gegenseitiger Empathie mit seiner Umgebung derart verschmolzen ist, als hätte es bereits ein Selbst – mit einer Umgebung, die nicht nur die spätere Selbst-Bewusstheit des Kindes vorwegnimmt, sondern diese durch ihre Erwartungen in eine bestimmte Richtung zu lenken beginnt. Die Entwicklung dieses Kern-Selbst erfolgt nach Kohut durch Übernahme und Ausschluss bestimmter Anteile, und zwar dadurch, „dass in der frühen psychischen Entwicklung ein Prozess stattfindet, bei dem einige archaische psychische Inhalte, die als zum Selbst gehörig erlebt worden waren, ausgelöscht oder dem Bereich des Nicht-Selbst zugeteilt werden, während andere innerhalb dieses Selbst bleiben oder diesem zugefügt werden. Als Ergebnis dieses Prozesses wird ein zentrales Stück des Selbst, das Kern-Selbst gebildet.“

Durch die Wechselwirkung zwischen der bei der Geburt mitgebrachten Ausstattung und den selektiven Reaktionen der Selbstobjekte werden bestimmte Erfahrungen des Säuglings gefördert, während andere Erfahrungen vernachlässigt werden und das Kind in diesen Aspekten entmutigt wird. Dabei spielen die – oft unbewussten – Erwartungen und Wünsche der Eltern eine wesentliche Rolle. Durch mäßige Frustrationen, die durch die Unvollkommenheit der mütterlichen Pflege unvermeidlich sind, kommt es nach Kohut zur Strukturbildung durch die Verinnerlichung der Selbst-Selbstobjekt-Beziehungen. Als kompensatorischer Schritt für diese Enttäuschungen wird das *narzisstische Selbst* oder *exhibitionistische Größenselbst* gebildet. Es handelt sich dabei um frühe archaische Phantasien von Allmacht und Vollkommenheit, um die schmerzlichen Gefühle der Abhängigkeit zu überwinden.

Neben der Aufgabe der Selbst-Objekte, die die Bedürfnisse des Säuglings einfühlsam zu befriedigen und ihm Selbstbestätigung zu geben haben, kommt ihnen auch die Funktion zu, den Vorstellungen des Kleinkindes nach Vollkommenheit zu genügen, um idealisiert werden zu können. Durch die Verschmelzung mit den idealisierten

Selbst-Objekten kann sich der Säugling selbst mächtig und vollkommen fühlen. Zu Störungen der Entwicklung des Selbst kommt es vor allem dann, wenn sowohl die Errichtung eines „kohärenten exhibitionistischen Größenselbst“ (durch ein empathisch spiegelndes und akzeptierendes Selbst-Objekt) misslingt als auch die Errichtung einer „kohärenten idealisierten Elternimago“ (durch Verschmelzung mit einem „grandiosen“ Selbst-Objekt). Dabei können beide Eltern unterschiedliche Rollen übernehmen.

Nur in einer befriedigenden Interaktion mit den frühen Selbst-Objekten kann sich ein Kern-Selbst herausbilden, wobei beide Komponenten in ausreichendem Maße gegeben sein müssen. Durch angemessene „optimale“ Frustrationen und deren Internalisierung kommt es zur Strukturbildung, wobei sich nach Kohut zwei Pole eines Kern-Selbst herausbilden: das *bipolare Selbst*. Der eine Pol, die „archaischen Kern-Strebungen“ oder Ambitionen, entsteht aus dem Größenselbst und mündet bei positiver Entwicklung in Vitalität, in eine ehrgeizige Selbstbehauptung und die Freude an Aktivitäten sowie in Wünsche nach Anerkennung und Wertschätzung. Den zweiten Pol bilden die „archaischen Kern-Ideale“, welche aus den idealisierten Elterimages und aus dem Wunsch entstehen, mit den mächtigen und grandiosen Selbst-Objekten zu verschmelzen. Über die Internalisierung der Selbst-Objekte entsteht die Fähigkeit zur Beruhigung und Ausgeglichenheit, und dieser Pol manifestiert sich in den übernommenen Zielvorstellungen, Werten und Idealen eines Individuums (analog zum Über-Ich der traditionellen Psychoanalyse). Unter günstigen Bedingungen kommt es zur Vermittlung der beiden Pole, d. h. dass die eigenen Strebungen und Ambitionen mit den übernommenen Werten und Idealen übereinstimmen.

Kommt es zu Störungen bei der Entwicklung eines kohärenten exhibitionistischen Größenselbst, so benötigt der Betroffene ständig die Anerkennung und Bewunderung durch die Mitmenschen. Wenn ihm dies verwehrt wird, so reagiert er mit narzisstischer Wut, die aufgrund mangelnder Affektregulation und Impulskontrolle besonders heftig ausfallen kann. In der Therapie versucht der Klient in einer „Spiegel-Übertragung“ anerkennende und bestätigende Reaktionen vonseiten des Therapeuten als Selbst-Objekt zu erhalten. Bei Störungen der Entwicklung der Identifizierung und Verschmelzung mit einem idealisierten Selbst-Objekt lebt der Betroffene in ständiger Angst vor dem Verlust von Selbst-Objekten, verbunden mit der Angst vor Hilflosigkeit und Leere.

Nach Kohut kann der therapeutische Prozess nur in beschränktem Maße Einfluss nehmen auf die Entwicklung des Selbst. „Der analytische Prozess kann, soweit wir wissen“, schreibt Kohut, „*de novo* kein Kern-Selbst herstellen“ (Kohut, 1984/1989, S. 149). Der Patient kann aber im Prozess des Durcharbeitens neue Strukturen erwerben, um die Defekte im Selbst zu vermindern, so dass er sich zunehmend als harmonische, ausgewogene Einheit empfinden kann. Dabei wiederholt das Voranschreiten des therapeutischen Prozesses im Wesentlichen die Schritte der normalen Kindheitsreifeung.

Ähnlich wie Rogers geht Kohut davon aus, dass durch die „aktivierende Matrix der therapeutischen Situation“ der Patient mit einer Selbstpathologie sein Streben mobilisieren wird, seine Entwicklung fortzusetzen und zu vollenden, d. h. erneut den Spannungsbogen von Strebungen und Zielen über seine Begabungen und Fertigkeiten zu grundlegenden Idealen zu errichten. Dieser Spannungsbogen ist die dynamische Essenz des vollständigen, nicht defekten Selbst; es ist nach Kohut, die Konzeptualisierung einer Struktur, deren Herstellung ein kreativ-produktives, erfüllendes Leben ermöglicht (ebenda, S. 20).

Im Unterschied zu den Borderline-Persönlichkeitsstörungen weisen Menschen mit narzisstischen Störungen noch eine intaktere Steuerung der affektiven Reaktionen und eine bessere Kontrolle der intrapsychischen Spannungen auf. Sie sind daher auch oft gut angepasst und beruflich integriert. Aber auch hier treten meist hinter einer anfänglich glänzenden Fassade eine Oberflächlichkeit und ein rasch abflauendes Engagement zutage, vor allem, wenn sich nicht gleich Anerkennung und Wertschätzung einstellen. Solche Menschen sind im Unterschied zu jenen mit Borderline-Störungen auch eher bereit und fähig zur Selbstexploration und zur Kooperation mit der Therapeutin, was deutlich günstigere Bedingungen und Prognosen hinsichtlich der Therapie ergibt.⁴

5. Borderline-Störungen

Nach Swildens (1991) sind Borderline-Persönlichkeiten in mehrfacher Hinsicht „Grenzgänger“ bzw. in einem Grenzbereich angesiedelt: zum einen im ursprünglichen Sinn als Grenzgänger zwischen Neurose und Psychose. So wurden sie früher auch als „Randpsychosen“ oder als „pseudoneurotische Schizophrenien“ bezeichnet, und tatsächlich treten bei diesen Klienten auch immer wieder psychotische Episoden auf, insbesondere in Stress-Situationen oder durch Drogenkonsum. Dadurch sind sie auch Grenzgänger zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Außerdem sind sie insofern Grenzgänger, als sie das übliche psychotherapeutische Setting sprengen und die Therapeutin meist gefordert ist, spezielle Behandlungsmaßnahmen anzuwenden. Swildens ist sich jedenfalls nicht sicher, ob unser Handeln hier noch als Psychotherapie bezeichnet werden kann oder eher als begleitender oder stützender Kontakt.

Angeblich wurde auch der Begriff „Borderline“ in der Lehre der psychischen Erkrankungen ebenfalls von Sigmund Freud verwendet und zwar in einem Vorwort eines Buches von August Aichhorn über verwaahlte Jugend. Erste ausführlichere Beschreibungen dieser Persönlichkeitsstörungen stammen vom Psychoanalytiker

⁴ Zu den therapietheoretischen Aspekten siehe den Beitrag von J. Finke in diesem Heft

Alexander Stern aus dem Jahre 1938, der bereits auf die Besonderheit der Symptomatik und der Psychodynamik dieses von ihm als „Borderline Group of Neuroses“ bezeichneten Störungsbildes hingewiesen hat. Er betonte auch die besondere Ausprägung des Narzissmus bei diesen Personen.

Einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis der Borderline-Störungen hat Margret Mahler (1968/1983) geleistet, die sich mit den frühen Phasen der Symbiose und Ablösung oder Individuation beschäftigt hat. In der ersten symbiotischen Phase, in der das Kind vor allem in der Einheit mit der Mutter aufgehoben ist, kommt es durch die Aufeinanderfolge von Befriedigung und mäßiger Versagung zur Strukturierung des Selbst. Durch die zunehmende Mobilität am Ende des ersten Jahres entsteht eine gewisse räumliche Trennung zwischen Mutter und Kind. Mahler führt aus, dass, je besser die symbiotische Phase durchlaufen werden konnte, umso besser das Kind nun imstande ist, diesen symbiotischen Umkreis zu verlassen und Schritte in Richtung Autonomie zu setzen.

„Wenn die primäre Beschäftigung der Mutter mit ihrem Kind, d. h. ihre Spiegelfunktion während der frühkindlichen Periode, unberechenbar, unsicher, angsterfüllt oder feindselig ist, wenn ihr Vertrauen zu sich selbst als Mutter schwankend ist, dann muss das Kind in der Phase der Individuation ohne einen verlässlichen Bezugsrahmen für die wahrnehmungs- und gefühlsmäßige Rückversicherung bei seinem symbiotischen Partner auskommen.“ (Mahler, 1968/1983, S. 25)

Bei dieser Ablösungsphase muss das Kind darauf vertrauen können, dass die Mutter weiterhin verfügbar ist. Wenn die mütterliche Bezugsperson das Kind dabei überfordert und zu sehr sich selbst überlässt oder wenn sie es zu sehr beschränkt, weil es ihr schwer fällt, ihrerseits die symbiotischen Wünsche aufzugeben, so wird das Kind seine Expansionsbestrebungen zurücknehmen. Gelingt es im Laufe des zweiten Lebensjahres, positive Erfahrungen zu machen und diese Phase der Ablösung unbeschadet zu durchlaufen, so entsteht allmählich wieder der Wunsch, diese neuen Erfahrungen und Fähigkeiten mit der Mutter zu teilen. Es kommt zu einer Wiederannäherung, jedoch mit dem Bewusstsein der erworbenen Eigenständigkeit.

Es geht hier um die wesentliche Problematik von Autonomie und Sicherheit. Der Ausgang dieser oszillierenden Bewegung des Kindes zwischen diesen beiden Polen ist abhängig von der Fähigkeit der Mutter, beide Tendenzen wohlwollend zu begleiten. Störungen sind nach Mahler dann zu erwarten, wenn das Kind bei der Wiederannäherung die Mutter verändert erlebt und dabei subjektiv ein Fallenlassen-Werden empfindet, worauf es einerseits mit Enttäuschung und Wut reagiert, andererseits mit einer Flucht in die Phantasie von der guten, symbiotischen Mutter, die dann als Fixierung erhalten bleibt.

In der Fixierung auf diese Gefühle der Enttäuschung und Wut sowie den damit verbundenen Phantasien sieht Mahler die eigentliche Genese des Borderline-Syndroms. Diese Störung hat somit ihre

Wurzeln in einer Beeinträchtigung der Entwicklung der Wiederannäherung, durch die die Phase der Loslösung und Individuation abgeschlossen werden könnte. Die Folge ist eine Fixierung von Erlebnisweisen dieser Phase, ein Steckenbleiben zwischen werbender Annäherung an einen geliebten Menschen und enttäuschter Abwendung.

Entscheidende Fortschritte im Verständnis der Genese der Störung gab es vor allem durch die Publikationen von Otto F. Kernberg (bes. 1975/1978), der in enger Beziehung zu Mahler gestanden ist und sich intensiv mit diesem Krankheitsbild beschäftigt hat. Ihm ist besonders die Darstellung der Borderline-Störungen als ein abgegrenztes, eigenständiges Krankheitsbild zu verdanken, während es davor eher ein Sammelbegriff für schwierige und schwer einzuordnende Patienten darstellte. Als wesentliche Merkmale beschrieb er eine verfestigte Persönlichkeitsstruktur mit bestimmten, nicht klar abgegrenzten Symptomkomplexen, bestimmten Abwehrmechanismen, typischen Beziehungsstörungen und genetisch-dynamischen Besonderheiten (ebenda, S. 22). Bei Borderline-Patienten bestehen nach Kernberg in der Regel intakte Ich-Grenzen, d. h. die Fähigkeit zwischen Phantasie und Realität, zwischen eigenen Gedanken und Gefühlen und denen anderer Personen zu unterscheiden, und damit ist auch (ausgenommen in psychotischen Episoden) die Fähigkeit der Realitätsprüfung gegeben.

Kernberg hat bei der Beschreibung der Borderline-Persönlichkeitsstörungen vor allem die trieb- und objekttheoretischen Aspekte betont und festgestellt, dass eine geringe Angsttoleranz einen wesentlichen pathogenen Faktor darstellt, ebenso wie die übermäßige Stärke aggressiver Triebanteile, wodurch die Integration positiver und negativer Introjekte (frühe Repräsentationen von Bezugspersonen) beeinträchtigt wird. Hier greift er auch auf die Theorie von Melanie Klein (1946/1962) zurück, wonach die frühen Bezugspersonen in gute und böse Objekte aufgespalten werden, in einer Zeit, da das Ich noch zu wenig entwickelt ist, um diese gegensätzlichen Erfahrungen zu integrieren. Im Falle einer mäßigen Frustration kann das Kind diese beiden Anteile im Erleben der Mutter allmählich synthetisieren, die sowohl „gute“, nährende und fürsorgliche als auch „böse“, verweigernde und frustrierende Eigenschaften besitzt. Sind die Entbehrungen und Frustrationen und die dadurch hervorgerufenen Hassgefühle zu groß, so müssen die guten Anteile durch die Aufrechterhaltung dieser frühen Abwehrform der Spaltung geschützt werden, da das Kleinkind nicht auf die sorgende Mutter verzichten kann.

Die Entwicklung des Selbstbildes verläuft parallel dazu: In befriedigenden Situationen, wenn die Mutter die Bedürfnisse beachtet, erlebt sich das Kind selbst als angenommen und „gut“, wogegen es sich als „böse“ und unwert empfindet, wenn es frustriert oder vernachlässigt wird. Erst allmählich lernt das Kleinkind, die notwendigen Frustrationen zu integrieren und sich als einheitliches Wesen zu erleben, mit „guten“, d. h. von der Umgebung positiv bewerteten Eigenschaften, die belohnt werden, und „bösen“,

d. h. abgelehnten Eigenschaften oder Verhaltensweisen, die zu Enttäuschungen führen. Gelingt diese Entwicklung nicht oder nur unvollständig, so kann der *Ambivalenzkonflikt*, der für diese Entwicklungsphase charakteristisch ist, nicht überwunden werden; das heißt, dass sowohl die eigene Person als auch die Bezugspersonen (die Selbst- und Objektrepräsentanzen) nur aufgespalten in gute und böse Anteile erlebt werden.

Dies führt dazu, dass die gegensätzlichen Seiten in der Beziehung zu anderen Personen oder zu sich selbst abwechselnd die Szene beherrschen, dass also eine Bewunderung und Idealisierung einer Person plötzlich aufgrund einer Kränkung oder Enttäuschung in Abwertung und Hass umschlägt. Dabei wird die Widersprüchlichkeit des eigenen Erlebens und Verhaltens verleugnet. Das bedeutet aber auch, dass die massiven Hassgefühle nicht durch die positiven Aspekte einer Beziehung gemildert werden, wie das üblicherweise der Fall ist, wenn es zu einer Synthese gegensätzlicher Aspekte kommt, sondern unvermittelt und ungebremst ausbrechen. Dadurch misslingt die Kontrolle der starken und unvermittelt auftretenden Impulse vor allem in bestimmten Bereichen, die mit dem Selbstwert und der Autonomie zu tun haben.

Ein weiterer Abwehrmechanismus besteht in der Projektion, wobei nicht nur die Intensität der Projektionen charakteristisch für Borderline-Persönlichkeitsstrukturen ist, sondern auch die Art der Projektionen. Dabei sollen die „bösen“ destruktiven Anteile des Selbsterlebens „ausgelagert“, *externalisiert* werden, indem sie Personen der Umgebung zugeschrieben werden. Damit werden aber diese Personen als böse und aggressiv erlebt und zur Bedrohung, gegen die sich nun der Klient zur Wehr setzen muss. Insbesondere durch strenge, autoritäre Eltern kommt es zur Bildung mächtiger und aggressiver Über-Ich-Anteile, die so unerträglich sind, dass sie nach außen auf Personen der Umwelt projiziert werden müssen, welche dadurch wiederum bedrohlich werden.

Diese Spaltungsprozesse und die mangelnde Integration der gegensätzlichen Ich-Anteile führt auch zu einem mangelnden Identitätsgefühl und einer generellen Ich-Schwäche. Sie äußert sich vor allem in der geringen Integration der im Selbst repräsentierten Aspekte der eigenen Persönlichkeit sowie der anderer Personen.

6. Schlussfolgerungen aus personenzentrierter Sicht

Für die Darstellung und Begründung von psychischen Störungen spielt im Personenzentrierten Ansatz das Selbst eine zentrale Rolle. Es entwickelt sich von Beginn an, wenn das Kleinkind die Interaktion mit seiner Umgebung aufnimmt und stellt die Repräsentation der verallgemeinerten Interaktionserfahrungen und die damit verbundenen Bewertungen dar. Die Entwicklung des kindlichen Selbst kann daher als Niederschlag von Austauschprozessen begriffen werden, die die Grundlage für Erlebnis- und Handlungsmodalitäten darstellen.

Vor allem in den ersten Monaten werden wesentliche Grundstrukturen des Selbst ausgebildet, für deren positive Entwicklung aufgrund der biologischen Abhängigkeit eine konstante Zuwendung und einfühlsame Fürsorge erforderlich ist. Erinnerungen in Gestalt mentaler Repräsentationen von interaktiven Ereignissen sind die Quelle für den Aufbau der Selbststruktur und der Kontinuität. Entscheidend dabei ist der Umstand, dass diese Selbststrukturen, sobald sie ausgebildet und gefestigt sind, aus Gründen der „mental-Ökonomie“ und der sich selbst reproduzierenden Erfahrungen relativ stabil sind. Schon der Säugling „muss in der Lage sein, allgemeine Kategorien von Interaktionen zu bilden, um dann seine Erwartungen auf der Basis von Generalisierungen statt von vielfältigen Einzelfällen zu schaffen [...] Jedes neue interaktive Moment bestätigt entweder die Generalisierung oder gestaltet sie ein wenig um.“ (Stern, 1995, S. 201).

Die wesentlichen Strukturmerkmale des Selbst sind die Erfahrungen, wie sie Daniel Stern (1985/1992) für das Kern-Selbst beschrieben hat: das Erleben der Selbstkohärenz und der Abgegrenztheit gegenüber der Umgebung, die Unterscheidung von „Ich“ und „Nicht-Ich“, sowie in der Folge die Unterscheidung von innerer und äußerer Erfahrung, von Wahrnehmung und Phantasie und damit die Fähigkeit zur Realitätsprüfung. Auch Margret Mahler kommt auf Grund ihrer Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass die Ablösungsphase und Individuation einen wesentlichen Schritt bei der Entwicklung von Autonomie und Selbstsicherheit darstellt. Daneben ist das Erleben der Urheberschaft der eigenen Handlungen ein wichtiges Strukturelement des Selbst. Dasselbe gilt für das Erleben der eigenen Affekte und Gefühlszustände als Teil der Selbsterfahrung und die Integration dieser Emotionen in das Selbst sowie schließlich die Selbst-Geschichtlichkeit, das Erleben der Kontinuität der Erfahrungen und Handlungsabläufe, und dass dies als zur eigenen Person gehörig erlebt wird. Kommt es bei der Ausbildung dieser Grund- oder Kernstrukturen des Selbst zu Beeinträchtigungen, so sind oft schwere psychische Störungen die Folge, wie mangelnde Abgegrenztheit und Verschmelzungstendenzen, wie sie bei Psychosen festzustellen sind, oder zu Störungen der Identität und des Selbstwertgefühls wie bei narzisstischen Störungen und Borderline-Persönlichkeiten.

In seiner theoretischen Schrift bestimmt Rogers (1959a/1987, S. 26) das Selbst als jenen Teil der Erfahrung, der symbolisiert und dem Gewahrsein zugänglich ist. Er räumt zwar ein, dass es eine legitime Art der Abstraktion darstellt, auch das dem Bewusstsein nicht zugängliche Erleben bei der Konzeption des Selbst einzubeziehen. Allerdings hielt er es deswegen nicht für sinnvoll, weil es dafür keine operationalisierten Definitionen gibt (ebenda, S. 28). Hier hat offensichtlich der positivistisch denkende Wissenschaftler über den Phänomenologen gesiegt. Wie bereits dargestellt, weist Rogers an anderer Stelle (1951a/1972, S. 430) darauf hin, dass das Kleinkind von Beginn an Konzepte über sich und über seine Beziehung zur Umwelt entwickelt und diese Konzepte als leitende

Prinzipien das Erleben und Handeln bestimmen, auch wenn sie dem Bewusstsein nicht zugänglich sind. Gerade für die Darstellung und Begründung von Persönlichkeitsstörungen hat sich gezeigt, dass es notwendig ist, auch die abgewehrten und abgespaltenen Anteile in das Selbstkonzept einzubeziehen, da sie sowohl das Selbsterleben als auch das Handeln beeinflussen. Außerdem sind, wie sich vor allem bei Borderline-Störungen zeigt, auch im bewussten Teil des Selbst unvereinbare Erfahrungen enthalten, die voneinander getrennt, „isoliert“ werden müssen, um das fragile Selbstbild aufrecht zu erhalten.

Jedenfalls erscheint für die Entwicklung einer speziellen Störungslehre gerade im Rahmen der Persönlichkeitsstörungen eine umfassendere Konzeption des Selbst notwendig, ebenso wie Annahmen über die Entwicklungsphasen des Selbst in Auseinandersetzung mit der Umwelt und ihren altersspezifischen Anforderungen und in Abhängigkeit von den körperlichen Reifungs- und Entwicklungsprozessen wie Motilität und Entwicklung des Zentralnervensystems. Stefan Schmidtchen (1995) weist dabei auf die Bedeutung altersspezifischer Entwicklungsschritte und –Herausforderungen hin, da die dabei ausgebildeten internalisierten Schemata markante Stufen der Selbstentwicklung darstellen. Insofern ist jedenfalls Biermann-Ratjen (1988, S. 58) zuzustimmen, wenn sie in ihrer Arbeit über gesprächspsychotherapeutisches Arbeiten mit Borderline-Störungen betont, wie sehr wir von dieser Patientengruppe lernen können.

Schließlich bleibt das Problem der Bestimmung des Subjekts in der Personzentrierten Psychotherapie, des sinnstiftenden Zentrums von Selbsterfahrung und Selbstbestimmung. Wir müssen davon ausgehen, dass die Konstituierung des Selbst aus den vorerst vagen, bruchstückhaften, zum Teil nicht symbolisierten Erlebnissen bereits eine organisierende und synthetisierende Instanz voraussetzt, wobei Auswahl und Bewertung der Elemente des Selbst auf der Basis unserer Bedürfnisse und unseres Lebensentwurfs erfolgt. Wenn es sich beim Selbst um ein Wahrnehmungsobjekt handelt, wie Rogers (1959a/1987, S. 26f) betont, um das Bild von der eigenen Person und den Beziehungen zur Umgebung, so kommt ihm Objektcharakter zu, wie dies bereits Hartmann für die Selbstrepräsentanzen im Ich postuliert hat. Rogers rechnet allerdings die Funktionen, die Freud dem Ich zuschreibt, wie Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis, Fühlen, Handeln usw. dem Organismus bzw. der Aktualisierungstendenz zu. Diese umfasst damit nicht nur alle organismischen Bedürfnisse, d. h. „unbewusste organische Prozesse wie die Regulierung der Körpertemperatur“ sondern auch „solch einmalig menschliche und intellektuelle Funktionen wie die Wahl von Lebenszielen“; zudem bewegt sich der Organismus „in Richtung auf größere Unabhängigkeit oder Selbstverantwortlichkeit“ (Rogers, 1951a/1972, S. 422).

Damit wird die Vermittlung von organismischem Erleben einerseits und den Anforderungen der Umwelt und insbesondere den Bewertungsbedingungen andererseits, sowie die Lösung der daraus entstehenden Konflikte der Aktualisierungstendenz selbst

zugeschrieben. Dabei kommt es zur Abspaltung einer Selbstaktualisierungstendenz, die sich zum Teil gegen die Tendenzen des Organismus wendet, d. h. das organismische Erleben unterdrückt oder verzerrt, um den Bewertungsbedingungen zu entsprechen. Bereits Diether Höger hat (1990, S. 36) die Frage gestellt, ob es Sinn macht, „wenn beide Möglichkeiten des Menschen Produkte ein und desselben übergeordneten Prinzips sein sollen, sowohl diejenige, seine eigene Natur zu entfalten, eine deutliche Entwicklung auf Ganzheit und Integration hin durchzumachen [...] als auch die der Stagnation“.

Auch die widersprüchlichen Annahmen Rogers hinsichtlich der Abwehr des organismischen Erlebens dürfte in dieser Aporie begründet liegen. So bestimmt er in seiner theoretischen Arbeit (1959a/1987, S. 28) das Selbst einerseits als Bereich, „in dem der Organismus Erfahrungen aussortiert, die vom Bewusstsein nicht problemlos zugelassen werden können“. An anderer Stelle (1951a/1972, S. 436) schreibt er der Selbststruktur einen „regulierenden Einfluss auf das Verhalten“ zu sowie die Funktion, „das Eindringen einer Erfahrung, die im Widerspruch zu ihr steht“ zu verhindern, wobei sie „wie ein Stück Protoplasma [reagiert], wenn ein Fremdkörper eindringen will – sie bemüht sich das Eindringen zu verhindern“.

Durch diese Aufspaltung in zwei antagonistisch wirkende Prinzipien verliert dieses strukturelle Organisationsprinzip des Organismus meines Erachtens an Klarheit und Verständlichkeit, zumal wir ja auch gegenüber den organismischen Tendenzen Stellung beziehen und uns bewusst entscheiden können (Spielhofer, 1996; 2001). Vor allem aus humanistisch-existenzphilosophischer Sicht ist es problematisch, Selbstbestimmung und Selbsterfahrung naturhaft angelegten Potenzialen sowie der Internalisierung von Werten zuzuschreiben, wie vor allem auch Zurhorst (1988, S. 184) betont: „Vertrete ich Werte auf dem Hintergrund erzwungener Introjekte, also dass entweder andere oder meine vorgegebene Natur mich gezwungen haben, immer positiv, sozial, vorwärtsgerichtet, rational und realistisch zu sein oder will ich selbst in dieser Weise existieren? Jede Berufung auf einen naturhaft wertenden ‚Ich-Kern‘ wäre gerade eine Verletzung des Selbstbestimmungsprinzips.“

Es erscheint mir daher für die Darstellung des Menschenbildes sowie auch für die Konzeptualisierung der Persönlichkeitstheorie unseres Ansatzes sinnvoll, das sich selbst reflektierende und autonom entscheidende Subjekt aus der Verflechtung mit einem vorwiegend biologisch gefassten Organismus herauszulösen und als eigene Instanz zu etablieren mit den Funktionen der Wahrnehmung, des Denkens, Bewertens von Erfahrungen und des Treffens von Entscheidungen. Dieses Subjekt hat zwischen den (organismischen) Bedürfnissen und Wünschen des Individuums einerseits sowie den Anforderungen der Umwelt und dem Selbstbild andererseits zu vermitteln. Dabei handelt es sich nicht nur um eine rein philosophische Frage, die das Menschenbild unseres Ansatzes betrifft, sondern die Art, wie die unterschiedlichen Anforderungen von organismischem

Erleben und den im Selbst repräsentierten Bewertungsbedingungen vermittelt und die dabei entstehenden Konflikte gelöst werden, entscheidet über unser seelisches Wachstum und Autonomie bzw. über Stagnation oder Störung.

Aus diesem Grund habe ich zur besseren Darstellung und Begründung von Selbsterfahrung und Selbstbestimmung vorgeschlagen, neben dem Selbst als Wahrnehmungsobjekt ein Ich oder *Ego* als Subjekt von Erleben und Handeln bei der Konzeptualisierung von Persönlichkeit anzusetzen (Spielhofer, 1966; 2001). Dies entspricht auch der neuzeitlichen Konzeption des Subjekts im abendländischen Denken, die vor allem von Immanuel Kant (1951) und Edmund Husserl (1963) entwickelt worden ist und der zufolge einem „empirischen Ich“, das dem Selbst entspricht, d. h. dem Bild der eigenen Person, ein „transzendentes Ich“ als Subjekt von Selbsterkenntnis und Selbstbestimmung zugrunde gelegt wird. Bei Husserl ist dieses Subjekt, im Unterschied zu Descartes und Kant kein inhaltsleeres, abstraktes Ich (*Cogito*) als Voraussetzung und Zentrum jeglicher (Selbst-)Erkenntnis und Selbstgewissheit, sondern auch sinnstiftendes Zentrum. Es bestimmt sich auch inhaltlich durch die Wesenheit der Dinge, die es umfasst und durch die Entscheidungen, die es trifft. Es ist der „Identitätspol“ im Bewusstseinsstrom und stiftet nicht nur den Zusammenhang und die Struktur der Bewusstseinsakte, sondern konstituiert auch einen inhaltlichen Zusammenhang, eine Sinnstruktur entsprechend der Bedeutung, die Personen und Dinge der Umgebung für uns haben. Auch George H. Mead (1934/1978) spricht in seiner Theorie der symbolischen Interaktion von einem „I“ als Subjekt des Denkens und Handelns und einem „Me“ als verinnerlichtes Bild des *generalisierten Anderen*, in dem sich die allgemeine Struktur der sozialen Normen und Werte widerspiegelt.

Allerdings ist es heute modern geworden, sich von ontologischen Fragen wie etwa nach dem Wesen und der Bestimmung des Menschen abzuwenden und Fragen nach „gesund“ und „krank“

oder „wahr“ und „falsch“ an selbstreferenzielle und prozedurale Modalitäten des Fragens zu delegieren (Kriz, 1997; Luhmann, 1990; Prigogine, 1979). Oder mit Jürgen Habermas (1981, S. 443f) ist der „in kybernetischen und biologischen Zusammenhängen entwickelte Systembegriff“ geeignet an die Stelle des „Paradigmas der Bewusstseinsphilosophie“ zu treten, um damit die „subjektzentrierte Vernunft durch Systemrationalität abzulösen“. Anstelle einer Theorie der Persönlichkeit, ihrer psychischer Strukturen und Entwicklungen tritt bei ihm die Theorie der kommunikativen Kompetenz und deren Abweichungen; anstelle der Metapsychologie die Metahermeneutik (derselbe, 1970, S. 95). Offen bleibt dabei, wie sprachlich erzeugte intersubjektivität und selbstreferenziell geschlossene Systeme ohne interaktive Subjekte gedacht werden sollen; wie anhand anonym miteinander kommunizierender Systeme die Konstituierung des autonomen und selbstbestimmten Subjekts begründet werden soll. Fragen nach dem Menschenbild, nach persönlichem Wachstum und psychischer Gesundheit sind der Beliebigkeit von Sprachspielen unterworfen. Auch Jürgen Kriz (2002, S. 46) sieht in der „narrativen Wende“ eine Überwindung „romantischer Idealisierung der ‚Person‘ zugunsten einer größeren ‚Freiheit‘ und ‚Flexibilität‘ der Identitätskonstruktion“. Damit würde allerdings nicht nur die Konzeption von „Person“ obsolet, sondern auch die Bezeichnung „personenzentriert“ irreführend (vgl. dazu auch Schmid, 2004). Wie jedoch der Philosoph Manfred Frank (1986, S. 12) feststellt, weist gerade das Präfix „selbst-“ der selbstreferenziellen Systeme auf ein Subjekt hin, denn „nur Subjekte können sich zu *sich selbst* verhalten“. Auch in den Erzählungen bildet ein „Ich“ den Kern der Geschichten und sowohl in unserem Denken wie auch in der Alltagssprache beziehen wir uns auf ein „Ich“; *ich* erlebe *mich* oder nehme *mich* wahr als...“. Allerdings bleibt der Ort, auf den wir uns beziehen, wenn wir „ich“ sagen, das Zentrum von Erleben und Handeln auch im personenzentrierten Ansatz bislang unbestimmt.

Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M. (1988). Was bedeutet gesprächspsychotherapeutisches Arbeiten mit Patienten mit einer Borderline-Störung? In GwG (Hrsg.), *Orientierung an der Person*. Bd. 1, Diesseits von Psychotherapie. Köln: GwG-Verlag, 58–61.
- Bion, W. (1970). *Attention and interpretation*. London: Tavistock.
- Bittner, G. (1995). Psychoanalyse im Wandel – oder: die Wandlungen eines Psychoanalytikers. In K. Bell & K. Höhenfeld (Hrsg.), *Psychoanalyse im Wandel*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Bohart, A. C. (1991). Empathy in client-centered therapy: A contrast with psychoanalysis and self-psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 31, 34–48.
- Cremerius, J. (1982). Die Bedeutung der Dissidenten für die Psychoanalyse. *Psyche*, 36, 312–316.
- Dornes, M. (2000). *Die emotionale Welt des Kindes*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Dornes, M. (2005). Theorien der Symbolisierung. *Psyche*, 1, 72–81.
- Eckert, J. (1996). Gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke E. (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Handbuch für Ärzte und Psychologen* (S. 415–432). Berlin: Springer.
- Eckert, J., Dulz, B. & Makowsky, C. (2000). Die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 45, 271–285.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendung*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. & Teusch, I. (2001). Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In G. Dammann & P. Janssen P. (Hrsg.), *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen* (S. 136–146). Stuttgart: Thieme.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 2002: *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press).
- Frank, M. (1986). *Die Unhintergebarkeit von Individualität. Reflexion über Subjekt, Person und Individuum aus Anlass ihrer ‚postmodernen‘ Totklärung*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Freud, S. (1905). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In *Gesammelte Werke, Bd. 5* (S. 27–145). London: Imago Publishing, 1942.
- Freud, S. (1914) Zur Einführung des Narzissmus. In *Gesammelte Werke, Bd. 10* (S. 137–170). London: Imago Publishing, 1946.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Hufnagel G. (1997). Personzentrierte Störungslehre unter besonderer Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Erkenntnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 1, 37–50.
- Gaensbauer, T. (1982). The differentiation of discrete affects: A case report. *Psychoanalytic Study of the Child*, 37, 29–66.
- Habermas, J. (1970). Der Universalitätsanspruch der Hermeneutik. In R. Buber et al. (Hrsg.), *Hermeneutik und Dialektik* (S. 73–103). Tübingen: Mohr.
- Habermas, J. (1981). *Theorie des kommunikativen Handelns, 2 Bde*. Stuttgart: Suhrkamp.
- Hartmann, H. (1939). Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 24, 62–135.
- Hartmann, H. (1972). *Ich-Psychologie: Studien zur psychoanalytischen Theorie*. Stuttgart: Klett.
- Heinerth, K. (2002). Versperrte und verzerrte Symbolisierungen. Zum differentiellen Verständnis von Persönlichkeits- und neurotischen Störungen in Theorie und Praxis. In C. Iseli et al. (Hrsg.), *Identität, Begegnung, Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 145–180). Köln: GwG-Verlag.
- Höger, D. (1990). Zur Bedeutung der Ethologie für die Psychotherapie. Aspekte der Aktualisierungstendenz und der Bindungstheorie. In G. Meyer-Cording & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit. Theorie, Forschung und Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie heute* (S. 30–53). Köln: GwG-Verlag.
- Husserl, E. (1977). *Cartesianische Meditationen. Eine Einleitung in die Phänomenologie*. Hamburg: Felix Meiner.
- Iseli, C., Keil, W., Korbei, L., Nemeskeri, N., Rasch-Owald, S., Schmid, P. F. & Wacker, P. (Hrsg.). (2002). *Identität, Begegnung, Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*. Köln: GwG-Verlag.
- James, W. (1909). *Psychology: Briefer course*. New York: Holt.
- Kahn, E. (1989). Carl Rogers and Heinz Kohut. Toward a constructive collaboration. *Psychotherapy*, 26, 555–563.
- Kant, I. (1951). *Kritik der reinen Vernunft*. Leipzig: Meiner.
- Keil, W. & Stumm, G. (Hrsg.) (2002). *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie*. Wien – New York: Springer.
- Kernberg, O. F. (1978). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt/M.: Suhrkamp. (Original erschienen 1975: *Borderline-Conditions and pathological narcissism*, New York: Aronson).
- Kernberg, O. F., Dulz, B. & Sachse, U. (2000). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Klein, M. (1962). *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Stuttgart: Klett.
- Kriz, J. (1997). *Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner*. Wien: Facultas.
- Kriz, J. (2002). Was kann „personzentriert“ am Beginn des 21. Jahrhunderts bedeuten? In C. Iseli et al. (Hrsg.). *Identität, Begegnung, Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*. (S. 37–49). Köln: GwG-Verlag.
- Kohut, H. (1973). *Narzissmus. Eine Theorie psychoanalytischer Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp. (Original erschienen 1971: *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: Intern. Univ. Press).
- Kohut, H. (1979). *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt/M.: Suhrkamp (Original erschienen 1977: *The restoration of the self*. New York: Intern. Univ. Press).
- Kohut, H. (1989). *Wie heilt die Psychoanalyse?* Frankfurt/M.: Suhrkamp. (Original erschienen 1984: *How does analysis cure?* Chicago: Univ. of Chicago Press).
- Kuhn, T. S. (1989). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp (Original erschienen 1970: *The structure of scientific revolutions*. In O. Neurath, R. Carnap & C. Morris (Eds.), *Foundations of the unity of science*. Chicago: Univ. of Chicago Press).
- Levinas, E. (1983). *Die Spur des Anderen: Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie*, Freiburg: Alber.
- Lorenzer, A. (1972). *Zur Begründung einer materialistischen Sozialisations-theorie*. Frankfurt/M: Suhrkamp
- Luhmann, N. (1990). *Die Wissenschaft der Gesellschaft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Mahler, M. S. (1983). *Symbiose und Individuation. Bd. 1: Psychosen im frühen Kindesalter*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1983: *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. Vol. I: *Infantile psychosis*. New York: Univ. Press).

- Mead, G. H. (1973). *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp (Original erschienen 1934: *Mind, Self, Society*. Chicago: Univ. Press).
- Näcke, P. (1899). Kritisches zum Kapitel der normalen und pathologischen Sexualität. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 37, 356–384.
- Piaget, J. (1969). *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*. Stuttgart: Klett. (Original erschienen 1959: *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé).
- Portmann, A. (1973). *Biologie und Geist*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Prigogine, I. (1979). *Vom Sein zum Werden. Zeit und Komplexität in den Naturwissenschaften*. München: Piper.
- Reich, W. (1973). *Charakteranalyse*. Frankfurt/M.: Fischer. (Original erschienen 1945: *Character analysis*. New York: Ed. M. Boyd Higgins).
- Reinert, T. (2004). *Therapie an der Grenze: die Borderline-Persönlichkeit. Modifiziert-analytische Langzeitbehandlungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1951a/1972). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler (Original erschienen 1951a: *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1959a/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG-Verlag. (Original erschienen 1959a: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch, (Ed.). *Psychology. A study of a science, Vol. III* (pp. 158–256). New York: McGraw Hill).
- Rogers, C. R. & Wood, J. K. (1974/1977). *Klientenzentrierte Theorie* In C. R. Rogers, *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 113–141). München: Kindler. (Original erschienen 1974: Client-centered theory: Carl Rogers. In A. Burton (Ed.), *Operational theories of personality* (pp. 211–258). New York: Brunner/Mazel.),
- Sachse, R. (2004). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sartre, J. P. (1980). *Das Sein und das Nichts. Versuch einer phänomenologischen Ontologie*. Hamburg: Rowohlt (Original erschienen 1943: *L'etre et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique*. Paris: Gallimard).
- Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie: Ein Handbuch. Bd. I: Solidarität und Autonomie*. Köln: Ed. Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. F. (2003). The characteristics of a person-centered approach to therapy and counselling: Criteria for identity and coherence. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2, 104–120.
- Schmid, P. F. (2004). Souveränität und Engagement. Zu einem personenzentrierten Verständnis von „Person“. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*, 3. Aufl. (S. 15–164). Mainz: Grünewald.
- Schmidtchen, S. (1993). Klientenzentrierte Ätiologie und Diagnostik von psychischen Erkrankungen im Kindesalter. In S. Schmidtchen, G.-W. Speierer & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störungen*, 2. Bd. (S. 181–228). Köln: GwG-Verlag.
- Schmidtchen, S. (1995). Psychische Krankheit als Ausdruck gestörter kindlicher Schemata zur Beziehungsgestaltung und Selbstverwirklichung. In J. Eckert (Hrsg.), *Forschung zur klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 121–130). Köln: GwG-Verlag
- Schneider, K. (1928). *Die psychopathische Persönlichkeit*. Wien: Deuticke.
- Spielhofer, H. (1996). Zum Subjekt-Begriff in der klientenzentrierten Psychotherapie. *GwG-Zeitschrift*, 27, 24–34.
- Spielhofer, H. (2001). Organismisches Erleben und Selbst-Erfahrung. Ein Beitrag zur Diskussion der anthropologischen und persönlichkeits-theoretischen Grundlagen im Personzentrierten Ansatz. *Person*, 1, 5–18.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 14, 190–210.
- Stern, D. N. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1985: *The interpersonal world of the infant*, New York: Basic Books).
- Stern, D. (1995). *Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Stumm, G. (2001). Der Personzentrierte Ansatz und die Selbstpsychologie. *Person*, 1, 19–31.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Swildens, H. (1994). Gesprächspsychotherapie bei Borderline-Patienten. In L. Teusch, J. Finke & M. Gastpar (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen* (S. 49–52). Heidelberg: Asanger.
- Swildens, H. (2004). Self-pathology and post-modern humanity: Challenges for person-centered psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 4–18.
- Tobin, S. A. (1991) A comparison of psychoanalytic self psychology and Carl Rogers' person-centered therapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 31, 9–33.
- Winnicott, D. W. (1969) Übergangsobjekt und Übergangsphänomene. *Psyche*, 23, 666–682. (Original erschienen 1953: Transitional objects and transitional phenomena: A study of the first not-me possession. *Intern. Journal of Psychoanalysis*, 34, 89–97.
- Winnicott, D. W. (1985). *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett. (Original erschienen 1971: *Playing and reality*. London: Tavistock Press).
- Zurhorst, G. (1988). Wissenschaft und Subjektivität – für eine kritische, phänomenologisch-existenzialistische Fundierung der GT. In GwG (Hrsg.), *Orientierung an der Person, Bd. 2: Jenseits von Psychotherapie* (S. 182–186). Köln: GwG-Verlag.

Autor

Hermann Spielhofer, Klinischer Psychologe und Psychotherapeut, Mitglied der ÖGwG und der PCA; tätig im Bereich ambulanter sozialpsychiatrischer Einrichtungen und in freier Praxis. Arbeitsschwerpunkte; wissenschaftstheoretische und anthropologische Grundannahmen sowie Persönlichkeitstheorien im Personzentrierten Ansatz.

Korrespondenzadresse

Dr. Hermann Spielhofer
Josefstädter Straße 35/12, A-1080 Wien.
E-Mail: hermann.spielhofer@chello.at

Gerald Hüther

Selbstorganisierte Strukturierung und nutzungsbedingte Modifikation neuronaler Verschaltungsmuster – Implikationen für die Psychotherapie

Zusammenfassung: *Psychosoziale Konflikte sind die wichtigsten Auslöser emotionaler Reaktionen. Die damit einhergehende neuroendokrine Stressreaktion führt im Fall kontrollierbarer Probleme („Herausforderungen“) zur Stabilisierung und Bahnung der individuell zur Bewältigung eingesetzten Strategien und der dabei aktivierten neuronalen Verschaltungen. Individuell als unkontrollierbar empfundene Probleme („Bedrohungen“) bewirken wesentlich tiefgreifendere und länger anhaltende emotionale Aktivierungsprozesse, die zur Destabilisierung der bereits entstandenen, zur Problemlösung jedoch ungeeigneten assoziativen Verschaltungen führen. Die Bedeutung derartiger, stress-mediierter Stabilisierungs- bzw. Destabilisierungsprozesse für die adaptive, erfahrungs-abhängige Anpassung verhaltenssteuernder neuronaler Netzwerke wird in diesem Beitrag herausgearbeitet und die möglichen Entgleisungen dieses Anpassungsprozesses werden beschrieben.*

Schlüsselwörter: *Anpassung, Emotionen, Neuroplastizität, Selbstorganisation, Stress*

Abstract: *Self-organized structuring and use-related modification of neuronal wiring patterns — Implications for psychotherapy. Psychosocial conflict is the major cause of emotional arousal and the activation of the neuroendocrine stress response. The higher associative brain structures are not only the sites in which psychosocial demands are recognized and from which a less or more systemic, i.e. controllable or uncontrollable stress response is initiated. They are also the sites which are structurally modified in the course of this response. Controllable stress leads to the stabilization and facilitation if those neuronal pathways and synaptic connections which are activated in the coping process, uncontrollable stress favours the destabilization of established associative networks as a prerequisite for their subsequent reorganization. The stress response acts therefore as a trigger for the adaptive, experience-dependent adjustment of neuronal connectivity to the actual, i.e. individually perceived, demands of the external, psychosocial world.*

Keywords: *adaptation, dependent plasticity, emotion, experience, self-organization, stress*

Die prinzipielle Anpassungsfähigkeit lebender Systeme

Die Offenheit aller lebenden Systeme macht ihre innere Ordnung störanfällig für Änderungen ihrer Außenwelt. Solche Veränderungen führen jedoch normalerweise nicht zu chaotischen Störungen ihrer bisher entwickelten inneren Struktur und Organisation. Jedes lebende System verfügt über eine Reihe von Mechanismen, die dazu beitragen, Veränderungen der Außenwelt abzapfen, abzuschwächen oder auszuweichen und die in Abhängigkeit von der Häufigkeit ihrer Nutzung immer besser ausgebaut und fortentwickelt werden. Anschauliche Beispiele derartiger adaptiver Modifikationen phänotypischer Merkmale finden sich auf der Ebene körperlicher Merkmale (Änderungen der Schwanzlänge bei Mäusen bei veränderter

Außentemperatur, verstärkte Keratinisierung der Haut bei erhöhter Beanspruchung etc.) wie auch auf der Ebene psychischer Reaktionen (Verdrängung, Abschirmung, selektive Aufmerksamkeit etc.). Zu derartigen adaptiven Modifikationen kommt es immer dann, wenn die Störung der Außenwelt und damit das Ausmaß der im System erzeugten Unordnung nicht zur Destabilisierung des Systems führt und geeignete Reaktionen zur Beseitigung der Störung angelegt sind und aktiviert werden können, wenn es sich also für das betreffende System um eine kontrollierbare Belastung handelt. Die zwangsläufige Konsequenz wiederholter, kontrollierbarer Belastungen ist die Bahnung, der Ausbau, die schrittweise Verbesserung der Effizienz der zur Beseitigung der Störung (des Stressors) benutzten Mechanismen. Sie führt im Falle wiederholter gleichartiger kontrollierbarer Belastungen zur Herausbildung ganz bestimmter

Spezialisierungen und endet damit, dass die betreffende Störung schließlich durch eine zur Routine gewordene Reaktion abgefangen und unwirksam gemacht werden kann.

Der Ausbau von Mechanismen, die besonders geeignet sind, eine ganz bestimmte Art von Störungen der inneren Ordnung eines lebenden Systems aus der Außenwelt zu unterdrücken, hat zur Folge, daß das betreffende System gegenüber andersartigen, bisher selten aufgetretenen Störungen anfällig wird, anfälliger als ein System, das im Verlaufe seiner bisherigen Entwicklung einer Vielzahl verschiedenartiger kontrollierbarer Belastungen ausgesetzt war. Die zunehmende Spezialisierung eines Systems auf die Beseitigung ganz bestimmter Störungen schränkt zwangsläufig seine Fähigkeit ein, adäquat auf andere, bisher seltener aufgetretene Veränderungen seiner Außenwelt zu reagieren. Wenn sie eintreten, kommt es zu einer wesentlich tiefgreifenderen Störung der inneren Ordnung des Systems, die nun nur noch durch die Aktivierung unspezifischer „Notfall“-Reaktionen für eine gewisse Zeit aufrechterhalten werden kann. Kann keine geeignete Abwehrstrategie aktiviert werden, bleibt die Störung also unkontrollierbar, so kommt es zu einer zunehmenden Destabilisierung des Systems und der bisher von diesem System entwickelten Spezialisierungen. Diese Destabilisierung kann die notwendige Voraussetzung für eine Neuorganisation seiner inneren Ordnung schaffen, sie kann aber auch zum Untergang und Zerfall des Systems führen.

Offenbar handelt es sich hierbei um ein generelles Entwicklungsprinzip, das beschreibt, auf welche Weise die immer wieder auftretenden (und zumeist von einem lebenden System selbst erzeugten) Veränderungen der äußeren Bedingungen zu entsprechenden Veränderungen der inneren Struktur und Organisation lebender Systeme führen. Es gilt als Prinzip für jedes lebende System gleichgültig, ob es sich hierbei um eine Zelle, einen Organismus, eine Population oder eine Gesellschaft handelt. Jedes System produziert bei einer Störung seiner inneren Ordnung ein charakteristisches Muster von Signalen, das gewissermaßen eine physikalische, chemische oder sprachliche Kodierung von Art und Ausmaß der Störung darstellt. Diese zuerst von bestimmten Teilbereichen des Systems generierten, allgemeinverständlichen Signale breiten sich innerhalb des Systems aus und lösen in anderen Subsystemen ihrerseits charakteristische Veränderungen der inneren Ordnung aus. Art und Ausmaß dieser, nunmehr Signal-kodierten Veränderungen sind jedoch eindeutiger definiert und lösen spezifische Antworten aus, die im Falle kontrollierbarer Störungen zur Festigung, im Falle unkontrollierbarer Störungen zur Destabilisierung der in einzelnen Bereichen des Gesamtsystems bisher etablierten inneren Struktur und Organisation führen.

Auf der Ebene einzelner Zellen kommt es immer dann zu nachhaltigen adaptiven Veränderungen der bisherigen inneren Organisation, bestimmter zellulärer Funktionen und der diese Funktionen stützenden Strukturen, wenn die Zelle durch einen äußeren Reiz gewissermaßen im Innersten, also im Zellkern getroffen und bei der

dort stattfindenden Abschreibung von Gensequenzen gestört wird. „Induction of early immediate genes“ nennen die Molekularbiologen diesen Vorgang, der dazu führt, dass bei einer Belastung zunächst bestimmte „Notfallgene“ vermehrt kopiert und zum Aufbau von „Notfallproteinen“ (z. B. „heat shock protein“) benutzt werden. Diese Genprodukte wirken ihrerseits wieder als Regulatoren der Genexpression, und bewirken eine vermehrte Bildung bestimmter Struktur- und Enzymproteine, die zur Abwehr der eingetretenen Bedrohung geeignet sind, aber meist mit grundlegenden Veränderungen der bisherigen Struktur und Funktion der betreffenden Zelle einhergehen. Die Zelle hat sich dann an die aufgetretene (und weiter fortbestehende) Störung strukturell und funktionell angepasst.

Auf der Ebene des Gehirns sind es die sogenannten emotionalen Zentren, die hinreichend erschüttert, also aktiviert werden müssen, damit es zu adaptiven Veränderungen der das bisherige Denken, Fühlen und Handeln eines Menschen bestimmende neuronalen und synaptischen Verschaltungsmuster in den autogenetisch jüngeren, z. B. kortikalen Hirnbereichen kommen kann.

Paradigmenwechsel in der Hirnforschung

Erst seit wenigen Jahren haben die Hirnforscher¹ damit begonnen, die Verschaltungen zwischen den für die Entstehung emotionaler Erregungen zuständigen neuronalen Netzwerken in den ontogenetisch und phylogenetisch älteren limbischen Hirnregionen und den für kognitive Verarbeitungsprozesse zuständigen neocortikalen Netzwerken genauer zu untersuchen. Dabei sind sie auf intensive reziproke Verschaltungen zwischen den limbischen Gebieten (cingulärer Cortex, Hypothalamus, Hippocampus und Amygdala) und einer Vielzahl anderer Hirnstrukturen (im Hirnstamm, im Striatum, im paralimbischen und neocortikalen Regionen) gestoßen (Carmichael & Price, 1995; Pandya & Yeterian, 1996). In Tierversuchen konnte gezeigt werden, dass diese komplexen Verschaltungen entscheidend an der Regulation motivationaler, affektiver und emotionaler Reaktion beteiligt sind (Rolls, 1990; Dias et al., 1996). Sie bilden offenbar auch beim Menschen das neurobiologische Substrat, das für die Integration äußerer und innerer Zustandsbilder verantwortlich ist und die gleichzeitige sensorische, kognitive und autonome Verarbeitung und Verankerung emotionaler Erfahrungen ermöglicht (Tucker et al., 1995; Damasio, 1996).

Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse wird die Informationsverarbeitung im ZNS heute als ein gleichzeitig seriell und parallel ablaufender Prozess der Aktivierung bzw. Hemmung multifokaler, eng miteinander verschalteter neuronaler Netzwerke verstanden. Jedes dieser Netzwerke besitzt strukturell festgelegte Verschaltungsmuster mit anderen Netzwerken, die im Verlauf der

¹ Mit der Verwendung der Worte wie z. B. „Hirnforscher“, „Biologen“, etc. sind Personen beiderlei Geschlechts gemeint.

Individualentwicklung herausgebildet und zeitlebens durch die Art ihrer Nutzung umgeformt und überformt werden („experience-dependent plasticity“). Die Aktivität und die Effizienz der in verschiedenen Bereichen des ZNS operierenden, lokalen Netzwerke wird durch „überregionale“ Systeme mit weitreichenden und z.T. überlappenden Projektionen beeinflusst und aufeinander abgestimmt („harmonisiert“, vgl. Übersicht in Mesulam, 1990; Spooont, 1992). Diese Systeme unterscheiden sich – aufgrund der unterschiedlichen Reichweite ihrer Projektionen – durch das Ausmaß der von ihnen erzeugten „globalisierenden“ Wirkungen sowie – aufgrund der unterschiedlichen Wirkungen der von ihnen benutzten Signalstoffe (Azetylcholin, Catecholamine, Histidin, Peptide, Serotonin) – auch hinsichtlich der von ihnen jeweils ausgelösten Effekte. Manche dieser überregionalen, harmonisierenden Transmittersysteme sind tagsüber ständig aktiv und kaum durch äußere Faktoren beeinflussbar (z. B. serotonerges System, vgl. Übersichten in Jacobs & Fornal, 1991; Jacobs & Azmitia, 1992). Andere werden erst mit der Wahrnehmung neuartiger Reize aktiviert (noradrenerges System, vgl. Übersichten in Moore & Bloom, 1979; Cole & Robbins, 1992).

Neben ihrer Funktion als Modulatoren der in weit auseinander liegenden lokalen Netzwerken generierten neuronalen Aktivität haben diese großen, globalen Transmittersysteme eine weitere trophische, stabilisierende Funktion: Die in den distalen Projektionsgebieten ausgeschütteten Transmitter stimulieren die Produktion und Freisetzung von Wachstumsfaktoren durch benachbarte Astrocyten und nachgeschaltete Nervenzellen und tragen in jeweils charakteristischer Weise zur Stabilisierung bzw. Bahnung der in den und zwischen den lokalen Netzwerken angelegten synaptischen Verschaltungen bei. Die Ausreifung und Ausformung dieser globalisierenden Transmittersysteme ist in besonderem Maße während der frühkindlichen Entwicklung, aber wohl auch noch im erwachsenen Hirn durch verschiedene Faktoren beeinflussbar (psychosoziale Belastungen, Psychopharmaka, vgl. Hüther, 1998; Wegerer et al., 1999).

Diese Vorstellungen über die Bedeutung von Gefühlen und individuellen Bewertungen auf zentralnervöse Verarbeitungsprozesse sowie über die Rolle globalisierender Transmittersysteme für die integrative Regulation der in regionalen Netzwerken generierten neuronalen Aktivitäten markieren ein neues Denken, das sich innerhalb der neurobiologisch orientierten Psychiatrie auszubreiten beginnt. Wer die neurobiologische Forschung der letzten Jahre aufmerksam und kritisch verfolgt hat, wird festgestellt haben, dass sich in diesem Bereich eine Wandlung vollzieht, etwas, das von Karl Jaspers „Achsenzeit“ und von Thomas Kuhn „Paradigmenwechsel“ genannt worden ist. Alte, bisher für richtig gehaltene, bisweilen sogar als Dogma vertretene und von anderen Disziplinen übernommene und dort zu Theoriebildung benutzte Ansichten, beginnen allmählich aufzuweichen:

- Jahrzehntlang war man davon ausgegangen, dass die während der Hirnentwicklung ausgebildeten, neuronalen Verschaltungen

und synaptischen Verbindungen unveränderlich seien. Heute weiß man, dass das Gehirn zeitlebens zur adaptiven Modifikation und Reorganisation seiner einmal angelegten Verschaltungen befähigt ist.

- Fast ebenso lange wurden die Gliazellen, insbesondere die Astrozyten als eine passive Kitt- und Hüllsubstanz für die Neurone betrachtet. Inzwischen hat sich herausgestellt, dass diese Astrozyten nicht nur weitaus zahlreicher sind als die Neurone, sondern dass sie in entscheidender Weise an der Regulation des Wirkungsraumes und des Wirkungsradius von Nervenzellen beteiligt sind, dass sie miteinander und mit den benachbarten Nervenzellen in engster Weise kommunizieren, dass plastische Umbauprozesse im ZNS wesentlich durch astrozytäre Wachstumsfaktoren und astrozytäre Veränderungen des „Mikroenvironments“ benachbarter Nervenzellen gesteuert werden.

- Noch bis vor wenigen Jahren war man der Ansicht, dass Nervenzellen für die synaptische Erregungsübertragung nur einen einzigen, ganz bestimmten Transmitter benutzen. Heute weiß man, dass in den präsynaptischen Vesikeln ein ganzer Cocktail unterschiedlichster Signalstoffe bereitgehalten und bei elektrischer Stimulation ausgeschüttet wird.

- Lange Zeit glaubte man, dass die von den Axonterminalen einer Nervenzelle bei elektrischer Stimulation freigesetzten Substanzen lediglich der synaptischen Signalübertragung dienen. Inzwischen ist auch diese Vorstellung längst überholt. Die einst ausschließlich als Neurotransmitter angesehenen und deshalb so bezeichneten Substanzen dienen eben nicht nur der chemischen Signalübertragung, sondern wirken in einem viel umfassenderen Sinn als Neuromodulatoren, als trophische Signalstoffe, als Gewebshormone, als Stabilisatoren und Organisatoren neuronaler Netzwerke sowie als Regulatoren der Genexpression sowie des Ionen- und Energiehaushaltes von Nerven-, Glia- und Endothelzellen im ZNS.

- Jahrzehntlang ging man davon aus, dass Nervenzellen für die Erregungsweiterleitung nur die typischen in den Lehrbüchern abgebildeten Synapsen verwenden. Heute wissen wir, dass bestimmte Nervenzellen, unter anderem auch die serotonergen Neurone der Raphe-Kerne, eine Unmenge freier Nervenendigungen, sog. Parasympsynapsen besitzen, die ihren Botenstoff einfach so, wie ein Hormon in den extrazellulären Raum ausschütten, wo dieser mit unterschiedlichsten Rezeptoren benachbarter Nerven- und vor allem auch Gliazellen interagiert.

- Vor Jahren konnte sich noch kein Hirnforscher vorstellen, dass psychosoziale Einflüsse in der Lage wären, die Struktur des Gehirns in irgendeiner Weise zu verändern. Heute sind die meisten von ihnen davon überzeugt, dass die im Lauf des Lebens gemachten Erfahrungen strukturell im Gehirn verankert werden.

- War man bisher stillschweigend davon ausgegangen, dass der Mensch sein großes Gehirn zum Denken besitzt, so haben Forschungsergebnisse der letzten Jahre nicht nur deutlich gemacht, dass das Gehirn auch einen Körper hat, ihn braucht und von ihm abhängt, sondern dass der Bau und die Funktion des menschlichen

Gehirns in besonderer Weise für Aufgaben optimiert sind, die wir unter dem Begriff „soziale Interaktionsfähigkeit“ zusammenfassen. Unser Gehirn ist demnach weniger ein Denk- als vielmehr ein Sozialorgan.

- Fast ein ganzes Jahrhundert lang wurde heftig darüber gestritten, ob das Denken, Fühlen und Handeln des Menschen stärker von angeborenen Verhaltensprogrammen oder von den im Lauf des Lebens gemachten Erfahrungen bestimmt wird, ob psychosozialen und psychodynamischen Aspekten eine entscheidendere Bedeutung für die Herausbildung bestimmter Persönlichkeitsmerkmale wie auch für die Entstehung psychischer Störungen zukommt als den sogenannten biologischen Aspekten, ob für die Manifestation psychischer Auffälligkeiten eher genetische oder aber vor allem epigenetische Faktoren verantwortlich zu machen sind. Heute setzt sich auf Seiten der Verfechter der psychischen und psychosozialen Determiniertheit menschlichen Verhaltens allmählich die Einsicht durch, dass das Fühlen, Denken und Handeln des Menschen eine materielle, d. h. neurobiologische Grundlage hat. Andererseits müssen die Anhänger der biologischen Determiniertheit psychischer Erscheinungen inzwischen eingestehen, dass sowohl für die Stabilisierung der genetischen Anlagen innerhalb der Population wie auch für die Herausbildung bestimmter neuronaler bzw. synaptischer Verschaltungsmuster die intrapsychische Verarbeitung psychosozialer Erfahrungen zumindest beim Menschen von erheblicher Bedeutung ist.

Viele dieser neuen, in ihren Auswirkungen auf andere, anwendungsbezogene Bereiche der Neurowissenschaften kaum abschätzbaren Erkenntnisse der neuro- und psychobiologischen Grundlagenforschung des ausklingenden 20. Jahrhunderts sind mit der Flut wissenschaftlicher Publikationen an Psychiatern, Neuropharmakologen, Psychologen und Psychotherapeuten bis heute weitgehend unbemerkt vorübergerauscht. „Experience-dependent plasticity“, „long-term potentiation“, „trophic factors“, „parasympaptic“ oder „volume transmission“, oder gar so etwas wie „the social construction of the human brain“ sind im Sprachgebrauch der potentiellen Nutzer dieser Erkenntnisse noch immer Fremdworte geblieben.

Besonders deutlich lässt sich dieser, in der neurologisch-psychiatrischen Grundlagenforschung seit einigen Jahren stattfindende Paradigmenwechsel am Beispiel der Auswirkungen psychischer Belastungen auf das Gehirn illustrieren.

Nutzungsabhängige Plastizität und die neurobiologische Verankerung psychosozialer Erfahrungen.

Bahnbrechend für das Verständnis nutzungsabhängiger Umbauprozesse im ZNS waren die Untersuchungen der Arbeitsgruppe von Merzenich zur Reorganisation somatosensorischer kortikaler Areale nach, z. B., Extremitätenamputationen (Merzenich et al., 1983). Mit

dem erweiterten Einsatz funktioneller bildgebender Verfahren ist in den letzten Jahren deutlich geworden, dass die mit spezifischen Nutzungsmustern einhergehende häufige Aktivierung bestimmter neuronaler Verschaltungen und regionaler Netzwerke zu entsprechenden neuroplastischen Anpassungen führen, die sich als veränderte Aktivierungsmuster in spezifischen Hirnarealen nachweisen lassen. Diese Veränderungen sind um so deutlicher ausgeprägt, je früher ein bestimmtes Nutzungsmuster während der Kindheit etabliert worden ist und über je längere Zeiträume es regelmäßig aktiviert wurde (Hüther, 1998). Die dafür verantwortlichen Bahnungsprozesse beruhen auf einer Verbesserung der Effizienz der synaptischen Signalübertragungen in besonders früh und besonders häufig aktivierten synaptischen Verschaltungen innerhalb bestimmter neuronaler Netzwerke. Diese nutzungsabhängige synaptische Plastizität findet – je nach Häufigkeit und Intensität der Aktivierung – auf drei Ebenen und in drei Phasen statt: Zunächst kommt es lediglich zu biochemischen Veränderungen der synaptischen Effizienz durch Änderungen spezifischer Rezeptoreigenschaften oder der Expression einzelner Rezeptoren, Enzyme und anderer, an der Bereitstellung, der Ausschüttung oder der Wiederaufnahme bestimmter Neurotransmitter beteiligter oder in die postsynaptische Signaltransduktion involvierter Proteine. In einem zweiten Schritt erfolgt eine strukturelle Anpassung auf der Ebene einzelner Synapsen, die dann durch entsprechende adaptive Modifikationen komplexer neuronaler Verschaltungsmuster weiter stabilisiert werden.

Einmal entstandene und stabilisierte Verschaltungsmuster und die daraus resultierenden, mit funktionellen bildgebenden Verfahren nachweisbaren, charakteristischen regionalen Aktivierungsmuster bleiben so lange erhalten, wie sich an den bisherigen Nutzungsbedingungen nichts Grundlegendes ändert. Das gilt auch oder ganz besonders für all jene hochkomplexen Verschaltungsmuster, die das Denken, Fühlen und Handeln eines Menschen bestimmen. „Ohne Not verändert sich nichts, am wenigsten die menschliche Persönlichkeit. Sie ist ungeheuer konservativ, um nicht zu sagen inert. Nur scharfe Not vermag sie aufzujagen. So gehorcht auch die Entwicklung der Persönlichkeit keinem Wunsch, keinem Befehl und keiner Einsicht, sondern nur der Not; sie bedarf des motivierenden Zwanges innerer und äußerer Schicksale“ (Jung, 1932).

Der wohl mit Abstand wichtigste Trigger für die adaptive Modifikation und Reorganisation einmal entstandener neuronaler und synaptischer, das Denken, Fühlen und Handeln eines Menschen bestimmender Verschaltungsmuster ist die mit der Aktivierung emotionaler Zentren einhergehende neuroendokrine Stressreaktion (Hüther, 1996). Immer dann, wenn eine Person mit einer Aufgabe konfrontiert wird, die sich nicht „routinemäßig“ durch Abruf bereits bewährter und etablierter Verschaltungs- und Reaktionsmuster lösen lässt, kommt es zur Aktivierung subkortikaler, limbischer Hirnregionen (Amygdala), die auf katecholaminerge Kerngebiete im Mittelhirn und im Hirnstamm (Locus coeruleus) sowie auf peptiderge Kerngebiete im Hypothalamus (Nucleus paraventricularis) übergreift

(Dolan, 2000; LeDoux, 2000). Die im Verlauf dieser sich ausbreitenden unspezifischen Aktivierung vermehrt ausgeschütteten Signalstoffe (z. B. Noradrenalin, Dopamin, Corticotropin-Releasing-Hormon, Vasopressin, Beta-Endorphin, Kortisol) haben z. T. sehr nachhaltige und tiefgreifende Effekte auf die an der synaptischen Signalübertragung beteiligten Komponenten. Wenn die Störung des emotionalen Gleichgewichtes und die damit einhergehende Aktivierung stress-sensitiver Systeme durch eine geeignete Antwort (Bewältigungsstrategie) abgestellt werden kann, so kommt es unter dem Einfluss der im Zuge dieser Reaktion vermehrt ausgeschütteten Hormone, Transmitter und Modulatoren zur Bahnung der zur Wiederherstellung des emotionalen Gleichgewichtes erfolgreich eingesetzten neuronalen und synaptischen Verschaltungen (Hüther et al., 1999, 2000). Diese, mit der Aktivierung emotionaler Zentren einhergehenden Bahnungsprozesse sind weitaus tiefgreifender und nachhaltiger als die normalerweise stattfindenden nutzungsabhängigen Bahnungen. Sie werden rascher und effektiver strukturell verankert und sind später nur schwer durch neue Erfahrungen wieder auflösbar („emotionales Gedächtnis“). Die mit Abstand häufigste Ursache für Erschütterungen des emotionalen Gleichgewichtes beim Menschen sind psychosozialer Natur. Aus diesem Grund wird der Erfahrungsschatz eines Menschen im Wesentlichen durch die im Zusammenleben mit anderen Menschen gemachten (positiven wie negativen) Erfahrungen bestimmt.

Fehlerhafte Anpassungsprozesse

Die Aneignung neuer Bewertungs- und Bewältigungsstrategien und grundlegende Veränderungen im Denken, Fühlen und Handeln werden durch die vorangehende Destabilisierung und Auslöschung unbrauchbar gewordener Muster erst ermöglicht. Es ist in diesem Zusammenhang bezeichnend, dass vor allem Umbruchphasen wie die Pubertät, die zu psychosozialen Neuorientierungen zwingen, besonders häufig mit langanhaltenden, unkontrollierbaren psychischen Belastungen einhergehen. Damit tragen beide Arten von Stressreaktionen, also die kontrollierbaren Herausforderungen wie auch die unkontrollierbaren Belastungen, in jeweils spezifischer Art und Weise, zur Strukturierung des Gehirns, d. h. zur Selbstorganisation neuronaler Verschaltungsmuster im Rahmen der jeweils vorgefundenen äußeren, psychosozialen Bedingungen bei: Herausforderungen stimulieren die Spezialisierung und verbessern die Effizienz bereits bestehender Verschaltungen. Sie sind damit wesentlich an der Weiterentwicklung und Ausprägung bestimmter Persönlichkeitsmerkmale beteiligt. Schwere, unkontrollierbare Belastungen ermöglichen durch die Destabilisierung einmal entwickelter, aber unbrauchbar gewordener Verschaltungen die Neuorientierung und Reorganisation von bisherigen Verhaltensmustern.

Die von unkontrollierbaren Belastungen getriggerten langanhaltenden neuroendokrinen Reaktionen können offenbar über die von

ihnen ausgelöste Destabilisierung neuronaler Verschaltungsmuster in limbischen und kortikalen Hirnregionen zu u. U. sehr grundsätzlichen Veränderungen des Denkens, Fühlens und Handelns einer Person führen. Das Ersetzen eines alten, unter dem Einfluss bisheriger Anforderungen stabilisierten assoziativen Verschaltungsmusters durch ein neues kann dazu führen, dass bisher unkontrollierbare psychosoziale Konflikte kontrollierbar werden. Ein derartiger Reorganisationsprozess ist jedoch immer mit dem Risiko der Entgleisung und des unkompensierbaren Verlustes bestimmter Fähigkeiten im Bereich des Denkens, Fühlens oder Handelns behaftet (Hüther et al., 1996).

Nicht immer kann diese Chance genutzt werden, und nicht zwangsläufig erweisen sich die dabei entstandenen Anpassungen langfristig als biologisch sinnvoll. Bisweilen sind die Belastungen ganz einfach viel zu stark und führen zu einer so tiefgreifenden Destabilisierung der inneren Organisation, dass kaum noch Möglichkeiten für eine nachfolgende Reorganisation verbleiben. Auf der Ebene von Ökosystemen sind solche (meist durch menschliches Eingreifen verursachten) Destabilisierungsprozesse besonders augenfällig. Ärzte beobachten sie vor allem bei solchen Menschen, die im Laufe ihres Lebens nur sehr selten das Gefühl erlebt haben, eine Herausforderung so zu meistern, dass sie mit dem Resultat zufrieden sind, sei es, weil die Ansprüche, die sie an sich selbst stellen, oder die Erwartungen, die andere an sie richten, viel zu groß, oder weil die Belastungen, die sie durchzustehen haben, einfach unbewältigbar sind. Sie sind nicht in der Lage, das für ihre Stabilität erforderliche Ausmaß an innerer Ordnung im Bereich ihres Denkens, Fühlens und Handelns zu entwickeln. Sie bleiben in dieser Hinsicht labil und wenig strukturiert und anfällig für Belastungen, die von anderen Menschen routiniert verarbeitet und daher kaum noch wahrgenommen werden. Die Gefahr der Entgleisung dieses stressmedierten Destabilisierungsprozesses durch die im Zuge unkontrollierbarer Belastungen ablaufenden neuroendokrinen Aktivierungsprozesse ist bei solchen Menschen besonders groß. Häufig kommt es zu Entgleisungen auf der Ebene somatischer Regelmechanismen. Bei denjenigen, die weniger somatisch reagieren, ist eine Entgleisung auf psychischer Ebene wahrscheinlicher und die Art ihrer Manifestation vielgestaltig. Sie reicht von Schlafstörungen über Depressionen, Angsterkrankungen und Essstörungen bis hin zu Suchterkrankungen.

Das andere, genau entgegengesetzte Extrem fehlerhafter Anpassungsprozesse lässt sich besonders bei solchen Personen beobachten, denen es bisher besonders gut gelungen ist, Störungen ihrer inneren Ordnung, die als Angst und Bedrohung erlebt werden, mit Hilfe ganz bestimmter Strategien immer wieder „erfolgreich“ zu bewältigen. Um den Einklang zwischen sich und der ihn umgebenden Welt herzustellen, kann ein Mensch versuchen, nicht mehr so viel an störenden Einflüssen aus dieser Welt wahrzunehmen. Dazu muss er sich stärker verschließen, sich abwenden und unsensibler gegenüber allem werden, was auf ihn einströmt und was er

zu bewältigen außerstande ist. Er wird so in sich gekehrt, der Welt zunehmend fremd und gerät in Gefahr, das zu verlieren, was er für sein Überleben ebenfalls braucht: Stimulation aus einer sich immer wieder verändernden Außenwelt, damit die Regelmechanismen zur Aufrechterhaltung seiner inneren Ordnung nicht verkümmern. Er kann auch versuchen, diese ihn störenden und ihn in ihrer Veränderlichkeit immer wieder bedrohenden Einflüsse aus seiner ihn umgebenden Welt unter Kontrolle zu bringen. Dazu muss er diese seine Welt – und das sind immer die anderen Menschen, die ihn durch ihre Aktivitäten, ihre Wünsche, Forderungen und Wirkungen bedrohen – zu beherrschen suchen. Er muss Macht ausüben, die Anderen zwingen oder sie mit subtileren Mitteln dazu zu bringen, sich so zu verhalten wie es ihm gefällt. Er wird so hart und rücksichtslos, unsensibel und gerät ebenfalls in Gefahr, in der von ihm nach seinen Maßstäben geschaffenen Welt das zu verlieren, was er für sein Überleben braucht: Stimulation aus einer sich immer auf Neue verändernden Außenwelt, damit die Regelmechanismen zur Aufrechterhaltung seiner inneren Ordnung nicht verkümmern.

Leider führen Stress-medierte zentralnervöse Anpassungsprozesse allzu oft zur Stabilisierung und Bahnung, und damit zur zunehmenden Verfestigung von Vorstellungen und Überzeugungen, die falsch sind. Wenn bestimmte Herausforderungen sehr häufig auftreten, werden die zu ihrer Bewältigung entwickelten und deshalb immer wieder eingeschlagenen Strategien für allgemeingültiger gehalten, als sie das in Wirklichkeit sind. Im Ergebnis dieser Bahnungsprozesse kann es zu einer Vielzahl "erfolgsgebannter psychischer Erblindungsphänomene" kommen, die sich schließlich sogar als psychische Abhängigkeiten von eben diesen, immer wieder eingeschlagenen Strategien des Denkens, Fühlens und Handelns manifestieren. Es ist bemerkenswert, dass wir im deutschen (im Gegensatz zum englischen) Sprachgebrauch für all diese, bis zur Abhängigkeit gebahnten Bewältigungsstrategien den Ausdruck „Sucht“ verwenden (Machtsucht, Karrieresucht, Prunksucht, Gelungssucht, Vergnügungssucht etc.).

Bei all diesen Bahnungsprozessen handelt es sich um spezifische Anpassungsleistungen, die dem eingangs beschriebenen, allgemeinen Entwicklungsprinzip lebender Systeme folgen. Immer sind es spezifische Störungen der bisherigen Beziehungen und Beziehungsmuster einzelner Teilbereiche und Komponenten eines lebenden Systems, die eine adaptive Gegenregulation des Systems auslösen. Auch hierbei werden zunächst nur neue, zur Restabilisierung des Gesamtsystems geeignete Beziehungen und Beziehungsmuster einzelner Teilsysteme (neuronale und synaptische Verschaltungsmuster) aktiviert. Diese Beziehungen werden nachfolgend – in Abhängigkeit von der Häufigkeit ihrer Nutzung – gebahnt, gefestigt und schließlich auch strukturell verankert. Deshalb ergeht es auch einer ganzen Gesellschaft nicht viel anders als einem einzelnen Menschen, dem es im Lauf seines Lebens immer wieder gelungen ist, die unterschiedlichsten Probleme mit ein und derselben Verhaltensstrategie zu meistern: Auch sie verliert zunehmend

an Flexibilität und Kreativität, auch sie wird immer unsensibler für all das, was sie bei der Verfolgung ihrer bisherigen Erfolgsstrategie stört. Auch sie zerbricht schließlich an ihrer eigenen Starrheit, wenn sie sich als unfähig erweist, eingefahrene Bahnen zu verlassen und nach neuen, geeigneteren Lösungen zu suchen, um neuartige Anforderungen zu bewältigen. Der Einzelne muss die neuronalen Verschaltungen in seinem Gehirn reorganisieren, die sein Denken, Fühlen und Handeln bestimmen. Die Gesellschaft muss die inneren Strukturen reorganisieren, die das Denken, Fühlen und Handeln ihrer Mitglieder bestimmen.

Diese inneren Strukturen sind eigentlich nicht allzu schwer zu durchschauen:

Zuunterst und tief verankert liegen die während der Kindheit vorgefundenen und übernommenen Werte und Überzeugungen mit all den mehr oder weniger deutlichen Spuren im Denken und Fühlen, die Elternhaus und Schule zurückgelassen haben, mit den von Altersgenossen von Erwachsenen und den Medien übernommenen Vorstellungen davon, worauf es im Leben ankommt. Auf dieses Fundament werden alle weiteren Erfahrungen gepackt, die ein heranwachsender Mensch in der Auseinandersetzung mit der ihm übergebenen Welt machen kann, während der Ausbildung und im Berufsleben. Eingebaut wird all das, was brauchbar ist und sich bewährt, also das, was ihm hilft, Sicherheit und innere Stabilität zu finden.

Die geeignetste Strategie, der effektivste Weg zum Erreichen dieser inneren Stabilität und Sicherheit, so lautet die gegenwärtig wohl wichtigste und deshalb am lautesten propagierte Lebenserfahrung der meisten Menschen in unserem Land, ist die Schaffung psychischer und materieller Unabhängigkeit, also die Aneignung von Macht und Reichtum, oder – wenn das nicht geht – von entsprechenden Statussymbolen. Das, so scheint es, ist inzwischen der wichtigste Kitt geworden, der die wesentlichen Strukturen unserer Gesellschaft noch einigermaßen zusammenhält.

Nur wenigen gelingt es heutzutage noch, einen anderen, zweiten Weg für sich zu erschließen, der ebenfalls geeignet ist, mit der individuellen Angst umzugehen und ein Gefühl von Sicherheit zu schaffen: Die Aneignung von Wissen und Kompetenz. Diese Strategie verliert jedoch zwangsläufig an Wert in einer Gesellschaft, die das Wissen jedes Einzelnen in einer Informationsflut erstickt und individuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten durch computergesteuerte Maschinen ersetzt, die immer mehr Menschen mit ihren Erfahrungen und ihren Kompetenzen arbeitslos herumsitzen lässt.

Schließlich gibt es noch einen dritten Weg, den ein Mensch einschlagen kann, um in seinem Leben Geborgenheit und Sicherheit zu finden. Bezeichnenderweise ist dieser Weg aufgrund der in unserer Gesellschaft vorherrschenden Strukturen fast schon in Vergessenheit geraten. Bewusst wird er nur noch von wenigen Menschen, und was noch fataler ist, nur noch von sehr wenigen Menschen in einflussreichen Positionen beschritten. Es ist der Weg der sozialen Bindung, der Verankerung des Einzelnen in der Gemeinschaft. Er kann

nur von denjenigen gefunden werden, die im Lauf ihres Lebens die Erfahrung gemacht haben, dass sie selbst nur ein Teil eines größeren Ganzen sind, und dass sie als solches nur Sicherheit finden können, indem sie dazu beitragen, den Zusammenhalt innerhalb dieser Gemeinschaft zu festigen. Nur wenn diese soziale Verankerung eines Menschen breit genug ist und wenn die betreffende Person über ein umfangreiches Wissen und vielseitige Kompetenz verfügt, kann sich das herausbilden, was eine Gesellschaft tatsächlich zusammenhält: Die Fähigkeit zur Wahrnehmung von sozialer Verantwortung.

Literatur:

- Carmichael, S. T. & Price, J. L. (1995). Limbic connections of the orbital and medial prefrontal cortex in macaque monkeys. *Journal of Comparative Neurology*, 363, 615–641.
- Cole, B. J. & Robbins, T. W. (1992). Forebrain norepinephrine: Role in controlled information processing in the rat. *Neuropsychopharmacology*, 7, 129–141.
- Damasio, A. R. (1996). The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philosophical Transactions of the Royal Society London, Series B: Biological Sciences*, 351, 1413–1420.
- Dias, R., Robbins, T. W. & Roberts, A. C. (1996). Dissociation in prefrontal cortex of affective and attentional shifts. *Nature*, 380, 69–72.
- Dolan, R. J. (2000). Emotional processing in the human brain revealed through functional neuroimaging. In M. S. Gazzaniga (Hrsg.), *The New Cognitive Neurosciences* (pp. 1115–1131). Cambridge: MIT Press.
- Hüther, G. (1996). The Central Adaptation Syndrome: Psychosocial stress as a trigger for adaptive modifications of brain structure and brain function. *Progress in Neurobiology*, 48, 569–612.
- Hüther, G., Döring, S., Rüger, U., Rüther, E. & Schüssler, G. (1996). Psychische Belastungen und neuronale Plastizität. Ein erweitertes Modell des Stress-Reaktions-Prozesses als Grundlage für das Verständnis zentralnervöser Anpassungsprozesse. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 42 (2), 107–127.
- Hüther, G. (1997). *Biologie der Angst: Wie aus Streß Gefühle werden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther, G. (1998). Stress and the adaptive self-organization of neuronal connectivity during early childhood. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 16, 297–306.
- Hüther, G. (1999). *Die Evolution der Liebe*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther, G., Adler, L. & Rüther, E. (1999). Die neurobiologische Verankerung psychosozialer Erfahrungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 45, 2–17.
- Hüther, G., Döring, S., Rüger, U., Rüther, E. & Schüssler, G. (2000). The stress-reaction process and the adaptive modification and reorganization of neuronal networks. *Psychiatry Research*, 87, 83–95.
- Jacobs, B. L. & Azmitia, E. (1992). Structure and function of the brain serotonin system. *Physiological Reviews*, 72, 165–229.
- Jacobs, B. L. & Fornal, C. A. (1991). Activity of brain serotonergic neurons in the behaving animal. *Pharmacological Reviews*, 43, 563–578.
- Jung, C. G. (1932). *Vom Werden der Persönlichkeit*. Vortrag.
- LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Reviews of Neuroscience*, 23, 155–184.
- Mesulam, M. M. (1990). Large-scale neurocognitive networks and distributed processing for attention, language and memory. *Annals of Neurology*, 28, 597–613.
- Merzenich, M. M., Kaas, J. H., Wall, J., Nelson, R. J., Sur, M. & Felleman, D. (1983). Topographic reorganization of somatosensory cortical areas 3b and 1 in adult monkeys following restricted deafferentation. *Neuroscience*, 8, 33–55.
- Moore, R. Y. & Bloom, F. E. (1979). Central catecholaminergic neuron system: Anatomy and physiology of the norepinephrine and epinephrine systems. *Annual Reviews of Neuroscience*, 2, 113–168.
- Pandya, D. N. & Yeterian, E. H. (1996). Comparison of prefrontal architecture and connections. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 351, 1423–1432.
- Rolls, E. T. (1990). A theory of emotion, and its application to understanding the neural basis of emotion. *Cognition & Emotion*, 4, 161–190.
- Spoont, M. R. (1992). Modulatory role of serotonin in neural information processing: implications for human psychopathology. *Psychological Bulletin*, 112, 330–350.
- Tucker, D. M., Luu, P. & Pribram, K. H. (1995). Social and emotional self-regulation. *Annals of the New York Academy of Science*, 769, 213–239.
- Wegerer, V., Moll, G. H., Bagli, M., Rothenberger, A., Rüther, E. & Hüther, G. (1999). Persistently increased density of serotonin transporters in the frontal cortex of rats treated with fluoxetine during early juvenile life. *Journal of Child and Adolescence Psychopharmacology*, 9, 13–24.

Autor

Dr. rer. nat. Dr. med. habil Gerald Hüther
 Professor für Neurobiologie, Leiter der neurobiologischen Forschungsabteilung an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Göttingen. Forschungsschwerpunkte: Ursachen psychischer Störungen, Wirkungsmechanismen von Psychopharmaka, Auswirkungen von Angst und Stress. Zahlreiche wissenschaftliche Publikationen, Sachbuchautor (Biologie der Angst, Evolution der Liebe, Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn).

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Gerald Hüther
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 der Universität Göttingen
 Von-Siebold-Straße 5
 D-37075 Göttingen
 E-Mail: ghuethe@gwdg.de

Andrea Hammer

Innere Bilder und Affektabstimmung

Zusammenfassung: Klientinnen¹, die in früher Kindheit unzulängliche Erfahrungen beim Teilen von kognitiven und affektiven Zuständen mit anderen Menschen machen konnten, zeigen in der Therapie häufig Probleme, das Beziehungsangebot der Therapeutin wahrzunehmen. Da ihre Selbstkonfiguration präsymbolisch ist, reicht Sprache oft nicht aus, diese Klientinnen zu erreichen. Viele Erfahrungen sind in Bildern gespeichert. Gelingt es, diese hervorzuholen und mit Hilfe der Therapeutin mit alten Erfahrungen zu verknüpfen, kann bei diesen früh gestörten Klientinnen das Selbst gestärkt und die blockierte Aktualisierungstendenz wieder zum Fließen gebracht werden.

Schlüsselwörter: Kontaktfunktionen, Gary Prouty, Intersubjektivität, Bilderresonanz, Personenzentrierte Psychotherapie

Abstract: Internal images and affect adjustment. Clients, who had insufficient experiences with sharing cognitive and affective states with others, often show problems in therapy to realize that the therapist is offering contact. The verbal communication is not sufficient to reach them because their configurations of self are presymbolic. Many experiences are stored in images. If it is possible for the therapist to reactivate these stored images and connect them with earlier experiences, then the self configurations of clients with a fragile and dissociated personality will be supported. Thus the blocked actualizing tendency will be brought into a state of flux.

Keywords: Functions of contact, Gary Prouty, intersubjectivism, response of images, Person-centred Approach

Einleitung

Therapie besteht in der Begegnung zweier Individuen, die sich langsam aufeinander beziehen lernen müssen. Nur wenn es gelingt, einen gemeinsamen Beziehungsraum zu schaffen, ist es auch möglich, die Aktualisierungstendenz, die blockiert ist, wieder zum Fließen zu bringen und damit der Klientin neue Entwicklungsmöglichkeiten zu eröffnen.

In vorliegendem Artikel soll dargestellt werden, wie eine sichere, stützende und „nachnährende“ Beziehung im Therapieprozess durch den Austausch innerer Bilder geschaffen und unterstützt werden kann.

Viele Interaktionsmuster werden im Laufe der Entwicklung präsymbolisch in Form innerer Bilder gespeichert, wobei diese Bilder aus verschiedenen Sinneseindrücken bestehen, die mit Emotionen verknüpft sind. Wie diese Bilder entstehen und wie wichtig die Affektabstimmung in der Entwicklung eines Kindes ist, soll nachfolgend durch entwicklungspsychologische Forschungsergebnisse vermittelt werden.

Werden diese frühen Bilder hervorgeholt und symbolisiert bzw. gelingt es im Therapieprozess, durch die Beziehung neue innere Bilder entstehen zu lassen, kann die Aktualisierungstendenz, die bei vielen Klientinnen im Wachstum behindert bzw. bei manchen gänzlich zum Stillstand gekommen ist, wieder in Gang gebracht werden.

Zur Entwicklung von Beziehung

Kontaktanbahnung setzt voraus, dass ich den anderen und sein Beziehungsangebot wahrnehme und über eine gemeinsame Sprache erreichbar bin. Dies ist für Personen mit Sinnesbeeinträchtigungen, mit mentalen Beeinträchtigungen und/oder psychotischen Störung sehr schwierig.

In zahlreichen Erfahrungen mit blinden Klientinnen, die ich als Beispiel für sinnesbeeinträchtigte Personen heranziehen möchte, zeigt sich, dass sie, obwohl sie im Alltag auf die Sprache besonders angewiesen sind, große Probleme haben, in Beziehung zu treten (Gruber & Hammer, 2002). Ein weiteres Phänomen ist, dass ein erhöhter Prozentsatz gegenüber der Normalbevölkerung psychotisch erkrankt bzw. zu Persönlichkeitsstörungen neigt. Warum dies so ist, kann entwicklungspsychologisch erklärt werden. Blindheit

¹ Ich habe mich als Frau und im Bewusstsein der Tatsache, dass die meisten Therapeuten und Klienten weiblich sind, für die Verwendung der weiblichen Form entschieden, möchte aber darauf hinweisen, dass Männer ebenso gemeint sind.

stellt für Kinder ein erhöhtes Risiko dar, keine oder ungenügende Erfahrungen im Herstellen-Können von Intersubjektivität zu ihren Bezugspersonen zu machen.

Dieselben Phänomene, die bei vielen blinden Klientinnen beobachtbar sind, sind auch bei sehenden psychotischen Klientinnen aufzufinden. Oft ist ihre Sprache zerhackt, es liegen Denkstörungen vor und es ist schwierig, mit ihnen in Kontakt zu kommen bzw. diesen zu halten. Entwicklungspsychologisch haben sie auf derselben Stufe Probleme wie blinde Menschen.

Rogers (1977b) formulierte, dass die erste Bedingung einer therapeutischen Beziehung das Herstellen von Kontakt ist, er hat dies aber nicht genauer definiert und auch nicht beschrieben, wie es möglich ist, diesen herzustellen.

Menschen, die psychotisch und/oder geistig behindert bzw. sinnesbeeinträchtigt sind, können sich nicht in üblicher Weise auf einen Kontakt einlassen. Um diesen herzustellen, bedarf es so genannter Kontaktreflexionen, wie sie Prouty (1998) beschrieben hat. Blinde Menschen können, da der Sehsinn fehlt, nicht wahrnehmen, ob die Therapeutin z. B. dieselbe Körperhaltung einzunehmen oder den Gesichtsausdruck widerzuspiegeln versucht. Im Sinn des besseren Sich-einfühlen-Könnens in die Welt der Klientin ist es für die Therapeutin trotzdem hilfreich, dies zu tun.

Psychotisch erkrankte Menschen haben, was oft in der Begegnung mit ihnen übersehen wird, ebenfalls Probleme im visuellen Bereich: Sie können keinen Blickkontakt aufnehmen und es ist eine Schwäche der Figur-Grund-Wahrnehmung vorhanden. Wahrnehmungsstörungen sind zu einem erheblichen Teil an der Entstehung einer Psychose beteiligt (Rossegger, 1981).

Wie kann es nun mit diesen Klientengruppen trotz Wahrnehmungsdefizite und fehlender Intersubjektivitätserfahrungen gelingen, Kontakt herzustellen?

Die Kontakthanbahnung über Bilder

Eine Beziehung zu blinden, mental beeinträchtigten und/oder psychotischen Klientinnen herzustellen ist sehr gut über Bilder möglich. Diese Bilder sind Abbilder sozialer Interaktionserfahrungen. Im Therapieprozess wird versucht, darüber zu kommunizieren und so eine gegenseitige Resonanz herzustellen, die Klemm (2003) als Bilderresonanz bezeichnet.

Durch positive Interaktionserfahrungen innerhalb der Therapie können dann neue Bilder entstehen, die sich mit den alten verknüpfen, eine Verbindung von Innen und Außen, zwischen Vorher und Nachher herstellen und eigentlich affektiv besetzte Selbst- und Weltbilder sind.

Um die theoretischen Überlegungen anschaulicher zu machen, versuche ich sie begleitend an einer Fallgeschichte zu demonstrieren. Um die Anonymität der Klientin zu gewährleisten, wurden einige Daten verändert.

Frau R., eine 30-jährige Akademikerin, die in einem Bibliotheksarchiv arbeitet, wird mir von einer Augenärztin zugewiesen. Sie leidet an quälenden Doppelbildern, d. h. es gelingt ihr nicht, Nähe und Distanz bei dem, was sie sieht, einzustellen. Medizinisch ist dieses Phänomen nur zum Teil erklärbar. Die Augenärztin teilt auch mit, dass es ihr bei der Untersuchung nicht gelungen ist, mit Frau R. in Dialog zu treten, sie sei merkwürdig unerreichbar.

Frau R. wirkt beim Erstgespräch verkrampft, angespannt und schneidet Grimassen. Es gelingt nicht, Augenkontakt herzustellen. Sie sitzt auf der äußersten Kante des Stuhls, als ob sie weglaufen möchte. Ihre Sprache ist bizarr, Gedanken reißen ab, es wirkt alles unzusammenhängend. Ich fühle mich als Therapeutin verwirrt und spüre Leere. Sie reagiert auf keines meiner Beziehungsangebote, ich versuche im Sinne von Prouty (1998) dieselbe Körperhaltung einzunehmen, ihre Sprachfetzen zu wiederholen usw. Sie scheint nichts davon wahrzunehmen, ihre Angst steigert sich immer mehr. In einem späteren Stadium der Therapie erzählt sie, dass sie aufgrund meines Vorgehens das Gefühl bekam, ich dringe in sie ein und sie löse sich dabei auf. Sie habe auch nur Teile vom dem, was ich sagte, verstanden, weil sie sich massiv bedroht gefühlt habe und alle ihre Kraft gebraucht habe, mein Eindringen abzuwehren.

Während dieser ersten Stunde taucht in mir das Bild von einer abgeschlossenen Eishöhle auf, in der die Klientin sitzt. Ich versuche von außen gegen die Wände zu klopfen, um möglicherweise einen versteckten Zugang zu finden, was mir nicht gelingt. Ich berichte ihr von meinem Bild, weiß aber nicht, ob sie es wahrgenommen hat. Als ihr im Verlauf der Therapie eine differenzierte Beschreibung und Wahrnehmung ihrer Gefühle möglich ist, steigt sie auf dieses Bild ein, meint, sie habe es sehr wohl gehört, sich auch verstanden gefühlt, aber mein Versuch, einen Zugang zu finden, sei zu viel gewesen. Das Klopfen sei andererseits aber auch beruhigend gewesen, weil es ihr das Gefühl gegeben hätte, es existiere noch jemand außer ihr, und habe ihr Mut gemacht wiederzukommen.

Bevor ich auf die Biografie von Frau R. und den weiteren Therapieverlauf eingehe, möchte ich zu entwicklungspsychologischen Überlegungen überleiten.

Der Begriff der Intersubjektivität

Aus Kenntnis der Forschungen von Stern (1992, 1998) kam ich zur Überzeugung, dass Frau R. als Kind auf der Stufe der primären und sekundären Intersubjektivität sehr ungünstige Bedingungen vorfand, deshalb keine stabilen Kontaktfunktionen entwickeln und mich in meinem Beziehungsangebot nicht wahrnehmen konnte.

Was macht es so schwierig, den Anderen in seinem Beziehungsangebot wahrzunehmen?

Was heißt Intersubjektivität und wie kann sie sich entwickeln?

Nach Dornes (1993) versteht man unter Intersubjektivität, dass man kognitive und affektive Zustände mit anderen teilt, gemeinsam hat.

Dornes (1999) hebt zwei Entwicklungsschritte als besonders bedeutsam für die kognitive und emotionale Entwicklung des Menschen hervor, beide erscheinen wichtig für die Entwicklung der Kontaktfunktionen.

1. Die Stufe der primären Intersubjektivität: Es geht dem Menschen nicht nur um eine Befriedigung seiner Bedürfnisse, sondern das Baby will ab dem zweiten Monat, dass diese auch anerkannt werden. Diese Suche nach Anerkennung findet in der Interaktion statt. Durch Lächeln, Mit- oder Nacheinander-Vokalisieren etc. findet ein kommunikativer Austausch zwischen Mutter und Kind statt. Eigentlich ist es ein Spiel, es geht aber nicht nur um interessante Reizereignisse, sondern die Mutter soll sehen, dass das Kind Spaß hat, und seinen Affekt erkennen und anerkennen.

Es handelt sich dabei um eine einfache, aber wichtige Form des Sympathieaustausches zwischen Mutter und Kind, wobei man diese Interaktionsform auch zwischen Erwachsenen findet.

Bis vor kurzem gab es Meinungsunterschiede zwischen den Forschern, ob ein Säugling ein kompetenter Interaktionspartner sei, vielfach bestand die Meinung, die Mutter passe sich in ihren Bewegungen, ihren Blicken und ihrer Mimik dem Säugling an. Trevarthen (1979, in Dornes, 1999) hat dies widerlegt: Bereits ab dem zweiten oder dritten Monat erfolgt die Interaktion reziprok, d. h. der Säugling passt sich auch an die Angebote seiner Mutter an. Dies stellt die Grundlage der kindlichen Kompetenz dar: Das Baby kann mehr oder weniger wirkungsvoll auf die Bindungspersonen einwirken. Kompetent sein heißt, Kontrolle zu haben, wann und wie gefüttert wird, wann Nähe zu Bezugspersonen möglich ist etc.. Das Gefühl, Kontrolle zu haben, ist sehr wichtig für die Entwicklung des Selbst. Kann es sich nur unzulänglich entwickeln, entsteht das Gefühl, von außen gesteuert zu werden, was oft ein Symptom von psychotisch erkrankten Menschen ist.

Beim Einstimmen aufeinander gibt es sowohl bei der Mutter als auch beim Kind Begabungsunterschiede. Manche Mütter können uneindeutig bzw. stark zeitverzögert reagieren und Kinder können aufgrund einer Behinderung und/oder einer Wahrnehmungsstörung anders reagieren, als es die Mutter erwartet. Blinde Kinder z. B. reagieren nicht auf Augenkontakt, sie nehmen keine Gesten wahr, sie wenden den Kopf ab und drehen der Mutter das Ohr zu, weil das Richtungshören nicht funktioniert (Gruber und Hammer, 2002). Nach Bell und Ainsworth (1972) geht es vor allem um ein promptes Reagieren der Bezugsperson auf ein Signal des Kindes. Dies ist wichtiger als die Art der Reaktion.

Funktioniert dieses Einstimmen aufeinander nicht oder nur unzulänglich, führt dies später zu massiven Interaktionsstörungen, was in inneren Bildern abgespeichert wird.

Das Wechselspiel zwischen Eltern und Kind geschieht in der ersten Zeit wesentlich über den Austausch von Affekten, die das Kind

in angeborener Weise imitieren und beantworten kann (Dornes, 2000). Die gegenseitige Affektabstimmung dient unter anderem der Bildung von Identität: „Ich bin, was ich fühle“ (Erikson, 1957).

Neben den primären Emotionen wie Freude, Furcht, Ärger, Kummer, Ekel und Überraschung existieren nach Stern (1992) auch die so genannten Vitalitätsaffekte, die die affektive, gefühlvolle Art und Weise, in welcher der Säugling die Welt um sich herum erlebt, widerspiegeln. Sie beziehen sich auf die Form der Erfahrung und sie entstehen unmittelbar aus Begegnungen mit anderen Menschen. Er meint, dass sie sich durch dynamische, kinetische Ausdrücke wie z. B. aufwallend, verblassend, flüchtig, explosionsartig, anschwellend, abklingend, berstend, sich hinziehend usw. charakterisieren lassen.

Kinder können sehr früh Gefühle erkennen und spiegeln, allerdings nur diese primären Gefühle, nicht kompliziertere wie Scham oder Verachtung. Um die eigene Gefühlswelt auszubilden, müssen Säuglinge Einfühlung erfahren und sich mit ihren Gefühlen im Spiegel ihrer Eltern wiedererkennen. Wenn wir weinen und niemand tröstet uns, werden unsere Gefühle nicht bestätigt. Allmählich entsteht ein verzerrtes Bild von unserem Innenleben, von unserem Selbst. Reagieren die Eltern und andere Menschen jedoch empathisch, werden unsere Emotionen bestätigt und damit legitimiert. Es kommt zu einer Verinnerlichung der empathischen Zuwendung, das Kind wird unabhängig vom Spiegeln und lernt sich selbst trösten, loben oder aufmuntern. Affektabgestimmtes Verhalten ist ein korrespondierendes Verhalten, das die Gefühlsqualität eines gemeinsam empfundenen Gefühls ausdrückt, die Gemeinsamkeit eines inneren Erlebens kommt darin zum Ausdruck.

Blinde Säuglinge können Affekte nicht von den Gesichtern des Gegenübers ablesen, sie sind auf andere Sinneskanäle angewiesen, um diese wahrzunehmen. Vieles passiert aber nonverbal, eine Möglichkeit wäre daher, dies über Körperkontakt zu erspüren. Aus zahlreichen Untersuchungen (Warren, 1977, 1994) ist aber belegt, dass gerade blinde Babys weniger gehalten und getragen werden. Sie sind eher ruhig und pflegeleicht und fordern den Kontakt nicht ein, was bedeutet, dass auch die Spürinformation bezüglich der Affekte des Gegenübers fehlt. Es wird mit ihnen auch weniger gesprochen als mit sehenden Kindern, d. h. auch aus dem Tonfall können die Affekte der Bezugspersonen nicht erahnt werden (Kekelis & Andersen, 1984).

Affekte sind angeboren, um aber zu einer differenzierteren Mimik zu kommen, bedarf es des Spiegeln eines Affekts durch die Bezugspersonen. Dies fällt jedoch ebenfalls bei blinden Kindern weg, d. h. ihre Mimik ist starr, Eltern kennen sich bezüglich ihrer Gefühlswelt nicht aus und können die Gefühle daher nicht entsprechend erkennen und beantworten (Gruber & Hammer, 2002). Gefühle, die nicht bestätigt werden, sind nach Stern (1992) auch später für das Kind nicht zugänglich.

Damit wird klar, warum gerade Kinder, die in dieser Zeit der Entwicklung des Kern-Selbst (Stern, 1992) keine adäquate Affektabstimmung vorfinden, keine sichere Identität entwickeln können und

daher später immer wieder zu einer Brüchigkeit ihres Selbst und zur Gefahr des Ausbruchs einer Psychose neigen (Fröhlich-Gildhoff & Hufnagel, 1991). Die inneren Bilder, die von den frühen Intersubjektivitätserfahrungen bzw. der Affektabstimmung mit den wichtigen Bezugspersonen gespeichert sind, spiegeln diese Brüchigkeit wider.

Kinder, die rundherum versorgt werden, die angesprochen und angeschaut werden, nehmen nicht nur die Welt außerhalb von sich wahr, sondern erleben auch bewusst, dass sie selbst existieren. Ein Gefühl für Außen und Innen entsteht (Alvarez, 2001). Es bildet sich ein erstes stabiles Selbstbild und mit ihm ein erstes Selbstwert-erleben.

2. Eine weitere wichtige Stufe bei der Entwicklung von Intersubjektivität ist die Stufe der sekundären Intersubjektivität:

Es geht hier um Interaktion und Verständigung, um ein „sharing of mental states“, um ein „Teilen von Welt“ (Dornes, 2000).

Erwachsene kommunizieren nicht nur miteinander, sondern auch miteinander über Dritte. Zum Beispiel blickt jemand zum Himmel, sagt: „Wie schön“, schaut zum Partner, ob dieser auch den Himmel anschaut, und fordert ihn nötigenfalls dazu auf. Beide teilen die Betrachtung des Himmels und die Freude daran.

Beim Säugling entwickelt sich ab neun Monaten das Bedürfnis nach Anerkennung von Bedürfnissen weiter zu einem Bedürfnis nach Teilung von emotionalen und kognitiven Zuständen in Bezug auf die Welt.

Das Kind zeigt nicht nur auf einen Gegenstand, damit die Mutter ihn bringt, sondern es will die Aufmerksamkeit der Mutter auf den Gegenstand lenken, sie soll ihn nicht bringen, sondern ebenfalls ansehen. Das Kind überprüft dies, indem es zwischen Gegenstand und Mutter hin- und herblickt, und eventuell fordert es die Mutter noch durch Laute auf, hinzusehen. Es freut sich, wenn es bemerkt, dass die Mutter ebenfalls auf den Gegenstand blickt.

Es geht also nicht mehr nur wie bei der primären Intersubjektivität um den reziproken Austausch nonverbaler Verhaltensweisen und Affekte im Spiel und deren Anerkennung, sondern darüber hinaus um Wahrnehmung, Validierung und Gemeinsam-haben-Wollen von menschlichen und emotionalen Zuständen als Ziel der Interaktion. Es ist das Bedürfnis nach kommunikativer Verständigung über die Welt (in nonverbaler Form). Wenn dies verweigert wird, hat das gravierende Auswirkungen auf die weitere psychische Entwicklung, da sie Vorbedingung für die weitere kognitive Entwicklung und Symbolisierung ist. Wiederholbarkeit und Vorhersagbarkeit sind wichtig im gemeinsamen Austausch, denn sonst gewinnt das Kind das Gefühl, von außen gesteuert zu werden und nichts selbst bestimmen zu können.

Wie weit ein Kind ein stabiles Selbst entwickeln kann, hängt wesentlich von der Empathiefähigkeit der Bezugsperson ab. Es gibt natürlich auch hier ungünstige Bedingungen: Blinde Kinder haben z. B. auf dieser Stufe große Schwierigkeiten, mit anderen Personen emotionale und kognitive Zustände zu teilen, da die Verständigung

darüber, was wir teilen wollen, sehr über den Sehsinn geht und es kaum gelingt, einen gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus herzustellen. Wenn es den Eltern gelingt, eine andere Art von Sprache mit dem Kind zu entwickeln, die nicht über den visuellen Kanal geht, finden sie Eingang in das Gefühlsleben des Kindes und es ist für das Kind möglich, Intersubjektivität kennen zu lernen (Preisler, 1991).

Bei Kindern, die später psychotisch erkranken, ist zu vermuten, dass Wiederholbarkeit und Vorhersagbarkeit von Situationen und Erfahrungen mit den Bezugspersonen nicht gegeben sind. Es gelingt ihnen nur unzulänglich, generalisierte Interaktionsrepräsentanzen (RIGS = representations of interactions that have been generalized) im Sinne von Stern (1992) zu bilden. Unter RIGS versteht Stern, dass Säuglinge reale Interaktionserfahrungen abstrahieren, einen durchschnittlichen Prototyp daraus ermitteln und sie präverbale abspeichern.

Wenn nun Situationen zu chaotisch sind oder das Kind von seiner Ausstattung her Gemeinsamkeiten einer Interaktion nur unzureichend wahrnehmen kann, steigt die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer späteren psychotischen Erkrankung. Bei Psychotikern liegen oft, wie bereits erwähnt, Wahrnehmungsstörungen, vor allem eine optische Figur-Grund-Differenzierungsschwäche, vor (Rossegger, 1981). Dies könnte erklären, warum Kinder, die später psychotisch erkranken, in dieser Zeit der frühen Intersubjektivität immer wiederkehrende Episoden nicht als übereinstimmend wahrnehmen und so wenige Inseln von Konsistenz in ihrem Selbst entstehen können.

Nun zurück zur Fallgeschichte: Wie bereits erwähnt wurde, zeigt Frau R. im Erstkontakt zahlreiche Symptome, die es schwierig machen, mit ihr in Kontakt zu treten. Neben ihrer bizarren Sprache, ihren Denkstörungen und ihren massiven körperlich wahrnehmbaren Spannungen berichtet sie von immer wiederkehrenden Visionen, wie das Eindringen von Gegenständen in sie, was sie mit Todesangst erfülle. Sie setzt auch selbstschädigende Handlungen, indem sie sich schneidet, um damit innere Spannungen zu mindern. Weiters meint sie, von außen gesteuert zu werden und flüchtet sich in die dissoziative Vorstellung, aus zwei Teilen „Ich“ und „Rho“ zu bestehen. Rho passe sich der Umwelt an, während „Ich“ wild, ungebärdig, aber zerbrechlich und insofern bedroht sei.

Zu ihrer Biografie: Die Mutter von Frau R. ist Künstlerin, sie wird von ihr als sehr emotional beschrieben, meint ein Monopol für Gefühle zu haben, sie weiß stets, was andere fühlen bzw. deutet Gefühle, die ihr nicht passen, um. Frau R. erkennt im fortgeschrittenen Verlauf der Therapie, dass ihr Trauer und Wut nie erlaubt waren. Wenn sie diese spürte, reagierte die Mutter mit gegensätzlichen Gefühlen. Als sie vier Jahre war, adoptierten ihre Eltern ein Mädchen, damit sie eine Schwester habe. Sie war wütend und eifersüchtig, ihre Mutter erklärte ihr aber, sie strahle immer nur, wenn sie die Schwester ansehe, weil sie sich so freue. Immer wieder kamen

Doppelbotschaften, in denen die analogen und digitalen Ebenen nicht übereinstimmen. Frau R. fühlte etwas anderes, als ihr gesagt wurde. Es gelang wahrscheinlich selten, einen gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus auf ein Gefühl herzustellen.

Diese Doppelbotschaften lösten bei Frau R. zunächst Verwirrung und später akute psychotische Zustände aus.

Es wurde von ihr verlangt, sozial, lieb und nett zu sein, aber nicht aufgrund der Verhaltensvorschriften der Eltern, sondern spontan aus eigener Motivation. Ihre Bedürfnisse und die ihrer Eltern waren und sind somit nicht mehr unterscheidbar, was dazu führt, dass sie sich nur als Ich spürt, wenn sie den spontanen Bedürfnissen entgegenhandelt. Die logische Konsequenz stellt die Flucht in die Dissoziation dar.

Der Vater spielt in ihren Erinnerungen kaum eine Rolle, er wird als wenig empathisch und sehr starr beschrieben.

Sie kann sich bis zum Alter von 12 Jahren kaum an Kindheitserlebnisse erinnern, sie meint, sehr angepasst gewesen zu sein. Mit 12 Jahren treten die ersten selbstschädigenden Verhaltensweisen auf: Sie stürzt sich von Treppen und freut sich über die entstandenen Schmerzen und die bestürzten Reaktionen der Umwelt. Mit 17 Jahren geht sie eine Liebesbeziehung zu einem ihrer Lehrer ein. Um seine berufliche Identität nicht zu gefährden, bricht sie sämtliche Kontakte zu Freunden ab. Sie lebt nur für diese Beziehung, die von zahlreichen Auseinandersetzungen und Alkoholexzessen geprägt ist. Es treten nunmehr die ersten Halluzinationen auf, sie hat das Gefühl, sich nicht mehr gegen die Umwelt abgrenzen und nicht mehr klar denken zu können. Auslöser dafür dürften wiederum zahlreiche Double-Bind-Botschaften ihres Beziehungspartners sein, der ihr vermittelt, er liebe sie nicht und sie dürfe ihn nicht lieben, aber sie müsse ausschließlich für ihn da sein.

Sie beginnt zu studieren, wobei sie aber keinerlei Kontakte zu Studienkolleginnen aufbaut, sie lebt in ihrer eigenen Welt. Der Kontakt zur Außenwelt wird nach Beendigung des Studiums noch mehr verdünnt, sie fürchtet sich vor den Menschen und flüchtet deshalb auch von mehreren Arbeitsstellen. Ihre zunehmenden Augenprobleme führen sie schließlich zu einer Augenärztin und in der Folge zu mir.

Bevor ich den Therapieverlauf schildere, möchte ich Hypothesen über die frühkindlichen Interaktionserfahrungen von Frau R. aufstellen: Frau R. konnte keine sichere Identität entwickeln, weil sich ihre Bezugspersonen nicht empathisch auf sie eingestimmt haben und auch keine adäquate Spiegelung ihrer Gefühle stattfand bzw. die Gefühle verbogen wurden. Es fanden sich zwei Aspekte pathologischer Affektspiegelung: Ein Mangel an Markierung, d. h. ein Mangel an spielerischem Umgang mit Affekten, sowie Inkongruenz beim Spiegeln. Der vom Kind gezeigte Affekt wurde nicht als ein „Als ob-Affekt“ behandelt, und dadurch kam es nicht zur Ausbildung von Repräsentationen der eigenen Affekte. Es gab inkonsistente Reaktionen auf die Bedürfnisse des Kindes, vor allem übertrieben

starke Reaktionen auf negative Affekte. Daneben bestand ein Mangel an Kongruenz (Gergely & Watson, 1996): Der von der Mutter gezeigte Affektausdruck war oft nicht kongruent mit dem des Kindes.

Zu diesen frühkindlichen Mangelenerlebnissen, die dazu führten, dass Frau R. kein konsistentes und kohärentes Selbst aufbauen konnte, kamen spätere traumatisierende Ereignisse, die sie nicht adäquat bewältigen konnte. Die Möglichkeit, Traumata zu verarbeiten, hängt nach Gahleitner (2005) von einer sicheren Bindungsbasis und von positiv verlaufenden Begegnungen im späteren Leben ab, was bei Frau R. nicht gegeben war.

Primäre und sekundäre Intersubjektivität sind wesentlich, um Kontaktfunktionen stabil zu entwickeln. Sind in diesem frühen Alter ungünstige Bedingungen vorhanden, entwickeln sie sich, wie beschrieben und in der Fallgeschichte deutlich erkennbar, nicht oder nur unzulänglich.

Das Erleben von Intersubjektivität in der Therapie durch Bilder

Wie kann es nun gelingen bei Menschen wie Frau R., die in ihrer frühesten Kindheit keinen sicheren Beziehungsraum kennen gelernt und nicht die Erfahrung gemacht haben, dass sich jemand auf ihre Gefühle einstimmt, Intersubjektivität herzustellen? Sprache kann zu ihr kaum eine Brücke schlagen. Wenn die Selbstkonfiguration präsymbolisch ist, ist es nach Mearns (Mearns et al., 2000) nicht möglich darüber zu sprechen, man kann als Therapeutin nur bei der Klientin und ihren Ausdrucksmöglichkeiten sein, ohne oft zu wissen, worum es inhaltlich geht. Bedeutsam ist in erster Linie das Teilen von Gefühlen, nicht das Verstehen von Inhalten.

Der Therapeut oder die Therapeutin muss sich in die „phänomenologisch gelebte Welt des Klienten hineinbegeben und ein feines Gespür entwickeln für seine Struktur des Erlebens und seine Art in der Welt zu sein“ (Prouty et al., 1998, S. 56).

Eine gute Möglichkeit, mit Klienten oder Klientinnen, deren Selbst sehr brüchig ist, zu arbeiten, stellen innere Bilder dar, die nach allen bisherigen Erkenntnissen vor der Fähigkeit, sich in sprachlicher Form auszudrücken, vorhanden sind. Auch bei voll entwickelter Sprachfunktion eines Erwachsenen drücken sich Erkenntnisse, die nur vorbewusst vorhanden sind, noch nicht in Worte fassbar sind, in Bildern aus.

Bilder sind basale Ausdrucksformen des Empfindens. Am Beginn des Lebens stehen bereits Bilder: Das Neugeborene schaut auf das Gesicht der Mutter, lauscht ihrer Stimme und fühlt ihre Hantierungen, Tröstungen und Spannungen, so entwickelt sich ein erstes Bild der Mutter.

Bilder entstehen nicht nur aus visuellen Eindrücken, sondern alles, was wir hören, fühlen etc., findet in Bildern seinen Niederschlag. Sie dienen auch der Verarbeitung des Erlebten und dem

Aufbau neuer Strukturen. In Therapien können sie Träger der Verständigung und des Entwicklungsprozesses sein. Sie sind eine Ressource im Menschen, in ihnen sind Selbstheilungskräfte vorhanden und sie sind auch ohne spezifische Methodik (anders wie bei der Katathym-Imaginativen Psychotherapie) innerhalb der therapeutischen Beziehung da und können genutzt werden. Alles Erleben, ob das Hören eines Musikstückes, das Betrachten eines Spielzeuges, kann Imaginäres aktivieren und zum Ausgangspunkt einer Reise in die Innenwelt werden.

Bilder sind also nicht nur abbildungstreue Wiedergaben von Interaktionserfahrungen, sie sind verknüpft mit Affekten. Entwicklungspsychologische Kenntnisse belegen, wie sie entstehen.

Die Entstehung innerer Bilder

Nach Stern (1992) entwickelt sich beim Baby zwischen dem dritten und neunten Monat das Kernselbst, indem immer wiederkehrende Erfahrungen im Episodengedächtnis gespeichert, übereinander kopiert und der Prototyp einer Episode ermittelt wird. So bilden sich Inseln der Konsistenz, die allmählich zusammenwachsen und den Grundstock bilden, wie ein Baby sich und die Welt erlebt.

In frühester Kindheit sind die Affekte das primäre Medium, sie sind auch das primäre Medium für die wiederkehrenden Episoden, es wird nämlich nicht ein Abbild der realen Situation gespeichert, sondern diese Episoden (RIGS) sind mit affektiven Empfindungen verknüpft. Die inneren Bilder tragen die ursprünglichen Gefühle in sich, sie sind an die Bilder gekoppelt, und im Wechselspiel von Bild und Gefühl können Gefühle die entsprechend besetzten Bilder wachrufen und umgekehrt. Diese inneren Bilder sind mit der inneren Kraft besetzt, die sie bei ihrer ursprünglichen Entstehung bzw. ihrem Auftauchen hatten. Beleg dafür sind traumatische Bilder: Wenn ein aktuelles Ereignis die Person in die Nähe des traumatischen Erlebnisses oder der damit verbundenen Attribute bringt, tauchen Bilder als innere Repräsentationen des vergangenen traumatischen Geschehens auf (Fischer & Riedesser, 2003).

Das Kind ruft ständig RIGS ab und vergleicht sie mit gespeicherten RIGS: Stern (1992) spricht von einem evozierten Gefährten: Es ist dies eine aktive Erinnerung an das Muster des Zusammenseins mit einer Beziehungsperson und das Wie des Zusammenseins. Dies ist für die Erfahrung von Kontinuität sehr wichtig.

Nach den ersten Lebensjahren ist der Entstehungsprozess von inneren Repräsentationen nicht nur an zwischenmenschliche Interaktionen gebunden (vorgelesene Geschichten, Fernsehen...).

Das, was wir innerlich aus frühester Zeit gespeichert haben, sind realitätsnahe Bilder, die die realen Erfahrungen mit den Interaktionspartnern widerspiegeln. Sie sind aber subjektiv gefärbt.

Bilderresonanz im Therapieprozess

Nach Klemm (2003) ist es möglich, ein gemeinsames inneres Erleben in der Therapie durch diese Bilder herzustellen, was nichts anderes bedeutet als emotionale Resonanz zu geben und damit zu einer Affektabstimmung und einer Teilung von „mental states“ zu kommen. Ich nehme durch das Bild der Klientin ein Gefühl wahr und stimme mich als Therapeutin darauf ein und spiegele es sowohl nonverbal als auch verbal zurück. Die Person erfährt so eine Bestätigung ihres Gefühls und erfährt so oft zum ersten Mal das Erleben von Intersubjektivität. Wichtig ist es für die Therapeutin, möglichst viele der angesprochenen Gefühle in sich zu finden und zu benennen, ohne sich selbst von den Gefühlen vereinnahmen zu lassen. Bestimmte Gefühle werden so gemeinsam erlebt. Es entstehen neue Intersubjektivität, ein neuer gemeinsamer Boden und das Gefühl, verstanden zu werden. Affektabstimmung als emotionale Resonanz auf einen gemeinsamen gefühlsmäßigen Zustand schafft nach Klemm (2003) gemeinsames Erleben und eine gemeinsame Sprache. Dies könnte erklären, warum Denkstörungen bei schwer gestörten Klientinnen geringer werden und die Möglichkeit einer zunehmenden sprachlichen Verständigung entsteht. Reale Erfahrungen mit ihren Repräsentationen (= Bildern) sind Grundlage der Kontinuität, Sicherheit und Identität im Erleben. In diesen Bildern ist das gespeichert, was gefühlsmäßig in Interaktionen erlebt wurde und wird. Gelingt es in einer guten therapeutischen Beziehung, möglichst viele positiv verlaufende Intersubjektivitätserfahrungen zu machen, kann es gelingen, das Selbst durch die Entstehung neuer innerer Bilder, die mit den alten verknüpft werden bzw. diese ersetzen, zu reorganisieren. Es geht also darum, Affekte zu teilen und über Drittes zu kommunizieren, damit die Klientin wieder Zugang zur Realität findet, sich verstanden und wertgeschätzt fühlt.

Der Einsatz von Bildern in einer Personzentrierten Therapie hat den Vorteil, dass die Klientin sich frühere Erlebnisse und auch das Heute aus einer anderen Distanz anschauen kann. Gleichzeitig wird eine Brücke zwischen verschiedenen Bewusstseinssebenen geschlagen. Die Therapeutin schaut sich das Bild gemeinsam mit der Klientin an, wodurch für die Klientin das Bemühen der Therapeutin, sich in ihre Welt einzuspüren und affektiv mitzuschwingen, besonders spürbar wird. Es geht jedoch nicht nur um Bilder zu früheren Interaktionserfahrungen, oft wird durch ein Bild auch das momentane Empfinden in der Therapie auf den Punkt gebracht. Ein Bild ist die Umsetzung der kognitiven und emotionalen Wahrnehmung eines Problems, es komprimiert Interaktionserfahrungen und zeigt auch mögliche künftige Handlungsschritte auf.

Anders als in der Katathym-Imaginativen Psychotherapie werden keine gezielten und von der Therapeutin geführten Imaginationen angeregt, sondern die Therapeutin ebnet den Weg für Bilder, indem sie eine Atmosphäre schafft, in der neues Intersubjektivitätserleben möglich wird. Man lässt sich gemeinsam auf die Bildersprache ein, dadurch kann die Klientin jeweils ihr Bild finden. Jedes

Bild lässt eigene Kontinuität und Kohärenz erfahren und die Klientin wird sich der eigenen Kreativität und Geschichtlichkeit bewusst. Bilder können symbolisiert und Geschehenes kognitiv strukturiert und eingeordnet werden, womit es verarbeitbar gemacht wird. Es kann durch die Bilder eine Gegenwelt zu vielen traumatischen Erlebnissen geschaffen werden, das Selbst kann reorganisiert und der Zerfall aufgehalten werden. Die Bilder dienen zum besseren Selbstverständnis und unterstützen das Gefühl der Selbststeuerung.

Bilderresonanz am Beispiel der Fallgeschichte

Mittels äußerer Bilder gelingt es zunächst, einen Kontakt zu Frau R. herzustellen und ihren Realitätsbezug zu verbessern. Frau R. fotografiert gern in Schwarz-Weiß. Diese Bilder bringt sie ab der dritten Stunde mit. Es sind Dinge, die sie faszinieren, nie Personen, zunächst leblose Objekte aus der Umwelt. Zunehmend tauchen Vögel in den Bildern auf, die für sie eine besondere Bedeutung haben. Es gelingt über diese Bilder zu kommunizieren, zunächst in konkreten Beschreibungen, wodurch eine gemeinsame Realität hergestellt wird (Stärkung der sekundären Intersubjektivität). Später teile ich als Therapeutin ihr meine Gefühle, die durch die Bilder wachgerufen werden, mit. Frau R. feilt an diesen Gefühlen und wir versuchen gemeinsam zu einem differenzierten, sprachlichen Ausdruck der ausgelösten Gefühle, die wir miteinander teilen können, zu kommen. Es wird möglichst nichts interpretiert oder Verbindungen zur Geschichte von Frau R. hergestellt. Es geht um ein gemeinsames Teilen von Gefühlen. Zunehmend spricht Frau R. verständlicher, sie versucht auch zunehmend Dinge aus ihrem Erleben zu beschreiben: Zum Beispiel stürzen sie die Vögel in eine Ambivalenz, „sie müssen fliegen, um einen Überblick zu bekommen, aber dann verlieren sie den Boden und sind ein Spielball des Windes“.

Durch dieses gemeinsame Betrachten ihrer fotografierten Bilder kommt es zu einem affektabgestimmten Verhalten, zu einem Erleben von Empathie. Die Bilder gemeinsam zu erforschen heißt auch, einander zu sehen und anzuerkennen. Dies vermittelt ein Gefühl von Realität, was für Frau R. besonders bedeutsam ist.

Diese Art der Affektabstimmung lässt neue generalisierte Interaktionsrepräsentanzen (RIGS) entstehen und damit entwickelt sich ein Gefühl von Selbst. Mittels Sprache allein kann dies niemals gelingen, sondern notwendig ist ein authentisches und aktives Reagieren der Therapeutin auf Bildebene. Es ist hier sicher eine Ähnlichkeit mit Behrs Begriff der Interaktionsresonanz (Behr, 1996) in Therapien mit Kindern gegeben. Man muss als Therapeutin in der jeweiligen Sprache und Symbolik der Klientin kommunizieren.

Frau R. geht schließlich von den Bildern zu Zeichnungen über, die sie in die Therapiestunden mitbringt. Die ersten Bilder malt sie mit ihrem Blut. Sie schneidet sich immer wieder in die Unterarme, um ein Gefühl für Innen und Außen zu entwickeln. Um dies zu verstehen und nicht mit Angst oder Ablehnung zu reagieren, bedarf es

eines fundierten störungsspezifischen Wissens, wie es Binder und Binder (1994) mir vermittelt haben.

Schließlich verfasst Frau R. Texte, die in einer kunstvollen Sprache geschrieben sind, die wir gemeinsam zu entschlüsseln versuchen, indem wir uns wieder auf die dadurch ausgelösten Gefühle beziehen. Sie entwickelt immer mehr Freude an ihrer eigenen Kreativität, hat das Gefühl, neue Ressourcen zu entdecken. Die Texte spiegeln innere Bilder wider, ihre Kraft liegt in ihrer Affektivität.

Als Beispiel eines solchen inneren Bildes möchte ich das Marionettenbild schildern, das sie im Anschluss an einen von ihr geschriebenen Text spontan erzählt: Sie hatte in ihrer Kindheit sehr oft das Bild, eine Prinzessin zu sein. Beim gemeinsamen Betrachten des Bildes zeigt sich, dass diese Prinzessin auf einem „schmierigen“ Balkon steht und um Hilfe schreit. Bewegungen kann sie nur mit Hilfe fremder Hände vollführen, sie kann nur schreien, sonst ist sie leblos wie eine Marionette.

Dieses Bild löst bei der Klientin zahlreiche Gefühle aus, sie kann die Verzweiflung der Prinzessin wahrnehmen und sie kann Verbindungen herstellen zu der Atmosphäre ihrer Kindheit. Auch wenn es oft schmerzlich ist, hat sie Freude daran, Gefühle wahrzunehmen, sie zu sortieren und zu verstehen.

Durch die Bilder, die im Verlauf der Therapie auftauchen, erfährt sie eigene Geschichtlichkeit, Kontinuität und Kohärenz. „Rho“ und „Ich“ nähern sich immer mehr an. Ich gebe ihr als Therapeutin Resonanz, wodurch sie Innen und Außen immer mehr trennen bzw. auseinander halten kann. Sie kann sich immer mehr dem eigenen Innenraum zuwenden und gleichsam verschollene Bilder wiederfinden, die auch traumatische Erlebnisse beinhalten.

Als Therapeutin ist es wichtig, in das Bild der Klientin einzutauchen, sich darin zu bewegen und zu versuchen, diese Welt der Klientin erlebnismäßig verfügbar zu machen. Konkret bedeutet das, gemeinsam mit der Klientin das Bild zu betrachten, genau nachzufragen, was für sie am Bild wichtig ist, sich Einzelheiten genauer anzusehen und damit verknüpfte Gefühle zu aktivieren bzw. das Bild in seiner Bedeutung zum Jetzt zu verstehen. Dadurch wird das Kern-Selbstempfinden gestärkt, alte gespeicherte Erfahrungen werden mit neuen verknüpft, das Bild in Sprache übersetzt (symbolisiert) und damit kann das Erlebte eingeordnet und verarbeitet werden. Die fehlenden oder mangelhaften Intersubjektivitätserfahrungen werden quasi in der therapeutischen Beziehung nachgeholt, jemand ist vorhanden, der den Affekten der Klientin Resonanz gibt und praktisch mit ihr über Drittes, in diesem Fall Bilder, kommuniziert.

Frau R. gewinnt zunehmend das Gefühl, sich selbst steuern zu können. Ihre Doppelbilder werden seltener, sie hat das Gefühl Nähe und Distanz auch beim Sehen steuern zu können.

Sie kann sich auch auf eine Beziehung zu einem Mann einlassen, und die Angst vor Menschen wird geringer. Die Therapie von Frau R. läuft noch weiter, es gibt noch vieles zu ordnen und zu symbolisieren. Der Prozess ist auch von zahlreichen Rückschlägen geprägt, so treten manchmal halluzinatorische Erscheinungen auf, die mittels

Zwängen abgewehrt werden. Dies geschieht sehr oft im Anschluss an reale Begegnungen mit ihren Eltern. Das Selbst wird dann brüchig, jedoch geschieht dies immer seltener. Frau R. hat zunehmend das Gefühl, sich selbst steuern zu können, sie fühlt sich nicht mehr von außen überschwemmt.

Für mich als Therapeutin stellt diese Therapie eine große Herausforderung dar. Es gilt mit oft unverständlichen Inhalten umzugehen, sie gemeinsam mit der Klientin zu entschlüsseln und in Sprache zu übersetzen. Dabei muss man in die oft bizarre Gedankenwelt der Klientin einsteigen. Auch wenn man manches nicht versteht, ist das Bemühen darum für die Klientin spürbar und hilfreich. Sie fühlt sich in der Therapie sicher, was es ihr ermöglicht, ihre Ängste abzubauen, sich in die Beziehung einzulassen und ihr kreatives Potential zu entdecken.

Schlusswort

Bilder können nach Klemm (2003) als kreatives Werkzeug der Seele angesehen werden. Bilderresonanz in der Therapie ermöglicht, mit Klientinnen in Kontakt zu kommen und ihr Selbst zu reorganisieren. Gerade in der Arbeit mit schwer gestörten oder beeinträchtigten Menschen heißt es, möglichst kreativ zu sein und zu experimentieren im Vertrauen darauf, dass mit dem Beziehungsangebot im Sinne von Carl Rogers Bedingungen geschaffen werden, in denen die Klientinnen bedeutsame Entwicklungsschritte machen können.

Literatur

- Alvarez, A. (2001). *Zum Leben wiederfinden*. Psychoanalytische Psychotherapie mit autistischen, Borderline-, vernachlässigten und missbrauchten Kindern. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Behr, M. (1996). Therapie als Erleben der Beziehung. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Moden-Engelhardt (Hrsg.). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd. 1: Grundlagen und Konzepte (S. 41–69), Göttingen: Hogrefe.
- Bell, S. & Ainsworth, M. (1972). Infant crying and maternal responsiveness. *Child Development*, 43, 1171–1190.
- Binder, U. & Binder, J. (1994). *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie*. Eschborn: Klotz.
- Dornes, M. (1993). *Der kompetente Säugling*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Dornes, M. (1999). *Die frühe Kindheit*. Frankfurt am Main: Fischer.

- Dornes, M. (2000). *Die emotionale Welt des Kindes*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Erikson, E. H. (1957). *Kindheit und Gesellschaft*. Bern: Huber.
- Fischer, G., & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Hufnagel, G. (1991). *Personenzentrierte Störungslehre unter besonderer Berücksichtigung moderner entwicklungspsychologischer Erkenntnisse*. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 1, 37–49.
- Gahleitner, S. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Reinhardt.
- Gergely, G. & Watson, J. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 1181–1212.
- Gruber, H., & Hammer, A. (2002). *Ich sehe anders*. Würzburg: edition bentheim.
- Kekelis, L., & Andersen, E. S. (1984). Family communication styles and language development. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 78, 54–65.
- Klemm, R. E. (2003). *Die Kraft der inneren Bilder*. Basel: Schwabe.
- Mearns, D. & Thorne, B. (2000). *Person-centred Therapy today*. *New Frontiers in Theory and Practice*. London: Sage Publications Ltd.
- Preisler, G. (1991). Early patterns of interaction between blind infants and their sighted mothers. *Child: Health, Care and Development*, 17, 65–90.
- Prouty, G., Pörtner, M., & Van Werde, D. (1998). *Prätherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1977b). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Rossegger, A. (1981). *Optische Figur-Hintergrunddifferenzierung bei psychotischen Jugendlichen*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien.
- Stern, D. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. (1998). *Die Mutterschaftskonstellation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Warren, D. (1977). *Blindness and early childhood development*. New York: American Foundation for the blind.
- Warren, D. (1994). *Blindness and children*. New York: Cambridge University Press.

Autorin

Andrea Hammer, 1956, Dr., Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Ausbilderin für Personenzentrierte Psychotherapie in der VRP, Therapeutin für Katathym-Imaginative Psychotherapie, Lektorin am Institut für Bildungswissenschaften der Universität Wien, Psychotherapeutische Arbeit am Bundes-Blindeninstitut in Wien sowie in freier Praxis mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Korrespondenzadresse

Dr. Andrea Hammer
Darwingasse 33/6
1020 Wien
E-Mail: andrea.hammer1@chello.at

Thomas Oberlechner

Metaphern in der Psychotherapie

Zusammenfassung: Dieser Artikel diskutiert die Wichtigkeit von Metaphern in der Personzentrierten Therapie. Die Bedeutung von Metaphern für menschliches Erleben wird in so komplexen Organisationen wie Finanzmärkten deutlich, deren Abstraktion erst durch Metaphern begreifbar wird. In der Psychotherapie symbolisieren Klienten und Therapeuten schwer zu beschreibende Gefühle und Erfahrung durch Metaphern. Der Artikel beschreibt metaphernrelevante Therapieaspekte (zum Beispiel Selbst, Beziehung und Veränderung) und wichtige Funktionen von Metaphern in der Therapie (zum Beispiel Beziehungsaufbau und Symbolisierung von Emotionen). Metaphern hängen mit Therapieverlauf und Therapieerfolg ebenso zusammen wie mit dem zentralen personzentrierten Konzept der Empathie. Darüber hinaus reflektieren Metaphern Vorstellungen über Therapie und das Selbst. Ein personzentrierter Zugang zur Metapher ist auf die persönlichen Bedeutungen und Erfahrungen in den Metaphern der Klienten ausgerichtet.

Schlüsselwörter: Psychotherapie, Personzentrierte Therapie, Metapher

Abstract: Metaphers in psychotherapy. This article discusses the importance of metaphors in Person-Centred Therapy. The meaning of metaphors for human experience becomes evident in such complex organizations as financial markets, whose abstraction becomes tangible only through metaphors. In psychotherapy, clients and therapists symbolize hard-to-describe feelings and experience through metaphors. The article describes metaphorically relevant aspects of therapy (for example, self, relationship, and change) and important functions of metaphors in therapy (for example, relationship building and the symbolization of emotions). Metaphors are connected to the course and success of therapy as well as to the core person-centered concept of empathy. Furthermore, metaphors reflect concepts about therapy and the self. A person-centred approach to metaphor is directed at the personal meanings and experiences in the clients' metaphors.

Keywords: Psychotherapy, Person-Centered Therapy, Metaphor

Einleitung

Was liegt weiter entfernt von der Personzentrierten Psychotherapie als Finanzmärkte, wo Anteile an Unternehmen oder Devisen gehandelt werden? Auf der einen Seite geht es um die höchstpersönliche Lebenserfahrung des Menschen, auf der anderen um kollektive und abstrakte Settings, mit denen sich Ökonomen beschäftigen, weit weg von unserer Alltagserfahrung. Dieser Artikel baut eine Brücke zwischen diesen scheinbar so verschiedenen Bereichen und vermittelt dabei die Bedeutung von Metaphern für so umfassende Organisationen wie Finanzmärkte, für die Psychotherapie und für das Selbst.

Für Aristoteles ist es „die bei weitem größte Sache, ein Meister der Metapher zu sein“ (Poetik). Was aber sind Metaphern eigentlich? Metaphern schaffen eine Ähnlichkeit zwischen zwei Dingen, die eigentlich verschieden sind. Das Wort „Metapher“ kommt aus dem Griechischen. *Meta* bedeutet dabei „über“ oder „darüber“ und

ist uns aus Begriffen wie Metakommunikation oder Metaphysik bekannt. *Pherein* bedeutet „tragen“ oder „übertragen“. Metaphern übertragen also, sie übertragen Bedeutungen von einem Gegenstand auf einen anderen. Wenn Shakespeares Romeo sagt: „Julia ist die Sonne“, dann weist er auf eine Gemeinsamkeit zwischen Julia und der Sonne hin (Kopp, 1998), zumindest was einige Aspekte Julias und der Sonne betrifft. Metaphern erlauben also „einer Sache einen Namen oder eine Beschreibung zu geben, der (...) zu etwas anderem gehört, aufgrund einer Ähnlichkeit zwischen den beiden“ (Leary, 1990, S. 4).

Der Brückenbau, im Zuge dessen Metaphern Bedeutungen zwischen ungleichen Dingen übertragen, schafft eine Verbindung zwischen zunächst ganz verschiedenen Erfahrungen und Erlebniswelten. Die Möglichkeit einer solchen Verbindung ist in der Psychotherapie von größter Bedeutung. Sie spielt aber auch in ganz anderen Bereichen menschlichen Handelns und Erlebens eine zentrale Rolle.

Metaphern und Entscheidungen in Finanzmärkten

In meiner wissenschaftlichen Forschung beschäftige ich mich immer wieder mit der Frage, wie Menschen eigentlich Entscheidungen treffen. Ein wichtiger Anwendungsbereich für diese Fragestellung sind Finanzmärkte, weil hier, nach Ansicht vieler Ökonomen, Entscheidungen *rational* getroffen werden (Oberlechner, 2004). In effizienten Märkten bilden die aus solchen Entscheidungen resultierenden Preise, wie zum Beispiel die Wechselkurse im Devisenmarkt, ein objektives Spiegelbild der relevanten wirtschaftlichen Informationen.

Meine Zweifel an diesen Annahmen haben mich in die Handelsräume der führenden Banken der Welt geführt. Ich habe dort mit Devisenhändlern über ihre Erfahrung gesprochen und darüber, wie sie ihre Kaufs- und Verkaufsentscheidungen treffen. Dabei habe ich eine überraschende Beobachtung gemacht: die Schilderungen der Händler sind voller Metaphern (Oberlechner, Sluneko, & Kronberger, 2004). Finanzmärkte selbst sind nämlich abstrakt und letztlich unfassbar. Niemand weiß zum Beispiel, was der Devisenmarkt „wirklich“ ist. Um das Abstrakte des Marktes greifbar zu machen, um die eigene Rolle im Markt zu verstehen und um aktiv im Markt tätig zu werden, verwenden die Händler Metaphern.

Ein Beispiel für eine solche Metapher ist: der Markt ist ein Krieg. Diese Metapher zeigt sich in vielen Aussagen von Händlern, die nicht etwa über den Krieg im Irak sprechen, sondern über ihre tägliche berufliche Erfahrung im Devisenmarkt. Ein Händler erinnert sich: „Ich habe dort Mark/Franken gehandelt, und wir waren, das kann ich sagen, einige Jahre lang waren wir die Nummer eins in der Welt und wir haben Menschen umgebracht. Wir haben wirklich Menschen umgebracht, indem wir sie verängstigt haben.“ Ein anderer Händler beschreibt seine Tätigkeit: „[Es ist] kein Spiel, du gehst hinaus, um zu töten. Spielen ist Unterhaltung für mich (...) Aber [Spielen] ist nicht wie Krieg, du gehst nicht hinaus, um zu töten. Es ist brutaler, es ist mißbräuchlicher als ein Spiel. In den Handelsräumen werden die Menschen brutal.“

Diese Metaphern des Marktes stellen dabei nicht nur eine Art sprachliche Ausschmückung dar, sondern sie sind organisierende Prinzipien, welche die Erfahrung der Händler strukturieren (Shimko, 1994). Wenn der Markt ein Krieg ist, dann ist es zum Beispiel ganz natürlich, „eine Schlacht zwischen den Verkäufern und Käufern“ zu beobachten oder mit Nachrichten „bombardiert“ zu werden. Darüber hinaus steuern diese Metaphern auch das Verhalten der Händler: In einem Markt als Krieg verhalten sich die Teilnehmer anders als im Markt als Maschine oder im Markt als Lebewesen. So hat der Markt als Lebewesen etwa „einen angeborenen Zweifel über die Geldpolitik“, es können Faktoren auftreten, „welche den Markt nervös machen“, oder der Markt kann gänzlich „verrückt werden“. Hier wird der Markt als lebendiger Organismus wahrgenommen, der seinen eigenen Regeln folgt. Der Markt als Lebewesen

denkt selbstständig, interpretiert Umweltereignisse subjektiv und reagiert emotional darauf. Um sein Verhalten vorherzusagen, muss man seine Gedanken lesen. Als Lebewesen tritt der Markt häufig in einer von zwei Erscheinungsformen auf, nämlich als Bestie oder als Geliebte. Als Bestie ist der Markt gewaltig und immer hungrig. So wie ein Drachentöter müssen die Händler dieses gefährliche Tier bekämpfen und mit ihm fertig werden. Beispiele für den Markt als Bestie finden sich etwa in den folgenden Beschreibungen: „Ich würde es wahrscheinlich als Tier beschreiben, mit dem sich niemand jemals anlegen sollte“. „Die Herausforderung ist, es zu meistern (...) und es gibt Tage, an denen du von ihm gebissen wirst“. Hingegen ist die Beziehung mit dem Markt als Geliebte gekennzeichnet durch starke Anziehung und Faszination. Eine intensive emotionale Beziehung verursacht Gefühle starker Erregung und bringt gleichzeitig die Gefahr mit sich, abhängig zu werden. Als Geliebte tritt der Markt etwa in folgenden Beschreibungen in Erscheinung: „Alle Händler, die wirklich Händler sind, haben eine erotische Beziehung zum Markt“. „Diese emotionale Verstrickung kann viel zu tief gehen. (...) Du verheiratest Dich gewissermaßen mit einer Handelsposition, Du kannst sie einfach nicht gehen lassen“.

Dieser phänomenologische und experienzielle Ausflug in die Welt der Ökonomie zeigt, wie Metaphern von so abstrakten und generellen Sachverhalten wie Finanzmärkten zu etwas sehr Persönlichem und Konkretem führen. Verschiedene Leitmetaphern wie „der Markt ist ein Krieg“, „der Markt ist ein Lebewesen“ oder „der Markt ist eine Maschine“ verdeutlichen dabei, wie unterschiedlich die subjektiven Erlebens- und Verstehensweisen von Finanzmärkten sein können. Immer erlauben Metaphern den Beteiligten jedoch, abstrakte und komplexe Systeme zu begreifen und in ihnen aktiv zu handeln und Entscheidungen zu treffen.¹

Wichtigkeit und Funktionen von Metaphern in der Psychotherapie

Aristoteles definierte Metaphern auch als „die Macht des Geistes über die Möglichkeit der Dinge“ (Sims, 2003). In wohl keinem Gebiet spielen Metaphern eine so große Rolle wie in der Psychotherapie. Klienten – gleich welcher Therapierichtung – machen umfassenden Gebrauch von Metaphern (McMullen, 1985), und das gleiche gilt für Therapeuten. Die Psychotherapie ist nämlich geradezu ein Paradebeispiel dafür, wie Personen komplexe Bereiche menschlicher Erfahrung zu symbolisieren versuchen. Klienten bemühen sich fast dauernd, für schwer zu beschreibende Gefühle und Erlebnisse Worte zu finden. Metaphern spielen also eine höchst wichtige Vermittlerrolle im Austausch zwischen Klienten und Therapeuten: sie helfen

¹ Beruhend auf diesen Erkenntnissen zieht die Organisationspsychologie Metaphern zum Verstehen von Prozessen in Organisationen heran. So können etwa Führungsstile mit zu Grunde liegendem metaphorischem Denken verbunden werden (Oberlechner & Mayer-Schönberger, 2003).

dabei, dem Therapeuten – und sich selbst – das sagen zu können, was man sagen will (Berlin, Olson, Cano, & Engel, 1991; McMullen, 1996).

Bereits Carl Rogers beschrieb, dass Gefühle häufig in der Form von Metaphern hochkommen (Rogers, 1980a) und wie das Finden der richtigen und präzisen Metapher Klienten dabei hilft, ihre Gefühle voller zu erleben (Rogers, 1986h). Gerade weil Metaphern so viel Bedeutung vermitteln können, und weil sie das sozusagen auf engstem sprachlichem Raum tun, sind sie nicht nur bei Dichtern wie Shakespeare, sondern auch in der Therapie so beliebt. Über Metaphern vermitteln und verstehen wir: nicht nur das, was objektiv passiert, sondern auch die subjektiven und persönlichen Bedeutungen, welche die Ereignisse für uns haben. Metaphern für das Selbst, Metaphern für die Beziehung zwischen dem Selbst und anderen, Metaphern für eigene Veränderung und Wachstum, Metaphern für das Erleben von Situationen (insbesondere von Problemen) und Metaphern für Emotionen und für kognitiv-affektive Prozesse wie etwa Ärger, Angst, oder Stress sind nur einige der Beispiele, die verdeutlichen, wie wichtig Metaphern in der Psychotherapie sind (McMullen, 1996).

In der Psychotherapie wird die Wichtigkeit von Metaphern jedoch erst seit kurzem systematisch diskutiert. Dazu hat einerseits ein umfassenderes Metaphernverständnis und Einsicht in die Allgegenwärtigkeit von Metaphern im Verstehen der Welt beigetragen (Lakoff & Johnson, 1980). Andererseits hat eine narrative und konstruktivistische Sichtweise von Psychotherapie zur Beachtung von Metaphern im Prozess des Erkennens und Schaffens von Wirklichkeit geführt (Carlsen, 1996; Stipsits, 1999). Die Auseinandersetzung verschiedener psychotherapeutischer Traditionen mit Metaphern hat dabei auf unterschiedliche Weise stattgefunden. So wurden etwa die Bedeutung früher Erinnerungen und des Lebensstils in der Individualpsychologie mit der von Metaphern verglichen (Kopp, 1998, 1999). Die Rolle von Metaphern wurde auch in der psychoanalytischen Perspektive (Rubin, 1997; Siegelman, 1990), in kognitiven Therapieformen (Kopp & Craw, 1998) und in der Hypnosetherapie (Barker, 1985) untersucht. Obwohl jedoch gerade der phänomenologische Zugang der Personzentrierten Therapie (Hutterer, 1998) so viel mit Metaphern zu tun hat, fehlt hier bislang ein systematischer Zugang. Rogers' Bedauern, dass wir das kreative Potential des „metaphorischen Verstands“ traurig vernachlässigt haben (1980b), trifft also gewissermaßen immer noch zu.

Die Zuwendung auf Metaphern kann in jeder Form von psychotherapeutischer Beziehung prinzipiell auf zweierlei Ausgangspunkten beruhen. Zum einen können Therapeuten (und Klienten) den Metaphern der Klienten Interesse entgegenbringen und sie zu einem Ausgangspunkt des Verstehens des Klientenerlebens machen. Zum anderen können Metaphern durch Therapeuten eingesetzt werden, wenn sie diese etwa bewusst für eine bestimmte Intervention nützen wollen. Ein personzentriertes Verständnis von Metaphern orientiert sich dabei an den persönlichen Bedeutungen in den

Metaphern von Klienten, nicht an durch Metaphern ausgedrückten Intentionen und Strategien von Therapeuten. Doch auch die Metaphern der Therapeuten können personzentriert sein. Denn dieser Zugang schließt einen strategischen „Einsatz“ therapeutischer Metaphern mit bestimmten Zielen für die Klienten aus, nicht aber ein Auftreten von Metaphern der Therapeuten als spontane und authentische Manifestation von Empathie mit dem Klientenerleben.

In der psychotherapeutischen Beziehung können Metaphern eine Reihe wichtiger Funktionen erfüllen. So können Metaphern Einsicht und Verständnis ausdrücken, neue Zugänge zu Problemen vermitteln oder allgemein die Kommunikation zwischen Klienten und Therapeuten vertiefen. Insbesondere können Metaphern den Prozess der Psychotherapie in folgenden Aspekten unterstützen (Levitt, Korman, & Angus, 2000; Lyddon, Clay, & Sparks, 2001):

1. *Beziehungsaufbau.* Die Empfänglichkeit von Therapeuten für klientengenerierte Metaphern kann ihnen dabei helfen, die einzigartige Erfahrungswelt von Klienten zu verstehen. Darüber hinaus kann sie dabei hilfreich sein, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln und dadurch die Therapeut-Klient-Beziehung festigen.

2. *Verstehen und Symbolisierung von Emotionen.* Im therapeutischen Prozess spielt emotionales Erleben und die Erkundung emotionalen Erlebens eine wichtige Rolle. Diese erlaubt Klienten, ihre Erfahrung von sich selbst zu organisieren und Verbindungen zwischen dem Selbst und der Umgebung zu formen (Greenberg, Rice & Elliott, 1996). Metaphern können dabei helfen, das Unbenennbare der Emotion in etwas verbal Fassbares zu übersetzen (Carlsen, 1996). So ergab etwa eine Untersuchung der subjektiven Bedeutung von Depression in hunderten Therapiesitzungen mit verschiedenen Klienten vier Hauptbedeutungen: Depression ist ein *Abstieg*, Depression ist *Dunkelheit*, Depression ist ein *Gewicht* und Depression ist ein *Kidnapper*, der einen gefangen nimmt (McMullen & Conway, 2002). In der Erkundung solchen subjektiven Erlebens erlauben Metaphern, die Gefühle von Klienten zu klären, zu organisieren, zu vertiefen und dabei gelegentlich auch *neue* subjektive Bedeutungen von Erfahrung zu formen.

3. *Deutlichmachen stillschweigender Annahmen.* Metaphern können Klienten wie Therapeuten dabei helfen, implizite und stillschweigende Klientenannahmen und Überzeugungen zu benennen. Solche Annahmen betreffen die eigene Person und auch die Welt, in der man lebt. Ein Klient sagt etwa: „Plötzlich merke ich, wie ich immer ein Schauspieler in einer Tragödie war, der immer gerade das nicht bekommt, was er sich am sehnlichsten wünscht“. Dabei ist es nicht die Rolle der personzentrierten Therapeutin, die Metapher zu interpretieren. Vielmehr geht es um das Anbieten einer Beziehung, in der es ein unbedingtes und akzeptierendes Interesse an der Metapher gibt. Erst dieses Interesse ermöglicht es, angstfrei zu explorieren, was die Metapher für das Erleben des Klienten alles bedeutet.

4. *Ausdruck von und Beschäftigung mit „Widerstand“.* Dies ist natürlich ein Begriff der Psychoanalyse. Personzentriert könnten wir

sagen, die Metapher erlaubt einen freien Umgang mit schwierigen Gefühlen und mit Ambivalenz gegenüber Veränderung und Wachstum. So können Metaphern etwa eine Art sichere Vermittler zwischen Bedrohlichem und Nicht-Bedrohlichem darstellen, die es ermöglichen, dass man über sich selbst spricht während man gerade nicht über sich selbst spricht. Denn Metaphern stellen auch eine Möglichkeit dar, „zu kommunizieren, ohne [sich] selbst zu kompromittieren, ein Weg dazu, gleichzeitig ein Geheimnis zu behalten und es zu offenbaren“ (Caruth & Ekstein, 1966, S. 38).

5. Schließlich ermöglichen Metaphern Klienten und Therapeuten, *neue Bezugssysteme* für das Erleben des Klienten zu finden. So könnte etwa eine Klientin, die sich bislang in der unlösbaren und schmerzlichen „Zwickmühle“ einer ausweglosen Wahl zwischen zwei Partnern erlebt hat, beginnen zu explorieren, wie es sich außerhalb dieser Zwickmühle leben würde. Die Klientin könnte sich dabei plötzlich nicht mehr passiv in der Zwickmühle gefangen erleben, sondern als Wind, der die Räder der Mühle antreibt.

Diese Liste metaphernrelevanter Therapieaspekte lässt erkennen, dass eine der wichtigsten Verbindungen, wenn nicht sogar die wichtigste Verbindung, zwischen Metaphern und Psychotherapie in einem Schlüsselaspekt des Personenzentrierten Ansatzes liegt: in der Empathie. Empathisches Verstehen in der Psychotherapie kann nämlich auch als eine metaphernbezogene Tätigkeit verstanden werden, welche Verständnis nicht nur für verbale Inhalte sondern auch für emotionales Erleben umfasst (Lyddon et al., 2001). In der Empathie spielen Metaphern eine zentrale Rolle: indem wir aufmerksam sind gegenüber den Metaphern unserer Klienten und indem wir diese gemeinsam mit den Klienten verstehen lernen, kommen wir in Berührung mit ihrem persönlichsten und subjektivsten Erleben und ihrer Weltsicht (Sims, 2003). Diese Aufmerksamkeit für Metaphern stärkt die therapeutische Beziehung und das Vertrauen der Klienten, dass ihr Erleben überhaupt verstehbar ist. Nur über Metaphern finden Therapeuten und Klienten letztlich eine gemeinsame Sprache für das Innerste und Allerpersönlichste.

Metaphern und Therapieverlauf

In der Psychotherapie entwickeln Klienten häufig eine metaphorische Kernvorstellung, welche zu den Hauptthemen der Therapie eine enge Beziehung hat. Ein eindrucksvolles Beispiel einer solchen Vorstellung stammt von einem meiner Klienten. Sein Erleben von Hoffnungslosigkeit, Unfähigkeit, auf den Lauf der Dinge Einfluss zu nehmen, und Erwartung eines unausweichlichen Ausgelöschtwerdens in der Therapie nahm immer wieder Bezug auf Edgar Allen Poes Erzählung „Hinab in den Maelström“. In dieser Erzählung wird ein Seemann in einem stundenlangen Todeskampfs immer näher ins schreckliche Innere eines riesigen Wasserwirbels geschwemmt, ohne auch nur irgendetwas dagegen tun zu können.

Während die Ausarbeitung einer solchen Metapher über den Verlauf der Therapie charakteristisch für Therapieverläufe sein kann (McMullen, 1989), zeigt eine wachsende Anzahl empirischer Belege, dass Metaphern ganz allgemein eine wichtige Rolle im Therapieverlauf und im Erfolg von Psychotherapie spielen.² So konnten etwa Metaphern erfolgreich für den Nachweis von inhaltlichen Wendepunkten in der Therapie identifiziert werden (Pollio & Barlow, 1975), und es konnte gezeigt werden, dass Veränderungen in den von Klienten verwendeten Metaphern für ihr Leben und ihre Probleme häufig mit Veränderungen in der Therapie einhergehen (Carlson, 1996; Meichenbaum, 1995).³

Es überrascht deshalb wenig, dass Untersuchungen von Metaphern in der Psychotherapie bedeutsame Unterschiede zwischen Therapien mit guten und Therapien mit schlechtem Ergebnis gefunden haben. So zeigte sich zum Beispiel beim Vergleich von zwei Therapien depressiver Klienten, dass in der erfolgreichen Therapie sich die ursprüngliche Metapher des „Belastetseins“ in die Metapher „das Gewicht abladen“ veränderte. In der Therapie mit schlechtem Ergebnis gab es keine solche Veränderung (Levitt et al., 2000). Gleichmaßen gibt es Hinweise darauf, dass es in erfolgreichen Therapieverläufen einen größeren Anteil an gemeinsamen Klienten- und Therapeutenmetaphern gibt. Während hier die Klienten durch Metaphern ihre innere und persönliche Erfahrung ausdrücken, dienen bei Klienten in weniger erfolgreichen Therapieverläufen Metaphern eher zum Ausdruck äußerer Erfahrungen, die keinen Bezug auf die Hauptthemen der Therapie haben (Angus, 1996; McMullen, 1985, 1989).

Aber auch die Metaphern des Therapeuten beeinflussen den Verlauf und den Erfolg von Psychotherapie. So beurteilen Klienten diejenigen Äußerungen von Therapeuten, welche metaphorischen Inhalt haben, ganz allgemein als hilfreicher als andere Äußerungen (Hill & Regan, 1991), und sie beurteilen auch diejenigen Therapiesitzungen als hilfreicher, bei denen sie sich an Metaphern der Therapeuten erinnern konnten. Hingegen müssen sich Klienten in weniger erfolgreichen Therapieverläufen bisweilen aktiv gegen die von Therapeuten eingebrachten Metaphern verwehren (Martin, Cummings, & Hallberg, 1992; McMullen, 1989).

Schluss: Metaphern im Verständnis von Therapie

Metaphern in der Psychotherapie drücken nicht nur das Erleben und Verstehen persönlicher Erfahrung aus, sie können sich auch auf das zu Grunde liegende Verständnis von Therapie selbst beziehen. Dieser Umstand ist deshalb besonders bedeutsam, weil explizite und implizite metaphorische Vorstellungen von Therapie letztlich

² McMullen (1996) gibt eine Übersicht über die empirische Literatur und Anwendungsbereiche der therapeutischen Metaphernforschung.

³ Die in der Therapie verwendeten Metaphern erfolgreicher Klienten sind insgesamt optimistischer und mehr auf Veränderung hin orientiert (McMullen, 1985).

das konkrete Handeln von Therapeuten beeinflussen, ihre Interventionsideale, und die Art, wie sie Psychotherapieforschung betreiben. So wird etwa zu Recht kritisiert, dass eine unangebrachte implizite Medizinmetapher suggeriert, dass die Ingredienzien der Psychotherapie gleich wie die Bestandteile einer pharmakologischen Behandlung zu verstehen sind. Wenn zum Beispiel ein bestimmter Wirkstoff der Behandlung sich als wirksam herausstellt, führt dies zur Erwartung, dass eine hohe Dosis davon zu einem noch besseren und schnelleren Ergebnis führen wird, und dass dieses Ergebnis bei verschiedenen Personen dasselbe sein wird (Stiles & Shapiro, 1994).⁴

Ein im Psychotherapieverständnis besonders bedeutsame Domäne von Metaphern ist die Konzeption des Selbst. So kam etwa eine Untersuchung der Metaphern, die in der renommierten Zeitschrift „Psychological Review“ zwischen 1894 und 1975 für den menschlichen Geist verwendet wurden, zu einem folgeschweren Ergebnis. Während sich am Anfang der untersuchten Zeitspanne vor allem räumliche Metaphern und Metaphern vom Geist als Lebewesen fanden, so waren gegen Ende mathematische Metaphern vorherrschend (Gentner & Grudin, 1985). Die Weise, wie therapeutische Schulen und Therapeuten das Selbst metaphorisch konstruieren, bestimmt dann ihre Überzeugungen, wie man am besten mit Klienten interagiert: unterschiedliche therapeutische Interventionsformen entspringen verschiedenen zugrunde liegenden Vorstellungen über das Selbst.⁵ So wie in Finanzmärkten Metaphern den Händlern ermöglichen, diese komplexen Systeme zu begreifen, ihre eigene Rolle darin zu definieren und Entscheidungen zu treffen, so drücken Metaphern des Selbst aus, in welchen Kategorien Therapeuten denken und handeln.

Der personenzentrierte Zugang zur Metapher in der Psychotherapie erkennt die zentrale Rolle von Metaphern im subjektiven und persönlichen Erleben. Dabei verwechselt dieser Zugang die Metaphern des Personenzentrierten Ansatzes nicht mit der Erfahrung der Klienten. Ganz gleich, welche Metaphern wir für die Therapie verwenden, „the map is not the territory“ (Hoskins & Leseho, 1996). Abseits von kunstfertigen Metaphern von Therapeuten und therapeutischen Schulen liegt der personenzentrierte Zugang zur Metapher in den persönlichen Bedeutungen in den Metaphern der Klienten.

Literatur

- Angus, L. E. (1996). An intensive analysis of metaphor themes in psychotherapy. In J. Mio & A. Katz (Eds.), *Metaphor: Implications and applications* (pp. 73–84). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Barker, P. (1985). *Using metaphors in psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Berlin, R. M., Olson, M. E., Cano, C. E., & Engel, S. (1991). Metaphor and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 45(3), 359–367.
- Carlsen, M. B. (1996). Metaphor, meaning-making, and metamorphosis. In H. Rosen & K. T. Kuehlwein (Eds.), *Constructing realities: Meaning-making perspectives for psychotherapists* (pp. 337–368).
- Caruth, E., & Ekstein, R. (1966). Interpretation within the metaphor: Further considerations. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 5(1), 35–45.
- Gentner, D., & Grudin, J. (1985). The evolution of mental metaphors in psychology: A 90-year retrospective. *American Psychologist*, 40(2), 181–192.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliott, R. K. (1996). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford Press.
- Hill, C. E., & Regan, A. M. (1991). The use of metaphors in one case of brief psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 10, 56–67.
- Hoskins, M., & Leseho, J. (1996). Changing metaphors of the self: Implications for counseling. *Journal of Counseling & Development*, 74, 243.
- Hutterer, R. (1998). *Das Paradigma der humanistischen Psychologie: Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität*. Wien: Springer.
- Kopp, R. R. (1998). Early recollections in Adlerian and Metaphor Therapy. *Journal of Individual Psychology*, 54(4), 480–486.
- Kopp, R. R. (1999). Metaphoric expressions of lifestyle: Exploring and transforming client-generated metaphors. *Journal of Individual Psychology*, 55, 466.
- Kopp, R. R., & Craw, M. J. (1998). Metaphoric language, metaphoric cognition, and cognitive therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35, 306–311.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press.
- Leary, D. E. (1990). *Metaphors in the history of psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Levitt, H., Korman, Y., & Angus, L. (2000). A metaphor analysis in treatments of depression: Metaphor as a marker of change. *Counselling Psychology Quarterly*, 13, 23–35.
- Lyddon, W. J., Clay, A. L. & Sparks, C. L. (2001). Metaphor and change in counseling. *Journal of Counseling & Development*, 79, 269.
- Martin, J., Cummings, A. L., & Hallberg, E. T. (1992). Therapists' intentional use of metaphor: Memorability, clinical impact, and possible epistemic/motivational functions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 143–145.
- McMullen, L. M. (1985). Methods for studying the use of novel figurative language in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(3), 610–619.
- McMullen, L. M. (1989). Use of figurative language in successful and unsuccessful cases of psychotherapy: Three comparisons. *Metaphor & Symbol*, 4, 203.
- McMullen, L. M. (1996). Studying the use of figurative language in psychotherapy: The search for researchable questions. *Metaphor & Symbol*, 11, 241.

4 Aber auch explizite und bewusste Metaphern werden zur Charakterisierung des Therapieprozesses verwendet. So könnte etwa die Gleichstellung von Psychotherapie mit Tanz bedeuten, dass die Partner wiederholt bestimmte Positionen einnehmen, dass sie sich gegenseitig zu bestimmten Bewegungsreaktionen veranlassen, und gegenseitig darauf antworten (Pistole, 2003).

5 Wie sich verschiedene Konzeptionen des Selbst auf die Interventionen der Therapeuten niederschlagen beschreiben Hoskins und Leseho (1996).

- McMullen, L. M., & Conway, J. B. (2002). Conventional metaphors for depression. In S. R. Fussell (Ed.), *Verbal communication of emotions: Interdisciplinary perspectives*. (pp. 167–181): Lawrence Erlbaum Associates.
- Meichenbaum, D. (1995). Changing conceptions of cognitive behavior modification: Retrospect and prospect. In M. J. Mahoney (Ed.), *Cognitive and constructive psychotherapies: Theory, research, and practice* (pp. 20–26). New York: Springer.
- Oberlechner, T. (2004). *Psychology of the foreign exchange market*. Chichester: Wiley.
- Oberlechner, T. & Mayer-Schönberger, V. (2003). Through their own words: Towards a new understanding of leadership through metaphors. *Harvard University, John F. Kennedy School of Government, Center for Public Leadership Working Papers*.
- Oberlechner, T., Sluneko, T., & Kronberger, N. (2004). Surfing the money tides: Understanding the foreign exchange market through metaphors. *British Journal of Social Psychology*, 43(1), 133–156.
- Pistole, M. C. (2003). Dance as a metaphor: Complexities and extensions in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 232–241.
- Pollio, H. R. & Barlow, J. M. (1975). A behavioural analysis of figurative language in psychotherapy: One session in a single case-study. *Language & Speech*, 18(3), 236–254.
- Rogers, C. (1980a). Client-centered psychotherapy. In H. I. Kaplan, B. J. Sadock & A. M. Freedman (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. III, pp. 2153–2168). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Rogers, C. (1980b). *A way of being*. New York: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1986h). A client-centered/person-centered approach to therapy. In I. L. Kutash & A. Wolf (Eds.), *Psychotherapist's casebook: Theory and technique in the practice of modern times* (pp. 197–208). San Francisco: Jossey Bass.
- Rubin, S. S. (1997). Self and Object in the Postmodern World. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 34, 1–10.
- Shimko, K. L. (1994). Metaphors and foreign policy decision making. *Political Psychology*, 4(15), 655–671.
- Siegelman, E. Y. (1990). *Metaphor and meaning in psychotherapy*. New York, London: Guilford Press.
- Sims, P. A. (2003). Working with metaphor. *American Journal of Psychotherapy*, 57, 528–536.
- Stiles, W. B. & Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 942–948.
- Stipsits, R. (1999). *Gegenlicht: Studien zum Werk von Carl R. Rogers (1902–1987)*. Wien: WUV Universitätsverlag.

Autor

Thomas Oberlechner
Lehrender an der Webster University und Ausbilder bei der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie

Korrespondenzadresse

Dr. Thomas Oberlechner
Webster University, Department of Psychology,
Berchtoldgasse 1, A-1220 Wien,
Tel.: +43 (1) 269 9293, Fax: +43 (1) 269 9293-13,
E-Mail oberlechner@webster.ac.at.
Vereinigung Rogerianische Psychotherapie, A-1091 Wien, www.vrp.at.

Walter Kabelka

Das Inhumane in Modellen der Selbstorganisation

Über die Dummheit in der Autopoiese und die Brutalität in der Aktualisierungstendenz

Zusammenfassung: *Der Beitrag diskutiert den problematischen Transfer einzelner Bestandteile der Systemtheorie in die Beschreibung von Konfliktsituationen, ohne dass notwendige Bewertungen von Sachverhalten vorgenommen werden. Menschliche Aktivität wird sowohl als Element von Prozessen der Selbstorganisation wie auch unter dem Gesichtspunkt autonomer Verantwortung betrachtet. Die mögliche Diskrepanz zwischen einer funktionalistischen und einer ethischen Sichtweise wird thematisiert und daraus abgeleitet, dass die systemisch begründete Relativierung von Sichtweisen dazu verwendet werden kann, eine Unterscheidung zu verweigern. Weiters wird ein Autonomiebegriff diskutiert, der nur auf eine biologisch gegebene Konstitution Bezug nimmt und in dieser Reduktion nicht als Fundament für ethische Folgerungen genügt.*

Schlüsselwörter: *Selbstorganisation, Autopoiese, Aktualisierungstendenz, Autonomie, Ethik*

Abstract: **The inhumane in models of self organization: On the dullness in autopoiesis and the brutality in the actualizing tendency.** *This article discusses the problematic transfer of single parts of the systems-theory into the description of situations of conflicts without a necessary valuation of factual situations. Human activity is seen both as an element of processes of self-organization as well as from the point of view of autonomic responsibility. There might be a disunity between a functionalistic and an ethic view to human activity which could lead to refusing a distinction by arguing with relativity of views. The term of autonomy is discussed in its reduction to an only biological constitution. As such it is not sufficient for ethical conclusions.*

Keywords: *Self-organization, autopoiesis, actualizing tendency, autonomy, ethics*

Einleitung

Das Involviertsein in Fragen der Verteilung von Einfluss- und Profitmöglichkeiten, also Macht, stellt Theoretiker¹ und Praktiker der Psychologie und Psychotherapie in die Situation, als Beteiligte immer auch Ausführende eines Entwicklungsprozesses zu sein, wobei nicht nur Beobachtung im Sinne des Zusehens handlungsleitend sein kann. Anliegen dieser Arbeit ist auch, einen Unmut und ein Bedauern über suboptimale Konfliktlösungsversuche in die Form einer theoretisch fundierten Abhandlung zu bringen. Das Ergebnis war eine intensivere Auseinandersetzung mit personenzentrierten und systemischen theoretischen Ansätzen zur Frage der Selbstorganisation und deren Verhältnis zu ethischen Positionen, welche nicht nur in der Relation Therapeut und Klient gedacht werden dürfen, sondern ihren Platz auch in der Kultur der Kollegialität finden könnten.

Als elegante Art, Machtansprüche und -ausübung zu verschleiern, erweist sich in unserer Szene der Auftritt als distanzierter Wissenschaftler, welcher unentwegt über die Unmöglichkeit zu intervenieren spricht. Seit der Entdeckung der Bedeutung des Beobachters kann von Distanz nicht mehr gesprochen werden, wenn Beobachter Beteiligte durch nachvollziehbare Interessenslagen sind. Vor blinden Flecken ist natürlich keiner und keine von uns gefeit.

Wenn von Selbstorganisation die Rede ist, muss auch von Systemischer Theorie gesprochen werden. Diese setzt sich aus Komponenten wie den Theorien zum System, dem Konstruktivismus, den Autopoiesekonzepten und der Kybernetik sowie anderen Modellen zusammen, welche Selbstorganisation im engeren oder weiteren Sinn zum Thema haben. Exemplarisch werden von Vertretern anderer Theorieschulen Elemente aus dem systemischen Theoriekomplex herausgegriffen und als Erweiterung oder Korrektur bisheriger Ansichten verwendet. Nicht zuletzt durch die pragmatische Anwendung und Herkunft aus dem Familiensetting finden systemische Überlegungen und Anwendungsformen Einzug in alle übrigen

¹ In diesem Artikel werden männliche, weibliche und gelegentlich beide Geschlechterformen verwendet, es sind immer beide Geschlechter gemeint.

Therapierichtungen. Dabei kommt es zu einem Eklektizismus, der so berechtigt und überzeugend wie andererseits willkürlich und verfremdet wirken kann.

An einigen Beispielen wird hier der Versuch unternommen, Überzeugendes und Verfremdetes aufzuzeigen. Ein Blick auf die in sich oft widersprechenden Bauteile systemischer Theorie lässt erahnen, dass dieses Unterfangen fragmentarisch und insofern manchmal ungenau bleiben wird, als das bewusst nicht linear kausal gehaltene systemische Theoriegebäude, oder besser: die systemische Theorielandschaft sich einem einfachen Entlehnen von Begriffen verweigert. Das soll das Unterfangen aber nicht behindern.

Modelle der Selbstorganisation sollen die Tendenz zu Selbsterhaltung und Selbstentfaltung in Physik, Chemie und Biologie belegen und dies in weiterer Folge auch für komplexere Organismen und Organisationen tun.

Ein grundlegendes Axiom der personenzentrierten Theorie ist die Aktualisierungstendenz, welche in diesem Kontext als eine frühe Entdeckung und wesentlicher Beitrag von Rogers zum Thema Selbstorganisation bezeichnet werden kann (vgl. Rogers, 1959a).

Die Systemische Theorie fußt ihrerseits auf vielen unterschiedlichen Belegen und Konzepten für die Tendenz zu eigenständiger Entwicklung und unabhängigem Erkennen: Autopoiese, Kybernetik, Synergetik und dissipative Strukturen gelten unter anderen als Grundlagen für die wesentliche Folgerung einer von außen nicht steuerbaren Selbstregulation von Personen und Systemen, verbunden mit der Annahme eines konstruktivistischen Erkenntnisprozesses und daher nicht objektiv zu erlangender und zu bezeichnender Beobachtungen (vgl. die Arbeiten von Foerster, 1993b; Glasersfeld, 1997; Maturana & Varela, 1987).

Vorab sei hier auf eine begriffliche Überschneidung verwiesen, wodurch Irritationen bei der Rezeption vermieden werden sollen: Der Begriff des Konstruktivismus bezeichnet eine erkenntnistheoretische Position, welche mit der Auffassung von der Möglichkeit einer Abbildung einer objektiv vorhandenen Außenwelt aufräumen möchte. Weltsichten seien vielmehr ausschließlich subjektiv konstruierte Gebilde. Eher wäre daher auch meines Erachtens von einem Konstruktivismus zu sprechen. Wenn ich hingegen in der Folge immer wieder den Begriff des Konstruktiven verwende, sind damit Bewertungen von Entwicklung gemeint, im Sinne der Erhaltung und Entfaltung von Organismen bzw. Systemen.

Welche Inhalte des Themas Selbstorganisation vor allem aus der systemischen Theorie können über die Aktualisierungstendenz hinaus einen Praktiker oder eine Praktikerin der personenzentrierten Arbeit anregen? Wo sind andererseits Mängel oder Banales zu erkennen? Der folgende Leitsatz bringt die Essenz meiner Überlegungen radikal verkürzt auf den Punkt: Selbstorganisation kennt keine Gnade.

Ausgehend von der Diskussion, wie weit Erkenntnisse aus der Biologie auf menschliches Empfinden, Erkennen und Verhalten anwendbar sind, folgen Überlegungen zu konstruktiver und

destruktiver Entwicklung und ihren Rahmenbedingungen. Die Ausführungen führen zu möglichen Anforderungen im Falle festgestellter Interessen und Machtverhältnisse in zwei exemplarischen Konstellationen.

Ist Autopoiese als Modell für den Menschen geeignet? Erkenntnisse der Biologie und ihre Anwendbarkeit auf menschliches Handeln

Ein Beispiel dafür, wie Kinder aufgeklärt wurden, ist jenes mit den Bienen und den Blumen. Damit schien manchmal die Notwendigkeit eines Pollentransfers unter Menschen hinreichend erklärt. Natürlich gibt es im menschlichen Leben Vergleichbares: die Biene, welche die Rolle des Mannes verkörpert, wird angezogen von der Farbenpracht der Blume, begehrt deren Nektar, und eher im Vorbeigehen erfolgt eine Befruchtung durch die mitgebrachten Pollen. Wenn auch unter Menschen eine Befruchtung oft als Nebenprodukt erfolgt, bleibt die Frage, wie biologisch oder auch physikalisch gebunden der Mensch funktioniere. Welche Wahl, welche Entscheidungsmöglichkeit haben wir, wenn Farbenpracht und Nektar locken, wenn die Biene gerufen sein will? Was erkennen wir, im Anflug oder vom Landeplatz aus?²

Vielleicht durfte der eine oder die andere schon in Vorträgen ihre Nase an ein Blatt Papier mit Stern und Kreis führen, um den blinden Fleck in ihrem Auge zu entdecken. Das beliebte Beispiel von Heinz von Foerster soll uns darauf aufmerksam machen, dass es einen Bereich im Blickfeld gibt, den wir nicht sehen. Der aus diesem Augenbeispiel abgeleitete Satz, dass wir nicht sehen, was wir nicht sehen, soll uns in die Thematik des Konstruktivismus und in die Kybernetik zweiter Ordnung einführen, welche die Beobachtung des Beobachters zum Thema hat (Foerster, 1993a). Dieser Satz wirft zwei Fragen auf:

Was ist mit der möglichen *Bewegung* der Augen, die mich jenen Bereich sehen lässt, den ich vorher nicht sehen konnte? Ich füge ja keine Erfindung in den fehlenden Teil ein, sondern ergänze das Mosaik meines Bildes mit dem nachfolgend Gesehenen. Und zweitens: zwar ist die Feststellung nachvollziehbar, dass ich nicht sehe, was ich nicht sehen kann. Doch dem Umstand folgend, dass ich nicht zuletzt durch den Hinweis auf das oben angeführte Experiment *weiß*, dass ich nicht alles sehe, werde ich ja anderswohin blicken, um diese Ergänzung vorzunehmen. Noch entscheidender mag vielleicht sein, dass ich einen zweiten Beobachter zuziehe, um durch sein Sehen dem Wissen um mein Nichtsehenkönnen zu entsprechen.³

2 Da geneigte Leserinnen und Leser bezüglich der hier gewählten Sprache verstimmt sein können, möchte ich festhalten, dass diese Form mir hier zur Fragestellung passend erscheint und die Materie noch trocken genug bleibt.

3 Dass Systemtheoretiker die Möglichkeit einer Gesamtsicht überhaupt in Frage stellen, ist mir bekannt (vgl. Baecker in Foerster, 1993a).

Dies ist nur *ein* Beispiel dafür, wie Erkenntnisse über unsere Physiologie, über Neurobiologie als Basis für Erkenntnisse über unser Erkennen überhaupt dienen sollen. Foerster leitet aus seinen erhellenden Beobachtungen eine immer schon vorhandene, wesen-eigene physiologische Autonomie des Menschen ab und folgert daraus direkt einen Verantwortungsbegriff, den er auch interindividuell zu verankern versucht (vgl. Foerster, 1993a). Meines Erachtens ist dabei Vorsicht geboten, weil in dieser Vorgehensweise der Bereich der individualgeschichtlich erst zu erlangenden Autonomie als Basis für die Kategorie der Verantwortung nicht ausreichend beachtet wird.

So erfrischend und klar auch Foersters Ablehnung eines Spiels namens „Heteronomie“ sein mag: hier wird wie selten sonst „das Kind mit dem Bade ausgeschüttet“, nämlich das Kind in seinem auf Beziehung angewiesenen Weg zur Autonomie. Dass hier ein Begriff unterschiedliches bezeichnet, ist so deutlich wie verfänglich. Foerster verwendet den Begriff in zweifacher Weise: als physiologisches Faktum und als abgeleitete ethische Notwendigkeit.

Es wird außerdem die Unterscheidung nicht getroffen, dass Menschen einander sowohl in einsehbar Sachverhalten als auch in konsensuell zu erzielenden Bewertungen gegenseitig auf die Inhalte im jeweils blinden Fleck aufmerksam machen können und dadurch sehr wohl „das Nichtsehende sehend“ werden können. Dass vieles überhaupt außerhalb des Erkenntnishorizonts von Menschen liegt, ist hier insofern zu vernachlässigen, als die menschlich relevanten Inhalte zumindest in einer Zusammenschau verschiedener Beteiligter auch erkannt werden können!

Ähnlich wie Foerster verfahren auch Maturana und Varela, die Väter der Autopoiese-Theorie. Sie nannten ihr Standardwerk „Der Baum der Erkenntnis“. Auf den Menschen angewandt ist die darin enthaltene neue Erkenntnis über den Erkenntnisakt: Wir erschaffen und konstruieren uns eine je eigene Welt, wir bilden nicht objektiv zu erkennende Realität ab, sondern auf Grund der operationalen Geschlossenheit unseres Erkenntnisapparats kreieren wir nur für uns selbst zugängliche Welten. Ihrem Buch gerade diesen Titel zu geben, auch im spanischen Original, entbehrt nicht eines ordentlichen Anspruchs: es möchte Erkenntnistheorie und Ethik zugleich sein! Ursprünglich hätte nämlich das Essen der verbotenen Frucht vom Baum der Erkenntnis zur Folge, wie Gott zu werden und damit das Gute und das Böse zu kennen, wie Mephisto in Goethes Faust dem Schüler ins Stammbuch schreibt.⁴ Die enthaltene Thematik ist Sexualität, das Begehren und die Bestrafung im Erkenntnisakt. Letzteres wiederum verweist auf die Frage nach Verantwortung als jeder Erkenntnis folgendes menschliches Vermögen.

Die Versuchung ist scheinbar groß, Tabus zu brechen, Leben zu erschaffen und Gutes von Bösem unterscheiden zu können; nicht Gebote zu befolgen, sondern sie zu erstellen! Auf diese moralische Kategorie lassen sich Maturana und Varela als Erkenntnistheoretiker

und Neurobiologen auch ein, gehe es doch darum, die Gesetze des Lebens zu erkennen und danach zu handeln. Das heißt nach Ansicht der beiden, dass auf Grund der menschlichen Reflexionsfähigkeit das Erkennen selbst erkannt wurde und daraus die ethische Forderung folge, den anderen zu lieben: „Wenn wir wissen, dass unsere Welt notwendig eine Welt ist, die wir zusammen mit anderen hervorbringen, dann können wir im Falle eines Konflikts mit einem anderen menschlichen Wesen, *mit dem wir weiter koexistieren wollen*, nicht auf dem beharren, was für uns gewiss ist (auf einer absoluten Wahrheit), weil das die andere Person negieren würde.“ (Maturana & Varela, 1987, S. 264)

Dass gerade diese Negation nun eher zum Alltag des Menschen gehört und die Voraussetzung des koexistieren Wollens nicht ausgemacht ist, ist bei den Autoren nicht Gegenstand weiterer Erörterungen. Ich halte diese ethischen Ableitungen vorerst für idealistisch und die menschliche Destruktivität nicht mitkonzipierend. Es bleibt beim Appell und der Annahme, ein um das Wissen wissender Mensch würde ethische Konsequenzen ziehen.

Unterschiedliche Konzeptionen bezüglich der Autopoiese in Biologie, Anthropologie und Soziologie

Autopoiese, Kybernetik, Synergetik, dissipative Strukturen, Hyperzyklen, Lasertheorie und anderes mehr dienen bei aller Unterschiedlichkeit und Interdependenz als Modelle, Beispiele oder Belege für die Selbstorganisationsprozesse der unbelebten und belebten Natur (vgl. Kriz, 1999; Capra, 1999 sowie Kneer & Nassehi, 2000).

In der Frage der Übertragbarkeit biologischer Grundlagen wie zum Beispiel der Autopoiese auf den Bereich des Sozialen divergieren systemtheoretische Konzeptionen. Soziale Systeme beinhalten je nach Konstruktion Menschen, Bewusstsein, Kommunikationen. Maturana und Varela konzipieren den Menschen sehr wohl als autopoietisches Lebewesen, doch Maturana *verneint* die Frage, ob es sich bei sozialen Systemen um autopoietische handelt (vgl. Böse & Schiepek, 1994)!

Der Begriff der Autopoiese werde laut Maturana auf Lebewesen 1. Ordnung (Zellen) und 2. Ordnung (biologische Organismen) angewendet: Soziale Systeme⁵ hingegen sind nach Maturana nicht autopoietisch zu nennen, da sie „als Netzwerk der menschlichen Koordination von *Handlungen*, und nicht als Netzwerk der Produktion von Menschen konstituiert sind“. (Dies wiederum wäre eine Bedingung, um von einem autopoietischen System zu sprechen).

„Für Maturana sind menschliche soziale Systeme nicht autopoietisch, sondern eher das Medium, in dem Menschen ihre biologische Autopoiese durch die Sprache realisieren. Varela erklärt, der Begriff eines Netzwerks von Produktionsprozessen, der im

4 *Eritis sicut Deus, scientes bonum et malum.* Goethe, Faust 1, Vers 2048.

5 von anderen als autopoietische System 3. Ordnung bezeichnet.

Mittelpunkt der Definition der Autopoiese steht, sei vielleicht jenseits des physischen Bereichs nicht anwendbar, aber für soziale Systeme ließe sich ein allgemeinerer Begriff der „organisatorischen Geschlossenheit“ definieren. Dieser allgemeinere Begriff ähnele zwar der Autopoiese, bestimme jedoch Produktionsprozesse nicht näher. Die Autopoiese lässt sich nach Varela als Sonderfall der organisatorischen Geschlossenheit ansehen, wie sie sich auf der Zellebene und in bestimmten chemischen Systemen zeige“ (Capra, 1999, S. 242).

Luhmann verwendet den Autopoiesebegriff in einem erweiterten Verständnis und für alle von ihm konzipierten Systeme, das sind Leben, Bewusstsein und Kommunikation: diese Arten autopoietischer Systeme seien grundverschieden. Der einzelne Mensch ist dabei nicht (mehr als Ganzheit ein Element des sozialen Systems „Kommunikation“. Es bestehen Schwierigkeiten, die Erkenntnisse des Soziologen Luhmann auf den Bereich der Psychotherapie zu übertragen oder seine Ansichten adäquat zu übersetzen (vgl. Kneer & Nassehi, 2000; Böse & Schiepek, 1994).

Jürgen Kriz kritisiert die Art der Verwendung des Autopoiesekonzepts im Konstrukt sozialer Systeme bei Luhmann, wobei die einzelnen Systeme einander nur Umwelt seien, was Fragen bezüglich der Interdependenz aufwerfe (Kriz, 1999).

Personenzentrierte Ansätze zur Autopoiese

Carl Rogers liefert einen bemerkenswert modernen und vorausblickenden Beitrag zu Theorien der Selbstorganisation mit dem Konzept der Aktualisierungstendenz, welches nun unzweifelhaft für den Organismus „Mensch“ angedacht ist. Rogers zeigte von Beginn bis zum Ende seiner theoretischen Auseinandersetzungen ein Gespür und große Offenheit für den Bereich der Selbstorganisation. Er beschäftigte sich bis zuletzt zum Beispiel würdigend mit Arbeiten von Capra und Prigogine und entwickelte 1979 noch die Idee einer weiter gedachten formativen Tendenz, die er der Aktualisierungstendenz beistellte (Rogers, 1980a).

Nicht zuletzt die Anlehnung an Angyal weist Rogers (1959a) als Vertreter einer Theorie der Selbstorganisation aus, auch Kriz und Stumm weisen darauf hin (Stumm et al., 2003).

Hutterer (1992, S. 163 ff) diskutiert die Relation zwischen nicht bewusst gesteuerter homeostatischer Selbstregulation des Organismus und Zugriffsmöglichkeiten des Bewusstseins im Rahmen des Themas „Motivation“ wie auch die Frage der „Konstruktivität“, die er von einer moralischen Kategorie unterscheidet. Kraßnitzer (1997) erarbeitet eine Übersicht zur Aktualisierungstendenz im personenzentrierten Ansatz.

Ich möchte hier meinen eigenen Beitrag zur Frage einfügen, inwiefern Autopoiese ein für den Menschen relevanter Begriff sein kann und das Einzelwesen als Konstruktion „System“ angesehen werden kann. Eine Besonderheit menschlicher Existenz ist meines Erachtens der Umstand, zum einen gleichzeitig System (individuelle

Person) und Element in einem System (z. B. einer Familie) zu sein; das System „Einzelperson“ entwickelt sich zunehmend vom Element in einem System zur Umwelt für sein es ursprünglich umgebendes familiäres System. Für Dynamik ist durch diesen Entwicklungsprozess ständig gesorgt; hier verorte ich die weiter oben diskutierte zweifache Autonomie des Menschen. Autopoiese müsste folglich konzipiert werden für die Person als System an sich, welche Umwelt für andere ist und andererseits für die Person als Teil von Systemen, als ihr Element. (Auch das Konzept einer ödipalen Konfliktsituation entspricht dieser angelegten und unausweichlichen Entwicklungstendenz, weil es nach psychoanalytischer Auffassung entscheidend wird für ein Vermögen an möglicher Unabhängigkeit oder dem Verbleib in einem permanenten Versuch der Lösung dieses Konflikts).

Schmid (1999) erwähnt ohne diesbezügliche Absicht mit seinen Überlegungen zur personenzentrierten Anthropologie, in welchen für den Menschen wesentlich die Dialektik von Substanz und Relationalität angenommen wird, die Gleichzeitigkeit von der Person als immer bereits so zu konzipierendem substanziellem System und der Person als Element verschiedener Systeme in seiner Relationalität.

Kann der Säugling als autopoietisches Lebewesen bezeichnet werden? Auf Grund einer angenommenen bloß partiellen Autonomie ist das nicht ausschließlich zu bejahen. Wir betonen mit der Säuglingsforschung zunehmend seine Eigenständigkeit wie auch in seinem Bindungsverhalten seine Angewiesenheit, seine Abhängigkeit. Diese Dialektik meine ich in gewisser Form auch bei Rogers zu finden: der Organismus mit Aktualisierungstendenz und gleichzeitig ein postuliertes Bedürfnis nach positiver Beachtung, need for positive regard, dem ich eine ebenso grundlegende Bedeutung zuschreibe, da das Ausbleiben dieser positiven Beachtung dazu führt, dass ein Mensch *nicht* in den Zustand autonomer Selbsterhaltung und -entfaltung gelangen kann!

Systemische Theorien thematisieren meines Erachtens nicht so ausreichend wie das Konzept von Rogers, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit ein Kind – das ist das auch werdende System – zu dieser im weiteren Sinne autonomen Systemhaftigkeit gelangt: ein abgegrenzter Organismus zu werden, der autonom seine biologischen und psychologischen Elemente selbst hervorbringt, neben der Tatsache, dass er ein solcher immer schon auch ist.⁶

Angenommen, das als solches nicht eindeutig bestimmbare System „Lebewesen Kleinkind“ habe von Beginn an die Eigenschaft, seine Umwelt bestmöglich zu nutzen; „Rücksicht“ auf diese Umwelt ist auf dieser Beschreibungsebene noch keine Kategorie. Erst die Herausbildung eines Selbstkonzepts mit seinen symbolischen Repräsentanzen lässt Kategorien der Moral zu, vorher ist noch kein Du als Gegenüber und kein darauf bezogenes Bedauern denkbar, vorher herrscht ein anarchisches Treiben, in dem ein „Du gleich Ich“ oder

6 Manchen scheint der Systembegriff hier überreizt. Dann wären hier jedoch auch die Grenzen der Überlegungen zur Selbstorganisation der Person erreicht, welche in diesem Sprachgebrauch unmittelbar an den Systembegriff gekoppelt ist.

„Du bist Ich“ angenommen werden darf. Das Kleinkind ist auf Unterstützung bei der Erkenntnis eines „Du“ angewiesen, sowohl in der Qualität des Getrenntseins als auch in jener des Begehrens.

Wenn bei Rogers von mehr oder weniger adäquater Symbolisierung die Rede ist, dann wird angenommen, dass es in der Person Subsysteme gibt, nämlich Organismus und Selbstkonzept, die in besserer oder schlechterer Übereinstimmung (Kongruenz) sein können. Diese Wirklichkeitskonstruktionen in einer Person müssen in einer Weise stimmig sein, um ausreichend gesund bleiben zu können! Die Aktualisierungstendenz drängt in Richtung dieser Übereinstimmungen und kann so als Modell für Selbstorganisation gesehen werden.

Der Mensch und seine Umwelt sind mit Begriffen und Inhalten der Biologie allein nicht zu beschreiben.

Beim Menschen fallen Phänomene auf, die über eine vereinfachte soziale Konzeption der Selbstorganisation hinausweisen. Selbstmord kann auf den ersten Blick nicht gleich als Beispiel für Autopoiese gesehen werden, da der Erhalt des Systems „Organismus“ nicht gewährleistet ist: doch erhalten bleibt ein Selbstkonzept, es reicht also der imaginierte Erhalt eines Systems; das gilt in anderer Form auch für Selbstmordattentäter, wobei in diesem Fall noch zusätzlich explizit an einen Fortbestand des Selbst geglaubt wird: konkret in einem Paradies oder aufgehend als Teil in einem größeren Ganzen. Märtyrer mit oder ohne Gewaltanwendung sind Elemente in der Autopoiese eines Glaubenssystems. Die Teilnahme an Kommunikation beginnt sich von biologischer Existenzform scheinbar zu lösen.

Eine Krebskrankheit, die innerhalb eines Menschen wuchert, lässt uns ahnen, dass allein schon das System „biologisches Individuum“ aus unterschiedlichen Elementen innerhalb eines Organismus zusammengesetzt gesehen werden kann: Nervensystem, Immunsystem und endokrines System könnten eine Einheit bilden (vgl. Capra, 1999). Die Selbstorganisation von Krebszellen kann die Existenz des Gesamtorganismus vernichten. Sind diese Krebszellen als Wirte oder als veränderte Bestandteile von uns zu sehen? Aus einer Koexistenz von gesunden und mutierten Zellgruppen wird eine tödliche Konkurrenz. Es emergierten neuartige Zellformen. Auf Grund welcher Dynamik kommt es zu dieser Emergenz? Ständig treffen Selbstorganisationen auf ihresgleichen, bilden neue Systeme und verändern bestehende, je nachdem, wie und was wir betrachten.

Die Selbstorganisation sozialer Systeme nun zeigt uns ohnehin, dass der Begriff des sozial „Konstruktiven“ einer genaueren Definition bedarf, denn als höchst konstruktiv im Sinne der Effizienz erweisen sich auch soziale Systeme wie ein Terrornetzwerk allemal, beeindruckend perfekte Verbrechen, gepaart mit einer von uns empfundenen „Unmenschlichkeit“, welche die Frage aufwirft,

wo Menschsein endet und Bestialität beginnt, oder ob Bestialität ein Teil des Menschseins und seiner Selbstorganisation sei. Welche Selbstorganisation wirkt im Serienmörder, im Kindesmissbraucher? Was möchte sich hier entfalten? Was erhalten? Auch ein Konzentrationslager war ein soziales technisches System, das sich gemäß seiner Intention zu gut selbstorganisiert. Hier wird noch einmal der Unterschied zwischen Effektivität und sozialer Konstruktivität von Selbstorganisation deutlich.

Am Verlauf von Aktienkursen können wir einen Beleg für die Unberechenbarkeit einer Selbstorganisation erhalten; in diesem Fall für jene des globalen Kapitalmarktes, wobei die Höhe der Zinsen zu den harmloseren Effekten gehört; die zunehmende Geschwindigkeit im Wechsel verfügbarer Möglichkeiten zur Erwerbstätigkeit betrifft uns zunehmend, bis in den Bereich von Wissenschaft und Gesundheitswesen.

Vielleicht ist auch der Lauf der Geschichte so zu verstehen, dass so, wie die Tektonik der Kontinentalplatten zu Erdbeben führen muss⁷ und wird, dass also vergleichbar an jenen Zonen, in denen verschiedene soziale Systeme in ihrer Entfaltung aneinandergeraten, es zu Konflikten kommen muss und in diesem Prozess ausführende Protagonisten hervorgebracht werden, die das Werk zu vollenden haben. Hier taucht erneut die Frage subjektiver Verantwortung von Gewalttätern und Diktatoren auf.

Wann dürfen wir in Prozessen von Selbstorganisation eine soziale Konstruktivität erwarten? Worin besteht dabei der Beitrag handelnder Individuen und Kollektive?

Konstruktive und destruktive Entwicklungen als unterscheidbare Ergebnisse von Selbstorganisation Was heißt „konstruktiv“

Konstruktiv wäre eine Entwicklung dann zu nennen, wenn ein Mensch sich in Relation zu anderen erhalten und entfalten kann; wenn für eine handelnde Person Alternativen vorhanden sind, diese als solche erkannt werden können und somit eine Wahlmöglichkeit empfunden wird. Dies hat für andere auch zu gelten. Der Ausschluss der Handlungsfreiheit eines anderen weist somit eine Entwicklung als nicht konstruktiv aus.

Für den Bereich der Psychotherapie hieße das: das Ergebnis der Arbeit kann konstruktiv genannt werden, wenn die Komplexität von Handlungsmöglichkeiten kognitiv erkannt und daraus schließlich ausreichend angstfrei gewählt werden kann. Eine ökonomische Mindestausstattung zur Befriedigung von Grundbedürfnissen ist dafür notwendige Bedingung. Jürgen Kriz (1999) ist einer der wenigen, die explizit auch die gesicherte materielle Basis als notwendige

⁷ Der Vortrag stammt aus September 2004, drei Monate vor der Flutkatastrophe des 26. Dezember 2004.

Voraussetzung für weitere konstruktive Kommunikationsprozesse thematisiert.

Die gleiche Definition gilt für Gruppen und Organisationen. Wenn eine Firma erfolgreich wirtschaftet und eine andere in den Konkurs geht, muss dies noch nicht heißen, dass nicht insgesamt eine konstruktive Entwicklung zu konstatieren ist, solange die Lebensgrundlagen der Inhaber und Angestellten der sich auflösenden Firma nicht existenziell in Frage gestellt sind – das System insgesamt also stabil bleibt, sofern zu diesem System auch eine Vorsorge für Phasen der Arbeitslosigkeit gehört.

Krieg und Terror hingegen schränken die Entfaltungs- oder Existenzgrundlagen von Individuen ein, sind also nicht „konstruktiv“ zu nennen. Säge man nämlich von Einzelschicksalen ab, wäre Krieg als notwendig sich ereignendes Erdbeben sozialer Systeme betrachtbar und gewänne dadurch Normalität und konstruktiven Charakter.

Das alles mag als Festlegung trivial erscheinen. Es ist jedoch die explizite Setzung von Werten, die sonst irrtümlich als vorausgesetzt angenommenen werden. Nur von einem bestimmten ethischen Standpunkt aus kann behauptet werden, dass das Überleben von Einzelmenschen einen Wert hat, dass der Wertmaßstab für die Beurteilung von Handlungen und Ereignissen der einzelne Mensch in Verbundenheit mit anderen ist; entscheidend ist dabei, wer zur Gruppe dieser „anderen“ zugerechnet wird: sind es die Mitglieder einer Familie, eines Clans, einer Religionsgemeinschaft, einer Nation oder der Menschheit insgesamt.

Einschränkungen dieser weit gefassten Festlegung sind nun eher die Regel als die Ausnahme: wir definieren Bezugssysteme, für die unsere Haltungen gelten, und grenzen andere aus. Wir befinden uns im Spannungsfeld von Abgrenzung und überschaubarer, definierter Zugehörigkeit einerseits sowie offenen Grenzen und kosmopolitischer Haltung andererseits. Der derbe und vereinfachende Ton des ausgrenzenden Rechtspopulismus erinnert jeden an die unausgewiesenen eigenen Grenzziehungen. Die Globalisierung der Wirtschaft eröffnet mit zunehmender Geschwindigkeit neue Märkte und verlockt zur Beteiligung am Profit oder ängstigt mit Verlustszenarien.

Beiträge zur Ermöglichung sozial konstruktiver Entwicklungen

Rogers (vgl. 1977b) bezeichnet meiner Kenntnis nach die Aktualisierungstendenz nicht *an sich* als konstruktiv. Es ist eine Lesart erlaubt, welche „Konstruktivität“ nur im Zusammenhang mit einer ausreichend förderlichen Umgebung annimmt. Zumindest habe ich bisher keine der mir zugänglichen Stellen anders interpretieren können. Konstruktivität wird in jedem Fall im Sinne des Erhalts und des Wachstums des Organismus in Richtung Ganzheit verstanden, solange Bedürfnisse nicht überwältigend stark seien!

Unübersehbar ist das Bemühen von Rogers, den menschlichen Organismus und seine Entfaltungstendenz als vertrauenswürdig zu

konzipieren; es bleibt die Notwendigkeit, diesen Begriff zu interpretieren. Es sei hier angemerkt, dass im Unterschied zur Systemtheorie und dem Autopoiesekonzept die Aktualisierungstendenz vorerst nicht für Systeme jeglicher Art konzipiert ist. Überlegungen zu einer allgemeinen formativen Tendenz folgten bei Rogers später.

Bei Rogers (1977b) sind es Umweltfaktoren, die den menschlichen Organismus „darin hindern können, sich von seiner Aktualisierungstendenz leiten zu lassen“. Die Aktualisierungstendenz könne sich folglich „in sozial destruktive statt in konstruktive Bahnen“ ergießen. Die Psychoanalyse thematisiert als Einflussfaktor aus der Innenwelt Selbstorganisationsprozesse des so genannten Triebes, seit und nach Freud. Sie gilt in verkürzter Rezeption als Gegenstück zu vertrauenswürdigen Konzeptionen, sozial konstruktiv werden könne Entwicklung durch Bewusstheit über Triebkräfte und deren Konfliktlagen sowie deren Kultivierung.

Was Rogers Umweltfaktoren nennt, sind in anderer Begrifflichkeit Selbstorganisationsprozesse sozialer oder wirtschaftlicher Systeme. Es bedarf der ständigen Thematisierung der Auswirkungen von Selbstorganisationsprozessen des global frei fließenden Kapitals. Auch die Kommunikationen bezüglich Patriarchat und Feminismus haben noch nicht zu ausreichenden Konsensbildungen über Macht und Missbrauch geführt.

Psychotherapie und Beratung arbeiten in personenzentrierter wie systemischer Vorgehensweise an den Umweltbedingungen des Systems Person oder Organisation und an den Erkenntnissen über Vernetzungen. Sie tun dies im Vertrauen und Wissen um das Potenzial der Selbstorganisation unter förderlichen Bedingungen. Experten meinen wir zu sein für das Erkennen von Umweltfaktoren, die wir gemeinsam mit dem Klientel als hinderlich erachten und für verinnerlichte hinderliche Kommunikation mit Umwelten. In jedem Fall müssen immer wieder neue gemeinsame Sichtweisen und Wirklichkeiten konstruiert werden. Personenzentrierte Vertreter und Vertreterinnen halten ja diese jeweiligen Konstruktionen für heilsam, weil in diesem gemeinsamen kreativen Prozess Kognition und Emotion der Beteiligten zum Dialog reifen. Begegnung ist dann insofern jene Kommunikation, in der eine begriffliche Konstruktion als kognitiv einsichtig, vor allem aber als emotional relevant erfahren werden kann. Wie irreführend und zutreffend zugleich kann da die Bezeichnung „Gesprächspsychotherapie“ sein, sie gilt mitunter auch für gelungene systemische Therapien.

Beiträge zur Verhinderung destruktiver Entwicklungen sind ethischer Natur.

Maturana und Varela (1987) hatten zu begründen versucht, dass aus der Vernetztheit der Menschen sich eine Ethik für alle ergäbe. Heinz von Foerster gibt den Imperativ aus, so zu handeln, dass die Anzahl der Möglichkeiten sich erhöhe. Wir können dies annehmen für alle Beteiligten einer Kommunikation, wenn wir uns nicht von

Bernard Scott (in Foerster, 1993a, S. 16) irritieren lassen, der Foersters Diktum plötzlich für die Erreichung jeglicher Ziele interpretiert, „ob gut, ob böse“. Ich sehe bei diesen Autoren die Voraussetzungen für das destruktive Verhalten von einzelnen oder Gruppen nicht ausreichend thematisiert. Aber hat der personenzentrierte Ansatz dafür etwas vorgesehen?

Destruktivität ist die Bezeichnung für eine negativ bewertete Auswirkung der Selbstorganisation eines für den Bezeichnenden relevanten Systems. Ein System organisiert diverse Funktionalitäten, um insgesamt seine Stabilität zu erhalten, um nicht endgültig zu zerfallen. Das kann jedoch bedeuten, dass Mitglieder einer Familie, einer Gruppe oder einer Gesellschaft überlastet oder gar eliminiert werden.

Die hier für Menschen relevante Bezeichnung „destruktiv“ wird erkennbar in einer für Betroffene offensichtlichen Einschränkung von Möglichkeiten, auf eine andere Weise durch das von einer Person mitgeteilte Leiden oder anders evidente Verletzungen von beteiligten Personen. Die entsprechenden Aggregatzustände in Systemen, an denen Destruktivität generiert wird, sind schwer zu benennen und zu quantifizieren. Wann schlägt Machtpotenzial in Gier um und schädigt Beziehungen, Gruppen und Staaten? Die Faktoren, Mechanismen und Auslöser in Humansystemen, welche notwendige und ausreichende Bedingungen bilden für das Entstehen von ausgrenzendem, quälendem, vernichtendem Verhalten von Individuen und Kollektiven, sind wenig benannt. Einige charismatische Machthaber geben ein Beispiel dafür, dass nach anfänglicher Sättigung die Zerstörung eines Werks leichter fällt als der Verzicht auf die permanente Befriedigung von Größenphantasien. Es könnte sich auch um kontraphobische Handlungen gegen den drohenden Zerfall des Selbstkonzepts von Größe handeln.

Rogers macht zwar wie oben erwähnt Umweltfaktoren für das Misslingen einer konstruktiven Entwicklung mit verantwortlich, doch ist auch im personenzentrierten Ansatz meines Erachtens nicht ausreichend thematisiert, wann eine Beziehung und was in ihr zum störenden Umweltfaktor wird. Am Beispiel der therapeutischen Beziehung lässt sich das jedoch exemplarisch darstellen, wenn nicht von vornherein Abhängigkeit und Macht als Sachverhalt und Inhalt von Beziehungskonstellationen in Abrede gestellt werden.⁸

Klienten und Klienten und Klientinnen befinden sich in einem Zustand sowohl bestehender wie auch wachsender Autonomie. Zuschreibungen an den Therapeuten finden statt, welche mit Erwartungen an Eltern vergleichbar sind und nicht in jedem Stadium eines therapeutischen Prozesses als nicht zutreffend abgetan werden können. Der Therapeut befindet sich in einer partnerschaftlichen wie auch in einer mächtigen Position. Wenn das Bedürfnis der Klienten und Klientinnen nach Reinszenierung von Erkenntnis-

wünschen ohne Bestrafung von Therapeuten und Therapeutinnen nicht verstanden wird, kommt es zur Destruktion. Mit anderen Worten: sexuelles Begehren möchte verstanden, aber nicht vom Therapeuten erfüllt sein.

Der Diskurs über die Selbstorganisation von Macht in Personen und Organisationen ist ein ethischer. Jede Machtanwendung kann „wertfrei“ als Ausdruck der Autopoiese oder Aktualisierungstendenz verstanden werden. Die situativ unterschiedliche Bewertung jedoch führt zu Vereinbarungen über Beschränkungen der Machtanwendung! Es wird dabei von einer Selbstorganisation von Macht und Lust ausgegangen, die schädigend für Beteiligte werden kann. Autopoiese und Aktualisierungstendenz garantieren als Organisationsprinzipien und -modelle keinen sozial konstruktiven Ausgang, es bedarf dazu der bewertenden Positionierung. Das ist ein Teil dessen, was gemeint ist, wenn ich vom „Inhumanen in den Modellen der Selbstorganisation“ spreche, von der immanenten Dummheit und Brutalität.

Wer über förderliche Beziehungen spricht, soll auch gleichzeitig über destruktive Potenziale reden. Im psychotherapeutischen Kontext heißt das, Macht, Lust und Gier sowie Missbrauch und Kontrolle zu thematisieren. Im kollegialen Umgang ist dies ebenso erstrebenswert, doch muss auf den entscheidenden Unterschied hingewiesen werden, dass Kollegen und Kolleginnen untereinander keine förderliche Beziehung vereinbaren!

Das Inhumane in der Selbstorganisation sozialer Systeme liegt auch im Rückfall auf eine Beobachterposition erster Ordnung zur Unzeit.

Ich komme hiermit abschließend zur Ebene der Auseinandersetzungen in Konstellationen, die nicht durch Abhängigkeit gekennzeichnet sind.

Vertreter einer der Säulen systemischer Theorie, im speziellen des radikalen Konstruktivismus (Glaserfeld, 1997, S. 337), wissen um die Bedeutung von Bewertungen in der ethischen Frage. „Dass du den anderen die Berechtigung zuschreibst, sich selbst ihre Welt zu konstruieren, die Toleranz also, das hängt doch davon ab, wen du als anderen, als gleichwertigen Konstrukteur betrachtest. Wenn du da Leute findest und sagst: Na ja, das sind eigentlich keine anderen, das sind nicht vollwertige Konstrukteure, oder die konstruieren überhaupt nicht, dann kannst du sie umbringen. (...) Das ist ein Werturteil, und die Werte kann der Konstruktivismus nicht bestimmen.“

Kollegiale Auseinandersetzungen zum hier behandelten Thema haben scheinbar Tradition. Schon in den Siebziger Jahren gab es eine Debatte zwischen Luhmann und Habermas (vgl. Kneer & Nassehi, 2000, S. 45): ob denn Luhmann mit seiner Theorie sozialer Systeme nicht das Bestehende und dessen herrschaftskonformen Fragestellungen untermauere. Luhmann antwortete mit dem

⁸ Für die Systemtheorie befürworten Böse und Schiepek gegen Bateson und andere, Macht- und Herrschaftsverhältnisse anzuerkennen (vgl. Böse & Schiepek, 1994, 108 ff).

Hinweis auf die Unterscheidung in wissenschaftliche und politische Zusammenhänge.

Wer je in Institutionen gearbeitet hat, wird nachvollziehen können, dass nur die Unterscheidung in wissenschaftliche und politische Diskurse in manchen Situationen nicht zulässig und hinreichend ist; es sind auch Entscheidungen gefragt, also Unterscheidungen mit Handlungsrelevanz: das sind Bewertungen konkreter Situationen! Es kommt mitunter darauf an, wie der Wissenschaftler handelt, wenn er oder sie sich in einer politischen Situation wiederfindet. Wenn es beispielsweise um die Verteilung von Geldern oder Verdienstmöglichkeiten geht, ist er oder sie ja immer auch Teil eines Organisationssystems, das von seinen Mitgliedern zur Entwicklung oder Aufrechterhaltung dieser eigenen Gruppe einen politischen Standpunkt einfordert: die Zustimmung oder die Ablehnung zu anstehenden Entscheidungen.

Die Verlockung ist groß, dass sich Mitglieder dieser Gruppe nun in dieser entscheidenden Situation als beobachtende Wissenschaftler gebärden, allenfalls eine Analyse des eigenen Systems versuchen und sich so ihrer politischen Verantwortung entziehen. Es gibt Situationen, so meine Behauptung, in denen der vorgegebene wissenschaftliche Appell an die Berechtigung und Bedeutung verschiedener Sichtweisen zur Farce wird.

Kybernetik zweiter Ordnung wird von mir hier insofern radikal ernst genommen, als der Beobachter nicht nur bescheiden bleiben soll in der Annahme von Objektivität seiner Erkenntnisse, sondern darüber hinaus in je konkreten Situationen Auskunft geben soll über seine getroffenen Bewertungen. In Therapien mag diesbezügliche Zurückhaltung zugunsten der Förderung von Klienten und Klientinnen angebracht sein, in strategischen Prozessen aus anderen Gründen auch. Soll jedoch eine Lösung in Konflikten für alle gleichrangig Beteiligten akzeptabel sein, ist ein Mindestmaß an Selbstäußerung angezeigt.

Als Österreicher, der mit unrühmlicher Geschichte zu leben hat, habe ich Erfahrung genug, dass Werterelativismus zur Unzeit geübt wird: nicht erörtern, nicht benennen, nicht bewerten. Personzentrierte Theorie kann missverstanden werden und zum vorschnellen Verständnis für einen Täter führen, ein ähnliches Missverständnis systemischer Theorie kann vorschnell die Täterschaft als solche in Frage stellen.⁹

Humanwissenschaft findet nicht nur im Labor hinter dem Einwegspiegel statt. Der Wissenschaftler ist Beteiligter geworden, seine Erkenntnisinteressen sind auch sehr subjektiver Art im Sinne des Ansehens, des Einflusses, des Rechtbehaltens. Hinter die Kybernetik zweiter Ordnung, also das Faktum des Involviertseins kann nicht mehr zurück gegangen werden.¹⁰ Was Rogers für die hilfreiche

Beziehung, die Psychotherapie thematisierte, dass nämlich dieses Tun über den scheinbar objektiven Expertenstatus hinausgeht, gilt nun ebenso für Theoretiker und Theoretikerinnen. Eine Reflexionschleife zur Einbeziehung eigener Erfahrung und Beteiligung kann im theoretischen Regelkreis eingefordert werden.

Divergierende Ansichten und Bewertungen sind sehr erwünscht. Ich kritisiere vielmehr die Eleganz des Nichtargumentierens, des Nichtbeantwortens von Fragen, des Nichtstellungnehmens. Persönlicher Unmut hätte hier keinen Platz, wenn nicht der von mir behauptete Rückzug ins Beobachten erster Ordnung genau mit der gegenteiligen theoretischen Begründung erfolgen würde, also mit dem Verweis auf einen Relativismus, seit der Beobachter ins Blickfeld gerückt ist. Dagegen möchte ich argumentieren.

Wer elegant der Frage nach Macht und Herrschaftsvorteilen ausweichen möchte, etikettiert schlau den Herrschaftsstreit als Erkenntnisdiskurs und fordert die Gültigkeit aller Sichtweisen ein! Herrschen ist aber kein Erkenntnisakt und konkurriert nicht um bessere Erkenntnis, sondern um Macht und materielle Ressourcen!

Vielleicht können sie mir folgen: wer sich der Debatte um Unterschiede und der Rekonstruktion von Geschichte verweigert, weil diese ja nicht mehr nachzuvollziehen sei, der schafft mit einem Trick den Blick auf Sachverhalte aus der Welt, und darin geht es tatsächlich um Machtmissbrauch, Verletzung, um faktischen Raub und Mord.¹¹

Luhmann (zit. in Kneer & Nassehi, 2000, S. 109f.) meint, neben der Unterscheidung zwischen System und Umwelt gäbe es auch andere Beschreibungsmöglichkeiten und damit Unterscheidungen, „etwa der von Gut und Böse oder neuerdings von Mann und Frau. Aber wenn man von anderen Unterscheidungen ausgeht, konstruiert man andere Gegenstände, (...) beobachtet man andere Phänomene. Eine unmittelbare Diskussion wird dann sinnlos, und die Frage kann dann nur sein, welche Konstruktion eine höhere Komplexität erreichbar macht.“

Auch so kann man politische Konflikte beschreiben. Gerade aber die Frage, wer letztendlich die Definitionsmacht über „höhere Komplexitäten“ hat, kann nicht ausbleiben. Dass diese Diskussion nicht sinnlos ist und wovon sie getragen sein kann, beantwortet Luhmann an anderer Stelle selbst:

„Ob etwas wahr ist oder nicht, kann ich nicht wissen; aber ob ich dann etwas damit zu tun haben möchte, kann ich unterscheiden.“¹²

9 Ich bin noch auf der Suche nach Hinweisen auf Aussagen Maturanas oder Varelas, beides Chilenen, die sich auf die Diktatur unter Pinochet beziehen; es wäre interessant, ob und welche Bewertungen diesbezüglich vorgenommen wurden.

10 Die Berücksichtigung der Beteiligung der Innenwelt des Betrachters ist übrigens seit Freud eingeführt.

11 Schon bei der Bewertung von erworbenen Eigentumsrechten ist die Sachlage ohnehin schwierig genug; als Beispiel möge die Frage nach Besitzrechten diverser Gemälde von Klimt und Schiele in Österreich und den USA dienen: ohne Rekonstruktion von Geschichte und Bewertung von Umständen kann keine Lösung gefunden werden.

12 Luhmann im TV, dctp vom 6.6.2004, zit. von Baecker.

Die Selbstorganisation kennt keine Gnade, aber der Mensch ist fähig, Mitgefühl zu empfinden, Situationen zu bewerten und so zu kommunizieren.

Zwei Ebenen habe ich versucht zu beschreiben. Auf der einen, zum Beispiel zwischen Therapeuten und Therapeutinnen und Klienten und Klientinnen, besteht ein Machtgefälle durch die Art der eingegangenen Beziehung neben der bestehenden Partnerschaftlichkeit, auf der anderen geht es um den Diskurs über Macht unter Partnern.

Ist Menschen nicht zu trauen? Wann gilt es, sich in Acht zu nehmen? Modelle der Selbstorganisation geben so wenig wie Auto-poiese oder Aktualisierungstendenz an sich eine Antwort auf diese konkreten Fragen. Die Natur ist nicht barmherzig, erst der Mensch wächst über diese „Natur“ hinaus. Selbstorganisationsprozesse nehmen weder „Rücksicht“, noch „vernichten“ sie. Biologische Systeme an sich sind weder gerecht noch friedfertig. In sozialen menschlichen Systemen jeder Art wird Gerechtigkeit wie auch Korruption produziert. Worin unterscheiden sich Entstehungsbedingungen?

Kein Mensch kann die Fülle der Eindrücke aushalten und muss ausblenden, verdrängen, seine komplex erfahrene Welt so reduzieren, dass sie lebbar wird, sich Umwelten schaffen, die ihm Wohlbe-finden ermöglichen. Die existenziell auferlegte Frage ist jedoch wie bereits erwähnt die, wie viele andere er oder sie potenziell in diese für ihn relevante Umwelt mit aufnimmt. Wie sollen wir handeln? Worin liegt Hoffnung? Können wir uns darauf verlassen, dass sich im Vertrauen auf eine wie immer gerichtete Selbstorganisation alles regeln wird? Sowohl in den vermittelnden als auch in den gestalten-den Handlungen könnte gelten, dass die Arbeit an günstigen Umwelten die Wahrscheinlichkeit sozial konstruktiver Entwicklungen erhöht. Das schließt nicht aus, dass wir im Fall einer leidenden Person zu spät kommen, dass einer Organisation nicht zu helfen ist oder wir einem gewaltsamen Konflikt nur mehr ausweichen können.

Günstige Umwelten bedeuten für Menschen auch das Klima von Verstehen und Verständnis. Nicht zuletzt die Gleichheit in der Physiologie unseres biologischen Erkenntnisystems lässt Empathie zu. Auf dem Weg zum Verstehen werden Erklärungsmodelle entwickelt. Diese werden in einem Abgleichungsprozess, eigentlich: einem ständigen Rückfragen, ob denn Begriffe „stimmen“, ko-konstruiert. Es gibt die Basis für Verständnis im Mitgefühl, und es gibt die Basis für Verstehen in einer konsensuellen Findung von Begriffen. Die Behauptung, wir könnten die Welt der anderen nicht erkennen, sondern nur unsere eigene, ist doch manchmal ein recht banaler Kunstgriff und die Legitimation für die Ausblendung wahrnehmbarer Zustände – bei aller Wertschätzung für die Bedeutung operationaler Geschlossenheit für die Erkenntnistheorie.

Meine Werthaltung ist unschwer zu erkennen. Aus der Selbstem-pathie, also aus dem Wissen darum, was ich nicht möchte, folgt mein Eintreten für das Gegenteil und das Eintreten in die Kommunikation „Ethik“. Ich kenne die Folgen von Machtmissbrauch in Beziehungen

ungleicher Partner wie Eltern – Kind oder Therapeut – Klient. Ich erkläre Kinder, Klienten und Klientinnen und Benachteiligte nicht willkürlich zu autonomen Partnern. Ich bewerte derartiges Tun dort als negativ, wo es zur Überforderung beteiligter Personen führen muss. Dabei ist bei der Einschätzung von Benachteiligung eine ständige Diskussion notwendig.

Wie hier bemerkbar, liegen die Grenzen einer versachlichten Beschreibung von Positionierungen an der Schwelle trivialer Ver-allgemeinerungen. Spannender ist allemal der in jeweils konkreten Situationen von daran Beteiligten vorzunehmende Bewertungsprozess. Dieser hat mitunter Konsequenzen in Eingeständnissen von Irrtum, Verfehlung und Versuchen zur Wiedergutmachung. Nicht aufgearbeitete Vergehen und Schmerzen wirken als Gespenst im Modus der Selbstorganisation durch Familien, Organisationen und Gesellschaften.

Gewaltsames Vorgehen beginnt in Organisationen dort, wo Sachverhalte geleugnet werden und jemand sich dadurch unwissentlich oder raffiniert in den vorherrschenden Dienst der Selbstorganisation des Marktes stellt. Zu förderlichen Bedingungen rechne ich daher vermehrt das Vertreten klarer Standpunkte in Momenten politischer Auseinandersetzung, um kommunizieren, d.h. in diesem Fall auch gegeneinander argumentieren zu können. Einen Standpunkt auch zu vertreten und sich nicht in die Beobachterposition zu „schleichen“ kann ein möglicher Beitrag im Regelkreis einer Vielzahl von Selbstorganisationsprozessen ist. Dazu gehört auch die ständige Verhandlung über ausreichende Ressourcen und vertretbare Unterschiede.

Das Private ist noch immer politisch und das Persönliche das Allgemeine, insofern kann an Vertreter und Vertreterinnen von Praxis und Theorie im Bereich der Psychotherapie der Anspruch an Selbstreflexion bezüglich des eigenen „Haushalts“ von Macht und Lust gestellt werden.

Die Fähigkeit, verantwortlich handeln zu können, ist eine Annahme im Rang eines Axioms. Rogers (1969) ist von dieser Annahme ausgegangen und hat Engagement befürwortet, auch im Bewusstsein, damit dem Paradoxon von Autonomie und Fremdbestimmung (in Selbstorganisationsprozessen) nicht zu entkommen.

Literatur

- Böse, R. & Schiepek, G. (1994). *Systemische Theorie und Therapie*. Heidelberg: Asanger.
- Capra, F. (1999). *Lebensnetz*. München: Knauer.
- Foerster, H. v. (1993a). *Wissen und Gewissen*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Foerster, H. v. (1993b). *KybernEthik*. Berlin: Merve.
- Glaserfeld, E. v. (1997). *Radikaler Konstruktivismus*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Hutterer, R. (1992). Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierung. In R. Stipsits & R. Hutterer. *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie* (S. 146–171). Wien: WUV.
- Maturana, H.R. & Varela, F.J. (1987). *Der Baum der Erkenntnis*. Bern: Scherz.
- Kneer, G. & Nassehi, A. (2000). *Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*. München: Fink.
- Kraßnitzer, F. (1997). *Die Aktualisierungstendenz ist ein Axiom*. Ausbildungsarbeit IPS/APG: Wien.
- Kriz, Jürgen (1999). *Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner*. Wien: Facultas.
- Rogers, C. R. (1959a/1987). A theory of therapy, personality and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (ed.), *Psychology. A study of science*, Vol. III (pp. 158–256). New York: McGraw Hill. Dt.: *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GWG.
- Rogers, C. R. (1969a/1974). *Freedom to learn: A view of what education might become*. Columbus: Charles Merrill; Dt.: *Lernen in Freiheit. Zur Bildungsreform in Schule und Universität*. München: Kösel.
- Rogers, C. R. (1977b). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/Main: Fischer.
- Rogers, C. R. (1980a/1997). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin. Dt.: *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schmid, P. F. (1999). Personzentrierte Psychotherapie. In T. Slunecko & G. Sonneck (Hrsg.). *Einführung in die Psychotherapie*. Wien: Facultas.
- Stumm, G., Wiltschko J. & Keil W. N. (2003). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Autor

Walter Kabelka, Mag.phil., Psychotherapeut, Supervisor und Berater in freier Praxis, Wien.

Langjähriger ehem. Ausbilder für Psychotherapie (IPS/APG); Lehrtherapeut; Berater und Lehrtätigkeit in den Bereichen Ethik und Methodenvergleich im Psychotherapeutischen Propädeutikum.

Korrespondenzadresse

Mag. Walter Kabelka

Guglgasse 8/4/111

A- 1110 Wien

E-Mail: walter.kabelka@aon.at

Dennis Danner

Wenn das klientenzentrierte Beziehungsangebot am Ende ist: Die Helfer-Klient-Kollusion als Ressource¹

Zusammenfassung: Der Klientenzentrierte Ansatz zielt auf die Förderung der Selbstexploration mittels eines spezifischen, humanistisch geprägten Beziehungsangebots, damit Klienten ihre Inkongruenzen bewältigen können. Dieses Beziehungsangebot ist für die Identität der Personzentrierung unverzichtbar. Und doch zeigt unsere alltägliche Erfahrung: wir können so grundsätzlich an Klienten scheitern, dass wir es nicht mehr verwirklichen können.

Wie kann sich die Klientenzentrierung angesichts dieser Grenze als eigenständiges Verfahren weiterentwickeln, um Klienten und professionellen Helfern gerecht zu werden und damit konkurrenzfähig zu bleiben?

Der vorliegende Artikel schlägt eine Lösung vor, wie das Potential der Personzentrierung gerade an dieser Grenze entfaltet werden kann: das Beachten des gemeinsamen Scheiterns öffnet den Weg zum not-wendigen Wachstumsprozess. Denn in der kollusiven Verstrickung können wir den Zugang zu den beiderseitigen, unbewältigten Verletzungen entdecken.

Schlüsselwörter: Klientenzentriertes Beziehungsangebot, therapeutisches Scheitern, Traumapsychologie, Kollusion, Supervision.

Abstract: At the end of the client-centred relationship: The helper-client collusion as a resource. The Client-Centred Approach is directed to support the self-exploration of clients by a specific, humanistic offer of relationship, that they become able to overcome their incongruity. This offer of relationship founds the identity of the Person-Centred Approach. But our daily experience shows: we can fail on principle, then we cannot keep up this specific relationship.

How can we develop the client-centered approach as an original method in view of this limit, in order to deal with the demands of the clients and the professional helpers and to be able to compete?

This article presents a solution to expand the power of the person-centered approach even facing this limit: considering the common failure opens the necessary growth process. Within the collusion we can discover the access to the unsolved traumas on both sides.

Keywords: Client-centred relationship, therapeutic failure, trauma psychology, therapeutic collusion, supervision

Scheitern ist nicht gern gesehen. Wenn wir an eine Grenze stoßen, die uns unüberwindlich erscheint, und für uns keine Aussicht mehr besteht, überhaupt noch einen Weg zu finden – dann ist dies eine Erfahrung, die uns zwar innerlich verfolgt, die wir aber möglichst aus unserem Leben verbannen wollen.

„Es gibt jede Menge populärer Sachbücher über den Weg zum Erfolg, aber kaum eines zum Umgang mit dem Scheitern“ (Sennett, 1998, S. 159). „Die Tabus, die das Scheitern umgeben, bedeuten, daß es oft eine tief verwirrende, schlecht definierte Erfahrung darstellt“ (Sennett, 1998, S.180).

Dennoch ist das unbeliebte Scheitern eine Erfahrung, die Beratern oder Therapeuten² täglich begegnet, wenn sie sich der Aufgabe stellen, die ihnen durch die Klienten vorgegeben ist.

Carl Rogers hat bei der Begründung der Klientenzentrierung (1942a/1972) als zentrale Anforderung an psychosoziale Helfer herausgestellt:

Klienten sind in ihrer Selbstexploration so zu fördern, dass sie verantwortlich und auf besser integrierte Weise selbsttätig ihre Probleme lösen können.

- Klientenzentrierung ist Hilfe zur Selbstorganisation durch Selbstverstehen.

Dreh- und Angelpunkt der therapeutischen Beziehung bildet nicht das Problem, sondern die Entwicklung der Klienten zu wachsender *Kongruenz* im Sinne der Integration ihrer Erfahrung.

¹ Überarbeiteter Vortrag, gehalten auf dem Symposium „Selbst Organisation“ in Salzburg, 17.-19.09.2004.

² Mit dem Gebrauch der Worte wie z. B. „Berater“, „Therapeut“, „Klient“ sind – wie auch mit „Person“ – Menschen beiderlei Geschlechts gemeint.

Dadurch sollen sie befähigt werden, ihr Leben besser organisiert zu bewältigen.

Als weiteres grundlegendes Merkmal betont Rogers (1942a/1972), dass die therapeutische Beziehung in sich eine Erfahrung des Wachsens darstellt. In der klientenzentrierten Therapie soll nicht nur für das Leben gelernt werden, sondern der therapeutische Kontakt *selbst* ist als ein Ort der Entwicklungserfahrung zu begreifen.

Dieses Ideal – *Förderung der Integrationsfähigkeit der Klienten durch personale Begegnung* – ist für die Identität des klientenzentrierten Ansatzes unverzichtbar!

Die zutiefst humanistische Orientierung des rogerianischen Ansatzes hat zu seiner weiten Verbreitung beigetragen. Er hat darüber hinaus Eingang gefunden in die Prinzipien der Beziehungsgestaltung der anderen Therapieschulen (leider wird häufig gar nicht mehr erwähnt, dass die Grundsätze eigentlich auf Rogers zurückgehen).

Die Klientenzentrierung als Verfahren entwickelte sich entlang der Forschungsfrage: wie muss die therapeutische Beziehung entsprechend dem rogerianischen Ideal gestaltet werden? (Groddeck, 2002)

Auf diese Weise wurde das *Beziehungsangebot* der Klientenzentrierung konzipiert: Empathie, Wertschätzung und Kongruenz des Therapeuten als grundlegende Bedingungen der therapeutischen Beziehung (Rogers, 1957a; Biermann-Ratjen et.al., 1979).

Das Scheitern im klientenzentrierten Beziehungsangebot

Wenn wir das Ideal von Rogers verwirklichen wollen, dann werden wir mit einer ernüchternden Erfahrung konfrontiert: Klienten können in ihrer Fähigkeit zur Selbstexploration und Selbstentwicklung so grundlegend zerstört sein, dass sie unserem Bemühen unüberwindlich erscheinende Widerstände entgegensetzen.

Dieses Phänomen finden wir in allen Bereichen psychosozialen Handelns. Sehen wir uns zwei Beispiele aus der alltäglichen Praxis an:

- Ein Psychotherapeut sieht sich einem Klienten gegenüber, der ihn als Helfer regelrecht „tot-redet“. Er lässt ihn kaum zu Wort kommen und mit scharfem Verstand lässt er augenblicklich jegliche Verstehensversuche des Therapeuten kalt abblitzen. Der Therapeut überlässt notgedrungen dem Klienten die Führung des Geschehens. Der Therapeut gerät zunehmend in eine Lähmung, so dass er kaum noch wahrnimmt, dass der therapeutische Prozess stagniert und er sich selbst aufgegeben hat.
- Erzieher in einer Wohngruppe für Kinder und Jugendliche sind mit einem schwer traumatisierten Jungen konfrontiert, der als hoch aggressiv, unbeschulbar und in Gruppen nahezu unhaltbar gilt. Die

Erzieher kommen, wenn sie den Jungen erreichen wollen, in gnadenloser Weise an die Grenze, dass sie den Jungen in seiner Härte und Kälte als übermächtig erleben. Sie sind ohnmächtig darin, dem Jungen erzieherisch zu begegnen und die anderen Kinder in der Gruppe zu schützen – sie haben nur noch den Impuls, den Jungen möglichst schnell loszuwerden.

Den Erfahrungen in den verschiedenen Bereichen des psychosozialen Feldes ist gemeinsam, dass Helfer auf grundsätzliche Hindernisse stoßen: sie werden von den Klienten vor unlösbare Probleme gestellt, und sie werden darin entmutigt, überhaupt noch nach irgendeiner Lösung zu suchen.

Es gibt glücklicherweise vielfältige Literatur über den Umgang mit Grenzen im therapeutischen Prozess. Um Beispiele zu nennen: Swidens (1997) gibt den wertvollen Hinweis, dass bei traumatisch bedingtem Vermeidungsverhalten erlebensaktivierende Interventionen nicht angebracht sind sondern statt dessen strategische Entscheidungen zu fällen sind, die dem Selbstschutz des Klienten dienen. Oder Sachse (1999) behandelt ausführlich das Problem, wie in schwierigen therapeutischen Situationen eine hilfreiche Beziehung aufrecht erhalten werden kann.

Aber: wie die oben genannten Beispiele zeigen, stoßen wir als professionelle Helfer im Alltag immer wieder auf Grenzen, bei denen uns das ganze strategische Behandlungswissen nicht mehr weiterhilft. Denn wir sind nicht mehr in der Lage, es umzusetzen. Wir haben als Helfer in der Begegnung unsere Kongruenz und damit unsere Suchfähigkeit so grundlegend verloren, dass wir überhaupt keinen Ansatzpunkt mehr für eine Lösung finden. Dann bleiben zumeist nur noch die Möglichkeiten kompensatorischer Lösungen, d. h. wir sind versucht, als Ausweg die klientenzentrierte Haltung zu verlassen.

Angesichts der Grenze, dass eine hilfreiche Beziehung nicht mehr zu entfalten ist, setzt meine *Fragestellung* an:

- Wie lässt sich der klientenzentrierte Ansatz als eigenständiges Verfahren so weiterentwickeln, dass professionelle Helfer in der Supervision effektiver unterstützt werden können?

Um dieser Grenze personenzentriert gerecht zu werden, erscheint es mir sinnvoll,

- das Konzept der Inkongruenz anhand der Erkenntnisse der Dissoziationspsychologie zu vertiefen (Hartmann, 2004) und
- die Inkongruenz des Behandlers im Zusammenspiel mit dem Klienten zu untersuchen.

Meine Überlegungen dazu gehen zurück auf eine Arbeits- und Forschungsgruppe im Rahmen der GAP. Die GAP ist eine Gesellschaft, die klientenzentriert ausgerichtete Ausbildungsinstitute und Psychologische Beratungsstellen trägt. Das Konzept der Einrichtungen integriert die Erkenntnisse der Traumaforschung (Fischer &

Riedesser, 1999), insbesondere der Dissoziationspsychologie (Fiedler, 2001) in den klientenzentrierten Ansatz, um für therapeutische Grenzen neue Wege zu öffnen (Hartmann, 2004).

Exkurs zum Traumabegriff

Die Dissoziationspsychologie (Fiedler, 2001) breitet ein Kontinuum von dissoziativen Zuständen aus, das sich von eher harmlosen Dissoziationen (z. B. Versacken vor dem Fernseher) über mittelgradige Zustände, die Leiden verursachen, bis hin zu traumatischen Dissoziationen spannt, die durch zerrüttetes Erleben gekennzeichnet sind.

Um den Begriff Trauma nicht inflationär zu gebrauchen, sollte er auf solche Verletzungen beschränkt bleiben, die mit einem chronischen Verlust der Selbstorganisation einhergehen.

Ein Trauma entsteht, wenn eine Person in einer existentiell bedeutsamen Situation durch eine unfassbare Verletzung überwältigt wird (Fischer & Riedesser, 1999).

Das bedeutet: welche Verletzung traumatisierend wirkt, ist individuell sehr verschieden.

Dies kann eine akute Notlage durch ein katastrophentypisches Ereignis sein, das fast jeden Menschen traumatisieren könnte (Folter, Misshandlung, Vergewaltigung, Unfall usw.), oder durch eine weniger spektakuläre Verletzung (Verlust, Krankheit, Scheitern usw.). Dies kann aber auch eine anhaltende Notlage sein, die die Integrität einer Person durch zermürbende Belastungen zusammenbrechen lässt – dazu zählen kumulatives Trauma und Beziehungstrauma (Milieuschädigung durch Verwahrlosung oder Bindungsfrustration, chronische double-binds, Mobbing usw.). Diese schleichenden Notlagen können gerade deshalb so zerstörerisch sein, weil sie nicht richtig greifbar sind. (Fischer & Riedesser, 1999)

Notlagen werden zumeist erst dann zu Traumatisierungen, wenn sie auf der Grundlage entwertender sozialer Beziehungen geschehen, d. h. insbesondere in der Kindheit wirkt der Umgang der Bindungspersonen mit der Notlage des Betroffenen als maßgeblich traumatisierende Größe (Heinerth, 2004).

Hartmann (2004) arbeitet heraus, dass sich die Selbstexploration nicht mehr fördern lässt, wenn ein Klient an eine Traumagrenze stößt. Daraus folgt, dass der klientenzentrierte Therapeut über Strategien verfügen muss, um die zusammengebrochene (traumatisierte) Selbstexploration des Klienten wieder reorganisieren zu können.

Ein Behandler kann aber auch dann einen Klienten nicht mehr in seinem Selbstentwicklungsprozess fördern, wenn er durch die Begegnung mit dem Trauma des Klienten mit einem eigenen Trauma konfrontiert wird. Dann verliert auch er seine Integrationsfähigkeit.

- Die therapeutische Effektivität lässt sich in diesem Fall nicht mehr aktivieren, da der Behandler in seinem Beziehungsangebot zusammengebrochen ist.

Der konstruktive Umgang mit diesen Grenzen ist elementar für Helferberufe, insbesondere dann, wenn wir unsere Freude und Lebendigkeit in der Arbeit bewahren wollen!

Je weniger Helfer eine personenzentrierte Kultur an diesen Grenzen entwickelt haben, desto größer ist die Gefahr, dass sie nun selbst die Probleme des Klienten lösen wollen, um ihrem Scheitern zu entkommen.

Sie verausgaben sich dabei, resignieren schließlich in ihrem ursprünglichen Engagement oder beschränken sich darauf, ihre Klienten zu verwalten – dieses weitverbreitete Phänomen in Helferberufen wird gefasst unter dem Stichwort „burn-out“ (Fengler, 1996). Der vorliegende Artikel möchte eine Lösung für die angeführte Fragestellung vorschlagen.

1. Das Scheitern im therapeutischen Prozess ist ein *kollusives* Geschehen, d. h. es gibt ein Zusammenspiel, welches das gemeinsame Scheitern hervorbringt.
2. In diesem – häufig tabuisierten – Scheitern lassen sich unbeachtete *Ressourcen* entdecken: wenn Helfer sich ihrem Scheitern stellen, eröffnet die kollusive Verstrickung von Helfer und Klient einen Zugang zu den beiderseitigen unbewältigten Traumatisierungen.
3. Dadurch kann das klientenzentrierte Beziehungsangebot auf einer neuen Stufe wieder hergestellt werden.

Dazu werde ich knapp zusammengefasst die Beziehungstheorie von Rogers und das Kollusions-Konzept von Willi darstellen. Im Rahmen einer Integration des Konzepts der Kollusion möchte ich ein vertieftes Verständnis des Scheiterns in der therapeutischen Beziehung sowie Folgerungen für Verfahren zur Supervision vorstellen.

Die Beziehungstheorie von Rogers

Der personenzentrierte Ansatz beschreibt, welche Voraussetzungen eine entwicklungsfördernde Beziehung erfüllen muss. Das *Beziehungsangebot* in der klientenzentrierten Therapie wird von Rogers wie folgt zusammengefasst:

- „1. Zwei Personen befinden sich in *Kontakt*.
2. Die erste Person, die wir Klient nennen, befindet sich in einem Zustand der *Inkongruenz*; sie ist *verletzlich* oder *voller Angst*.
3. Die zweite Person, die wir den Therapeuten nennen, ist *kongruent* in der *Beziehung*.
4. Der Therapeut *empfindet bedingungslose positive Beachtung* gegenüber dem Klienten.

5. Der Therapeut *erfährt empathisch* den *inneren Bezugsrahmen* des Klienten.
6. Der Klient *nimmt* zumindest in geringem Ausmaße die Bedingungen 4 und 5 *wahr*, nämlich die *bedingungslose positive Beachtung* des Therapeuten ihm gegenüber und das *emphatische Verstehen* des Therapeuten.“ (Rogers, 1959a/1987, S.40)

Ausgehend von der *Inkongruenz* des Klienten zielt die personenzentrierte Begegnung darauf, dem Klienten einen Prozess der wachsenden Integration seiner Erfahrung zu ermöglichen.

Vom Klienten wiederum hängt es ab, ob er das Beziehungsangebot des Therapeuten überhaupt annimmt. Insofern ist die therapeutische Beziehung durch den Klienten ständig in Frage gestellt. Die treibende Kraft im therapeutischen Prozess liegt in der Fähigkeit des Behandlers, das Beziehungsangebot auch gegenüber Anfechtungen des Klienten flexibel zu vertreten und dabei immer wieder neu um seine Kongruenz zu ringen (Biermann-Ratjen et.al., 1979).

Überfordern die Angriffe des Klienten den Helfer, d. h. misslingt sein Angebot und wehrt er sein Scheitern und die damit verbundenen Gefühle ab, so gerät auch er in Inkongruenz. Dann wird der Therapeut darin gehindert, seine Gefühle zu einem erweiterten Verständnis des Klienten zu nutzen und sich der Entwicklung des Klienten zuzuwenden.

Wenn auf beiden Seiten Inkongruenz vorliegt, dann entsteht eine *gestörte Beziehung* (Rogers, 1959a/1987). In der Kommunikation erscheinen dann *Diskrepanzen* zwischen dem Erleben und dem Ausdruck des Erlebens (z. B. kommt es zu dem Widerspruch, dass die Personen eigentlich Ablehnung empfinden, aber Zugewandtheit vermitteln wollen). Die Personen nehmen die Widersprüche der jeweils anderen Person wahr und tendieren dazu, selbst auch widersprüchlich zu reagieren. Beide erleben die Widersprüche als bedrohlich. Sie erleben zunehmend einen Mangel an positiver Beachtung und Verständnis.

Die Partner in einer gestörten Beziehung treiben sich gegenseitig immer tiefer in *Abwehrhaltungen* hinein und werden dadurch in ihrer Wahrnehmung und ihrem Verständnis sowohl für sich selbst als auch für den anderen fortschreitend eingeengt.

Das Scheitern in der therapeutischen Beziehung lässt sich mithilfe des Konzepts der Kollusion als gemeinsamer Prozess genauer fassen.

Das Kollusions-Konzept von Willi

J. Willi stammt ursprünglich aus der psychoanalytischen Tradition und hat sich in den letzten Jahren systemischen Sichtweisen zugewandt.

Es ist sein Verdienst, dass er das Zusammenspiel von Abwehrhaltungen im Begriff der Kollusion (lat. „colludere“ = zusammenspielen) konzeptualisiert hat (Willi, 1975).

Kollusion wird definiert als ein (geheimes) Zusammenspiel von Partnern, das der gemeinsamen Vermeidung unbewältigter seelischer Verletzungen dient.

Ein Beispiel für eine Kollusion:

Nehmen wir eine Frau, die sich in ihrer Kindheit vernachlässigt gefühlt hat. Für diese unverarbeitete Erfahrung findet sie die Notlösung, dass sie in einer Beziehung nur nehmen will. Sie trifft auf einen Mann, der als Muttersöhnchen verspottet worden ist. Er möchte auf jeden Fall vermeiden, wieder in eine Abhängigkeit zu geraten. Er glaubt sich dann sicher in einer Beziehung, wenn er nur der Gebende ist. So ergänzen sich die Partner im Zusammenspiel. Scheinbar können sie das Leben bestehen, ohne ihre vermiedenen Seiten zu entwickeln. In der Kollusion gestatten sich die Partner gegenseitig, das zu vermeiden, was sie nicht können: der eine das Geben, der andere das Nehmen.

Das Konzept von Willi integriert das psychoanalytische *Abwehr*-konzept sowie das systemische Prinzip der *Zirkularität* (= Interaktionen bedingen sich wechselseitig). Die Grundlinien des Kollusions-Konzepts lassen sich wie folgt zusammenfassen.

- Beziehungen, so erwünscht sie sein mögen, lösen immer auch bestimmte Ängste aus (z. B. Angst vor Nähe, Angst vor Verpflichtung oder Angst vor Verlassen-werden). Diese stammen von unbewältigten Verletzungen aus früheren Beziehungen, zumeist aus der Kindheit.
- In der Kollusion gestatten sich die Partner gegenseitig die Vermeidung dieser Ängste.

Es findet eine Abwehr zu zweit statt.

- Dieser Lösungsversuch führt zunächst zu einer Entlastung, entwickelt sich langfristig aber zum *zentralen Konfliktpunkt* in der Beziehung, weil die Entwicklung der Partner verhindert wird.
- Wenn die Partner mit ihrem Unvermögen konfrontiert werden, flüchten sie sich in gegenseitige *Vorwürfe*. Die eigenen ungelösten Probleme und die Mängel in der Beziehung werden dem Partner angelastet: („Ich bin nur so, weil du so bist!“).
- So kommt es zur Krise in der Kollusion in Form eines *Machtkampfs*, der die Polarisierung verschärft. Dies führt zu einem hohen Leidensdruck, denn die Beziehung hält trotz aller Bemühungen der Beteiligten nicht das, was sie ursprünglich versprochen hat.
- Die gemeinsame Vermeidung schlägt um in einen *unlösbaren* Konflikt, der schließlich alle Bereiche der Beziehung durchdringt.

Aus dieser Konzeption leitet Willi die These ab:

Immer dann, wenn ein unlösbarer Beziehungskonflikt besteht, liegt eine Kollusion vor!

Willi verwendet das Konzept der Kollusion zur Analyse von Paarkonflikten. Er betrachtet jedoch Kollusion als ein universales soziales Phänomen, insbesondere betont er, dass sich Kollusionen auch in der Therapeut-Klient-Beziehung bilden (1975).

Schmidbauer (1977) hat in seiner Abhandlung über das „Helfersyndrom“ das Konzept auf die Therapeut-Klient-Beziehung angewandt. Er beschreibt die Entwicklung eines verhängnisvollen Zusammenspiels: der Helfer stabilisiert sich, indem er die Abhängigkeit des „Schützlings“ festigt; der Klient kultiviert eine Ja-aber-Haltung (er nimmt die Angebote nur scheinbar an), um seinen Versorgungsanspruch und die Vermeidung von Eigenverantwortung aufrecht zu erhalten. Das gegenseitige Ausnutzen endet in einem destruktiv geführten Konflikt: der Klient beweist die Unzulänglichkeit des Helfers und der Helfer, angewiesen auf Bestätigung, versucht den Erfolg zu erzwingen.

Im Weiteren soll das gemeinsame Scheitern in Helferbeziehungen eingehender untersucht werden, indem die traumapsychologischen Erkenntnisse zur Inkongruenz mit dem Kollusionskonzept verknüpft werden.

Kollusion und traumatisch bedingte Inkongruenz: Thesen zur Helfer-Klient-Beziehung

Als Ausgangspunkt für die Untersuchung übernehme ich zunächst die grundlegende These von Willi.

1. Wenn sich in einer therapeutischen Beziehung eine unüberwindliche Grenze bei der Förderung der Selbstentwicklung des Klienten zeigt, dann liegt eine Kollusion vor.

Ich möchte zunächst der Frage nachgehen, wie es zu einer kollusiven Verstrickung kommt.

2. Grundlage für die Neigung zur Kollusionsbildung ist das Vermeiden von Dissoziationen und dem damit verbundenen Scheitern.

Wie wir aus der Traumaforschung wissen (Fiedler, 2001; Hartmann, 2004), wehren Betroffene unbewältigbare Belastungen durch Dissoziation ab. Bestimmte Erlebensinhalte werden abgespalten, das Erleben selbst wird zerrüttet. Dadurch verliert die Person bestimmte Formen der sozialen Teilhabe, d. h. sie scheitert dann in den entsprechenden Lebensfragen (siehe das Beispiel zur Kollusion Geben–Nehmen).

Wenn die betroffene Person ihre Dissoziation und das damit verbundene Scheitern vermeidet, neigt sie zu der Strategie, diese Lücke in ihrem Leben durch Kollusionsbildung zu kompensieren. Sie sucht sich eine soziale Nische, in der sie glaubt, auch ohne die abgespaltene Seite bestehen zu können.

3. Eine Kollusion in einer therapeutischen Beziehung entsteht, wenn die Personen gegenseitig darauf drängen, von ihrem Scheitern im therapeutischen Prozess verschont zu werden.

Der Klient bringt seine Not mit dem Scheitern an ungelösten Lebensfragen zum Helfer. Er möchte seine Not abwenden, ohne aber mit seinem Scheitern konfrontiert zu werden. Er misstraut aufgrund seiner Lebenserfahrung der Bereitschaft und Fähigkeit des Therapeuten, auf seine Not wirklich einzugehen. Diese inneren Widersprüche führen den Klienten dazu, dass er widersprüchliche Botschaften aussendet gemäß dem Motto „wasch mir den Pelz, aber mach mich nicht naß“.

Die *unausgesprochene* Botschaft des Klienten könnte man so ausdrücken:

„Ich bin am Ende, weiß gar nicht, wo ich überhaupt noch suchen könnte. Dass ich nicht weiter weiß, ist für mich ein unfassbares Versagen, das ich niemals zeigen werde. Diese, meine Aussichtslosigkeit nehme ich nicht an, sondern ich betäube mich durch Flucht in Arbeit, Suchtmittel, Gleichgültigkeit, Rache usw. Da ich mein Scheitern nicht ertrage, werde ich dir die Schuld dafür zuschieben. Ich kann gar nicht glauben, dass du mir in irgendeiner Weise dabei helfen könntest, aus dieser ausweglosen Notlage herauszukommen.“

Diese widersprüchliche Kommunikation des Klienten überwältigt den Helfer. Dieser gerät seinerseits in eine aussichtslose Lage, da er herausgefordert wird, gleichzeitig aber lahmgelegt ist, bevor er überhaupt den ersten Schritt getan hat.

Wenn er die Ambivalenz des Klienten nicht bewältigen kann, so wird er anfällig dafür, von den Paradoxien des Klienten matt gesetzt zu werden. Der Punkt, an dem der Therapeut an das Ende seiner Verarbeitungsfähigkeit gerät, wird erreicht, wenn er sein Scheitern ebenfalls als *Versagen* ansieht. Ganz in die Enge getrieben wird der Therapeut schließlich, wenn diese Scheiternserfahrung eine *emotionale Ähnlichkeit* mit früher erlittenen Verletzungen aufweist. Die Gefahr, erneut der geflohenen Verletzung ausgesetzt zu sein, muß abgewendet werden. Dies geschieht durch das Mittel der Schuldigungsuche. Sein unfassbares Scheitern verleitet auch ihn, paradox und anschuldigend zu kommunizieren. Er versucht, sich dadurch zu retten, dass er den Klienten für sich passend machen will nach dem Motto „du Klient machst die Therapie unmöglich, weil Du dich sowieso nicht entwickeln willst“.

Die *unausgesprochene* Botschaft des Helfers lässt sich so formulieren:

„Ich als Helfer bin dir gegenüber ohnmächtig. Ich müßte doch eigentlich wissen, wie der heilsame Prozess geht. Ich müßte wissen, wie ich dich dazu bringen kann, dass du dich deinem Problem stellst. Stattdessen fühle ich mich in einer furchtbaren Weise klein und hilflos. Ich weiß nicht im geringsten, wie ich mich wandeln kann, um dir als Klienten begegnen zu können. Da ich das nicht aushalte, gebe ich dir die Schuld für meine Misere.“

Durch diese widersprüchliche Kommunikation des Helfers sieht sich der Klient in seiner Erwartungshaltung bestätigt, dass der Zuwendung der anderen nicht zu trauen ist.

4. Helfer und Klient wehren das gemeinsame Scheitern ab, indem sie sich in einem Machtkampf gegenseitig mit versteckten Anschuldigungen überwältigen.

Die Einigkeit von Therapeut und Klient, das Scheitern zu umgehen, lässt sie die gemeinsame Aufgabe verfehlen. Wenn sie dafür nicht die Verantwortung übernehmen wollen, dann drängen sie darauf, den Anderen für die eigenen Vorstellungen passend zu machen. Der Behandler versucht, den therapeutischen Erfolg gegen den Widerstand des Klienten zu erzwingen, indem er eigene Problemlösungen überstülpt. Oder er rettet sich, indem er innerlich aussteigt.

Der Klient fühlt sich zu Recht in seiner Notlage nicht verstanden. Er bewahrt seine Macht, indem er der Behandlung Widerstand entgegensetzt. Auch wenn er vordergründig den Therapeuten zum Experten erklärt, so sitzt er doch letztlich hinsichtlich seiner Verweigerung am längeren Hebel.

Dieser Machtkampf sichert zwar die Vermeidung des eigenen Scheiterns, er führt aber geradewegs in die *Unlösbarkeit* des Konflikts.

5. In der Kollusion verstricken sich die Aussichtslosigkeiten von Helfer und Klient, die vom Gegenüber erlittenen Verletzungen zu bewältigen.

Im unlösbaren Konflikt schreiben sich die Beteiligten gegenseitig die Schuld für ihr Unvermögen in der Beziehung zu. Helfer und Klient bringen sich auf diese Weise gegenseitig an den Punkt, an dem sie sich in ihrem Leben aussichtslos erleben. Durch die Kollusion in der Helferbeziehung werden unbewältigte Verletzungen wieder wachgerufen, die beide schon mitbringen, aber auch die dagegen entwickelten Abwehrformen. Indem sie sich durch ihre kompensatorischen Lösungsversuche behaupten wollen, bringen sie sich gegenseitig ans Ende.

6. Die Grenze des unlösbaren Konflikts kann überschritten werden, wenn in der Analyse der Kollusion die Notsituationen verstehbar werden.

Anders als Partner in Paarbeziehungen sind professionelle Helfer, wenn sie in der Supervision darauf angesprochen werden, viel eher zu einer Umkehr in dem Machtkampf bereit.

Wenn der Therapeut die kollusive Verstrickung mit dem Klienten beachtet, dann kann er eine erstaunliche Entdeckung machen. Denn in dem unüberwindlich erscheinenden Gegensatz des Machtkampfs zeigt sich eine verborgene Übereinstimmung:

- Beide befinden sich in der Notlage, ihre Werte in eine Beziehung einbringen zu wollen, in der sie vom anderen *nicht* zugelassen sind.
- Beide wollen sich dadurch retten, indem sie den anderen *übersteigen* wollen und sich dadurch gegenseitig in dissoziative Zustände treiben.

- Beide bestehen in einer absoluten Weise darauf, dass sie beim anderen Resonanz finden wollen angesichts einer Situation, in der sie völlige Entwertung erfahren.

In der Kollusion wiederholen sich für beide früher erlebte Verletzungen! Sie reagieren mit ihren „bewährten“ (destruktiven) Mustern, um ihr Streben nach positiver Beachtung (Rogers, 1959a/1987) zu verteidigen.

Und genau diese Abwehrformen treffen das Gegenüber in seiner unbewältigten Verletzung!

Wird der Behandler bereit, sich seiner Notlage zu stellen, dann kann er aufarbeiten, welche eigene Verletzung ihn daran hindert, den Klienten im Annehmen seiner Not zu fördern. Aufgrund des Entsprechungsverhältnisses der Traumata werden in der Untersuchung der Kollusion gleichermaßen die Traumatisierungen und die kompensatorischen Muster, mit denen der Klient abwehrt, zugänglich und verstehbar (Hartmann & Witte, 2002).

Wie die Kollusion in der beschriebenen Weise als Ressource genutzt werden kann, soll das folgende *Beispiel* illustrieren.

Fallbeispiel

Eine Therapeutin glaubt, sich mit den therapeutischen Fortschritten einer Klientin wohl zu fühlen. Als sie sich aber genauer besinnt, merkt sie, dass sie die Klientin äußerst vorsichtig behandelt. Sie beginnt, sich einzugestehen, wie sie eine Auseinandersetzung vermeidet. Bei der Beachtung der Grenze im therapeutischen Prozess entdeckt sie, dass die Klientin sich nur scheinbar auf die Beziehung zu ihr einlässt. Tatsächlich nimmt die Klientin nichts an. Sie lässt die Therapeutin links liegen und erklärt selbst scharfsinnig ihre Probleme. Die Therapeutin bemerkt, wie sie sich der Klientin unterordnet, darauf verzichtet, ihre Fähigkeiten einzubringen.

Die Therapeutin stellt sich ihrer Selbstaufgabe. Sie besinnt sich darauf, in welcher Weise sie sich vereinnahmen lässt. Durch die Bearbeitung ihrer Dissoziation wird sie sich ihrer zugrundeliegenden Verletzung bewusst. Als Kind war sie dazu verurteilt gewesen, bei ihrem Vater auf dem Schoß demütig zuzuhören. Während sie ihm doch nahe schien, erlebte sie ihn letztlich als unerreichbar. Durch das emotionale Durchdringen dieser Erfahrung kann die Therapeutin sich aus der Unterordnung befreien. Dies führt zu einer Auflösung der Kollusion.

Durch diese Schritte erhält sie Zugang zur Not der Klientin: diese war in einem Klima der Beziehungslosigkeit aufgewachsen; als Schutz vor der erlebten Kälte, versuchte sie, andere zu dominieren. Bei der Therapeutin wiederholte sich nun die unverarbeitete Erfahrung der Klientin, denn diese war ja als Gegenüber in der Therapie verschwunden. Die Therapeutin übernimmt nun wieder ihre Verantwortung. Da sich die Klientin nicht mehr im Stich gelassen fühlt, hört sie mit ihrem Machtkampf auf.

Wie das Beispiel unterstreicht, bietet die Integration des Kollusions-Konzepts in die Klientenzentrierung eine Zugangsmöglichkeit für das Festsitzen in therapeutischen Prozessen. Es ermöglicht ein Verstehen, wie das Scheitern gemeinsam hervorgebracht wird und eröffnet die Umkehr der Kollusion in ein entwicklungsförderndes Zusammenspiel.

Traumatisch bedingte Inkongruenzen werden zugänglich. Kompensatorische Abwehrformen können so aufgearbeitet werden, dass konstruktive Bewältigungsmöglichkeiten daraus erwachsen (Danner, 2005).

Folgerungen für ein personenzentriertes Supervisions-Konzept

„Die klientenzentrierte Orientierung ist eine sich ständig weiterentwickelnde Form der zwischen-menschlichen Beziehung, die Wachstum und Veränderung fördert“ (Rogers, 1975e/1983, S.17).

Das Ideal von Rogers – Förderung der Integrationsfähigkeit durch Begegnung – begründet das unverwechselbare Profil der Personenzentrierung. Es gibt die unverzichtbare Richtschnur für therapeutisches Handeln vor.

Der scheiternde Helfer sieht sich aber dadurch einem besonderen Dilemma ausgesetzt: *es wird von ihm eine Menschlichkeit verlangt, die er im Ernstfall gar nicht einlösen kann!*

Denn im kollusiven Festsitzen geht dem Helfer die Kongruenz und damit seine Suchfähigkeit so verloren, dass er die notwendige Akzeptanz und Empathie nicht mehr aufbringen kann.

Wie lässt sich dieses Dilemma personenzentriert lösen?

Nach meiner Erfahrung wird die Konzeption von Rogers mitunter in der Weise missverstanden, dass nur das Ideal der hilfreichen Beziehung anzustreben ist und eine sog. „gestörte Beziehung“ nicht auftreten sollte, ja geradezu als Versagen gewertet wird. Dabei wird aber übersehen, welche *Entwicklungschancen* in dem kollusiven Scheitern verborgen liegen.

Mit anderen Worten: die Inkongruenz des professionellen Helfers ist kein Betriebsunfall, sondern für den Prozess unvermeidbar, ja geradezu notwendig und erfordert eine personenzentrierte Umgangsweise.

Das Scheitern ist für den Helfer eine Herausforderung, sich eigenen (traumatischen) Zusammenbrüchen der Integrationsfähigkeit zuzuwenden, die er sonst vermieden hätte.

Dadurch stellt sich ihm die Aufgabe, gerade an den Grenzen in seiner Menschlichkeit zu wachsen, wo er sonst in kompensatorischen Lösungsversuchen hängenbleibt.

Das Ideal ist nur dann hilfreich, wenn es die Möglichkeit des Scheiterns miteinbezieht. Erst das Bejahen des Scheiterns am Ideal eröffnet einen Weg, um die erforderliche menschliche Kapazität zu entwickeln.

Aus dieser Sichtweise haben wir für die Supervision in den Einrichtungen der GAP folgende Grundsätze entwickelt, die sich an den Konzepten von Hartmann (2004) für die Bearbeitung von Dissoziationen und Traumata orientieren:

1. Unterstützung bei dem freudigen(!) Beachten der eigenen Grenzen und dem aktiven Aufsuchen des Scheiterns.
2. In der Kollusions-Analyse wird exploriert, wie der Klient den Behandler ans Ende seiner therapeutischen Integrationsfähigkeit bringt: in welche Dissoziation gerät der Behandler durch die Vermeidungsstrategien des Klienten?
3. Klientengeleitete Aufarbeitung des Zusammenbruchs des Helfers: in der Kollusion werden die Entsprechungen der Traumata von Klient und Helfer erkundet. Der Behandler erhält durch die Verstrickung mit dem Klienten die Chance, sich aus seinem Zusammenbruch zu befreien. Dadurch findet er aber auch Zugang zum Trauma des Klienten. Der Helfer gewinnt seine Integration auf einem neuen Niveau zurück.
4. Reorganisation der therapeutischen Beziehung: der Behandler setzt die Aufarbeitung in eine therapeutische Strategie um und überprüft in der Praxis, inwieweit der Klient mit Entwicklungsschritten antwortet.

Bei dieser Vorgehensweise erweist sich das vermiedene, gemeinsame Scheitern als zentrale Entwicklungschance in den kollusiven Verstrickungen des Helferalltags!

Das Beachten des gemeinsamen Scheiterns führt zu *den* unbewältigten Verletzungen, deren Bearbeitung für den gemeinsamen Wachstumsprozess „notwendig“ ist.

Das Scheitern am personenzentrierten Ideal ist eine beständige Herausforderung, um in dem Prozess der immer wieder neuen Auseinandersetzung mit den Grenzen die eigene therapeutische Kompetenz und die personenzentrierte Konzeptbildung weiterzuentwickeln.

Literatur

- Biermann-Ratjen, E., Eckert, J. & Schwartz, H. J. (1979). *Gesprächspsychotherapie: Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Danner, D. (2005). *Gesunde und pathologische Abwehr*. Vortrag auf dem Symposium der GfKT, Marburg.
- Fengler, J. (1996). *Helfen macht müde*. München: Pfeiffer.
- Fiedler, P. (2001). *Dissoziative Störungen und Konversion*. Weinheim: Beltz.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1999). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhard.
- Groddeck, N. (2002). *Carl Rogers, Wegbereiter der modernen Psychotherapie*. Darmstadt: Primus.
- Hartmann, J. & Witte, A. (2002). *Kollusion als Zugang zur Traumaanalyse*. Vortrag auf dem Symposium der GfKT, Marburg.
- Hartmann, J. (2004). *Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Trauma und Dissoziation*. Vortrag auf dem Symposium „Selbst Organisation“, Salzburg.
- Heinerth, K. (2004). Von der Akuten zur Posttraumatischen Belastungsreaktion. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 3, 155–169.
- Rogers, C. (1942a/1972). *Counselling and psychotherapy. Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin. Dt.: *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler.
- Rogers, C. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95–103.
- Rogers, C. (1959a/1987). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology. A study of a science*. Vol. III: Formulations of the person and the social context (pp. 184–256). New York: McGraw Hill. Dt.: *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG.
- Rogers, C. (1975e/1983). Client-centered psychotherapy. In A. M. Freedman, H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, Vol. II (pp. 1831–1843). Baltimore: Williams and Wilkins. Dt.: *Therapeut und Klient*. Kapitel 1: Klientenzentrierte Psychotherapie. Frankfurt/Main: Fischer.
- Sachse, R. (1999). *Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidbauer, W. (1977). *Die hilflosen Helfer*. Reinbek: Rowohlt.
- Sennett, R. (1998). *Der flexible Mensch*. Berlin: Siedler.
- Swildens, H. (1997). Klientenzentrierte Psychotherapie mit Erwachsenen, Agoraphobie mit Panikattacken und Depression. In J. Eckert, D. Höger & H.W. Linster (Hrsg). *Praxis der Gesprächspsychotherapie* (S. 13–30). Stuttgart: Kohlhammer.
- Willi, J. (1975). *Die Zweierbeziehung*. Reinbek: Rowohlt.

Autor

Dennis Danner, geb. 1957, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut; psychotherapeutische Tätigkeit (stationär) in psychosomatischer Klinik und (ambulant) in Psychologischer Beratungsstelle; Ausbilder in Klientenzentrierter Psychotherapie in der GAP; Arbeitsschwerpunkte: Klientenzentrierung und Traumapsychologie, Supervision, Kollusion, Paartherapie.

Korrespondenzadresse

Dennis Danner
GAP – Psychologische Beratungsstelle
Rosenstraße 9
D-35037 Marburg
E-Mail: dennis.danner@web.de

Christine Wakolbinger

Mutterschaft und Personzentrierte Psychotherapie

Zusammenfassung: *Ausgehend von meinen ganz persönlichen Erfahrungen als Personzentrierte Psychotherapeutin und Mutter zweier Kinder stelle ich in diesem Artikel dar, wie Mutterschaft und Personzentrierte Psychotherapie sich gegenseitig befruchten können. Weiters gehe ich darauf ein, inwieweit Ergebnisse aus der Säuglingsforschung und klinischen Bindungsforschung zu mütterlichem Verhalten für die personzentrierte Theoriebildung förderlich sein können. Ich möchte Kolleginnen mit diesem Artikel ausdrücklich dazu ermuntern, diesen einzigartigen Erfahrungsschatz des Mutterseins selbstbewusst in ihr Selbstbild als Personzentrierte Psychotherapeutinnen zu integrieren.*

Schlüsselwörter: *Mutterschaft, Wechselwirkung Mutterschaft und Psychotherapie, Mütterlichkeit, Bemutterung*

Abstract: Motherhood and Person-Centred Psychotherapy. *Based on my very personal experience as person centred psychotherapist and as the mother of two children I show how motherhood and Person-Centred Approach are really stimulating each other. Furthermore I discuss to which extent the results of research in the fields of child development and attachment behaviour related to maternal behaviour could be useful for the further development of the person centred theory. I expressly encourage women to confidently integrate their unique wealth of experience to be a mother into their self-image as person-centred psychotherapists.*

Keywords: *motherhood, interaction of motherhood and psychotherapy, motherliness, mothering*

Einleitung

Das Thema Mutterschaft und Psychotherapie ist für mich ein sehr persönliches Thema und beschäftigt mich, seitdem mein Mann und ich uns sehr bewusst vor sechs Jahren dazu entschlossen haben, noch ein zweites Kind zu bekommen. Wir haben eine heute siebzehnjährige Tochter und einen fünfjährigen Sohn. Im Zusammensein mit meinem Sohn merke ich immer wieder in verschiedenen Situationen, wie anders ich heute als Mutter im Unterschied zu vor zwölf Jahren fühle, denke, reagiere und handle.

In der Folge hat mich mein unterschiedliches Erleben und Handeln immer mehr auch theoretisch interessiert. Ich habe versucht, Literatur dazu zu finden, wie andere Frauen dieses Spannungsfeld von Mutterschaft und Psychotherapie erleben. Erstaunt habe ich festgestellt, dass kaum Literatur zu diesem Thema zu finden ist, bis auf einige wenige Aufsätze von Analytikerinnen, die sich aber mehr mit den Auswirkungen von Schwangerschaft auf die Analyse ihrer Klienten¹ beschäftigen. Mir wurde immer klarer, dass das Thema

Mutterschaft auf unserer psychotherapeutischen Landkarte ein blinder Fleck ist. Umso erstaunlicher für mich, da doch ein hoher Prozentsatz der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Frauen sind, und viele davon auch Mütter. Bisher war jedoch diese Thematik in unserem personzentrierten theoretischen Diskurs nicht wirklich präsent.

So kam ich zum Entschluss, Mutterschaft und Psychotherapie in einem Workshop am Symposium: „Gestaltende und Vermittelnde Prozesse“ in Salzburg 2004 zum Thema zu machen. Ich danke an dieser Stelle allen Teilnehmerinnen des Workshops für ihre sehr hilfreichen Anregungen in der Diskussion und ihre Ermunterung, meine Gedanken und Überlegungen zu veröffentlichen.

Ich spreche in diesem Artikel ausdrücklich von Therapeutin-Sein und Mutter-Sein. Nicht, um Therapeuten und Väter auszuschließen, sondern weil sich in diversen Diskussionen, aber auch in der Forschung dazu (siehe neueste Ergebnisse der Bindungsforschung, Grossmann & Grossmann, 2002; Orlinsky et al., 1996) immer wieder herausstellt, dass Männer sowohl in Therapien, als auch als Väter oftmals anders fühlen und handeln als Frauen. Vielleicht aber regen meine Überlegungen Kollegen dazu an, sich mit Vaterschaft und Psychotherapie ebenfalls näher zu beschäftigen. In diesem

¹ Im Folgenden spreche ich aus Gründen der leichteren Lesbarkeit von Klienten. Gemeint sind selbstverständlich beide Geschlechter.

Zusammenhang möchte ich auf ein kürzlich erschienenen Buch hinweisen, das sich auf erfrischende Art und Weise mit dem Beruf Psychotherapie auseinandersetzt und in dem sich Biermann-Ratjen in einem Aufsatz mit dem Thema beschäftigt, was einen Mann dazu bewegt, „die „Mutterpflege“, wie sie schon Freud genannt und vor allem Winnicott zum Inhalt der psychotherapeutischen Aufgabe erklärt hat, zu seinem Beruf zu machen“ (Biermann-Ratjen, 2005, S. 367).

Auswirkungen einer personenzentrierten Psychotherapieausbildung auf die Mutterschaft

Vor 17 Jahren, als meine Tochter geboren wurde, war ich als medizinisch-technische Assistentin mit einem 40-Stundenjob in einem Spital tätig. Daneben studierte ich Psychologie, weil ich neben dem Beruf noch eine andere Herausforderung suchte. Nach der Geburt meiner Tochter ging ich nicht mehr in den erlernten Beruf zurück, sondern beendete das Studium. Ich begann die Psychotherapieausbildung, als meine Tochter zwei Jahre alt war.

12 Jahre später, bei der Geburt meines Sohnes, war ich beruflich in einer ganz anderen Situation. Ich war und bin klinische Psychologin, personenzentrierte Psychotherapeutin und blicke auf einige Jahre intensive Berufserfahrung im psychologisch-psychotherapeutischen Tätigkeitsfeld zurück.

Wenn ich zurückdenke an die ersten Lebensjahre meiner Tochter, wie ich damals fühlte, dachte, handelte, und mein damaliges Erleben mit jetzigen Situationen mit meinem Sohn vergleiche, so gibt es deutliche Unterschiede. Ich erkläre mir diese Unterschiede nicht nur durch die Altersdifferenz von 12 Jahren oder dadurch, dass ich als Mutter eines zweiten Kindes natürlich erfahrener bin, sondern vor allem damit, dass die personenzentrierte Therapieausbildung und die Tätigkeit als Personenzentrierte Psychotherapeutin mich und meine Persönlichkeit sehr nachhaltig verändert haben.

Diese persönliche Veränderung und diesen persönlichen Reifungsprozess, den die Auseinandersetzung mit personenzentrierter Theorie in mir ausgelöst hat, werde ich nun genauer darstellen. Dabei betrachte ich vor allem die Fragen: Wie wirkt sich eine Personenzentrierte Psychotherapieausbildung auf die Mutterschaft aus? Was ist es genau, das ich heute als Mutter anders mache als früher? Dazu habe ich meine Erfahrungen zu 4 Punkten zusammengefasst:

1. *Ich bin heute als Person nicht mehr so involviert, nicht mehr so überidentifiziert*

Damals machte ich Probleme meiner Tochter sehr schnell zu meinen eigenen Problemen, ich geriet leicht in Panik, und reagierte des Öfteren mit dem Gedanken: „Oh Gott, was habe ich falsch gemacht?“. Heute habe ich eine gesunde Distanz zum Problem des Kindes, nicht aber zum Kind selbst, dem ich mich genauso nahe fühle wie früher. Im Gegensatz zu früher kann ich mir heute sagen: Es gibt immer

einen guten Grund, warum ein Kind etwas tut, sich z. B. für Erwachsene unmöglich und unverständlich „aufzuführen“. Ich bin neugierig und interessiere mich für das „Warum?“. Ich möchte verstehen, worum es dem Kind bei seinem im ersten Moment unverständlichen Verhalten geht.

Dabei ist heute mein Selbstvertrauen viel größer als früher. Ich habe Vertrauen in meine eigenen Fähigkeiten und die Gewissheit, dass es nicht mehr so schwierig ist, richtig zu reagieren, wenn ich verstehe, worum es dem Kind geht und was es braucht.

Wenn ich diese Erfahrungen in eine personenzentrierte Sprache übersetze, heißt das: Durch eine größere Kongruenz bei mir ist auch größere Empathie für das Kind vorhanden, und damit ist mir auch mehr an konkreter Hilfestellung für das Kind möglich. Ich habe als Therapeutin eine „als-ob-Perspektive“ gelernt, d.h. ich fühle mich ein, anstatt mitzuleiden, und bin damit in meinen Handlungen nicht mehr so eingeschränkt wie früher.

2. *Heute ist mir ein viel differenzierteres Hinsehen, und damit Unterstützen der Kinder gerade mit ihren individuellen Eigenheiten möglich*

Meine beiden Kinder sind sehr unterschiedlich, meine Tochter ist eher ruhig und introvertiert, mein Sohn dagegen temperamentvoll, lebendig und extrovertiert. Ich bin sehr dankbar, dass meine Kinder nicht in umgekehrter Reihenfolge auf die Welt kamen, denn mit dem Temperament meines Sohnes wäre ich früher sicher nicht so gut zurechtgekommen. Ich hätte ihn sicher viel mehr in seiner Lebendigkeit beschnitten. Heute verstehe ich es als Ausdruck von Temperament, früher hätte ich sein Verhalten sicher als „Schlimmsein“ verstanden, eher strafend reagiert, und vieles persönlich genommen. Heute kann ich die Lebendigkeit und Kreativität meines Sohnes schätzen, auch wenn sie mir manchmal zuviel wird und ich dann Grenzen setze. Dennoch ist mein Handlungsspielraum für das Kind heute deutlich größer als früher.

Mit personenzentrierten Worten ausgedrückt, habe ich heute mehr an unbedingter Wertschätzung für die individuelle Eigenheit, und für die eigene Persönlichkeit des Kindes. Somit haben beide Kinder einen größeren Handlungsspielraum.

3. *Ich reagiere heute anders auf intensive negative Gefühle wie Schmerz, Kummer, Ärger und Wut*

Diese Gefühlsäußerungen kann ich heute einfach annehmen, und sie anerkennen. Das kommt aus dem personenzentrierten Therapieverständnis: Das Wichtigste ist anzuerkennen, dass Gefühle da sind, ohne sofortige Bewertung. Meine Bewertung im ersten Eingehen und Reagieren fällt daher weg (nicht immer, aber ich bemühe mich darum). Natürlich kommen dann in einem zweiten Schritt, wenn es z. B. um Süßigkeiten im Supermarkt geht, meine Vorstellungen und meine Bewertungen dazu, und dann wird verhandelt.

Aber wenn sich mein Sohn verletzt, und er Trost sucht, dann tröste ich ihn, und oft ist dadurch sein Kummer schnell bewältigt und er geht weiterspielen. Dies konnte ich früher in dieser Form nicht. Heute verwende ich Sätze wie: „Ist eh nicht so schlimm“ sehr bewusst nicht mehr.

Mit personzentrierten Worten ausgedrückt heißt das: Die Wichtigkeit der bedingungslosen Akzeptanz habe ich in der Auseinandersetzung mit personzentrierter Theorie gelernt, auch wenn dann im zweiten Schritt meine Sichtweise, meine Bewertung dazukommt. Aber in meiner ersten Reaktion bemühe ich mich, Gefühle, die vom Kind kommen, bedingungslos anzunehmen.

4. *Im Laufe der letzten Jahre habe ich viel Wissen und Erfahrung über psychische Entwicklungen erworben*

Ich weiß heute, wie sehr sich Menschen verändern können, und mein Vertrauen in die Aktualisierungstendenz ist immens gewachsen. Dieses Vertrauen in die Aktualisierungstendenz bewirkt bei mir als Mutter eine viel größere Gelassenheit. Ich merke, dass ich mit viel mehr Freude als früher der Entwicklung von beiden Kindern zusehen kann.

Ich hatte von Anfang an viel Vertrauen in meinen Sohn, bei meiner Tochter war das bei weitem nicht so. Ich habe ihr manchmal zuviel abgenommen, sie war ein ängstlicheres Kind als mein Sohn. Ich merke es z. B. an meinem Verhalten am Spielplatz, da greife ich heute viel später ein als früher.

Ich habe heute mehr Vertrauen in die Kinder, ich glaube daran, dass sie es schaffen, schwierige Situationen mit meiner Unterstützung gut zu überstehen. Ein Beispiel dazu: Abends alleine fortzugehen war in den ersten Lebensjahren meiner Tochter schwierig für mich. Ich war besorgt, ob es ihr gut geht, und dadurch war es dann auch immer wieder schwierig für sie, mich gehen zu lassen. Anders heute: Abends ohne Kinder fortzugehen, das brauche ich für mich (heute bin ich in diesen Punkten wesentlich kongruenter), und ich weiß, dass mein Sohn bei der Betreuungsperson gut aufgehoben ist. Wenn es manchmal schwierig für ihn ist, mich gehen zu lassen, haben wir ein Abschiedsritual, das ihm immer hilft.

Diese Erfahrungen personzentriert ausgedrückt heißt: Durch ein tiefes Vertrauen in die Aktualisierungstendenz habe ich heute mehr Vertrauen in die Kinder und kann damit den Kindern auch mehr an Selbstverantwortlichkeit geben.

Zusammenfassend gesagt: Meine Haltung meinen Kindern gegenüber hat sich stark verändert. Früher war ich ängstlich und besorgt, ob ich alles richtig mache in der Erziehung. Heute habe ich einen anderen Fokus: Beide Kinder haben großes Potential, das spüre ich, ich freue mich darüber, und ich bin neugierig, wie sie sich in Zukunft weiterentwickeln werden. Ich versuche, beide dabei zu unterstützen, ihren Weg zu gehen und zu erkennen, was sie von mir brauchen, um sich in die ihnen entsprechende Richtung zu entwickeln.

Ich habe heute vor Fehlern keine Angst mehr, sondern ich weiß, dass ich Fehler mache, und dass dies normal und auch erlaubt ist. Wichtig ist für mich, dass ich spüre, wenn etwas falsch läuft, denn dann kann ich mein Verhalten korrigieren. Meine Offenheit für die Kinder ist das Wesentliche für mich geworden. Ich erlebe mich heute als gelassener, sicherer und vertrauensvollere Mutter, als Mutter mit mehr Möglichkeiten.

Von einem theoretischen personzentrierten Standpunkt aus betrachtet bedeutet dies:

Dadurch, dass ich kongruenter geworden bin, ist mir heute mehr an bedingungsloser Wertschätzung und Empathie möglich, was mir ein viel höheres Ausmaß an Kongruenz in der Beziehung mit den Kindern ermöglicht. Im Laufe der letzten Jahre habe ich ein tiefes Vertrauen in die Aktualisierungstendenz entwickelt, das mir ebenfalls mehr an Empathie und Wertschätzung ermöglicht, was beiden Kindern gut tut.

Wenn man Rogers liest, so findet man in „Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen“ (Rogers 1959a/1987, S. 66) zum Familienleben sinngemäß folgendes: Eltern sollen im Idealfall für das Kind ein hohes Ausmaß an bedingungsloser positiver Beachtung erleben. Dafür braucht es beim Elternteil aber eine bedingungslose positive Selbstbeachtung, um in der Beziehung kongruent zu sein und empathisch den inneren Bezugsrahmen des Kindes verstehen zu können.

Das passt eigentlich ganz gut dazu, wie ich die Veränderungen bei mir selbst erlebt habe und bedeutet, dass eine Personzentrierte Psychotherapieausbildung in einem hohen Ausmaß gerade jene Fähigkeiten fördert, die ich als Bezugsperson brauche, damit sich mein Kind gut entwickeln kann.

Sind in der Personzentrierten Psychotherapie ähnliche Fähigkeiten gefragt wie als Mutter?

Ausgehend davon, dass gerade eine Personzentrierte Therapieausbildung in hohem Ausmaß jene Fähigkeiten fördert, die benötigt werden, damit sich Kinder psychisch gesund entwickeln können, haben mich in der Folge weitere Fragen beschäftigt: Ist der Umkehrschluss zulässig? Findet in einer Personzentrierten Psychotherapie eine Art „Bemutterung“ statt? Benötige ich, um eine gute Personzentrierte Therapeutin, ein guter Personzentrierter Therapeut zu sein, möglichst viele mütterlichen Fähigkeiten und wie sehen diese genauer aus? Welche Hinweise kann uns diesbezüglich die genauere Untersuchung der Mutter-Kind-Beziehung liefern? Und worin liegen eigentlich die Unterschiede zwischen Therapie und Mutterschaft? Wie bin ich als Mutter da für meine Kinder, wie als Therapeutin für meine Klienten? Was ist gleich, was ist verschieden?

Zuerst zur Fragestellung, ob in der Personzentrierten Psychotherapie eine Art „Bemutterung“ stattfindet. Biermann-Ratjen schreibt dazu, dass die Aufgabe der Psychotherapeutinnen und

Psychotherapeuten darin liegt, „das, was der Patient von sich selbst noch nicht oder nicht mehr weiß, empathisch zu verstehen und liebevoll anzunehmen – so wie die Mutter ihren Säugling versteht und entsprechend behandelt, und das auch schon bevor sie sprachlich kommunizieren können, so lernt der Patient, auch mit sich selbst darüber sprachlich zu kommunizieren“ (Biermann-Ratjen, 2005, S. 367). Sie und andere personzentrierte Autoren bemühen sich in den letzten Jahren verstärkt darum, Erkenntnisse der Säuglingsforschung und der klinischen Bindungsforschung für unser personzentriertes Verständnis von Beziehung und der Entwicklung des Selbst zu nutzen und eine personzentrierte Entwicklungstheorie zu formulieren (siehe dazu auch Höger 1990, 2002, Behr 1996, Biermann-Ratjen 2005).

Welche Erkenntnisse der Säuglings- und Bindungsforschung sind nun für unser personzentriertes Gedankengut von Nutzen bzw. tragen zu einem besseren Verständnis von adäquatem mütterlichen Verhalten bei?

Säuglingsforschung

Am 1. Weltkongress für Psychotherapie in Wien (1996) fand ein Workshop von Stern („Psychotherapy For Children: The Motherhood Constellation“) statt. Unter den Teilnehmern waren auch einige personzentrierte Kolleginnen und ich. Als Stern seine Sichtweise der Mutter-Kind-Beziehung darstellte, waren wir überrascht, wie viel sich von unserem personzentrierten Gedankengut darin wieder finden ließ. Wir fühlten uns durch seine Forschungsergebnisse in unserer Auffassung von Beziehung und Interaktion sehr bestätigt. Nach dem Workshop fragte eine Kollegin Stern, ob er Rogers kenne, und er verneinte.

In seiner Theorie zur Entstehung des Selbst stellt Stern dar, dass das Selbst eine Ansammlung von Interaktionserfahrungen ist. Es entsteht nicht durch zwischenmenschliche Erfahrungen, sondern setzt sich aus Beziehungserfahrungen zusammen. Durch einen ständigen emotionalen und sozialen Austausch, durch ständige wechselseitige Regulierungen zwischen Mutter und Kind von Geburt an macht der Säugling interpersonale Erfahrungen, die in seinem Selbst repräsentiert werden. Sich wiederholende Interaktionserfahrungen werden zusammengefasst und zu RIGS (representations of interactions that have been generalized) generalisiert. Stern spricht von Repräsentation als „Schema-des-Zusammenseins-mit einem-Anderen“ (Stern, 1998, S. 105).

In dieser wechselseitigen Interaktion zwischen Mutter und Kind ist die Affektabstimmung ganz wichtig, wobei sich die Mutter auf das Gefühl des Säuglings, das sich im Verhalten ausdrückt, einstimmt, und ihm mit einer anderen Sinnesmodalität auf sein Gefühl antwortet.

Konrad (2000) untersuchte Affektabstimmungen genauer und stellte fest, dass ca. 80% der ausgetauschten Information zwischen Therapeut und Klient nicht bewusstseinsfähig sind, d. h. über

Mimik, Physiologie, Blickkontakt und Körperhaltung laufen. „Je schwerer gestört die Patienten waren, desto stärker waren sie auf einen Leitaffekt festgelegt, unfrei in der Breite ihrer Ausdrucksmöglichkeiten. Trifft nun ein Gesunder im Gespräch auf einen schwer gestörten Patienten, so passt sich der Gesunde im Verlauf des Gesprächs den reduzierten Ausdrucksmöglichkeiten des Patienten an, lässt sich in sein System hineinziehen“ (Konrad, 2000, S. 50).

Im Jahr 2000 ist ein Buch von Stern mit dem Titel: „Geburt einer Mutter“ erschienen, das er gemeinsam mit seiner Frau geschrieben hat (Stern & Bruscheiler-Stern, 2000). Dieses Buch richtet sich nicht an ein Fachpublikum, sondern an jede werdende Mutter. In dem Buch sprechen Stern und Bruscheiler-Stern davon, dass es bei der Mutterschaft darum geht, eine adäquate Primärbeziehung zum Baby aufzunehmen (und das heißt: Als Mutter nicht perfekt zu sein, sondern gut genug), um eine normale Entwicklung des Babys zu gewährleisten. Es geht dabei um das Gefühl der Bindung, der Liebe und der Empathie (!) der Mutter für das Kind, und um ihre Identifikation mit dem Baby. Diese Fähigkeit der Mutter zur Empathie und zur Identifikation mit ihrem Baby ist sehr wichtig und gelingt auch jeder gesunden Mutter ganz natürlich. Stern und Bruscheiler-Stern verstehen darunter folgendes: „Kann ich mein Bewusstsein als eigenständiges Selbst für Augenblicke ausschalten, um mich ganz auf mein Baby einzulassen und in seine Haut oder seine Gedankenwelt zu schlüpfen, um es besser kennenzulernen? Um es überhaupt kennenzulernen?“ (Stern & Bruscheiler-Stern, 2000, S. 127).“ Das heißt, Sie sollen in der Lage sein, empathisch in die Haut Ihres Babys zu schlüpfen und damit Ihre eigenen Gefühle so zu ändern, dass sie den bei Ihrem Baby wahrgenommenen Gefühlen entsprechen. Das Endergebnis dieses Prozesses ist, dass Sie (für den Augenblick jedenfalls) zu wissen meinen, wie es ist, Ihr Baby zu sein, und dass Sie mit dieser Erkenntnis Ihr Baby besser verstehen“ (Stern & Bruscheiler-Stern, 2000, S. 135). Stern und Bruscheiler-Stern betonen immer wieder, wie wichtig es ist, dass sich Mutter und Kind in den täglichen Pflgehandlungen, im täglichen Spiel, und im täglichen Zusammensein immer wieder neu aufeinander abstimmen. Denn genau das sichert eine gute emotionale Entwicklung, und eine sichere emotionale Bindung.

Der Kinderanalytiker Winnicott hat schon 1956 von der Wichtigkeit der primären Mütterlichkeit gesprochen, die gegen Ende der Schwangerschaft beginnt und bis in die ersten Lebenswochen des Kindes anhält. Es ist ein Zustand erhöhter Sensibilität, in dem es für die Mutter nichts anderes gibt als das Baby, und in dem es für diesen begrenzten Zeitraum normal ist, auf Kosten aller anderen Interessen nur mit dem Kind beschäftigt zu sein. Ich habe diesen Zustand bei meiner Tochter als emotionalen Ausnahmezustand erlebt, damals wusste ich noch nichts von primärer Mütterlichkeit. Durch diesen Ausnahmezustand der Mutter wird dem Kind die Möglichkeit gegeben, überhaupt zu sein, zu erleben, und ein persönliches Ich aufzubauen. Aus Körperbedürfnissen entwickeln sich dann allmählich Ich-Bedürfnisse, eine erste Ich-Organisation. Winnicott sagt, dass

dieses frühe, vorübergehende Aufgehen der Mutter im Kind normal, selbstverständlich und immens wichtig für das Baby ist. Wenn das nicht passiert, kommt es zu den so genannten Frühstörungen.

In einem späteren Aufsatz schreibt Winnicott weiters: „Ich behaupte, dass wir in der Therapie versuchen, den natürlichen Vorgang nachzuahmen, der das Verhalten jeder Mutter ihrem eigenen Säugling gegenüber kennzeichnet. Wenn ich recht habe, kann uns das Mutter-Kind-Paar die Grundprinzipien lehren, auf die wir unsere therapeutische Arbeit gründen können, wenn wir Kinder behandeln, deren frühe Bemutterung nicht gut genug oder unterbrochen war“ (Winnicott, 1965, S. 34).

Diese Erkenntnisse berücksichtigend heißt das für mich als Mutter: Damit sich mein Kind psychisch gesund entwickelt, ist eine gute, funktionierende Interaktion zwischen uns beiden notwendig. Es ist wichtig, dass ich mich empathisch in seine Erlebenswelt einfühle, mich auf seine Affekte fein abstimme und in der Interaktion Resonanz gebe.

Welche Erkenntnisse der Säuglingsforschung sind nützlich für die personzentrierte Psychotherapie?

Stern weist mit seinen Forschungsergebnissen und seiner Theorie von der Entstehung des Selbst darauf hin, dass es in der Psychotherapie die Beziehungserfahrungen, die Beziehungsaueinandersetzungen sind, die am hilfreichsten für unsere Klienten sind. Mit seiner feinfühligsten Beschreibung der Beziehungsgestaltung zwischen Babys und Müttern liefert er einen wertvollen Beitrag dazu, genau zu verstehen, was Empathie in der frühen Eltern-Kind-Beziehung ausmacht.

Die Erkenntnisse von Stern haben bereits in der personzentrierten Kindertherapie mit dem Begriff der Interaktionsresonanz (Behr, 1996) Eingang gefunden. Behr versteht darunter, dass der Therapeut auf verbaler Ebene empathisch ist, er stimmt sich feinfühlig auf die Affekte des Kindes ein, gleichzeitig gibt er auf der Handlungsebene durch seine Interaktionen (dem Mitspielen) Resonanz auf das kindliche Verhalten.

Bindungsforschung

Die Bindungstheorie von Bowlby (1975) besagt, dass die Qualität der Bindungsbeziehung – sicher, unsicher ambivalent, unsicher vermeidend oder unsicher desorganisiert – abhängig ist von der Art der Interaktion zwischen Mutter und Kind im ersten Lebensjahr, wobei eine sichere Bindung die Voraussetzung für ein aktives Hinausgehen in die Welt und Erkunden ist.

Welche Hinweise gibt die Bindungsforschung nun für adäquates mütterliches Verhalten? Forschungen von Ainsworth und anderen (1974) haben vier signifikante Faktoren gefunden, die eine sichere Bindung des Kindes zur Mutter gewährleisten: Feinfühligkeit, Annahme, Zusammenspiel/Kooperation und Verfügbarkeit (Zugänglichkeit), wobei der wichtigste Faktor die Feinfühligkeit ist.

Feinfühligkeit bedeutet, dass die Mutter die Signale des Babys wahrnimmt, richtig interpretiert, und angemessen und prompt darauf reagiert. Dadurch entwickelt der Säugling ein Gefühl von Kompetenz, eine innere Zuversicht und einen Glauben an eine wohlwollende Umwelt. Denn erst bei sicherer Bindung ist das Baby frei für andere Aktivitäten und neue Erfahrungen.

Neuere Studien der Bindungsforschung (Schmücker & Buchheim, 2002) haben ergeben, dass neben der Feinfühligkeit noch weitere Faktoren einen wichtigen Beitrag zu sicherer Bindung leisten: Die Fähigkeit zu Gemeinsamkeit und Synchronizität, und die Fähigkeit dazu, die inneren Vorgänge des Kindes, z. B. während des Spiels, differenziert benennen zu können. Meins (1997) hat sich damit, in Weiterentwicklung des Konzeptes der Feinfühligkeit, näher beschäftigt und misst gerade dieser mütterlichen Fähigkeit zur Intersubjektivität, die sie als mind-mindedness bezeichnet, einen hohen Stellenwert für sichere Bindungsentwicklung zu.

Izard et al. (1991) stellten fest: „... Mütter, deren Kinder sicher gebunden sind, scheinen weniger negative und mehr positive Emotionen zu erleben und sind auch im Ausdruck ihrer negativen Emotionen in Alltagssituationen im Beisein ihres Kindes offener. Mütter dagegen, deren Kinder unsicher gebunden waren, zeigten sich weniger offen im Ausdruck ihrer negativen Emotionen in Gegenwart ihres Kindes, hatten im Alltag jedoch subjektiv das Gefühl, mehr positive Emotionen aufzuweisen“ (Schmücker & Buchheim, 2002, S. 184).

Welche Erkenntnisse der Bindungsforschung sind nützlich für die Personzentrierte Psychotherapie?

Schon 1990 hat Höger in einem Aufsatz mütterliche Feinfühligkeit mit dem Empathiebegriff von Rogers verglichen und festgestellt, dass es sich um den gleichen Sachverhalt handelt. Er meint, dass Klienten sich von Therapeuten verstanden fühlen, wenn diese ihre Signale wahrnehmen, sie richtig interpretieren und prompt und angemessen auf ihre Bedürfnisse eingehen. Eingehen auf Bedürfnisse im Sinne der Feinfühligkeit bedeutet jetzt nicht, einfach Wünsche zu erfüllen, sondern eine wechselseitige Abstimmung zwischen den Interaktionspartnern. Höger schreibt: In der Klientenzentrierten Psychotherapie geht es darum, „...Menschen in einer Sicherheit gewährenden Beziehung zu sich selbst kommen zu lassen“ (Höger, 1990, S. 51).

Wenn ich diesen Gedanken von Höger weiter ausführe, bedeutet das, dass ich als personzentrierte Therapeutin möglichst feinfühlig, d. h. empathisch, möglichst annehmend, d. h. wertschätzend, und möglichst kooperativ, d. h. in der Beziehung mich fein abstimmend mit meinen Klienten umgehen soll.

Die Bindungstheorie stellt weiters fest, dass es ein von Trieben und anderen Bedürfnissen unabhängiges Bindungsbedürfnis beim Menschen gibt, welches für die psychische Entwicklung entscheidend ist. In der personzentrierten Theorie wird dieses Bedürfnis die

Suche nach unbedingter positiver Beachtung genannt. Die Reaktion der Haupt Bezugsperson auf dieses Bindungsbedürfnis führt beim Kind zu einem charakteristischen Bindungsstil, der über Jahre erhalten bleibt und der Prototyp für spätere emotionale Beziehungen zu anderen Menschen ist. Der personenzentrierte Ansatz nimmt an, dass das Kind durch seine Bezugspersonen vermittelt bekommt, wie es seine organismischen Erfahrungen zu symbolisieren hat und es kommt so zur Entstehung von Bewertungsbedingungen, bzw. von Kongruenz und Inkongruenz.

Im Versuch, die neueren Erkenntnisse der Bindungsforschung mit unserem personenzentrierten Konzept in Verbindung zu bringen, finde ich weitere erstaunliche Ähnlichkeiten. Die mütterliche Fähigkeit zur Intersubjektivität, differenziert die inneren Vorgänge des Kindes benennen zu können, hat für mich große Ähnlichkeit mit dem genauen empathischen Verbalisieren von Gefühlen in der Therapie. Die Ergebnisse von Izard et al. (1991) zeigen, wie wichtig es ist, sich seiner eigenen negativen Gefühle von Ärger, Trauer und Wut bewusst zu sein und diese auch adäquat auszudrücken. Hier sehe ich eine Parallele zur personenzentrierten Annahme der Wichtigkeit von Kongruenz in Beziehungen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich zwischen einigen Erkenntnissen der Säuglingsforschung bzw. der klinischen Bindungsforschung und unserer personenzentrierten Theorie große Ähnlichkeiten und Parallelen finden lassen. Als Personenzentrierte Therapeutin geht es mir darum, dass Klienten in der Interaktion mit mir neue, andere Beziehungserfahrungen als bisher machen können, damit neue Symbolisierungen bei ihnen stattfinden und sich in der Folge Inkongruenzen auflösen können. Ich biete eine sichere Bindung an, indem ich feinfühlig auf die Klienten eingehe und diese im Schutz dieser sicheren Bindung ihre inneren Arbeitsmodelle von Beziehungserfahrungen überprüfen können.

Daraus folgt, dass es in der Mutterschaft wie in der Personenzentrierten Psychotherapie um Ähnliches geht. Ich soll als möglichst kongruente Person mit meiner Fähigkeit zu möglichst großer Wertschätzung und Empathie für meine Kinder da sein bzw. auf meine Klienten eingehen, damit sich die Kinder gut entwickeln bzw. damit sich beim Klienten Inkongruenzen auflösen können. Meiner Meinung nach hat gerade die Personenzentrierte Psychotherapie viel mit „Bemutterung“ zu tun, denn Therapeutinnen und Therapeuten versuchen mithilfe vieler der oben genauer beschriebenen adäquaten mütterlichen Fähigkeiten auf ihre Klienten einzugehen.

Es ist nicht verwunderlich, dass sich zwischen Mutterschaft und Personenzentrierter Psychotherapie so viele Ähnlichkeiten finden lassen. Aus Rogers autobiographischen Schriften lässt sich erkennen, dass er als Kind sehr stark unter schmerzlicher Einsamkeit litt. Kontakt, Beziehung, Nähe und Intimität waren für ihn in seiner Familie nicht erfahrbar. Rogers Lebenswerk ist gekennzeichnet vom Ringen um Befreiung aus dieser inneren Isolation und Einsamkeit. Er wünschte sich echten, fühlbaren Kontakt zum Du, zum Gegenüber.

Das waren die glücklichen Momente für Rogers, die ihn dazu brachten, seine Therapietheorie zu entwickeln. Es waren jene Beziehungsqualitäten, die Rogers in seiner Kindheit fehlten, die er dann in seinem psychotherapeutischen Konzept als heilsam beschrieb.

Die nächste Frage lautet dann: Worin unterscheidet sich Mutterschaft und Personenzentrierte Psychotherapie?

Für mich gibt es neben vielen Parallelen auch klare Unterschiede zwischen Mutterschaft und Psychotherapie. Diese habe ich in den folgenden Punkten zusammengefasst:

1. Meine tiefe Liebe, Sorge, und auch Verantwortung ist für keinen anderen Menschen so groß wie für meine Kinder, sie kommen an erster Stelle.
2. Die Psychotherapie stellt immer einen Ausschnitt aus dem Leben eines Klienten bzw. einer Therapeutin oder eines Therapeuten dar. Mutter ist man hingegen sein ganzes Leben lang.
3. Als Therapeutin stelle ich mich mit meinem Wissen, meiner Erfahrung, meinem Glauben an die Wirksamkeit der therapeutischen Variablen ganz bewusst als Instrument zur Verfügung, um hilfreich zu sein, damit die Aktualisierungstendenz wieder zum Fließen kommt. Der Fokus ist dabei auf dem Schwierigen, dem Kranken und der Inkongruenz.

Als Mutter ist mir das Zusammensein, das gemeinsam Erleben, Spaß zu haben, wichtig. Dabei liegt der Fokus auf dem normalen, gesunden Miteinander.

4. Mutter zu sein bedeutet auch, Alltag zu haben, mehr Regeln und mehr Strukturen aufzustellen. Die Kinder müssen bestimmte Aufgaben erfüllen, und ich lerne und zeige ihnen ganz bewusst und gezielt Dinge. Dabei vollziehen sich immer wieder gegenseitige Zuschreibungen und Bewertungen. Ich vermittele den Kindern meine Wertvorstellungen und Interessen, ich zeige deutlich, was mir in der Beziehung mit ihnen wichtig ist, und was ich mir von ihnen wünsche.

Als Mutter öffne ich mein ganzes Selbst, ich zeige meine Wünsche, meine Vorstellungen, meine Werte, meine Gefühle und Bedürfnisse sehr deutlich. Ich mute mich mit all meinen Seiten und Gefühlen, positiven wie negativen, den Kindern zu. Ich will, dass sie etwas lernen, dass sie gewisse Regeln befolgen, dass wir Spaß miteinander haben, dass sie auch einmal auf mich Rücksicht nehmen, etc. Manchmal reagiere ich auch gereizt, ärgerlich, überfordert, bin müde oder mag einfach nicht.

In der Therapie stelle ich mein Privatleben und meine persönlichen Gefühle ganz bewusst zur Seite. Ich versuche, neben dem empathischen Verstehen und der Wertschätzung für alles, was vom Klienten kommt, möglichst offen zu sein für alle Gefühle, die in der therapeutischen Situation in mir fließen. Was davon ich dem Klienten zeige und mitteile, steht dabei aber immer unter dem

Blickwinkel, ob es hilfreich für ihn ist, bzw. ob es den therapeutischen Prozess vertieft. Ich versuche auf transparente Weise auf das einzugehen, was in der Interaktion zwischen dem Klienten und mir passiert. Mein persönliches Leben aber, meine persönlichen Werte und Gefühle spielen dabei kaum eine Rolle. Wenn ich etwas davon mitteile, dann eher in den Endphasen von Therapien.

5. Ich merke immer wieder, dass es mir oftmals schwerer fällt, meine Kinder bedingungslos wertzuschätzen als meine Klienten, da ich diese nur für begrenzte Zeit sehe und meine eigenen Interessen viel leichter hintan stellen kann und will als bei meinen Kindern.

Diese Unterschiede verschwimmen für mich dann, wenn meine Kinder Probleme haben, oder eine Situation schwierig ist. Da versuche ich in meiner ersten Reaktion genauso zu verstehen: Worum geht es, was will sich ausdrücken? Ich nehme mich als Person erst einmal zurück, je jünger das Kind ist, umso mehr. Erst in einem zweiten Schritt kommen meine Interessen dazu, es geht dann ums Aushandeln unterschiedlicher Interessen, es kommt das dazu, was man gemeinhin unter Erziehung versteht.

Aber gerade in den ersten Lebensjahren meines Sohnes habe ich bemerkt, dass ich mich oft ganz automatisch auf seine Bedürfnisse fein abgestimmt und auf ihn eingestellt habe. Da Kinder vor allem in den ersten Lebensjahren sehr bedürftig sind, war dieses Einstellen, Abstimmen, Sehen und Fühlen, was das Kind braucht, viel häufiger der Fall als heute. Jetzt nehme ich mich weniger zurück, fühle mich entlasteter und ein Stück auch freier als früher.

Nochmals zusammenfassend formuliert: Als Mutter sind meine Wünsche, Bedürfnisse, Gefühle, Vorstellungen und damit automatisch auch Bewertungen wichtig. Meine Verantwortung und meine Liebe für die Kinder ist eine andere und größere als für meine Klienten. Aber in Krisen, oder bei Schwierigkeiten mit den Kindern erlebe ich das Eingehen und Dasein für die Kinder ähnlich wie das Gefühl, als Therapeutin für meine Klienten da zu sein, da spüre ich kaum einen Unterschied.

Schlussfolgerungen

Wenn nun das Eingehen als Mutter auf meine Kinder, dem Eingehen als Therapeutin auf meine Klienten ähnlich ist und sich hauptsächlich in Fokus, Intensität und unterschiedlicher Handhabung meiner Erlebenswelt unterscheidet, welche Bedeutung hat es, dass ich Ähnliches gebe, ähnlich präsent bin als Mutter wie als Therapeutin? Welche Gefahr, aber auch welches Potential liegt darin? Dazu gibt es von mir folgende Überlegungen:

Klare Abgrenzungen sind wichtig

In Psychotherapien ist für mich dieses sehr konzentrierte Einstellen, Einfühlen, fein Abstimmen, Eintauchen in die Welt des anderen

und sehr präsent sein auch anstrengend. Mir ist das nur eine begrenzte Stundenanzahl pro Tag gut möglich.

Zuhause fühle ich mich manchmal ähnlich gefordert: Nach einem langen Arbeitstag wünscht sich mein Sohn nach dem Abholen aus dem Kindergarten meine ganze Aufmerksamkeit und Präsenz. Er ist böse, wenn ich mit den Gedanken woanders bin. Ähnlich geht es meiner Tochter, die es sofort merkt, wenn sie mir etwas erzählt und ich nicht ganz bei der Sache bin. Dann ist da noch mein beruflich gestresster Ehemann, der mir auch noch etwas von einem schwierigen Projekt erzählen möchte. Nebenbei koche ich, fülle die Waschmaschine und streichle den Kater. Oft genug bin ich froh, in die Praxis gehen zu können, wo ich mich wenigstens nur auf einen Menschen konzentrieren muss.

Es ist anstrengend, sich dauernd auf andere einzustimmen, abzustimmen, in gutem Kontakt zu bleiben, und dafür zu sorgen, dass ich in der Beziehung bleibe oder dass Beziehung entsteht. Manchmal ist es kein großer Unterschied, ob ich zuhause oder in der Praxis bin. Dabei fällt mir auf, dass ich hin und wieder ganz automatisch diese Haltung, für den anderen da zu sein, einnehme, auch wenn es gar nicht so nötig ist.

Immer wieder spüre ich, dass ich in der Therapie und als Mutter Ähnliches gebe. Ich merke es unter anderem auch daran, dass ich nach längeren Urlauben in den ersten Arbeitstagen auch einen Widerstand meinerseits spüre, wieder so präsent zu sein, mich wieder so zur Verfügung zu stellen, so zu geben, so sehr da zu sein für andere. Es dauert in etwa eine Woche, bis ich mich wieder daran gewöhnt habe. Aber im Unterschied zu einer verhaltenstherapeutisch arbeitenden Kollegin habe ich nie Zweifel, ob ich noch therapieren kann, da ich mich selbst als Instrument zur Verfügung habe.

Dazu passt noch eine weitere Beobachtung, die ich in den Jahren meiner Mitgliedschaft einer laufenden Interventionsgruppe immer wieder mache. Wir sind sieben Frauen, in ähnlichem Alter, mit ähnlich langer Berufserfahrung, mit und ohne Kinder. Immer wieder ist bei uns Thema, dass wir müde sind und Probleme haben, uns abzugrenzen, z. B. eine Therapiestunde nach 50 Minuten zu beenden, oder noch einen Klienten in Therapie zu nehmen, obwohl wir schon eine volle Praxis haben, oder Pausen auch wirklich als Pausen zu nützen, etc.

Oft stelle ich mir die Frage, warum wir immer wieder mit unserer Überforderung zu kämpfen haben, unabhängig von vorhandenen Kindern oder der Unterstützung durch die betreffenden Lebenspartner.

Meine Gedanken dazu gehen in folgende Richtung: Kann ein Grund in der noch immer üblichen weiblichen Sozialisation auf Beziehung hin liegen? Oder kann es sein, dass wir als Frauen uns einerseits als Therapeutinnen leichter als unsere männlichen Kollegen auf unsere Klienten einstimmen, andererseits aber auch schwerer abgrenzen können, und uns daher leichter verausgaben, weil uns dieses dauernde Abstimmen, dieses sich zur Verfügung stellen so in Fleisch und Blut übergegangen ist? Sprechen gerade Frauen besonders leicht auf Bedürftigkeit an, die sie beim anderen spüren?

In einem Artikel (Baron-Cohen, 2004) las ich, dass das weibliche Gehirn so verdrahtet ist, dass es überwiegend auf Empathie ausgerichtet ist, während das männliche Gehirn überwiegend auf das Begreifen und den Aufbau von Systemen ausgerichtet ist. Sind wir also durch unsere Gene determiniert? Oder ist es doch die Sozialisation von Kindheit an?

Wenn ich auf meine Lebensgeschichte zurückblicke, so musste ich erst lernen, darauf zu achten, nicht auf mich zu vergessen. Es wurde mir im Laufe der Jahre immer wichtiger, meine Grenzen zu spüren, sie deutlich zu kommunizieren und einzufordern, mich durchsetzen zu können und zu kämpfen, dann aber auch den Frust und den Zorn der anderen über meine Grenzsetzungen zu ertragen.

Es ist sicher so, dass Frauen auch heute noch sehr in Richtung Beziehung sozialisiert sind und für sie daher in Beziehung zu sein und an der Beziehung zu arbeiten einen hohen Stellenwert hat. Das ist vielleicht mit ein Grund, warum ein hoher Prozentsatz der Psychotherapeuten Frauen sind.

Ich glaube, dass wir als Therapeutinnen – wie auch als Mütter – besonders aufpassen müssen, auf unsere Grenzen zu achten und unsere Bedürfnisse nicht hintanzustellen, sondern sie einzufordern und sie uns zu erfüllen. Ganz bewusst sollten wir immer wieder mit unserer Aufmerksamkeit zu uns selbst zurück kehren, und uns um uns selbst genauso kümmern, wie wir uns um andere sorgen. Eigene Bedürfnisse und eigene Grenzen spürt man oft genau dann nicht mehr so gut, wenn man sie bereits überschritten hat. Ich denke, dass personenzentriert arbeitende Therapeutinnen oft einseitig belastet sind, weil sie im Beruf und zuhause Ähnliches geben und ähnlich präsent sind, da sie meist auch Hauptbezugspersonen für ihre Kinder sind.

Diesen Punkt unterstützt ein Zitat sehr gut, dass ich bei Besch-Cornelius gefunden habe, einer Analytikerin, die sich als eine der wenigen Therapeutinnen mit diesem Thema beschäftigt hat. Sie schreibt: „Um eine genügend gute Therapeutin, bzw. eine genügend gute Mutter zu sein, gehört auch die Fähigkeit, eigene Bedürfnisse zu vertreten, mich auch als verletzend, kränkend, versagend und enttäuschend anzunehmen, mich nicht zu opfern, ausnehmen zu lassen, um dadurch stabil zu bleiben“ (Besch-Cornelius, 1987, S. 80).

Ich denke, dass in diesem Punkt Frauen von Männern noch manches lernen können. Mir fällt dazu ein persönliches Zitat von Johannes Wiltschko ein, der immer wieder sagt: „51 % gehören mir, 49 % den anderen“.

Mütterlich zu sein, andere zu versorgen, zu kochen, die Lebensumwelt schön zu gestalten, hat für Frauen oftmals auch eine eigene, sehr stärkende Qualität. Diese geht jedoch verloren, wenn es nicht in Ruhe und gut abgegrenzt getan wird, sondern in Hektik oder nur nebenbei.

Mütterlichkeit als hoher Qualitätsfaktor

Es sollte Frauen noch mehr als bisher bewusst sein, welchen hohen Wert, welche Qualität dieses Dasein für den anderen, diese spezielle

Fähigkeit, so auf andere eingehen zu können, hat. Wenn ich mir die neuesten Erkenntnisse aus Säuglings- und Bindungsforschung ansehe, dann geht es immer wieder genau um diese spezielle Fähigkeit, liebevoll sorgend für den anderen da zu sein und damit eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen. Diese „holding-function“ (Winnicott, 1964) ist nicht so normal und selbstverständlich, wie es uns vielleicht manchmal scheint.

Gegenseitige Befruchtung von Psychotherapie und Mutterschaft

Die Erfahrung, Mutter zu sein, verändert eine Frau grundlegend, und beeinflusst auch die therapeutische Arbeit sehr stark. Es findet eine gegenseitige Befruchtung statt: Nicht nur steigt die Qualität des Mutterseins mit der Auseinandersetzung mit personenzentrierter Theorie, sondern es findet umgekehrt ebenfalls ein Qualitätssprung statt, denn die Mutterschaft ist ein Erfahrungsschatz. Diesen Punkt möchte ich im Folgenden noch näher ausführen:

Die tägliche Erfahrung mit den eigenen Kindern zeigt, dass selbst dann, wenn etwas nicht gut läuft, es trotzdem gut weitergehen kann, wenn wir nur in Kontakt bleiben. Dies hilft mir als Therapeutin, gelassener zu sein, und in schwierigen Situationen ruhig zu bleiben. Man wird demütiger, hat mehr Respekt vor kleinen Schritten und sieht Schwierigkeiten in der Therapie gelassener als früher. Ein gutes Beispiel ist dazu die Phase der Pubertät, in der ich als Hauptbezugsperson immer wieder gefordert bin, auf Beziehungsabbrüche von Jugendlichen adäquat zu reagieren und mich immer wieder um Beziehungsaufnahme bemühen muss. Gerade in dieser Entwicklungsphase eines Kindes ist man als kongruent handelnde Beziehungspartnerin gefragt. Und diese Erfahrung hilft in der therapeutischen Praxis, gerade wenn es um Beziehungsauseinandersetzung und Beziehungsklärung geht.

Unsere therapeutische Arbeit ist anstrengend, und da hilft die Erfahrung als Mutter mit den eigenen Kindern: Wenn Liebe fließt, wird es leicht, da ist alle Anstrengung wie weggeblasen (z. B. nach der Geburt eines Babys). Wenn es in der Therapie gelingt, viel Nähe und viel Beziehung herzustellen, dann ist es nicht mehr anstrengend, es fließt Liebe – das sind die Glücksmomente in den Therapien. Diese Erfahrungen motivieren dazu, mich immer wieder aufs Neue um Beziehung zu bemühen.

Durch das Muttersein steigt auch die Qualität der therapeutischen Fähigkeiten. Die einzigartige Erfahrung der primären Mütterlichkeit, in der ich für einen begrenzten Zeitraum ganz im anderen aufgegangen, und ganz eingetaucht bin in eine andere, vorsprachliche Welt, um mein Baby kennenzulernen, bedeutet ja, die Fähigkeit zu haben, teilweise zu regredieren und gleichzeitig die erwachsene Identität behalten zu können. In der Therapie hilft mir diese Erfahrung dabei, tief einzutauchen in die Erlebenswelt der Klienten und gleichzeitig mein eigenes Selbst nicht zu verlieren.

Oder das erste Lebensjahr eines Kindes, wo man als Hauptbezugsperson stundenlang darum bemüht ist und dauernd übt,

die Signale des Kindes richtig zu deuten, zu verstehen, und dann angemessen darauf zu reagieren. Das hilft in der therapeutischen Arbeit beim Eingehen und Verstehen von Klienten, vor allem bei Frühstörungen, die als zentrales Merkmal die Beziehungsstörung haben. Bei diesen Klienten ist es die Hauptaufgabe, überhaupt in Beziehung zu kommen, und diese Aufgabe lässt sich oft nicht verbal lösen. Die psychotherapeutische Arbeit bei Frühstörungen oder in der Kindertherapie bedeutet oft Arbeit auf vorsprachlicher, symbolischer Ebene, wo bei diesen Klienten viel Nachholbedarf besteht. Mütter kommunizieren mit ihren Säuglingen und Kleinkindern die ganze Zeit auf dieser Ebene. Die meisten personzentrierten Therapeutinnen, die auch Mütter sind, haben diesen ungeheuren Erfahrungsschatz, die ersten Lebensmonate und -jahre mit ihrem Kind als Hauptbezugsperson, und damit mit viel Übung im Beziehungsaufbau verbracht zu haben.

Nur ein verschwindend geringer Anteil unserer männlichen Kollegen arbeitet mit Kindern – vielleicht ist der Grund darin zu finden, dass es Männern leichter fällt, auf verbaler Ebene zu arbeiten als auf der vorsprachlichen, symbolischen Ebene? Grundsätzlich ist die Fähigkeit zu „bemuttern“ ja nicht an Weiblichkeit gebunden, sondern an ein gewisses Maß an psychischer Gesundheit und Reflexionsfähigkeit (siehe auch Biermann-Ratjen, 2005, S. 369). Trotzdem ist es für Männer manchmal schwierig, sich auf die infantile, vorsprachliche Welt eines Kindes einzulassen. Die Vereinnahmung durch ein Kleinkind, die damit verbundene Passivität und teilweise Regression, das Leben im unmittelbaren Augenblick in einer rein gefühlsgesteuerten Welt, belebt eigene Erfahrungen wieder und verlangt von Männern, dass sie eigene passive, pflegende, und versorgende Anteile zulassen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Erfahrung der Mutterschaft Frauen bereichert. Sie fördert auch unsere Qualität als personzentrierte Therapeutinnen, weil es so viele Parallelen und Ähnlichkeiten zwischen Mutterschaft und Personzentrierter Psychotherapie gibt. Aber wieso war das bisher kein Thema? Wieso wird das Muttersein von Psychotherapeutinnen noch so wenig selbstbewusst vertreten? Wieso ist oft eine große Scheu da, zu dieser Qualität zu stehen? Warum wird Mutterschaft nicht als besondere Qualifikation gesehen? Gesunde Mütter sind hoch qualifizierte Expertinnen für Beziehungsarbeit. Aber Aussagen wie: „Das kenne ich als Mutter von meinen Kindern“, sind eher tabuisiert, sie kommen nur selten vor.

Daher abschließend noch ein paar Überlegungen dazu, welche Gründe möglicherweise dafür ausschlaggebend sein könnten, warum Mutterschaft in unseren theoretischen Diskurs bisher noch wenig bis gar keinen Eingang gefunden hat:

1. Mütterlich zu sein als Psychotherapeutin bzw. als Psychotherapeut ist zum Teil auch verpönt. Jaeggi (1997) äußert sich in einem Artikel sehr kritisch über Bemutterung in der Therapie und meint, dass die traditionelle Rogerianische Psychotherapie das Prinzip der

Bemutterung sehr weit getrieben hätte und ihr das väterliche Prinzip fehle, nämlich Strenge, Struktur und Regel. Ihrer Meinung nach ist diese Bemutterung eine Antwort auf unsere narzisstische Bedürftigkeit, aber in Therapie wie im Leben falsch. Wichtiger sei das Abgrenzen, sich selbst als ein eigenständiges Individuum zu sehen und damit die Position der reifen Ödipalität zu gewinnen. Dem möchte ich entgegenhalten, dass gerade die Personzentrierte Psychotherapie mit ihrer Betonung auf transparenter Beziehungsaufeinanderersetzung und kongruenter Interaktion ein unreflektiertes Bemuttern im negativen Sinn verhindert.

2. Das Thema Mutterschaft ist sehr mit der eigenen Identität als Frau verknüpft und damit auch oftmals ein heikles Thema. Es ist nicht leicht, darüber „öffentlich“ zu sprechen.

3. Mütter wollen kinderlose Frauen mit der Betonung auf diesen Erfahrungsschatz nicht vor den Kopf stoßen, da ein hohes Bewusstsein darüber herrscht, wie schmerzhaft oftmals ungewollte Kinderlosigkeit für die betroffenen Frauen ist.

4. Sehen Frauen unbewusst weg, weil der Alltag mit den Kindern und die Psychotherapie ähnlich erlebt werden und sie ohnedies mit dem Abgrenzen kämpfen?

5. In unserer Gesellschaft lässt sich immer noch das Mutterideal „perfekt zu sein“, finden. Hemmt uns Frauen dieses Ideal doch noch? Wenn es mit den Kindern nicht gut läuft, ist ja oft die Mutter schuld, bzw. bei späteren Störungen wird der Grund häufig im mütterlichen Fehlverhalten gesucht und die Vaterrolle völlig ausgeblendet.

6. In unserer westlichen Welt wird Mutterschaft sehr ambivalent gesehen. Frauen von heute sollen möglichst alles unter einen Hut bekommen können: Sie sollen eine begehrenswerte Frau sein, beruflich Karriere machen und auch noch eine gute Mutter sein. Wir haben einerseits als Frauen internalisiert, dass „nur“ Mutter zu sein nicht genug ist. Andererseits ergibt sich aus ökonomischen Gründen bzw. der zum Teil noch immer herrschenden gesellschaftlichen Rollenverteilung, dass Frauen sehr wohl hauptberuflich Mütter sein müssen, damit jedoch unzufrieden sind, weil sie in diese Rolle gedrängt werden und sich nicht frei dafür entscheiden können. Um meine Qualitäten als Frau, Mutter, Therapeutin sehen und spüren zu können, bedarf es aber eines ganz klaren Bildes, und einer ganz klaren Entscheidung meinerseits zu der jeweiligen Rolle, ohne Idealisierungen, Abwertungen oder zu hohen Ansprüchen an mich selbst. Nur dann, wenn ich hundertprozentig zu meiner jeweiligen Rolle stehen kann, kann ich auch wirklich meine Stärken spüren.

7. Bisher wurde – und wird auch heute noch – Theorie wesentlich mehr von Männern als von Frauen entwickelt und auch unsere personzentrierte Theorie ist noch immer männlich orientiert. Siehe dazu auch Schmid (2004), der am Beispiel der Aktualisierungstendenz aufzeigt, dass noch immer männliche Auffassungen und Denkweisen in unserem personzentrierten Gedankengut vorherrschen. Dadurch entsteht bei Frauen möglicherweise eine gewisse Scheu, ihren Zugang zu Theorie, der aus der weiblichen Erlebenswelt entwickelt ist, gleichberechtigt daneben zustellen, da dieser weibliche

Zugang oftmals ein praxisnäherer ist und damit leichter als nicht wissenschaftlich oder nicht hinreichend wissenschaftlich abgetan werden kann.

Resümee

Ich habe mich in diesem Artikel mit mehreren Themen beschäftigt:

- meiner eigenen Entwicklung als Mutter und als Psychotherapeutin,
- den Ähnlichkeiten, Unterschieden, wechselseitigen Beeinflussungen von Mutterschaft und Psychotherapie und den damit verbundenen Gefahren, aber auch Ressourcen für Therapeutinnen,
- Ergebnissen aus Säuglingsforschung und klinischer Bindungsforschung zu adäquatem mütterlichem Verhalten und deren Relevanz für unsere personenzentrierte Theoriebildung.

Meine Absicht war es, Mutterschaft in unserem theoretischen Diskurs zum Thema zu machen. Die Schriften von Rogers haben mir dabei Mut gemacht, meine ganz persönlichen Erfahrungen zu nutzen. 1961 schrieb er: „Das Persönlichste ist das Allgemeinste“ (Rogers, 1961a/1988, S. 41). Rogers machte die Erfahrung, dass gerade dann, wenn er sich zutiefst persönlich ausdrückte, er bei vielen anderen Menschen Resonanz fand. Er betonte immer wieder, dass er aus seinen eigenen, persönlichen Erfahrungen am meisten gelernt hatte.

Mir ist bewusst, dass dieser Artikel nur den Beginn einer Auseinandersetzung mit dem Thema Mutterschaft und Psychotherapie darstellen kann. Viele Punkte konnte ich thematisch nur ansatzweise behandeln. Es wäre interessant, genauer herauszuarbeiten, worin die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der therapeutischen Arbeit von Frauen und Männern liegen. Denn gerade diese Unterschiedlichkeit zu bemerken habe ich oft als große Bereicherung erlebt.

Was verbinden personenzentrierte Kollegen mit dem Begriff Väterlichkeit? Wie erleben sie Vaterschaft und Psychotherapie? Meine Vermutungen gehen dahin, dass es da deutliche Unterschiede zu Frauen geben könnte.

Ich möchte Kolleginnen und Kollegen dazu anregen, ihre eigenen persönlichen Erfahrungen als Mütter und Väter mehr als bisher in unseren theoretischen Diskurs mit einzubeziehen. Ich bin überzeugt davon, dass wir daraus wertvolle Hinweise für unsere tägliche therapeutische Arbeit gewinnen können.

Derzeit wird die Mutter-Kind-Beziehung (und glücklicherweise auch langsam die Vater-Kind-Beziehung) von Säuglings- und Bindungsforschung wieder stärker untersucht. Ich halte dies für bedeutsam und wünsche mir, dass noch mehr als bisher deren Ergebnisse auf ihren Nutzen hin für die personenzentrierte Theorieentwicklung untersucht werden. Biermann-Ratjen vermutet, dass die klinische Bindungsforschung Rogers' Annahmen von der Art des psychotherapeutischen Prozesses bestätigen wird und zu einer

Fundierung seiner ursprünglichen Therapietheorie beitragen kann (Biermann-Ratjen, 2002).

Zum Abschluss möchte ich noch einmal betonen, dass ich die Erfahrung, Mutter und personenzentrierte Therapeutin zu sein, als ungeheure Bereicherung, sowohl im privaten Bereich, als auch in der täglichen Arbeit, mit vielen Überschneidungen in beiden Lebensbereichen, erlebe. Ich wünsche mir sehr, dass Kolleginnen ihre Erfahrung, Mutter zu sein, mehr als bisher selbstbewusst in ihr Selbstbild als personenzentrierte Psychotherapeutinnen integrieren.

Literatur

- Ainsworth, M. (1974). Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys. In K. Grossmann & K. Grossmann (2003). *Bindung und menschliche Entwicklung* (S. 414–422). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Baron-Cohen, S. (2004). Männliches Denken, weibliches Denken: Zwei Welten. *Psychologie Heute*, 3, 44–47.
- Behr, M. (1996). Therapie als Erleben der Beziehung. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 120–128). Göttingen: Hogrefe.
- Besch-Cornelius, J. (1987). *Psychoanalyse und Mutterschaft*. Göttingen: Verlag für medizinische Psychologie.
- Biermann-Ratjen, E. (2002). Erwartungen an eine klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 9–17). Stuttgart: Schattauer.
- Biermann-Ratjen, E. (2005). Der männliche Psychotherapeut. In O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.), *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren unmöglichen Beruf*. Stuttgart: Schattauer.
- Bolwby, J. (1975). *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler.
- Grossmann, K., & Grossmann, K. (2002). Klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Entwicklungspsychologie. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 295–318). Stuttgart: Schattauer.
- Höger, D. (1990). Zur Bedeutung der Ethologie für die Psychotherapie – Aspekte der Aktualisierungstendenz und der Bindungstheorie. In G. Meyer-Cording & G. Speierer (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit* (S. 30–45). Köln: GwG-Verlag.
- Höger, D. & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Person*, 2, 35–44.
- Izard, C. E., Haynes O. M., Chisholm, G., & Baak, K. (1991). Emotional determinants of Infant-Mother Attachment. *Child Development* 62, 906–917.
- Jaeggi, E. (1997). Psychotherapie zwischen Abstinenz und Bemutterung. *Psychomed*, 9(4), 196–200.

- Konrad, R. (2000). Die Fähigkeit zum Alleinsein als Fähigkeit zur Selbstregulation: Stern und Winnicott. *Fachtexte zur Entwicklung von Psychotherapie in Theorie und Praxis, Jg.1, 47–54*.
- Meins, E. (1997). *Security of attachment and social development in cognition*. Hove: Psychology Press.
- Orlinsky, D., Ambühl, H., Buchheim, P., Cierpka, M., Meyerberg, J., & Wil-lutzki, U. (1996). Die Qualität der therapeutischen Beziehung: entsprechen gemeinsame Faktoren in der Psychotherapie gemeinsamen Charakteristika von PsychotherapeutInnen? *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 46*, 102–110.
- Rogers, C. (1959a/1987). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln: GwG. (Original erschienen 1959a: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: Koch (ed.). *Psychology. A Study of Science. Vol. III: Formulations of the person and the social context*. New York: Mc Graw Hill, S. 184–256).
- Rogers, C. (1961a/1988). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1961a: On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin Company).
- Schmid, P. (2004). New men? – A new image of man? Person-centred challenges to gender dialogue. In G. Proctor & M. Napier (Eds.), *Encountering feminism*. Ross-on Wye: PCCS.
- Schmücker, G. & Buchheim, A. (2002). Mutter-Kind-Interaktion und Bindung in den ersten Lebensjahren. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 173–191). Stuttgart: Schattauer.
- Stern, D. (1998). *Die Mutterschaftskonstellation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D., & Bruschweiler-Stern, N. (2000). *Geburt einer Mutter*. München: Piper.
- Winnicott, D. W. (1956). Primäre Mütterlichkeit. In D. Winnicott (Hrsg.), *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München: Fischer.
- Winnicott, D. W. (1978). *Familie und individuelle Entwicklung*. Frankfurt am Main: Fischer. (Original erschienen 1965: *The Family and Individual Development*. London: Tavistock Publications Limited).

Autorin

Mag. Christine Wakolbinger, geb. 1960, Klinische Psychologin und Personenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis, Lehrtherapeutin der VRP, Co-Leitung des Weiterbildungscurriculums für Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der APG/Sektion Forum und der VRP.

Korrespondenzadresse

Mag. Christine Wakolbinger
1060 Wien, Fillgradergasse 9/9
E-Mail: chr.wakolbinger@chello.at
www.praxis-wakolbinger.at

Elfriede M. Ederer

Der Einsatz von Neuen Informations- und Kommunikationstechnologien (NIKT) als Unterstützung des Literaturstudiums und der Kommunikationsmöglichkeiten im Rahmen eines Seminars zur Person-zentrierten Gesprächsführung an der Universität: Ein Praxisbericht über ein medienbasiertes Lernarrangement

Zusammenfassung: Zielsetzung dieses Beitrages ist es, die Möglichkeiten von E-Learning bei der Vermittlung des Personzentrierten Ansatzes (PCA) im Rahmen einer Lehrveranstaltung im Bakkalaureatsstudium (Bakkalaureat wird in Österreich für Bachelor verwendet.) Pädagogik an der Universität Graz aufzuzeigen. Nachdem auf Möglichkeiten eingegangen wird, die sich für das Erlernen von Gesprächsführung unterstützt durch NIKT ergeben, werden die unterschiedlichen Kommunikationsszenarien von medienbasierten Lernarrangements und der E-Learning-Varianten dargestellt. Auf dem Hintergrund der für das Lernen von Gesprächsführung relevanten Lernparadigmen und Instruktionsdesigns wird der Seminarablauf eines medienbasiert durchgeführten Gesprächsführungsseminars geschildert, in dem Präsenz- und Online-Phasen im Sinne des Blended Learning kombiniert werden. Die Darstellung soll dazu anregen, didaktische Gestaltungselemente der Lehrveranstaltung auch in die Psychotherapieausbildung zu übernehmen, ist doch die Nutzung verschiedener Informations- und Kommunikationstools eine Voraussetzung für internetgestützte Beratungsformen, deren Bedeutung weiter zunimmt.

Schlüsselwörter: E-Learning, Blended Learning, Neue Informations- und Kommunikationstechnologien (NIKT)

Abstract: The use of New Information and Communication Technologies (NICT) to support bibliographical research and enable alternative communication options within the framework of a seminar on person-centered communication: a real-life account of a media-based learning arrangement. This contribution aims at outlining the possible applications of e-learning for teaching the Person-Centred Approach (PCA) in a course within the baccalaureate degree in education at the University of Graz. A discussion of the new opportunities offered by NICT for the acquisition of communication skills is followed by a presentation of the various communication scenarios of media-based learning arrangements and of the different e-learning options. Against the background of the learning paradigms and instructional designs that are relevant with regard to the teaching of communication skills we will trace the progression of a media-based communication seminar which combines concepts of classroom sessions and online sessions in a blended learning arrangement. The presentation suggests the integration of some of the didactical design elements of this course into psychotherapy training programs, because the utilization of different information and communication tools is a prerequisite for internet-assisted forms of counseling, which are becoming increasingly important.

Keywords: E-learning, blended learning, new information and communication technologies (NICT)

Hintergrund für die Integration Neuer Informations- und Kommunikationstechnologien (NIKT) in die Lehre

*Alle Mittel bleiben nur stumpfe Instrumente,
wenn nicht ein lebendiger Geist sie zu gebrauchen versteht*
(Albert Einstein)

Die Neuen Informations- und Kommunikationstechnologien (NIKT) haben den Bildungsmarkt erobert und E-Learning bzw. das Lernen unter Einbeziehung der NIKT zu einem zentralen Bestandteil zukunftsorientierter Bildungskonzepte gemacht. Waren in den Anfängen die Erwartungen groß, mittels Multimedia und Internet die Qualität von Aus- und Weiterbildung zu verbessern und stand das Thema des selbstgesteuerten Lernens in den ersten Jahren des computerunterstützten Lernens im Vordergrund, so zeigt sich heute eine differenziertere Erwartungshaltung. Zwar erhofft man sich nach wie vor eine Qualitätssteigerung, allerdings nicht allein durch Technikeinsatz, sondern durch neue Lehr- und Lernmethoden, die es ermöglichen, neue kooperative Lernformen zu finden, bei denen ein breites Spektrum von Ressourcen und Kommunikationsdiensten wie Chat, E-Mail und Foren im Rahmen von Lernplattformen effizient eingesetzt und genutzt werden (Reinmann-Rothmeier, 2003). Heute blickt man vor allem auf die neuen Kommunikations-, Kooperations- und Kollaborationsmöglichkeiten, die die Vernetzung von Computern eröffnet hat.

Diesen sich neu eröffnenden didaktischen Zugängen stehen aber der technische Aufwand und ein weiterer nicht zu unterschätzender Kostenfaktor gegenüber, der durch die Betreuung der Interaktionen der Lernenden und Studierenden im Netz entsteht. Die Erwartung, dass insbesondere netzbasierte Veranstaltungen für eine Entlastung der Lehrenden sorgen und Spielraum für anspruchsvolle, hochgradig interaktive Seminare in den Präsenzveranstaltungen schaffen, wurde enttäuscht (vgl. Reinmann-Rothmeier, 2003). Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass virtuelle Lehre – wenn sie gut gemacht wird – keineswegs eine Arbeitsentlastung bedeutet. Die Effektivität der Lehre kann gesteigert werden, vorausgesetzt werden aber neben der Fachexpertise und fachdidaktischen Expertise auf Seiten der Lehrenden noch mediale und technische Kompetenzen von Lehrenden und Lernenden, die Unterstützung dieser durch ein gut funktionierendes technisches Supportsystem sowie ein hoher Arbeitsaufwand seitens der Lehrenden und Lernenden. (vgl. Reinmann-Rothmeier & Mandl, 2001).

Wenngleich es angesichts der raschen Entwicklung auf dem Medienmarkt in der Praxis verwundert, darf nicht unerwähnt bleiben, dass es schwierig ist, didaktische Fragen insbesondere zu den neuen Medien systematisch mit didaktischen Theorien zu verbinden. Auf der Seite der Lehrenden bedarf es der Beschäftigung mit den psychologischen und didaktischen Aspekten des E-Learning und „didaktischer Phantasie“ für die im Hinblick auf Lernziele und

Adressatenkreis gezielte Modularisierung und didaktische Aufbereitung der Inhalte (Schulmeister, 1997, 2001, 2002, 2004). Didaktisches Know-how ist gefragt, wenn Lernmaterialien und Module nicht nur ins Netz gestellt werden, sondern gleichzeitig großen Aufforderungscharakter für eigenverantwortliches und kooperatives Lernen haben sollen.

Möglichkeiten, die sich für das Erlernen von Gesprächsführung mit NIKT ergeben

*Sage es mir, und ich vergesse es;
zeige es mir, und ich erinnere mich;
lass es mich tun, und ich behalte es.*

*Lehrspruch von Konfuzius, der manchmal als
Ausspruch von Benjamin Franklin zitiert wird:
Tell me and I forget,
Teach me and I remember,
Involve me and I learn.*

Neue Medien stellen eine sinnvolle Ergänzung zu klassischen Lernmedien dar, und eine Integration neuer Lernmedien in vorhandene Lehrangebote ist mit Qualitätssteigerung verbunden. Dennoch mag sich vielleicht die eine oder andere Leserin denken, dass dies für die Verwendung von NIKT bei technischen oder naturwissenschaftlichen Inhalten gilt, aber die Sache bei den so genannten „weichen“ Themen wie Gesprächsführung, Kommunikation und Interaktion doch anders liegt und dass dieses Gebiet einen absoluten Grenzfall für das Lernen mit Computer-based Tools (CBT) darstellt und weithin als ein Gebiet gesehen wird, das für computergestütztes Lernen nicht der ideale Anwendungsbereich ist. Denken wir nur an die Diskussion über das Programm ELIZA von Joseph Weizenbaum (1966), das eine Simulation der Gesprächstherapie sein sollte und, obwohl es mehr zu einer Parodie geriet, doch von Psychotherapeutinnen und Patientinnen ernst genommen wurde (Weizenbaum, 1977). Eine reine Virtualisierung einer Lehrveranstaltung zur Gesprächsführung wäre wohl nicht möglich, da damit eine viel zu enge Segmentierung auf „machbare“ Lerninhalte erfolgen würde. Wie Schulmeister (2002) sehr berechtigt warnt, besteht damit die Gefahr, dass die Grenzen, die einer Virtualisierung des Studienangebotes durch die Natur der fachwissenschaftlichen Inhalte gesetzt sind, überschritten werden. Nur zu oft passiert es bereits, dass in Psychologie, Sozialpädagogik, Erziehungswissenschaft, Medizin und anderen Fächern in der Regel nur die Inhalte angeboten werden, die in virtuellen Umgebungen noch erlernbar sind, also die technischen, naturwissenschaftlichen oder methodischen Anteile. Auf diese Weise werden Studiengänge, für die der direkte Umgang mit Menschen in Therapien, im Unterricht, am Krankenbett etc. essentiell ist, auf ein virtuell studierbares Maß zurecht gestutzt, was zu völlig anderen Qualifikationsprofilen führt. Inhalte werden damit illegitimerweise in virtuellen Veranstaltungen

behandelt und soziale Therapiemethoden oder pädagogische Methoden als „Trockenkurs“ angeboten, die in diesem Medium nicht adäquat gelehrt und gelernt werden können. Schließlich geht es bei Gesprächsführungsseminaren nicht darum, abstrakte Regeln und Wissen zu pauken. Es steht vielmehr im Vordergrund, jene Haltungen und Verhaltensweisen von Teilnehmerinnen zu verändern, die für empathische, wertschätzende und soziale Auseinandersetzung mit anderen Personen notwendig sind. Mit anderen Worten, in Gesprächsführungsseminaren soll nicht gelernt werden, besser über Kommunikation reden zu können. Das Lernziel besteht vielmehr darin, besser zu kommunizieren und das lernt man bekanntermaßen nicht aus Büchern, sondern am besten durch Übungen, in denen das eigene Gesprächsverhalten reflektiert und verändert werden kann. Allerdings ist zumindest den Leserinnen, die selbst Gesprächsführungs- und Therapieausbildungen durchführen, ein Problem bekannt, welches den Erfolg von Trainings, Seminaren und Ausbildungen zu erschweren vermag: die knappe Zeit.

Häufig haben Teilnehmerinnen¹ von Trainings angesichts einer engen zeitlichen Kalkulation nicht ausreichend Gelegenheit, Gespräche zu üben und danach zu reflektieren, sollen doch auch der theoretische Hintergrund und so genanntes Basiswissen vermittelt werden, mit denen sich die Teilnehmerinnen auch im individuellen Lernen auseinandersetzen müssen, bevor die Reflexion darüber mit den anderen Auszubildenden erfolgen kann. Hier sollen die Neuen Medien eine Möglichkeit bieten, die Präsenzlehre zu entlasten. Bereits vor Beginn der Übungsphasen auf die Lernplattform gestellte Materialien und prozessorientierte Lernunterlagen können eine Entlastung bringen. Für den Lernprozess relevante und unterstützende Ressourcen können im Sinne des *Learning on demand* in Abhängigkeit von den individuellen Lernzielen abgerufen werden, wodurch eine viel stärkere Individualisierung und personenzentrierte Wissensgenerierung unterstützt wird. Dies soll den Lernenden die Möglichkeit bieten, sich auf die Erreichung der praktischen Lernziele, das Lernen von Personenzentrierten Gesprächen zu konzentrieren.

In der für diesen Beitrag relevanten Lehrveranstaltung wird die Computerunterstützung einerseits dazu verwendet, einen beträchtlichen Anteil der intellektuellen Inhalte zur Verfügung zu stellen, die die Basis für reale Übungsmöglichkeiten von Gesprächen in den Präsenzphasen bilden. Damit soll in den Präsenzphasen Raum für persönlichen Ausdruck, Austausch mit anderen, für Teamentwicklung und Reflexion der ablaufenden Prozesse geschaffen werden. Andererseits kommen noch die wesentlichen innovativen Faktoren des Designs der Lehrveranstaltung dazu, nämlich das Einbeziehen von netzbasierter Kommunikation und die Verwendung von Internet-Unterstützung zu Vermittlungs-, Reflexions- und

Teamarbeitszwecken in den die Präsenzphasen vor- bzw. nachbereitenden Online-Phasen.

Kommunikationsszenarien für medienbasierte Lernarrangements und E-Learning-Varianten

Während das Netz ursprünglich gebaut worden war, um Computer miteinander zu verbinden, verdankte es seinen durchschlagenden Erfolg schließlich seiner nicht vorhergesehenen Fähigkeit, auch Menschen miteinander in Kontakt zu bringen.
(Musch, 1997, S. 33 nach Abbate, 1994).

Bezogen auf die Kommunikation in E-Learning-Veranstaltungen lassen sich in Anlehnung an Zentel und Hesse (2004) drei Grundszenerien unterscheiden, die das Potential des netzbasierten Austausches spezifisch nutzen: *Anreicherungsszenarien*, *Workshopszenarien* und *rein netzbasierte Szenarien*. Die ersten beiden können unter dem Begriff der *hybriden Szenarien* (Kerres & Jechle, 2000) bzw. *Blended Learning* (Reinmann-Rothmeier, 2003) zusammengefasst werden. Veranstaltungen dieser Art setzen sich sowohl aus Präsenz- als auch netzbasierten bzw. Online-Phasen zusammen. Im rein netzbasierten Szenario findet die gesamte Veranstaltung virtuell statt.

Der Begriff *Blended Learning* hat sich erst im Laufe des Jahres 2001 etabliert und bezeichnet mittlerweile einen der vorherrschenden Trends für E-Learning-Lösungen. Übersetzt man den englischen Begriff „blended“, heißt dies soviel wie „vermengt, vermischt, ineinander übergehend“. Ein deutschsprachiges Pendant hat sich – wohl aufgrund der Tatsache, dass eine exakte deutsche Übersetzung etwas holprig klingen würde („Vermischtes“ Lernen) – nicht entwickelt. Im deutschsprachigen Raum hat sich dahingegen der Begriff des Hybriden Lernens verbreitet, der bereits länger als der Trendausdruck „Blended Learning“ existiert und in etwa die gleiche Bedeutung hat, nämlich eine Form von E-Learning, in welcher Präsenzveranstaltungen (Workshops, Seminare, Kurse) mit internetbasiertem Lernen kombiniert werden. Die jeweiligen Anteile – E-Learning bzw. tradiertes Lernen – können zeitlich, inhaltlich und mengenmäßig beliebig variiert werden.

Während im *Anreicherungsszenario* (*e-learning by distributing*) der Schwerpunkt auf der Präsenzveranstaltung liegt, stehen im *Workshopszenario* (Busse, 1999) (*e-learning by collaborating*), das ein integratives Konzept verfolgt, Face-to-Face- und virtuelle Treffen gleichberechtigt nebeneinander. Insbesondere in diesem Zusammenhang wendet sich der Ansatz der hybriden Lernarrangements gegen die Annahme, dass bestimmte Medien oder Vermittlungsformen an sich im Vergleich zu anderen irgendwie vorteilhafter seien. Es wird vielmehr davon ausgegangen, dass die notwendigen Bestandteile eines Lernangebotes immer von den Rahmenbedingungen des sich jeweils stellenden didaktischen Problems abzuleiten

¹ **Vorbemerkung zum geschlechtergerechten Sprachgebrauch:** Da das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Studierenden im Studienfach Pädagogik am Institut für Erziehungswissenschaft an der Universität Graz in etwa einem von 9:1 entspricht, wird in Analogie generell die weibliche Form als inklusiv verstanden.

sind und dass die besondere Qualität und auch Effizienz eines Lernangebotes vor allem in der Kombination von Elementen unterschiedlicher methodischer und medialer Aufbereitung zum Tragen kommt. Die Face-to-Face-Treffen sind meist keine – wie sonst üblich – wöchentlichen Veranstaltungen, sondern in Abhängigkeit von den Rahmenbedingungen des Lernens in bestimmten Abschnitten des Veranstaltungsverlaufs stattfindende Treffen der Gesamtgruppe. Workshopszenarien können in ihrer Grobstruktur bezüglich der Alternation von Präsenz- und Online-Phasen in unterschiedlicher Weise aufgebaut sein. Zentel und Hesse (2004) beschreiben diesbezüglich drei Typen. Typ 1 besteht lediglich aus einer Online-Phase und einer darauf folgenden Präsenz-Phase. Im Typ 2 liegt zwischen zwei Präsenzphasen am Beginn und am Ende der Veranstaltung eine Online-Phase. Der Typ 3 ist charakterisiert durch drei Präsenz-Phasen und zwei dazwischen liegende Online-Phasen.

Als Standardform kann der Typ 2 bezeichnet werden. Das erste Präsenztreffen, häufig auch als Kick-off-Meeting bezeichnet, dient dazu, auf organisatorischer, technischer, sozialer und inhaltlicher Ebene Voraussetzungen zu schaffen, damit die dort gebildeten Kleingruppen möglichst effektiv und selbstgesteuert arbeiten können. In der darauf folgenden netzbasierten Online-Phase arbeiten die Studierenden in Kleingruppen an einem Themenkomplex, also einem Subthema, das in traditionellen Seminaren oftmals in Form von Referaten und Hausarbeiten erarbeitet wird. Die Ergebnisse werden dann meistens im Rahmen des abschließenden Präsenztreffens im Plenum präsentiert und diskutiert.

Da im Typ 1 auf das erste Präsenztreffen verzichtet wird, müssen die Voraussetzungen, die im Typ 2 in der ersten Präsenzphase (Kick-off-Meeting) geschaffen werden, dann ebenfalls online übermittelt werden. Dies ist vor allem in Bezug auf die zu nutzende Technik und die sozialen Ziele wie Kennenlernen und Gruppenbildungsprozess nicht einfach zu leisten. Gründe für den Verzicht auf das erste Präsenztreffen sind in der Regel organisatorischer Art, wenn sich Studierende und Lehrende aus großer räumlicher Distanz und oft auf internationaler Ebene an einem virtuellen Seminar beteiligen. Ein einführender Workshop kann deshalb oft aus Kostengründen nicht durchgeführt werden.

In Typ 3 stellt das zusätzliche Präsenztreffen eine Möglichkeit dar, Zwischenergebnisse zu präsentieren und die in der Online-Phase aufgetauchten Probleme in der Gesamtgruppe zu besprechen.

Im rein netzbasierten Szenario, dem ein rein virtuelles Konzept zugrunde liegt, wird der Rahmen von realen Bildungseinrichtungen verlassen, stattdessen finden alle Aktivitäten ausschließlich mediengestützt statt. Es ist vor allem die zeitliche und örtliche Flexibilität Lehrender und Lernender, die eine solche Veranstaltungsform nahe legt. Im Mittelpunkt steht die mediengestützte Durchführung der Lehrveranstaltung und die Interaktion von Nutzerin und System mit Rückmeldungen an die Nutzerin vom System (*e-learning by interacting*). Präsenzveranstaltungen finden hauptsächlich in den Anfangs- und Schlussphasen statt.

Was den Prozess bei der Integration von NIKT in die Lehre betrifft, so beginnt dieser meist mit dem Interesse an NIKT durch die Lehrveranstaltungsleiterin bzw. mit der Bitte der Studierenden nach Zusatzunterlagen zu den Veranstaltungsinhalten. In den Anfängen werden die die Lehre anreichernden Materialien den Studierenden oft via E-Mail zur Verfügung gestellt bzw. sind die Anreicherungsmaterialien von einer Homepage der Lehrveranstaltungsleiterin herunterzuladen (*e-learning by distributing*). Bereits in diesem Prozesstadium bei der Integration von NIKT sind interaktive Phasen asynchron via E-Mail einbaubar, jedoch führen Unzuverlässigkeit, Kapazitätsbeschränkungen und häufige Spam-Mails der von den Studierenden oft in Anspruch genommenen E-Mail-Anbieter zur Verwendung einer Lernplattform, auf der eine komfortable Nutzung der Kommunikations- und Interaktionstools möglich ist. Erst durch die Verwendung einer Lernplattform ist das Anreicherungskonzept auf ein Integrationskonzept mit gleichberechtigten Online-Phasen ausbaubar. Die bislang überwiegende Einwegkommunikation zwischen Lehrveranstaltungsleiterin und Studierenden sowie dieser untereinander kann zielgerichtet für die Kollaboration genutzt werden (*e-learning by collaborating*). Erst in weiterer Folge erfolgt im Prozess der Integration von NIKT in die Lehre eine Auseinandersetzung mit virtuellen Konzepten.

Verfügbare Online-Kurse werden dann oft im Sinne eines integrativen Ansatzes eingebunden. Ein Beispiel für eine bereits in der Praxis erprobte Integration einer Software zum Thema Kommunikative Kompetenzen ist das bei Henninger und Mandl (2003) beschriebene CaiMan®, (Computer-Aided Multimedia Applications), ein multimediales Tool für Kommunikationstrainings, das den Userinnen die Möglichkeit bietet, Gesprächssituationen zu analysieren und über den Vergleich mit Expertinnenanalysen online ihre eigene Wahrnehmung zu schärfen. Ebenso im Sinne eines integrativen Ansatzes für zusätzliche Übungsmöglichkeiten in Beratungs-

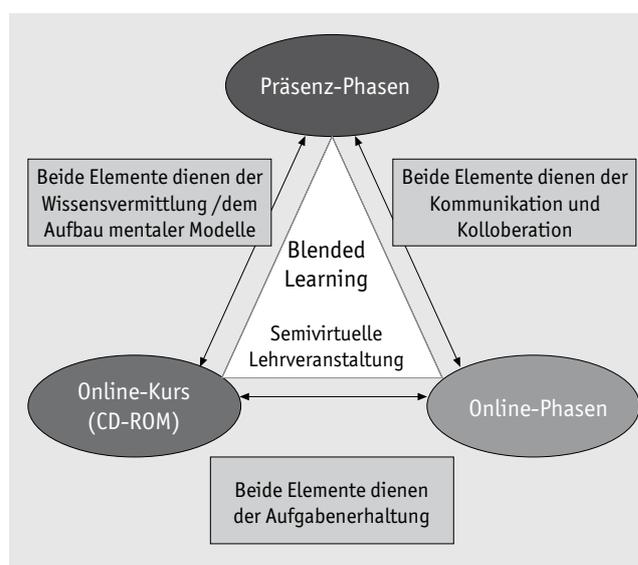


Abb. 1: Blended-Learning-Lernszenario mit Integration eines Online-Kurses

und Coachinggesprächen wird die CD-ROM von Redlich und Jacobs (1998) eingesetzt und unterstützt in Form von Skill-Trainings die Vor- und Nachbereitung von Live-Kursen in Gesprächsführung und Beratung. Ihr Einsatz erlaubt Selbstbestimmung der Lernzeit, aktives Lernverhalten, aktives Handeln, entdeckendes Lernen, selbstgesteuertes Lernen als Problemlöseprozess und aktive Konfliktlösung in der Interaktion mit dem System (vgl. dazu auch Schulmeister, 2001). Grafisch ist eine solche Integrationsmöglichkeit von Software in ein Lernarrangement vom Typ Blended Learning in der in Anlehnung an Reinmann-Rothmeier (2003) entstandenen Abbildung 1 dargestellt.

In Anlehnung an Reinmann-Rothmeier (2003) zeigt nun abschließend die Abbildung 2 die drei E-Learning-Varianten in den verschiedenen mediendidaktischen Lernarrangements, die durch die unterschiedlichen Konzepte bzw. Funktionen des Medieneinsatzes der Lehrenden und die Lernprozesse bzw. Lernmöglichkeiten auf Seiten der Studierenden bestimmt sind (vgl. dazu auch Hesse, Mandl, Reinmann-Rothmeier & Ballstaedt, 2000).

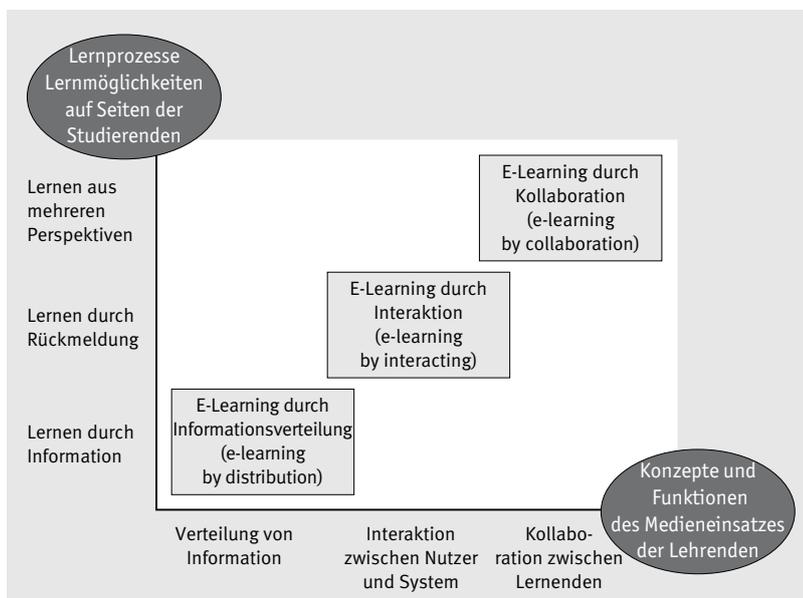


Abb. 2: Drei E-Learning-Varianten in den verschiedenen mediendidaktischen Lernarrangements, die sich aus den unterschiedlichen Konzepten bzw. Funktionen des Medieneinsatzes der Lehrenden und der Lernprozesse bzw. Lernmöglichkeiten auf Seiten der Studierenden ergeben

Für das Erlernen von Personenzentrierter Gesprächsführung relevante Lernparadigmen und Instruktionsdesigns

Denn die Dinge, die wir erst lernen müssen, bevor wir sie tun, lernen wir beim Tun.

(Aristoteles)

Für das Lernen im Zusammenhang mit sprachlich-kommunikativem Handeln stehen *konstruktivistische Lernansätze* im Zentrum. In kon-

struktivistischen Lernumgebungen geht es weniger um den Erwerb von abstraktem, de-kontextualisiertem Wissen, als vielmehr darum, Wissen in Handlungssituationen zu erwerben. Den Vertretern des konstruktivistischen Lernens zufolge (Greeno, 1997; Greeno, Collins & Resnick, 1996; Greeno & Moore, 1993; Lave, 1988, 1991) ist Wissen nicht trennbar von der Person und Situation, in der die Person agiert. Wissen ist auch nicht mehr von der Handlung selbst zu trennen, sondern zugleich Ursache und Wirkung von Handlung. In diesem Sinne verliert die für die traditionellen Lernansätze typische Trennung von Wissen und Handeln ihre Bedeutung. Lernen wird als Konstruktionsprozess des Individuums verstanden, der neben dem Erwerb von neuem Wissen auch die Reorganisation vorhandener Wissensbestände und gespeicherter Handlungsabläufe impliziert. Im Gegensatz zu einer rein faktenorientierten Vermittlung von neuem Wissen steht die Reflexion, die Weiterentwicklung und Veränderung von vorhandenen (Kommunikations-)Fähigkeiten im Sinne eines Umlernens im Mittelpunkt. In den Präsenzphasen wird eine Lernumgebung geschaffen, die Möglichkeiten zur Verfügung

stellt, Informationen über das eigene Handeln zu erlangen, dieses zu reflektieren und zu verändern. Dem Konzept des gemäßigt konstruktivistischen Lernens wird im Hinblick auf eine aktive Beteiligung der Lernenden und der Anregung zur selbständigen Konstruktion von Wissen entsprochen (vgl. Baumgartner, Häfele & Häfele, 2002; Mandl & Winkler, 2002; Reinmann-Rothmeier & Mandl, 2001). Dabei sind die Gesprächsübungen in einen situativen Anwendungskontext eingebunden, wobei der Schwerpunkt auf der situativen Komponente der Handlungsausführung und deren Reflexion liegt. Damit erfolgt Lernen im konstruktivistischen Sinne, in anwendungsnahen Situationen, da ohne die Einbettung in einen Handlungskontext das hinter der Handlungsausführung liegende Wissen nicht aktiviert wird.

Dem Problem des Erwerbs von anwendbarem Wissen in Handlungskontexten haben sich in den vergangenen Jahren vor allem neuere amerikanische kognitivistische Instruktionsansätze zugewandt. In diesen Forschungsansätzen erfolgte die Auseinandersetzung mit dem Problem des „trägen Wissens“ (inert knowledge), d. h. mit Wissen, das zwar vorhanden ist, aber in Problemsituationen nicht abrufbar ist und damit nicht zur Anwendung kommt (*Anchored Instruction-Ansatz* von Bransford, Franks, Vye & Shepwood, 1989). Die *Cognitive Flexibility Theory* von Spiro, Feltvich, Jacobson und Coulson (1992) spielt insbesondere für die Einnahme von multiplen Perspektiven bei der Reflexion und Supervision von Gesprächssequenzen eine Rolle. Im *Cognitive Apprenticeship-Ansatz* (Collins, Brown & Newman, 1989) ist das situierte Lernen, d. h. das Lernen anhand problemrelevanter Beispiele und authentischer

Situationen entscheidend. Lernumgebungen im Sinne des Cognitive Apprenticeship sollen den Lernenden erlauben, einen Bezug zwischen dem Lernen und den späteren Problemsituationen herzustellen. Der Erwerb des Wissens erfolgt in diesem Sinne nicht mehr getrennt von der Anwendung des Wissens. In der Reflexion des eigenen Wissens in Problemsituationen, d. h. im Vergleich der eigenen Problemlösungen mit denen anderer Lernender oder Expertinnen liegt diesem Ansatz zufolge eine wichtige Bedingung für den Erwerb anwendbaren, situierten Wissens. Mit Hilfe dieser Reflexion kann es gelingen, sich des eigenen Handelns und der Handlungsergebnisse bewusst zu werden und das Handeln zielgerichtet zu verändern.

Wenn es nun um die Planung des Einsatzes von elektronischen Medien geht, besteht eine besondere Herausforderung darin, dass elektronische Medien eine Antizipation der möglichen Ereignisse einer Unterrichtssituation zum Zeitpunkt der Planung verlangen. Während in einer Face-to-Face-Veranstaltung auch spontan auf Wünsche von Studierenden eingegangen werden kann, ist dies in einer virtuellen Sitzung u. U. nicht möglich, weil kein entsprechendes Material elektronisch verfügbar ist. Die Bedeutung der didaktischen Analyse und Planung ist demzufolge im Zusammenhang mit dem Einsatz von NIKT noch wichtiger als ohne elektronische Medien. Modelle des Instructional Design bilden die Grundlage für den Entwurf einer Unterrichtssituation und der dazu notwendigen Lernumgebung. Unter Instructional Design wird die Entwicklung, Implementation und Evaluation von didaktischen Konzeptionen zur Gestaltung von Lernumgebungen unter Einbezug von Medien (sowohl Neue Medien als auch traditionelle Medien) verstanden. Instruktion meint in diesem Zusammenhang nicht ausschließlich die Lehre, ohne das Lernen zu berücksichtigen, wie dies die Bezeichnung nahe legt. Instructional Design umschließt sowohl Lehr- als auch Lernprozesse. Unter Design wird Gestaltung im weiteren Sinne verstanden. Es geht also nicht um den kreativen Gestaltungsvorgang einzelner Medien (Gestaltung im engeren Sinne), sondern um den Entwurf einer Lernumgebung, der unterschiedliche (Multi-)Medien und Faktoren in den Gestaltungsprozess einbezieht. Der im vorliegenden Beitrag beschriebenen Lehrveranstaltung liegen Aspekte aus folgenden Instructional Design-Modelle zugrunde: Cognitive Apprenticeship (Collins, Brown & Newman, 1989), Situated Learning (Mandl, Gruber & Renkl, 2002) und Learning Communities (Bielaczyc & Collins, 1999).

Der Cognitive Apprenticeship-Ansatz (Collins, Brown & Newman, 1989) orientiert sich am traditionellen Meister-Lehrlings-Verhältnis, in dem Lernen im Austauschprozess zwischen Expertinnen (Meisterinnen) und Novizinnen (Lehrling) stattfindet. Wenngleich nicht alle Aspekte beim Lernen von Gesprächsführung in gleicher Intensität zum Tragen kommen, so sind die wesentlichen Elemente eines Lehr-/ Lernprozesses im Sinne des Cognitive Apprenticeship: Modeling (Expertinnen demonstrieren zu erlernende Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Lösung eines Problems), Coaching (unter Anleitung von Expertinnen erproben Novizinnen Fähigkeiten und

Fertigkeiten), Articulation (Novizinnen oder Expertinnen verbalisieren den Lernprozess), Reflection (der Lernprozess wird wiederholt und reflektiert) und Exploration (die erlernte Problemlösestrategie wird angewendet). Während die Studierenden in einer ersten Phase von den Lehrenden viel Unterstützung erhalten, sowohl inhaltlich als auch organisatorisch (Scaffolding), wird das Ausmaß der Hilfe in der zweiten Phase deutlich zurückgenommen (Fading).

Ein anderes Design, an dem sich die didaktische Gestaltung und Ausrichtung der Lernumgebung orientiert, ist das Konzept des *Situated Learning*. Lernen muss demnach möglichst in einem personalen und situativen Kontext vollzogen werden, in dem es bedeutungsvoll ist. Hinter diesem Ansatz steht die Idee, dass Wissen nicht einfach von Person zu Person übertragen werden kann, sondern in einem aktiven Konstruktionsprozess entsteht. Konsequenzen für die Gestaltung von Lernumgebungen sind, dass Lernen in Gruppen vollzogen werden sollte, geeignete Hilfsmittel zur Verfügung stehen und die Anwendungsbedingungen des Wissens berücksichtigt werden sollten. Damit sind starke Parallelen zu dem Design der *Learning Communities* gegeben, auf das im Rahmen der Darstellung des Seminarablaufs noch eingegangen wird. Die Einbeziehung kontextueller Einflüsse, die Forderung nach authentischen Lehr-Lernszenarien, d. h. Lernszenarien, in denen explizite Verbindungen zwischen Lerninhalt und Lebenswelt der Lernenden existieren, und die Betonung der Eigenaktivität der Lernenden sind Merkmale von Lehr-Lern-Modellen, die dem *situierten Lernen* (Mandl, Gruber & Renkl, 2002) zuzurechnen sind und das Design der im Rahmen dieses Beitrages zu beschreibenden Lehrveranstaltung prägen.

Teilnahmevoraussetzungen, Rahmenbedingungen, mediendidaktisches Lernarrangement, Zielgruppe und Ziele der Lehrveranstaltung

*Man kann nicht in die Zukunft schauen,
aber man kann den Grund für etwas Zukünftiges legen – denn
Zukunft kann man bauen.*

(Antoine de Saint-Exupéry)

Das Seminar *Personenzentrierte Gesprächsführung in pädagogischen Handlungsfeldern* wird derzeit im 4. Semester des Bakkalaureatstudiums Pädagogik im Rahmen der Methoden pädagogischer Handlungsfelder als eine von drei möglichen Alternativen zweistündig über ein Semester angeboten. Als Voraussetzung für die Teilnahme am Seminar sind eine Reihe von Vorlesungen, Proseminaren und Übungen zu absolvieren. Die Gruppengröße musste unter dem Druck der Sparmaßnahmen von zuvor 18 auf 25 erhöht werden. Zweifelsohne sind 25 Studierende für nur eine Lehrveranstaltungsleiterin und die Selbstorganisation in der Gesamtgruppe zu viel. Dem konnte durch die Bildung von Learning Communities (LCs)

entgegengewirkt werden, für deren Zusammenarbeit eine klare Vorstrukturierung erfolgte, auf die noch in der Darstellung des Seminarablaufs eingegangen wird.

Erfolgte in der Pilotphase der Einbeziehung der NIKT in das Lehrveranstaltungsdesign die Orientierung am *Anreicherungskonzept (e-learning by distributing)*, so konnte in den darauf folgenden Semestern, d. h. in der Projektphase der medienbasierten Gestaltung der Lehrveranstaltung, mit der Einführung der Lernplattform WebCT (Web Course Tools), die eine Vielfalt von kommunikativen Tools zur Verfügung stellt, ein *integratives Konzept (e-learning by collaborating)* verwirklicht werden. Das Veranstaltungsdesign durchlief von der Pilot- und Projekt- über die Prototypenphase einen permanenten formativen und summativen Evaluationsprozess durch die Studierenden und die Lehrveranstaltungsleiterin. Zudem ist die Lehrveranstaltung auch einbezogen in das *Projekt Qualitätssicherung medienbasierter Lehrarrangements* (Paechter & Sindler, 2004). Da Kommunikation und Kooperation im virtuellen Raum mehr erfordern als die Kommunikation im realen Raum, richtet sich das Seminar an Studierende, also an einen Personenkreis, der in hohem Maße in der Lage ist, den Prozess des Wissenserwerbs selbst und eigenverantwortlich zu steuern, der komplexe Probleme in kooperativer Arbeit auch auf der virtuellen Ebene lösen will und bereit ist, sich die dafür nötigen Grundlagen auch im Rahmen der Veranstaltung zu erwerben und für kollaboratives Arbeiten zu nützen. Was die Voraussetzungen auf Seiten der Studierenden dafür betrifft, ist zu bedenken, dass, selbst wenn die webbasierten synchronen (Chat) und asynchronen Kommunikationstools (E-Mail, Foren) immer mehr Studierenden vertraut sind, ihr Einsatz aber für Unterrichtszwecke zumindest ungewohnt ist. Wie der Name schon sagt, werden Chatwerkzeuge meist für den informellen Plausch in der Freizeit genutzt. Neu zu erschließen sind also nicht nur der Stellenwert des Kommunikationsmediums, sondern auch die Umgangsformen damit im Rahmen der Lehre. Die Erfahrungen aus den Pilotveranstaltungen haben aber gezeigt, dass die nötige Flexibilität unserer Studierenden für solche Veränderungen in didaktischen Konzepten und methodischen Zugängen vorhanden ist und auch die Geduld, um die neuen Möglichkeiten der Zusammenarbeit zur erkunden und in das Repertoire für eine Lehrveranstaltung zu integrieren. Die Einführung im Kick-off-Meeting ist immer ein enormes Empowerment und eine Ermutigung für die Studierenden sich mit den interaktiven Möglichkeiten der Lernplattform auseinander zu setzen und sie in die Arbeitsweise sowie Lern- und Lehrkultur zu integrieren, selbst dann, wenn damit für den Universitätsbetrieb noch ungewohnte Anforderungen verbunden sind.

Das *Ziel der Lehrveranstaltung* ist das Kennenlernen des Personenzentrierten Ansatzes (PCA), die theoretische Auseinandersetzung mit dessen Hintergrund und den zentralen Wirkfaktoren, das Erfahren der Grundlagen der Personenzentrierten Gesprächsführung in praktischen Gesprächsübungen sowie in der Personenzentrierten Vorgangsweise während des gesamten Seminarablaufs. Die Darstellung

und Erarbeitung des theoretischen Hintergrundes (Grundvariablen, Menschenbild, Persönlichkeitstheorie, Aktualisierungstendenz, Inkongruenz-Konzept, Theorien zur Veränderung und Prozessphasen bei Veränderungen, Geschichte und Entwicklung des PCA, Abgrenzung von Gesprächsführung/Beratung und Psychotherapie) und praktische Gesprächsübungen mit anschließender Supervision (über Tonband oder in vivo) sollen die Teilnehmerinnen befähigen, eine hilfreiche Haltung gegenüber Personen einzunehmen, die sich in einem persönlichen Klärungs- bzw. Problemlösungsprozess befinden. Es geht um den Aufbau einer Haltung in Gesprächen für Menschen, die im weitesten Sinn im psychosozialen Feld tätig sind, z. B. Erziehungswissenschaftlerinnen, Lehrerinnen, Ärztinnen, medizinisch-technisches Personal, Pflegepersonen, Sozialarbeiterinnen, Psychologinnen, u. a. Angesprochen ist jene Art von Kommunikation, deren Haltung durch die drei Basismerkmale des Personenzentrierten Ansatzes geprägt ist und mit der ein Klima geschaffen wird, das die Entstehung förderlicher Beziehungen unterstützt, in dem sich Personen entfalten und signifikant, sowohl intellektuell als auch persönlich und sozial, lernen können (Barrett-Lennard, 1998; Rogers, 1983a). Diese Art von Kommunikation lebt vom direkten, zwischenmenschlichen Dialog, schließt neben diesem jedoch auch weitere Formen ein, wie Interaktionen im Team, Verhandlungen, Wissenskommunikation, gemeinsame Wissenskonstruktion, Moderation, Präsentation, Visualisierung und die computerunterstützte Kommunikation. Ausgehend vom PCA fördert Personenzentrierte Gesprächsführung die sich ständig weiterentwickelnde innere Einstellung zur Personenzentrierten Seinsweise („way of being“), die auf Echtheit, Akzeptanz und empathischem Verstehen aufbaut.

Technische Realisierung und pädagogisch-psychologische Gestaltung des Seminarablaufs und der virtuellen Seminarumgebung

Eines Tages werden Maschinen vielleicht nicht nur rechnen, sondern auch denken.

Mit Sicherheit aber werden sie niemals Phantasie haben.

(Theodor Heuss)

Was die technische Realisierung der virtuellen Lernumgebung betrifft, bietet die Lernplattform WebCT (Web Course Tools) beste Voraussetzungen, eine ansprechende, übersichtlich und konsistent gestaltete virtuelle Lernumgebung zu schaffen. Die Lernplattform wird vom Zentralen Informatik Dienst (ZID) der Uni Graz unterstützt und gibt allen Lehrenden der Universität die Möglichkeit, auf einfache Weise ihre Lehrveranstaltung zu einer E-Learning-Veranstaltung zu machen. Sie bietet u. a. die Möglichkeiten: Kursinhalte und Texte auf einfache Weise in einer passwortgeschützten Online-Umgebung anzubieten, Termine per Kalender allen zugänglich zu machen, mit Studierenden in Foren zu diskutieren, internetfähige Videos und

Tondokumenten bereitzustellen, Begriffe im Glossar zu definieren, eine Graphikdatenbank anzubieten, Studierendengruppen zu bilden, Arbeitsaufträge zu stellen, Links zu Webseiten außerhalb des Kurses einzusetzen, Chats und eine elektronische Tafel einzurichten. In dem nun folgenden Seminarablauf werden insbesondere die Möglichkeiten und Tools beschrieben, die für das vorliegende Lernarrangement von Bedeutung sind.

Bevor jedoch auf den Seminarablauf eingegangen wird, soll in der Abbildung 3 ein Blick auf die Eingangsseite der Lernplattform WebCT (in der Designerinnenansicht) und in einen Newsletter (in der Teilnehmerinnenansicht) den Unterschied zwischen der allgemeinen Didaktik und der Mediendidaktik unterstreichen. Liegt der didaktische Fokus bei traditionellen Unterrichtsformen letztlich immer auf der Qualität der Durchführung, so liegt der Schwerpunkt der Mediendidaktik hingegen in der Konzeption. Der Unterschied zur Planung herkömmlicher Unterrichtsformen liegt in der expliziten und vollständigen Vorwegplanung der Medienkonzeption, die die Interaktionsmöglichkeiten zwischen Lernerin und Medium von vornherein beschreibt und somit festlegt (vgl. u. a. Sindler, 2004). Hier wird in der Designerinnenansicht an den bereits vorweg konzipierten Newslettern deutlich, dass Ablauf, Kommunikation und

Interaktion vorweg geplant und vorbereitet sind und im Seminarablauf dann dem modularisierten Ablauf der Lehrveranstaltung folgend freigeschaltet werden.

Die *detaillierte Seminarbeschreibung* mit Inhalten, Zielen, Beschreibung des methodischen Vorgehens, Zulassungsvoraussetzungen (Anmeldemodus und Voraussetzungen) und den für die Lehrveranstaltung relevanten Terminen (Vorbesprechungstermin im Rahmen des Kick-off-Meetings und Termine für die zwei Präsenz-Blockmodule) ist vier Wochen vor Semesterbeginn auf der Homepage des Institutes für Erziehungswissenschaften zugänglich. Damit können sich die Studierenden vorweg ein Bild über die Verbindlichkeit bezüglich des medienbasierten Lernarrangements machen und werden auf die damit verbundene höhere Eigenaktivität und das dazu notwendige Zeitbudget hingewiesen. In dieser Lehrveranstaltungsankündigung wird weiters darauf aufmerksam gemacht, dass für die Aufnahme und Supervision der im Rahmen der Lehrveranstaltung zu führenden Gespräche für jede Teilnehmerin ein von ihr kompetent bedienbares Aufnahmegerät notwendig ist, das gute Aufnahme- (eventuell mit externem Mikrofon) und Abspielqualität in einer Seminargruppe garantiert. Mit dieser Lehrveranstaltungsbeschreibung können sich die Studierenden bereits vor dem Beginn der Veranstaltung ein Bild über den Seminarablauf machen, dessen Phasen und zeitliche Rahmendingungen sowie inhaltliche Schwerpunkte die folgende Abbildung 4 zeigt.

Die *Anmeldung zur Lehrveranstaltung* erfolgt in der *organisatorischen Vorphase der Lehrveranstaltung* bereits netzbasiert auf der Institutshomepage. Dabei ist neben den üblichen Informationen für die Lehrveranstaltungsanmeldung (u. a. Matrikelnummer, E-Mail-Anschrift, ...) die USER ID (Benutzername) des Zentralen Informatikdienstes (ZID) der Universität Graz anzugeben. Nach der *Überprüfung der für die zum Besuch der Lehrveranstaltung zu erbringenden Voraussetzungen* – entsprechend einem Auswahlvorgang, für den eine Rangreihe des Notendurchschnitts gebildet wird – werden die 25 Teilnehmerinnen mit dem besten Notenschnitt der Lehrveranstaltungsleiterin mitgeteilt. Diese schaltet die Studierenden für die Lernplattform WebCT frei, ermöglicht ihnen damit den *Zugang zur Lernplattform* und lädt die Studierenden mit einer *E-Mail* zu dem Vorbesprechungstermin (Kick-off-Meeting) ein. Bei dieser Gelegenheit werden die Studierenden gebeten, ein Foto zum Kick-off-Meeting mitzubringen, um dieses im Rahmen der Einführung in das WebCT zur Erstellung der Visitenkarte auf die Lehrveranstaltungsplattform hinaufladen zu können. Die Studierenden werden in der E-Mail der Lehrveranstaltungsleiterin ermutigt, der Lernplattform einen ersten Besuch abzustatten. Dort finden sie im Folder „Aktuellstes“ einen Newsletter mit einer Vorschau auf die Arbeitsaufträge für das Semester und Zusatzinformationen über den Umgang mit einem Tonband für die Aufnahme von Gesprächen. In einem weiteren Dokument wird auf die Rolle der Lehrveranstaltungsteilnehmerin eingegangen. Insbesondere die Offenheit und die Bereitschaft für das Einlassen auf persönliche Aspekte des Erlebens und Verhaltens in



Abb. 3: Begrüßungsseite auf der Lernplattform WebCT in der Designerinnenansicht und Ansicht eines Newsletters in der Teilnehmerinnenansicht

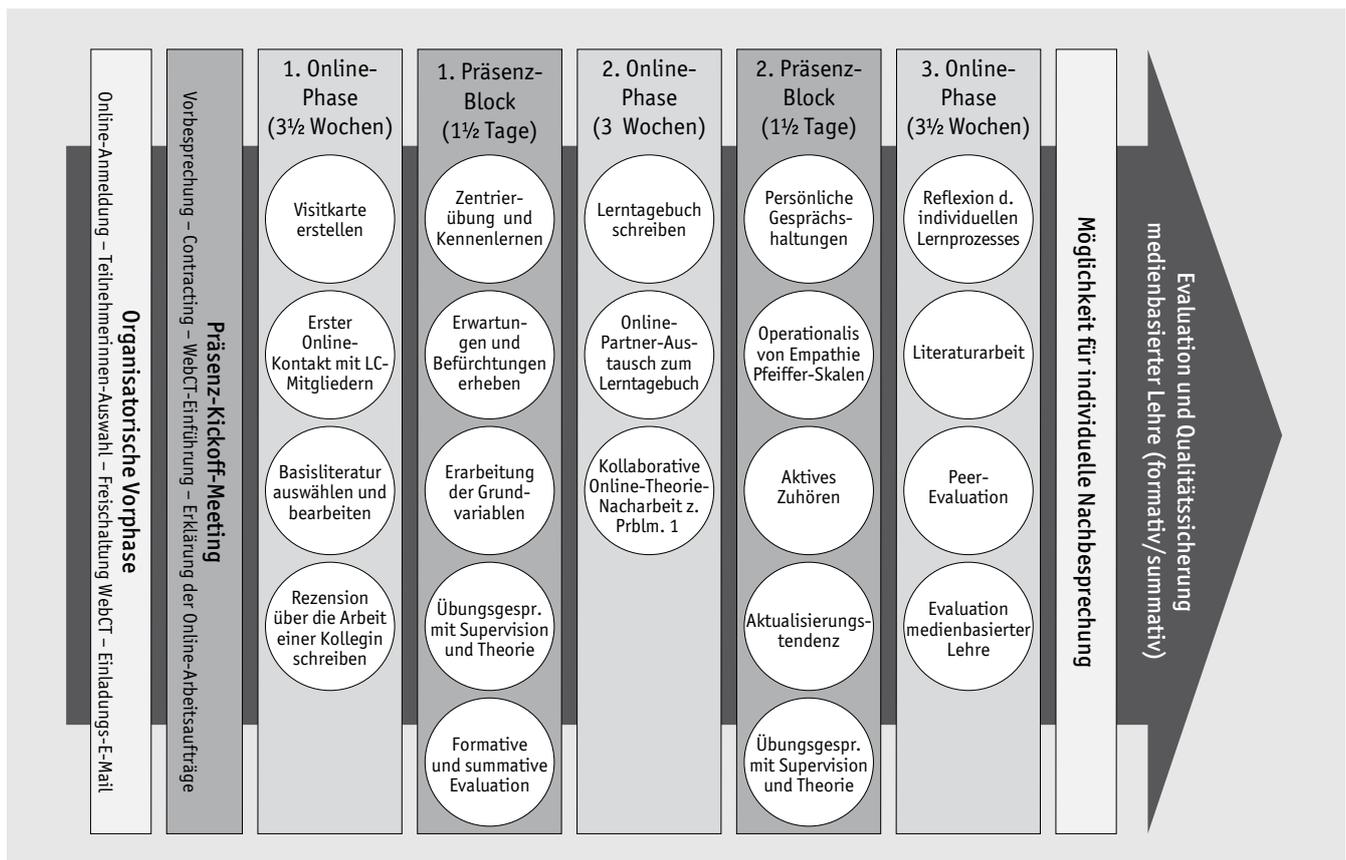


Abb. 4: Phasen im Seminarablauf

den Übungsgesprächen wird als die den Lernprozess unterstützende Haltung hervorgehoben, sollen in der Rolle als Gesprächsteilnehmerin doch auch Eigenerfahrungen gemacht werden. Es ist immer wieder spannend zu erleben, wie groß das Interesse der Studierenden schon vor dem Veranstaltungsbeginn ist und wie viele bereits vor dem Kick-off-Meeting der Lehrveranstaltungshomepage einen Besuch abstatten.

In der *Vorbesprechung*, die Teil des *Kick-off-Meetings* ist, erfolgt das *Contracting* bzw. die Schließung eines Arbeitsvertrages für das methodisch-didaktische Vorgehen, die damit verbundene Notwendigkeit für die ständige Anwesenheit in den Präsenz-Blockmodulen und die Verschwiegenheit als Voraussetzung für das Führen von persönlichen vertrauensvollen und offenen Gesprächen. Die Studierenden werden nochmals genauer über den Ablauf der Lehrveranstaltung informiert und erhalten danach in einem angeschlossenen EDV-Hörsaal eine Einführung in die in der Lehrveranstaltung eingesetzte Lernplattform WebCT und in die im Rahmen dieser zur Verfügung stehenden Kommunikations- und Kollaborationsmöglichkeiten. Die Motivation der Studierenden ist eingedenk der Tatsache, dass die Art der Lehrveranstaltung Möglichkeiten des Austausches und der Kommunikation eröffnet, sehr hoch. Im Bezug auf die Lernenden ist die Motivation eine entscheidende Variable für den erfolgreichen Einsatz der NIKT. Die Motivation ergibt sich u. a. aus der Abwägung von Mehraufwand und Mehrwert, denn wengleich das Wissen vorhanden ist, dass die Teilnahme an einer

netzbasierter, semivirtuellen Lehrveranstaltung vom Typ Blended Learning von den Studierenden während des Semesters eine höhere Eigenaktivität erfordert als die Teilnahme an einer konventionellen Lehrveranstaltung, so ist das den Beteiligten meist nicht immer ganz so bewusst.

Unmittelbar an das Kick-off-Meeting anschließend wird die *Basis für interaktive Möglichkeiten auf der Lernplattform* gelegt, indem von jeder Teilnehmerin eine persönliche Visitenkarte als erster Arbeitsauftrag zu gestalten ist. Die grundlegende Einführung dazu (u. a. Benutzung des HTML-Editors, Hinaufladen eines Bildes) erfolgt bereits im EDV-Hörsaal während des Kick-off-Meetings. Da diese Einführung sehr strukturiert und klar erfolgt und bei Bedarf auch von einer eTutorin des ZID begleitet wird, ist dieser erste netzbasierte Arbeitsauftrag für alle Studierenden positiv zu bewältigen, was eine enorme Ermutigung für den Umgang mit der Lernplattform bedeutet und ein erstes Erfolgserlebnis für medialen Kompetenzerwerb darstellt.

Zweifelsohne stellt das Erstellen dieses Steckbriefes mit Foto, einer Visitenkarte im Sinne einer eigenen Homepage, auf die ständig auf der Lernplattform zurückgegriffen werden kann, eine gruppendynamische beziehungsbildende Maßnahme dar und kann in der Online-Phase neben der kognitiven Orientierung die nicht aufhebaren Defizite medialer im Vergleich zur Face-to-Face-Interaktion kompensieren sowie das Aufkommen des Anonymitätsgefühls während der Netzphase in der virtuellen Lernumgebung verringern, die

Teilnehmerinnen zusätzlich motivieren und einen Beitrag zur asynchronen Group Awareness leisten (siehe dazu Zentel & Hesse, 2004). Dafür werden Informationen zur Person, deren Rolle, Funktion und Kontaktinformationen wie Adresse, Telefonnummer, E-Mail, Fax auf Seiten der Studierenden angegeben und über Sprechstundenzeiten der Lehrenden informiert, von der auch ein Steckbrief bereitgestellt wird. Weiters wird auf der Lernplattform auch Hintergrundliteratur zu diesem ersten Arbeitsauftrag „Gestaltung einer Visitenkarte als Basis für die virtuelle Kommunikation“ angeboten. Dabei handelt es sich um Arbeiten, die ganz generell über den Gruppenbildungsprozess informieren, aber auch um solche, die auf Beziehungen in virtuellen Arbeitsgruppen eingehen (z. B. Heidbrink, 2001; Schmidtman & Grothe, 2001). Schon durch den Hinweis auf zur Verfügung gestellte Online-Materialien wird für die Dynamik in der virtuellen Zusammenarbeit sensibilisiert.

Da die Vertrautheit mit der Gruppe eine wichtige Basis für die Online-Kommunikation ist, die als virtuelle Kommunikationsform sehr von persönlicher Begegnung profitiert, wird nach dem Kick-off-Meeting auch die durch die Lehrveranstaltungsleiterin erfolgte *Einteilung in Learning Communities (LCs)* mitgeteilt. Die Zusammenarbeit in den Präsenzmodulen erfolgt im Sinne einer Strukturierung der sehr großen Seminargruppe von 25 Personen zu einem hohen Anteil in diesen LCs. Die Mitglieder der einzelnen LCs können, wenn sie es für sich attraktiv finden, somit bereits vor dem ersten Präsenz-Blockmodul miteinander virtuell oder Face-to-Face Kontakt aufnehmen. Wenngleich nicht in Frage steht, dass Beziehungen die Basis jeder Interaktion darstellen, so wurde dieser Aspekt bislang in Veröffentlichungen zum kooperativen Lernen im Internet wenig beachtet (Grune, 2000; Baum & Albrecht, 2003).

Neben dem ersten, insbesondere die virtuelle Kommunikation unterstützenden Arbeitsauftrag (Erstellung der Visitenkarte) ist nach dem Kick-off-Meeting zur Erfüllung eines weiteren inhaltlich orientierten Arbeitsauftrags (Arbeitsauftrag 2) Literatur zur thematischen Auseinandersetzung mit der Lehrveranstaltung und zum persönlich signifikanten Lernen als Einführungsliteratur für das erste Präsenz-Blockmodul zu lesen und zu reflektieren. Teilweise multimedial aufbereitete Lerninhalte zum PCA und zum persönlich signifikanten Lernen nach Carl R. Rogers (Rogers, 1961a; 1969a/1974) werden von der Lehrveranstaltungsleiterin nach dem Kick-off-Meeting auf der Lernplattform zugänglich gemacht. Im Sinne des Pull-Prinzips liegt es in der Eigenverantwortung der Teilnehmerin, eine für sie geeignete Auswahl aus den zur Verfügung gestellten Materialien zu treffen und geeignete Kriterien zu entwickeln, welche und wie viele Artikel sie aktiv bearbeitet. Die Erfahrung hat gezeigt, dass, wenn solche Angebote adäquat und ansprechend gestaltet sind und die Lernenden eine den persönlichen Schwerpunkten und Interessen gemäße individuelle Auswahl treffen können, sie bessere Lernmöglichkeiten erhalten und damit eine deutlich höhere Eigenverantwortlichkeit entwickeln, die mit einem Mehr an Selbststeuerung, Selbstkontrolle und auch Selbstmotivation einhergeht. Die

Bearbeitung dieser Auswahl von online zur Verfügung gestellten Basisliteratur erfolgt individuell und das Ergebnis der Auseinandersetzung mit den ausgewählten Artikeln ist in einem eigens dafür eingerichteten Forum auf der Lernplattform in den nächsten Tagen zu posten. Durch das öffentliche Posten dieses Arbeitsauftrages ist Transparenz gegeben und werden diese Leseaufträge auch tatsächlich erfüllt. Nachdem diese persönliche Stellungnahme zur Einführungsliteratur öffentlich und für alle Seminarteilnehmerinnen gepostet wurde, wird jede Literaturbearbeitung von jeweils einem von der Lehrveranstaltungsleiterin im Vorhinein bestimmten Seminarmitglied innerhalb einer Woche rezensiert, wobei Vergleiche mit der eigenen Auswahl und Arbeit herzustellen sind. Vor dem Schreiben einer Rezension über die Arbeit einer Kollegin scheuen die Studierenden anfangs zurück. Nach einer Ermutigung, diese in kritischer Art und Weise zu machen, klappt das dann sehr gut. Es bringt eine Erweiterung der Perspektive, wenn nachvollzogen wird, welche zur Verfügung gestellten Materialien von der Kollegin aus welchen Gründen ausgewählt wurden und ein Vergleich mit der eigenen Auswahl gemacht werden muss. Da in einem auf der Lernplattform eingerichteten Folder „Unterlagen zu Arbeitstechniken“ u. a. Zitierrichtlinien für wissenschaftliches Arbeiten zur Verfügung gestellt wurden, nehmen dies eine Reihe von Teilnehmerinnen zum Anlass, genaues Zitieren einzufordern, um Literaturstellen aufzufinden, die zusätzlich angegeben wurden. Dieses gegenseitige Einfordern korrekter Zitierweise ist zweifelsohne viel wirksamer als wenn dies durch die Lehrveranstaltungsleiterin erfolgt.

Durch die Auseinandersetzung mit den Grundkonzepten und Haltungen des PCA sowie mit dem Ansatz des persönlich signifikanten Lernens haben die Studierenden ein Orientierungswissen erworben und sind nach der 1. Online-Phase auf der inhaltlichen und auf der methodischen Ebene gut für die praktische, übende und reflektierende Arbeit mit diesen Inhalten in den beiden Präsenz-Blockmodulen vorbereitet. Damit wird in den eineinhalbtägigen Präsenz-Blockmodulen Raum geschaffen für die unmittelbare Begegnung, für den Erwerb von Personenzentrierter Gesprächsführung und es kann dem Defizit entgegengewirkt werden, das entstanden ist durch die Vernachlässigung von nicht-verbalen Aspekten in der bislang auf den virtuellen Raum, auf die rein schriftliche bzw. verbale Ebene beschränkten Kommunikation.

Im *ersten Präsenz-Blockmodul* steht nach einer Zentrierübung, die das persönliche *Kennenlernen* vorbereitet, die *Thematisierung von Vorbehalten und Erwartungen* an das Seminar, die *reflexive Auseinandersetzung mit den Grundvariablen des PCA* und das *Thema Beziehungsgestaltung* im Zentrum, bevor aufbauend darauf die *ersten Übungsgespräche* in den von der Lehrveranstaltungsleiterin eingeteilten Learning Communities (LCs) geführt werden. Die Zusammenarbeit dieser LCs orientiert sich am *Instructional Design der Learning Communities* von Bielaczyc und Collins (1999), demzufolge in LCs komplexe Sachverhalte durch die kollektive Expertise besser bearbeitet werden können, als dies allein möglich wäre. Die

LCs arbeiten während der Präsenzmodule gemeinsam oder in auch noch kleineren Subgruppen an Themen, machen Gesprächsübungen, supervidieren diese und präsentieren dann die dabei gemachten Lernerfahrungen in der Plenumsgruppe in kreativer Art und Weise. Eine klare, schriftlich an alle Seminarteilnehmerinnen ausgegebene Rollenverteilung für die Mitglieder der einzelnen LCs bei der Gestaltung der einzelnen Subaufgaben strukturiert die Arbeit in den LCs und ist gerade im ersten Präsenzmodul eine organisatorische Unterstützung. Damit fallen Diskussionen darüber weg, wer zu welcher Zeit welche Rolle in der LC übernimmt, und es wird eine ausgewogene Rollenverteilung erreicht. Nur zu gerne wird z. B. die Rolle der die Arbeitsergebnisse im Plenum Präsentierenden immer derselben Kollegin zugeteilt. U. a. wird auch die Zuständigkeit für die Moderation während der LC-Arbeit auf diese Art geregelt. Erst im zweiten Präsenzmodul werden in Anlehnung an Reinmann-Rothmeier und Mandl (2001) Teilaufgaben und Verantwortlichkeiten nicht an Einzelpersonen der LCs verteilt, sondern an die gesamte LC. Dadurch wird jedes Mitglied der LC stärker in die Verantwortung für die Gesamtaufgabe genommen.

Das Konzept der Learning Communities wurde auch auf virtuelle Gemeinschaften übertragen. Darauf gehen Zentel und Hesse (2004) an Hand eines Beispiels sehr anschaulich ein, das für die vorliegende Seminargestaltung eine Reihe von Ideen brachte (siehe dazu auch Reinmann-Rothmeier & Mandl, 2001). Üblicherweise geben sich die LCs selbst einen passenden Namen. Im Rahmen der hier darzustellenden Lehrveranstaltung wurden die LCs nach den Grundvariablen (Empathie, ...) für eine hilfreiche Beziehung nach Carl R. Rogers benannt und waren dann auch für die mit ihrem Namen zusammenhängenden Inhalte zuständig bzw. für deren Dokumentation, Nachbereitung und für die kollaborative Weiterbearbeitung im Rahmen der an das Präsenzmodul anschließenden 2. Online-Phase. Für diese Zusammenarbeit steht auf der WebCT Plattform ein Dateiverwaltungstool zur Verfügung. Dateien, die nur der jeweiligen LCs zugänglich sind, können durch die Lehrveranstaltungsleiterin und durch die LC-Mitglieder dort hinaufgeladen werden, im Sinne der Kollaboration gemeinsam bearbeitet und anschließend der Gesamtgruppe zur Verfügung gestellt werden.

Für die virtuelle Gruppenarbeit in den LCs wird ein Vorschlag aus der Evaluation von virtuellen Seminaren (Reinmann-Rothmeier & Mandl, 2001) aufgegriffen, in dem zur Optimierung der virtuellen Gruppenarbeit eine verpflichtende Moderation innerhalb jeder LC eingeführt wurde, die von den Teilnehmerinnen selbst im Wechsel zu übernehmen ist (rotierende Moderation). Damit wird dafür gesorgt, dass die Führungsaufgabe nicht an den engagierteren Studierenden hängen bleibt, die dann nach wenigen Wochen frustriert sind. Mit der rotierenden Moderation wird den Teilnehmerinnen zwar die Verantwortung für eine effektive Zusammenarbeit in der Gruppe gegeben, die Gruppenführung wird aber nicht dem Zufall überlassen.

Was die Aufgaben der Veranstaltungsleiterin in den Präsenzmodulen betrifft, treten traditionelle Aufgaben wie Informations-

präsentation und Wissensvermittlung zurück zu Gunsten von Funktionen wie Moderation der Lernprozesse der Studierenden, Coaching, Beratung und Unterstützung eigenverantwortlicher und sozialer Lernprozesse seitens der Studierenden. Damit einher geht auch die Verlagerung der Verantwortung für den Lernerfolg zu den Lernenden selbst, die stärker als in traditionellen Lernarrangements zu Mitentwicklerinnen, Koproduzentinnen gemeinsamen Wissens werden. Die Lehrenden verlieren ihre absolute Mittelpunktstellung, sie werden Wegweiserinnen und Ermöglicherinnen (Facilitators) für persönlich relevantes Lernen, das ja gerade für den Personenzentrierten Ansatz von Lernen nach Carl Rogers im Mittelpunkt steht.

Bezüglich der Rolle der Lehrveranstaltungsleiterin in den Online-Phasen decken sich die Erfahrungen aus den Pilotveranstaltungen mit denen in der Literatur. Geht es um die *Online-Kommunikation zwischen den Teilnehmerinnen*, nimmt die Lehrveranstaltungsleiterin im Kommunikationsnetzwerk eines Kurses stets eine zentrale Stellung ein. Sie muss durch zahlreiche Einzelkontakte zentrale Ansprechpartnerin und treibende Kraft bleiben und immer wieder durch regelmäßige Rundmails oder die Herausgabe von Newslettern dazu beitragen, die Ziele des Seminars und den Lernprozess zu unterstützen (siehe dazu auch Astleitner und Keller, 1995; Pelz, 2004). Inhaltlich wird in diesen Mitteilungen (E-Mails, Newsletter, Postings) auf organisatorische Dinge, wie Abgabetermine für die in den Online-Phasen zu erbringenden Arbeitsaufträge, auf relevante Veranstaltungen oder aktuelle Unterlagen, die im Zusammenhang mit der Lehrveranstaltung stehen, hingewiesen. Diese Ankündigungen sind den Studierenden auch aus traditionellen Veranstaltungen vertraut und bringen ihnen Sicherheit (vgl. Friedrichsen, 2005).

Wird schleppende Online-Kommunikation zwischen den Teilnehmerinnen beobachtet, deren Grund in einem Mangel an Kompetenzen im Umgang mit den NIKT liegt, dann kann die Zuordnung zu Coaching-Partnerschaften eine Verbesserung des gegenseitigen Austausches bringen. Die Studierenden müssen ermutigt werden, in einem eigens eingerichteten Forum, das den Peer Support unterstützt, technische Fragen zu posten oder auch Tipps für die Bearbeitung der in den Online-Phasen zu bearbeitenden Arbeitsaufträgen auszutauschen. Neben einem eigens auf der Lernplattform eingerichteten Forum für den Peer Support (E-Coaching) steht für technische Fragen zur Lernplattform WebCT noch ein Second Level Support des ZID im Sinne der individuellen Betreuung durch E-Tutorinnen zur Verfügung.

Allerdings muss besonders hervorgehoben werden, dass es wohl besonderer Kompetenzen und großen Engagements von Seiten der Lehrenden bedarf, die Arbeits- und Lernbedingungen so zu gestalten, dass die Interaktivität zwischen Lehrenden und Lernenden sowie unter den Lernenden aktiviert und unterstützt und die Studierenden ermutigt und motiviert werden, sich über eine reine Informationssuche hinaus netzbasiertes Wissen anzueignen, dieses zu kommunizieren oder gar via Netz zusammenzuarbeiten (siehe dazu auch Baum & Albrecht, 2003). Letzteres bedarf einer deutlich

stärkeren Strukturierung des Kommunikationsprozesses in den Online-Phasen. Um diese Strukturierung zu erreichen, werden durch zeitliche Taktungen der themenspezifischen Arbeitsaufträge und Gruppenaufgaben steuernde Maßnahmen gesetzt, der Anteil der lernförderlichen Kommunikation und Kollaboration im Verhältnis zu individuellem Lernen erhöht und Voraussetzungen geschaffen, die es den Studierenden sinnvoll erscheinen lassen, sich mit den Mitlernenden auszutauschen und in einen Kommunikations- bzw. Kollaborationsprozess einzusteigen. Diesbezüglich soll nicht unerwähnt bleiben, dass die getakteten Anforderungen und die damit verbundenen Terminvorgaben für die Online-Arbeitsaufträge von den Studierenden unterschiedlich erlebt werden. Teilweise finden sich die Studierenden dadurch in ihrem eigenen Zeit- und Wissensmanagement unterstützt, andere fühlen sich unter Druck und berichten von Stresserleben. Zweifelsohne sind die in Anlehnung an die Literatur gewählten Zeitabschnitte knapp bemessen, um den Lernprozess zu intensivieren und im Laufen zu halten, entsprechen jedoch den Standards, die für universitäre und berufsbegleitende medienbasierte Lernarrangements gewählt werden (vgl. dazu u. a. Reinmann-Rothmeier & Mandl, 2001; Zentel & Hesse, 2004).

Wenngleich bislang viel über die kommunikativen und kollaborativen Anteile und deren pädagogisch-psychologische Gestaltung der die Präsenzmodule vor- und nachbereitenden Online-Phasen gesagt wurde, soll nun auch auf die *Inhalte der Arbeitsaufträge in der zweiten Online-Phase* eingegangen werden. Im Anschluss an das erste Präsenz-Blockmodul, d. h. in der zweiten Online-Phase sollen die Teilnehmerinnen *im Sinne eines Lerntagebuches ihre persönlichen Lernerfahrungen aus dem ersten Präsenz-Blockmodul reflektieren*. Dazu werden nach dem ersten Präsenz-Blockmodul auf der Lernplattform im Folder „Arbeitsauftrag 3“ Unterlagen zum Thema Lerntagebuch und Logbuch freigeschaltet. Im Rahmen dieser Reflexion der eigenen Lernerfahrungen werden die Teilnehmerinnen zusätzlich zu der durch strukturierte Fragen geleiteten qualitativen Beschreibung ihres Lernprozesses noch angehalten, in Anlehnung an die in der Arbeitsgruppe um Motschnig-Pitrik praktizierte Evaluation (u. a. Motschnig-Pitrik, 2004) auf einer Ratingskala von 1 bis 10 einzuschätzen, wie viel sie zum gemeinsamen Personenzentrierten Lernprozess in der Seminargruppe beigetragen haben, wie sehr sie vom gemeinsamen Gruppenprozess profitiert haben und wie sie das methodisch-didaktische Vorgehen im Präsenz-Blockmodul erlebt haben. Eine von der Lehrveranstaltungsleiterin auf der Lernplattform zur Verfügung gestellte Fotodokumentation

über alle im Rahmen des Präsenz-Blockmoduls kollaborativ entwickelten Präsentationen (Flipcharts, Moderationsdokumentationen) ist dabei eine Unterstützung. Diese Lerntagebücher werden wie die Arbeiten zur Auseinandersetzung mit der Basisliteratur in einem eigens dafür eingerichteten Forum für alle Seminarteilnehmerinnen öffentlich gepostet. Durch diese Transparenz kann jede Teilnehmerin ihre Lernerfahrungen mit denen der anderen Gruppenteilnehmerinnen vergleichen und sehen, wie sich die eigenen Erfahrungen in denen der Gruppe spiegeln. Da wiederum *Rezensionspartnerschaften* gebildet werden, erhält jede Studentin auf ihren Lerntagebuchbeitrag von einer Kollegin eine persönliche Reaktion und Rückmeldung. Da diese Reaktion im Anschluss an das Lerntagebuchposting erfolgt, ist auch diese allen Veranstaltungsteilnehmerinnen zugänglich.

In dem auf die 2. Online-Phase folgenden 2. *Präsenz-Blockmodul* steht die Auseinandersetzung mit *persönlichen Gesprächshaltungen* und eigenen unwirksamen, nicht empathischen Botschaften in Gesprächen im Mittelpunkt. In der Analyse der *Übungsgespräche*, die durch ein *Skill-Training zum Aktiven Zuhören* ergänzt wird, wird an Hand der Pfeiffer-Skalen besonderer Wert auf die *Operationalisierung von Empathie* gelegt. Ziel dabei ist es, wie bei den Gesprächsübungen im ersten Präsenz-Blockmodul, dass die Teilnehmerinnen sich ihrer individuellen sprachlichen und kommunikativen Handlungsweisen in Gesprächsübungen bewusst werden, neue Möglichkeiten der Intervention in Gesprächen erproben und diese dann in das eigene Handlungsrepertoire aufnehmen. Da sprachlich kommunikatives Verhalten in hohem Maße automatisch abläuft und einzelne Handlungsschritte den Teilnehmerinnen wenig bewusst sind, ist es notwendig, in einem ersten Schritt die Abläufe zu deautomatisieren, um zu einer intentionalen Veränderung des Verhaltens zu gelangen, diese in einem zweiten Schritt zu reflektieren und anschließend durch Trainieren, Üben und weiteres Erproben wieder

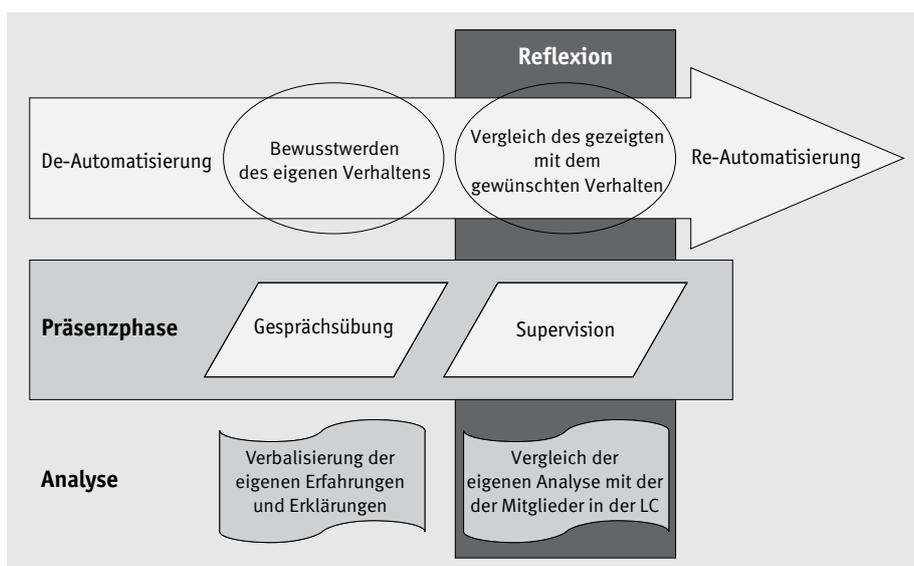


Abb. 5: De-Automatisierung, Reflexion und Re-Automatisierung zur Förderung sprachlich-kommunikativen Handelns durch die Analyse von Gesprächsübungen in der Präsenzphase

zu re-automatisieren. Die vorige Abbildung 5 verdeutlicht in Anlehnung an Henninger und Mandl (2003) diesen Kerngedanken.

Im Anschluss an eine Selbsterfahrungssequenz zum Thema *Aktualisierungstendenz* wird der erfahrungsbezogenen Arbeit an weiteren *theoretischen Themen* Raum gegeben. Was die Wissensvermittlung betrifft, ist Methodenvielfalt angesagt und der Computer sollte gerade in einem teilvirtualisierten Seminar nicht zum Selbstzweck werden. Die Studierenden finden es hilfreich, wenn zwischendurch Phasen mit realer, aus herkömmlichen Seminaren vertrauter, konkreter Wissensvermittlung durch die Lehrenden eingebaut werden und die Lehrenden dafür auch in den Präsenzmodulen im persönlichen Kontakt zur Verfügung stehen. Die Auseinandersetzung mit theoretischen Inhalten soll die Voraussetzung schaffen für die Entwicklung mentaler Modelle, die bei weiterführender Beschäftigung in der folgenden dritten und letzten Online-Phase als Orientierung und Gerüst für aktive Wissenskonstruktion in den LCs dienen.

In der *dritten und letzten Online-Phase* erfolgt eine Gesamtreflexion des Personenzentrierten Lernprozesses im Seminar auf dem Hintergrund des mediendidaktischen Lernarrangements und eine Rückmeldung zur Didaktik in der Lehrveranstaltung in Hinblick auf die Einbeziehung des WebCT. Auch für diesen *4. und letzten Arbeitsauftrag* wird Literatur zur Auswahl verfügbar gemacht. Da Flexibilität und situationsgerechtes Vorgehen ein Teil des mediendidaktischen Lernarrangements der Lehrveranstaltung sind, wurde in der Prototypenveranstaltung des vergangenen Semesters auf eine ursprünglich geplante individuelle Literatarbeit zu einem ausgewählten Kapitel im Zusammenhang mit dem persönlich signifikanten Lernprozess verzichtet, zumal an den im 2. Präsenzmodul angerissenen Theorieteil ja in den LCs weitergearbeitet wird und diese Ergebnisse den Studierenden in einem wiederum eigens dafür eingerichteten Forum als Abschlussbericht zugänglich gemacht werden. Auch eine nochmalige Peerevaluation wurde nicht verlangt, da die Lehrveranstaltung nicht nur am Ende des 1. Präsenz-Blockmoduls mit den an der Universität Graz üblichen quantitativen Fragebögen evaluiert wurde, sondern auch in eine Pilotevaluation im Rahmen der Qualitätssicherung medienbasierter Lehre an der Universität Graz miteinbezogen ist. Die Studierenden wurden gebeten an dieser online teilzunehmen. Die Auswertung dazu ist der Leiterin zugänglich, aber noch nicht in einem Entwicklungsstadium, in dem sie weitergegeben werden kann.

Ein zur Verfügung gestellter *individuell zu nützender Nachbesprechungstermin*, der für organisatorische Anfragen rund um die Leistungseinstufung der Studierenden und für allfällige persönliche Anliegen angeboten wird, wird u. a. auch für Nachfragen zu spezifischer Literatur, Materialien und Methoden genutzt, die die Studierenden auf Grund der positiven Erfahrungen auch in anderen Settings einsetzen möchten. Nur zu gerne wird dafür die Lehrveranstaltungsleiterin für ein persönliches didaktisches Coaching z. B. bei der Konzeption von Veranstaltungsdesigns angefragt. Da darauf auch nach der Nachbesprechung immer wieder zurückgegriffen

wird, kann auf eine gewisse Nachhaltigkeit der Erfahrungen geschlossen werden.

Damit ist zweifelsohne das Thema *Evaluation und Qualitätssicherung medienbasierter Lehr- und Lernsysteme* angesprochen. Nach den bisherigen Durchführungen kann dazu gesagt werden, dass die Lehrveranstaltung bei den Studierenden trotz des während des Semesters eingeforderten kontinuierlichen Arbeitsaufwandes auf positive Resonanz stößt und mit derselben Häufigkeit gewählt wird wie zwei außerdem angebotene Alternativveranstaltungen. Sowohl in der formativen und auch summativen Evaluation im Rahmen der traditionellen Lehrveranstaltungsbewertung an der Universität Graz als auch in der Online-Befragung zur Qualitätssicherung medienbasierter Lernarrangements wird die Veranstaltung äußerst positiv bewertet. Im Gegensatz zur traditionellen Evaluation steht bei der Evaluation internetbasierter Lernarrangements nicht mehr so stark das Produkt, sondern der Prozess des Lehrens und Lernens im Zentrum der Bewertung und Beurteilung (vgl. Wienold, 2004). Insbesondere wird diesbezüglich die Möglichkeit der besseren Einteilung und die Gelegenheit zum eigenständigen Arbeiten als Unterstützung für den individuellen als auch kollaborativen Lernprozess hervorgehoben. Die erworbenen Fertigkeiten im Umgang mit digitalen Medien und dem PC werden als Basis für virtuelle Kommunikation und Teamarbeit positiv eingeschätzt. Dies zeigte sich bereits im Laufe des Semesters in der ständig steigenden Aktivität in den Foren und in dem zeitgerechten Posten der Arbeitsaufträge bzw. Lerntagebücher, in denen die zeitlichen Vorgaben für die Arbeitsaufträge als strukturierende Elemente für den Arbeitsprozess thematisiert wurden.

Abschließende Bemerkungen

*Ein sich änderndes Bewusstsein ruft nach veränderter Technik,
und eine veränderte Technik verändert das Bewusstsein.*

(Vilém Flusser)

Die Erfahrungen mit den bisher durchgeführten formativ und summativ evaluierten online-unterstützten Gesprächsführungsseminaren in der Pilot-, Projekt-, und Prototypenphase ihrer Entwicklung lassen sich so zusammenfassen, dass einerseits die Teilnehmerinnen aufgrund der intensiven individuellen Betreuung (E-Coaching) und der Einbindung in die Kollaboration im Rahmen der LCs sowie aufgrund der mit dem Medium verbundenen stärkeren Motivation bereit waren, während des Semesters einen höheren Zeit- und Arbeits-einsatz zu leisten und dadurch sowohl inhaltlich, was den PCA und die damit zusammenhängenden Beziehungskompetenzen sowie die persönliche Entwicklung auf den unterschiedlichsten Ebenen angeht (Lernen von persönlichem Zeitmanagement, individuellem Wissensmanagement), aber auch im Bezug auf die Medienkompetenz mehr profitieren als bei herkömmlichen Unterrichtsformen.

Andererseits aber steigt der Aufwand für die Lehrveranstaltungsleiterin im selben Maße.

Was die Übertragbarkeit dieses medienbasierten Lernarrangements auf außeruniversitäre Veranstaltungen betrifft, bietet sich eine Implementierung von NIKT insbesondere für ebenfalls modular organisierte Gesprächsführungs- und Psychotherapieausbildungen oder für den Hochschullehrgang zur Ausbildung von Psychotherapeutinnen an, ist doch die durch die Nutzung verschiedener Informations- und Kommunikationstools erhöhte Medienkompetenz bereits Bestandteil und Notwendigkeit für internetgestützte Beratungsformen, deren Bedeutung weiter zunehmen wird. Eine Einbindung von Lern- und Übungsmöglichkeiten von computervermittelter Kommunikation in die Ausbildung, das Sammeln von praktischen Erfahrungen und der Austausch darüber auf kollegialer und wissenschaftlicher Ebene leistet zweifelsohne einen Beitrag zur Diskussion um den verantwortungsvollen Einsatz von internetbasierten Beratungs- und/oder Therapieformen und zur Professionalisierung von Beraterinnen in diesem neuen Feld. Allerdings haben kommerzielle Anbieter sowie Teilnehmerinnen an medienunterstützt durchgeführten Ausbildungen – je nach Umfang der individuellen Begleitung und Betreuung – mit höheren Kosten bzw. Teilnahmegebühren zu rechnen. Die in den Anfängen vorzufindende Vorstellung, dass online durchgeführte Kurse zu einer Kostenreduktion führen würden, hat sich als Illusion erwiesen. Die Vorteile virtueller Seminare liegen nicht beim Preis, sondern bei anderen Aspekten (vgl. Mangold, 2003). So werden im Gegenzug die Studierenden bzw. Seminarteilnehmerinnen nicht nur intensiver betreut, sondern ihnen bietet sich gleichzeitig die Möglichkeit, im Rahmen eines solchen Veranstaltungssettings Erfahrungen in der faszinierenden Welt der NIKT mit all ihren Möglichkeiten sowie mit neuen Formen des Lernens und Kommunizierens zu sammeln.

Literatur

- Abbate, J. E. (1994). *From Arpanet to Internet: A history of ARPA-sponsored computer networks, 1966–1988*. Unveröffentlichte Dissertation, University of Pennsylvania.
- Astleiter, H., & Keller, J. M. (1995). A model for motivationally adaptive computer-assisted instruction. *Journal of Research on Computing in Education*, 27, (3), 270–280.
- Barrett-Lennard, G. T. (1998). *Carl Rogers' helping system, journey and substance*. London: SAGE Publications.
- Baum, G., & Albrecht, H. (2003). Didaktische Maßnahmen zur Unterstützung der Kommunikation und Kooperation in einem teilvirtualisierten hochschulübergreifenden Seminar. In F. Thissen (Hrsg.), *Multimedia-Didaktik in Wirtschaft, Schule und Hochschule* (S. 123–132). Berlin: Springer.
- Baumgartner, P., Häfele, K., & Häfele, H. (2002). *E-Learning: Didaktische und technische Grundlagen. E-Learning Sonderheft BM:BWK Das Zukunftministerium*.
- Bielaczyc, K., & Collins, A. (1999). Learning communities in classrooms: A reconceptualization of educational practice. In C. M. Reigeluth (Ed.), *Instructional-design theories and models: A new paradigm of instructional theory* (pp. 269–292). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bransford, J. D. Franks, J. J., Vye, N. J., & Shepwood, R. D. (1989). New approaches to learning and instruction: Because wisdom can't be told. In S. Vosniadou & A. Ortony (Eds.), *Similarity and analogical reasoning* (pp. 470–497). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Busse, J. (1999). Dozentenhandbuch. Reihe „Tübinger Studentexte Informatik und Gesellschaft“ [On-line]. Verfügbar unter: <http://www-pu.informatik.uni-tuebingen.de/iug/dh/> [Datum des Zugriffs: 15. 2. 2005].
- Collins, C., Brown, J. S. & Newman, S. E. (1989). Cognitive apprenticeship: Teaching the crafts of reading, writing and mathematics. In L. B. Resnick (Ed.), *Knowing, learning, and instruction: Essays in honor of Robert Glaser* (pp. 453–494). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Friedrichsen, L. (2005). *10 Big Impact WebCT Teaching Tips* [On-line]. Available: http://scooby.webct.com/webct_userconf_2004/Friedrichsen.ppt [Last checked: 15. 2. 2005].
- Greeno, J. G., & Moore, J. L. (1993). Situativity and symbols: Response to Vera and Simon. *Cognitive Science*, 17, 49–54.
- Greeno, J. G. (1997). On claims that answer the wrong questions. *Educational Researcher*, 26, 5–17.
- Greeno, J. G., Collins, A. M., & Resnick, L. B. (1996). Cognition and learning. In D. C. Berliner & R. C. Calfee (Eds.), *Handbook of Educational Psychology* (pp. 15–46). New York: Simon & Schuster Macmillan.
- Grune, Chr. (2000). *Lernen in Computernetzen: Analyse didaktischer Konzepte für vernetzte Lernumgebungen*. München: Kopäd.
- Heidbrink, H. (Hrsg.). (2001). Kommunikation in virtuellen Gruppen. [Themenheft] [On-line]. *Gruppendynamik und Organisationsberatung, Zeitschrift für angewandte Sozialpsychologie*; 32, (2). Verfügbar unter: <http://psychologie.fernuni-hagen.de/Psychologie/SOZPSYCH/GD/Hefte/Heft201.html> [Datum des Zugriffs: 18. 2. 2005].
- Henninger, M., & Mandl, H. (2003). *Zuhören – verstehen – miteinander reden. Ein multimediales Kommunikations- und Ausbildungskonzept*. Bern: Huber.
- Hesse, F. W., Mandl, H., Reinmann-Rothmeier, G., & Ballstaedt, S.-P. (2000). Neue Technik verlangt neue pädagogische Konzepte. In Bertelsmann Stiftung, Heinz Nixdorf Stiftung (Hrsg.), *Studium online. Hochschulentwicklung durch neue Medien* (S. 31–51). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Kerres, M., & Jechle, T. (2000). Betreuung des Lernens in telemedialen Lernumgebungen. *Unterrichtswissenschaft*, 28 (3), 257–277.
- Lave, J. (1988). *Cognition in practice*. New York: Cambridge University Press.
- Lave, J. (1991). Situating learning in communities of practice. In L. B. Resnick, J. M. Levine & S. D. Teasley (Eds.), *Perspectives on socially shared cognition* (pp. 63–82). Washington, DC: American Psychological Association.
- Mandl, H., & Winkler, K. (2002). Neue Medien als Chance für problemorientiertes Lernen an der Hochschule. In J. Issing & G. Stäck (Hrsg.), *Studieren mit Multimedia und Internet* (S. 31–47). Münster: Waxmann.
- Mandl, H., Gruber, H., & Renkl, A. (2002). Situiertes Lernen in multimedialen Lernumgebungen. In J. Issing & P. Klimsa (Hrsg.), *Information*

- und Lernen in Multimedia und Internet (3., vollständig überarbeitete Aufl.) (S. 139-148). Weinheim: Beltz.
- Mangold, R. (2003). Verhaltenstraining Online – Kann man sozial-kommunikative Kompetenzen virtuell vermitteln? In F. Thissen (Hrsg.), *Multimedia-Didaktik in Wirtschaft, Schule und Hochschule* (S. 27–35). Berlin: Springer.
- Motschnig-Pitrik, R. (2004). Blended Learning in einer großen Informatik-Lehrveranstaltung: Personenzentriert oder Handlungsorientiert? In H. O. Mayer & D. Treichel (Hrsg.), *Handlungsorientiertes Lernen und E-Learning: Grundlagen und Praxisbeispiele* (S. 219–246). München: Oldenburg.
- Musch, J. (1997). Die Geschichte des Netzes: Ein historischer Abriss. In B. Batinic (Hrsg.), *Internet für Psychologen* (S. 27–48). Göttingen: Hogrefe
- Paechter, M. & Sindler, A. (2004). Verzahnung von Lehre und Forschung. Auszug aus dem Projektbericht „Qualitätssicherung medienbasierter Lehrarrangements“. In Vizerektorat für Studium, Lehre und Personalentwicklung und Abteilung für Lehr- und Studienservices an der Universität Graz (Hrsg.), *Neue Medien in Lehre und Forschung an der Universität Graz* (S. 103–106). Graz: Universitätsdruck.
- Pelz, B. (2004). (My) three principles of effective online pedagogy [Online]. *Journal of Asynchronous Learning Networks*, 8, 33–46. Available: http://www.aln.org/publications/jaln/v8n3/v8n3_pelz.asp [Last checked: 15. 2. 2005].
- Redlich, A. & Jacobs, M. (1998). *Kommunikative Basiskompetenzen in Beratungs- und Coachinggesprächen*. Hamburg: Aufbruch Organisationsberatung.
- Reinmann-Rothmeier, G. & Mandl, H. (2001). *Virtuelle Seminare in Hochschule und Weiterbildung*. Bern: Huber.
- Reinmann-Rothmeier, G. (2003). *Didaktische Innovation durch Blended Learning. Leitlinien anhand eines Beispiels aus der Hochschule. Leitlinien anhand eines Beispiels aus der Hochschule*. Bern: Huber.
- Rogers, C. R. (1969a/1974). *Lernen in Freiheit. Zur Bildungsreform in Schule und Universität*. München: Kösel.
- Rogers, C. R. (1961a). *On becoming a person – a psychotherapist's view of psychotherapy*. London: Constable.
- Rogers, C. R. (1983a). *Freedom to Learn for the 80's*. Columbus: Charles E. Merrill.
- Schmidtman, H. & Grothe, S. (2001). Wie fühlt man sich in einer virtuellen Arbeitsgruppe? [On-line]. *Gruppendynamik und Organisationsberatung, Zeitschrift für angewandte Sozialpsychologie*; 32, (2). Verfügbar unter: <http://psychologie.fernuni-hagen.de/Psychologie/SOZPSYCH/GD/Artikel/Virtuell/SchmidtmanGrothe.html> [Datum des Zugriffs: 18. 2. 2005].
- Schulmeister, R. (1997). *Grundlagen hypermedialer Lernsysteme. Theorie – Didaktik – Design* (2. aktual. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Schulmeister, R. (2001). *Virtuelle Universität – Virtuelles Lernen*. München: Oldenbourg.
- Schulmeister, R. (2002). Virtuelle Universitäten und Virtualisierung der Hochschulausbildung – Argumente und Konsequenzen. In J. Issing & G. Stäck (Hrsg.), *Studieren mit Multimedia und Internet* (S. 129–145). Münster: Waxmann.
- Schulmeister, R. (2004). Diversität von Studierenden und die Konsequenzen für E-Learning. In D. Carstensen & B. Barrios (Hrsg.), *Campus 2004: Kommen die digitalen Medien in die Jahre?* (S. 133–144). Münster: Waxmann.
- Sindler, A. (2004). *Etablierung einer neuen Lernkultur: Modelle medienbasierter Lernarrangements zur Förderung selbstregulierten Lernens im Kontext der Organisation*. Wien: Lit.
- Spiro, R. J., Feltovich, P. J., Jacobson, M. J. & Coulson, R. L. (1992). Cognitive flexibility, constructivism, and hypertext: Random access instruction for advanced knowledge acquisition in ill-structured domains. In T. M. Duffy & D. h. Jonassen (Eds.), *Constructivism and the technology of instruction* (pp. 57–76). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Paechter, M., & Sindler, A. (2004). Verzahnung von Lehre und Forschung. Auszug aus dem Projektbericht „Qualitätssicherung medienbasierter Lehrarrangements“. In Vizerektorat für Studium, Lehre und Personalentwicklung und Abteilung für Lehr- und Studienservices an der Universität Graz (Hrsg.), *Neue Medien in Lehre und Forschung an der Universität Graz* (S. 103–106). Graz: Universitätsdruck.
- Weizenbaum, J. (1966). ELIZA-A computer program for the study of natural language communication between man and machine [On-line]. *Communication of the ACM*, 19, 36–44. Available: <http://i5.nyu.edu/~mm64/x52.9265/january1966.html> [Last checked: 18.2.2005].
- Weizenbaum, J. (1977). *Die Macht der Computer und die Ohnmacht der Vernunft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Wienold, K. (2004). *Evaluation onlinebasierter Lehr-/Lernsysteme: Anforderungen an Instrumente zur Evaluation Neuer Medien*. Hamburg: Dr. Kovac.
- Zentel, P., & Hesse, F. W. (2004). *Netzbasierende Wissenskommunikation in Hochschule und Weiterbildung. Die Globalisierung des Lernens*. Bern: Huber.

Anmerkung

Besonders bedanken möchte ich mich für die positiven Synergieeffekte der verteilten Expertise, die bei der Entwicklung dieses medienbasierten Lernarrangements von der fachdidaktischen Beratung und der kollegialen Intervision mit Frau Ass.-Prof. MMag. Dr. Gerhild Bachmann sowie vom mediendidaktischen und technischen Coaching durch Frau Mag. FH Barbara Haubenwaller und den E-Tutorinnen ausgingen.

Autorin

Dr. Elfriede M. Ederer

Universitäre Forschungstätigkeit: Adaption von Verfahren zur Erfassung von Erlebens- und Verhaltensproblemen bei Kindern, Personenzentrierter Ansatz (PCA) unter Einbeziehung von didaktisch-methodischen Zugängen in der Aus- und Weiterbildung.

Praktisch angewandte Arbeitsschwerpunkte: Personal Coaching, Changemanagement, Organisations- und Teamentwicklung.

Korrespondenzadresse

*Abteilung für Integrationspädagogik und Heilpädagogische Psychologie am Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Graz
Merangasse 70/2, A-8010 Graz
E-Mail: elfriede.ederer@uni-graz.at*

Franz Kraßnitzer

Carl und Bob

Der Personzentrierte Ansatz im Wechselspiel mit bzw. als Teil der amerikanischen Populärkultur

Zusammenfassung: Die europäische personzentrierte Community hat es mit einer nordamerikanischen Erfindung zu tun. Und vielleicht ist auch darin begründet, dass es oft eine gewisse Herausforderung darstellt, Kongruenz zwischen Theorie und Praxis anzustreben. Von den vielen Eigenheiten, die die Vereinigten Staaten von Amerika ausmachen und somit auch die Person Carl Rogers beeinflusst haben, sollen einige erinnert werden: die Besiedlung und Begründung durch protestantische Europäer (Puritanismus), die typisch amerikanische Philosophierichtung des Pragmatismus und einige populäre Hervorbringungen der amerikanischen Kultur während jener Zeit, in der Carl Rogers, „Americas einflussreichster Berater und Psychotherapeut – und einer seiner prominentesten Psychologen“ (Kirschenbaum, 2002, S. 5), tätig war.

Schlüsselwörter: Geschichte des Personzentrierten Ansatzes, Puritanismus, Pragmatismus, Populärkultur.

Abstract: Carl and Bob. The person-centered approach in interaction with and as part of the American popular culture. The European person-centred community deals with a North American invention. And perhaps that fact bears the reason why it is often such a challenge to strive for congruence between theory and practice. The many peculiarities, which constitute the United States of America and thus also affect the person Carl Rogers, are to be considered: the settlement and establishment by protestant Europeans (puritanism), the typically American philosophical direction of pragmatism and some popular creations of the American culture during that time, in which Carl Rogers, “Americas most influential advisor and psychotherapist – and one of its most prominent psychologists” (Kirschenbaum 2002), was active.

Keywords: History of the Person Centered Approach, Puritanism, Pragmatism, Popular Culture.

*Don't follow leaders
Watch the parkin' meters*

Bob Dylan¹

„Ich stehe in der Einbildung, es sei zuweilen nicht unnütze, ein gewisses edles Vertrauen in seine eigenen Kräfte zu setzen. Eine Zuversicht von der Art belebt alle unsere Bemühungen und erteilt ihnen einen gewissen Schwung, der der Untersuchung der Wahrheit sehr beförderlich ist.“

Immanuel Kant (1724–1804)²

Einleitung

Dieser Text entspringt dem Bestreben, einigen Fragen, die sich einem durch die Beschäftigung mit dem Personzentrierten Ansatz stellen, nachzugehen und die Ergebnisse einem interessierten Teil der Community vorzulegen. Und es gilt die Formulierung von Hans Swildens (2002, S. 119): „... these reflections contain the author's own thoughts from his present position and make no claim to historical or scientific validity“.

Im Artikel werden Details aus dem Leben Carl Rogers' betrachtet, deshalb möchte ich auf ausführlichere Texte, die sich mit seiner Biografie beschäftigen, hinweisen: Ratzinger und Zinschitz (2001) untersuchen autobiografische Texte und geben einen Einblick in die Rogers-Biografien von Kirschenbaum (1979), Thorne (1992), Cohen (1997) und Groddeck (2002). Eine kompakte Kurzbiografie findet sich in Schmid (1995, S. 76–90), Grundsätzliches zu Philosophie und

¹ aus „Subterranean Homesick Blues“ Track 1 von Dylan (1965a).

² Kant 1747 in der Vorrede seiner Schrift „Gedanken von der wahren Schätzung der lebendigen Kräfte in der Natur.“, 1747. Aus: Immanuel Kant. Die drei Kritiken (1975), S. 9.

Menschenbild des Personzentrierten Ansatzes in Korunka (2001), Ausführliches zu den drei Aufenthalten Rogers' in Österreich und eine Problematisierung der Biografieschreibung in Stipsits (1999) und der amerikanische Kontext der Humanistischen Psychologie in Hutterer (1998, S. 39–67).

Grundsätzlich ist zu sagen, dass in diesem Text mit Amerika nicht der ganze Kontinent, sondern nur jener Teil gemeint ist, der als die Vereinigten Staaten von Amerika bezeichnet wird. Und grundsätzlich ist zu sagen, dass alles, was den Menschen betrifft, vor dem Hintergrund seiner Sterblichkeit stattfindet. Sein Bemühen, auch jenes, den Personzentrierten Ansatz zu verstehen, ist ein Bemühen um Geborgenheit im Ungewissen³.

Persönliches

Amerika hat mein Leben schöner gemacht. Amerika hat meinem Land nach dem Krieg wieder auf die Beine geholfen und die Unterhaltungsindustrie, das Gerüst der Populärkultur, hat in mir einen begeisterten Konsumenten ihrer Musik-, Film- und Literaturprodukte gefunden. Keine Frage, dass vieles an Amerika zu kritisieren ist. Zahlreich sind die Sünden der amerikanischen Politik und zahlreich die Publikationen, die sich damit beschäftigen⁴. Trotzdem erscheint mir simpler Antiamerikanismus nicht angebracht und in der hier vorgelegten Arbeit überwiegt ein amerikafreundlicher Blick.

Meine erste Bekanntschaft mit dem Personzentrierten Ansatz machte ich 1987 als Teilnehmer einer Wochenendgruppe im Rahmen des „La Jolla-Programms“ in Großrußbach bei Wien. Seitdem schwingt auch etwas „Amerikanisches“ mit dem Ansatz mit. Das mag mit der bis dahin für mich nicht gekannten Stimmung zu tun gehabt haben, die Menschen ermutigt bzw. auffordert, persönlichste Befindlichkeiten öffentlich zu äußern. Das „Amerikanische“ wurde aber vor allem durch Doug Land eingebracht. Doug Land, ein presbyterianischer Geistlicher, gründete 1967 gemeinsam mit Bill Coulson und Bruce Meador das originale La Jolla-Programm. Rogers war „Consultant“ des Programms und wirkte selbst nur in kleinem Rahmen mit. Veranstaltungsort war der Ort La Jolla bei San Diego in Kalifornien.⁵

3 „Geborgenheit im Ungewissen“ formuliere ich in Anlehnung an Peter Sloterdijks Sätze, mit denen er den ersten Band der Sphärentrilogie abschließt: „Kant hatte gelehrt, die Frage, mit der sich der Mensch seiner Lage in der Welt vergewissert, solle heißen: Was dürfen wir hoffen? Nach den Entgründungen des 20. Jahrhunderts wissen wir, dass die Frage lautet: Wo sind wir, wenn wir im Ungeheuren sind?“ (Sloterdijk 1998, S. 643–644).

4 Angelehnt an Frey (2005) seien folgende Stichworte erwähnt: Die Vernichtung der Indianer, Sklaverei und Unterdrückung der Schwarzen, ungezügelter Kapitalismus, Imperialismus in Lateinamerika, unterlassene Hilfeleistung für Europas Juden, die Atombomben. Frey untersucht zudem ausführlich die Sünden des Kalten Krieges, die Sünden gegen die eigenen Bürger und die Sünden gegen den Rest der Welt. Er beendet seine Einleitung mit den Sätzen „Jedes Land hat seine Sündenregister. Das amerikanische ist besonders schmerzvoll, gerade weil die USA ein so wunderbares Land sein könnte“ (Frey, 2005, S. 17).

5 Siehe Schmid (1994, S. 75f und 1996, S. 411f).

Kalifornien und die Zeit um 1967 hat den Namen „Summer of love“ bekommen. Dieser Begriff bezeichnet den Sound, der den Mythos von „flower power“, Hippies und Blumenkindern begleitet⁶. „Summer of love“ meint Kalifornien, Westküste Amerikas, Ende der 60er-Jahre, angenehmes Klima, Meer, langhaarige Männer, hübsche Frauen, naive Unbeschwertheit, Musik. Ich wäre gerne einmal dabei gewesen!

Auf der anderen Seite, an der Ostküste, vor allem in New York und Washington, agierten Bürgerrechtsbewegungen, Intellektuelle, Demonstranten und Protestsänger. Schon seit Beginn der Sechzigerjahre.

Es liegt nahe, anzunehmen, dass das eine mit dem anderen innig zu tun haben müsste: Carl Rogers Hand in Hand mit Joan Baez (geb. 1941) und Bob Dylan (geb. 1941), Harry Belafonte (geb. 1927) und Martin Luther King (1929–1968). Bei meinen Untersuchungen ist es mir aber nicht gelungen, eine Stelle zu finden, wo aufeinander Bezug genommen wird. Weder kommt der Personzentrierte Ansatz oder einer seiner Proponenten in einem Song aus den Sechziger- und Siebzigerjahren vor, noch erwähnt Rogers einen Namen aus der amerikanischen Populärkultur: keinen Sänger, keine Sängerin, keinen Filmemacher, keine Schauspielerin. Das war überraschend, denn Rogers war für mich erst zuletzt ein alter Mann. Oder richtiger: er war für mich immer ein alter Mann, nur in meiner Phantasie vom jungen Amerika hätte er auch jung sein müssen.

Carl würde meine Phantasie verstehen und sich über meine vertiefte Einsicht, die sich aus der Enttäuschung ergeben hat, freuen. Dass er nicht die ihm von mir zuge dachte Rolle gespielt hatte, bestätigt auch Hans Swildens, wenn er schreibt: „Er war nach eigener Ansicht nicht nur ein stiller Revolutionär, sondern auch ‚a revolutionary with a narrow focus‘. Gegner des Vietnamkrieges – seine Aussage ‚God forgive America, our homedestroying home‘ erhält in unseren Zeiten eine äußerst peinliche Aktualität – ging er doch nie auf die Barrikaden, sondern erwartete von seiner friedlichen humanistischen Revolution vielmehr einen langsam evolutionär verlaufenden Prozess der Humanisierung der Gesellschaft“ (Swildens, 2001, S. 32).

Der politische Hintergrund

Die Skepsis vor staatlicher Regulierung des persönlichen Lebens ist in Amerika besonders hoch. Deswegen wird die Sozialgesetzgebung,

6 Ein CD-Sampler mit dem Namen „The summer of love“, erschienen 1990, enthält u. a. folgende Titel aus den Jahren 1965 bis 1967: The Mamas & The Papas: California dreaming (1966) – The Byrds: Mr. Tambourine man (1965) – The Turtles: Happy together (1967) – Lovin' Spoonful: Daydream (1966) – Fleetwood Mac: Albatross (1968) – Scott McKenzie: San Francisco (wear some flowers in your hair) (1967) – Flowerpot Men: Let's go to San Francisco (1967) – Barry McGuire: Eve of destruction (1965) – Lovin' Spoonful: Summer in the city (1966) – The Mamas & The Papas: Monday monday (1966) – The Byrds: Eight miles high (1966) – Cream: Sunshine of your love (1967)

die ab 1933 von der Roosevelt-Administration durchgeführt wurde und als „New Deal“ allseits bekannt ist, immer wieder besonders betont. Sie geschah in Reaktion auf die Weltwirtschaftskrise Ende der Zwanzigerjahre, änderte aber nichts „an der grundlegenden Natur des amerikanischen Wirtschafts- und Gesellschaftssystems. Die USA sind bis heute ein Land gewaltiger Gegensätze zwischen Armen und Reichen, Starken und Schwachen, Insidern und Outsidern geblieben“ (Frey, 2005, S. 59). Im Gegenteil: Es entstand die Angst, dass über diese Hintertür der Sozialismus eingeführt werden könnte.

Als Carl Rogers Ende 1940 den berühmten Vortrag „Einige neuere Konzepte der Psychotherapie“ (Rogers, 1940b) hielt, der auch als Geburt des Personzentrierten Ansatzes betrachtet wird, tobte in Europa der Zweite Weltkrieg (1939–1945). Erst der Kriegseintritt der USA führte zur Befreiung von der Nazidiktatur.

Zwanzig Jahre später führte Amerikas Angst vor dem Kommunismus zu den Verwicklungen im Vietnamkrieg (von 1965 bis 1973), der „für die USA zum moralischen und militärischen Fiasko“ (Frey, 2005, S. 156) wurde. Als Reaktion darauf begannen in den Vereinigten Staaten bedeutende gesellschaftliche Veränderungen, die auch Westeuropa wesentlich beeinflussten. Minderheiten und die Jugend wurden selbstbewusster und beehrten gegen die bestehende Lebens- und Denkensart auf. Alltagskultur und Politik wurde dadurch angehalten, sich mit öffentlicher Kritik auseinander zu setzen. Protest und Nonkonformität bündelten sich in Demonstrationen und bei Konzertauftritten.

Populärkultur als Milieu für den Personzentrierten Ansatz

Populärkultur ist jener Bereich menschlicher Kultur, der größere Massen anspricht, intuitiv verstanden wird und in einer demokratischen Gesellschaft nicht autoritär beherrschbar ist. Sie ist Ausdruck momentaner persönlicher Befindlichkeiten und bedarf im Unterschied zur „Hochkultur“ keiner Subventionierung. Als Kultur der Unterhaltung benötigt sie ein gewisses Maß an bürgerlicher Freiheit und ein gewisses Maß an Wohlhabenheit (Hügel, 2003, S. 6, 18). Sie gehorcht den Gesetzen der Marktwirtschaft und der Konsument und die Konsumentin bestimmen das Angebot.

Es gibt also, wie oben geschildert, keine expliziten inneren Verschränkungen zwischen den zwei Systemen Populärkultur und Personzentrierter Ansatz. Wohl aber können von außen Ähnlichkeiten festgestellt werden und ebenso die Unterstützung, die sie einander, wenn auch unbeabsichtigt, bieten. Die amerikanische Populärkultur schafft ein Milieu, in dem es für Individuen leichter und auch attraktiver ist, einen eigenen persönlichen Weg im Leben zu finden. Der Personzentrierte Ansatz greift dieses Bestreben auf, identifiziert Bedingungen und liefert ein Konzept, das tauglich ist, in einem Kontext sozialen Beistands erfolgreich eingesetzt zu werden. Umwege über Training oder Kindheitsrekonstruktionen sind nicht mehr

notwendig, wenn auch nicht untersagt. Umgekehrt – dies sei mit aller Vorsicht vor Überschätzung angedeutet – steht der Ansatz dafür, persönliche Individualität und Kreativität zu fördern und somit die Populärkultur zu bereichern.

Der Personzentrierte Ansatz ist in Amerika entwickelt worden und in Europa auf fruchtbaren Boden gefallen (siehe auch Thorne & Lambers, 1998). Möglicherweise wird er sich so entwickeln wie die Popmusik, die auch in Amerika entstanden und in Europa groß geworden ist. Kurz gesagt: schwarzer Blues, schwarzer Gospelgesang, weißer Rock'n'roll, weiße Countrymusic, individuell gemischt, erfolgreich vermarktet – Elvis Presley (1936–1977). Dann Verbesserung in England und Re-Import in die USA – The Beatles, The Rolling Stones, The Who. Derzeit unüberschaubare Vielfalt, weltweit.

Es gibt viele Ursachen, warum der Therapieansatz von Carl Rogers weltweit auf so starkes Interesse gestoßen ist. Ich halte hier die populärkulturellen Strömungen, die vom Amerika der Sechzigerjahre ausgingen, für bedeutsam.

Warum Bob? Warum ein Künstler?

Bob Dylan ist der bedeutendste lebende Künstler der Gegenwart und ist, geboren am 24. Mai 1941, annähernd so alt wie der Personzentrierte Ansatz. Ich nehme ihn mir zu Hilfe, weil sein Name für vieles steht, das sonst nicht in der gebotenen Kürze ausgedrückt werden kann. Klar ist, dass der Künstler oder die Künstlerin mehr ist als die Person selbst. Der Künstler oder die Künstlerin ist er oder sie selbst zusammen mit dem, was das Publikum daraus macht. „Man kann sagen, dass ich öffentlich übte, dass mein ganzes Leben zu einer öffentlichen Probe wurde“ schreibt er in seiner kürzlich erschienenen Autobiografie (Dylan, 2004, S. 18). Andererseits sieht der Künstler Leonard Cohen seinen Sinn darin, „dieses kleine Leben dokumentieren“ (Nadel, 1999, S. 11) zu wollen. „Mein größtes Bedürfnis ist es, mir selbst interessant zu erscheinen“ und „man muss sich selbst neu erschaffen, damit man ein Leben führen kann, das der eigenen Notlage angemessen ist“ (Nadel, 1999, S. 179).

Bob Dylan ist in den Sechzigerjahren im Brennpunkt jener Entwicklung gestanden, die die Jugend hat sichtbar werden lassen. Er gilt als „voice of a generation“, hat sich aber jeder Führerschaft verweigert. Als Folksänger hat er einer Generation zur Sprache verholfen und im nächsten Moment jegliche Erwartungen zurückgewiesen. Er hat sich gegen Vereinnahmungen gewehrt und seine Fans vor den Kopf gestoßen.

Er hat Selbstverwirklichung betrieben, mit allen Risiken. Er hat Gott auf vielfältige Art gesucht, er hat Tumulte ausgelöst, indem er von der akustischen auf die elektrisch verstärkte Gitarre umgestiegen ist. Als er dafür bei einem Konzert 1966 mit „Judas“ beschimpft wird, antwortet er nicht mit „shut up“ sondern mit „you're a liar“! Womit er als Lügner nicht jemanden bezeichnet, der die Wahrheit verdreht, sondern jemanden, der sich weigert zu erkennen, dass

sich die Wahrheit geändert hat: Du lügst, weil du dumm bleiben willst.

1961 veröffentlicht Dylan seine erste Platte und Carl Rogers sein bekanntestes Buch „On becoming a person“ (Rogers, 1961a). Seit 1988 ist Bob Dylan mit seiner Band auf der „Never Ending Tour“ und spielt pro Jahr um die hundert Konzerte⁷.

Woodstock, der Oscar und die Schallplatte

Hätte ich Carl Rogers beim Popmusikfestival in Bethel, Bundesstaat New York, zwischen 15. und 17. August 1969⁸ getroffen, wäre er bereits 67 Jahre alt gewesen und ich fast schon elf. Er ein angesehener und erfolgreicher Psychotherapeut und Schriftsteller, ich in Begleitung meiner aufgeschlossenen Eltern. Dazu ist es nicht gekommen, aber das Ereignis ist als Woodstockfestival bekannt und vor allem durch den Film „Woodstock“, USA 1970, von Michael Wadleighs und das Dreifachalbum zum Mythos geworden.

Vorher, im April desselben Jahres, erhielt der Film „Young Americans“ den Oscar für den besten Dokumentarfilm 1968. Da der Film aber, wie man nachher draufgekommen war, im Jahr 1967 spielte, wurde er disqualifiziert und der Preis dem nächstfolgenden zugesprochen. Dieser hieß „Journey into Self“ – Bill McGaw, Producer – und dokumentierte die Arbeit von Carl Rogers. Zwei Jahre später erhielt diesen Preis der oben erwähnte Film „Woodstock“.⁹ Bob Dylan lebte zu der Zeit zwar in Woodstock, ist aber beim Woodstockfestival, das kurzfristig in den zwei Autostunden entfernten Ort Bethel verlegt wurde, nicht aufgetreten.

Eines der wesentlichsten Medien der Populärkultur ist die Schallplatte. Erst seit 1948 wird sie aus Polyvinylchlorid, kurz „Vinyl“, hergestellt. Davor verwendete man das wesentlich zerbrechlichere Material Schellack. Und hier zeigt sich Rogers' Aufgeschlossenheit gegenüber neuen Medien und Technologien. Denn Anfang der Vierzigerjahre begann er zu Forschungs- und Ausbildungszwecken damit, Gespräche mit Patienten elektromechanisch aufzuzeichnen (Kirschenbaum & Land Henderson, 1989, S. 202, 211). Das Mikrofon als Aufnahmegerät war schon seit 1928 erfunden, und als Speichermedium dienten Schellackplatten. Da die Aufnahmekapazität einer Platte mit ungefähr drei Minuten begrenzt war, mussten zwei Gerätschaften abwechselnd betrieben werden.

7 Williamson (2004, S. 197), siehe auch www.bobdylan.com

8 Ein Blick übers Meer zurück nach Mitteleuropa sieht in diesen Tagen Folgendes: In Österreich die ÖVP-Alleinregierung unter Josef Klaus II (19. April 1966 bis 21. April 1970) und den Bundespräsidenten Franz Jonas. In Deutschland die CDU/CSU-SPD-Koalition unter Kurt Georg Kiesinger. Vizekanzler und Außenminister ist Willy Brandt, der zwei Monate später (22. Oktober 1967) einer SPD-FDP-Koalition vorstehen wird (aus: Der große Ploetz). In der Schweiz den Bundespräsidenten Ludwig von Moos, mitglied der Christlichdemokratischen Volkspartei (siehe: www.admin.ch).

9 siehe www.oscar.com und www.infoplease.com/ipa/A0149117.html [aufgerufen am 22. 3. 2006]

Amerikanische Wurzeln

Carl Rogers stimmt der Meinung eines befreundeten Psychoanalytikers, dass kein Mensch im Laufe seines Lebens mehr als eine bahnbrechende Idee hätte, zu, und meint, dass das auch auf seine Arbeit zuträfe (1980a, S. 46). Er sagt hier nicht genau welche Idee. Ich meine, es ist jene, dem anderen, auch dem Hilfesuchenden, radikal die Verantwortung für sein Leben zu belassen. Dieses Konzept ist wesentlich für den Personzentrierten Ansatz. Man kann versuchen, damit kongruent umzugehen bzw. es kongruent zu umgehen, es bleibt aber eine Herausforderung. Auf der Suche nach einer Antwort darauf, was ihn befähigte, einen derart distanzierten, aber trotzdem liebevollen Blick auf den anderen zu werfen, landete ich in der Geschichte der Vereinigten Staaten.

Geschichte ist ja auch Kulturgeschichte, Kultur ist ja auch Populärkultur. Die USA sind selbstorganisiert von Anfang an – und damit bin ich noch beim Thema des Symposiums „Selbstorganisation“.

Die Geschichte der Vereinigten Staaten unterscheidet sich von der europäischen vor allem dadurch, dass sie beginnt. In Europa ist man immer schon mittendrin, jeder Moment ist beeinflusst von einem Netz von Vorangegangenen. Immer schon bestehen Herrschaftsstrukturen und Klassen von Menschen, denen eine demokratische Organisation politischer Macht abgerungen werden musste¹⁰. Amerika ist anders entstanden und Rogers beobachtet dort – in der zitierten Stelle speziell auch im Unterschied zu China – eine andere Tendenz: „eine Hervorhebung der Bedeutung des Individuums. Die Philosophie der Demokratie, der Menschenrechte, des Rechtes auf Selbstbestimmung – dies sind Elemente, auf die zunehmend größeres Gewicht gelegt wurde. Und dies ist auch der Boden, aus dem sich eine ganz spezielle Daseinsphilosophie entwickelt hat – der personzentrierte Ansatz“ (Rogers, 1980a, S. 87).

Der Puritanismus

Mehrheitlich Engländer und Niederländer sind es, die ab 1600 mit dem Schiff nach Amerika auswandern und sich dort ansiedeln. Es sind vor allem Protestanten, also Menschen, die wohl die Bibel, aber nicht die katholische Kirche ernst nehmen. Und es sind vor allem

10 Hier sei erinnert, dass das Wahlrecht eine kostbare und relativ kurze Erungenschaft ist. Vorländer (2003, S. 79) schreibt, dass „das allgemeine Männerwahlrecht in den USA, in Frankreich (1848), der Schweiz (1848/79), in Griechenland, in Neuseeland und eben in Deutschland relativ früh eingeführt worden war. Bis zum Ersten Weltkrieg sollten Australien, Finnland und Österreich und während des Krieges beziehungsweise kurz nach seinem Ende alle anderen westlichen Industriestaaten nachfolgen. ... Das Frauenwahlrecht wurde zuerst in Neuseeland (1893) eingeführt. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts folgten Australien, Finnland und Norwegen und nach dem Ersten Weltkrieg Dänemark, Deutschland, Irland, Luxemburg, die Niederlande, Österreich, Schweden und die USA. Erst nach dem Zweiten Weltkrieg wurde das allgemeine Wahlrecht für Frauen in Belgien, Frankreich, Griechenland, Italien, Japan, Portugal und – erst 1971 – in der Schweiz eingeführt“.

die radikalen Gruppen innerhalb der Protestanten, sie werden Calvinisten oder Puritaner genannt. Dazu gehören asketisch gerichtete Bewegungen wie Baptisten, Mennoniten, Quäker oder Kongregationalisten (Weber, 2000, S. 11). Rogers' Familie gehört der Gruppe der Kongregationalisten an (Groddeck, 2002, S. 19). Die Kongregationalisten in Neuengland und die Quäker in Pennsylvania waren vor der Unabhängigkeitserklärung 1776 die einzigen zwei gesetzlich zugelassenen Kirchen (Howard, 2001, S. 66).

Diese religiöse Richtung – wobei die Kongregationalisten als eher liberal gelten, hier geht es aber nicht um Rogers' Herkunftskirche, sondern um das gesamte puritanische gesellschaftliche Umfeld – akzeptiert keine Autorität außer der Bibel und fügt sich keiner weltlichen Hierarchie. Sie sieht den Menschen als Geschöpf Gottes, das dazu geschaffen und berufen ist, seine weltlichen Pflichten zu erfüllen und dadurch Gott zu verherrlichen. Teilweise wurde sie von der Anglikanischen Kirche verfolgt. Als wesentliches Dogma dieser Lehre gilt die sogenannte Gnadenwahl oder Prädestinationslehre. Diese besagt, dass Gott „zur Offenbarung seiner Herrlichkeit“ (Weber, 2000, S. 58) einige Menschen zu ewigem Leben und andere zu ewigem Tod bestimmt hat. Max Weber (1864–1920), von Dietrich Schwanitz wiederum als der „deutsche Kirchenvater der Soziologie“ (Schwanitz, 1999, S. 145) bezeichnet, hat den Calvinismus als Träger der kapitalistischen Kultur ausgemacht: in England, Holland und vor allem in den Vereinigten Staaten. In seinem berühmten Werk „Die protestantische Ethik und der „Geist“ des Kapitalismus“ (1904 bzw. 1920) beschreibt er „die praktische Wirkung der Religion“ auf das berufliche und wirtschaftliche Handeln der Menschen. Die Bedeutung von Arbeit, Leistung und Erfolg kann also als etwas verstanden werden, das seinen Ursprung in der religiösen Vorstellung hat. Die Auserwähltheit kann nicht durch „gute Werke“ oder „Nächstenliebe“ erreicht werden. Gott ist nicht umzustimmen. Aber durch gottgefällige Lebensweise und Erfolg kann eine Gewissheit von der Auserwähltheit zur Seligkeit konstruiert werden. Weber beschreibt diesen Zusammenhang in atemberaubender Sachkenntnis und Akribie, ist sich aber der „unausschöpflichen Mannigfaltigkeit, die in jeder historischen Erscheinung steckt“ (Weber, 2000, S. 10) bewusst und betont somit, dass dies nur ein Aspekt sein kann.

Die Lehre der Gnadenwahl bewirkt eine „Vereinsamung des einzelnen Individuums“ (Weber, 2000, S. 62), die sich auch in der „oft wiederkehrenden Warnung ... vor jedem Vertrauen auf Menschenhilfe und Menschenfreundschaft“ (Weber, 2000, S. 63) ausdrückt. Im Westernfilm, einem typischen Zweig der amerikanischen Populärkultur, wird dies durch den einsamen und wortkargen Cowboy auf vielfältigste Art und Weise immer wieder aktualisiert.

Rogers (1961a) beschreibt seine Kindheit als gekennzeichnet „durch enge Familienbindungen, eine strenge und kompromisslose religiöse und ethische Atmosphäre, und etwas, das auf eine Verehrung des Werts der schweren Arbeit hinauslief (...) Wir waren innerhalb der Familie vergnügt, hatten aber wenig mit anderen Leuten zu tun“ und betont die Wichtigkeit der elterlichen Überzeugung, dass

„eine Familie mit Jugendlichen sich von den ‚Versuchungen‘ der Kleinstadt fernhalten sollte“ (Rogers, 1961a, S. 21).

Andererseits, neben der puritanischen Lebensauffassung, ist das amerikanische Selbstverständnis von der Aufklärung mitbestimmt. Die von Thomas Jefferson (1743–1826) verfasste Unabhängigkeitserklärung – gemeint ist die Unabhängigkeit vom Mutterland England – beginnt mit folgendem Satz: „Wir halten diese Wahrheit für selbstverständlich, dass alle Menschen gleich geschaffen und von ihrem Schöpfer mit gewissen unveräußerlichen Rechten ausgestattet wurden – darunter Leben, Freiheit und das Streben nach Glück.“¹¹ Diese Erklärung wurde am 4. Juli 1776 vom Kontinentalkongress beschlossen (Demandt, 2003, S. 198) und jährlich wird am Independence Day dieses Ereignisses gedacht.

Aber schon 150 Jahre vorher, nachdem sie mit dem Schiff namens „Mayflower“ nach Amerika gesegelt und in Massachusetts gelandet waren, setzten jene Puritaner, die eine Minderheit unter den etwa hundert Passagieren waren und Pilgerväter genannt wurden, den „Mayflower Vertrag“ auf. Er ist als frühestes Dokument amerikanischer Selbstverwaltung und des Willens, ihre Gemeinwesen mit selbstgegebenen gerechten und gleichen Gesetzen zu ordnen, in die amerikanische Geschichte eingegangen (Dippel, 2002, S. 10). Selbstorganisation ist hier grundgelegt.

Der Pragmatismus

Im Spätsommer 1909 fuhr der damals 53-jährige Begründer der Psychoanalyse für etwa drei Wochen das erste und einzige Mal nach Amerika. Sigmund Freud (1856–1939) nahm den Ehrendokortitel der Clark University in Worcester, Massachusetts entgegen und hielt dort fünf Vorlesungen in deutscher Sprache. Wir können davon ausgehen, dass der damals siebenjährige Knabe Carl Ransom Rogers nicht an die Ostküste gereist ist, um ihn dort zu treffen.

Dies tat aber der 67-jährige William James (1842–1910), „Amerikas berühmtester und einflussreichster Psychologe und Philosoph“ (Gay, 1989, S. 241). James hört eine Vorlesung und unternimmt mit Freud einen Spaziergang. Er äußerte sich anschließend besorgt über Freuds fixe Ideen und die programmatische, obsessive Religionsfeindlichkeit der Freudianer, meint aber, dass die Entwicklung ihrer Ideen gewiss Licht auf die menschliche Natur werfen würden (Gay, 1989, S. 242).

11 aus Frey (2005, S. 7). Die Formulierung im englischen Original: „We hold these truths to be self-evident, that all men are created equal, that they are endowed by their Creator with certain inalienable Rights, that among these are Life, Liberty, and the pursuit of Happiness. That to secure these rights, Governments are instituted among Men, deriving their just powers from the consent of the governed. That whenever any Form of Government becomes destructive of these ends, it is Right of the People to alter or to abolish it, and to institute new Government.“ (aus Vorländer, 2003, S. 70f)

Konrad Paul Liessmann (2001) widmet ein Kapitel seiner Radiovorlesung William James mit dem Titel „Vom Nutzen der Wahrheit“ und stellt in Europa eine aktuelle Renaissance des Pragmatismus fest. Das ist jene typisch amerikanische Philosophierichtung, deren bedeutendste Denker neben James seine Freunde Charles Sanders Peirce (1839–1914) und Wilhelm Dilthey sind. Der Pragmatismus kritisiert jede Form von Versuchen, die Welt aus einem Prinzip zu erklären. Anstelle von Begriffen spricht man von Hypothesen und die Philosophie nimmt einen experimentellen Charakter an. Theorien gelten als Werkzeuge und deren Qualität hat sich in ihrer Brauchbarkeit für die Verbesserung des menschlichen Lebens zu erweisen.¹² Ich meine, dass auch „unsere“ Aktualisierungstendenz genau in diesem Sinn zu verstehen ist (Kraßnitzer, 1997).

Während in Europa Friedrich Nietzsche die geistige Befindlichkeit auf den Punkt bringt, ist es in Amerika William James. Beide sind für Peter Sloterdijk „genuine Denker der Moderne, das heißt Interpreten des Ungeheuren¹³“ gewesen. Aber „wo Nietzsche auf Einsamkeit, Elitismus und Zuspitzung setzt (...) verhält sich James, so gut es ihm gelingen will, moderierend, konzilient, abwiegelnd, unwählerisch, republikanisch“. Mit einem Wort charakterisiert ginge es bei Nietzsche um „Höhe“, bei James um „Vielfalt“. Oder, wie es Greil Marcus formuliert: „Amerikaner zu sein heißt genau genommen, sich ein Schicksal vorzustellen, anstatt eines zu erben“ (Marcus, 1999, S. 25).

2007 bietet sich die Gelegenheit, den 100. Geburtstag von James' Buch „Pragmatismus“ gemeinsam mit dem 30. von Rogers' „Die Kraft des Guten“ zu feiern. Bis dorthin werden wir weiter daran arbeiten, das Gute weniger zu strapazieren, damit ihm nicht die Kraft ausgeht.

Literatur

- Cohen, D. (1997). *Carl Rogers, A critical biography*. London: Constable.
- Demandt, A. (2003). *Sternstunden der Geschichte*. München: C. H. Beck.
- Dippel, H. (2002). *Geschichte der USA*. München: C.H. Beck
- Dylan, B. (1965a). *Subterranean Homesick Blues*, On Album Nr. 5 [CD], New York: Sony Records.
- Dylan, B. (2004). *Chronicles. Volume One*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Frey, E. (2005). *Schwarzbuch USA*. Frankfurt/Main: Eichborn Verlag.
- Gay, P. (1989). *Freud. Eine Biographie für unsere Zeit*. Frankfurt/Main: S. Fischer Verlag.
- Groddeck, N. (2002). *Carl Rogers, Wegbereiter der modernen Psychotherapie*. Darmstadt: Primusverlag.
- Howard, D. (2001). *Die Grundlegung der amerikanischen Demokratie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hügel, H. (Hrsg.) (2003). *Handbuch Populäre Kultur. Begriffe, Theorien und Diskussionen*. Stuttgart: J. B. Metzler.
- Hutterer, R. (1998). *Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität*. Wien: Springer.
- James, W. (1997). *Die Vielfalt religiöser Erfahrung*. Mit einem Vorwort von Peter Sloterdijk. Frankfurt am Main und Leipzig: Insel Verlag (Original erschienen 1902: *The Varieties of Religious Experience*. New York).
- Kant, I. (1975). *Die drei Kritiken in ihrem Zusammenhang mit dem Gesamtwerk*. Stuttgart: Alfred Kröner Verlag.
- Kirschenbaum, H. (1979). *On becoming Carl Rogers*. New York: Delacorte Press.
- Kirschenbaum, H. (2002). Carl Rogers' Leben und Werk: Eine Einschätzung zum 100. Jahrestag seines Geburtstages. *Person*, 6(1), 5–15.
- Kirschenbaum, H., & Land Henderson, V. (Hrsg.). (1989). *The Carl Rogers Reader*. Boston: Houghton Mifflin.
- Korunka, C. (2001). Die philosophischen Grundlagen und das Menschenbild des Personenzentrierten Ansatzes. In: P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid, & N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*. Wien: Facultas (S. 33–56).
- Kraßnitzer, F. (1997). *Die Aktualisierungstendenz ist ein Axiom. Untersuchung eines grundlegenden Begriffs des Personenzentrierten Ansatzes im Lichte des Mythos des Sisyphos und andere Anmerkungen im Rahmen der Ausbildung zum Personenzentrierten Psychotherapeuten*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Liessmann, K. P. (Sprecher) (2001). *Denken und Leben III. Annäherung an die Philosophie des 20. Jahrhunderts in biographischen Skizzen* (CD 640. CD 1 Track 1–5) Wien: ORF.
- Marcus, G. (1999). *Mystery train. Rock'n' Roll und amerikanische Kultur*. Berlin: Ullstein Buchverlag.
- Nadel, I. B. (1999). *Das Leben Leonard Cohens*. Various Positions. Berlin: Ullstein.
- Ploetz (2003): *Der große Ploetz. Die Daten-Enzyklopädie der Weltgeschichte. Daten, Fakten, Zusammenhänge. Begründet von Dr. Carl Ploetz*. 33. neu bearbeitete Auflage. Köln. Komet
- Ratzinger, H., & Zinschitz, E. (2001). Innenansichten – Außenansichten. Carl Rogers im Licht biografischer Texte. *Person* 5(2), 9–19.
- Rogers, C. R. (1940b). Some newer concepts of psychotherapy (manuscript). dt.: Einige neuere Konzepte der Psychotherapie. In: Stipsits, R. & Hutterer, R. (Hrsg.). (1992). *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie*. Wien: WUV Universitätsverlag (S. 15–38).
- Rogers, C. R. (1961a/1973). *On becoming a person. A Therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin. dt. 1973: *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Psychotherapeuten*, Stuttgart: Klett.

12 In James' Universität Harvard wurde erstmals ein Wirtschaftsstudium angeboten (1908), wo „business“ gelehrt wurde, d. h. Herstellung und Vermarktung (Watson, 2003, S. 120–142).

13 Peter Sloterdijk im Vorwort zu James (1997, S. 22)

- Rogers, C. R. (1980a/1981). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin. Dt.: (teilweise): Der neue Mensch. Stuttgart: Klett.
- Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch. Bd I: Autonomie und Solidarität*. Köln: EHP.
- Schmid, P. F. (1995). *Personale Begegnung. Der personzentrierte Ansatz in Psychotherapie, Beratung, Gruppenarbeit und Seelsorge* (2. Auflage). Würzburg: Echter.
- Schmid, P. F. (1996). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis. Ein Handbuch. Bd II: Die Kunst der Begegnung*. Paderborn: Junfermann.
- Sloterdijk, P. (1998). *Sphären I. Blasen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Schwanitz, D. (1999). *Bildung. Alles, was man wissen muss*. München: Goldmann Verlag.
- Stipsits, R. (1999). *Gegenlicht – Studien zum Werk von Carl R. Rogers (1902-1987)*. Wien: WUV/Universitätsverlag.
- Swildens, H. (2001). Carl Rogers – Übernahme der Erbschaft, ohne Idealisierung. *Person*, 5(2), 32–34.
- Swildens, H. [1999] (2002). Where did we come from and where are we going? The development of person-centered psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1(1–2), 118–131.
- Thorne, B. (1992). *Carl Rogers*. London: Sage.
- Thorne, B. & Lambers, E. (Eds.). (1998). *Person-centred therapy. A European perspective*. London: Sage.
- Vorländer, H. (2003). *Demokratie. Geschichte, Formen, Theorien*. München: C. H. Beck.
- Watson, P. (2003). *Das Lächeln der Medusa. Die Geschichte der Ideen und Menschen, die das moderne Denken geprägt haben*. München: Wilhelm Goldmann Verlag (Original erschienen 2000).
- Weber, M. (2000). *Die protestantische Ethik und der „Geist“ des Kapitalismus*. Weinheim: Beltz Athenäum Verlag.
- Williamson, N. (2004). *The Rough Guide to Bob Dylan*. London: Rough Guides Ltd.

Autor

Franz Kraßnitzer, 1959, Personzentrierter Psychotherapeut, Mitglied der APG / Sektion IPS. Arbeitsschwerpunkt: Männer, Paare. Verlagsangestellter

Korrespondenzadresse

Franz Kraßnitzer
Walcherstraße 17/7/19, A-1020 Wien
E-Mail: franz.krassnitzer@chello.at

Rezensionen*

Gerhard Stumm

Jobst Finke: Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen. 3. neubearbeitete und erweiterte Auflage

Stuttgart: Thieme, 2004. 189 Seiten, ISBN 3-13-129603-8, € 29,95.

Bereits die erste Auflage dieses Buches, die 1994 unter dem Titel „Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie“ erschienen ist, hat mich beeindruckt, wurde doch damit u. a. zum ersten Mal in systematischer Weise aus der personzentrierten Therapietheorie eine konkrete Therapiepraxis abgeleitet. So hat Finke Therapietechniken zusammengefasst bzw. generiert, die sich als Umsetzungsmöglichkeiten der personzentrierten therapeutischen Grundhaltungen (von ihm als Therapieprinzipien bezeichnet) verstehen. Darüber hinaus hat er mit vielen Beispielen illustriert, welche Form diese Techniken sozusagen als „Interventionen“ annehmen können. Zugleich hat der Autor klar gestellt, dass diese Beispiele nicht Anleitungen im Sinne von Manualen sind, sondern mögliche Explikationen innerer Prozesse und Erlebnisweisen des Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin, deren Stimmigkeit aus seinem bzw. ihrem tatsächlichen Erleben und aus dem situativen und Beziehungskontext zu beurteilen ist. Wieweit die von Finke formulierten verbalen Verstehensversuche sowie Bemühungen um unbedingte Wertschätzung und Echtheit vom Klienten bzw. von der Klientin wahr- und angenommen werden können, bleibt immer dem einmaligen Klienten und dem einmaligen Moment vorbehalten. Die vielen Interventionsbeispiele mögen daher in manchen Fällen und auch angesichts ihrer Fülle konstruiert wirken, aber gerade für angehende Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen liefern sie eine wertvolle Demonstration dafür, wie ihre inneren Haltungen dem Klienten bzw. der Klientin kommuniziert werden können.

Zehn Jahre später hat Jobst Finke nun eine doch so weitgehende Überarbeitung vorgenommen, dass der neue Titel nicht nur ein Etikettenwechsel ist, sondern abbildet, dass es sich – insbesondere vom Text her gesehen – um ein nahezu neues Buch handelt. (Dass hier „Gesprächspsychotherapie“ als Titel gewählt wurde, sehe ich im Übrigen als naheliegendes Zugeständnis an den deutschen Markt an, der ja doch den Hauptanteil der Leserschaft stellt.)

Die Grundidee freilich ist gleich geblieben: die praktische Veranschaulichung Personzentrierter Psychotherapie in einer systematisierten Form, zunächst noch allgemein und unabhängig von speziellen Störungsformen und Klientengruppen gehalten (Kap. 3), in einem speziellen Kapitel (Kap. 5) aber auch störungsspezifisch differenziert. Diese beiden Abschnitte bilden mit 120 von 176 Textseiten nicht nur quantitativ den größten Anteil des Buches, sondern stellen meines Erachtens die Säulen der Publikation dar. Gut zwei Drittel der Ausführungen sind also der allgemeinen und speziellen personzentrierten Therapiepraxis gewidmet, wie Finke sie ausfaltet. Der Rest des Textteils verteilt sich auf kleinere Kapitel wie Störungs- und Therapietheorie, Diagnostik und Indikation, Bezug zur Pharmakotherapie, Gruppen- bzw. Paar- und Familientherapie, Traumarbeit sowie Rahmenbedingungen. Diese Abschnitte runden die Publikation ab. Besonders erwähnenswert erscheint mir, dass Finke zu jenen klientenzentrierten Praktikern zu rechnen ist, die sich mehrfach mit der Rolle der Träume im Personzentrierten Ansatz befasst haben. Dies ist sozusagen eine Domäne und Spezialkompetenz des Hermeneutikers, die eben auch in das Kapitel über Traumarbeit einfließen.

Es zählt zu den besonderen Verdiensten des Autors, die Umsetzung der personzentrierten Grundeinstellungen in der Therapiepraxis zu systematisieren: So sind für ihn das Bekunden von Sorge bzw. Solidarität, Bestätigen und Ermutigen Explikationen des für ihn elementaren Therapieprinzips „*Bedingungsfreies Akzeptieren*“. Das Therapieprinzip „*Einführendes Verstehen*“ wird in Anlehnung an die frühere Ausgabe stufenförmig konkretisiert. Beginnend mit „umakzentuierendem Wiederholen“ werden sukzessive vertiefende Therapietechniken vorgeschlagen wie „situationsbezogenes Verstehen“, „selbstkonzeptbezogenes Verstehen“, „organismusbezogenes Verstehen“ und schließlich auch biografisch ausgerichtete Interpretationen. „Konfrontation“ und „Selbsteinbringung“ sowie

* Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen, dzt.: Franz Berger, Basel, E-Mail: franz.berger@unibas.ch bzw. Gerhard Stumm, Wien, E-Mail: gerhard.stumm@tplus.at Vorliegende Rezensionen mögen per E-Mail bei einem der beiden eingereicht werden.

partiell „Beziehungsklären“ (siehe unten) wiederum sind übergeordnete Umsetzungskategorien des Therapieprinzips „Echtheit“. In diesem Punkt manifestiert sich übrigens ein spezielles Anliegen des Autors, nämlich die über die Alter-Ego-Beziehung hinaus reichende Therapiepraxis zu veranschaulichen und in diesem Sinne die Vielfalt des Personzentrierten Ansatzes in der Psychotherapie hervorzuheben. Didaktisch folgt Finke in diesem Abschnitt einem gleich bleibenden Schema: Nach einer kurzen Erläuterung des jeweiligen Therapieprinzips werden jeweils die damit verbundenen Ziele und Funktionen, die Praxis, die Schwierigkeiten und Gefahren sowie die Indikation dazu ausgeführt.

Gleich geblieben ist auch der ansprechende Stil der Ausführungen. Finke vermag sich einer Sprache zu bedienen, die den Gegenstand erläutert, anregend Inhalte transportiert, Akzente setzt und Polaritäten umreißt. Obwohl die Formulierungen nie simpel sind, liest sich das Buch leicht.

Neben der bereits erwähnten durchgehenden Um- bzw. Neuformulierung des gesamten Textes, die dem Buch noch mehr Farbe und Kompaktheit verleihen, sind eine Reihe von Punkten gegenüber der Auflage aus 1994 verändert:

1. Nunmehr leitet der Autor seine Publikation gewissermaßen zweifach (Einleitung und Kap. 1) mit einer Standortbestimmung ein. Hierin skizziert er den Personzentrierten Ansatz in der Psychotherapie als handlungsorientiertes, störungsspezifisches und multiperspektivisches Verfahren, das er erlebenszentriert, beziehungs- und klärungsorientiert versteht. An dieser Stelle macht der Autor auch seinen eigenen Standort transparent. Ich denke, er lässt sich am besten so fassen, wie ich Finke einmal öffentlich bezeichnet und dafür Zustimmung von ihm bekommen habe, nämlich als „phänomenologisch orientierten Hermeneutiker“, der sein Praxisverständnis insbesondere um den Kernsatz „Verändern durch Verstehen und Sinnerfassung“ zentriert. Zugleich sehe ich es als eine seiner Stärken, dass er auf Ausgewogenheit achtet, um Einseitigkeiten vorzubeugen. Trotz seiner eigenen persönlichen Gewichtung sind für ihn auch die Grundhaltungen insbesondere der Anerkennung (bedingungsloses Akzeptieren, unbedingte Wertschätzung, positive Beachtung) als umfassendes Kernprinzip und der auf Begegnung abzielenden Authentizität glaubwürdig von hohem Wert. Finkes Entwurf, die verschiedenen Schulen der Personzentrierten Psychotherapie jeweils aus der Akzentuierung einer der drei Grundhaltungen abzuleiten (Kap. 1.4), hat zwar etwas Bestechendes, wird aber letztlich den einzelnen Strömungen nicht gerecht, weil damit doch das Gesamtgefüge der therapeutischen Grundprinzipien zumindest tendenziell zerrissen wird.

2. Der persönlichkeits-theoretische, der störungstheoretische und der therapietheoretische Abriss, der in der alten Auflage noch auf drei einzelne Kapitel aufgeteilt war, ist nunmehr in einem Kapitel verdichtet (Kap. 2). Hierzu sei ein Einwand angemerkt. So schreibt Finke, dass „bei den Persönlichkeitsstörungen [...] ein Defizit der Aktualisierungstendenz anzunehmen“ ist (S. 11). Diese Diktion, die

ja wohl auch darauf beruht, dass bei gewissen Störungsgruppen Entwicklungsprozesse nur in bescheidenem Ausmaß gelingen, ist aber m. E. in Frage zu stellen. Sie nimmt argumentativ nicht Bezug auf die schon bei Rogers vorgenommene Differenzierung in einen *erhaltenden* und einen *entfaltenden* Anteil. Anstatt ein grundsätzliches Defizit der Aktualisierungstendenz zu postulieren, ist das Konzept aus meiner Sicht durchaus geeignet, schwere Entwicklungsstörungen theoretisch zu integrieren, im Besonderen durch die Beachtung der Bedeutung ihres Ablegers, der – das Selbstkonzept erhaltenden und entfaltenden – Selbstaktualisierungstendenz.

3. Neu ist auch die Ausweitung der Störungsbilder in Hinblick auf spezifische Vorgangsweisen in der Praxis in Kapitel 5 um die gesamte Palette der Persönlichkeitsstörungen, um somatoforme (funktionelle) Störungen sowie um Suchtformen wie die Alkoholabhängigkeit und die Bulimie, exemplarisch für die Essstörungen, wobei alle Störungsformen nach dem gleichen Raster abgehandelt werden: Diagnostik und Indikation, Inkongruenz und Beziehungsaspekte sowie Behandlungspraxis. In der früheren Version waren nur die Depression, die Angststörung, die narzisstische Persönlichkeitsstörung und die Schizophrenie berücksichtigt.

4. Ebenso neu ist der knappe Exkurs über den Einsatz von Psychopharmaka im psychotherapeutischen Kontext (Kap. 6) und

5. ein Kapitel über Paar- und Familientherapie (Kap. 8) (zusätzlich zur Gruppenpsychotherapie, Kap. 7): Beide sind aber eher elementar angelegt, um die Vollständigkeit der unterschiedlichen Settings Personzentrierter Psychotherapie abzudecken.

6. Die Literaturverweise sind ausgeweitet.

7. Von Interesse mag auch sein, dass Finke im Abschnitt über Therapieprinzipien und -techniken (Kap. 3) sich entschlossen hat, dem „Beziehungsklären“, das er in der Auflage aus 1994 dem Therapieprinzip „Echtheit“ zugeordnet hat, nunmehr eine Zwischenstellung einzuräumen und zwar von interaktionsbezogenem Verstehen einerseits und Stellungnahme des Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin als ausdrücklichem dialogischem Vollzug der therapeutischen Beziehung auf der anderen Seite.

Zusammenfassend meine ich, dass das Buch unter die wichtigsten deutschsprachigen Veröffentlichungen über die Personzentrierte Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie) einzureihen ist und z. B. neben dem Klassiker von Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz zu den unverzichtbaren Quellen für personzentrierte Praxis und Ausbildung zählt. Es deckt ein spezielles Spektrum im Gesamt des Personzentrierten Ansatzes in der Psychotherapie ab, nämlich – in etwa analog zu Swildens' Arbeit – eine klinische, störungsspezifische und dezidiert um Systematik und konkrete Technik bemühte praxisrelevante Ausrichtung, die dabei aber verkürzende Tendenzen einer manualisierten Praxis zu vermeiden weiß.

Christian Fehring

Arist von Schlippe / Willy Christian Kriz (Hrsg.): Personzentrierung und Systemtheorie. Perspektiven für psychotherapeutisches Handeln

Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2004. 307 Seiten, ISBN 3-525-49078-X, € 24,90.

Der Anlass für die vorliegende Publikation ist der 60. Geburtstag von Jürgen Kriz. Ihm ist es zu danken, dass wesentliche Perspektiven des Personzentrierten Ansatzes, sowohl in der Theorie als auch in der Praxis, in der Auseinandersetzung mit anderen therapeutischen Konzeptionen nicht verschwinden. Sein Anliegen und Verdienst ist darin zu sehen, dass der PCA in dieser Auseinandersetzung mit anderen Strömungen nicht verwässert und unscharf wird, sondern in seiner eigenen Akzentuierung deutlich wahrnehmbar ist. Entscheidend ist es für Kriz, in diesen Kontroversen eine sachliche Form der Kommunikation zu finden; für ihn bedeutet das, sich auf die Suche nach einem gemeinsamen Verstehen zu begeben und nicht dem Versuch zu erliegen, die Oberhand in der jeweiligen Auseinandersetzung zu behalten. Er besteht auf Diskursgenauigkeit und fordert die Bereitschaft ein, dem jeweils anderen zuzuhören und kontroverse Argumentationen zuzulassen. Das zentrale Anliegen von Kriz ist es, die Vielfalt und Fülle menschlicher Erfahrungen als eine mögliche Realitätskonstruktion zu schätzen und damit zu arbeiten. „Systemisch“ ist keine ontologische Kategorie, die einen bestimmten Realitätsbereich beschreibt, sagt uns Kriz, sondern ist eine Epistemologie. Er sieht damit eine Betrachtungsweise verwirklicht, die auch dem PCA sehr angemessen erscheint. Für ihn geht es auch in den harten Naturwissenschaften in erster Linie darum, dass Menschen in Beziehung zur Welt treten. Und dass die Humanistische Psychologie und der PCA nicht gegen die Naturwissenschaften Stellung beziehen, sondern dass es sehr wohl, eben mit der Systemtheorie, spannende, und je nach Referenzsystem, gespannte Verhältnisse zu entdecken gibt. Kriz richtet sich in seiner Arbeit konsequent gegen jedwede Kontroll- oder Machbarkeitsideologie. Die moderne Systemtheorie und der PCA vertreten aus dieser Perspektive eine nicht-reduktionistische, nicht-mechanistische, nicht auf Kontrollideologie und linear-kausaler Intervention beruhende Konzeption. Die Überlegungen und Argumentationen von Kriz widmen sich der Frage, welche Muster und Strukturen im komplexen Geflecht der Organisation des Lebens wie beobachtet werden, weil eben daraus entscheidende Konsequenzen entstehen, wie erklärt und interpretiert wird. Jürgen Kriz verliert in diesen Überlegungen nie die erlebende Person in ihrer Lebensbewältigung aus den Augen und begreift Personen nicht nur als Wechselwirkungsfaktoren in komplexen Kommunikationsgebilden. Für ihn hat Kommunikation einen höchstpersönlichen, situativen Index. Er weist darauf hin, dass jede

Kommunikation durch ein Nadelöhr persönlicher Sinngebungen geht, bevor eine andere Kommunikation anschließt (dazu S. 47). Das Buch beginnt mit einem umfassenden und zusammenfassenden Überblick von Kriz über die „Grundfragen und Kernaspekte“ einer Personzentrierten Systemtheorie und leitet über zu unterschiedlichen Beiträgen aus dem Bereich der Theorie komplexer dynamischer Systeme, der Synergetik, der Therapieforchung sowie den praktischen Auswirkungen in der therapeutischen Arbeitswelt. Der Beitrag von Hermann Haken, dem Begründer der Synergetik, beschreibt Prinzipien der Selbstorganisation und gibt eine kurze und prägnante Erinnerung an die Theorie dynamischer Systeme, auch mit dem notwendigen und sehr sinnvollen Hinweis, dass bei Anwendungen der Synergetik auf Psychologie, Soziologie und verwandte Gebiete, sich immer wieder fundamentale Grenzen zeigen (S. 73). Das ist übrigens auch ein wesentlicher Hinweis den dieses Buch mit all seinen Beiträgen liefert: den eigenen Blick über die eigenen (System-) Grenzen hinausgehen zu lassen. In weiteren Beiträgen gibt es mit Beispielen aus der Arbeitswelt Hinweise, wie sich das ganz normale Chaos beim Handeln selbst organisiert und wie Coaching als synergetischer Prozess in der Arbeitswelt Anwendung finden kann. Sluneko setzt sich in gewohnt scharfsinnig und pointierter Form mit der Frage auseinander, ob man denn heute Kybernetiker werden muss, um Humanist bleiben zu können, und Eckert und Biermann-Ratjen verweisen in ihrem Beitrag wohlthuend auf die Bedeutung der erlebten therapeutischen Beziehung. Etliche Beiträge, wie der von Längle und Schweitzer, formulieren therapiepraktische Überlegungen in Hinblick auf Wirkfaktoren sowie Folge- und Nebenwirkungen. Amüsant, breit gefächert und für den Leser sehr anregend sind die das Buch beschließenden „Krizeleien“, die ein wohlthuendes schöpferisches Chaos entstehen lassen – ohne Angst vor Ordnung. Auch hier ist der oben erwähnte Tellerrand von Bedeutung: Erklärtes Ziel des Buches ist es, und das macht es auch so lesenswert, nahe und ferne (fach)literarische Umlaufbahnen zum theoretischen Projekt von Jürgen Kriz in Beziehung zu setzen. Würdigung und fruchtbare Verwirrung waren das Anliegen für diese Publikation. Beides ist in diesem Buch in hohem Ausmaß gelungen.

Hermann Spielhofer

Arist von Schlippe / Willy Christian Kriz (Hrsg.): Personzentrierung und Systemtheorie. Perspektiven für psychotherapeutisches Handeln

Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2004. 307 Seiten, ISBN 3-525-49078-X, € 24,90.

Der vorliegende Sammelband wurde aus Anlass des 60. Geburtstags von Jürgen Kriz publiziert und seinen Bemühungen bei der Entwicklung einer „Personzentrierten Systemtheorie“ gewidmet, die neben der Wissenschaftstheorie einen Schwerpunkt seiner Arbeit darstellt. Auf beiden Gebieten hat er sich einen Namen gemacht, der weit über die *Community* der Personzentrierten Psychotherapeuten hinausreicht. In diesem Buch sind eine Reihe von Beiträgen zusammengefasst, die sich in unterschiedlichem Maße und aus verschiedenen Perspektiven mit der Systemtheorie beschäftigen. Im Folgenden möchte ich mich vor allem mit den Grundzügen der Personzentrierten Systemtheorie auseinandersetzen, wie sie insbesondere im Beitrag von Jürgen Kriz dargestellt werden, sowie mit dem Verhältnis von Personzentrierter Psychotherapie und Systemtheorie.

Kriz kommt von der empirisch-positivistisch orientierten Psychologie und hat diesen wissenschaftlichen Boden nie wirklich verlassen; sein Denken ist im Grunde ein naturwissenschaftliches geblieben, wenn auch nicht mehr im Sinne einer neopositivistischen Einheitswissenschaft, sondern entsprechend eines neuen Paradigmas, demzufolge es nicht mehr um linear-kausale Beziehungen zwischen isolierten Variablen geht, sondern um selbstreferenzielle, komplexe und vernetzte Prozesse. Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Tätigkeit ist, so die Herausgeber im Vorwort, „einerseits zwischen naturwissenschaftlichen, human- und sozialwissenschaftlichen Denkwelten, andererseits zwischen den Sichtweisen der unterschiedlichen Psychotherapieverfahren zu vermitteln“ und nach einer „Vernetzung von individuumsbezogenen und systemischen Konzeptionen in Theorie, Forschung und Praxis“ zu suchen. Angesichts der Komplexität und Vernetztheit unserer Lebenswelt(en) erscheint es sinnvoll, übergreifende, interdisziplinäre Theorien zu entwickeln, wobei die Systemtheorie einen wesentlichen Beitrag dazu leisten kann.

Es ist das Anliegen von Jürgen Kriz, „für wesentliche Aspekte psychotherapeutischer und klinisch-psychologischer Prozesse angemessene Modellvorstellungen bereitzustellen“, wie er in seinem Beitrag betont. Die Einbeziehung naturwissenschaftlicher Konzepte und Metaphern ist nach Kriz unvermeidlich, zumal interdisziplinäre Diskurse und die Technisierung der Alltagswelt längst Wissenschaften und die Praxis damit durchdrungen haben und wir uns daher nicht davon ausnehmen können. Außerdem eröffnet sich damit „die Möglichkeit, von der größeren Präzision naturwissenschaftlicher

Konzepte [...] zu profitieren“, zumindest insofern als durch veränderte Perspektiven auf klinische Prozesse ein neues Verständnis für die Grundlagenforschung möglich wird (S. 23). Dabei befinden sich, so Kriz, „die Grundprinzipien gerade Humanistischer Psychologie in hervorragender Übereinstimmung mit den Grundprinzipien moderner naturwissenschaftlicher Systemtheorie“ (S. 15). Nun klingt dies eher nach einem einheitswissenschaftlichen, deduktiv-nomothetischen Erklärungsmodell, hätte sich Kriz nicht an anderer Stelle¹ mehrfach dagegen verwahrt.

Die wesentliche Frage ist für mich jedenfalls, wieweit diese naturwissenschaftlich begründete Theorie nun tatsächlich für wesentliche Aspekte unseres Ansatzes angemessene Modellvorstellungen bereitstellen kann, die über die Begründung organischer Selbstorganisationsprozesse hinausgehen; also etwa für die Fragen der Entwicklung des Selbst und der damit verbundenen Inkongruenz, als Grundlage von psychischen Störungen oder für die Darstellung der Bedingungen empathischen Verstehens oder von Selbsterfahrung und Selbstreflexion. Es geht mir um eine kritische Auseinandersetzung, um die Möglichkeiten und Grenzen einer systemtheoretischen Begründung der Personzentrierten Psychotherapie entsprechend ihrer humanistischen Ausrichtung sowie ihrer phänomenologisch-existenzialistischen Grundlegung. So sieht Kriz in der Aktualisierungstendenz ebenfalls das Kernstück unseres Ansatzes, die er, wie übrigens auch Rogers, primär als biologische Entität begreift. Es geht für ihn um die natürlichen Entfaltungs- und Wachstumsprozesse des Menschen, was, so Kriz an anderer Stelle, „der Konzeption moderner (naturwissenschaftlich fundierter) System- und Selbstorganisationstheorien [entspricht]“². Diese Konzeption der Selbstorganisation leitet Kriz aus der Beobachtung physikalischer Phänomene ab, wie der *Béarnard-Instabilität*, der zufolge sich bei Erwärmung von Flüssigkeiten bestimmte Bewegungsmuster

1 Kriz, J. (1981). *Methodenkritik empirischer Sozialforschung. Eine Problemanalyse sozialwissenschaftlicher Forschungspraxis*. Stuttgart: Teubner.

Kriz, J. (1996). Grundfragen der Forschungs- und Wissenschaftsmethodik. In R. Hutterer-Krisch et al. (Hrsg.), *Psychotherapie als Wissenschaft – Fragen der Ethik* (S. 11–160). Wien: Facultas.

Kriz, J., Lück, H. E. & Heidbrink, H. (1990). *Wissenschafts- und Erkenntnistheorie. Eine Einführung für Psychologen und Humanwissenschaftler*. Opladen: Leske.

2 Kriz, J. (2002). Was kann ‚personzentriert‘ am Beginn des 21. Jahrhunderts bedeuten? In C. Iseli et al. (Hrsg.), *Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 37–49). Köln: GwG-Verlag

der Moleküle aus sich heraus entwickeln und zwar aufgrund unspezifischer Randbedingungen (Temperaturdifferenz). Er sieht darin nicht nur eine Analogie zu den organismischen Prozessen beim Menschen, sondern auch zu selbstorganisierenden Mustern in der menschlichen Kommunikation; oder er verweist auf *iterative*, sich wiederholende, rückgekoppelte Prozesse in der fraktalen Geometrie und vergleicht die dabei auftretende „Komplettierungsdynamik“ mit den Selbstheilungskräften beim Menschen. Es geht ihm darum die Ausbildung von Ordnungen oder Mustern (*Attraktoren*) darzustellen, die sowohl für physikalische und biologische als auch für soziale Phänomene maßgeblich sind, wobei für ihn das Prinzip der „zirkulären Kausalität“ entscheidend ist: einzelne Teile bestimmen das Verhalten eines Feldes oder Systems und das System das Verhalten der Teile. „Ist ein Teil der Subsysteme oder sind Teile bereits geordnet, so generieren diese ein Feld (beschrieben durch so genannte Ordnungsparameter), das den Rest des Systems ‚versklavt‘ (*enslaving*-Prinzip), das heißt die Ordnung komplettiert“ (S. 31). Auch die Sinnfindung und Sinndeutung des Menschen können als „attrahierende Prozesse“ im Sinne dynamischer Systeme verstanden werden, wobei es die Vielfalt und Komplexität zahlreicher Situationen erfordert, die Fülle der Außen- und Innenreize zu ordnen und zu vereinfachen und so „stimmig“ zu machen (S. 36).

„Die Konzeption der Personenzentrierten Systemtheorie“, so fasst Kriz zusammen, mit ihren „Sinn-Attraktoren, Komplettierungsdynamiken, der spezifischen Prozessdynamik von afferenter, efferenter und selbstreferenter Kommunikation und deren Vernetzung (mit anderen Körperprozessen und mit sozialen Interaktionsstrukturen) sowie letztlich die Bedeutsamkeit von Feldwirkungen ermöglicht hier meines Erachtens eine wesentlich differenziertere Betrachtungsweise“ (S. 64). Damit ist sie, so Kriz, unter anderem jedenfalls anschlussfähig an ähnliche Ausrichtungen, wie etwa Grawes Schema-Konzept im Rahmen der „Psychologischen Psychotherapie“, bei der es um allgemeine Therapiebausteine geht, deren Effizienz anhand empirisch psychologischer Outcome-Forschung erhoben worden ist, um damit seelische Probleme möglichst wirksam therapeutisch beeinflussen zu können.

Nun stimme ich Kriz zu, dass die Aktualisierungstendenz ein Kernstück unseres Ansatzes darstellt, sowohl für das Menschenbild als auch für eine Theorie der Persönlichkeit und ihrer Entwicklung. Allerdings ist dieses Konzept auch Grundlage von Missverständnissen und Differenzen, da es sowohl biologisch wie psychologisch gefasst ist; es ist laut Rogers unsere innerste Natur, die nicht nur organische Prozesse wie die Regulierung der Körpertemperatur beinhaltet, sondern auch intellektuelle Fähigkeiten, wie Selbstbestimmung und die Wahl von Lebenszielen. Allerdings ist die Natur des Menschen nie bloße „Natur“, sondern bereits von Beginn an kulturell überformt. So etwa werden die Körperbedürfnisse des Säuglings eingebunden in die sensomotorischen Austauschprozesse im Rahmen der Mutter-Kind-Dyade und damit inhaltlich bestimmt. Diese Interaktions- oder Austauschprozesse sind wieder geprägt durch

die gesellschaftlich vorgegebenen Erziehungspraktiken, gebrochen durch die subkulturellen und psychischen Bedingungen der Eltern. Da diese Erziehungspraktiken auch in Sprache niedergelegt, d. h. die gesellschaftlich vorgegebenen Sprachmuster in das Körpergeschehen eingeschrieben sind (Foucault), kann von einer „Semiotisierung“ unseres Körpererlebens gesprochen werden und Wissenschaft von der Natur des Menschen ist daher immer auch Sprachwissenschaft, als Übersetzung von Organsprache und Körperausdruck in Umgangssprache. Dieser zentrale Aspekt der Psychotherapie, die inhaltliche Bedeutung und Funktion der Sprache, die semantischen und syntaktischen Aspekte müssen bei der Systemtheorie ausgeklammert bleiben, da es hier um Strukturen und Prozesse und nicht um Inhalte geht. Sprache dient nicht nur der Benennung von Gegenständen oder Handlungen sowie zur Verständigung, sondern mit ihr übernehmen wir auch die Weltsicht der Gemeinschaft, die Interpretation von Dingen und Situationen sowie auch die kulturell vorgegebenen Schemata unserer Selbstausslegung.

Es erscheint mir aber vor allem auch notwendig, zwischen den Ebenen der organismisch-naturhaften sowie den psychischen Prozessen zu unterscheiden; zwischen dem Körper einerseits und der Repräsentation unseres Körpers, bzw. unserer Konstruktion des Körpers im Selbst, der Leiblichkeit³, andererseits. Beide liegen auf unterschiedlichen ontologischen und epistemologischen Ebenen und können nicht unmittelbar aufeinander bezogen werden. Zu meinem inneren Erleben habe ich unmittelbar Zugang, während ich zu meinem Körper als Teil der Außenwelt nur über meine – gesellschaftlich und sprachlich vermittelte – Erfahrung Zugang habe. Husserl spricht vom Körper, den ich habe, und dem Leib, der ich bin und durch den ich mich und meine Um- oder Mitwelt erfahre. Auch die französischen Phänomenologen (Marcel, Merleau-Ponty) unterscheiden zwischen einem objekthaften Körper (*avoir corps*) und einem ich-haften Leib (*être corps*). Wittgenstein hat dies mit dem folgenden Beispiel illustriert: ich kann mich darüber täuschen, dass ich Fieber habe oder mein Fuß gebrochen ist, aber ich kann mich nicht darüber täuschen, dass mir heiß ist oder ich Schmerzen im Fuß verspüre. Der Unterschied zwischen diesen Ebenen lässt sich auch anhand des Zeitbegriffs veranschaulichen: während die körperlichen Prozesse entlang einer linearen Zeitachse verlaufen, vorwärtsgerichtet sind, wie Rogers betont, unterliegen die psychischen Prozesse einem dynamischen Zeitbegriff. So kann ich mir sowohl vergangene Ereignisse ver-gegenwärtig-en, wie auch künftige Handlungen vorstellen, vorwegnehmen. Außerdem verändern sich die Inhalte vergangener Erlebnisse; sie werden nicht nur im Lichte neuerer Erfahrungen, sondern vor allem auch im Hinblick auf die Zukunft, auf meinen Lebensentwurf ständig neu interpretiert, *umgeschrieben*. Das bedeutet, dass die entworfene Zukunft

3 Siehe dazu den Diskussionsbeitrag von Günter Zurhorst zur Debatte, „Humanismus und/oder Naturalismus – Eine Auseinandersetzung zum Menschenbild und zum Verständnis der Aktualisierungstendenz im PCA“ anlässlich einer Kritik von Jobst Finke an der Systemtheorie von Jürgen Kriz in *Person*, 1, 7. Jahrg. (2003).

meine Vergangenheit bestimmt. Nun ist das Leib-Seele-Problem alles andere als gelöst; es führt allerdings zu Unklarheiten, wenn diese Bereiche nicht unterschieden werden. Eine „Vermittlung“ der physikalischen, biologischen, sozialen und psychischen Ebenen, wie sie von Kriz angestrebt wird, kann jedenfalls nicht auf der Basis von naturwissenschaftlichen Konzepten, wie der Autopoiesis oder Synergetik erfolgen, soll Systemtheorie nicht als „Leitwährung“, als Führungswissenschaft etabliert werden, wie dies Grawe schon länger für die empirische Psychologie fordert, der sämtliche Psychotherapieverfahren untergeordnet werden sollen.

Da es Kriz um naturwissenschaftlich begründete, allgemeine Ordnungsprinzipien und Prozesse geht, ist es naturgemäß schwierig für ihn, die phänomenologisch-existenzialistischen Grundannahmen entsprechend zu berücksichtigen, auch wenn er sich zum humanistischen Ansatz Rogers' bekennt. Im Gegensatz zum naturwissenschaftlichen Denken in der Systemtheorie, geht es in unserem Ansatz, entsprechend dem phänomenologischen Erkenntnisverfahren, um eine ganzheitliche Sichtweise, um die Beschreibung der Phänomene, wie sie sich für die jeweilige Person darstellen, unter möglichst weitgehender „Ausklammerung“ von Theorien, Kategorisierungen, Vorurteilen usw., die diese subjektive Sicht beeinträchtigen oder einschränken. Es geht, wie Rogers stets betont, um die „Realität“, wie sie vom Klienten/der Klientin wahrgenommen wird, und nicht um objektive Strukturen und Muster oder allgemeine Gesetzmäßigkeiten, bei denen die individuellen Merkmale, die Besonderheit der Einzelperson und ihre subjektiv erlebten Leidenszustände als zufällige Abweichung von allgemeinen Regeln unberücksichtigt bleiben oder als Störfaktoren ausgeklammert werden. Solche allgemeinen Konzepte können nur als Hintergrundfolie dienen, auf der die individuellen Phänomene dargestellt und eingeordnet werden; allerdings nur dann, wenn sie aus dem Erkenntnisverfahren der Psychotherapie selbst generiert wurden und nicht als wesensfremde Theorien an sie herangetragen werden, die einem anderen Wissenschaftsverständnis und damit einer anderen Wirklichkeitskonstruktion entstammen. Denn die Erkenntnisse der Psychotherapie und die daraus abgeleiteten Theorien wurden in einem bestimmten „Setting“, in der therapeutischen Beziehung gewonnen, die gleichsam die transzendente Bedingung der Möglichkeit psychotherapeutischer Erkenntnisse darstellt, und diese sind daher nur bezogen auf diesen Rahmen gültig. *Erkenntnis und Begründung stehen in einem unaufhebbaren Zusammenhang, da Verstehen immer in einen theoretischen Horizont eingebettet ist.*

Im Gegensatz zu den Naturwissenschaften können wir nicht auf „Tatsachen“ zurückgreifen oder die lebensgeschichtlichen Ereignisse rekonstruieren, so „wie es wirklich war“. Wir stoßen immer nur auf Interpretationen der eigenen Geschichte, die wir in der Therapie durch neue Konstruktionen, durch eine neue, vielleicht konsistentere Lebensgeschichte zu ersetzen haben, die offener ist für die Bedürfnisse und Wünsche des Klienten. Der Therapeut ist an der Herstellung der „psychischen Realität“ des Klienten beteiligt,

indem das Erleben im Rahmen von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen intersubjektiv konstituiert wird. Eine saubere Trennung von Subjekt und Objekt – konstitutives Element der nomothetischen Wissenschaften – ist hier ebenso wenig möglich wie die Trennung von Erkenntnis und Veränderung; (Erkenntnis-)Gegenstand ist der sich selbst erkennende und sich selbst reflektierende Mensch. Wie mittels einer naturwissenschaftlichen Theorie die psychischen Phänomene eingeholt werden können, wie die – für den Betroffenen selbst oft verstellten oder verzerrten – Wünsche und Ängste sowie die individuellen Bedeutungs- und Sinnstrukturen damit erfasst werden können, muss Kriz schuldig bleiben. Die von Kriz dargestellten „Attraktoren“, die sich in Interaktionsprozessen ausbilden, sind nur ein Aspekt der Botschaften des Klienten; der wesentlichere Teil sind die *Inhalte*, die als solche erst im Rahmen eines hermeneutischen Verstehensprozesses zu entschlüsseln sind, und zwar aufgrund der Mitteilungen, die uns der Klient – oft nur „zwischen den Zeilen“ – berichtet. Es sind vor allem die *Inhalte* der im Selbst repräsentierten Bewertungen und Normen, die zur Abwehr von organismischem Erleben führen und damit zur Inkongruenz. Aus der Naturwissenschaft stammende Konzepte müssen dort versagen, wo es um Wirklichkeiten geht, die erst narrativ erzeugt werden und daher nicht unabhängig sind von ihrer Generierung, also der therapeutischen Beziehung, wie M. B. Buchholz betont. „Kategoriale Beobachtungsinstrumente für Interaktionen operieren deshalb mit Informationsverlusten, die sie selbst nicht einmal abschätzen können – sie wissen nicht, was sie nicht wissen“.⁴

Kriz betont zwar, „dass aus dem Bereich menschlicher Lebenswelten weder in der Innen- noch Außensicht Sinnfragen ausgeklammert werden können“ (S. 45), sieht aber die Entstehung von stabilen Sinn- und Bedeutungsmustern, den „Sinnattraktoren“, als Ergebnis der erwähnten *Komplettierungsdynamik*. Dabei spielt die Vernetzung der Systeme von Kurzzeitgedächtnis mit denen vom neuronal bedingten Langzeitgedächtnis und den vorwiegend hormonellen Prozessen im Körper mit den darin niedergelegten „Erfahrungen“ sowie den Umwelteinflüssen eine Rolle. Das Bewusstsein des Menschen ist damit als eine Art „Transformator“ in die ihn umgebenden Lebensprozesse, in den ständigen Strom der Eindrücke eingeklinkt. „Denn neuronale, hormonelle und andere Körperprozesse bilden ein Netzwerk jeweils selbstorganisierter, aber doch verbundener Prozesse als Basis für die kognitive ‚Innenwelt‘ (unter anderen Gedanken und Gefühle)“ (S. 47).

Wenn Kriz die Absicht bekundet, angemessene Modelle für die Darstellung wesentlicher Aspekte klinisch-psychologischer Prozesse zur Verfügung zu stellen, so ist für mich nicht nachvollziehbar, inwiefern systemtheoretische Modelle zur Darstellung und Begründung der Persönlichkeit und ihrer Entwicklung oder zum Verständnis von individuellen Konflikten und Fehlanpassungen beitragen,

⁴ Buchholz, M.B. (1999). Psychotherapie als Profession. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 49

die nach Rogers nur durch empathisches Verstehen zu erfassen sind oder wie anhand anonym miteinander kommunizierender Systeme die ganzheitliche, autonome und selbstbestimmte Person dargestellt werden soll. „Denn was wir von der ‚Persönlichkeit‘ eines Menschen beobachten“, schreibt Kriz (S. 43), „sind offenbar ebenfalls Regelmäßigkeiten in der Abfolge seiner Äußerungen“ und diese „beobachtbaren Äußerungen von individuellen Lebensprozessen sind ebenfalls vor dem Hintergrund physikalischer, biologischer und sozialer Gesetzmäßigkeiten als selbstorganisiert zu verstehen“. Wie sollen nun etwa Freiheit und Selbstbestimmung, zentrale Aspekte der existenzialistischen Philosophie, anhand von „Sinnattraktoren“, „selbstreferenzieller Kommunikation“ oder einer „Komplettierungsdynamik“ dargestellt und begründet werden?

Bereits 1980 hat E. Kwiatkowsky diese Diskrepanz im Wissenschaftsverständnis Rogers' kritisiert: „Weil Rogers diesen konstitutiven Zusammenhang zwischen Forschungsmethode und Gegenstandsbestimmung nicht genau genug analysiert und dabei methodenimplizite Gegenstandsvorannahmen theoretisch ausblendet, kann er – ohne die entscheidende Frage nach ihrer Vereinbarkeit zu stellen – die differenten Erfahrungsmodi neben- bzw. hintereinander stellen. [...] Auf diese Weise wird auch klar, dass das szientistische Forschungsvorgehen eine implizite Anthropologie enthält, die der Roger'schen humanistischen Auffassung vom Menschen diametral entgegensteht“.⁵ So betont auch Jobst Finke in seiner Arbeit über das Menschenbild der Personzentrierten Psychotherapie⁶ zurecht, dass die Selbstorganisationsprozesse, wie sie in der Physik und Biologie beobachtet werden, völlig *apersonal* und *subjektlos* sind. Die „Person“ oder das „Subjekt“ wird aufgelöst, „verflüssigt“ in sich selbstorganisierende Prozesse, wie sie aus physikalischen Experimenten abgeleitet wurden, und damit wird anonymen Systemen Selbstbezüglichkeit zugewiesen, so als wären sie handlungs- und reflexionsmächtige Subjekte. So schreibt der Philosoph M. Frank in Anlehnung an J. Habermas, „dass die in kybernetischen und biologischen Zusammenhängen entwickelte Systembegriff als ein geeigneter Ablösungskandidat für den von Descartes bis Kant entwickelten Begriff des Erkenntnissubjekts“ erscheint und damit wird „die subjektzentrierte Vernunft durch Systemrationalität abgelöst“. Allerdings weist gerade das Reflexivpronomen, *selbst-*, auf die „Aufsässigkeit des verdrängten Modells“ hin, denn nur Subjekte können sich *zu sich* verhalten.⁷

Es fällt andererseits leicht, sich mit den Bekenntnissen und Forderungen von Kriz zu identifizieren, wenn er zum Beispiel für Offenheit

und Vielfalt beim Studium des Menschen eintritt, den Zeitgeist von Effektivität und Machbarkeit kritisiert oder wenn er fordert, die „Person“ in den Mittelpunkt der Betrachtung zu rücken und ein „Ich“ als Zentrum von Gefühlen und Narrationen anzusetzen. Allerdings finden diese Forderungen nur zum Teil eine Entsprechung in seinen Theorien. Es ist für mich auch nicht ganz ohne Pikanterie, wenn Kriz fordert, unseren Ansatz nicht durch andere Konzepte zu verwässern, „um nicht unter die Räder des Zeitgeistes zu kommen“.

In einem weiteren Artikel dieses Buches wird von *H. Haken*, einem Physiker und Begründer der Synergetik, die Frage behandelt „Ist der Mensch ein dynamisches System?“ Es geht hier ebenfalls darum, welchen Beitrag die modernen Naturwissenschaften und die Mathematik zum Verständnis des menschlichen Verhaltens leisten können. Vor allem das Konzept der „Synergetik“, als Teilbereich der Theorie dynamischer Systeme, ist nach Haken geeignet, die Frage der Emergenz neuer Qualitäten komplexer Systeme aus dem Zusammenwirken einzelner Teile darzustellen. Damit können wesentliche Eigenschaften biologischer Systeme beschrieben und Hinweise auf Beeinflussung von Systemverhalten gegeben werden. Besonders die Phänomene der „Phasenübergänge“, bei denen durch das Auftreten von Selbstorganisationsprozessen ein makroskopischer Zustand neuer Qualität geschaffen wird, sind, so Haken, auch für die Medizin von Bedeutung, wie etwa bei der Voraussage von epileptischen Anfällen oder vom Beginn motorischer Aktivitäten.

Allerdings verweist der Autor selbst auf die Grenzen dieser Theorie bei der Anwendung auf die Humanwissenschaften: Zum einen kann eine geringfügige Änderung eines Kontrollparameters zu schlagartigen und offensichtlich schwer vorausberechenbaren Änderungen des qualitativen Verhaltens des Systems führen. Zum anderen sind dem Begriffssystem der Synergetik Wertungen, Einstellungen, persönliche Erfahrungen und Stimmungen fremd, die allerdings für das Verhalten von Personen wesentlich sind. Wenn Haken trotzdem die Kombination von synergetisch fundierten Theorien und personorientierten Ansätzen, wie sie von Kriz angestrebt wird, „mehr als gerechtfertigt“ ansieht, so ist dies schwer nachzuvollziehen. Auch wenn es zwischen qualitativen und quantitativen Prozessen, wie sie von der Synergetik beschrieben werden, und gewissen Vorgängen in der Biologie und Soziologie Parallelen gibt, so ist die Möglichkeit der Kombination mit subjektiven Einstellungen, Wünschen oder Erwartungen und damit die Begründung oder Vorhersage von Verhaltensweisen ungeklärt.

W. Tschacher beschreibt in seinem Beitrag die Selbstorganisation kognitiver Prozesse als theoretische Grundlage unseres Ansatzes. Er versucht dabei eine naturwissenschaftlich inspirierte, systemtheoretische Konzeption von Kognition und Handlung vorzustellen, in deren Zentrum wieder die „Person“ stehen soll, nachdem sie in der psychologischen und psychiatrischen Forschung und Theoriebildung keinen Stellenwert mehr hatte. Außerdem versucht er aufzuzeigen, welche Bestandteile des humanistischen Bildes der Person mit der Systemtheorie vereinbar erscheinen oder durch sie erklärt werden

5 Kwiatkowsky, E. (1980). *Psychotherapie als subjektiver Prozess. Für eine sozialwissenschaftliche Konzeption der Gesprächspsychotherapieforschung*. Weinheim-Basel: Beltz, S. 62

6 Finke, J. (2002). Das Menschenbild des Personzentrierten Ansatzes zwischen Humanismus und Naturalismus. *Person 2*, 26–34.

7 Frank, M. (1986). *Die Unhintergebarkeit von Individualität. Reflexion über Subjekt, Person und Individuum aus Anlass ihrer ‚postmodernen‘ Toterklärung*. Frankfurt/Main: Suhrkamp, S. 12

können. Bei diesen Bestandteilen handelt es sich nach Tschacher um bewusste Gedanken und Gefühle sowie um die überdauernden Strukturen eines Selbst. Auch in diesem Beitrag geht es um die Frage, wie in einem komplexen System stets eine neue Ordnung zustande kommt. Er sieht die Erklärung in der Selbstorganisation und dem darin enthaltenen rekursiven zirkulär-kausalen Prinzip in Form von Rückkoppelungsmechanismen, wie sie auch in der Kybernetik beschrieben werden.

Auch die sich ihrer selbst bewusste Person wird mittels selbstreferenter Systeme begründet. Das sind, im Sinne N. Luhmanns, Systeme, „die sich selbst ‚erkennen‘ und sich dieser Erkenntnis folgend weiter verändern müssen“. Tschacher bezeichnet sie als „Endosysteme“, bei denen es sich um selbstreflexive kognitiv-emotionale Systeme handelt, die sich selbst modellieren und modifizieren. Das psychologische Selbst ist daher ebenfalls Resultat des Endosystems, eine Prozessgestalt, die auf sozialer Interaktion gründet. Hier wird „Person“ allerdings verkürzt auf das bewusste kognitiv-emotionale Erleben, also auf das Selbst, und damit bleibt das inkongruente, abgewehrte oder verzerrte organismische Erleben, wesentlicher Aspekt bei der Begründung von psychischen Störungen, unberücksichtigt.

Aber auch Tschacher selbst räumt ein, dass die von ihm vorgestellte Systemkonzeption zwar möglicherweise alle funktionalen Fragen von Kognition und Handlung erklären kann, nicht aber die schwierige Frage nach den Qualia, ihrer inhaltlichen Beschaffenheit. „Die Fähigkeit einer Person zum bewussten Erleben ihres In-der-Welt-Seins, die Erhellung des phänomenologischen Gefühls (warum es sich gerade so und so anfühlt, als ‚Ich‘ im Hier und Jetzt zu leben, eine Farbe zu empfinden, eine Emotion zu haben), die subjektive Gewissheit der Willensfreiheit wird durch die vorgestellten Konzepte nicht weiter erhellt“ (S. 99).

Weitere Beiträge des Buches behandeln verschiedene Aspekte der Systemtheorie aus unterschiedlichen Berufsfeldern: S. Greif beschreibt, wie sich das ganz normale Chaos beim Handeln selbst organisiert und versucht aufzuzeigen, wie die Planung und Organisation von Arbeitsabläufen aufgrund der Erkenntnisse einer *Schema-theorie* sowie der Personzentrierten Systemtheorie zu verbessern sind. B. Runde beschreibt Coaching als synergetischen Prozess, bei dem es um die Adaptation der Ordnungsparameter an neue Kontrollparameter entsprechend der Synergetik geht. J. Eckert und E.-M. Biermann-Ratjen verweisen auf die Notwendigkeit einer differenziellen Indikation für Psychotherapie und J. Schweitzer auf ihre Nebenwirkungen und mögliche Alternativen.

Interessant für uns ist auch der Beitrag von T. Slunecko, in dem er sich unter Bezugnahme auf Sloterdijk mit dem Begriff „Humanismus“ auseinandersetzt, wobei er versucht, mit systemtheoretischen Mitteln Humanismus zu verstehen. Bereits 1998 hat er, allerdings noch ohne Bezugnahme auf die Systemtheorie, festgestellt, „dass die humanistische Bewegung in der Psychotherapie (der Personzentrierte Ansatz miteingeschlossen) noch gar nicht in

jenen Humanismus eingetreten ist, der sich erst einstellen kann, wenn wir die gesellschaftlichen wie die geistesgeschichtlichen Rahmenbedingungen unserer bisherigen Humanismus-Konstruktion verstanden haben“.⁸ Erst durch die Entwicklung symbolischer Formen, wie der Schrift, war es möglich aus dem unmittelbar vorgegebenen sozialen Verband herauszutreten und sich an den „fernen Anderen“ zu wenden. Humanismus als Folge von Alphabetisierung entwickelte sich so als Korrektiv zu Macht-, Besitz- und Geltungsstreben, zur Aufrechterhaltung der Zivilisation, ganz im Sinne der Selbstreferenzialität autopoietischer Systeme.

Nach dem Zweiten Weltkrieg, der diesbezüglich eine Zäsur darstellt, wurde die Diskussion über Humanismus neu aufgenommen. So verwies Sartre in seinem Essay, „Ist der Existenzialismus ein Humanismus?“ darauf, dass es keine fest etablierten humanistischen Werte gibt, auf die wir bauen können, sondern wir müssen sie in jeder unserer Entscheidungen neu finden und verwirklichen. Sartres Humanismus ist einer der Freiheit und Selbstverantwortlichkeit. Demgegenüber geht die „systemtheoretisch denkende Kulturtheorie“ davon aus, dass der Mensch produziert wird, aber nicht so, dass er sich selbst produziert, wie es das Konzept der Selbstaktualisierung nahe legt, sondern durch die Kultur, „und zwar so tief hinein in ihre seelische Grammatik, dass dies ein prinzipielles Ärgernis für Personalisten sein muss“ (S. 169).

Die Semantik des Humanismus ist somit veraltet und durch einen „Posthumanismus mit seinen Diskurs- und Systemtheorien“ zu ersetzen, die sich bewusst von der humanistischen Tradition verabschieden (S. 172). Es gilt daher, so Slunecko, einen Ausgleich zu finden zwischen Kybernetik und Humanismus; einen Übergang von einer alteuropäisch-personalistischen zu einer nachmetaphysisch-systemtheoretischen Perspektive. Daraus folgt schließlich, dass man Kybernetiker werden muss, um Humanist bleiben zu können und umgekehrt. Nun mögen zur Darstellung sozialer und kultureller Prozesse, wie der Entwicklung symbolischer Formen einer Gesellschaft, als deren Produkt eben auch der Humanismus gesehen wird, systemtheoretische Konzepte angemessen sein. Damit bleibt jedoch die Frage nach ihrer Bedeutung für die Begründung und das Verständnis von Selbstaktualisierungsprozessen des Individuums offen.

Dieses Buch bietet durch die Darstellung unterschiedlicher Aspekte der Systemtheorie und ihrer Anwendungen in verschiedenen Bereichen jedenfalls ergiebigen Diskussionsstoff und insofern hoffe ich, dass es viele Leser finden und zur Auseinandersetzung mit diesem wichtigen Thema beitragen möge. Ich habe versucht, in dieser Besprechung durch meine persönliche Stellungnahme weitere Argumente für eine solchen Diskurs einzubringen. Gerade zur weiteren Entwicklung des Personzentrierten Ansatzes in Theorie und Anwendung sowie zu dessen Profilierung und Stärkung der Unverwechselbarkeit und Identität ist es wichtig, mit neueren

8 Slunecko, T. (1998). Diesseits und jenseits von Begegnung. Zur Integration psychotherapeutischer Schulen aus personenzentrierter Sicht. *Person*, 1. S. 29.

Entwicklung benachbarter Wissenschaften einen offenen, aber auch kritischen Diskurs zu führen. Dabei halte ich es jedoch für wesentlich, den Anspruch unseres Ansatzes nicht aus den Augen zu verlieren, nämlich durch die Bereitstellung einer geeigneten förderlichen Beziehung Wachstum und persönliche Entwicklung unserer Klienten/Klientinnen zu fördern. Systemtheorie kann dabei nur im Rahmen eines interdisziplinären Diskurses einen Beitrag für unseren Ansatz leisten, indem wir unsere Konzepte ständig im Lichte von deren Erkenntnissen und Paradigmen diskutieren und gegebenenfalls modifizieren, wie dies auch gegenüber anderen Nachbardisziplinen, wie der Neurobiologie, der Sozialpsychologie oder der Säuglingsforschung der Fall ist. Geht es doch immerhin bei der wissenschaftlichen Begründung der Personenzentrierten Psychotherapie neben der internen, narrativen Kohärenz auch um die externe Kohärenz, das heißt, sie muss sich als kohärent mit dem allgemein anerkannten Wissensstand in diesen Bereichen erweisen.

Grundlage für die Diskurs- und Anschlussfähigkeit von Methoden ist die Aneignung und Reflexion der Entwicklung der eigenen Konzepte auf der Basis der eigenen Tradition und der kulturellen Deutungssysteme, aus denen sie hervorgehen. Erst dann ist es möglich die Gültigkeit von Bedeutungs- und Begründungszusammenhängen zu erfassen und in den Dialog mit anderen Schulen einzubringen, ohne Gefahr zu laufen, die eigenen Grundlagen und Ansprüche aus den Augen zu verlieren. Sie kann jedenfalls nicht auf der unkritischen

Übernahme schulenfremder Konzepte oder auf empirischen Daten der Erfolgskontrolle gründen. So wäre dabei abzuklären, welche institutionellen, kulturellen und letztlich persönlichen Bedingungen und welche wissenschaftlichen Voraussetzungen z. B. zur Entwicklung der Triebtheorie durch Freud geführt haben und warum andere Schulen ohne Triebtheorie auskommen; welche Implikationen damit verbunden sind und welche Konsequenzen es hat. Dasselbe gilt für das Konzept der „Aktualisierungstendenz“ unseres Ansatzes oder des „operanten Lernens“ in der Verhaltenstherapie. Wir müssen davon ausgehen, dass die verschiedenen Methoden auf unterschiedlichen Voraussetzungen basieren, unterschiedliche Intentionen einbringen und damit auch unterschiedliche Ansprüche und Ziele verbinden. Es geht darum, die oft impliziten Grundannahmen und Ideologien herauszuarbeiten und in den Diskurs einzubringen. Außerdem geht es dabei auch um die Entscheidung, ob wir uns als angewandte Psychologie verstehen wollen, indem wir auf der Basis von naturwissenschaftlichen Konzepten und den daraus abgeleiteten Techniken arbeiten, die sich empirisch-statistisch als wirksam erwiesen haben (à la Grawe) oder als eigenständige wissenschaftliche Disziplin mit einem spezifischen Gegenstandsbereich und entsprechenden Forschungsmethoden. Gerade wenn es um die Behandlung von Leidenszuständen geht, ist es aus fachlichen wie ethischen Gründen notwendig, die Voraussetzungen und Leitbilder auszuweisen, an denen sich Psychotherapie orientiert und zu legitimieren hat.

Ilse Freyenschlag und Christine Wakolbinger

Sonja Bieg und Michael Behr: „Mich und Dich verstehen“ – Ein Trainingsprogramm zur emotionalen Sensitivität bei Schulklassen und Kindergruppen im Grundschul- und Orientierungsstufenalter

Göttingen: Hogrefe, 2005. 221 Seiten, ISBN 3-8017-1809-3, € 39,95.

Als personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. im Schuldienst tätige Psychagogin und klinische Psychologin haben wir es sehr gerne übernommen, das „Mich und Dich verstehen“-Trainingsprogramm auf seinen Nutzen und seine Brauchbarkeit hin zu untersuchen.

In den letzten Jahren ist an Schulen der Trend zu vermehrtem Training der „social skills“ als ein Schwerpunkt der pädagogischen Arbeit zu beobachten. Mit zunehmender Anerkennung sozialer Kompetenz als wesentlicher Anteil am Erfolg oder Misserfolg im Arbeitsleben stieg auch die intensive Beschäftigung von Pädagogen mit Programmen, die diese Kompetenz verbessern und fördern sollten.

Aus der Fülle der auf diesem Sektor bereits vorhandenen Literatur sticht das vorliegende Buch als besonders praxisgerecht und einfach in der Handhabung heraus. Es beschäftigt sich in Theorie und Praxis mit den Möglichkeiten, Kindern im Alter von 8 bis 12

Jahren in einem dreistufigen Trainingsprogramm eine verbesserte Wahrnehmung von eigenen Gefühlen, ein erhöhtes Einfühlungsvermögen in andere und eine adäquatere Bewältigung von Angst- und Stresssituationen zu vermitteln. Die Besonderheit des „Mich und Dich verstehen“-Trainingsprogramms liegt darin, dass es ein Präventionsprogramm ist. Es werden damit keine problemzentrierten Strategien verfolgt, sondern positive Entwicklungen bei Kindern gefördert.

Das „Mich und Dich verstehen“-Trainingsprogramm basiert theoretisch auf der personenzentrierten Persönlichkeitstheorie nach Carl Rogers, dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus und dem Konzept der Emotionalen Intelligenz nach Salovey & Mayer. Diese Grundlagen werden im ersten Teil des Buches auch für Laien verständlich, kurz und prägnant dargestellt und ihre Bedeutung für die kindliche Entwicklung gut verstehbar zusammengefasst.

Bieg und Behr führen die drei zugrunde liegenden Theorien unter dem Begriff der emotionalen Sensitivität als Zielvorstellung der Arbeit mit dem „Mich und Dich verstehen“-Programm zusammen. Diese ist laut Bieg und Behr die Basis für eine gute Bewältigung von Lebensaufgaben im emotionalen und sozialen Bereich. Eine emotional sensitive Person erlebt weniger Reize als bedrohlich. Bei Reizen, die sie als bedrohlich erlebt, kann sie sich innerlich besser von diesen Prozessen distanzieren und ihre Bedeutungsgebung kognitiv durcharbeiten.

Das Trainingsprogramm gliedert sich in Grundlagenteil, Programmteil und Materialteil. Die Autoren legen großen Wert darauf, den Zusammenhang zwischen theoretischem Hintergrund und praktischen Übungen genau darzustellen. So wird im Programmteil bei jeder einzelnen Übung genau beschrieben, welche Grundidee dahinter steht und welches Ziel mit der Übung verfolgt wird. Damit können alle im pädagogischen Bereich tätigen Personen das Programm in Schulen, in der Sonder- und Heilpädagogik, in Heimen und Horten, in der Freizeitpädagogik und in sozialpädagogischen Einrichtungen gezielt anwenden, wenn sie sich mit diesen Grundlagen vertraut gemacht haben. Das „Mich und Dich verstehen“-Training ist zwar primär ein präventives Programm, es sind jedoch auch einzelne Teile zur spezifischen Entwicklungsförderung einsetzbar, z. B. als begleitendes Gruppenprogramm im heilpädagogischen oder psychotherapeutischen Kontext.

Der Materialteil enthält alle verwendeten Kopiervorlagen und Arbeitsmaterialien. Da das Programm von Grundschullehrern in der Praxis erprobt wurde, ist es besonders anwenderfreundlich gestaltet. Es arbeitet mit einer breiten Palette von Entspannungsübungen, Fantasiereisen, Bildern, die Gefühlszustände ausdrücken, Rollenspielen, Bewegungsspielen, Übungen zur Körpersprache, Arbeit mit Farben, Formen und Gerüchen, Geschichten und Märchen,

Malspielen, Bildgeschichten und Gedichten. Dazwischen gibt es Auflockerungsspiele und Bewegungsspiele, die das soziale Lernen in der Gruppe fördern sollen.

Der klare Aufbau des Programms erlaubt ohne viel zusätzlichen Aufwand sowohl zeitliche als auch inhaltliche Anpassungen an die jeweilige Arbeitssituation und hebt sich durch seine praxisgerechte Aufbereitung von ähnlichen Werken angenehm ab.

Die Durchführung erfolgt an drei mal drei aufeinander folgenden Tagen zu jeweils vier Stunden, wobei eine Pause von 6 bis 8 Wochen zwischen den drei Blöcken liegen sollte.

Die meisten Inhalte sind lehrplankonform mit der 3. und 4. Grundschulstufe und können fächerübergreifend vermittelt werden.

Eine weitere Besonderheit des „Mich und Dich verstehen“-Programms liegt darin, dass seine Effizienz von den Autoren durch eine aufwändige Wirksamkeitsstudie, der ein eigenes Kapitel gewidmet ist, an 470 Grundschulkindern überprüft wurde. Damit zählt es zu den wenigen pädagogischen Programmen, deren Wirksamkeit in einem klassischen Versuchs-/Kontrollgruppendesign belegt werden konnte. Bieg und Behr konnten signifikante Veränderungen nachweisen. So akzeptierten die Kinder der Versuchsgruppe eigene Gefühle mehr und nahmen sie günstiger wahr, sie hatten bessere Fähigkeiten, eigene Gefühle zu beeinflussen, und ihr Einfühlungsvermögen in andere hatte signifikant zugenommen. Aus Sicht der Eltern fand außerdem eine Angstreduktion bei den Schülern der Versuchsgruppe statt.

Zusammenfassend können wir aus mehreren Gründen das „Mich und Dich verstehen“-Trainingsprogramm empfehlen: Es steckt ein klares theoretisches Konzept dahinter, die Wirksamkeit des Trainings konnte signifikant nachgewiesen werden, letztlich ist es anwenderfreundlich gestaltet und auf die jeweilige spezielle Gruppensituation abgeändert einsetzbar.

Diether Höger

Gerhard Stumm, Alfred Pritz, Paul Gumhalter, Nora Nemeskeri und Martin Voracek (Hrsg.): Personenlexikon der Psychotherapie

Wien/New York: Springer, 2005. ISBN-10 3-211-83818-X, ISBN-13 978-3-211-84818-1; € 69,80.

Wer hat sich nicht schon gefragt „Wie hat eigentlich Sándor Ferenczi ausgesehen?“ oder Karen Horney oder Edmund Jacobson (der Erfinder der Progressiven Muskelentspannung) oder sonst jemand aus der großen Zahl der für die Psychotherapie und ihre Entwicklung bedeutsamen Persönlichkeiten? Hier kann sie oder er sich ein Bild von ihnen machen, aber nicht nur im wörtlichen, auch im übertragenen Sinne. Für die genannten und viele andere haben in einer kurzen Charakteristik 153 namhafte Autoren kurz ihre Bedeutung für die Psychotherapie beschrieben, an die sich hoch informative

Darstellungen der Stationen ihres Lebens und ihrer wichtigen theoretischen Beiträge und Orientierungen anschließen. Es folgt ein Verzeichnis ihrer wesentlichen Publikationen sowie, so weit vorhanden, eine Literaturliste über Biografie und Werk.

Das Buch versucht, so die Herausgeber, „die Psychotherapie über die Biografien von 286 Persönlichkeiten zu verstehen, die – jede auf ihre Weise – Substanzielles zur Entwicklung und Ausdifferenzierung der Psychotherapie beigetragen haben“ (S. V). Ihr besonderes Anliegen ist dabei, Vertreterinnen und Vertreter aller

bedeutsamen Richtungen der Psychotherapie zu berücksichtigen. So ein Unternehmen steht und fällt natürlich mit der Auswahl der berücksichtigten Personen, was nicht nur bei den noch lebenden ein heikles Unterfangen ist. Und so mag sich mancher fragen, warum einige berücksichtigt worden sind, andere wiederum nicht. Hier konkret Namen zu nennen, könnte einen Stich in ein Wespennest der Empfindlichkeiten bedeuten. Klugerweise haben daher die Herausgeber in ihrem Vorwort das Buch als ein „Werk in Progress“ bezeichnet, verbunden mit der expliziten Aufforderung an die Leserinnen und Leser, Vorschläge für künftige Auflagen zu machen.

Jedenfalls ist das Blättern in dem Buch ausgesprochen interessant. Natürlich begegnen wir dabei vielen Bekannten, über die wir aber durchaus auch Neues erfahren können, manche kennen wir dem Namen nach und bleiben hängen, um mehr über sie zu erfahren, andere sind uns unbekannt. So hatte der Rezensent z. B. den Marquis de Puységur (Armand-Marie-Jacques de Castenet)

(1751–1825) bisher nicht gekannt und er erfuhr, dass dieser der Begründer des Somnambulismus war, dem historischen Bindeglied zwischen dem orthodoxen und dem romantischen Mesmerismus, der seinerseits bekanntermaßen den Ausgangspunkt für die Hypnose bildete, mit der wiederum Freud seine Studien begonnen hatte.

Und so können Psychotherapeuten, Psychologen, Psychiater, Ärzte, Berufsgruppen aus dem psychosozialen Feld und interessierte Laien, für die das Buch gedacht ist, entweder mit Gewinn darin schmökern oder es immer wieder zu Rate ziehen, wenn ihnen bei ihrer Fachlektüre oder in Gesprächen Namen begegnen, zu denen sie mehr wissen wollen. Ein Inhaltsverzeichnis am Anfang des Buches schafft ihnen die nötige rasche Übersicht über die beschriebenen Personen. Wer sich mit diesem Buch näher beschäftigt, gewinnt in jedem Falle ein differenzierteres Bild von dem Gesamtgebiet der Psychotherapie.

Gerhard Stumm

Lisbeth Sommerbeck: The Client-centred therapist in psychiatric contexts. A therapists' guide to the psychiatric landscape and its inhabitants

PCCS Books, Ross-on-Wye, 200. ISBN 1 898059 55 1, 150 pages, € 28,00.

Wenn jemand nahezu 30 Jahre lang Erfahrung als Personzentrierte Psychotherapeutin im psychiatrischen Feld gesammelt hat, wie das bei der dänischen Psychologin Lisbeth Sommerbeck der Fall ist, dann hat das Gewicht. Wenn die Autorin dem eigenen Handeln dann noch dezidiert und geradezu lupenrein Konzepte des Personzentrierten Ansatzes zugrunde legt, so ergibt sich daraus ein Buch, das in mehrfacher Hinsicht einmalig ist:

1.) Es ist das erste Buch, das durchgehend die Anwendung des Personzentrierten Ansatzes aus der Sicht einer einzelnen Person im Rahmen eines institutionellen psychiatrischen Kontexts zum Inhalt hat.

2.) Es bietet für alle personzentrierten Praktiker, die in psychiatrischen Diensten arbeiten, wertvolle Anregungen in anwendungsbezogener Hinsicht. Es ist meiner Ansicht nach geradezu eine Pflichtlektüre für alle Personzentrierten Psychotherapeuten (und solche in Ausbildung), die mit der Psychiatrie zu tun haben.

3.) Die Autorin leuchtet in systematischer Weise aus personzentrierter Perspektive eine Vielzahl kontextrelevanter Gesichtspunkte aus, die für alle in diesem Bereich tätigen Personen (also nicht nur personzentriert orientierte) eine – wenn auch durchaus herausfordernde – Fundgrube darstellen.

4.) Die Publikation gemahnt in radikaler Weise an die Wurzeln des Personzentrierten Ansatzes. Sie vertritt selbstbewusst eine the-

rapeutische Praxis, die in allererster Linie auf eben diesen Wurzeln beruht. Dass die Autorin dies so ausdrücklich argumentiert, obwohl sie selbst auch den psychoanalytischen und den kognitiv-behavioralen Ansatz im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Arbeit zum Einsatz gebracht hat, verleiht ihrem Standpunkt zusätzliche Brisanz. Sommerbeck selbst zählt sich zu den „traditionellen“, „klassischen“, „puristischen“, „nicht-direktiven“ bzw. „orthodoxen“ Klientenzentrierten Psychotherapeuten/innen. Ein weiteres Kennzeichen ihres Therapieverständnisses ist die verhaltensmäßige Umsetzung des empathischen Verstehens im Hinblick auf die Therapiebedingung 6 in Rogers (1957), wonach es ja auch auf die Wahrnehmung der Einstellungen des Psychotherapeuten durch den Klienten ankommt.

5.) Schließlich geht der Nutzen für den interessierten Leser meines Erachtens weit über das enger gefasste psychiatrische Anwendungsgebiet hinaus, sind doch eine Reihe von Überlegungen zu finden, die z. B. auch für die Arbeit mit Klienten, zumal mit sog. „schwierigen“ Klienten mit einem fragilen und inkonsistenten Selbstempfinden, in freier Praxis Geltung haben. Dies betrifft sowohl grundlegende Verarbeitungsprozesse und Charakteristika von Klienten wie z. B. von jenen, die von der Autorin als „near-psychotic“ bezeichnet werden, wie auch die Hinweise auf die fundamentale Bedeutung der personzentrierten therapeutischen Grundhaltungen.

Der Aufbau des Buches ist denkbar einfach:

Eine Einleitung führt in das Werk und Kapitel 1 in Lisbeth Sommerbecks Verständnis der Hauptkomponenten des Personenzentrierten Ansatzes ein. Kapitel 2 ist der Beziehung zu den anderen professionellen Helfern in der Psychiatrie gewidmet. Kapitel 3, der umfangreichste Abschnitt, befasst sich mit der Beziehung zu den Patienten bzw. Klienten der Psychiatrie.

Kapitel 4, ein kurzer Exkurs zu kulturellen Besonderheiten und zur Kritik an der Psychiatrie, rundet die Publikation ab. Sowohl das Quellenverzeichnis als auch das Stichwortregister sind kurz und bündig, ein Zeichen mehr, dass die Autorin in erster Linie aus ihren eigenen Erfahrungen schöpft, wenngleich sie an mehreren Stellen vor allem auf personenzentrierte Konzeptbildungen theoretischer wie praktischer Art Bezug nimmt.

Zu den inhaltlichen Highlights des Buches:

Zunächst ist es signifikant, dass die Einleitung sowie die Darlegung des eigenen therapeutischen Selbstverständnisses und des Kontexts der therapeutischen Praxis nahezu die Hälfte des Gesamttextes umfassen. Dies ist ein Zeichen für die gründliche Darstellung des Bodens, auf dem dann die konkretere Praxis ausgefaltet wird.

In der Einleitung werden die psychiatrische Landschaft und ihre Einwohner, einschließlich einiger formaler und terminologischer Aspekte sowie die Zielsetzung des Buches vorgestellt. Sommerbeck unterscheidet bei den Einwohnern die *professionellen Helfer* einerseits und die Patienten andererseits, wobei sie bei Letzteren diejenigen, die sich selbst als Patienten betrachten, von jenen abhebt, die sich ohne ihre eigene Zustimmung in der Psychiatrie aufhalten („*prisoners*“). Eine Reihe von freiwilligen Patienten können deswegen als *Klienten* angesehen werden, weil sie psychotherapeutische Hilfe suchen und in Anspruch nehmen. Nicht einbezogen ist übrigens die Arbeit mit Kindern. Terminologisch interessant ist, dass Sommerbeck den Begriff „Personenzentrierte Psychotherapie“ nicht gebraucht, sondern immer nur von „Klientenzentrierter Psychotherapie“ schreibt. Eine weitere Unterscheidung führt zu zwei deutlich voneinander zu trennenden Rollen, nämlich jener der Klientenzentrierten Psychotherapeutin und jener der personenzentriert ausgerichteten Praktikerin, in ihrem Fall der Psychologin. Während sie sich im zweiten Fall in bewusster Kollaboration mit dem medizinischen Modell der traditionellen Psychiatrie und dem Staff mit seinen unterschiedlichen Aufgaben wie z. B. alltägliche Betreuung, pädagogische Funktion, Überwachung, medikamentöse Behandlung befindet, ohne dieses Modell selbst zu befürworten, lehnt sie das medizinische Modell ansatzgemäß für die psychotherapeutische Arbeit innerhalb der psychiatrischen Institution strikt ab. Die Autorin hat sich dazu ein *Modell der Komplementarität* (p. 29–32) bzw. des Doppellebens erarbeitet, das diese mitunter spannungsgeladene Dualität plausibel, lebbar und auflösbar machen soll, stehen hier doch sehr divergierende Positionen einander gegenüber: phänomenologische vs. naturwissenschaftliche Methode, Verstehen vs.

Erklären, der Klient als Experte für sich selbst vs. der professionelle Helfer als Experte für den Klienten, der innere Bezugsrahmen des Klienten vs. der externe Bezugsrahmen des professionellen Helfers als Bewertungsmaßstab, psychotische vs. konsensuelle Realität, weitgehender Verzicht auf Statusdiagnostik vs. Diagnostik als unabdingbare handlungsleitende Voraussetzung.

Deutlich wird in der Einleitung auch, dass die Autorin sich dem Ansatz von Rogers, wie er ihn 1951 vorgestellt hat, verpflichtet fühlt. Die vom späteren Rogers stärker akzentuierten Momente der Wechselseitigkeit und größeren Transparenz des/der Psychotherapeutin sind ihre Sache nicht. Sie plädiert dafür, den Klienten, insbesondere schwerer gestörten psychiatrischen Klienten, als Psychotherapeut/in nicht im Wege zu stehen. Für Sommerbeck ist die nicht-direktive therapeutische Grundeinstellung von herausragender Wichtigkeit. Zutiefst überzeugt von der Existenz und von der Wirksamkeit der Aktualisierungstendenz betont sie mehrfach die Wichtigkeit „to maximally minimise the risk of conveying conditional regard to the client“. Sie gibt darüber hinaus in Anlehnung an Barbara Brodley folgende Definition ihres therapietheoretischen Verständnisses: „If the actualising tendency exists, then the therapist’s consistent presence in the tentative, acceptant, empathic understanding response process is necessary and sufficient to facilitate actualisation of the client’s most constructive potentials“ (p. 10). *Empathisches Verstehen* besteht nach Sommerbeck darin: „which the client wants the therapist to understand“ (p. 14).

Das Kapitel über die Beziehung mit Patienten ist nach drei groben Kategorien gegliedert:

- die Arbeit mit Personen mit depressiven Psychosen, einschließlich des speziellen Problemfeldes der Suizidalität,
- die Arbeit mit psychotischen Personen und
- die Arbeit mit Personen, die sie als „near-psychotic“ bezeichnet.

Durchgehend weist die Autorin darauf hin, dass sie in ihrer Arbeit vor allem mit jenen Patienten, die als „out of psychological contact“ wahrgenommen werden, viel von der Prä-Therapie Garry Proutys profitiert hat und diese in zunehmendem Ausmaße zur Anwendung bringt. An einem kommentierten Beispiel zeigt sie auf, wie empathisches Verstehen und Kontaktreflexionen im Sinne der Prä-Therapie einander ergänzen können. In weiterer Folge erweist sich auch, dass Sommerbeck nicht nur eine erfahrene Praktikerin, sondern auch eine stringente Denkerin ist. Sie kommt zu der Schlussfolgerung, dass die therapeutischen Möglichkeiten bei zurückgezogenen, nicht selbstexplorativen Klienten (prä-expressiven Klienten in der Terminologie Proutys) ohne die prä-therapeutischen Kontaktreflexionen begrenzt sind. Für Sommerbeck ist die Prä-Therapie bei schwerer gestörten Patienten „the only way to have a truly unconditionally acceptant relationship with them“ (p. 83). Die aktive (und unter Umständen interpretative) Technik des Klientenzentrierten Psychotherapeuten, stellvertretend für den Klienten, der „out of contact“ ist, dessen Bezugsrahmen zu „erraten“, wie das – neben

anderen Interventionen wie Schweigen oder Selbsteinbringung – noch im Wisconsin-Projekt „state of the art“ war, ist ihrer Ansicht nach durch Proutys Kontaktkonzeption, die ja in eine hochwirksame praktische Technik des konkreten Kontaktherstellens mündet, überholt worden. Anhand eines Ausschnitts des therapeutischen Interviews, das Rogers mit Elaine geführt hat, diskutiert sie dessen praktisches Vorgehen in diesem Fall. Während Rogers einerseits geradezu – die zu diesem Zeitpunkt theoretisch noch gar nicht konzeptualisierten – Kontaktreflexionen anbietet, wirkt er, in seinem Bemühen den inneren Bezugsrahmen der Klienten zu erfassen, zuweilen vorausgehend und ratend. An dieser Stelle erinnert Sommerbeck daran, dass „with psychotic clients, empathic understanding of their inner frame of reference is of relatively less importance than unconditional positive regard as a therapeutic factor“ (p. 115) und dass die prä-therapeutischen Kontaktreflexionen ein gutes Vehikel

sein können, eben die grundlegende unbedingte Wertschätzung zum Ausdruck zu bringen.

All diese Abschnitte sind mit zum Teil eindrucksvollen Fallbeispielen unterlegt, die jeweils ausführlich unter einem konzeptionellen Blickwinkel kommentiert sind. Diese Aufbereitung gehört meiner Meinung nach zu den Stärken des Buches und trägt viel zu einer eindringlichen Rezeption bei. Didaktisch betrachtet wird dadurch vieles praxisnäher und einprägsamer. Ich habe die Fallbeispiele zugleich als auflockernd und die allgemeinen Aussagen illusrierend und verdichtend empfunden.

Alles in allem: Wie bereits eingangs ausgeführt und anhand einer Reihe von Passagen aufgezeigt, empfehle ich das Buch all jenen zu Lektüre, die ein Naheverhältnis zur Psychiatrie haben und mit Klienten zu tun haben, die im speziellen Sinn als vulnerabel erachtet werden können.

Christian Brandt & Klaus Heinerth

Symbolisierungsstörungen und emotional instabile Persönlichkeitsentwicklung

Zusammenfassung: Die Inkongruenz einer Person kann zwischen verschiedenen Erfahrungsbereichen variieren. Für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen wurden in klientenzentrierten Therapien charakteristische Inkongruenzkonstellationen aufgezeigt, bei denen relevante Bereiche organismischer Erfahrung weitgehend von der Selbsterfahrung ausgeschlossen erscheinen, während andere Erfahrungsbereiche ausreichend symbolisiert wirken. Teilbereiche der organismischen Erfahrung sind in diesem Fall für die Selbsterfahrung versperrt. Als Grundlage werden chronische Störungen bei der Symbolisierung von Erfahrung vermutet. In einer klinischen Pilotstudie sollten an einer Stichprobe emotional instabiler Jugendlicher die angenommenen Versperrungen der selbstbezogenen Symbolisierung aufgezeigt werden. Das Muster der empirisch gefundenen Daten unterstützt das theoretische Konstrukt und zeigt Aspekte des klientenzentrierten Verständnisses der Borderlinepathologie auf.

Stichwörter: Inkongruenz; Borderline-Persönlichkeitsstörung; versperrte Symbolisierung

Abstract: Dysfunctions in symbolization-processes and Borderline-personality-disorder. *The incongruence of a person may vary between different domains of experience. In person-centered therapies characteristic forms of incongruence were found for personality-disorders: some important domains of organismic experience seem to be nearly excluded from self-experience, while others seem to be accurately symbolized. Parts of organismic experience, in other words, seem to be "blocked". This is explained by chronic dysfunctions of symbolization-processes. In a first clinical study the assumed gaps of self-focused symbolization should be shown in a sample of adolescents with signs of Borderline-personality-disorder. The empirical results give support to the theory and help to understand BPD in a person-centered way.*

Keywords: *Incongruence; Borderline-personality-disorder; "blocked" symbolization*

I. Ableitung der Hypothesen

Die Hypothesen der hier vorgestellten Untersuchung (Brandt, 2005) wurden aus einem komplexen theoretischen Konstrukt zur Erlebnisverarbeitung abgeleitet, das im klientenzentrierten Diskurs aus der therapeutischen Praxis rekonstruiert wurde (vgl. Rogers, 1951/1983; 1959/1987; Biermann-Ratjen et al., 2003; Heinerth, 1997; 2002; 2003). In klientenzentrierten Therapieprozessen zeigen sich deutliche Unterschiede, inwieweit eine Person es vermag, ihre eigene organismische Erfahrung als Selbsterfahrung zu verstehen. Die Unterschiede tauchen dabei nicht nur zwischen verschiedenen Personen auf, sondern auch zwischen verschiedenen Bereichen organismischer Erfahrung. So kann eine Person beispielsweise eine gute Selbstexploration im Bereich expansiver Bedürfnisse, aber wenig Selbstverstehen für bindungsrelevante Erfahrungen aufweisen. Die Inkongruenz einer Person variiert in diesem Sinn über verschiedene Erfahrungsbereiche.

Ausgangspunkt der untersuchten Hypothesen ist die therapeutische Beobachtung, dass Personen in bestimmten Erfahrungsbereichen eine besonders stabile, umfassende und tiefgehende Inkongruenz aufweisen können, mit der kein intrapersonales Inkongruenzerleben der Betroffenen korrespondiert (Heinerth, 1997; 2002; Ehlers, 2002). Die Beobachtung zeigt, dass der Selbstexploration einer Person diese Bereiche nicht spontan zugänglich sind, sie erscheinen – obwohl organismisch bei dieser Person offenbar gegeben – für die Selbsterfahrung „versperrt“ (Heinerth, 2002). Es wirkt so, als sei die organismische Erfahrung dieses Bereichs von den selbstbezogenen Symbolisierungsprozessen einer Person, ihrer Selbstaktualisierung, generell ausgeschlossen.

Heinerth wählt bei der theoretischen Rekonstruktion dieses Phänomens als Basismetapher das Bild des *Erfahrungsraums*: „Das Selbstkonzept kann als ein Haus gedacht werden, das, obwohl schon vorhanden, mit seinen verschiedenen Räumen bewohnt, das heißt in zwei Schritten erst betreten und dann eingerichtet werden muss.“

Das Selbstkonzept hat viele Räume, die den Grunderfahrungen des Menschen entsprechen, nämlich seinen Bedürfnissen und ihren Befriedigungen. Die Räume haben Bezeichnungen wie Bindungserfahrung, Aggressionserfahrung, die Erfahrung richtig zu sein etc.

Manche Räume sind, obgleich sie vorhanden sind, nicht zugänglich, weil sie keinen Namen haben. Sie haben keinen Namen, weil sie bisher nicht betreten wurden.

Sie werden nicht betreten, weil sie unbekannt und bedrohlich sind, und weil es keinen Führer gibt, mit dem zusammen man einen solchen Raum explorieren könnte, der Phänomene, Begriffe und Zusammenhänge benennt. So bleiben sie unzugänglich, versperrt, obgleich ein dumpfes Bewusstsein davon besteht, dass sie existieren, allein schon deshalb, weil andere von ihren Häusern berichten, in denen es solche Räume gibt. Diese unzugänglichen Räume entsprechen den versperrten Symbolisierungen“ (Heinerth, 2002, S. 153).

Reale Inkongruenz

Als Folge fehlender Symbolisierung kann der Fall eintreten, dass mit einem interpersonal wahrnehmbaren Affektzustand einer Person keine Selbsterfahrung der organismischen Erfahrung durch diese Person korrespondiert. Rogers beschreibt einen solchen Fall als „reale Inkongruenz“ (Rogers, 1961/2002, S. 330). Die gegebene organismische Erfahrung wird in dieser Inkongruenzkonstellation nicht falsch oder verzerrt in die Selbsterfahrung übertragen, sie ist vom Selbstaktualisierungsprozess ausgeschlossen. Die Inkongruenz zwischen Erfahrung und Selbsterfahrung ist bei dieser Konstellation so vollständig, dass die Person ihrer nicht gewahr werden kann; sie manifestiert sich jedoch personal als „spezifische Reaktionsbereitschaft beziehungsweise Störanfälligkeit“ (Finke, 1994, S. 108). Psychopathologisch erscheinen solche „spezifischen Reaktionsbereitschaften“ als Symptome gestörten Erlebens. Im klientenzentrierten Verständnis handelt es sich um affektiv spezifizierte Verhaltensbereitschaften, deren Besonderheit darin liegt, dass sie „durch organische Bedürfnisse und Erfahrungen verursacht werden, die nicht symbolisiert wurden“ (Rogers, 1951/1983, S. 439). Wird eine solche Aktionsbereitschaft in tatsächliches Verhalten umgesetzt, das durch die nicht symbolisierte organismische Erfahrung organisiert ist, erscheint die entsprechende Verhaltenssequenz „vom Selbstkonzept losgelöst“ (ebd.) zu sein und außerhalb intentionaler Kontrolle zu stehen. Es ist dem Individuum „nicht zu eigen“ (ebd.). Im Selbsterleben der Person kann kein Gewahrsein der organismischen Information entstehen, auf deren Grundlage der desintegrierte und ausagierte Aktionsimpuls verständlich würde. Die organismische Aktualisierungstendenz, als deren Ausdruck die Aktionsimpulse zu verstehen sind, bleibt bezüglich der symptomatischen Impulse ohne Symbolisierung und ist so von der Selbsterfahrung abgetrennt. Eine solche Inkongruenz-Konstellation lässt sich als Dissoziation zwischen Aktualisierungs- und Selbstaktualisierungsprozess verstehen

(Höger, 1993) und wird von einer „konflikthaften“ oder „sekundären“ Inkongruenz unterschieden (Biermann-Ratjen & Swildens, 1993).

Versperrte Symbolisierung

Betrachtet man die Selbstaktualisierung heuristisch vereinfacht als Übertragungsprozess von Erfahrung in Selbsterfahrung, ist dieser Prozess im Fall konflikthafter Inkongruenz verzerrt, im Fall einer Dissoziation versperrt. Im ersten Fall weicht die im Selbstkonzept repräsentierte Bedeutung einer Erfahrung von der organismischen Repräsentation dieser Erfahrung ab, die selbstbezogene Repräsentation ist in Relation zur organismischen Bewertung verzerrt (Heinerth, 2002; Biermann-Ratjen et al., 2003). Im Fall einer Versperrung korrespondiert mit einer prinzipiell symbolisierungsfähigen und relevanten organismischen Erfahrung demgegenüber weder eine korrekte, noch eine verzerrte, sondern keine Selbsterfahrung (Heinerth, 2002; 2003).

Wie lassen sich entsprechende Ausfälle der Selbsterfahrung einer Person theoretisch begründen? Rogers unterscheidet hierzu zunächst zwei Aspekte eines Widerspruchs von Aktualisierungs- und Selbstaktualisierungstendenz (Rogers, 1951/1983):

- Organismische Information bleibt ohne selbstbezogenes Wissen,
- Selbstannahmen erfolgen ohne organismische Fundierung.

Hinsichtlich des Übertragungsprozesses von Erfahrung in Selbsterfahrung handelt es sich im ersten Fall um einen falsch-negativen Fehler: die „Körpererfahrung“ enthält vieles, was nicht in der „Selbststruktur“ erscheint; im zweiten Fall um einen falsch-positiven: die Selbststruktur beinhaltet eine Bewusstheit von manchem, was organismisch nicht gegeben ist (vgl. Rogers, 1951/1983, S. 455).

Rogers versucht das Phänomen falsch-negativer Symbolisierung mit dem Begriff der „Leugnung“ von Erfahrung zu fassen (ebd., S. 434ff.), die Argumentation gerät dabei aber in Widersprüche. Auf der einen Seite wird Leugnung konsistenztheoretisch als Folge semantischer Unvereinbarkeit einer organismischen Information mit dem bestehenden Selbstkonzept verstanden, auf der anderen Seite gilt der falsch-negative Fehler als Ausdruck fehlender Symbolisierung.

Rogers muss für dieses Konzept unter Anlehnung an den Begriff der Subzeption die Möglichkeit einer präsymbolischen semantischen Analyse von Erfahrung diskutieren, die von der Selbststruktur ausgeht beziehungsweise auf das Selbstkonzept bezogen ist und die in der Lage ist, die Symbolisierung von Erfahrung zu verhindern (ebd., S. 437ff.). Gegenüber spezifischen semantischen Inhalten hat ein solches Konzept der „Wahrnehmungsverleugnung“ (Rogers, 1959/1987, S. 31) Plausibilität, wobei anzunehmen ist, dass in diesem Fall nicht die Symbolisierung als solche abgewehrt wird,

sondern die akkurate Integration der symbolisierten Erfahrung in die gegebene Selbststruktur und die Gewährerdung (Heinerth, 2002; Biermann-Ratjen et al., 2003). Die konstante Versperrung ganzer Erfahrungsbereiche oder Affektqualitäten scheint durch diesen bedeutungsbezogenen Mechanismus nicht erklärbar. Liegen generalisierte Ausfälle der Selbsterfahrung einer Person vor, lassen sie sich durch das von Heinerth entwickelte Erklärungsmodell schlüssiger begründen (Heinerth, 1997; 2002; 2003; Brandt, 2005).

Symbolisierungsfunktion

Im Zentrum des Modells stehen die klientenzentrierten Annahmen zur Symbolisierung von Erfahrung. Im Unterschied zum weiter gefassten Begriff der Repräsentation ist der im klientenzentrierten Diskurs verwendete Begriff Symbolisierung in jedem Fall an die Existenz einer Gruppe und ihres geteilten Zeichensystems gebunden. Die Symbolisierung integriert den bezeichneten Sachverhalt in ein System sozial geteilter Bedeutungen. Die im klientenzentrierten Modell vor allem interessierenden Sachverhalte sind die organismischen Erfahrungen einer Person. Als Ausgangspunkt dieser Erfahrungen werden organismische Bedürfnisse betrachtet; verschiedene Umwelten erzeugen aus diesen Bedürfnislagen affektiv verschieden ausgerichtete organismische Zustände und Aktionssimpulse. Die spezifische Relation Bedürfnis-Umwelt ist in diesem Sinn affektiv repräsentiert und liegt als organismische Erfahrung der Person vor (Heinerth, 1990). Die Übersetzung dieser Erfahrung in eine Selbsterfahrung und die Möglichkeit ihrer Gewährerdung sind an die Symbolisierung gekoppelt (Rogers, 1959/1987).

Rogers unterscheidet theoretisch zwischen der „Fähigkeit“ und der „Tendenz“ eines Individuums, Erfahrungen exakt im Gewährerdung zu symbolisieren (Rogers, 1959/1987, S. 59). Im klientenzentrierten Diskurs wurde wiederholt angemerkt, dass auf die Entwicklung dieser hochkomplexen Fähigkeit sehr verschiedene Kräfte einwirken. Zu nennen sind unter anderem konstitutionell-biologische Faktoren, verknüpft mit dem axiomatischen Begriff der „Aktualisierungstendenz“ (Rogers, 1959/1987, S. 21; vgl. auch Höger, 1993; Finke, 2004), und soziokulturelle Entwicklungsbedingungen, auf die aus klientenzentrierter Perspektive insbesondere Pfeiffer eingeht (Pfeiffer, 1989; 1994). Als dritter Faktorenkomplex steht im Zentrum des therapeutischen Ansatzes bekanntlich die erfahrene soziale Feinfühligkeit und Wertschätzung in signifikanten Beziehungen. Ungünstige Erfahrungen in diesem Bereich können im Sinne Speierers „sozialkommunikative Inkongruenzursachen“ sein (Speierer, 1995, S. 122). Das Differentielle Inkongruenzmodell grenzt diese bekanntlich von den „dispositionellen“ und den „lebensereignisbedingten“ Inkongruenzquellen ab (ebd., S. 123). Die Frage, in welchem Verhältnis diese Faktorenkomplexe auf die psychische Entwicklung einer Person und die Störungsgenese

einwirken, ist Gegenstand entwicklungspsychopathologischer Forschung (aktuelle Übersichten bei Blanz et al., 2006; Schlottke et al., 2005). Sicher ist, dass die Fähigkeit einer Person, ihre Erfahrung zu symbolisieren, sich nicht autark, ohne eine Phase „ko-konstruktiver“ sozialisatorischer Interaktion ausbilden kann (vgl. etwa Oerter & Noam, 1999; Lindesmith & Strauss, 1983). Die Beobachtungen der Bindungsforschung lassen darauf schließen, dass der Erfahrung ausreichender interaktiver Feinfühligkeit und angemessener begleitender Verbalisierung in den frühen Bindungsbeziehungen eine zentrale Rolle bei der Entwicklung selbstregulativer und selbstrepräsentativer Kompetenzen zukommt (vgl. Grossmann & Grossmann, 2001).

Aus klientenzentrierter Sicht setzt die Möglichkeit selbstempathischer Symbolisierung organismischer Erfahrung Interaktionserfahrungen voraus, in denen die organismischen Signale empathisch aufgegriffen und verbal korrekt symbolisiert wurden (Heinerth, 2002, S. 152ff.). Die Symbolisierungsfunktion einer sich entwickelnden Person muss in diesem Sinn interaktiv angeleitet werden, damit im Entwicklungsverlauf selbstorganisierte Symbolisierungsprozesse möglich werden. Die grundlegenden Symbolisierungen erfolgen in der frühen Interaktion mit den Bindungspersonen (Höger, 1990; Biermann-Ratjen et al., 2003). Die selbstbezogene Symbolisierung der eigenen Erfahrung einer Person ist nur möglich, „wenn in der Ontogenese eine Empathie durch eine Bindungsperson dem Individuum geholfen hat, sich selbst zu verstehen“ (Heinerth, 2002, S. 157).

Differentielle Symbolisierungsfähigkeit

Das von Heinerth formulierte Modell postuliert, dass die Symbolisierungsfähigkeit einer Person sich, abhängig von den bedeutsamen Interaktionserfahrungen qualitativ unterschiedlich für verschiedene Erfahrungsbereiche entwickelt (Heinerth, 2002). Konstituiert werden die verschiedenen Erfahrungsräume durch wiederkehrende organismische Bedürfnislagen und die mit ihnen verknüpften Affekte. Unzureichende frühe Empathieerfahrung hinsichtlich eines bestimmten Erfahrungsraums kann dazu führen, dass dieser Erfahrungstyp später nicht selbstempathisch symbolisiert werden kann. Die entsprechenden organismischen Bedürfnis- und Affektlagen bleiben dann der Selbsterfahrung und der personalen Gewährerdung entzogen. Für andere Bereiche organismischer Erfahrung, die in der frühen Interaktion zureichend empathisch aufgegriffen wurden, kann sich dagegen bei der gleichen Person eine elaborierte Symbolisierungsfähigkeit entwickeln. Heinerth betrachtet die Symbolisierungsfähigkeit einer Person in diesem Sinn als eine personale Kompetenz, deren individuelles Profil sich in Zusammenhang mit den frühen Empathieerfahrungen differentiell über verschiedene Typen organismischer Erfahrung ausformt.

Auswirkungen auf die Selbstregulation

Versperrungen der Symbolisierungsfunktion im hier verstandenen Sinn sind Fähigkeitsausfälle, die die betroffenen organismischen Erfahrungsbereiche der Selbstexploration und der Gewährwerdung mit hoher Zeit- und Situationsstabilität entziehen. In dieser Form verringerte Offenheit einer Person für ihre eigene Erfahrung wird mit hoher Wahrscheinlichkeit ungünstige Auswirkungen auf deren Selbstregulation haben. Bereiche relevanter organismischer Erfahrung sind nicht in das personale Erleben integriert; die entsprechenden organismischen Informationen und Aktionsimpulse bleiben der Person unverständlich und sind für die intentionale Selbststeuerung nicht verfügbar. Für das Selbsterleben ist infolge dieser Konstellation unter anderem das Auftreten organismisch begründeter Spannungszustände zu erwarten, deren emotionale Bedeutung nicht entschlüsselt werden kann. Für die Selbstregulation kann ein Schwanken abgeleitet werden zwischen Kontrollverlustzuständen, in denen Impulse aus den desintegrierten Erfahrungsbereichen „durchbrechen“, und Zuständen organismisch nicht „rückgekoppelter“ intentionaler Selbststeuerung (Heinerth, 1997).

Heinerth betrachtet chronische Versperrungen des Symbolisierungsprozesses als grundlegendes Defizit persönlichkeitsgestörter Menschen, kasuistisch entwickelt und belegt wurde das Erklärungsmodell insbesondere in der therapeutischen Arbeit mit Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (Heinerth, 1997; 2002). Es ist bekannt, dass bei der Pathogenese von Persönlichkeitsstörungen auch dispositionelle Faktoren und die Lebensereignisse der Person wirksam sind (vgl. Herpertz & Herpertz-Dahlmann, 2003, Herpertz & Saß, 2003, Herpertz-Dahlmann, 2003). Als störungsspezifisch werden im hier vorgestellten Ansatz die Defizite der Symbolisierungsfähigkeit angesehen. Die charakteristischen Störungen des Selbsterlebens und der Selbstregulation persönlichkeitsgestörter Menschen werden dabei als Folge einer chronisch beeinträchtigten Symbolisierungsfunktion verstanden. Im Zentrum steht die These, dass Bereiche organismischer Erfahrung bei Persönlichkeitsstörungen nicht in ein bedeutungsvolles und bewussteinfähiges Format gebracht werden können. Diese Beeinträchtigung wird als eine besonders tiefe und umfassende Form von Inkongruenz verstanden, die sich qualitativ von neurotisch-verzerrten Inkongruenzkonstellationen unterscheidet und zu abrupten affektiven Dysregulationen und inkonsistentem Selbsterleben führt (Heinerth, 2002; 2003).

Die Symbolisierung des organismischen Erfahrungsfeldes ist neben einem Übersetzungs- auch ein Auswahlprozess. Die Qualität der Selbstregulation und des Selbsterlebens variiert unter anderem mit der Offenheit des Auswahlprozesses. Es ist zunächst davon auszugehen, dass systematische Störungen von Auswahl und Übersetzung zu größerer und stabilerer Inkongruenz zwischen Selbsterfahrung und organismischer Erfahrung führen als zufällige Störungen. Bleiben bei der Auswahl darüber hinaus ganze relevante Erfahrungstypen systematisch versperrt, wie Heinerth es für die

Persönlichkeits-Pathologien annimmt, ist eine deutlich geringere Validität des Selbsterfahrungsmusters zu erwarten, als dies bei Verzerrungen innerhalb der relevanten Erfahrungskategorien der Fall wäre. Chronisch versperrte Symbolisierungsprozesse können in diesem Sinn mit einer Stichprobenziehung verglichen werden, bei der relevante Bereiche der Grundgesamtheit systematisch ausgeschlossen bleiben, während neurotisch-verzerrte Symbolisierungsprozesse vergleichbar einer Quoten-Erhebung alle relevanten Bereiche repräsentieren, aber innerhalb der jeweiligen Kategorien Auswahlverzerrungen auftreten.

Liegen Versperrungen der Symbolisierungsfunktion hinsichtlich relevanter organismischer Erfahrungsbereiche der Person vor, sind erhebliche und chronische Störungen im Informationsverarbeitungsprozess zu erwarten. Heinerth beschreibt diese Störungen als *desorganisierte* Verarbeitung und grenzt sie in Anlehnung an Rogers von neurotisch-abwehrenden Verarbeitungsmustern ab (Heinerth, 2002, S. 152). Abwehrende Verarbeitung meint, dass das Selbst an sich intakt ist und im Bemühen, sich intakt zu halten, bestimmte Informationen abwehren muss. Desorganisation hingegen bedeutet, dass die „organisierte Ganzheit des Selbst“ (ebd., S. 152) zeitweise nicht vorhanden ist, entweder überhaupt nicht aufgebaut wurde oder unter zu großer Belastung zusammenbricht. Desorganisiertes Verhalten im Sinne der borderlinetypischen affektiven Dysregulation entsteht, „wenn das Selbstkonzept keine Kategorien bereithält, die ablaufenden organismischen Prozesse zu verstehen“ (ebd., S. 152).

Störungstypische Selbstkonzeptorganisation

Der kasuistisch belegte Zusammenhang zwischen emotional instabiler Persönlichkeitsstörung und versperrter Symbolisierung wurde im Rahmen einer klinischen Pilotstudie an einer jugendpsychiatrischen Stichprobe untersucht (Brandt, 2005). Im Untersuchungsdesign werden Versperrungen der Symbolisierungsfunktion als Defizite der konzeptgesteuerten Informationsverarbeitung operationalisiert. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass chronische Ausfälle der Symbolisierungsfunktion zu einem partiellen Mangel relevanter Selbstschemata führen. Das Selbstkonzept einer Person wird klientenzentriert bekanntlich aufgefasst als eine aus Selbsterfahrungen gebildete Struktur (Rogers, 1959/1987). Der frühe und chronische Ausfall von Selbsterfahrung hinsichtlich eines bestimmten organismischen Erfahrungstyps muss dazu führen, dass das Selbstkonzept der betroffenen Person hinsichtlich dieses organismischen Erfahrungsbereichs ohne ausreichende Repräsentanz bleibt. Bezüglich dieses Bereichs der eigenen organismischen Erfahrung wird das Selbstkonzept der Person eine „Lücke“ aufweisen (Heinerth, 2002). Diese markiert einen strukturellen Mangel in der Fähigkeit, Erfahrung als Selbsterfahrung zu erfassen.

Aus dieser selbsttheoretischen Perspektive geht die Untersuchungsmethode davon aus, dass die postulierten Versperrungen der

Symbolisierungsfunktion sich in adjektivistischen Selbstbeschreibungen emotional instabiler Probanden nachweisen lassen. Es wird dabei vorausgesetzt, dass bezüglich versperrter Erfahrungsbereiche die Zuordnung von Eigenschaften erschwert ist, während nicht betroffene Bereiche bei der gleichen Person unauffällig symbolisiert werden. Das beobachtbare Selbstbeschreibungsmuster einer Person, bei der Versperrungen der Symbolisierungsfunktion auftreten, müsste demnach größere Unterschiede zwischen verschiedenen Erfahrungskategorien aufweisen als das Selbstbeschreibungsmuster einer Person, bei der keine Erfahrungsbereiche von Versperrung betroffen sind. Bei Gültigkeit der Annahmen sollte sich in einer klinischen Stichprobe dieser spezifische Unterschied zeigen. Denn während angenommen wird, dass die Selbstrepräsentation von Personen mit gestörter Persönlichkeitsentwicklung durch versperrte Symbolisierungsprozesse strukturell fragmentiert ist, werden für andere klinische Störungsbilder keine solchen Versperrungen vermutet.

II. Methode und Ergebnisse

Die Pilotuntersuchung wurde im Jahr 2003 mit freundlicher Unterstützung durch Chefarzt Dr. Joachim Jungmann durchgeführt. Untersucht wurde eine Inanspruchnahmepopulation an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums am Weissenhof Weinsberg. Zielgruppe waren stationär oder ambulant behandelte Patienten zwischen 13 und 18 Jahren. Generell ausgeschlossen waren Behandlungen im Rahmen gerichtlicher Unterbringungen, desorientierte Patienten oder Patienten mit geistigen Behinderungen. Die Probanden wurden gemäß ihrer Hauptdiagnosen in die *Untersuchungs-* oder die *Vergleichsgruppe* eingeteilt. Die Diagnosevergabe erfolgte nach den diagnostischen Kriterien des ICD-10, unabhängig von der hier beschriebenen Untersuchung (Remschmidt et al., 2001). Die Diagnosen wurden durch verschiedene Rater gestellt, abgesichert durch die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al., 2003). In die Untersuchungsgruppe aufgenommen wurden Patienten mit gesicherten Diagnosen und Verdachtsdiagnosen *Emotional instabiler Persönlichkeitsstörung* (ICD-10 F60.30/F60.31), sowie unter bestimmten Zusatzbedingungen Patienten mit der Diagnose einer *Sonstigen kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen* (ICD-10 F92.8/F92.9). Die Diagnose einer *kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen* ist eine besondere Klassifikationsmöglichkeit des ICD-10 für Kinder und Jugendliche. In der Praxis wird diese Diagnose insbesondere bei jüngerem Alter der Patienten als Alternative zur Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung herangezogen. Probanden mit entsprechenden Diagnosen wurden in die Untersuchungsgruppe aufgenommen, wenn in der psychopathologischen

Befunddokumentation das gemeinsame Vorliegen von *Interaktionsstörungen*, *Störungen von Stimmung und Affekt* und *Selbstschädigung* beziehungsweise *Suizidalität* gegeben war.

Die Vergleichsgruppe hat einen größeren Umfang als die Untersuchungsgruppe, um diagnostische Heterogenität der Vergleichsprobanden zu ermöglichen. Ausgeschlossen wurden neben den beschriebenen Indexdiagnosen andere *Persönlichkeitsstörungen* und *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Der Umfang der Gesamtstichprobe wurde so gewählt, dass die Durchführung exakter Signifikanztests ohne Verteilungsannahmen möglich war. Im Erhebungszeitraum nahmen 39 Patienten an der Befragung teil. Von diesen konnten 9 Probanden nicht in die Auswertung aufgenommen werden; in zwei Fällen war zum Untersuchungszeitpunkt keine ausreichend klare Abgrenzung zwischen emotional instabiler und psychotischer Störung möglich, in zwei Fällen waren die psychopathologischen Zusatzkriterien zur Aufnahme in die Untersuchungsgruppe bei *Kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen* nicht erfüllt. In den übrigen ausgeschiedenen Fällen lagen die Ausschöpfungsraten der Itemkategorien im negativen Erlebensbereich unterhalb der kritischen statistischen Grenze von mindestens 4 gewählten Items, hiervon war keine bestimmte Diagnosegruppe besonders betroffen.

10 Probanden mit Zeichen einer emotional instabilen Persönlichkeitsentwicklung und 20 Vergleichsprobanden mit Störungsbildern außerhalb des Spektrums von Persönlichkeitsstörungen/emotionaler Instabilität wurden hinsichtlich einer adjektivistischen Selbstbeschreibung verglichen, die sie mittels einer Auswahl aus der *Eigenschaftswörterliste* vorgenommen hatten (Janke & Debus, 1978). Jedes der dargebotenen 88 Adjektive war einer von sieben affektiv spezifizierten Erfahrungskategorien zugehörig, wobei diese Zugehörigkeit in der Befragung verdeckt war. In der Liste impliziert waren die Erfahrungskategorien *Leistungsbezogene Aktivität*, *Allgemeines Wohlbehagen*, *Extraversion* sowie *Allgemeine Desaktivität*, *Emotionale Gereiztheit*, *Ängstlichkeit/Deprimiertheit*, *Introversio*n (vgl. Janke & Debus, 1978). Bei der Rohauswertung wurde im Sinne einer quantitativen Inhaltsanalyse für jeden Probanden ermittelt, zu welchem Prozentsatz die mögliche Itemzahl pro Kategorie bei der Selbstbeschreibung ausgeschöpft wurde. Um Stimmungskongruenzeffekte oder sozial erwünschte Auswahl Tendenzen bei der Auswertung zu neutralisieren, wurden die Ausschöpfungsraten der „positiven“ und „negativen“ Kategorien getrennt verglichen.

Die zentrale operationale Hypothese lautete, dass die Selbstbeschreibungen der emotional instabilen Probanden eine erhöhte individuelle Ausschöpfungsvarianz über die verglichenen Kategorien aufweisen würden. Anders formuliert, es wurde erwartet, dass die individuellen Selbstbeschreibungsmuster der Indexprobanden gegenüber der Vergleichsgruppe größere Unterschiede zwischen „starken“ Kategorien (als Ausdruck elaborierter Selbstkonzeptbereiche) und „schwachen“ Kategorien (als Indikator versperrter Selbstaspekte) aufweisen.

Diese Annahme konnte für die Kategorien aversiver Erfahrung mit $p < .01$ angenommen werden. Die Selbstbeschreibungsmuster der emotional instabilen Probanden weisen über die Kategorien *Allgemeine Desaktivität*, *Emotionale Gereiztheit*, *Ängstlichkeit/Deprimiertheit*, *Introversion* signifikant größere Ausschöpfungsunterschiede auf als die Beschreibungsmuster in der Vergleichsgruppe.

Als Kontrollvariablen wurden Schulbildung, Alter und Geschlecht herangezogen. Ein signifikanter Zusammenhang zeigte sich mit $p < .05$ zwischen der Homogenität der Selbstbeschreibungsmuster und der Schullaufbahn der Probanden. Der Zusammenhang entsprach der Erwartung, dass höhere Schulbildung aufgrund elaborierterer verbaler Kompetenz mit homogeneren Selbstbeschreibungsmustern korreliert sein würde, war dabei allerdings mit $r(\text{bis}) = 0,46$ erwartungsgemäß schwächer als der gefundene Zusammenhang zwischen der Ausschöpfungshomogenität und der diagnostischen Gruppenzugehörigkeit ($r(\text{bis}) = 0,65$). In der Gruppe der emotional instabilen Probanden waren höhere Schullaufbahnen gegenüber der Vergleichsgruppe unterrepräsentiert, ob infolge eines störungsbedingten social drift oder anderer Faktoren muss hier offen bleiben. Der Einfluss der Schullaufbahn auf den untersuchten Zusammenhang zwischen Diagnosegruppe und Itemausschöpfung wurde bei der weiteren Auswertung statistisch neutralisiert. Die Signifikanz der zentralen Hypothese bleibt auch bei Bestimmung der Partialkorrelationen mit $p < .01$ erhalten.

Von Versperrung betroffene Selbstaspekte einer Person müssen prinzipiell in zwei Relationen identifiziert werden: im Vergleich zur Elaboration anderer Selbstkonzeptbereiche dieser Person und im Vergleich zu ihrer relevanten organismischen Erfahrung. Eine spezifische intraindividuelle „Absenkung“ der Symbolisierung eines bestimmten Erfahrungsbereichs ist als ein notwendiges, aber noch kein hinreichendes Kriterium zur Identifizierung einer Versperrung anzusehen. Hinzutreten muss prinzipiell der Nachweis, dass mit der abgesenkten Symbolisierung eine unterrepräsentierte Erfahrung korrespondiert, das heißt ein Erfahrungsraum organismisch angelegt, aber nicht ausreichend als Erfahrungskategorie im Selbstkonzept repräsentiert ist.

In der Untersuchung konnten die latenten Muster organismischer Erfahrung nicht direkt erfasst werden, so dass kein unmittelbarer Vergleich von Erfahrungs- und Selbstbeschreibungsmuster eines Probanden möglich war. Eine Untersuchungsannahme war jedoch, dass Bezugspersonen tatsächliche affektive Muster der Probanden prinzipiell wahrnehmen können und versperrte Symbolisierung zu einer erhöhten Abweichung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung führt.

Im Sinne dieser Erwartung wurde vorausgesagt, dass die Differenz zwischen den Selbstbeschreibungen der Probanden und korrespondierenden Fremdbeschreibungen durch bedeutsame Bezugspersonen in der Untersuchungsgruppe größer als in der Vergleichsgruppe ausfallen würde. Um diese Erwartung zu prüfen, wurden die Mütter der Probanden um eine Fremdbeschreibung ihres

Kindes mittels der auch den Jugendlichen dargebotenen Itemliste gebeten.

Besteht zwischen der organismischen Erfahrung und der Selbsterfahrung einer Person eine Diskrepanz, die nicht von der betroffenen Person, aber von der sozialen Umgebung wahrgenommen wird, bezeichnet Rogers diesen Zustand als, wie bereits ausgeführt, als *reale Inkongruenz* (Rogers 1961/2002, S. 330). Eine erhöhte Abweichung zwischen Selbst- und Fremdbeschreibung in der Indexgruppe kann in diesem Sinn unter bestimmten Bedingungen als Indikator realer Inkongruenz verstanden werden. Voraussetzung ist hierbei, dass die Beurteilungskompetenz der Eltern keine systematische Differenz zwischen den beiden untersuchten Gruppen zeigt. Dies konnte im Untersuchungsdesign nicht stillschweigend als erfüllt betrachtet werden. Es ist davon auszugehen, dass die Kindheit von Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Durchschnitt erhöhte Belastungen der Eltern-Kind Beziehungen aufweist. Genannt werden in der Literatur unter anderem eine hohe Rate von Mutter- oder Vatersubstituten, Vernachlässigung und Zurückweisung (Ludolph et al., 1990; Paris et al., 1988). Typischerweise werden die Eltern durch Borderline-Patienten ungünstig bewertet (Baker et al., 1992).

Die Genese von Persönlichkeitsstörungen wird, wie eingangs dargelegt, auch im hier vorgestellten, symbolisierungstheoretischen Modell in Zusammenhang mit verringerter Fähigkeit zur Empathie und Feinfühligkeit der primären Bezugspersonen gesehen (Heinerth, 1997; 2002). Allerdings schließt es sich nicht grundsätzlich aus, dass Empathiedefizite im Sinne verringerter Einfühlung in die Bedürfnisstruktur des Gegenübers vorliegen und zugleich affektive Muster im Sinne einer Fremdbeobachtung korrekt wahrgenommen werden können. Blockiert wäre in diesem Fall nicht die Wahrnehmung des Affekts, sondern des darin liegenden interaktionellen Bedürfnisses (Heinerth, 2002, S. 158ff).

Um die Beurteilungsgüte der Elternurteile abschätzen zu können, erfolgte eine zweite Durchführung unter der Bedingung einer „zirkulären“ Beschreibung. Diese Kontrollbefragung erfolgte mit der Instruktion an die Mütter, ihre Beschreibungen möglichst so vorzunehmen, wie ihre Kinder sich selbst beschreiben würden. Vorausgesetzt wurde, dass Abweichungen aufgrund von verringerter Beurteilungsgüte sich sowohl in der einfachen Fremdbeschreibung wie der Kontrollbedingung, Abweichungen infolge realer Inkongruenz sich vorrangig in der einfachen Fremdbeschreibung manifestieren würden.

Die beobachteten Profilaabweichungen zwischen Selbst- und Fremdbeschreibung fielen im Sinne der Erwartung in der Indexgruppe signifikant größer aus als in der Vergleichsgruppe ($p = .013$). Aufgrund der Ergebnisse der Kontrollbefragung kann davon ausgegangen werden, dass die gefundene Diskrepanz nicht auf systematische Empathieunterschiede zwischen den Müttern der Index- und der Vergleichsprobanden zurückgeführt werden muss. Der Effekt spricht für das Vorliegen einer spezifischen Inkongruenzkonstellation in der Indexgruppe im Sinne der theoretischen Erwartung.

III. Schlussfolgerungen

Das Muster der empirisch gefundenen Daten ist als ein Beitrag zur Validierung des symbolisierungstheoretischen Konstruktes zu verstehen. Die Studie vermag dabei auch Aspekte des klientenzentrierten Störungsverständnisses der emotional instabilen Persönlichkeitsentwicklung vom Borderlinetypus zu verdeutlichen.

Gesprächspsychotherapie wurde wiederholt als geeignete Behandlungsmethode der Borderline-Pathologie aufgezeigt (vgl. Überblick bei Finke, 2004). Ein zentrales Behandlungsthema ist dabei die störungstypische affektive Dysregulation. Borderlinetypische Störungen der Affektregulation betreffen insbesondere den Bereich aversiven Erlebens. Klinische Untersuchungen haben gezeigt, dass Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen häufiger, länger und intensiver aversive Anspannung erleben, jedoch Schwierigkeiten haben, dabei Emotionen zu differenzieren (Bohus, 2002, S. 14; Stiglmayr et al., 2001). Es ist daher klinisch plausibel, dass sich in der hier vorgestellten Pilotstudie für den „positiven“ Erfahrungsbereich keine systematischen Gruppenunterschiede zeigen, für den Bereich unerwünschter Erfahrung hingegen Auswirkungen versperrrter Symbolisierung im Sinne der Untersuchungshypothese angenommen werden können. Die Ergebnisse der Studie deuten auf eine besondere Schwierigkeit der emotional instabilen Probanden hin, bestimmte Bereiche negativen Erlebens zu symbolisieren.

Die in der Untersuchungsgruppe angezeigten Symbolisierungsdefizite lassen auf ein spezifisches Überforderungsrisiko der emotional instabilen Probanden gegenüber bestimmten situativen Konstellationen schließen, deren emotionale Bedeutung nicht angemessen symbolisiert werden kann. Zwar wurde in der Untersuchung keine Voraussage getroffen, welche Bereiche organismischer Information von versperrrter Symbolisierung betroffen sein würden. Es ergaben sich jedoch plausible Differenzen zwischen den Gruppenprofilen.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass in der Gruppe emotional instabiler Probanden die Bereiche *Allgemeine Desaktivität* und *Introversio*n von Versperrrungen betroffen sind. Die Items dieser Kategorien hatten in der Indexgruppe ein abgesenktes Zuordnungspotential, sowohl im Vergleich mit den anderen Erfahrungskategorien, wie gegenüber der Fremdbeurteilung. In der Untersuchung umfasste die Kategorie *Allgemeine Desaktivität* Erlebensweisen von Erschöpfung, Interesseverlust und Energielosigkeit („nachlässig, energielos, kraftlos, passiv, schwerfällig, langsam, geistesabwesend, lasch, abgespannt, abgeschafft, erschöpft, müde“). Die Kategorie *Introversio*n beinhaltete Erlebensweisen von Alleinsein, Einsamkeit, Isolation („einsilbig, ungesellig, schweigsam, verschlossen, abgekapselt, menschen-scheu“, sowie „einsam, abgelehnt“).

Ist die Symbolisierungsfunktion einer Person in diesen Erlebensbereichen versperrrt, sind als Auslöser für Krisen Situations-typen zu erwarten, mit denen normalpsychologisch das Erleben von

Erschöpfung oder von Einsamkeit korrespondiert. Beide Erlebenszustände sind normalpsychologisch aversiv, doch kann eine Person sie bei angemessener Symbolisierung in der Regel als vorübergehende Zustände verstehen und bewältigen. Borderlinepatienten weisen gegenüber beiden Situationstypen dagegen gehäuft eine maladaptive Verarbeitung auf (vgl. Trautmann-Sponsel & Zaudig, 2003).

Die Angst, verlassen zu werden und in eine sozial isolierte Situation zu geraten, gilt als ein Leitsymptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung; das DSM-IV spricht explizit von einer „Unfähigkeit alleine zu sein“ (American Psychiatric Association, 1994, p. 735). Die Betroffenen erleben entsprechende Situationen häufig als existenziell bedrohlich und entwickeln typischerweise dysfunktionale Vermeidungs- und Kontrollstrategien (Trautmann-Sponsel & Zaudig, 2003; Sachse, 2001). Sowohl die spezifische Angst, in eine isolierte Situation zu geraten, wie auch das pathologische Vermeiden des Alleinseins werden als störungswertige Folgen einer verringerten Bewältigungskompetenz in diesem Erfahrungsbereich verstanden (vgl. Biermann-Ratjen et al., 2003; Sachse, 2000). Als entscheidendes Defizit ist im hier dargelegten Verständnis allerdings die grundlegende Beeinträchtigung anzunehmen, das Empfinden von *Alleinsein* angemessen zu symbolisieren.

Auch hinsichtlich des vermuteten Symbolisierungsdefizits im Bereich *Allgemeiner Desaktivität* lässt sich ein plausibler klinischer Zusammenhang erkennen. Klinisch zeigen Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Regel eine besondere Form der Stressintoleranz mit raschen Wechseln zwischen überangepasster Aufgabenerfüllung einerseits und krisenhaften Erleben beim Eintreten bestimmter Schwellenwerte oder spezifischer situativer Konstellationen andererseits. Die Betroffenen erleben affektive Dysregulationen in entsprechenden Situationen typischerweise als plötzlich einsetzend mit einschließenden aversiven Spannungszuständen, die keiner kategorialen Emotion zugeordnet werden können (vgl. Bohus, 2002). Aus symbolisierungstheoretischer Perspektive kommt es dabei zum Umschlag zwischen einem pseudostabilen Erlebenszustand, in dem relevante organismische Belastungszeichen aufgrund fehlender Symbolisierung der Selbsterfahrung nicht zugänglich sind, und einem Zustand desorganisierten Kontrollverlusterlebens, in dem die organismische Erschöpfung sich manifestiert.

IV. Ausblick

Die Berechtigung der kategorialen Unterscheidung versperrrter und verzerrter Symbolisierungsstörungen sollte empirisch weiter belegt werden. Zu klären wäre dabei nicht nur, inwieweit Bereiche nicht symbolisierter Erfahrung bei Patienten mit gestörter Persönlichkeitsentwicklung größer und umfassender sind als bei anderen klinischen Gruppen, wünschenswert sind auch weitergehende empirische Untersuchungen zu den vermuteten qualitativen

Beeinträchtigungen der Symbolisierungsfähigkeit. In der vorliegenden Studie sollten Effekte versperrter Symbolisierung auf die Selbstrepräsentation aufgezeigt werden. Die qualitative „Tiefe“ der Beeinträchtigung müsste im Rahmen eines Designs untersucht werden, das stärker auf implizite Informationsverarbeitungsprozesse abzielt.

Ein klientenzentriertes Therapieziel in der Arbeit mit persönlichkeitsgestörten Menschen ist die Aktivierung der Symbolisierungsfunktion der Person für nicht symbolisierte Erfahrungsbereiche. Ein solcher Prozess setzt spezifischen psychologischen Kontakt in einer als bedeutsam erlebten Beziehung voraus. Vieles deutet darauf hin, dass hilfreicher Kontakt zu den als „versperrt“ umschriebenen Erfahrungsbereichen schwerer herstellbar ist als zu anderen Bereichen gestörten Erlebens. Aus der hier vorgestellten Sicht erfordert psychisches Wachstum persönlichkeitsgestörter Menschen organismusbezogene Empathieerfahrungen in einem von

Versperrung betroffenen Erfahrungsbereich, die im zweiten Schritt akkurat verbalisiert werden (Heinerth, 2002; 2003). Vergleichbar zum kindertherapeutischen Vorgehen wird Einfühlung in die nicht symbolisierten Erfahrungsbereiche zunächst durch die therapeutische „Interaktionsresonanz“ (Behr, 2002) vermittelt. Hinsichtlich der versperrten Bereiche muss Empathie erst prozedural verwirklicht werden, durch ausreichend feinfühliges Beantworten der nicht symbolisierten organismischen Bedürfnisse, um eine anschließende Symbolisierung der versperrten Kategorien organismischer Erfahrung zu ermöglichen. Therapietheoretisch schließt hier die Diskussion an, welche Kommunikationsformen psychologischen Kontakt mit den versperrten Erfahrungsbereichen eines Klienten in der Therapiebeziehung herzustellen vermögen und therapeutisch angemessen sind (Heinerth, 1997; 2002; Keil, 1997; 2002); notwendig ist in diesem Zusammenhang auch die Indikationsklärung klientenzentrierter Körperkontakts (Heinerth, 1997; 2003; Korbei, 2002).

Literatur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Behr, M. (2002). Therapie als Erleben der Beziehung – Die Bedeutung der interaktionellen Theorie des Selbst für die Praxis einer personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd. 1, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage (S. 95–122). Göttingen: Hogrefe.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Swildens, H. (1993). Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes. In J. Eckert, D. Höger & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*, Bd. 1 – Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes (S. 57–142). Köln: GwG-Verlag.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie*, 9., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bohus, M. (2002). Borderline-Störung. In D. Schulte, K. Grawe, K. Hahlweg & D. Vaitl (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapie*, Bd. 14. Göttingen: Hogrefe.
- Brandt, C. (2005). *Selbstbezogene Symbolisierungsmuster emotional instabiler Jugendlicher. Eine klinische Pilotstudie zur klientenzentrierten Theorie pathogener Symbolisierung*. München. Regensburg: Roderer (zugleich Dissertation an der Ludwig-Maximilians-Universität München).
- Ehlers, B. (2002). Störungskonzept und personenzentrierte Behandlung des elektiven Mutismus. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd. 1, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage (S. 317–338). Göttingen: Hogrefe.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Heinerth, K. (1990). Die emotionale Verarbeitung von aktuellen und aktualisierten Frustrationen. In M. Behr & U. Esser (Hrsg.), *„Macht Therapie glücklich?“ – Neue Wege des Erlebens in klientenzentrierter Psychotherapie* (S. 74–100). Köln: GwG-Verlag.
- Heinerth, K. (1997). Borderline-Persönlichkeitsstörung. In J. Eckert, D. Höger & H. W. Linster (Hrsg.), *Praxis der Gesprächspsychotherapie* (S. 50–72). Stuttgart: Kohlhammer.
- Heinerth, K. (2002). Versperrte und verzerrte Symbolisierungen. Zum differentiellen Verständnis von Persönlichkeits- und neurotischen Störungen in Theorie und Praxis. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nesmeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. G. Wacker (Hrsg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrtausendwende* (S. 145–180). Köln: GwG-Verlag.
- Heinerth, K. (2003). Gesprächspsychotherapie (Erwachsene). In E. Behnsen, K. Bell, H. Gerlach, H.-D. Schirmer & R. Schmid (Hrsg.), *Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis (Loseblattsammlung)*, 13. *Ergänzungs-Lieferung* (S. 1–29). Heidelberg: R. v. Decker.
- Höger, D. (1990). Zur Bedeutung der Ethologie für die Psychotherapie – Aspekte der Aktualisierungstendenz und der Bindungstheorie. In G. Meyer-Cording & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit – Theorie, Forschung und Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie heute* (S. 30–53). Köln: GwG-Verlag.
- Höger, D. (1993). Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung – die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, D. Höger & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*, Bd. 1 – Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes (S. 17–42). Köln: GwG-Verlag.
- Janke, W., Debus, G. (1978). *Die Eigenschaftswörterliste EWL*. Göttingen: Hogrefe.

- Keil, W. W. (1997). *Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie*. *PERSON*, 1, 5–13.
- Keil, W. W. (2002). Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Therapie. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nesmeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. G. Wacker (Hrsg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrtausendwende* (S. 181–218). Köln: GwG-Verlag.
- Korbei, L. (2002). Einige Überlegungen zu Körper und Sprache in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nesmeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. G. Wacker (Hrsg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrtausendwende* (S. 445–459). Köln: GwG-Verlag.
- Rogers, C. R. (1951/1983). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer. (Orig. ersch. 1951: Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG-Verlag (Orig. ersch. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (ed.), *Psychology. A study of a science*. Vol. III: Formulations of the person and the social context (pp. 184–256). New York (McGraw Hill)).
- Rogers, C. R. (1961/2002). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett Cotta. (Orig. ersch. 1961: *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Sachse, R. (2000). Persönlichkeitsstörung als Interaktionsstörung: Der Beitrag der Gesprächspsychotherapie zur Modellbildung und Intervention. *Psychotherapie*, 5 (2), 282–292.
- Sachse, R. (2001). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*, 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Stiglmayr, C., Shapiro, D., Stieglitz, R., Limberger, M., Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with Borderline Personality Disorder—a controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 35 (2), 111–118.
- Trautmann-Sponsel, R.-D., Zaudig, M. (2003). Persönlichkeitsstörungen und Neurosen aus verhaltenstherapeutischer Sicht. *Persönlichkeitsstörungen*, 7, 151–163.

Autoren

Christian Brandt, geb. 1962; Dr., Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Soziologe; Schwerpunkt: Klientenzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen.

Klaus Heinerth, geb. 1940; Dipl.-Psych., Dr. phil., Univ.-Prof. an der Universität München; Klientenzentrierter Psychotherapeut und Ausbilder (GwG, DPGG), Leiter des Instituts für Gesprächspsychotherapie (IGT) in München.

Korrespondenzadressen

Dr. Dipl.-Psych. Christian Brandt
Klinikum am Weissenhof
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
D-74189 Weinsberg
c.brandt@klinikum-weissenhof.de

Prof. Dr. Klaus Heinerth
Universität München, Department Psychologie
Leopoldstr. 13
D-80802 München
Klaus@Heinerth.de

Gert-Walter Speierer

Das Selbst als Garant und Störenfried der seelischen Gesundheit¹

Zusammenfassung: *Vielfältige Konzeptionen des Selbst und deren salutogene und pathogene Aspekte außerhalb und innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes werden thematisiert. Es wird dargestellt, wie diese im differenziellen Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie repräsentiert, differenziert und operationalisiert werden. Ihre ökonomische Erfassung mit dem Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI), das die Daten der Untersuchung liefert, wird erläutert. Im empirischen Teil werden fünf theoretisch begründete Erwartungen in 8 Hypothesen überprüft. Dazu werden die Ressourcen des Selbst und kongruente Selbsterfahrung, die Belastung durch Inkongruenzquellen, Inkongruenzfolgesymptome und Leitsymptome psychischer Störungen bei 503 Patienten und 445 Nichtpatienten nach ihrem Ausprägungsgrad und in ihren Beziehungen untereinander verglichen. Die Annahmen der Gesprächspsychotherapie zum Selbst als Garant und Störenfried der seelischen Gesundheit werden als statistisch hochsignifikant und klinisch relevant bestätigt.*

Stichwörter: *Selbst, salutogene und pathogene Aspekte, empirische Analyse, Personenzentrierter Ansatz*

Abstract: **The self as guarantor and troublemaker of psychic health.** *Concepts of the Self and their salutogenic and pathogenic aspects from outside and within the PCA are listed. Their representations in the "Differenzielle Inkongruenz Modell der Gesprächspsychotherapie" can be economically measured by the "Regensburger-Inkongruenz-Analyse-Inventar (RIAI)", a questionnaire for self assessment. It provides the empirical data of the investigation. Five expectations on salutogenic and pathogenic self-aspects are tested by eight hypotheses on the relationships between healthy resources, self-congruent experiences, disturbance by sources and symptoms of incongruence, and main symptoms of DSM-Axis-I disorders. The results of N=503 patients and N=445 non-patients are compared. Results confirm the tested assumptions on the self as a guarantor and as well a troublemaker of psychic health by statistically highly significant and clinically relevant correlations.*

Keywords: *Self, salutogenic and pathogenic aspects, empirical analysis, person-centered approach*

1. Konzeptionen des Selbst

Von der zu vernachlässigenden „blackbox“ des frühen Behaviorismus (Watson, 1924) über die Metapher des „dummen August“, der zwar agiert aber nichts bestimmt (Freud & Jung, 1974) bis zur autonomen Mitte der Persönlichkeit in der humanistischen Psychologie steht das Konzept des Selbst beispielhaft für Gegensätze und den Wandel der psychologischen Anschauungen im 20. Jahrhundert. Die Frage nach dem Selbst als Hüter und Störenfried der seelischen Gesundheit ist daher – zumindest im Bereich der Psychotherapie –

ernsthaft erst im Zusammenhang mit dem humanistischen Menschenbild zu sehen, in dem die Entwicklung des Menschen mit einer sozialverträglichen Selbstverwirklichung ihr höchstes Ziel und Richtung erhielt.

Zu dem für die humanistische Psychologie und damit auch für die Gesprächspsychotherapie zentralen Konstrukt des Selbst sind freilich in etwa gleichzeitig zahlreiche Konzeptionen und Bestimmungen des Selbst oder mit Bezug zum Selbst, bzw. der personalen Identität des Menschen und mit mehr oder weniger deutlichen Implikationen für die psychische und körperliche Gesundheit formuliert worden, beispielsweise:

Biologische und entwicklungspsychologische Ansätze: Gleichgewicht und Homöostase als Garant von Gesundheit, Ungleichgewicht als Störungsmerkmal, das Selbst als (offenes) System mit Offenheit

¹ Überarbeitete Version eines Vortrags anlässlich des Kongresses: Gestaltende und vermittelnde Prozesse, Selbstorganisation in Personenzentrierter Beratung und Psychotherapie Salzburg 17.–19. September 2004

und Flexibilität als salutogenen, Geschlossenheit und Rigidität als pathogenen Charakteristika, Entwicklung und Wachstum als gesunde, Stagnation und Regression als gestörte Entwicklungstendenzen, Kontinuität und Diskontinuität (Gestaltwandel) mit sowohl salutogenen wie pathogenen Potenzialen. Stufen der Identitätsbildung (Erikson, 1968) sowie Entwicklungsstufen und Krisen des Selbst (Kegan, 1982) wurden vorgestellt: Wachstum und das zeitgerechte Erreichen von bestimmten Wissensinhalten und Erfahrungen, moralischen Vorstellungen, Bedeutungen und weiterer kultureller Repräsentationen im Selbst waren Voraussetzung der Bewältigung von Aufgaben der Selbstwerdung und Weiterentwicklung, die in verschiedenen Lebensaltern gefordert wurden. Sie sicherten auch die seelische Gesundheit. Eine verzögerte, nicht zeitgerechte oder stagnierende Entwicklung, zusammen mit dem Fehlen einer einbindenden Kultur, wurden als Risiko- und Störfaktoren der seelischen Gesundheit benannt.

Psychologische Aussagen über das Selbst als Subjekt und Objekt und in seinen kommunikativen Eigenschaften: Das denkende, fühlende, handelnde Subjekt, das wahrnehmende, erfahrende, erlebende Subjekt, das kommunizierende, interagierende und bewertende Selbstsubjekt, das Objekt von (Selbst)beobachtung, (Selbst)reflexion und (Selbst)bewertung. Keine der genannten Funktionen des Selbst ist mit Bezug auf die seelische Gesundheit eindeutig bestimmbar. Aus der Analyse der menschlichen Kommunikationsformen und ihrer Störungen konnten orthodoxe Kommunikation als Garant und paradoxe Kommunikation als Störfaktor der seelischen Gesundheit postuliert werden (Watzlawick et al., 1967). Zusätzlich wurden funktionale Erfahrungsbewertung und Selbstkommunikation als Garant und dysfunktionale Erfahrungsbewertung und Selbstkommunikation als Störungsquelle seelischer Gesundheit betont (z. B. Beck, 1976).

Neuere Darstellungen zum Selbst können kognitiven, systemtheoretischen und postmodernen Ansätzen zugeordnet werden: Das Selbst-Aspekt-Modell etwa diskutiert die Sozialgenese von individuellen und kollektiven Aspekten der Selbstinterpretation. Selbstkomplexität wird als Schutzfaktor(en) der seelischen Gesundheit angesehen (Simon & Mummendey, 1997). Das systemische Selbst kann die Chancen von Autopoiese und Chaos zur gesunden Selbstorganisation nützen und muss dabei deren pathogene Risiken berücksichtigen (Kießling, 1998). Eine der postmodernistischen Perspektiven befasst sich mit dem Phänomen der Erosion des Selbst als selbstverständlicher und beständiger Mittelpunkt des Individuums. Soziale Übersättigung führe zur Auflösung einer einheitlichen Identität und des Selbst zur „pastiche personality“ vor allem bei Jugendlichen. Sie ist durch in kürzeren Zeitabständen und in verschiedenen Kontexten wechselnde Selbstimitate, Selbstplagiate oder Persiflagen von vorzugsweise durch die technologischen Medien vermittelten Selbstidolen gekennzeichnet. Sie wird sowohl als zeitgemäße Chance wie als Gefährdung der Selbstbehauptung angesehen (Gergen, 2002, Cote & Levine, 2002).

2. Das Selbst im Personzentrierten Ansatz

Rogers (1959) postulierte das erfahrungsoffene, soziale, kommunikative, autonome und kongruente Selbst als Idealtypus der „fully functioning person“. Selbstentfremdung von der organismischen Aktualisierung betrachtete er als entscheidenden Störfaktor der seelischen Gesundheit.

Gendlin (1964) definierte das Selbst als Prozess: Der adäquate kommunikative Zugang zum impliziten Erleben kann danach als zumindest ein Garant der seelischen Gesundheit, ein inadäquater oder fehlender Zugang zum impliziten Erleben als pathogener Störfaktor angesehen werden.

Kriz (1989) hebt aus der Sicht einer Personzentrierten Systemtheorie das Selbst und sein Erleben in der kommunikativen Vernetzung mit der Gesellschaft und zum Körper hervor. Die Unbeschränktheit der afferenten, efferenten und selbstreferenziellen Kommunikation wird dann als Garant, deren Einschränkung als Störfaktor der seelischen und körperlichen Gesundheit bedeutsam.

Speierer (1994, 2002, 2005) differenzierte im Differenziellen Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie das Selbst und mit ihm mehrere Varianten einer selbstverträglichen Erfahrungsbewertung als Garanten und ebenso mehrere Arten selbstunverträglicher Erfahrungsbewertung als Störfaktoren der seelischen Gesundheit. Als Grundlage des empirischen Teils werden sie nachstehend erläutert.

3. Das Selbst im Differenziellen Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie (DIM)

Bereiche des Selbst: Nach dem DIM ist die Bewertung von Erfahrungen die für die Psychotherapie entscheidende Funktion des Selbst. Es integriert drei Bereiche, der erste besteht rudimentär bereits vor, spätestens aber bei der Geburt eines Menschen aus organismischen angeborenen oder dispositionellen Anteilen und Erfahrungsspuren. Der zweite Bereich entsteht in der Beziehung mit den für jeden Menschen bedeutenden Personen in Form der sozialkommunikativen Anteile, darunter die Wert- und Bewertungsintjekte sowie die Erfahrungsrepräsentanzen des Selbst. Dazu kommen als dritter Bereich alle im Lebenslauf in das Selbst aufgenommenen lebensereignisbedingten Erfahrungen mit ihren Bewertungsimplikationen und Lebensgestaltungsschemata.

Ressourcen des Selbst sind Selbstvertrauen, Kongruenzfähigkeit, Inkongruenzbewältigungsstrategien, Inkongruenztoleranz und selbstkongruente d. h. selbstverträgliche vor allem sozial kommunikative Erfahrungen.

Multiple Inkongruenzquellen belasten und stören das Selbst: Defizitäre sozialkommunikative Beziehungserfahrungen in der Gegenwart und Vergangenheit, dispositionelle angeborene und störungsspezifische Vulnerabilität und personferne Störungsursachenattribution, sozial- und nicht sozial bedingte selbstbedrohliche

Lebensereignisse, unrealistische Lebensmaximen, eine personnahe Störungsursachenattribution, schließlich eine negative Zukunftsperspektive.

Das aktuelle Selbst (Selbstkonzept) ist das lebenslang mehr oder weniger veränderliche Amalgam aus dem Gesamt der selbstbedeutsamen selbstverträglich oder selbstbedrohlich bewerteten bisherigen und vorgestellten künftigen Erfahrungen mit seinen Folgen für das Verhalten des Individuums in Form von expliziten und impliziten Dispositionen und Regularien für die Erfahrungsbewertung, das Denken, Fühlen, die Körperreaktionen sowie das Handeln im individuellen, sozialen, gesellschaftlichen und ökologischen Kontext.

Die Kongruenztheorie der Gesundheit des DIM betont die subjektive Selbstverträglichkeit von Erfahrungen. Sie garantiert ein gesundes seelisches und psychosomatisches Befinden. Bei gesunden Personen überwiegen selbstkongruent bewertete Erfahrungen die ebenfalls regelmäßig vorhandenen selbstinkongruenten Erfahrungsanteile.

Die Inkongruenztheorie der psychischen Störungen des DIM betont subjektive Selbstunverträglichkeit oder Selbstbedrohlichkeit von Erfahrungen als pathogenen Risikofaktor der seelischen und in psychosomatischer Hinsicht auch der körperlichen Gesundheit. Überwiegen selbstinkongruente Erfahrungen, resultieren vielfältige Inkongruenzsymptome in den Bereichen Kontrollverlust (Plussymptomatik), Einschränkungen (Minussymptomatik) und Insuffizienzerleben (Minderwertigkeit).

Kompatibilität des DIM: Zahlreiche Aspekte der genannten Konzepte des Selbst und deren salutogene wie pathogene Implikationen sind im DIM berücksichtigt oder mit seinen Annahmen vereinbar.

4. Die Inkongruenzanalyse und Operationalisierungen selbstrelevanter Merkmale und Bereiche im RIAI

Die theoretischen Annahmen zum Selbst, zur seelischen Gesundheit, zur Psychopathologie und zur Psychotherapie wurden zunächst in Form von Patientenaussagen und Patientenerfahrungen in einem Kategoriensystem operationalisiert und an Therapietranskripten für Nichtpatienten (Lehrtherapien) und Patienten (in der Gesprächspsychotherapie) exemplarisch dargestellt und überprüft (Speierer, 1994). Mit dem Regensburger Inkongruenz-Analyse-Inventar (RIAI) wurde ein für die Inkongruenzanalyse geeigneter Fragebogen entwickelt und standardisiert (Speierer, 1997; 1998; Speierer et al., 1999). Er ermöglicht, das Erleben in der Gegenwart und in der Vergangenheit einschließlich der Kindheit mit 15 Merkmalskalen [R(iai)-1 bis R(iai)-15] und 9 Bereichsskalen (R(iai)B1 bis R(iai)B9 und R(iai)C4 bis R(iai)C7] in den theoretisch und für die therapeutische Praxis bedeutsamen Anteilen des Selbst ökonomisch zu erfassen. Für die salutogenen Ressourcen des Selbst stehen 3 RIAI-Skalen (R13, R14, RB1), für die gegenwärtigen gesunden

kongruenten Erfahrungen 1 Skala (R15), für gesunde Gesamterfahrung 1 Skala (RB2) zur Verfügung. Die Inkongruenzquellen werden in 6 Merkmalskalen (R1 bis R6) und 1 Bereichsskala (RB4/RC4) differenziert. Die seelischen und körperlichen Inkongruenzfolgesymptome sind in je 3 Skalen für die gegenwärtigen Erfahrungen (R7, R9, R11) und einer Bereichsskala (RB5/RC5) und parallel dazu für die Erfahrungen in Vergangenheit und Kindheit repräsentiert (Skalen R8, R10, R12 und RB6/RC6). Alle Inkongruenzsymptomerfahrungen sind zusätzlich in der Bereichsskala RB7/RC7 zusammengefasst. Leitsymptome psychiatrisch definierter seelischer Störungen werden getrennt nach Erfahrungen in der Gegenwart sowie Vergangenheit und Kindheit in den Bereichsskalen RB8 und RB9 dargestellt. Das RIAI lieferte die Daten des folgenden empirischen Teils. (Für Gütekriterien und Normen s. Speierer, 2005).

5. Empirische Untersuchung

5.1 Erwartungen und Hypothesen:

Wenn das Selbst zu Recht im Personenzentrierten Ansatz und dem DIM eine Schlüsselstellung bei der Aufrechterhaltung und Gefährdung der seelischen Gesundheit einnimmt, sollten einige Erwartungen einer empirischen Überprüfung standhalten:

5.1.1 Die Selbstaussagen und Erfahrungen von Patienten und Nichtpatienten sollten sich bedeutsam unterscheiden:

Salutogene Ressourcen des Selbst (RB1) und selbstkongruente Erfahrungen (R15) sollten bei Nichtpatienten stärker ausgeprägt sein. (Hypothese 1)

Pathogene Belastungen durch Inkongruenzquellen (RC4, R1-R6) sollten bei den Patienten stärker sein. (H 2)

Inkongruenzfolgesymptome (RC7) sollten Patienten stärker belasten. (H 3)

Leitsymptome psychischer Störungen (RB8) sollten Patienten stärker belasten. (H 4)

5.1.2 Die Beziehungen zwischen den gesunden Ressourcen des Selbst (RB1) und gegenwärtigen kongruenten Erfahrungen (R15) sollten bedeutsam positiv sein:

Bei Patienten werden engere positive Beziehungen zwischen Ressourcen und gesunden Erfahrungen erwartet als bei Nichtpatienten. (H 5)

5.1.3 Die Beziehungen zwischen dem Gesamt der Ressourcen (RB2) und Belastungen durch Inkongruenzquellen (RC4), Inkongruenzsymptomen (RC7) und Leitsymptomen psychischer Störungen (RB8) sollten negativ sein:

Bei Patienten werden engere negative Beziehungen erwartet als bei Nichtpatienten. (H 6)

5.1.4 Die Beziehungen zwischen der Belastung durch Inkongruenzquellen (RC4) und Inkongruenzsymptomen (RC7) sowie Leitsymptomen seelischer Störungen (RB8) sollten positiv sein:

Bei Patienten werden engere Beziehungen erwartet als bei Nichtpatienten. (H 7)

5.1.5 Die Beziehungen zwischen der Belastung durch Inkongruenzquellen (RC4) und gesunden Anteilen des Selbst (RB1) sowie kongruenten Erfahrungen in der Gegenwart (R15) sollten negativ sein:

Bei den Patienten werden engere negative Beziehungen erwartet als bei Nichtpatienten. (H 8)

5.2 Stichproben und Untersuchungsmethoden

Zur Prüfung der Erwartungen und Hypothesen standen 2 Stichproben zur Verfügung: Stichprobe 1: N = 503 Patienten ohne bzw. vor Beginn einer Gesprächspsychotherapie

Stichprobe 2: N = 445 Nichtpatienten

Die demografischen Merkmale und Diagnosen der Patienten sind in Tab. 1 dargestellt

Als Untersuchungsinstrument wurde das RIAI verwendet. (Speierer, 1997; Speierer et al., 1999). Die Testauswertung erfolgte mit einer für das RIAI erstellten Auswertungssyntax für das SPSS. Zur Prüfung der Hypothesen wurden die im SPSS (Bühl & Zöfel, 1998) verfügbaren Methoden der Datenverarbeitung verwendet. Die benutzten Testverfahren sind in den Abbildungen aufgeführt.

5.3 Ergebnisse

Die Methoden und Ergebnisse zur Prüfung der Hypothesen sind in den Abb. 1 bis 5 dargestellt.

5.4 Diskussion und Interpretation

Die Annahmen zum Selbst als Garant und Störenfried der seelischen Gesundheit, die aus der personenzentrierten Theorie und dem Differenziellen Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie abgeleitet werden können, haben in dieser Untersuchung einer empirischen Überprüfung in vollem Umfang Stand gehalten.

Sie dürfen als zutreffend für Patienten mit psychischen Störungen unterschiedlicher Art angesehen werden. Eingeschlossen sind vor allem Patienten mit Alkoholabhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen, neurotischen Störungen und PTSD,

Tab. 1: 503 Patienten und 445 Nichtpatienten im Vergleich

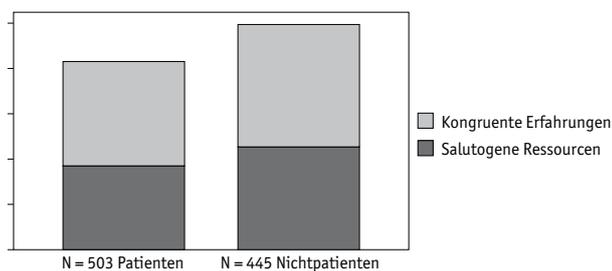
	Stichprobe 1 505 Patienten vor einer Psychotherapie = 100 %	Stichprobe 2 445 Nichtpatienten = 100 %
Geschlecht		
Frauen	44,3 %	65,4 %
Männer	55,7 %	34,6 %
Alter (MW)		
Alter (SD)	41 J.	38 J.
Altersbereich	10 J.	10 J.
	20–67 J.	19–61 J.
Familienstand		
ledig	39,6 %	58,9 %
verheiratet	37,8 %	32,6 %
geschieden/ getrennt	20,5 %	7,3 %
verwitwet	2 %	1,9 %
Lebenssituation:		
alleine lebend	31,1 %	26,7 %
in Familie lebend	33,1 %	33,0 %
in Ehe/Partnerschaft lebend	23,2 %	29,7 %
in Wohngemeinschaft lebend	12,6 %	10,6 %
Schulbildung:		
Hauptschule	39,3 %	6,4 %
Mittlere Reife	28,4 %	21,9 %
Gymnasium	5,2 %	2,6 %
Abitur	13,9 %	38,9 %
Studium ohne Abschluss	3,5 %	5,7 %
Studium mit Abschluss	9,7 %	24,5 %
Beruf:		
Fach(arbeiter)	39,4 %	6,9 %
Angestellte	42,9 %	52,0 %
Beamte	4,7 %	8,4 %
Selbständige	7,6 %	5,9 %
Student/in	3,7 %	26,8 %
Hausfrau/Hausmann	1,7 %	nicht erfragt
Beschäftigung:		
dzt. berufstätig einschl. Studium	44,8 %	49,7 %
ohne berufliche Tätigkeit	55,2 %	50,3 %
ICD-10-Diagnosegruppen		
Alkoholpatienten	48,7 %	entfällt
Drogenpatienten	9,7 %	
Schizophreniepat.	0,0 %	
Depressive Pat.	12,8 %	
Neurot. Patienten und PTSD Pat.	13,9 %	
Somatisierungsst. und psychosomatische Pat.	9,3 %	
Essstörungen u. Sexualstörungen	3,6 %	
Pat. mit Persönlichkeitsstörungen	16,8 %	
	davon 15,6 %	
	als Komorbidität	

depressiven Störungen, Drogenabhängigkeit, Somatisierungsstörungen und psychosomatischen Störungen, Essstörungen und Sexualstörungen.

Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen zu den Hypothesen 1 bis 4: Das Selbst der Patienten verfügt tatsächlich über weniger salutogene Ressourcen und macht weniger gesunde selbstkongruente Erfahrungen als das Selbst der seelisch Gesunden. Es kann seine Aufgaben als Hüter der Gesundheit nicht oder nur ungenügend erfüllen. (Abb.1)

Abb. 1, Ergebnisse zu Hypothese 1: Mehr salutogene Ressourcen des Selbst (RB1) und selbstkongruente Erfahrungen (R15) bei Nichtpatienten.

Methode: T-Test für unabhängige Stichproben. Eingegeben sind die Gruppenmittelwerte der Erlebnisstärke in den bezeichneten RIAI-Skalen. Die Hypothese wird nicht widerlegt.



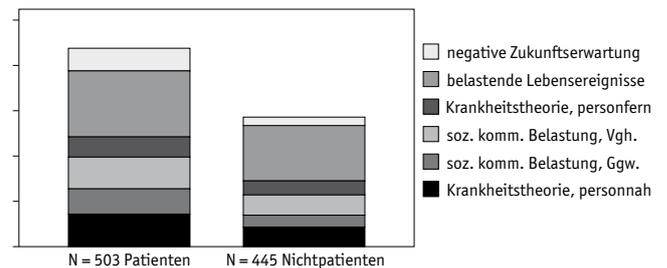
Daten: RIAI Individ. Erlebniswerte. Alle Unterschiede sind mit $p = .000$ hochsignifikant.

Stattdessen ist die Selbsterfahrung der Patientinnen und Patienten wiederum im Vergleich zu Nichtpatienten erheblich stärker belastend durch das Gesamt und jede einzelne der im DIM differenzierten Inkongruenzquellen. Im Intergruppenvergleich werden die vergleichsweise größten Mehrbelastungen durch eine meist durch Lebensereignisse oder durch die Lebenserfahrung (mit)bedingte negative Zukunftsperspektive hervorgerufen. Danach rangiert eine personnahe Störungstheorie mit vorzugsweise sozialkommunikativ entstandenen, negativ generalisierenden Wert- und Bewertungsintroyekten gegenüber dem eigenen Denken, Fühlen und Handeln. Die gegenwärtigen sozialkommunikativen Erfahrungen belasten das Selbst der Patienten vergleichsweise mehr als die Erfahrungen in der Vergangenheit und Kindheit, die Nichtpatienten mehr belasten. Nach ihrer Stärke innerhalb der sechs Inkongruenzquellen belasten Lebensereignisse das Selbst von Patienten wie Nichtpatienten am meisten und „ziemlich stark“ (Nichtpatienten) bis „stark“ (Patienten). Dieses überraschende Ergebnis kann nach dem DIM und den empirischen Untersuchungsergebnissen folgendermaßen verstanden werden: Erstens, selbst die stärkste Inkongruenzquelle wird erst dann pathogen, wenn weitere Inkongruenzen aus anderen Quellen hinzukommen und diese sich gegenseitig aufschaukeln. Zweitens, Störungssymptome entstehen erst dann, wenn bei starkem Inkongruenzerleben der Einsatz der Inkongruenzbewältigungsstrategien, über die jede Person aufgrund der angeborenen Aktualisierungstendenz und ihren primären und sekundären Sozialisations- und anderen Lebenserfahrungen verfügt, nicht mehr bewirken kann, dass eine selbstverträgliche Lösung gefunden wird,

bei der die individuelle Inkongruenztoleranz(schwelle) nicht überschritten wird. Wie die Ergebnisse zeigen, erfüllen die Patienten beide Voraussetzungen. Sie haben eine Mehrbelastung durch multiple Inkongruenzquellen und geringere gesunde Gesamtressourcen (weniger Selbstvertrauen, weniger Inkongruenzbewältigungsstrategien und weniger selbstverträgliche Erfahrungen). Sie erfahren sich daher öfter im Zustand der krank machenden Inkongruenz mit Selbstüberforderung und Selbstbedrohung. (Abb. 2)

Abb. 2, Ergebnisse zu Hypothese 2: Patienten sind durch Inkongruenzquellen (RC4/R1-6) mehr belastbar als Nichtpatienten.

Methode: T-Test für unabhängige Stichproben. Eingegeben sind die Gruppenmittelwerte der Erlebnisstärke in den bezeichneten RIAI-Skalen. Die Hypothese wird für die Inkongruenzquellen-Gesamtbelastung nicht widerlegt.



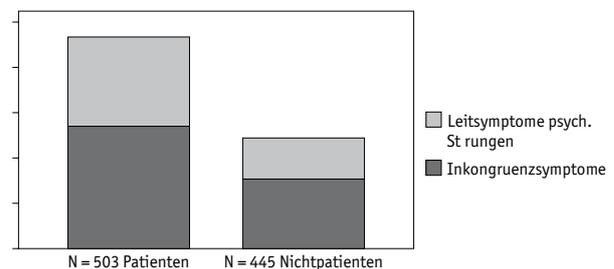
Daten: RIAI Individ. Erlebniswerte. Alle Unterschiede sind mit $p = .000$ hochsignifikant.

Die Folgen der nicht nur erhöhten sondern auch unbewältigten Inkongruenz sind, wie erwartet, einerseits die Inkongruenzsymptome, andererseits die Symptome der in der ICD (Dilling et al., 1991) bzw. im DSM (Saß et al., 1996) definierten psychischen Störungen. In beiden Bereichen sind die Werte der Patienten gegenüber den Nichtpatienten hoch signifikant erhöht. (Abb. 3)

Abb. 3, Ergebnisse zu den Hypothesen

H3: Patienten sind durch Inkongruenzsymptome (RC7) und H4: Pat. sind durch Leitsymptome psychischer Störungen (RB8) mehr belastet als Nichtpatienten.

Methode: T-Test für unabhängige Stichproben, eingegeben sind die Gruppenmittelwerte der Erlebnisstärke in den bezeichneten RIAI-Skalen. Die Hypothesen werden nicht widerlegt.



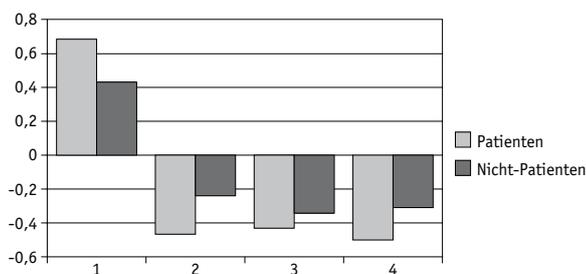
Daten: RIAI Individ. Erlebniswerte. Alle Unterschiede sind mit $p = .000$ hochsignifikant.

Die Ergebnisse zu den Hypothesen 5 bis 8 lassen erkennen: Hochsignifikant positive Beziehungen bestehen bei Patienten wie Nichtpatienten zwischen gegenwärtigen kongruenten sozialkommunikativen Erfahrungen (R15) und den Ressourcen Selbstvertrauen mit Inkongruenzbewältigungsstrategien (RB1). Zusammen wirkend können sie als Hüter und Garanten der psychischen Gesundheit

angesehen werden. So (RB2) können sie in etwa gleichstark den Belastungen durch Inkongruenzquellen (RC7), den Inkongruenzsymptomen (RC7) und den spezifischen Symptomen psychischer Störungen (RB8) entgegenwirken, allerdings bei Patienten deutlich mehr als bei Nichtpatienten. Auch sind die Zusammenhänge zwischen den Ressourcen des Selbst (RB1) und selbstkongruenten Beziehungserfahrungen (R15) bei den Patienten deutlich stärker als bei den Nichtpatienten. Diese beiden Ergebnisse lassen eine nicht all zu seltene Erfahrung aus der Praxis verstehen. Auch ein optimales gesprächspsychotherapeutisches Beziehungsangebot wirkt aus der Sicht der Therapeutin wie des Patienten nicht oder nur wenig, wenn dieser über eher gute Ressourcen und kongruente Erfahrungen verfügt und keine oder nur eine geringe Belastung durch Inkongruenzquellen, Inkongruenzsymptome und oder spezifische Störungssymptome erlebt. Auch in der Gesprächspsychotherapie können also nur bei korrekter Indikationsstellung die bestmöglichen Ergebnisse erwartet werden. Eine andere Interpretation dieser korrelativen Beziehungen ist, dass Kongruenz und eine geringe Belastung durch Inkongruenzquellen, Inkongruenz erleben und Symptome psychischer Störungen bei Nichtpatienten einander weniger ausschließen und unabhängiger voneinander vorhanden sind. (Abb. 4)

Abb. 4, Ergebnisse zu den Hypothesen

H5: Positive Beziehungen zwischen gesundem Selbst (RB1) und gegenwärtigen Kongruenzverfahren (R15) (1) mit engeren Beziehungen bei Patienten
H6: Negative Beziehungen zwischen Gesamtressourcen (RB2) und Inkongruenzquellen (RC4) (2), Inkongruenzsymptomen (RC7) (3) und Leitsymptomen psychischer Störungen (RB8) (4) mit engeren Beziehungen bei Patienten.
 Methode: PM-Korrelation nach Pearson, eingetragen sind Korrelationskoeffizienten (r). Die Hypothesen werden nicht widerlegt.



Daten: RIAI Individ. Erlebenswerte von 503 Patienten und Nicht-Patienten. Alle Unterschiede sind mit $p = .000$ hochsignifikant.

Die engsten positiven und ebenfalls sehr enge und positive Beziehungen bestehen zwischen der Belastung durch Inkongruenzquellen (RC4) und den Inkongruenzsymptomen (RC7) sowie den Leitsymptomen spezifischer seelischer Störungen (RB8). Demgegenüber deutlich weniger eng, wenn auch noch hochsignifikant sind die negativen Beziehungen zwischen der Belastung durch Inkongruenzquellen (RC4) einerseits und den gesunden Selbstrepräsentanzen (RB1) und selbstkongruenten Beziehungserfahrungen (R15) andererseits. Als Störenfried der seelischen Gesundheit erscheint so das Selbst, das sich, wie oben diskutiert, durch die verschiedenen Inkongruenzquellen bedroht erlebt, das in seiner

Aktualisierung und der Mobilisierung seiner Ressourcen blockiert wird und das mangels verfügbarer Inkongruenzbewältigungsstrategien überfordert ist.

Die engeren positiven Beziehungen der Inkongruenzquellenbelastung zu Inkongruenzsymptomen und Symptomen psychischer Störungen und insbesondere deren deutlich engeren negativen Beziehungen zu den salutogenen Ressourcen und Kongruenzverfahren bei den Patienten und Patientinnen zeigen deren größere Vulnerabilität durch selbstinkongruente Erfahrungen. Sie weisen aber auch auf das positivere Ansprechen von Patienten auf die therapeutischen Bedingungen der Gesprächspsychotherapie. Diese zielen ja auf die Förderung von selbstkongruenten Erfahrungen, selbstkongruenter Erfahrungsbewertung und die Auflösung bzw. Verringerung von inkongruentem Erleben und der Belastung durch die Inkongruenzquellen.

Die weniger engen positiven Beziehungen zwischen der Inkongruenzquellenbelastung und den Inkongruenzsymptomen und psychiatrischen Störungssymptomen bei den NichtpatientInnen machen deren größere Robustheit gegenüber Inkongruenzquellen deutlich. (Abb. 4)

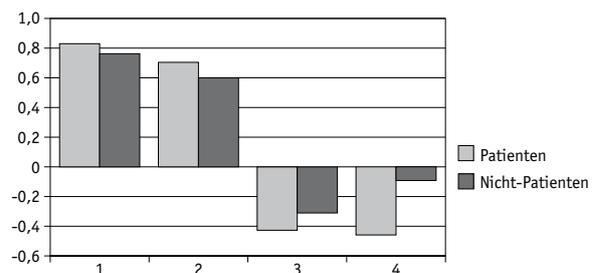
Die weniger engen negativen Beziehungen zwischen den salutogenen Ressourcen der Nichtpatienten und ihrer Belastung durch Inkongruenzquellen, durch Inkongruenzsymptome und durch psychiatrische Störungssymptome zeigen: Die seelische Gesundheit von Nichtpatienten ist durch selbstinkongruente Erfahrungen weniger gefährdet. Denn deren Inkongruenztoleranz, Inkongruenzbewältigungsstrategien und kongruente Erfahrungen sind, wie gezeigt wurde, in größerem Ausmaß vorhanden.

Die therapeutische Wirkung des Beziehungsangebots der Gesprächspsychotherapie bei seelischen Störungen ist nach den Ergebnissen also abhängig von der Stärke des Inkongruenz erlebens

Abb. 5, Ergebnisse zu den Hypothesen

H7: Positive Beziehungen zwischen Inkongruenzquellenbelastung (RC4) und Inkongruenzsymptomen (RC7) (1) sowie zwischen Inkongruenzquellenbelastung (RC4) und **Leitsymptomen psychischer Störungen (RB8) (2)** mit engeren Beziehungen bei Patienten.
H8: Negative Beziehungen zwischen Inkongruenzquellenbelastung (RC4) und gesundem Selbst (RB1) (3) sowie gegenwärtiger **Kongruenzverfahren (R15) (4)** mit engeren Beziehungen bei Patienten.

Methode: PM-Korrelation nach Pearson, eingetragen sind Korrelationskoeffizienten (r). Die Hypothesen werden nicht widerlegt.



Daten: RIAI Individ. Erlebenswerte von 503 Patienten und 445 Nicht-Patienten. Die Unterschiede sind mit Ausnahme von Spalte 4 bei den Nichtpatienten ($p < .05$) mit $p = .000$ hochsignifikant.

der Patienten aus den unterschiedlichen Inkongruenzquellen. In Analogie zur positiven Wirkung des „sozialen Netzes“ nur unter der Bedingung von stärkerem Stresserleben bei chronischen Erkrankungen, wie z.B. nach Herzinfarkt, ergibt sich: Es besteht Grund zur Annahme, dass auch die therapeutischen Grundhaltungen eine

spezifische Pufferwirkung vorzugsweise auf das sozialkommunikativ bedingte Inkongruenzerleben ausüben. Bei seelischen Störungen ohne Inkongruenzerleben und bei nicht sozialkommunikativ bedingtem Inkongruenzerleben wirkt die Gesprächspsychotherapie nur suboptimal oder bleibt wirkungslos. (Abb. 5)

Literatur

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Bühl, A. & Zöfel, P. (1998). *SPSS für Windows 7.5*. Bonn: Addison Wesley.
- Cote, J. & Levine, Ch. (2002). *Identity formation, agency and culture: A social psychological synthesis*. Lawrence: Erlbaum Associates.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V(F)*. Bern: Huber.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton. (Dtsch. 1970 Jugend und Krise. Stuttgart: Klett).
- Mc Guire, W. & Sauerländer, W. (Hrsg.). (1974). *Freud, S. und Jung, C.G. Briefwechsel*. Frankfurt: Fischer.
- Gendlin, E. (1964). A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne (Eds.). *Personality change* (S. 102–148). New York: Wiley.
- Gergen, K. J. (1991). *The saturated self: dilemmas of identity in contemporary life*. New York: Basic Books.
- Kegan, R. (1982). *Entwicklungsstufen des Selbst*. München: Kindt.
- Kießling, K. (1998). *Psychotherapie – ein chaotischer Prozess?* Stuttgart: Radius.
- Kriz, J. (1989). Entwurf einer systemischen Theorie klientenzentrierter Psychotherapie. In R. Sachse & J. Howe (Hrsg.). *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie*. (S. 168–196). Heidelberg: Asanger.
- Rehrl, M. (2000). *Selbstkommunikation und Selbstorganisation. Ein Vergleich von Schizophrenen und Gesunden*. Psychologische Diplom Arbeit. Universität Regensburg.
- Rogers, C. R. (1959a). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: S. Koch (Ed.). *Psychology, a study of a science*. Vol. 3, (S. 184–252). New York: Mac Graw Hill.
- Saß, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Simon, B. & Mummendy, A. (1997). *Identität und Verschiedenheit: zur Sozialpsychologie der Identität in komplexen Gesellschaften*. Bern: Huber.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Speierer, G.-W. (1997). Das Regensburger Inkongruenzanalyse Inventar (RIAI): Erste Ergebnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 28, 1, 13–21.
- Speierer, G.-W. (1998). Das Regensburger Inkongruenzanalyse Inventar (Stand Juli 1998) Internet: <http://www.biologie.uni-regensburg.de/med.psychologie/speierer>
- Speierer, G.-W., Helgert, N. & Rösner, S. (1999). *Aktuelle Ergebnisse zur Validierung und Normierung des Regensburger Inkongruenzanalyse Inventars (RIAI)*. www.biologie.uni-regensburg.de/med.psychologie/speierer
- Speierer, G.-W. (2002). Das Differentielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.). *Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie*. (S. 163–185). Wien: Springer.
- Speierer, G.-W. (2005): Das Differentielle Inkongruenz Modell (DIM). Handbuch und Arbeitsbuch der Personenzentrierten Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie) als Inkongruenzbehandlung. Mit personenzentriertem Gespräch, Kategorien und Checkliste zur Inkongruenzanalyse, Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI) und Materialien zur Qualitätskontrolle: Therapiedokumentation, Prozess und Ergebnis-Evaluation 2. A. auf CD-ROM, Vertrieb: Köln: GwG-Verlag
- Watson, J. B. (1924). *Psychology: from the standpoint of a behaviorist*. Philadelphia: Lippincott.
- Watzlawick, P. et al. (1967). *Menschliche Kommunikation*. Bern: Huber.

Autor

Speierer, Gert-Walter, (1941), Univ. Prof., Dr. med. Dipl.-Psych., seit 1976 Leiter der Einheit Medizinische Psychologie der Universität Regensburg; 1973/74 Zusammenarbeit mit Carl Rogers im La Jolla Programm San Diego USA, Gastprofessor an der Karls-Universität Prag, Ausbilder (GwG), Lehrtherapeut und Supervisor (ÄGG) in Gesprächspsychotherapie.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Gert-W. Speierer
Medizinische Psychologie
Universität Regensburg
Postfach
D-93040 Regensburg
gert.speierer@biologie.uni-regensburg.de

Hildegard Böhme, Ludwig Teusch

„Die Fakten sind freundlich“: Effektivität der Gesprächspsychotherapie unter stationären Bedingungen

Zusammenfassung:

Fragestellung: Die konzeptionelle Weiterentwicklung und die Überprüfung der Wirksamkeit ist ein Grundanliegen der Gesprächspsychotherapie. Eine Prüfung der Effektivität der stationären Gesprächspsychotherapie ist unter dem aktuellen Kostendruck im Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung. In der Essener Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie wurden Therapiekonzepte entwickelt und in empirischen Untersuchungen auf ihre Effektivität überprüft, um mit konkreten Fakten zu dieser Diskussion beizutragen. In prospektiven Studien wurde auch geprüft, ob die Wirksamkeit von „reiner“ Gesprächspsychotherapie zusätzliche Verhaltenstherapie oder Psychopharmakotherapie noch gesteigert werden kann.

Methode: Untersucht wurde die Wirksamkeit eines geschäftspsychotherapeutischen Behandlungskonzepts mit personenzentriertem Basiskonzept, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Bewegungs- und Beschäftigungstherapie. In die Untersuchung wurden 371 Patienten mit depressiven Störungen, Angststörungen, Anpassungsstörungen, somatoformen Störungen, Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen (ICD-10-Diagnosen F3–F6) eingeschlossen. Standardisierte Messungen erfolgten bei Aufnahme in die Klinik, zum Entlassungszeitpunkt und bei der 1-Jahres-Katamnese. Die Behandlungsdauer lag bei 10–12 Wochen; Als Messinstrumente wurden Fremdratings verwendet wie die Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (BRMES) und Persönlichkeitstests wie das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) und der Gießen-Test (GIESS). Verglichen wurde die ausschließliche Gesprächspsychotherapie mit einem zusätzlichen, in der Wirksamkeit gut belegten Behandlungselement, der verhaltenstherapeutischen Reizkonfrontation oder der antidepressiven Medikation.

Ergebnisse: Die stationäre Gesprächspsychotherapie erwies sich als hoch wirksam. Sowohl auf der Symptom- als auch auf der Persönlichkeitsebene wurden signifikante und im weiteren Katamneseverlauf stabile Verbesserungen erzielt. – Entgegen den Erwartungen hatte zusätzliche Verhaltenstherapie bei Panik und Agoraphobie auf der Symptomebene bei Therapieende und bei der Einjahreskatamnese keine zusätzlichen Effekte, führte langfristig aber zu geringeren Veränderungen auf der Persönlichkeitsebene. Auch eine zusätzliche Psychopharmakotherapie führte nicht zu additiven antidepressiven Effekten; sie verzögerte eher die Auseinandersetzung mit Konflikten und war mit erheblichen Nebenwirkungen behaftet.

Diskussion: Die vorliegenden Ergebnisse belegen die hohe Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der stationären Gesprächspsychotherapie. Dies gilt unter kontrollierten Studienbedingungen ebenso wie unter naturalistischen Versorgungsbedingungen. Die Befunde sprechen dafür, dem Therapieverfahren in der vergleichenden Forschung wieder mehr Aufmerksamkeit zu widmen und bei der Abschätzung der Effizienz kurzfristige und langfristige Wirkungen auf der Symptom- und Persönlichkeitsebene und die jeweiligen Risiken und Nebenwirkungen zu beachten.

Stichwörter: Gesprächspsychotherapie, Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie, Prozess- und Ergebnisforschung, stationäre Psychotherapie

Abstract: „The Facts are Friendly“: The Efficacy of Inpatient Person-Centered Treatment.

Subject: In the person-centered approach the development of new concepts and its evaluation is of central interest. In the Essen Psychiatric University Hospital person-centered concepts were developed, and the efficiency and efficacy was proved empirically. Furthermore empirical investigations were made to find out, if there would be an additional benefit when person-centered treatment was combined with behavioral exposure treatment or antidepressant medication.

Methods: The efficacy of inpatient person-centered treatment was studied, integrating a person centered milieu, individual and group therapy, occupational treatment and psycho gymnastics. Included were 371 patients with depressive disorders, anxiety disorders, adjustment disorders, somatoform disorders, eating disorders and personality disorders (ICD-10 diagnoses F3–F6). Standardized measurements were made at admission, at discharge and at 1-year-follow-up. The treatment period was about 10–12 weeks. The investigation was made by extern ratings e.g. the

Bech-Rafaelsen-Melancholia-Scale (BRMES) and personality inventories e.g. the Freiburger Personality Inventory (FPI-R) and the Gießen-Test (GIESS). Person-centered treatment alone was compared with a combination with behavioral exposure treatment or with antidepressant medication, which have been proved highly effective.

Results: Inpatient person-centered treatment proved to be highly effective. Significant changes could be observed in terms of symptoms as well as in terms of personality traits, which were stable in the follow-up period. Contrary to our expectations additional behavioral exposure treatment had no superior effect on panic and agoraphobia symptoms in the end of treatment or at one-year-follow-up but superior effects on personality traits on the long term. Additional antidepressant medication had no additional effect on depressive symptoms as well; however, medication slowed down the patients' critical look on conflicts and it was burdened by considerable side-effects.

Discussion: The results indicate the high efficiency and efficacy of inpatient person-centered treatment under randomized clinical conditions as well as in naturalistic study designs. Thus, person-centered treatment should get more attention in the comparative psychotherapy research. Effects in terms of pathological symptoms and personality traits on the short and on the long term as well as side effects and risks should get more attention in future research.

Keywords: *Process and disorder related person-centered therapy, process and outcome research, psychotherapy evaluation, inpatient psychotherapy*

I. Einleitung

Obwohl in vielen stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen gesprächspsychotherapeutisch behandelt wird, beschränken sich die publizierten Mitteilungen weitgehend auf Kasuistiken, Konzeptbeschreibungen oder Einzelergebnisse. Eine Ausnahme bildet das Behandlungsprogramm des Psychotherapiebereichs der Essener Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, für das systematische Untersuchungen vorliegen, über die im nachfolgenden Beitrag zusammenfassend berichtet wird.

Die Essener Arbeitsgruppe „Gesprächspsychotherapie“ arbeitete neben der theoretischen Konzeptualisierung (Finke & Teusch 1991, 1999, 2002) in dem gesprächspsychotherapeutisch geführten Psychotherapiebereich der Essener Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an einer Qualitätssicherung in Form einer Durchstrukturierung der Behandlungsorganisation, Sicherung der personenzentrierten Ausbildung des therapeutischen Mitarbeiter und der Evaluation der Behandlungsergebnisse.

II. Methode

Für die Behandlung wurden folgende Bedingungen geschaffen:

A. Das personenzentrierte Behandlungssetting

- Behandelt wurde eine breiten Spektrums psychiatrischer Erkrankungen die ambulant nicht ausreichend behandelbar waren bei Ausschluss akuter psychiatrischer Notfälle. Die Indikation wurde in einem Vorgespräch gestellt.
- Die Dauer der stationären Behandlung lag bei 10–12 Wochen, falls indiziert und erwünscht 2 Wochen tagesklinische Nachbehandlung.

- Die Gesprächspsychotherapeutische Kerntherapie umfasste Einzelpsychotherapie (50 Min./Woche) und Gruppen-Gesprächspsychotherapie (3–4 x 90 Min./Woche)
- Die Bewegungs- und Ergotherapie war durch eine personenzentrierte Haltung gekennzeichnet.
- Die Teamarbeit war an personenzentrierten Prinzipien orientiert.
- Zunehmende erfolgte die Einbeziehung von Manualen in die Behandlung.

B. Patienten

Behandelt wurden Patienten mit affektiven Störungen, Angst-, Zwangs-, Ess-, Somatisierungs- und Persönlichkeitsstörungen (ICD-10-Diagnosen: F3–F6.), zum Teil mit vorangegangenem Substanzmissbrauch von Alkohol oder Medikamenten (ICD-10: F1). Die stationäre Aufnahme erfolgte auf ärztliche Einweisung, wenn eine ambulante Behandlung nicht mehr ausreichte nach Prüfung der Aufnahmeindikation in einem Vorgespräch.

C. Evaluation

Wir wollen an dieser Stelle einen Überblick geben über die verschiedenen Studien, die von 1989 bis 1999 durchgeführt wurden und ihre Ergebnisse (s. Forschungsbericht: Finke et al., 1999)

Für die Überprüfung des Behandlungserfolges wurden in festgelegten Studienzeiträumen Patienten mit ausgewählte Störungen oder die vorhandene gemischte Patientenpopulation bei Aufnahme und Entlassung mit psychiatrischen Rating-Skalen und Persönlichkeitstests untersucht. Unser Ziel war nicht nur die subjektiven Änderungen zu erfassen (Selbstbewertungsinventare), sondern auch eine externe Bewertung (Fremdratings) vorzunehmen. Die mit der Durchführung betrauten Untersucher waren erfahrene Diplompsychologinnen, die selbst nicht an der Behandlung beteiligt waren.

Um Aufschluss über die Nachhaltigkeit der Ergebnisse zu erzielen wurden bei allen noch erreichbaren Patienten 1-Jahres-Katamnesen durchgeführt.

Dank intensiver Bemühungen der Untersucher war die Rücklaufquote hoch. Bis 1997 waren 385 vollständige Behandlungen mit Aufnahme- und Entlassungstests dokumentiert, 371 Patienten davon waren auch katamnestisch untersucht worden (Finke et al. 1999)

Die Rücklaufquote differierte bei den Messinstrumenten: Sie lag bei den Katamnese-Interviews einschließlich Ratings bei 96 %, bei den Persönlichkeitsfragebogen, dem Gießen-Test bei 85 % und dem Freiburger Persönlichkeitsinventar bei 56 %. Die Unterschiede sind zum Teil dadurch bedingt, dass nicht in allen Studien beide Tests vorgesehen waren und dass einige Patienten das mitunter als lästig empfundene erneute Fragebogenausfüllen ablehnten.

Es wurde berechnet (Böhme, Finke & Teusch, 1998), wie sich diejenigen Patienten, die nicht in die Katamneseuntersuchung einbezogen werden konnten, von den Teilnehmenden unterscheiden: Interessanterweise waren sie ihren Anfangsbefunden zufolge leichter krank und hatten sich bei der Entlassung gut gebessert. Bei telefonischem Kontakt gaben einige an, nicht mehr an ihren Psychiatrie-Aufenthalt erinnert werden zu wollen.

Über die einzelnen Studien wurde in verschiedenen Veröffentlichungen berichtet. Ein Teil der Arbeiten beschäftigt sich mit Angststörungen (Teusch & Böhme, 1991; Teusch, Böhme & Gastpar, 1997) und depressiven Störungen (Böhme et al., 1994; Teusch et al., 2001, 2003) ein anderer Teil mit der gemischten Patientenpopulation (Böhme et al., 1998). In einigen Studien wurde der Effekt ausschließlicher Gesprächspsychotherapie verglichen mit der Kombination mit verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation (Teusch, Böhme & Gastpar, 1997; Teusch & Böhme, 1999); Teusch, Böhme & Finke, 2001). Andere Studien vergleichen die Ergebnisse ausschließlicher Gesprächspsychotherapie mit einer Kombination mit antidepressiver Medikation (Teusch et al., 2001, 2003).

III. Ergebnisse

A. Globalmaße

Untersuchung der Depressivität

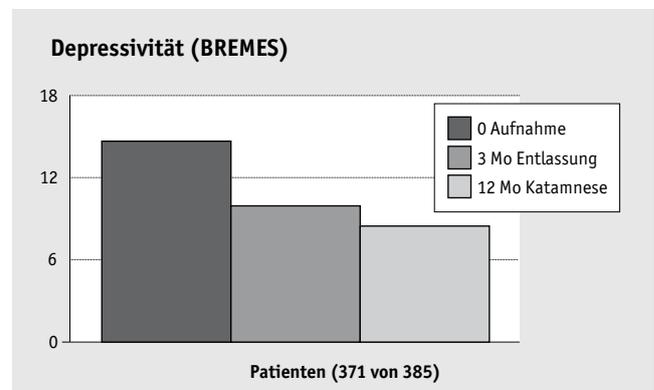
In stationäre psychotherapeutische Behandlung kommen Betroffene in der Regel dann, wenn die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten versagt haben und auch die ambulanten Hilfen versagt hatten. Entsprechend war das psychopathologische Bild fast immer gekennzeichnet durch Verzweiflung und depressive Herabgestimmtheit. Deswegen wurden auch denjenigen Patienten, die nicht primär wegen einer depressiven Störung gekommen waren, auf ihre Depressivität hin untersucht. Bei jeder der Studien waren Werte auf einer Depressions-Skala erhoben worden, am häufigsten

mit der Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (BRMES, s. CIPS 1996). Die BRMES gilt als Globalmaß für Depressivität und wird in einem Rating skaliert. Die einzelnen Skalenpunkte erfassen auch Angst und Panik, Körperbeschwerden und Kontaktstörungen, sodass die Skala einem allgemeinen Befindlichkeitsmaß nahe kommt.

Ein Teil der Patienten war aus Gründen des jeweiligen Studiendesigns mit der Hamilton-Depressions-Skala (HAMD, s. CIPS 1996) untersucht worden. Hier wurden BRMES-Äquivalenzpunkte vergeben.

Auf der mit der Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (BRMES) gemessenen Symptomebene (s. Abb. 1) findet sich von der Aufnahme (T1) bis zur Entlassung (T2) eine Besserung von 4,75 Roh-Punkten, das entspricht einer Effektstärke von 0,93. Diese Abnahme der Depressivität war statistisch signifikant. Bei der 1-Jahres-Katamnese (T3) war eine weitere Nachbesserung festzustellen.

Abb. 1: Abnahme der Depressivität (Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala – BRMES) bei stationärer Gesprächspsychotherapie



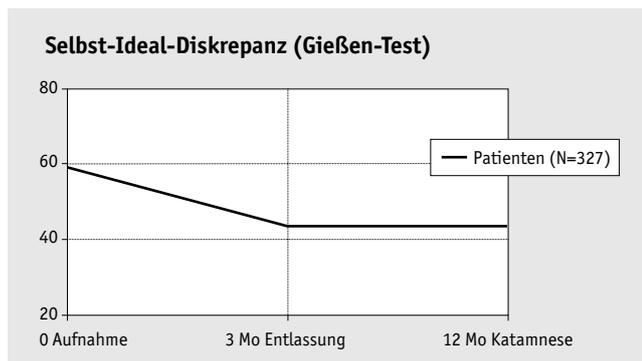
Anmerkung: Depressivität in der BRMES: 0–5 keine Depression, 6–11 leichte Depression, 12–17 mäßige Depression, 18–23 mittelschwere Depression \geq 24 schwere Depression.

2. Gießen-Test Selbst-Ideal-Diskrepanz (GIESS SID)

Eine in der Gesprächspsychotherapie-Evaluation zentrale Frage zielt auf die Abnahme der Inkongruenz. Ein Inventar, das einen wichtigen Aspekt der Inkongruenz, nämlich die Diskrepanz zwischen Selbstbild und Selbstideal erfasst, ist der Gießen-Test (GIESS – Beckmann, Brähler & Richter 1991). Fast alle Patienten wurden mit dem Gießen-Test untersucht: 381 Patienten bei Aufnahme und Entlassung, 327 bei der 1-Jahres-Katamnese. Der Gießen-Test enthält ein über alle Subskalen addiertes Global-Maß, die Selbst-Ideal-Diskrepanz. Sie erfasst, wie der Patient sich selbst sieht und wie er gern sein möchte.

Die Abnahme der Inkongruenz zwischen Selbst und Ideal ist ein besonderes Anliegen der gesprächspsychotherapeutischen Therapie (Speierer 1994). Die Ergebnisse zeigen, dass die Selbst-Ideal-Differenz durch unsere Behandlung entscheidend verringert wird (s. Abbildung 2). – Die Besserung war bei der Entlassung (T1–T2) statistisch signifikant.

Abb. 2: Gießen-Test Selbst-Ideal-Diskrepanz (GIESS SID) bei stationärer Gesprächspsychotherapie



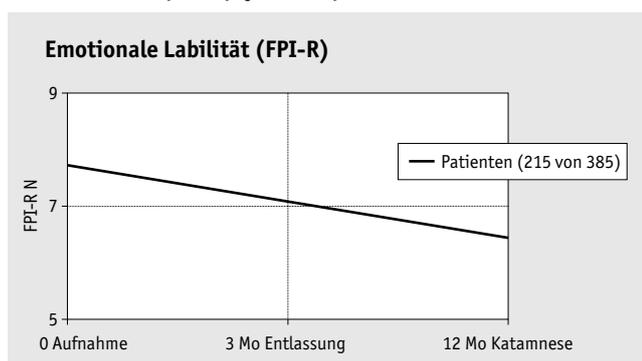
Anmerkung: 0–19 keine, 20–39 leichte, 40–59 mittelgradige, ≥60 hochgradige Selbst-Ideal-Diskrepanz.

Die Selbstwahrnehmung wird positiver und die Patienten können ihr überhöhtes Ich-Ideal heruntersetzen und ein besseres Selbstwertgefühl entwickeln.

3. Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) Skala N (Emotionale Labilität)

Im Freiburger Persönlichkeitsinventar (Fahrenberg, Hampel & Selg 1989) ist die Neurotizitäts-Skala N „Emotionale Labilität“ das globalste und reliabelste Maß. Von 265 mit diesem Test untersuchten Patienten füllten 215 ihn bei der Katamnese noch einmal aus. Wir fanden eine signifikante Besserung bis zur Entlassung, die sich im Katamnesezeitraum noch weiter fortsetzte (S. Abb.3). Nach Abschluss der Therapie fühlen die Patienten sich emotional stabiler und besser in der Lage, sich auch angesichts von Belastungen ausgeglichen und besonnen zu verhalten.

Abb. 3: Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) Skala N bei stationärer Gesprächspsychotherapie



Anmerkung: Auf der im FPI-R zur Standardisierung verwendeten Stanine-Skala ist ein Wert von 5 normal, 7 weicht um 1 SD von der Norm ab, 9 um 2 SD.

4. Zusammenfassung der Ergebnisse bei globalen Outcome-Maßen

Bei allen Maßen, der mit der Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (BRMES) gemessenen Befindlichkeit, der mit dem Gießen-Test gemessenen Selbst-Ideal-Diskrepanz (GIESS SID) und der mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar gemessenen emotionalen Labilität (FPI-R N) ist zu sehen, dass der Schweregrad der Störung bei Therapiebeginn 1–2 SD über der Norm liegt, und dass der Effekt der Behandlung bis zur Entlassung aus der Klinik darin besteht, den Störungsgrad im Mittel der Behandelten an den oberen Rand der Norm zurückzuführen. In dem einjährigen Nachbeobachtungszeitraum bleibt der Behandlungserfolg erhalten oder es kommt sogar noch zu einer leichten Nachbesserung.

„Die Fakten sind freundlich“, um einen Ausspruch von Rogers (zitiert nach Cain 2001) aufzugreifen. Es konnte gezeigt werden, dass die Gesprächspsychotherapie für sich beanspruchen kann, wichtige Variablen auf der Symptomebene entscheidend zu bessern, und dass zusätzlich eine Normalisierung auf der Persönlichkeitsebene eintritt.

Etwa die Hälfte der Patienten wies eine Komorbidität in Form einer Persönlichkeitsstörung auf. Bei gesonderter Prüfung dieser Patientengruppe (Böhme et al. 1998, Teusch & Böhme 2001), ergab sich, dass gerade Patienten mit schwer behandelbaren Persönlichkeitsstörungen in ihrer Selbstwahrnehmung und in ihrer sozialen Anpassungsfähigkeit von dem gesprächspsychotherapeutischen Vorgehen profitieren.

Die Fakten könnten natürlich – nach strengen methodischen Kriterien – „noch freundlicher“ sein, das muss einschränkend gesagt werden. Es gibt Behandlungsabbrecher (14 %) und es konnten nicht alle Patienten vollständig mit allen Untersuchungsinventaren erfasst werden.

In einer der Studien (Finke, Teusch & Gastpar (1995) wurden die Patienten gefragt, was sie an der Behandlung für besonders hilfreich halten. Dicht hinter der gesprächspsychotherapeutischen Kerntherapie, dem Einzel- und Gruppengespräch, die 58% der Patienten für einen Erfolg für verantwortlich hielten, rangierte hier mit 55% das „Zusammensein mit anderen Patienten“. Als hilfreich wird offensichtlich das entwicklungsfördernde empathische Klima erlebt, das auch in den therapiefreien Zeiten gefördert wird durch eine personenzentrierte Haltung aller therapeutischer Mitarbeiter.

Besonderen Aufschluss über die spezifische Wirkung der GPT haben wir durch die Gegenüberstellung von Vergleichsgruppen erfüllt. Geeignete Kontrollgruppen zu bilden ist gerade in der Psychotherapieforschung im stationären Bereich nicht leicht. Es gab kein unmittelbar vergleichbares Setting an anderen Kliniken. So wurden Vergleichsgruppen untersucht, bei denen die „reine“ Gesprächspsychotherapie durch einen zusätzlichen – in der Wirksamkeit gut belegten – Therapiebaustein ergänzt wurde im Sinne einer so genannten „add-on“-Strategie.

B. Spezielle Studienergebnisse

In vergleichenden Untersuchungen sollte nun festgestellt werden, ob die Gesprächspsychotherapie durch Kombination mit anderen Behandlungsverfahren noch wirksamer wird. Wir haben zu diesem Zweck Verfahren gewählt, die über eine in der Wissenschaft unbestrittene Wirksamkeit verfügen: die verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation (Teusch, Böhme & Gastpar 1997; Teusch & Böhme 1999; Teusch, Böhme & Finke 2001). und die antidepressive Pharmakotherapie (Teusch, Böhme, Finke & Gastpar 2001; Teusch, Böhme, Gastpar & Skerra 2003).

1. Untersuchungen zum Vergleich Gesprächspsychotherapie – verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation bei Angstpatienten

Die am besten evaluierte Methode der Verhaltenstherapie ist die „Exposition“ oder „Reizkonfrontation“ (behavioral exposure). Lange waren die Protagonisten der Verhaltenstherapie davon ausgegangen, dass die Reizkonfrontation eine *conditio sine qua non* für die Besserung der Leitsymptome Panikattacken und Agoraphobie sei.

In einer ersten naturalistischen Studie (Teusch & Böhme 1991) war gezeigt worden, dass Gesprächspsychotherapie bei Panik und Agoraphobie ebenso entscheidende Besserungen auf der Symptomebene (Panikattacken, agoraphobe Vermeidungsreaktionen) erzielt.

In einer prospektiven, randomisierten Studie (Teusch, Böhme & Gastpar 1997) wurden dann 20 stationäre Patienten, die nach dem Manual von Teusch & Finke (1995) gesprächspsychotherapeutisch behandelt wurden, mit 20 anderen, in ihren soziografischen Merkmalen und im Störungsgrad ähnlichen Patienten verglichen, die auf einer anderen Station zusätzlich verhaltenstherapeutisch behandelt wurden. Bei den kombiniert behandelten Patienten erfolgte einmal wöchentlich eine mehrstündige therapeutenbegleitete Exposition der angstbesetzten Situationen, sowie täglich eine manualgeleitete Exposition als „Homework-Programm“ nach dem Manual von Mathews, Gelder und Johnston (1988). Nach der Entlassung wurden Nachuntersuchungen nach 3, 6 und 12 Monaten durchgeführt.

a. Besserung auf der Symptomebene (Panikattacken, Agoraphobie und Depressivität)

Bereits die ausschließliche Gesprächspsychotherapie führt zu signifikanten Verbesserungen auf der Symptomebene (Abnahme der Panikanfälle und der Vermeidungsreaktionen sowie der Depressivität). Die Kombination mit verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation war weder am Ende der Behandlung noch bei der 1-Jahres-Katamnese überlegen. Dieses Ergebnis hat uns sehr überrascht, zumal die Behandler in dem kombinierten Therapieprogramm von der Überlegenheit der Kombination fest überzeugt waren; andererseits war es natürlich auch sehr befriedigend, mit unserem intensiven und aufwendigen gesprächspsychotherapeutischen Therapieprogramm

bei langjährig Angstkranken ausgezeichnete Ergebnisse zu erzielen, die auch durch weitere Verhaltenstherapie nicht mehr gesteigert werden konnten.

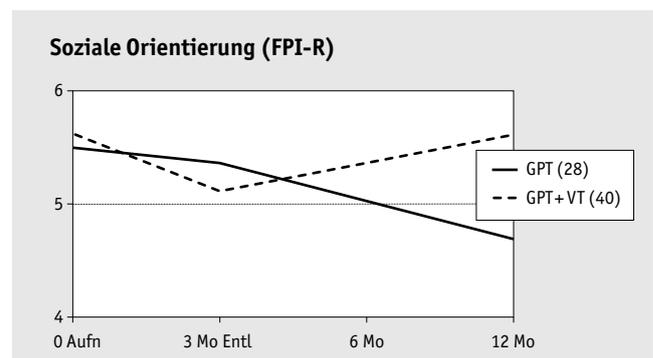
b. Differentielle Auswirkungen auf der Persönlichkeitsebene

Bei den Katamnese-Interviews fiel auf, dass gesprächspsychotherapeutisch behandelte Patienten meist spontan von ihren Gefühlen und über ihre Lebenssituation sprachen und über Reaktionen auf Konflikte berichteten, dass sie aber erst auf Befragen Angstsymptome oder körperliche Beschwerden äußerten. Zusätzlich verhaltenstherapeutisch behandelte Patienten hingegen begannen häufiger mit einer Symptomschilderung und sprachen erst auf Befragen von ihren Partnerschaften und Arbeitsverhältnissen. In den Persönlichkeitsinventaren finden sich Unterschiede (Teusch, Böhme & Finke 2001), die eine differentielle Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie und der Kombination mit zusätzlicher Verhaltenstherapie belegen.

So kommt es bei ausschließlich gesprächspsychotherapeutisch Behandelten zu einer signifikant stärkeren Abnahme der Körperbeschwerden (FPI-R Skala 8). Die hypochondrische Beobachtung des eigenen Körpers wird entaktualisiert. Dabei mag eine Rolle spielen, dass sich ihre Aufmerksamkeit vermehrt auf die Wahrnehmung innerpsychischer emotionaler Vorgänge richtet.

Hinsichtlich der übergroßen Hilfsbereitschaft und sozialen Abhängigkeit (FPI-R Skala 2: Soziale Orientierung) findet sich ein Gruppenunterschied bei den unterschiedlichen Therapiebedingungen: Zusätzlich verhaltenstherapeutisch Behandelte werden nur kurzfristig selbständiger und grenzen sich gegenüber den Erwartungen anderer besser ab. Nach der Entlassung steigt ihre Hilfsbereitschaft wieder an (s. Abbildung 4).

Abb. 4: Differentieller Effekt von „reiner“ GPT und zusätzlicher Verhaltenstherapie (GPT+VT) beim Gefühl sozialer Abhängigkeit



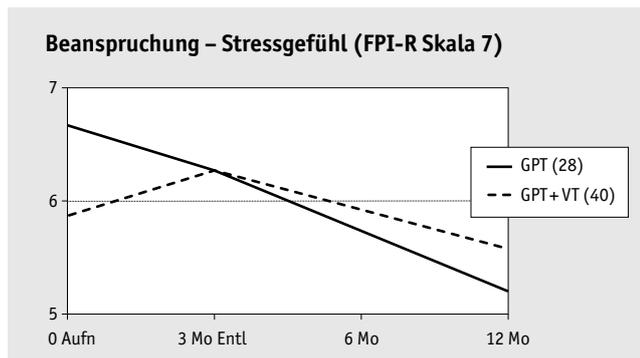
Bei ausschließlich gesprächspsychotherapeutisch behandelten Patienten nimmt die Autonomie kontinuierlich zu, wahrscheinlich weil sie nun die eigenen Bedürfnisse und Gefühle besser erkennen und ihre Handlungen nicht am Urteil anderer ausrichten.

Auch hinsichtlich des Gefühls der „Beanspruchung“ (FPI-R Skala 7) ergibt sich ein signifikanter Unterschied (s. Abb. 5: Die zusätzlich verhaltenstherapeutisch Behandelten beschreiben, dass

sie – vermutlich durch die verhaltenstherapeutischen Übungen – vermehrt unter Stress geraten und bauen dieses Stressgefühl erst allmählich bis zur 1-Jahres-Katamnese ab.

Die ausschließlich geschichtspsychotherapeutisch behandelten Patienten empfinden – möglicherweise weil sie besonders auf ihre Belastungsgrenzen achten und ihre Beziehungskonflikte besonders intensiv und erfolgreich bearbeiten – ein zunehmend geringeres Stressgefühl.

Abb. 5: Differentieller Effekt von ausschließlicher Gesprächspsychotherapie und zusätzlicher Verhaltenstherapie (GPT+VT) auf die subjektive Stressbelastung

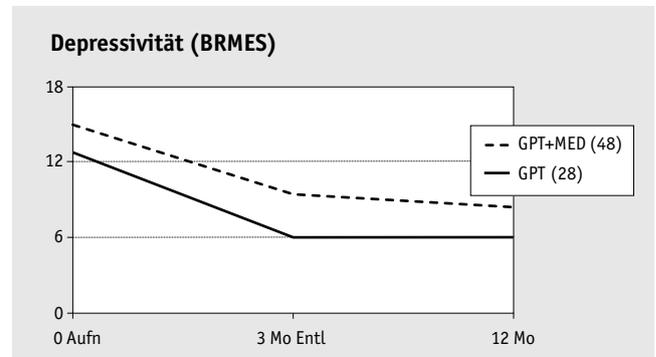


2. Untersuchungen zum Vergleich Gesprächspsychotherapie allein oder in Kombination mit antidepressiver Pharmakotherapie

Können depressive Patienten psychotherapeutische Angebote intensiver oder früher annehmen und umsetzen, wenn sie zusätzlich mit Antidepressiva behandelt werden? Erleichtert die antidepressive Medikation durch Besserung der Grundstimmung, Lösung kognitiver Blockaden und Verminderung des Leidensdrucks den psychotherapeutischen Zugang? Diese Auffassung wird von Klinikern immer wieder betont. Allerdings ist nicht zu übersehen, dass bei kombinierter Behandlung die Besprechung der Medikamenteneinstellung und ihrer Nebenwirkungen, sowie der erforderlichen medizintechnischen Zusatzuntersuchungen einen beträchtlichen Raum im Gespräch mit dem Arzt einnimmt. Ein weiteres Problem der Pharmakotherapie liegt sicher darin, dass sich nicht selten störende Nebenwirkung einstellen, vor allem aber, dass Patient und Therapeut u. U. von Woche zu Woche auf den Eintritt der Medikamentenwirkung warten und eine ernsthafte Beschäftigung mit Introspektion, Gefühlswahrnehmung, Bewertung und Lösungsfertigkeiten darunter leidet. (Teusch & Gastpar 2000). Um den Einfluss der Psychopharmakotherapie auf Selbstöffnungsprozesse depressiver Patienten zu untersuchen, wurden naturalistische prospektive Studien durchgeführt (Teusch, Böhme, Finke & Gastpar 2001; Teusch, Böhme, Gastpar & Skerra 2003). In einer dieser Studien (Teusch, Böhme, Gastpar & Skerra 2003) wurden alle depressiven Patienten unserer Psychotherapiestationen erfasst und zwar diejenigen, die mit

„reiner“ GPT behandelt wurden und Patienten, die zusätzlich eine antidepressive Medikation erhielten. Die Gabe von Antidepressiva ging häufig mit Zusatzverordnungen von Sedativa oder Betablockern einher (ausführliche Angaben zur Medikation in der Originalarbeit).

Abb. 6: Besserung der Depressivität bei „reiner“ Gesprächspsychotherapie und Kombination mit Psychopharmaka (GPT+MED)



Aus den Daten (s. Abbildung 6) ist zu erkennen dass die Depressivität durch eine antidepressive Medikation weder bei der Entlassung noch bei der Katamnese rascher oder stärker abgenommen hatte. Die zusätzliche Gabe von Antidepressiva hat sich nicht vorteilhaft ausgewirkt. Zumindest bei mittelschwerer Depressivität und einem intensiven Gesprächspsychotherapieprogramm bringt eine Kombination mit antidepressiver Medikation keinen zusätzlichen Gewinn.

In Ergänzung zu den Ergebnismessungen wurde in dieser Studie eine wichtige Therapieprozessvariable untersucht. Die Frage war, wie sich die zusätzliche antidepressive Medikation auf die Problembearbeitung in der Psychotherapie auswirkt. Dies wurde mit der Therapieprozess-Skala „Assimilation problematischer Erfahrungen (APES)“ von Stiles (1992) überprüft. Therapeut und Bezugspfleger oder -schwester schätzten anhand von 19 vorgegebenen Problem-Items ein, welche Assimilationsstufe der Patienten erreicht hat. Diese Assimilationsstufen (APES) reichen von Abwehr über gedankliches Problembewusstsein und vertieftes Erspüren der beteiligten Emotionen bis hin zum Erreichen von Einsicht und praktischem Ausprobieren neuer Lösungen. Die Ratings erfolgten in der Mitte (nach 6 Wochen) und am Ende der stationären Behandlung.

Ausschließlich geschichtspsychotherapeutisch Behandelte erreichen schon in der Mitte der Behandlung signifikant höhere Bearbeitungsstufen in den Therapiegesprächen (Einsicht und praktische Umsetzung). Zusätzlich medikamentös Behandelte bleiben häufiger bei vager Problembeschreibung, schwacher Emotionalisierung, geringer Einsicht in eigene Verhaltensmuster, geringem Bemühen neue Verhaltensweisen zu erproben stehen, bleiben also in der Prozessqualität ihrer Psychotherapie zurück (s. Abbildung 7).

Sodann kommt es bei medizierten Patienten zu einer Reihe unerwünschter Nebeneffekte. Diese wurden in der Mitte der Behandlung und noch einmal bei der Entlassung untersucht. Die Nebenwirkungen wurden anhand einer Liste von Benfield und Ward (1986) in einem strukturierten Interview erfasst.

Abb. 7: Therapieprozessqualität bei „reiner“ Gesprächspsychotherapie und zusätzlicher Gabe von Psychopharmaka (GPT+MED)

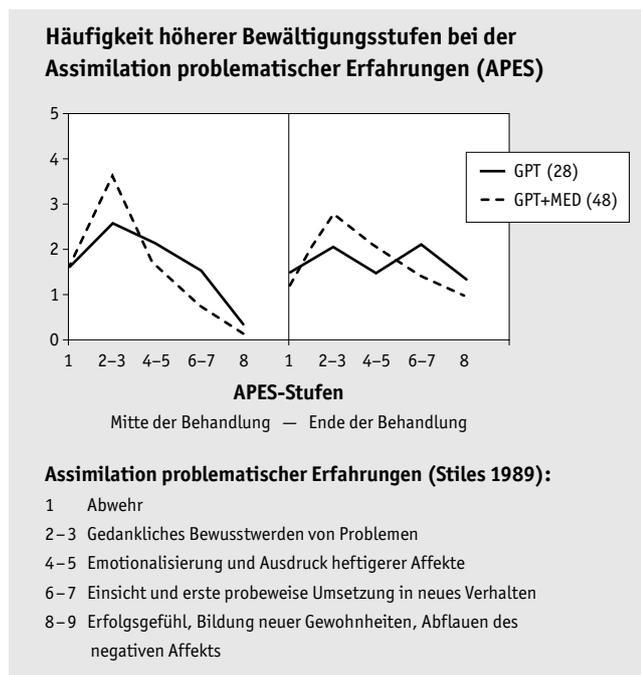
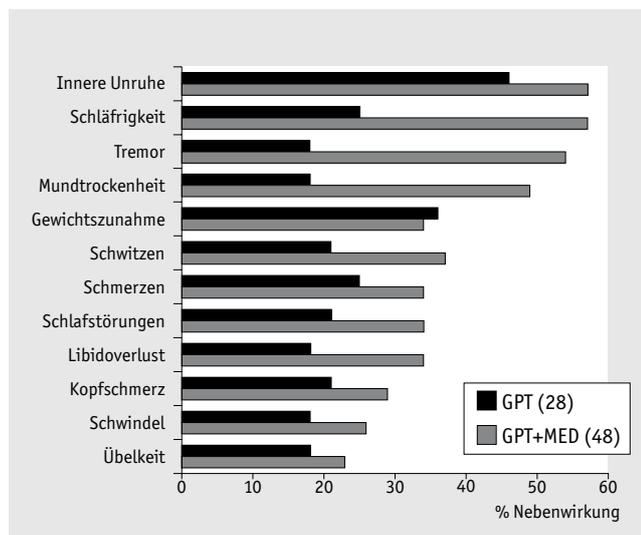


Abb. 8: Bei der Entlassung angegebene Beschwerden („Nebenwirkungen“) bei „reiner“ Gesprächspsychotherapie und bei zusätzlicher Gabe von Psychopharmaka (GPT+MED)



Auch bei „reiner“ Psychotherapie wird über quälende Symptome („unerwünschte Nebenwirkungen“) geklagt, vor allem über eine unerwünschte Gewichtszunahme und über ein Gefühl, unangenehm erregt zu sein – die Auseinandersetzung mit den eigenen Problemen und denen der Mitpatienten ist aufregend!

Es kommt aber bei zusätzlicher Pharmakotherapie in einem viel höheren Prozentsatz zu Schläfrigkeit, Übererregung, Tremor etc. (s. Abbildung 8).

Medizierten Patienten waren ein Jahr nach Ende der stationären Behandlung doppelt so häufig in psychopharmakologischer Behandlung.

III. Diskussion

Unsere Untersuchungen zeigen, dass die stationäre Gesprächspsychotherapie unter Versorgungsbedingungen ausgezeichnete und langfristig stabile Effekte bei den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen (ICD-10-Diagnosen F3 – F6) hat. Einer der Vorteile einer stationären Behandlung liegt in der hohen Frequenz psychotherapeutischer Maßnahmen und darin, dass der Patient in den verschiedenartigen verbalen und nonverbalen Therapieangeboten und im Miteinander mit anderen Patienten intensiv angeregt wird und dass er die Solidarität anderer Betroffener erfährt.

Stationäre Psychotherapie ist nachweislich hilfreich und effektiv bei Angst und Depression (Härter et al., 2004). Ein hoher Rang kann dabei der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung zukommen.

Die Gesprächspsychotherapie ist nach den Ergebnissen der vorliegenden Arbeiten durch die zusätzliche Integration von Techniken der Verhaltenstherapie auf der Symptomebene nicht wesentlich zu verbessern. Veränderungen auf der Persönlichkeitsebene sind bei zusätzlicher Verhaltenstherapie weniger ausgeprägt: wenn der Blick zu sehr auf die Beobachtung von Körpersymptomen und die Willensanstrengung bei Reizkonfrontationsübungen gerichtet bleibt, werden Autonomie und soziale Kompetenzen weniger gefördert. Die Frage, ob eine nur auf die Leitsymptome abzielende Behandlungstechnik, wie die kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie, ausreicht, ob nicht auch Beziehungsarbeit geleistet werden muss, um dauerhaftere Persönlichkeitsveränderungen einzuleiten, stellt sich in der Verhaltenstherapie selbst (Grawe 1998).

Eine Kombination mit antidepressiver Pharmakotherapie steigerte hier den antidepressiven Effekt nicht, erzeugte aber erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen. Hier soll nicht in Abrede gestellt werden, dass manche Betroffene mit schweren Depressionen oder schwersten Angsterkrankungen überhaupt erst durch Psychopharmaka einer Behandlung zugänglich werden. Bei den meisten Patienten jedoch, bei denen auch eine effizientere Selbststeuerung den erwünschten Effekt bringt, müssen die Risiken einer Pharmakotherapie kritisch bedacht werden.

Die vorgestellten Ergebnisse belegen die hohe Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der stationären Gesprächspsychotherapie. Dies gilt unter kontrollierten Studienbedingungen ebenso wie unter naturalistischen Versorgungsbedingungen. Klinische Erfahrungen und empirische Befunde sprechen dafür, dem Therapieverfahren in der vergleichenden Forschung wieder mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Bei der Abschätzung der Effizienz sollten die ausgezeichneten kurzfristigen und langfristigen Wirkungen auf der Symptom- und Persönlichkeitsebene und die geringen Risiken und Nebenwirkungen beachtet werden.

Literatur:

- Beckmann, D., Brähler, E. & Richter, H.-E. (1991). *Der Gießen-Test*. Bern: Huber.
- Benfield, P. & Ward, A. (1986). Fluvoxamine: A review of pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic efficacy in depressive illness. *Drugs* 32, 313–314.
- Böhme, H., Finke, J., Gastpar, M. & Staudinger, T. (1994). Die Veränderung von Kausalattributionen und Coping durch stationäre Gesprächspsychotherapie. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 44, 432–439.
- Böhme, H., Finke, J. & Teusch, L. (1998). Effekte stationärer Gesprächspsychotherapie bei verschiedenen Krankheitsbildern: Ein-Jahres-Katamnese. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 48, 20–29.
- Cain, D. (2001). „Die Fakten sind freundlich“. Belege aus der Forschung für die Effizienz der Personenzentrierten und Experienziellen Psychotherapien. *PERSON* 5, 2, 29–31.
- CIPS (1996). *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1989). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. Revidierte Fassung*. Göttingen: Hogrefe.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. & Teusch, L. (Hrsg.) (1991). *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen*. Heidelberg: Asanger.
- Finke, J. & Teusch, L. (1996). Gesprächspsychotherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (S. 195–200). Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. & Teusch, L. (1999). Psychotherapiemanual. Entwurf zu einer manualgeleiteten Gesprächspsychotherapie der Depression. *Psychotherapeut* 44, 101–107.
- Finke, J. & Teusch, L. (2002). Die störungsspezifische Perspektive in der personenzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 147–162). Wien: Springer.
- Finke, J., Teusch, L., Böhme, H. & Gastpar, M. (1999). *Forschungsbericht der Arbeitsgruppe Gesprächspsychotherapieforschung*. Unveröff., beim Verf. erhältlich.
- Finke, J., Teusch, L. & Gastpar, M. (1995). Psychotherapie in der psychiatrischen Klinik – eine empirische Untersuchung über die Erwartungen der Patienten. *Psychiat. Praxis* 22, 112–116.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Härter, M., Sitta, P., Keller, F. et al. (2003). Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Depressionsbehandlung. Prozess- und Erlebnisqualität anhand eines Modellprojekts in Baden-Württemberg. *Scand. J. Caring Sci.* 17, 339–46.
- Mathews, A., Gelder, M. & Johnston, D. (1988). *Agoraphobie*. (dt. Bearbeitung von C. Wilke & I. Hand) Berlin: Springer.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das Differentielle Inkongruenzmodell, Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Stiles, W. B. (1992). Assimilation in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In R. Sachse, G. Lietaer & W. B. Stiles (Hrsg.), *Neue Handlungskonzepte in der Klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 39–47). Heidelberg: Asanger.
- Teusch, L. & Böhme, H. (1991). Was bewirkt ein stationäres Behandlungsprogramm mit gesprächspsychotherapeutischem Schwerpunkt bei Patienten mit Agoraphobie und/oder Panik? Ergebnis einer Ein-Jahres-Katamnese. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 41, 68–76.
- Teusch, L. & Böhme, H. (1999). Is the exposure principle really crucial in agoraphobia? The influence of client-centered “nonprescriptive” treatment on exposure. *Psychotherapy Research* 9, 115–123.
- Teusch, L., Böhme, H. & Finke, J. (2001). Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation bei Agoraphobie und Panikstörung. *Nervenarzt* 72, 31–39.
- Teusch, L., Böhme, H., Finke, J. & Gastpar, M. (2001). Effects of client-centered psychotherapy for personality disorders alone and in combination with pharmacological treatment: an empirical follow-up study. *Psychother. Psychosom.* 70, 328–336.
- Teusch, L., Böhme, H. & Gastpar, M. (1997). The benefit of an insight-oriented and experiential approach on panic and agoraphobia symptoms. Results of a controlled comparison of client-centered therapy and a combination with behavioral exposure. *Psychother. Psychosom.* 66, 293–301.
- Teusch, L., Böhme, H., Gastpar, M. & Skerra, B. (2003). Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy. *Psychotherapy Research* 13, 307–322.
- Teusch, L. & Finke, J. (1995). Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Panik und Agoraphobie. *Psychotherapeut* 40, 88–95.
- Teusch, L. & Gastpar, M. (2000). Zum Verhältnis von Psychotherapie und Pharmakotherapie: Störungspotentiale und positive Interaktionsmöglichkeiten. In H. J. Möller (Hrsg.), *Therapie psychiatrischer Erkrankungen* (S. 62–71). Stuttgart: Enke.

Autoren:

Hildegard Böhme, Dipl.-Psych. Klinische Psychologin, Langjährig tätig an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Duisburg-Essen in Essen.

Forschungsschwerpunkt: Psychotherapieprozessforschung und Psychotherapie-Evaluation

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ludwig Teusch; Facharzt für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie, Psychiatrie und Neurologie; Gesprächspsychotherapeut in der GwG; 1. Vorsitzender und Lehrtherapeut der ÄGG; Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel, apl. Professur am Universitätsklinikum Duisburg-Essen.

Forschungsschwerpunkt: Entwicklung und Evaluierung störungsbezogener personenzentrierter Behandlungskonzepte für psychiatrische Erkrankungen.

Kontaktadresse:

Prof. Dr. Ludwig Teusch

Abt. Psychiatrie und Psychotherapie

Grutholzallee 21

D-44577 Castrop-Rauxel, Deutschland

E-Mail: l.teusch@evk-castrop-rauxel.de

Jobst Finke

Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie der Depression

Therapietheoretische Voraussetzungen und Behandlungskonzepte eines störungsbezogenen Ansatzes

Zusammenfassung: *In der vorliegenden Arbeit wird für eine Synthese von „Problemzentrierung“ und „Personzentrierung“, d. h. von funktional-analytischer und hermeneutisch-dialogischer Betrachtungsweise plädiert. Am Beispiel der Depression wird ein personenzentriertes Arbeiten gezeigt, dass sich von störungsbezogenen Konzepten leiten lässt. Dies bedeutet, jene Inhalte und Themen zu beschreiben, die für die depressive Störung charakteristisch sind. Die Bearbeitung dieser Themen erfolgt entlang jener Handlungskonzepte, die sich aus den Kernmerkmalen bzw. therapeutischen Grundhaltungen der Personzentrierten Psychotherapie ableiten.*

Schlüsselbegriffe: *Funktionalistische Pragmatik, hermeneutische Dialogik, Schlüsselthemen, Handlungskonzepte.*

Abstract: Disorder-centered psychotherapy of depression. The disorder-centered approach and its theoretical premises and concepts of treatment. *In this paper it is intended to get a synthesis of a „person-centered“ and a „problem-centered“ perspective. I try to expound a „problem-centered“ conception of Person-Centered Psychotherapy also in regarding the „person-centered perspective“. The problem-centered approach must be understood as well as disorder-centered and as person-centered. This kind of problem focusing is depicted by performing different themes. Especially in this context the key-themes of depressive disorder are pointed out. In the therapeutic process the therapist has to anticipate these themes and the psychotherapeutic treatment must be geared to them.*

Key-words: *disorder-centered, depressive disorder, key-themes, concept of treatment.*

Depressive Störungen sind vor allem für die Personzentrierte Psychotherapie (PZT) bedeutsam. Dies ist deswegen der Fall, weil die personzentrierte Therapietheorie in besonderer Weise den Bedürfnissen depressiver Klienten entspricht. Die Haltung des Akzeptierens, Anerkennens und Wertschätzens kommt dem meist negativen Selbstwörterleben dieser Klienten entgegen. Das Konzept der Empathie und die damit einhergehende Bereitschaft, den Klienten konsequent aus seinem Bezugssystem zu verstehen, lässt den Therapeuten zu einem inneren Begleiter des Klienten werden, den gerade Depressive in der Isolation ihrer depressiven Welt benötigen. Nicht von ungefähr hat die PZT auch auf dem Gebiet der depressiven Störungen die meisten Effektivitätsstudien vorzuweisen.

Wir vertreten eine störungsbezogene Gesprächspsychotherapie, d. h. dass wir uns auf die mit der Störung verbundenen (und oben schon angedeuteten) Probleme und Bedürfnisse dieser Klienten

auch konzeptuell in besonderer Weise einzustellen versuchen. Da ein solches Vorgehen innerhalb der PZT noch nicht ganz selbstverständlich ist, soll hier vor der Darstellung der Therapiepraxis zunächst die für uns bedeutsame wissenschafts- und therapietheoretische Grundlage dieses Vorgehens beschrieben werden.

Die PZT zwischen funktionalistischer Pragmatik und hermeneutischer Dialogik

Das gewissermaßen Revolutionäre des Personzentrierten Ansatzes besteht in einem Widerspruch gegen die Leitbilder der modernen Wissenschaft, zumindest auf der Ebene der Therapeut-Klient-Beziehung. In der modernen Medizin (und auch in der frühen Zeit der modernen Psychotherapie) war eine Therapeuten-Zentrierung,

die den Arzt als den beobachtenden bzw. diagnostizierenden und kontrollierenden Experten sieht, allgemein üblich geworden. In der modernen Psychologie hatte diese Zentrierung ihre Entsprechung in der Beziehung zwischen Experimentator und Versuchsperson gefunden. Dieser Therapeuten-Zentrierung hatte Rogers bekanntlich eine Klienten-Zentrierung entgegengesetzt, die nur noch den Klienten als den Experten seiner selbst gelten ließ, auf Seiten des Therapeuten aber jede Möglichkeit (therapeutisch sinnvollen) Expertentums verneinte.

Es ist aber zu fragen, ob hierdurch nicht die Einseitigkeit der einen Zentrierung durch eine ebenso einseitige „Gegenzentrierung“ ausgetauscht wurde (Waldenfels 1991). Hier soll jedenfalls bezweifelt werden, dass sich die Einseitigkeit einer radikalen Klienten-Zentrierung mit den Ansprüchen vereinbaren lässt, die an eine Psychotherapie als Heilbehandlung gestellt werden. Denn nach dem heutigen Verständnis basiert eine wissenschaftlich fundierte Heilbehandlung u. a. auf der Erkenntnis (Diagnostik) dessen, was geheilt werden soll und einer klaren Definition der Instrumente (Therapietechnik), durch die die als negativ bewerteten Phänomene beeinflusst und somit das Therapieziel erreicht werden sollen. Dabei steht zur Diskussion, wieweit dieses (naturwissenschaftliche) Modell medizinischer Heilkunde auf die Psychotherapie zu übertragen ist. Würde damit nicht eine Perspektive aufgegeben werden, die an der Vision der Ursprünglichkeit einer Begegnung von Person zu Person ausgeht und an der Unmittelbarkeit eines empathischen Miterlebens festhält? Andererseits ist zu fragen, wieweit eine Psychotherapie sich von diesem Modell aller angewandten Wissenschaften entfernen kann, ohne völlig den Charakter von Therapie als ein Heilverfahren zu verlieren (siehe dazu auch die Gegenüberstellung der Ansätze bei Keil, 1998).

Es wird hier dafür plädiert, das Unternehmen Psychotherapie als polar strukturiert zu denken, wobei die beiden Pole, auf die es bezogen ist, als funktionalistische Pragmatik einerseits und als hermeneutische Dialogik andererseits zu charakterisieren wären. „Funktionalistische Pragmatik“ ist unter zweckrationalen Aspekten daran interessiert, dass der therapeutische Eingriff „gut funktioniert“, dass also die anvisierten Ziele (z. B. Reduzierung der Symptome, Vermehrung personaler Autonomie) durch die eingesetzten Mittel möglichst effizient zu erreichen sind. Dies bedeutet eine funktionale Betrachtungsweise der Zwecke bzw. Ziele einerseits und der eingesetzten Mittel bzw. „Instrumente“ andererseits. Letzteres läuft auf die Darstellung einer Therapietechnik hinaus. Diese Position impliziert u. a. das Interesse an Kontrolle und Beherrschung von z. B. psychopathologischen Phänomenen, auch insofern sich diese in der therapeutischen Interaktion zeigen.

„Hermeneutische Dialogik“ meint dagegen das Interesse an Verständigung, den Willen zum Verstehen interaktionaler Äußerungen in der personalen Begegnung, ohne es sofort auf Beeinflussung und Veränderung abgesehen zu haben. In der Interaktion von Personen wird ein Sinn realisiert, ein Sinn, der erst verständlich wird auf dem

Hintergrund eines Erlebens-Zusammenhangs. Durch die gemeinsame Verdeutlichung dieses Sinns kann die dialogische Verständigung für den Betroffenen zur Selbstverständigung werden, d. h. zur Auflösung seiner Inkongruenz und damit zur Selbsttransparenz führen (Rogers, 1959/1987), ohne dass dies von vorneherein intendiert wird. Das humane Bedürfnis nach Orientierung an Sinnkonzepten und Werten fordert den Überstieg einer rein utilitär-funktionalen Perspektive immer wieder heraus. Gerade dies wiederum macht auch eine hermeneutische Position in der Psychotherapie unverzichtbar (Keil, 1997; Finke, 1999; Spielhofer, 1999).

Die Ausschließlichkeit einer hermeneutischen Dialogik jedoch kann zu einer Verfehlung der Aufgabe von Psychotherapie als an Kriterien der Genesung orientierter Heilbehandlung führen, insofern ausdrücklich auf jede Symptom- oder auch nur Problemzentrierung (Mearns, 2004), auf eine funktionsanalytische Betrachtungsweise und auf ein konzeptgeleitetes Vorgehen verzichtet wird. Die Verabsolutierung einer funktionalistischen Pragmatik andererseits läuft auf ein sozialtechnisches Manipulieren des Klienten, auf ein „social engineering“ und auf eine instrumentalistische Verkürzung dessen hinaus, was Psychotherapie sein kann und sein soll. So muss es in der Psychotherapie darum gehen, beide Aspekte zu berücksichtigen bzw. mit einander abzugleichen. Übrigens lässt sich die hier gemeinte Polarität auch beziehungstheoretisch beschreiben. Dann wäre einer „Beobachter-Beziehung“ eine „Teilnehmer-Beziehung“ gegenüberzustellen, wobei das jeweilige Beziehungskonzept durch die Perspektive und die Rolle, die der Therapeut hier einnimmt, zu definieren ist. In der ersteren nimmt der Therapeut die Perspektive eines distanzierten Beobachters und die Rolle eines planenden Operators bzw. gezielt intervenierenden Technikers ein, in der letzteren dagegen geht es um die Rolle eines Anteil nehmenden Akteurs, eines einfühlsam um Verständigung bemühten Mitspielers. Die Balance zwischen beiden Beziehungskonzepten ist stets subtil auszubalancieren (Finke 2005).

Das Therapiekonzept:

Im Mittelpunkt der personenzentrierten Therapietheorie stehen die drei therapeutischen Kernmerkmale, die von Rogers als therapeutische Einstellungen bzw. Haltungen charakterisiert wurden. Um aber das personenzentrierte Therapiekonzept in seiner Komplexität zu beschreiben (und um die anschließenden Erörterungen des Vorgehens bei der depressiven Störung zu verstehen), ist darauf hinzuweisen, dass diese therapeutischen Einstellungen einerseits ein je spezifisches Beziehungsangebot konstellieren und dass aus ihnen andererseits bestimmte Handlungsregeln abzuleiten sind. So sieht es jedenfalls aus oben genannten Gründen die störungsbezogene Gesprächspsychotherapie.

Die Beziehungskonzepte:

Mit dem Kernmerkmal *Einführendes Verstehen* wird eine Alter-Ego-Beziehung konstellierte, da der Therapeut hier die Rolle eines „Alter-Ego“, eines „anderen Selbst“ des Klienten einnehmen und „sein eigenes Selbst beiseite stellen“ soll (Rogers, 1951/1973a, S. 53). Der Therapeut soll sich ganz in den Klienten hineinversetzen, dessen Perspektive übernehmen und den Klienten aus dessen Bezugssystem verstehen. Der Therapeut nimmt gewissermaßen die Rolle eines Katalysators des inneren Zwiegesprächs ein, das der Klient mit sich selbst zu führen hat.

Mit dem Merkmal *Kongruenz/Echtheit* und dem damit verbundenen Prinzip einer personalen „Begegnung von Person zu Person“ (Rogers, 1977, S. 26) wird eine Dialog-Beziehung konstellierte. Der Therapeut hat hier die Rolle eines Dialog-Partners, eines bedeutsamen Anderen des Klienten, der Sein eigenes Selbst, sein eigenes Bezugssystem nicht beiseite stellt, sondern einbringt (Rogers, 1976, S. 200; Schmid, 1994, 2002). Beide Konzepte ergänzen sich insofern, als der Therapeut im Laufe der Therapie zwischen beiden oszilliert. Das Merkmal *Bedingungsloses Akzeptieren* dagegen ist die alles therapeutische Tun tragende Grundhaltung. Sie ist die Basis für das Wirksamwerden der beiden spezifischen Beziehungskonzepte (Spielhofer, 2004; Finke, 2005).

Die Handlungskonzepte:

Einfühlen und Verstehen: Die Verwirklichung der therapeutischen Kernmerkmale ist natürlich an bestimmte verbale (und z. T. auch nonverbale) Handlungen des Therapeuten gebunden. Man kann hier auch von therapeutischen Interventionen sprechen. Diese Handlungen stehen in einem regelhaften Verhältnis zu den Kernmerkmalen. Das *Einführende Verstehen* wird realisiert vorwiegend durch Aufgreifen von Gefühlen aber auch von Kognitionen. Wenn im Folgenden von den Interventionen die Rede ist, die sich aus der Einstellung des *Einführenden Verstehens* ergeben, wird hier von „*Einfühlen und Verstehen*“ gesprochen. Mit dieser Formulierung soll also die Handlungsebene angezeigt werden.

Beim Verbalisieren von „Erlebnisgehalten“ (Tausch, 1970) sind aber nicht nur unterschiedliche Gefühle, sondern auch Gefühle und Bedürfnisse unterschiedlichen Grades ihrer Symbolisierung (Rogers, 1959/1987, S. 24) zu unterscheiden. So ergibt sich eine Stufung des therapeutischen Vorgehens vom Ansprechen weitgehend symbolisierter Gefühle bis hin zum Aufgreifen von Emotionen und Bedürfnissen, die erst im Laufe der Therapie zunehmend am „Rande der Gewährwerdung auftauchen“ (Rogers, 1977, S. 21), zu Beginn der Therapie aber noch nicht symbolisiert sind. Die folgende tabellarische Übersicht soll dies veranschaulichen.

Stufen des Einführenden Verstehens (aus Finke 2004)

Eine Patientin sagt: „Als meine Mutter dann wieder ihre vorwurfsvolle Miene aufsetzte, war es, als müsste ich ausrasten, ich bin einfach weggegangen“.

1. Umakzentuierendes Wiederholen

Einführendes Wiederholen

T1: *Diese Vorwurfshaltung hat Sie fortgetrieben.*

2. Aufgreifen des vorherrschenden Gefühls

T2: *Sie hätten überschäumen können vor Wut*

3. Verdeutlichen des situativen Kontextes

Konkretisierendes Verstehen

T3: *Was Sie so aus der Fassung brachte, war der anklagende Blick Ihrer Mutter.*

4. Aufgreifen von selbstreflexiven Gefühlen

Selbstkonzeptbezogenes Verstehen

T4: *Dass Sie so schroff reagierten, war Ihnen hinterher auch etwas peinlich.*

5. Aufgreifen von haltungsprägenden Gefühlen und Bedürfnissen

Organismusbezogenes Verstehen

T5: *Da wurde etwas in Ihnen getroffen, was Sie auch ohnmächtig machte.*

6. Verdeutlichen des lebensgeschichtlichen Kontextes

T6: *Sie fühlten sich plötzlich wieder als das ganz kleine Mädchen, das es auch früher der Mutter nie recht machen konnte.*

Selbstöffnen/Selbsteinbringen: Das Realisieren des Einstellungsmerkmals Kongruenz/Echtheit führt auf der Handlungsebene zur Interventionskategorie Selbsteinbringen oder Selbstöffnen („self disclosure“, Carkhuff, 1969). Diese besagt, dass der Therapeut seine vorwiegend emotionale (aber auch kognitive) Resonanz auf die therapeutische Situation bzw. auf den Klienten mitteilt. Dies können nun positive Emotionen wie Freude, Anerkennung und Stolz oder eher negative Gefühle wie Ärger, Gekränktheit oder Langeweile sein. Im ersteren Falle ergäben sich eher stützende, selbstwertstabilisierende, ressourcenaktivierende Funktionen, im letzteren eher konfrontierende und hinterfragende und damit letztlich klärende Wirkungen und Aufgaben. (Das gelegentlich als „Zusatzvariable“ benannte Konfrontieren (Tscheulin, 1992) kann dann dem Selbstöffnen zugerechnet werden, wenn es in Form einer „Ich-Botschaft“ formuliert wird.) So lassen sich beim Selbstöffnen/Selbsteinbringen schon auf den ersten Blick zwei unterschiedliche Funktionskreise

bzw. Dimensionen unterscheiden. Die folgende Aufstellung (aus Finke, 2004) macht aber deutlich, dass dies nur eine sehr grobe Unterscheidung ist.

Selbstöffnen / Selbsteinbringen

Mitteilen von Anteilnahme

- T: Ich freue mich, dass Sie das geschafft haben.
T: Ich Sorge mich, dass Sie sich so schnell entscheiden.

Mitteilen von Ähnlichkeit

- T: Das kann ich gut nachempfinden, ich habe Ähnliches erlebt.
T: Ich kenne solch quälenden Zweifel.

Mitteilen von Beurteilungen und Bewertungen

- T: Ich finde, dass Sie das gut gemeistert haben.
T: Sie waren da für mein Empfinden wirklich in einer schwierigen Situation.

Konfrontation mit Beobachtung

- T: Es erstaunt mich, dass Sie immer ...
T: Es irritiert mich, dass Sie jetzt scheinbar so ganz cool bleiben.

Anbieten einer alternativen Erlebnisweise

- T: An Ihrer Stelle würde mich das aber ärgern.
T: Ich wäre da aber stolz auf mich.

Mitteilen der (negativen) emotionalen Resonanz

- T: Es macht mich jetzt etwas unzufrieden, dass Sie ...
T: Es ärgert mich und kränkt mich irgendwie auch, dass Sie...

Die oben genannten Interventionsformen können hinsichtlich ihrer Funktion und Indikation nicht im Einzelnen erörtert werden (Näheres dazu bei Finke, 2004). Hier sei nur gesagt, dass *Selbsteinbringen* eine genaue Indikation voraussetzt. Das bedeutet, dass auch die Wahl des Zeitpunktes wie die der Formulierung und „Dosierung“ stimmen müssen. In der Regel sollte diese Interventionskategorie erst eingesetzt werden, wenn man den Klienten und seine Belastbarkeit schon einigermaßen kennt. Sehr allgemein kann gesagt werden, dass *Selbsteinbringen* vor allem indiziert ist bei Klienten, die die stellungnehmende Präsenz eines bedeutsamen Anderen brauchen, da sie das ausschließliche auf sich selbst Zurückverweisen, wie es im Rahmen des *Einfühlenden Verstehens* weitgehend geschieht, für sich selbst zu wenig zu einer konstruktiven Selbstauseinandersetzung nutzen können. Es sind dies häufig Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung. Aber auch bei Klienten, die sich in einer akuten Krise befinden oder deren psychische Funktionsfähigkeit durch belastende Ereignisse beeinträchtigt ist, können vor allem die stabilisierenden, ressourcenaktivierenden Interventionsformen des *Selbsteinbringens* angezeigt sein.

Das *Selbsteinbringen* und überhaupt die Dialog-Beziehung kommt in manchen Aspekten der Alltagskommunikation nahe. Gerade darin liegt auch ein Risiko. Es kann eine emotionale „Verstrickung“ des Therapeuten, aber auch die Gefahr mitsichbringen, missverstanden zu werden und den Klienten unbeabsichtigt zu kränken oder zu entmutigen.

Deshalb kommt es gerade hier auf eine angemessene Formulierung an. Die Angemessenheit der Formulierung ist natürlich, so auch bei den Interventionsbeispielen im folgenden Praxisteil, vom jeweils interaktionellen Kontext abhängig. Die gleiche Formulierung kann in einem anderen Kontext falsch (weil den Klienten zu sehr verunsichernd, kränkend, beschämend), mindestens missverständlich sein. In diesen Kontext gehen u. a. die Art der Störung und der Persönlichkeit des Klienten (seine individuellen Verletzlichkeiten, sein Verbalisierungsniveau), das Vertrauen zum Therapeuten und das jeweilige Prozessstadium (Swildens, 1991) ein.

Beziehungsklären: Sind die sich aus dem *Einfühlenden Verstehen* ergebenden Interventionsformen beziehungstheoretisch der Alter-Ego-Beziehung und das *Selbsteinbringen* der Dialog-Beziehung zuzuordnen, so muss dem *Beziehungsklären* („immediacy“, Carkhuff, 1969) eine Zwischenstellung zwischen den beiden Beziehungskonzepten zugeschrieben werden. Insofern der Therapeut die Klientenäußerungen als Anspielungen auf seine Person versteht, fühlt er sich als der bedeutsame Andere angesprochen, und er sieht sich so in der Rolle eines Dialog-Partners. Insofern er aber nicht als dieser Andere antwortet, sondern einfühlsam die Beziehungserwartungen des Patienten aus dessen Perspektive zu verstehen und zu verbalisieren sucht, nimmt er die Rolle eines Alter-Ego des Klienten ein. Der Therapeut muss sich hier gewissermaßen selber mit den Augen des Klienten sehen (Finke, 2004).

Themenzentrierung

Das Aufgreifen von Gefühlen im Sinne eines „reflecting of feelings“ (Rogers, 1951/1973) ist ein weiteres Kennzeichen der PZT, auch wenn Rogers dies nicht als schematisch anzuwendende Behandlungsanleitung verstanden wissen wollte. Die therapeutische Zentrierung auf Gefühle hat ihren Grund in dem sehr ursprünglichen Hinweischarakter von Gefühlen, sie informieren mit großer Unmittelbarkeit über wichtige Bedürfnisse und Motive einer Person. Außerdem können sie ihrerseits Motivationen und die mit ihnen korrespondierenden Sinnkonzepte auch beeinflussen. Aber angesichts der großen Bedeutung, die von personenzentrierter Seite den Gefühlen zugeschrieben wird, mag es verwundern, dass die PZT sich bisher nicht eben häufig mit spezifischen Gefühlen beschäftigt und allgemein mit Themen auseinandergesetzt hat, die für Personen wichtig sind: z. B. Liebe, Hass, Trauer, Schuld usw. Es ist hier eher ein Mangel an Versuchen festzustellen, die großen Lebensthemen

des Menschen, und das sind weitgehend zentrale Gefühle, aus einer personenzentrierten Perspektive zu behandeln. Für die therapeutische Situation behinderte zudem eine Rationalitätskritische Tabuisierung des Expertentums eine Konzeptualisierung und Ausrichtung des therapeutischen Vorgehens an der Leitlinie inhaltlich relevanter Themen. Manche, die sich den radikalen Formen des o. g. Tabus widersetzen, proklamierten die Notwendigkeit, den Therapeuten zumindest als Experten für den therapeutischen Prozess, nicht jedoch für den Inhalt, zu sehen.

Hier stellt sich jedoch die Frage, ob der „Prozessexperte“ nicht auch „Inhaltsexperte“ sein muss, da manche Prozessaspekte sich erst auf dem Hintergrund von inhaltlichen Vorgaben erkennen lassen. Hier soll die These vertreten werden, dass für das Verstehen des Klienten und des Prozesses, in dem er sich gerade befindet, Vorstellungen über mögliche Inhalte eine Rolle spielen. Das Antizipieren von Inhalten, die in der Therapie mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eine Rolle spielen werden, kann dem Therapeuten den verstehenden Zugang zum Klienten erleichtern. Diese Inhalte betreffen Themen, die sich einerseits aus der Störung und dem belastenden Lebensereignis des Klienten, andererseits aus seiner Persönlichkeitsstruktur und Lebensgeschichte ergeben. Indem der Therapeut sich für das mögliche Auftauchen solcher Themen sensibilisiert, kann er den Klienten zielgerichteter und vor allem auch umfassender verstehen. Wenn er z. B. antizipiert, welche Unterthemen sich um das Thema „Schuldgefühle“ gruppieren, kann er diese Gefühle in ihrer ganzen Komplexität viel sicherer erahnen und in möglichst vielen Facetten empathisch aufgreifen und verdeutlichen (was sich auch auf die Qualität unserer Therapieergebnisse ausgewirkt haben dürfte, Teusch et al., 2003).

Da hier nicht nur die etwa per ICD-10 erfassbare Störung, sondern auch jeweils typische Persönlichkeits- und Situationsmerkmale in den Blick genommen werden, ist dieser Ansatz ganzheitlich, geht jedenfalls über das Erfassen rein störungsspezifischer Merkmale hinaus. Die jeweils als zentral erachteten Themen wurden als Schlüsselthemen bezeichnet, die jeweils hinsichtlich ihrer verschiedenen Aspekte aufgegliedert werden. Dabei kommt es gelegentlich auch zu thematischen Überschneidungen (Teusch & Finke, 1995; Finke & Teusch, 2002).

Bei einer depressiven Störung sind meist folgende Inhalte bzw. Themen bedeutsam:

Die Schlüsselthemen der Depression

Depressives Erleben

Bedrücktheit, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Suizidalität

Schuldgefühle

Selbstbezüglichung
Minderwertigkeitsgefühle

Gewissensstrenge
Überhöhtes Selbstideal
Idealisierung des Anderen

Verlusterleben

Bindungs- und Verschmelzungswünsche
Trennungsschmerz und Ratlosigkeit
Angst vor Einsamkeit und neuer Rolle
Enttäuschungswut
Verlustbewältigung, Neuorientierung

Selbstbescheidung und Anspruch

Das Bescheidenheits-Ideal
Negative Überzeugung von Nichtbeachtung
Verdeckte Vorwurfshaltung und Feindseligkeit
Zuwendungserwartung und Schamgefühle

Diese Liste enthält nicht alle für Depressive bedeutsamen Themen. Die hier aufgeführten Themen sind jedoch für viele depressiv gestörte Klienten charakteristisch. Sie finden sich zum Teil schon im Diagnose-Inventar der ICD-10. Zum anderen Teil ergeben sie sich aus einer idealtypischen Beschreibung des Erlebens depressiver Personen.

Dies legt auch die Empfehlung nahe, eine Vorstellung darüber zu haben, auf welcher Beziehungsebene und mit welchen Interventionen die Bearbeitung eines jeweiligen Themas erfolgen könnte. Mit einer solchen gewissermaßen präskriptiven Darstellung des therapeutischen Vorgehens sollen aber nur Leitlinien entworfen werden, auf deren Hintergrund dieses Vorgehens überhaupt erst bewertbar und kritisierbar wird. Mit solchen Entwürfen therapeutischen Handelns sollen nur Raster von Möglichkeiten des Vorgehens, keinesfalls aber starre Behandlungsanweisungen vorgegeben werden (Finke 2004).

Dies soll anhand der oben genannten Themen veranschaulicht werden. Dabei ist im Sinne einer Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie (Swildens 1991) darauf zu achten, dass die relevanten Themen in einer dem Erleben des Klienten angemessenen Reihenfolge bearbeitet werden. Auf keinen Fall soll dem Klienten ein Thema aufgedrängt oder ein Thema angesprochen werden, für dessen Bearbeitung er noch nicht belastbar genug ist.

Behandlungspraxis

Depressives Erleben

Besonders bei Klienten mit ausgeprägterer Depressivität ist wichtig, dass zu Beginn der Therapie der Therapeut sich dem depressiven Erleben selbst zuwendet, also der Bedrücktheit, dem

Gefühl der Verzweiflung, der Freud- und Interesselosigkeit, der Hoffnungslosigkeit. Bei schweren depressiven Zuständen kommt es aber darauf an, dieses Erleben nicht sofort auf seinen Sinn hin verstehen zu wollen, genauer, vom Klienten nicht zu erwarten, in einen Prozess eines solchen Selbstverstehens einzutreten. Hierzu wäre der schwer Depressive noch gar nicht in der Lage. Vielmehr kommt es zunächst darauf an, den Patienten zu stützen, d. h. ihm bei der Bewältigung der Depressivität zu helfen. Hier sind folgende Schritte wichtig.

Anerkennen und Zuwenden

Die hier genannten Interventionsformen lassen sich aus dem Therapieprinzip *Bedingungsfreies Akzeptieren* ableiten. Wenn der Therapeut bei solchen Interventionen aber auch seine eigene emotionale Resonanz zum Ausdruck bringt, bzw. wenn er diese im Kontext von „Ich-Botschaften“ formuliert, sind sie eher dem *Selbstöffnen* zuzurechnen. In jedem Falle kommt es zunächst darauf an, den Patienten in seinem Leiden, in der Art seiner depressiven Vorstellungen und Befürchtungen anzunehmen, und ihn nicht in seinem Bedürfnis, angehört zu werden, durch voreiliges Beschwichtigen und Bagatellisieren zurückzuweisen. Da die Welt des Depressiven meist düster und oft auch erschreckend ist, kann der Therapeut versucht sein, schon aus Gründen des Selbstschutzes sich auf diese Welt nicht empathisch einzulassen und damit den Patienten in seinem Anliegen zurückzuweisen.

Interessiertes Zuhören: Dem Depressiven hilft es schon, die Zuwendung und das Interesse seines Gegenübers zu spüren. Dabei ist es wichtig zu erleben, dass der Andere bereit ist, engagiert zuzuhören und so kundzugeben, dass das Leiden des Depressiven ihn wirklich interessiert und „angeht“.

Anerkennen der depressiven Symptomatik: Der Therapeut hat das depressive Erleben, die düsteren Vorstellungen des Klienten als für diesen gültig zunächst anzuerkennen. Obschon dieses Erleben beim Versuch der Einfühlung auch für den Therapeuten belastend sein kann, hat er der Versuchung zu widerstehen, bagatellisierend und vordergründig tröstend zu reagieren. Vielmehr muss er dem Patienten das Gefühl geben, ihn wirklich ernst zu nehmen und an seinem Leiden Anteil nehmen zu wollen. Der Ausdruck solcher Anteilnahme wirkt schon ressourcenmobilisierend.

T: *Ich versuche mir vorzustellen, wie Ihnen zumute ist, wie hoffnungslos Sie jetzt alles empfinden.*

Bestätigen: Der Therapeut wird auch das Ausmaß des Leidens und des Gequältheits anerkennen und insofern den Patienten in seiner Fähigkeit, Leid zu ertragen, bestätigen.

T: *Es ist sicher sehr schwer für Sie, diesen Zustand jetzt auszuhalten.*

Sich-Solidarisieren: Für den Klienten wirkt die Erfahrung einer Anteilnahme, die zumindest im Ansatz zu einer Art Schicksalsgemeinschaft wird, sehr ressourcen-mobilisierend. Der Therapeut sollte seine Solidarität und sein Interesse am Schicksal des Patienten auch ganz persönlich, d. h. in Form einer „Ich-Botschaft“ zum Ausdruck bringen. Damit interveniert der Therapeut aus einer Position der Dialog-Beziehung bzw. des Therapieprinzips *Echtheit*. Diese Position ist oft angemessen, wenn es darum geht, Aspekte des *Bedingungs-freien Akzeptierens* sehr unmittelbar und konkret zu realisieren.

T: *Es ist mir wichtig, Sie nicht mehr so leiden sehen zu müssen.*

Ermutigen: Wenn die bisherigen Schritte vollzogen wurden, ist es gerade bei schwer Depressiven indiziert, den negativen Überzeugungen und der fatalistischen und pessimistischen Haltung eine andere Überzeugung und eine andere Haltung entgegen zu setzen. Diese Entgegensetzung dürfte aber nur auf dem Hintergrund der vorherigen Anteilnahme und Anerkennung überzeugend wirken. Der Therapeut wird sie wiederum vorwiegend in Form einer Ich-Botschaft, also des *Selbsteinbringens* vermitteln.

T: *Ich weiß, dass Sie selbst das jetzt ziemlich pessimistisch sehen, ich bin aber davon überzeugt, dass es Ihnen schon bald wieder deutlich besser gehen wird.*

Einfühlen und Verstehen

Aus der Grundhaltung des *Einfühlenden Verstehens* ergeben sich die oben dargestellten Verstehensangebote. Beim Verstehen ist das Erfassen der Bedeutung z. B. eines Gefühls intendiert, also das Klären eines Zusammenhangs dieses Gefühls z. B. mit anderen Gefühlen, Bedürfnissen und früheren prägenden Erlebnissen (emotional-motivationale Schemata). Ein solcher Klärungsprozess kann ansatzweise auch bei Klienten eingeleitet werden, die noch schwer depressiv sind. Es ist jedoch darauf zu achten, die entsprechenden Interventionen immer wieder zu „durchmischen“ mit den oben dargestellten ermutigenden und stützenden Äußerungen, um den Patienten hier nicht zu überfordern. Es kann jedoch, etwa durch *Aufgreifen des vorherrschenden Gefühls*, auch der noch kränkere Patient wenigstens ansatzweise angeregt werden, aus einer gewissen Distanz auf sich selbst und seine momentanen negativen Überzeugungen zu blicken und so eben diese Überzeugungen zu relativieren.

T: *Im Augenblick erscheint Ihnen alles so trostlos, und Sie können sich noch gar nicht vorstellen, dass Sie sich je wieder über etwas freuen können.*

Nicht selten hört man in Therapeuten-Kreisen die Befürchtung, dass durch ein einfühlsames Spiegeln der düsteren Gedanken der Patienten diese noch tiefer in ihre Depressivität hineingestoßen werden könnten. Diese Therapeuten neigen dann dazu, dem Patienten das Unbegründete der Hoffnungslosigkeit nachzuweisen oder ihm

sonstwie seine „trübe Stimmung“ auszureden. Diese Art des Trostes und des aufmunternden Zuspruches werden die Klienten aber oft als ein Bagatellisieren, ein Nicht-ernst-nehmen erleben. Sie werden sich von Ihrem Therapeuten wenig verstanden und angenommen fühlen. Dieser Eindruck der Klienten dürfte häufig auch gar nicht so unrichtig sein. Denn es sind nicht selten die inneren Ängste und die dadurch bedingte Abwehr des Therapeuten selbst, die ihn zu einem solchen Verhalten veranlassen. Der Therapeut hat seinerseits möglicherweise eine untergründige Angst, in den Sog der depressiven Welt des Patienten hineingezogen zu werden, und kommt dann in die Gefahr, diese Ängste vor einer Gefühlsansteckung durch ein aufmunterndes Schulterklopfen abzuwehren.

Durch das engagierte Bemühen, ein hohes Ausmaß an positiver Beachtung und emotionale Wärme zu realisieren, könnte sich andererseits ein Problem insofern ergeben, als gerade der depressive Patient allzu sehr abhängig wird von der Zuwendung seines Therapeuten und dass dies der gewünschten Autonomieentwicklung im Wege steht. Im ersten Stadium der Therapie muss der Therapeut allerdings eine solche Abhängigkeit und ein damit verbundenes Geborgenheitserleben des Patienten zulassen. In den späteren Therapiestadien sollte er jedoch zunehmend Autonomietendenzen ansprechen und bestärken. Behandlungstechnisch bietet sich hier vor allem die Interventionsform des *Beziehungsklärens* an. Dies soll weiter unten verdeutlicht werden.

Suizidalität

Zu suizidalen Krisen kann es bei fast allen psychischen Störungen kommen, insofern ist dies für die Psychotherapie generell ein bedeutsames Thema. Bei depressiven Klienten gilt dies aber wegen der Eigenart der Symptomatik in ganz besonderer Weise. Die meisten Klienten mit depressiven Störungen, vor allem mit schweren, haben mindestens gelegentliche Suizidgedanken. Ihre Suizidvorstellungen können hier motiviert sein durch ein phantasmatisch nur im Tod zu stillendes Bedürfnis nach grenzenloser Nähe oder auch durch das Bedürfnis, solchen quälenden Nähewünschen zu entfliehen oder auch, um den jeweiligen Partner zum Erfüllen von Nähewünschen zu bewegen. Schließlich kann die bilanzierende Resignation, solche drängenden Nähewünsche nie befriedigen zu können, den Tod als Ausweg erscheinen lassen.

Bei depressiven Klienten sollte routinemäßig nach Suizidvorstellungen gefragt werden. Dass dies oft nicht geschieht, hat nicht selten damit zu tun, dass dem Therapeuten selbst das Thema „unangenehm“ ist oder dass er befürchtet, durch solche Fragen den Klienten erst auf suizidale „Gedanken zu bringen“. Letzteres trifft natürlich nicht zu, vielmehr wird gerade der empathische Mitvollzug suizidaler Gedanken beim Patienten das Erleben von Anteilnahme, Nähe und Verstandesein und damit eine Ermutigung und Stützung bewirken.

T: *Vielleicht hatten Sie auch schon mal den Gedanken, mit dem Leben einfach Schluss zu machen?*

T: *Diese Gedanken an den Tod, die haben in solchen Augenblicken etwas Beruhigendes für Sie.*

Ziel muss es hier sein, die Motive der Todeswünsche zu klären und konstruktivere Bewältigungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Ein weiteres Anliegen sollte es sein, sich ein genaues Bild von den Suizidvorstellungen der Klienten zu machen. Wie konkret sind diese, wie drängend, wie häufig, ist es früher schon zu Suizidhandlungen gekommen? So kann der Therapeut das Suizidrisiko abschätzen und auch die Indikation einer evtl. notwendigen stationären Einweisung prüfen. Ist ein Klient häufig mit Suizidgedanken beschäftigt, empfiehlt sich ein „Suizidvertrag“, in dem der Therapeut seine auch telefonische Erreichbarkeit festlegt und der Klient sich zur Rückmeldung verpflichtet, wenn Suizidimpulse sehr drängend werden. Aus forensischen Gründen ist es wichtig, hierüber auch Protokoll zu führen.

Die weiteren Themen bei depressiven Störungen

Bisher wurde ein Vorgehen bei schwer Depressiven beschrieben, das aus der Sicht einer personenzentrierten „Standard-Therapie“ eher eine Art Prätherapie darstellt. Jetzt soll ein personenzentriertes Vorgehen im engeren Sinne erörtert werden. Dies setzt in der Regel voraus, dass die Klienten nicht sehr schwer depressiv sind, weil ein solcher Zustand meist auch mit einer Denkhemmung bzw. einer Denk-Verlangsamung, Konzentrationsstörungen und einer emotionalen Erstarrung verbunden ist.

Eine kurze Fallskizze sei der folgenden Darstellung vorangestellt.

Eine 51-jährige Lehrerin wird von einem Internisten wegen einer mittelschweren depressiven Episode zur Psychotherapie „geschickt“. Sie klagt über eine niedergedrückte Stimmung, Antriebs- und Interesselosigkeit, Schlaf- und Appetitstörungen. Sie wirkt dabei anfangs etwas scheu, insichgekehrt, kontaktgehemmt und dem Psychotherapieangebot gegenüber ambivalent. Ihre Depressivität führt sie auf den plötzlichen Tod ihres Ehemannes vor drei Monaten zurück. Sie mache sich schwere Vorwürfe, nicht mehr auf ihren Mann Acht gegeben zu haben, vielleicht hätte sie durch mehr Zuwendung den Tod verhindern können.

Erst nach sieben Sitzungen kann sie sich soweit öffnen, um anzudeuten, wie belastend ihre eheliche Situation schon seit vielen Jahren für sie gewesen war. Zögernd schildert sie den Ehemann als herrisch, meist mürrisch-gereizt und regelmäßig viel Alkohol trinkend. Sie selbst hatte ihm gegenüber wohl immer ein Verhalten von vordergründiger Anpassung und Unterwerfung gezeigt.

Die Inkongruenz besteht hier zwischen einem sehr von fremden Wertintroyekten, von kollektiv anerkannten Normen einer bürger-

lichen Wohlanständigkeit geprägten Selbstkonzept einerseits und einer organismischen Erfahrung, in der Bedürfnisse nach Freiheit, Individualität und Eigenständigkeit eine Rolle spielen, aber nur sehr vage und verzerrt symbolisiert sind, andererseits. Durch den Tod des Ehemannes wurden diese Bedürfnisse aktiviert und gelangten an den Rand der Gewährwerdung (Rogers, 1959/1987). Die Patientin reagierte auf diese Gewährwerdung mit Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen.

Im Folgenden soll zwar diese Klientin immer wieder zur Sprache kommen, es soll aber kein nur auf diesen konkreten Fall bezogenes Behandlungsprotokoll erstellt werden, weil die individuellen Besonderheiten eines solchen Falles die allgemeingültigen Eckpunkte der Therapiepraxis zu sehr überlagern würden. Aus didaktischen Gründen soll das therapeutische Vorgehen nur in gewissermaßen schematisierter Form dargestellt werden, um so die über den individuellen Fall hinausgehenden Grundzüge dieses Vorgehens (wenn auch nur ausschnittshaft) deutlich werden zu lassen. Dadurch gewinnt die Darstellung den Charakter eines Manuals. Diese auf das Prinzipielle zentrierte Darstellungsform soll vor allem die Bearbeitung der zentralen Themen der Störung (einschließlich der jeweiligen Unterthemen) durch die verschiedenen gesprächspsychotherapeutischen Interventionskategorien zeigen.

Natürlich wird der Therapeut in der konkreten Praxis das jeweils vorherrschende Thema zuerst aufgreifen und sich nicht unbedingt an die hier vorgeschlagene Reihenfolge halten. Im Sinne einer Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie (Swildens, 1991) allerdings ist ein idealtypischer Prozess- bzw. Phasenverlauf insofern zu beachten, als der Therapeut sich immer fragen muss, ob ein bestimmtes Thema auch schon wirklich „dran ist“, da durch dessen zu frühe Bearbeitung der Klient überfordert werden kann. Die unten genannten Interventionsbeispiele sind in der Regel Verstehensangebote, die sich aus der Realisierung der Grundhaltung des *Einfühlenden Verstehens* ergeben, im anderen Falle wird dies jeweils ausdrücklich angezeigt. Wie schon gesagt, sind die Interventionsbeispiele in ihrer Angemessenheit immer kontextabhängig, was besonders für das *Selbsteinbringen* gilt, da mit dieser Intervention oft auch persönliche Wertungen verbunden sind.

Schuldgefühle

Bei vielen depressiven Klienten bestimmen Schuldgefühle sehr nachdrücklich das depressive Erleben. Dieses Thema der Schuld kann oft so zentral werden, dass das Verlusterleben, das meist auslösend für die Depression war, ziemlich peripher wird. Diese eigenartigen Verkehren der Relevanz des beherrschenden Themas ist charakteristisch für die Depression, vor allem in ihrer schweren Form, und unterscheidet diese von dem nicht pathologischen Gefühl der Trauer. Bei sehr schwer Depressiven kann das Schuld erleben

zu einem Schuldwahn werden. Das Thema Schuld hat viele Aspekte, die hier in Form der folgenden Unterthemen erörtert werden.

Selbstbeziehung: Schuldgefühle sind immer mit starken Selbstvorwürfen verbunden. Ein Verlusterlebnis, z. B. der Verlust des Partners durch Tod oder Trennung, aber auch der Verlust von beruflicher Stellung, sozialem Ansehen oder von körperlicher Integrität bzw. Gesundheit, ist häufig der Auslöser einer Depression. Charakteristisch für schwerer Depressive ist jedoch die Umbildung des Verlustschmerzes und der Trauer in quälende Schuldgefühle. Der Klient wähnt dann nicht selten, am Verlust der Bezugsperson selbst schuld zu sein. Beim Tod dieser Person ist es oft die Vorstellung, durch Unachtsamkeit die Verschlimmerung der zum Tode führenden Krankheit nicht früh genug erkannt und etwa durch rechtzeitiges Herbeirufen eines Arztes den plötzlichen Tod nicht verhindert zu haben.

Dies war so auch bei der oben genannten Klientin der Fall. Bei ihr standen die Schuldgefühle gegenüber der Trauer ganz im Vordergrund. Dieses hatte hier aber seinen Grund nicht in der Eigendynamik der Depression, sondern wohl eher in dem Umstand, dass die Klientin den Tod ihres Ehemannes als Befreiung empfand und genau wegen dieser organismischen Erfahrung Schuldgefühle bekam.

Bei Verlust eines Angehörigen durch Trennung kann der quälende Gedanke eine Rolle spielen, durch das eigene Verhalten die Trennung verursacht zu haben.

T: *Mit diesem Gedanken, der Alleinschuldige zu sein, quälen Sie sich jetzt ständig.*

T: *Immer wieder überfällt Sie die Vorstellung, bei Ihrem Mann tief in der Schuld zu stehen.*

T: *Mit diesen Selbstvorwürfen wüten Sie regelrecht gegen sich selbst.*

Mit diesen Interventionen arbeitet der Therapeut auf eine exakte Symbolisierung der eigentlich gegen den Partner gerichteten Aggressionen hin. Um dabei der Klientin auch Nähe und persönliche Anteilnahme zu signalisieren und sie dadurch zu stützen, könnte der Therapeut per *Selbstöffnen* intervenieren. Dabei ist vorausgesetzt, dass aufgrund einer bereits gewachsenen Vertrauensbeziehung die Klientin die Sorge des Therapeuten als konstruktives Engagement erleben kann.

T: *Es bekümmert mich, dass Sie alle Schuld nur bei sich sehen.*

Es dürfte selbstverständlich sein, dass der Therapeut nicht versucht, der Klientin ihre Schuldgefühle „auszureden“, sondern aus einer Position des *Einfühlenden Verstehens* (und dabei vor allem durch *Aufgreifen selbstreflexiver Gefühle*) geduldig darum bemüht ist, die Klientin anzuregen, die Bedeutung dieser Gefühle zu verstehen und sie über diesen Weg einer Selbstverständigung zu ändern, was hier auch eine Änderung des Selbstkonzeptes impliziert. Eine Ausnahme bildet freilich der Schuldwahn schwerer Depressiver, hier sei auf die oben gemachten Hinweise für die Therapie dieser Patienten verwiesen.

Minderwertigkeitsgefühle: Mit Schuldgefühlen sind oft Minderwertigkeitsgefühle vermischt. Eine schuldhafte Verarbeitung z. B. von Beziehungskonflikten, ist meist auf ein negatives Selbstwertleben zurückzuführen. Ein in diesem Sinne negatives Selbstkonzept ist charakteristisch für Personen, die dazu neigen, belastende Lebensereignisse depressiv zu verarbeiten. Wegen des mangelnden Selbstvertrauens und des mangelnden Glaubens an die Selbstwirksamkeit fühlen diese Personen sich anderen gegenüber hinsichtlich fast aller Fähigkeiten schnell unterlegen und hilflos. Dabei ist dieses Unterlegenheitsgefühl auch ambivalent, ihr organismisches Erleben sagt ihnen, dass sie auch ihre Stärken haben, nur wagen sie nicht, sich dazu zu bekennen, d. h. diese voll und konsequent zu symbolisieren.

Dies war auch bei unserer Klientin so. Sie hatte einerseits ein mit Angst gepaartes Unterlegenheitsgefühl gegenüber ihrem Mann und hatte doch insgeheim das Gefühl, die Stärkere zu sein. Der Therapeut muss diese gegenläufigen, nur vage symbolisierten Erlebnisaspekte aufgreifen, damit die Klientin sie in ihr Selbstkonzept integrieren und so die Inkongruenz überwinden kann.

T: *Da gibt es Momente, wo Sie sich doch stark und unangreifbar fühlen.*

T: *Da ist immer dieses Gefühl von Wertlosigkeit, so dass Sie gar nicht glauben können, Anerkennung und Zuwendung auch verdient zu haben.*

Wenn der Patient sehr verzagt und mutlos ist, kann es auch indiziert sein, ihn per *Selbstöffnen* in seinem Selbstwertgefühl zu stabilisieren und ihn zu ermutigen.

T: *Ich war sehr beeindruckt, wieviel Mut Sie in dieser Situation bewiesen haben.*

Gewissensstrenge: Der Nährboden für Schuldgefühle ist ein strenges Gewissen. Depressive gehen nicht selten in kaum verständlicher Weise mit sich selbst hart ins Gericht. Sie verurteilen sich mit kaum nachvollziehbarer Rigorosität. Es mag dann manchmal so scheinen, als ob sie gegen die Selbstanerkennung, in der sie eine Selbstgerechtigkeit befürchten, ankämpfen müssten. Auch die genannte Klientin betonte oft, dass sie sich „Nachlässigkeiten“, auch solche gegen ihren Mann, nicht verzeihen könne. Der Therapeut muss die gewissermaßen gegenläufigen, sehr verdeckten organismischen Tendenzen erahnen und die Klientin ermutigen, sie zu symbolisieren und anzuerkennen, dadurch dass er sie stellvertretend für die Klientin anspricht (*Aufgreifen selbstreflexiver und haltungsprägender Gefühle*).

T: *Ständig quälen Sie sich mit Vorwürfen und Sie verurteilen sich erbarmungslos, fast als ob Sie befürchten, sonst zu hochmütig zu werden.*

Ein schlechtes Befinden scheinen manche Depressive auch wie eine gerechte Strafe zu erleben, ein Straferleben, mit dem sie ihre

Schuldgefühle in Schach halten können. Sie erwecken den Eindruck, als ob sie sich gegen eine Gesundheit wehren und verbissen auf ihrem schlechten Befinden insistieren würden, so dass die Interpretation nahe liegt, als würde eine Gesundheit, besonders ein behagliches Wohlergehen mit ihrem Gewissen unvereinbar sein und ihnen unerträgliche Schuldgefühle bereiten (Binder & Binder, 1991). Im Therapeuten mag dann aber spontan eher die Vorstellung entstehen, als wolle die Klientin ihn an sich scheitern lassen. Zumindest stellt sich im Therapeuten dann sehr intensiv das Gefühl ein, alles, was er sagt und unternimmt, sei vergeblich, die Klientin signalisiere ihm, dass nichts ihr bisher geholfen habe und auch in Zukunft nicht werde helfen können. Dies kann im Therapeuten ein tiefes Gefühl der Ohnmacht, der Nutzlosigkeit erzeugen, was dann ein Gefühl des Ärgers oder der Resignation mit sich bringt. So wichtig es nun ist, der Klientin zu vergegenwärtigen, was sie bei seinem Interaktionspartner bewirkt, so muss man doch sehr vorsichtig hierbei zu Werke gehen. Sehr problematisch kann es sein, wenn der Therapeut seinen Ärger direkt anspricht, weil Klienten hier mit starken Schuldgefühlen und darauf mit noch mehr Abwehr reagieren können. Sinnvoller ist es deshalb, wenn der Therapeut zunächst seine eigene Ratlosigkeit anspricht. Der Therapeut nimmt dadurch gewissermaßen eine Rollenumkehr vor. Er stellt sich nicht als der machtvolle, alles beherrschende Heiler dar, gegenüber dem die Klienten sich klein und minderwertig fühlen und gerade deswegen opponieren müssen. Indem der Therapeut per *Selbsteinbringen* seine eigene Hilflosigkeit anspricht, möglichst ohne jeden Unterton des Vorwurfes, weist er der Klientin gewissermaßen die Rolle zu, sich auf ihre positiven Möglichkeiten und Kräfte zu besinnen. Zumindest gibt der Therapeut so (per *Selbsteinbringen*) zu erkennen, dass er sich nicht länger die Rolle des allein verantwortlichen Helfers zuschreiben lassen will.

T: *Ich fühl' mich jetzt etwas ratlos, bin ziemlich konfus, weiß im Moment nicht, wie es weiter gehen soll.*

Diese Form der Intervention setzt ein fortgeschrittenes Stadium der Therapie und damit ein gewisses gegenseitiges Vertrauen voraus. Sie setzt auch voraus, dass der Therapeut die Belastbarkeit der Klienten, ihre Beziehungserwartungen und ihre Art, Beziehungen zu strukturieren, recht gut einschätzen kann.

Überhöhtes Selbstideal: Ein überhöhtes Selbstideal und hohen Forderungen an die eigene moralische Integrität sind die Kehrseite der Schuldgefühle des Depressiven. Dem negativen Selbstbild der Depressiven steht ein unerreichbar positives Selbstideal gegenüber. Die große Diskrepanz zwischen Selbstbild und Selbstideal ist hier also typisch. Die Therapie muss von beiden Seiten ansetzen, Besserung des Selbstbildes bzw. des Selbstwelterlebens (s. oben) und Minderung bzw. Korrektur des Selbstideals. Hinsichtlich des letzteren wird der Therapeut versuchen, durch *Aufgreifen selbstreflexiver Gefühle* die realitätsferne Überhöhung des Selbstideals zu verdeutlichen.

T: *Wenn Sie bei sich Fehler entdecken, geraten Sie ganz aus dem Häuschen, das können Sie sich nie verzeihen.*

Idealisierung des Anderen: Der Selbstverurteilung und den Schuldgefühlen steht oft eine Verklärung des Partners gegenüber. Empörung und Entwertung des Partners würde im Erleben der Klienten die Beziehung zu ihm zerstören, durch Idealisierung des Partners können sie diese imaginär weiter aufrecht erhalten. Dies spielte zwar im Falle unserer Klientin weniger eine Rolle, aber sie hatte das diffuse Gefühl, sich zutiefst schuldig zu machen, wenn sie ihre ganze Empörung, Wut und auch Verachtung ihrem Mann gegenüber exakt symbolisieren würde. Das Ansprechen der Idealisierung soll diese natürlich auch hinterfragen, das muss aber sehr behutsam geschehen.

T: *Sie wollen ihn ganz frei von Schuld sehen und möchten es nicht zulassen, dass auch er mal in einem weniger günstigen Licht erscheint.*

Wenn der Therapeut spürt, dass auch er in die Idealisierung der Anderen einbezogen wird, sollte er dies per *Beziehungsklären* ansprechen, um die Klientin im weiteren Gespräch erleben zu lassen, dass eine eventuell ambivalente Sicht des Gegenübers, in der auch gelegentliche negative Gefühle wie Enttäuschung und Ärger ihren Platz haben, keinesfalls im Widerspruch zu einer guten Beziehung stehen muss.

T: *Sie scheinen in mir einen Menschen von absoluter Güte zu sehen.*

Verlusterleben und Trauer

Bei vielen Klienten, die wegen einer „Depression“ in die Behandlung kommen, ist diese nicht so schwer ausgeprägt, dass dadurch auch das Ausdrucks- und Kontaktverhalten deutlich beeinträchtigt ist. Bei diesen Klienten sind meist die Schuldgefühle nicht so ausgeprägt, dass sie das gesamte Erleben dominieren. Vielmehr ist das Verlusterleben, d. h. die Trauer um den Verlust eines geliebten Menschen durch Tod oder Trennung oder auch der Verlust einer beruflichen Position hier noch weitgehend das Erleben bestimmend. Ziel einer Psychotherapie muss es sein, dieses Verlusterleben aufzugreifen und in seinen verschiedenen Facetten zu verdeutlichen, um dem Patienten so eine „gesunde“ Trauerarbeit zu ermöglichen, d. h. den Verlust durch Umstrukturierung des Selbstkonzeptes zu bewältigen.

Wie schon gesagt, spielten das Thema der Trauer und die damit verbundenen Unterthemen bei der o. g. Klientin nur bedingt eine Rolle.

Bindungs- und Verschmelzungswünsche: Der akute Verlust z. B. eines Partners durch Trennung ist mit dem Selbstkonzept und auch dem Beziehungskonzept vieler Klienten oft völlig unvereinbar. Die

oft verzehrende Sehnsucht nach Nähe, Gemeinsamkeit und einem völligen Einssein mit einem anderen ist bei einem Verlusterlebnis oft das die ersten Phasen der Trauer beherrschende Thema. Wenn dieser Verlust besonders schmerzlich ist, wird er zu verleugnen gesucht, die Gemeinsamkeit wird als weiter bestehend imaginiert. Es kommt darauf an, gerade auch das hier wirksame Bedürfnis einfühlsam anzusprechen und es so auch zu verdeutlichen.

T: *Es ist ganz wichtig für Sie, das Gefühl zu haben, dass diese Beziehung doch irgendwie weiterbesteht.*

Manchmal ist es nur die durch Nebensächlichkeiten ausgelöste Befürchtung vor einem drohenden Verlust z. B. des Partners, die zum Auslöser einer depressiven Episode wird. Solche Klienten brauchen die ständige Bestätigung, dass der Partner die Unbedingtheit der Nähe aufrechterhält. Dies kann sich auch in der therapeutischen Beziehung zeigen und ist dann im Sinne des *Beziehungsklärens* anzusprechen, um im Weiteren die stereotypen negativen Beziehungserwartungen zu klären und zu korrigieren.

T: *Dass ich unseren Termin verschoben habe, hat Sie sofort befürchten lassen, ich könnte nicht mehr so an Ihnen interessiert sein.*

Trennungsschmerz und Ratlosigkeit: Sobald die Klienten beginnen, den Verlust anzuerkennen, müssen sie sich auch dem Schmerz des Verlustes stellen und sich auch mit der Ratlosigkeit und dem Gefühl, in der absoluten Unvollständigkeit als Einzelperson gar nicht existieren zu können, auseinandersetzen.

T: *Sie fühlen sich nach dieser Trennung nur wie ein halber Mensch, es ist, als sei ein Stück von Ihnen selbst herausgerissen.*

Das Ziel ist es hier natürlich nicht, die Klienten mit einem Defiziterleben zu konfrontieren, sondern durch ein empathisches Nachvollziehen soll einerseits das Erleben von Anteilnehmender Nähe und Begleitung vermittelt und andererseits das Selbstverstehen erweitert werden. Die Klienten sollen sich ihr Erleben, sich durch die Trennung wie amputiert und völlig unvollständig zu fühlen, in möglichst vielen Aspekten vergegenwärtigen. So sollen sie angeregt werden, sich mit ihrer Neigung, sich nur in der absoluten Nähe zu einem Anderen als „ganzer Mensch“ zu fühlen, auseinanderzusetzen.

Angst vor Einsamkeit und neuer Rolle: Unter den Klienten, die zur Ausbildung einer Depression neigen, haben manche die Tendenz, Partnerbeziehungen nur im Sinne eines totalen Einsseins zu erleben und nur in diesem Modus der Verschmelzung zu einem Erleben von Ganzheitlichkeit fähig zu sein. Deshalb können sie das Alleinsein nur als totales Ausgestoßensein und fürchterliche Einsamkeit erleben. Hier gilt es, durch *Aufgreifen haltungsprägender Gefühle* eben diese oft tief in der Persönlichkeit verankerten Erlebensweisen zu verstehen und eine Klärung ihrer Zusammenhänge mit Aspekten der Lebenssituation und der Lebensgeschichte einzuleiten. Über den

Weg einer solchen Selbstverständigung kann eine Änderung dieser Erlebnis- und Beziehungsmuster erreicht werden.

Die oben erwähnte Klientin hatte zwar einerseits den Tod ihres Mannes nicht als Verlust, sondern als Befreiung empfunden. Dass das volle Gewahrwerden dieses Gefühls aber nicht exakt symbolisiert wurde, hatte nicht nur mit den Schuldgefühlen zu tun, die dadurch induziert wurden, sondern auch mit der „Angst vor der Freiheit“, d. h. vor all den Herausforderungen, die gerade mit der neuen Situation verbunden waren.

T: *Sie trauen sich noch gar nicht zu, auch ganz auf sich selbst gestellt zu leben.*

T: *Es fällt Ihnen noch schwer, sich auch ohne Ihren Mann als gesellschaftlich geachteter Mensch zu erleben.*

Es ist im Laufe einer Therapie auch wichtig, gelegentlich biografische Zusammenhänge aufzugreifen, um bestimmte Reaktionsweisen der Klienten zu verstehen.

T: *Wenn Ihr Vater früher immer nur Leistung forderte, dann haben Sie schon damals schmerzvoll vermisst, nicht um Ihrer selbst willen wirklich bejaht und wertgeschätzt zu werden.*

Enttäuschungswut: Ärger und Wut als Reaktion auf das Verlassen werden bleiben beim Depressiven meist außerhalb des Gewahrseins, da eine exakte Symbolisierung (Rogers, 1987/1959) dieser Gefühle mit dem Selbstkonzept des Depressiven unvereinbar sind und Schuldgefühle auslösen würden (und nicht selten auch auslösen). Außerdem würde dadurch oft noch bestehende Phantasie einer immer noch heilen Beziehung gefährdet werden. Für die konstruktive Bewältigung des Verlusterlebens und für die Förderung der Autonomie des Depressiven ist aber die Symbolisierung dieser aggressiven Gefühle wichtig.

Bei unserer Klientin bestand weniger eine Enttäuschungswut, sondern eher die (nur verzerrt symbolisierte) Wut und Empörung einer jahrelang Gedemütigten. Auch hier ist es natürlich wichtig, dass die Klientin dieses Gefühl akzeptieren und in ihr Selbstkonzept integrieren kann.

T: *Da spüren Sie bei sich auch sehr viel Empörung und Ärger, dass man so mit Ihnen umgegangen ist.*

Der Therapeut muss sich aber fragen, ob die Klienten schon belastbar genug sind, um mit den Schuldgefühlen, die durch die Vergewärtigung von Wut in ihnen ausgelöst werden können, einigermaßen gefasst umgehen zu können. Besteht noch eine faktische Beziehung zum relevanten Partner, so könnte hier auch die Angst entstehen, durch eine allzu intensive Beschäftigung mit der Wut auf den Partner diese Beziehung zu gefährden. Deshalb kann es sinnvoll sein (natürlich nur bei entsprechender Konstellation der therapeutischen Beziehung), dass der Therapeut sich als „Projektionsfigur“ anbietet und per *Beziehungsklären* interveniert.

T: *Manchmal sind Sie vielleicht auch mit mir etwas unzufrieden oder gar regelrecht enttäuscht?*

Die Klienten können so die für Depressive wichtige Beziehungserfahrung machen, dass ein Ansprechen von negativen Gefühlen gegenüber dem jeweiligen Partner diese Beziehung keinesfalls gefährden muss, sondern vielmehr vertiefen kann.

Das Vorgehen bei dem Themenkomplex Selbstaggressivität–Fremdaggressivität lässt sich insgesamt wie folgt zusammenfassen: Es ist zunächst die selbstquälerische, selbstaggressive Komponente zu verdeutlichen. Sodann ist behutsam die fremdaggressive Seite herauszuarbeiten. Das Therapieziel müsste hierbei darin bestehen, die Selbstdestruktivität gewissermaßen ein Stück weit in Fremdaggressivität zu überführen. Hierüber könnten sich die Klienten dann von Zuspruch und Anerkennung der anderen unabhängig machen und so zu mehr Autonomie finden. Das Verfolgen dieses Therapiezieles, also im Erspüren der Fremdaggressivität gewissermaßen die zerstörte Verbindung zur organismischen Erfahrung wieder herzustellen, kann aber durchaus problematisch werden. Der Depressive könnte das Äußern von Aggressionen gegenüber einer für ihn wichtigen, vielleicht der wichtigsten Bezugsperson als Zerstörung dieser Beziehung erleben und mit erneuten Selbstvorwürfen reagieren. Die Situation würde noch komplizierter, wenn er sich hierzu auch noch vom Therapeuten angetrieben fühlt. Schon deshalb scheint es viel günstiger, wenn die Klienten Fremdaggressivität zunächst gegenüber der Person ihres Therapeuten erleben und verbalisieren können und hier die Erfahrung machen, dass das Äußern von Aggressivität nicht gleichbedeutend ist mit der Zerstörung einer Beziehung, sondern dass die Beziehung sogar hierdurch vertieft werden kann. Deshalb erscheint es angezeigt, dieser therapeutischen Aufgabe, nämlich die Umlenkung der Aggressivität von innen nach außen, vorzugsweise über die Technik des *Beziehungsklärens* zu verfolgen.

T: *Dass ich Sie neulich etwas warten ließ, das hat Sie im Grunde schon sehr geärgert.*

Verlustbewältigung, Neuorientierung: Auch hier sind wiederum mehrere Schritte zu vollziehen. Im Laufe der Besserung der Depression wird der Therapeut auf zunächst nur vereinzelte zage Hinweise auf Autonomiebedürfnisse stoßen. Diese muss er sofort aufgreifen.

T: *Manchmal ist da bei Ihnen schon das Gefühl, auch auf eigenen Füßen stehen zu wollen.*

T: *Ein bisschen ist die Vorstellung vielleicht auch schön für Sie, jetzt Ihr Leben ganz nach Ihren Bedürfnissen ausrichten zu können.*

Wenn die Klienten zunehmend ihre bisher abgewehrten Autonomiebedürfnisse symbolisieren können, wird der Therapeut sie anregen, sich mit ihrem Selbstkonzept auseinanderzusetzen, das ja bisher so strukturiert war, dass sich die Klienten nur als Teil eines Anderen

verstehen konnten. Ein weiterer Schritt besteht schließlich darin, dem neu gewonnenen Selbstständigkeitserleben auch Ziele zu geben, d. h. den Klienten zu helfen, nach Inhalten dieser neuen Selbstständigkeit zu suchen und ihr weiteres Leben an geänderten Sinnkonzepten auszurichten.

Selbstbescheidung und Anspruch

Diese Problematik steht in einer gewissen Beziehung zu dem für die Depressiven so bedeutsamen Themenkomplex „Selbstaggression versus Fremdaggression“. Die Bescheidenheit und Abtretung eigener Interessen, die der Depressive sich auferlegt, kontrastiert mit einem manchmal maßlosen Wunsch nach Anerkennung. Werden die Klienten in diesem Wunsch enttäuscht, können sie mit Kränkung und geheimer Verärgerung reagieren. Da andererseits dieser ausgeprägte Wunsch nach Beachtung mit dem Selbstkonzept des Depressiven nicht vereinbar ist, so wird er, wie auch die Verärgerung, oft nur verzerrt symbolisiert. Wo er doch an den Rand der Gewährwerdung tritt, schämen sich die Klienten deswegen und versuchen, sich zu noch mehr Bescheidenheit zu verpflichten.

Dieses Thema, einschließlich der folgenden Unterthemen, war auch für unsere Klientin bedeutsam. Sie zeigte sich in ihrem Auftreten sehr zurückgenommen und bescheiden, fast schüchtern. Sie erwähnte gelegentlich, dass es ihr eigentlich peinlich sei, so die Zeit des Therapeuten, der doch wohl wichtigere Dinge zu tun habe, zu beanspruchen. Nur sehr indirekt und versteckt konnte sie selten einmal andeuten, dass sie sich eigentlich häufigere Gespräche wünschte. Die Enttäuschung über ihre 24-jährige Tochter, an der sie sehr hing, die aber immer „wenig Zeit“ für sie hatte, kämpfte sie mit vielen Rechtfertigungen für das Verhalten der Tochter nieder.

Das Bescheidenheits-Ideal: Dieses Thema ist ein Teilaspekt des schon oben erörterten Themas „überhöhtes Selbstideal“. Der Therapeut versucht auch hier, durch *Aufgreifen selbstreflexiver Gefühle* die Inadäquatheit dieser Idealbildung zu verdeutlichen und sie auf ihren Sinn hin zu verstehen. Dieser Sinn kann z. B. in Abwehr von mit dem Selbstkonzept unvereinbaren „Riesenansprüchen“ an Beachtung bestehen.

P: *Ich erwarte nicht, dass man auf mich besondere Rücksicht nimmt.*

T: *Es gehört zu Ihren Idealen, an Ihre Mitmenschen keinerlei Ansprüche zu stellen.*

P: *Ja, man sollte nicht immer im Mittelpunkt stehen wollen.*

T: *Solche Wünsche würden Sie immer bei sich entschieden bekämpfen.*

Es entspricht dem oben genannten Ideal, sich zur absoluten Anpassungsbereitschaft und Bedürfnislosigkeit verpflichtet zu fühlen. Diese Selbstverpflichtung führt die Klienten dazu, auch an ihr

Gegenüber ausdrücklich keinerlei Ansprüche zu stellen. Diese gezeigte Selbstverleugnung lässt sich gut über das *Selbsteinbringen* bearbeiten, weil hier das vordergründige Beziehungsangebot der Klienten durch die emotionale Resonanz des Therapeuten in seiner Zwiespältigkeit verdeutlicht werden kann.

T: *Es ist mir nicht ganz wohl dabei, dass Sie scheinbar immer mit mir zufrieden sind.*

Der Therapeut macht so der Klientin deutlich, dass er ihr Beziehungsangebot als nicht kongruent empfindet. Das wird die Klientin natürlich zunächst verunsichern. Aufgabe des Therapeuten dabei ist es abzuschätzen, wieviel Verunsicherung er der Klientin zumuten kann bzw. ob diese Verunsicherung konstruktiv wirken und die Klientin dazu führen wird, ihre Unzufriedenheit zu symbolisieren und zu verbalisieren. Auf jeden Fall zeigt der Therapeut, dass das Äußern von Unzufriedenheit mit dem Therapeuten oder Kritik erlaubt ist und nicht, z. B. durch Zuwendungsentzug, „bestraft“ wird.

Negative Überzeugung von Nichtbeachtung: Gemäß ihrem negativen Selbstbild sind viele Depressive davon überzeugt, gerade das, was sie sich so sehr wünschen, nicht zu bekommen, Anerkennung und Beachtung. Der Zuwendung anderer Menschen, auch der des Therapeuten, misstrauen sie, sie bezweifeln deren Ehrlichkeit. Diese meist nur sehr indirekt geäußerte Grundüberzeugung ist erlebnisnah durch das *Beziehungsklären* anzusprechen, da so die negativen Beziehungserwartungen der Klienten ganz im Hier und Jetzt zu klären sind.

T: *Vielleicht dachten Sie, als ich das letzte Mal unseren Termin verschob, dass auch ich wenig an Ihnen interessiert bin.*

Verdeckte Vorwurfshaltung: Diese Problematik berührt das schon unter „Enttäuschungswut“ behandelte Thema. Wegen der vermeintlichen Nichtbeachtung und manchmal auch wegen übergroßer Zuwendungserwartungen, die zwangsläufig enttäuscht werden müssen, sind manche Depressive von einer latenten Vorwurfshaltung gegenüber ihren bedeutsamen Kontaktpersonen erfüllt. Dieser Vorwurf wird oft aber nur indirekt geäußert und von den Klienten meist auch nur verzerrt symbolisiert, da er mit ihrem Selbstkonzept nicht vereinbar und auch nur schwerlich angemessen zu begründen wäre. So wichtig es ist, den Klienten dabei zu helfen, diese Gefühle von Empörung und Ärger exakt zu symbolisieren, um sich mit ihnen auseinandersetzen und sie gegebenenfalls korrigieren zu können, so ist doch darauf zu achten, dass den Klienten dadurch nicht erneute Schuldgefühle entstehen. In diesem Sinne kommt es u. a. darauf an, diese Problematik nicht zu früh und sehr behutsam zu thematisieren.

T: *Manchmal denken Sie vielleicht doch, dass Ihre Tochter sich Ihnen nicht ganz vorbehaltlos zuwendet, und das macht Sie schon etwas traurig.*

Zuwendungserwartung und Schamgefühle: Depressive haben oft, dies wurde schon angedeutet, „Riesenerwartungen“ bezüglich der Zuwendung anderer. Das Gewahrwerden dieser Erwartungen ist oft mit Scham- und Schuldgefühlen verbunden, da sie mit dem Selbstkonzept, namentlich dem Selbstideal, des Depressiven nicht vereinbar sind. Schamgefühle empfindet der Depressive aber auch angesichts der erlebten Demütigung, die die vermeintliche Nichtbeachtung durch andere für ihn bedeutet. Solche Schamgefühle lassen sich über das *Aufgreifen selbstreflexiver Gefühle* wie auch über das *Beziehungsklären* bearbeiten. Beim letzteren Vorgehen können auch die mit der Scham verbundenen Beziehungserwartungen geklärt werden.

T: *Fast schämen Sie sich dafür, dass Sie manchmal wünschen, ich würde viel uneingeschränkter für Sie da sein.*

Um noch einmal auf die oben genannte Klientin zurückzukommen: Die anfängliche Abwehr des therapeutischen Kontaktes hatte nach ca. 6 Wochen einer zunehmend vertrauensvolleren Beziehung zum Therapeuten Platz gemacht. Nach etwa 8 Wochen waren die depressiven Symptome fast ganz abgeklungen. Im Verlaufe der weiteren Therapie konnte sich die Klientin zunehmend offener mit ihrem Erleben während der Ehejahre auseinandersetzen und die diesbezüglichen Gefühle und Bedürfnisse symbolisieren. Sie wirkte jetzt auch im Kontaktverhalten gelöster und selbstbewusster.

Schlussbetrachtung

Hier sollte kein therapeutischer Erfahrungsbericht, sondern ein Therapiekonzept vorgestellt werden. Die Eckpunkte dieses Konzeptes sollten so beschrieben werden, das sich eine rasterartige Darstellung eines verallgemeinerungsfähigen Behandlungsplanes ergibt. Damit sollten aber keine verbindlichen Handlungsanleitungen

vorgegeben werden, die rigide zu befolgen wären. Vielmehr sollte nur eine Art Leitlinie entworfen werden, die dem therapeutischen Handeln selbst dann eine Orientierung geben kann, wenn der Therapeut im Einzelfall sich zu einem abweichenden Vorgehen entscheidet. Insofern soll der Therapeut mit seinem Wissen durchaus frei und kreativ umgehen (Schmid, 2005). Aber erst auf dem Hintergrund eines solchen Wissens und der damit verbundenen Begrifflichkeit kann der Therapeut im Nachhinein sein eigenes Vorgehen überhaupt erst beschreiben und kritisch sichten.

Freilich, die vorliegende Darstellung ähnelt in formaler Hinsicht einem Manual. Ein personenzentriertes Behandlungsmanual – das scheint manchen Vertretern unseres Ansatzes ein Widerspruch in sich selbst zu sein. Dass es sich damit nicht so verhalten muss, sollte im theoretischen Teil dieser Arbeit gezeigt werden. Außerdem müssen sich auch Kritiker einer Manualisierung der PZT mit der Gefahr einer Marginalisierung unseres Ansatzes im wissenschaftlichen Psychotherapie-Diskurs auseinandersetzen. Denn dort wird inzwischen von den Therapieverfahren eine solche Manualisierung nachdrücklich gefordert. Diese Forderung wird schon deswegen erhoben, um etwa bei Vergleichsstudien zwischen verschiedenen Verfahren zu wissen, was man eigentlich vergleicht. Denn das bloße Etikett, z. B. „PZT“, sagt zu wenig darüber aus, was die Therapeuten wirklich tun. Neben der Unschärfe bei der Kennzeichnung und Abgrenzung des personenzentrierten Verfahrens ermöglicht der Verzicht auf jede Beschreibung des therapeutischen Vorgehens auch eine behandlungspraktische Beliebigkeit. Ein Heilverfahren, das im Diskurs wissenschaftlicher Therapien anschlussfähig sein will, kann nicht darauf verzichten, die Regeln seines Handelns zu explizieren und damit dieses Handeln überhaupt erst diskutierbar zu machen. Für alle angewandten Wissenschaften ist eben charakteristisch, das Procedere der Anwendung selbst zum Gegenstand der Beschreibung und der Überprüfung zu machen.

Literatur:

- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and Human Relations, a Primer for Lay and Professional Helpers* (Vol.1 Selection and Training, Vol.2 Practice and Reserch). New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *PERSON 1, 1*, 5–13.
- Keil, W. W., (1998). Der Stellenwert von Methoden und Techniken. *PERSON, 2, 1*, 32–44.
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie – Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2005). Beziehung und Technik. *PERSON, 9, 1*, 51–64.

- Finke, J. & Teusch, L. (2002). Die störungsspezifische Perspektive in der Personenzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 147–162). Wien – New York: Springer.
- Mearns, D. (2004). Problem-Centered is not Person-Centered. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 2*, 88–101.
- Rogers, C. R. (1951a/1973). *Die klient-bezogene Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler (Original erschienen 1951: Client-centered therapy. Ist current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin)
- Rogers, C. R. (1961a/1976). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta (Original erschienen 1961: On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin)

- Rogers, C. R. (1962c/1977). Ein Bericht über Psychotherapie mit Schizophrenen. In Rogers, C. R. (1977b), *Therapeut und Klient* (S. 162–179). München: Kindler. (Orig. ersch. 1962: Some learnings from a study of psychotherapy with schizophrenics)
- Rogers, C. R. (1975e/1977). Klientenzentrierte Psychotherapie. In Rogers, C. R. (1977b), *Therapeut und Klient* (S. 15–52). München: Kindler. (Orig. ersch. 1975: Client-centered psychotherapy)
- Rogers, C. R. (1959a/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung*. Köln: GwG (Orig. ersch. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: S. Koch (Ed.), *Psychology, A study of a science. Vol. III Formulations of the person and the social context*. New York – Toronto – London: McGraw-Hill)
- Schmid, P. F. (1994). *Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie*, Bd. 1: Autonomie und Solidarität. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. F. (2002). Anspruch und Antwort: Personenzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 75–105). Wien – New York: Springer.
- Schmid, P. F. (2005). Kreatives Nichtwissen. Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftskritischen Anspruch des Personenzentrierten Ansatzes. *PERSON*, 1, 4–20.
- Spielhofer, H. (1999). Empathie, hermeneutisches Verstehen oder Konstruktion? Das Erkenntnisverfahren in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *PERSON*, 3, 2, 122–130.
- Spielhofer, H. (2004). Psychotherapie als Prozess der Anerkennung. *PERSON*, 8, 2, 102–113.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Tausch, R. (1970). *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Teusch, L. & Finke, J. (1995). Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Panik und Agoraphobie. *Psychotherapeut*, 40, 88–95.
- Teusch, L., Böhme, H., Finke, J., Gastpar, M. & Skerra, B. (2003). Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy. *Psychotherapy Research* 13: 307–322.
- Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Waldenfels, B. (1991). Der Kranke als Fremder – Gesprächstherapie zwischen Normalität und Fremdheit. In: Finke, J. & Teusch, L. (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen* (S. 95–123). Heidelberg: Asanger.

Zur Person:

Jobst Finke, Dr.med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin sowie für Neurologie und Psychiatrie, Ausbilder in der GwG und ÄGG, tätig in der klinischen Weiterbildung und als Supervisor. Arbeitsschwerpunkte: Störungs- und Therapietheorie der Gesprächspsychotherapie, Beziehungskonzepte der psychotherapeutischen Schulen, zahlreiche Publikationen vorwiegend zu diesen Themen.

Korrespondenzadresse:

*Dr. J. Finke, Hagelkreuz 16, 45134 Essen
E-Mail: jobst.finke@uni-essen.de*

Brigitte Macke-Bruck

Nicht-enden-wollender Schmerz

Personzentriertes Verstehen im interdisziplinären Palliative Care Team¹

Zusammenfassung: *In seiner alarmierenden Funktion teilt sich Schmerz auch innerhalb zwischenmenschlicher Beziehungen mit. Dieser Erfahrungsbericht beschäftigt sich mit der Suche nach geeigneten Betreuungsbedingungen für schwerkranke oder sterbende Menschen, deren Schmerzen keine ausreichende Linderung erfahren. Er soll einen Einblick in die Einmaligkeit konkreter Gestaltungspraxis personzentrierter Supervision vermitteln: Wenn Helferinnen Schmerz nicht nur als Symptom, sondern auch als ein auf die intersubjektive Wirklichkeit im Schmerzerleben verweisendes, bindings-relevantes Phänomen betrachten, eröffnen sich ihnen neue Chancen der Begleitung. Die Klärung ihrer Distanzierungswünsche schafft erstens Freiraum für die Auseinandersetzung mit eigener Hilflosigkeit oder Ohnmacht und zweitens eine neue Basis zur Unterstützung existenziell bedrohter Patientinnen bei der Bearbeitung ihrer Schmerzen und Trennungsschwierigkeiten.*

Schlüsselwörter: *Schmerzverarbeitung und Intersubjektivität, bindingsrelevante Situationen, Palliative Care, Praxis personzentrierter Supervision*

Abstract: **Never-ending pain. Responding personcentred and interdisciplinarity in palliative care teams.** *An alarming quality of pain also emerges within interpersonal human relationships. This report focuses on better care—giving conditions for severely ill or dying persons who suffer from unrelieved, overwhelming pain. My paper offers a view into the unique world of personcentred supervision. Helpers, who understand pain not only as a symptom but also as a phenomenon of intersubjectivity and an activated attachment-system, receive new opportunities to respond to their patients. Clearing their own wishes of keeping distance they become more aware of their own helplessness or powerlessness and, finally, give better support existentially threatened patients by experiencing pain and separation.*

Keywords: *Pain and intersubjectivity, moments of an activated attachment-system, palliative care, practice of personcentred supervision*

1. Schmerzen – ein Phänomen intersubjektiver Wirklichkeit?

Schmerzen warnen uns. Mich selbst *und* die Anderen. Schmerz teilt sich mit und fordert zu einem wie auch immer gearteten Umgang auf. In vielen *Behandlungskonzepten* unseres Kulturkreises spiegelt sich dennoch die Vorstellung wider, Schmerzzustände seien ein Problem der *betreffenden* Patientinnen und Patienten. Folglich bleiben Personen, die – wie Palliative-Care-Helferinnen² – in ihrer

beruflichen Praxis gegenteilige Erfahrungen machen, mit ihren Problemen letztlich auf sich alleine gestellt.

Die Beobachtung, dass ungelinderte Schmerzen praktisch nie ausschließlich als Angelegenheit schwerst kranker Menschen betrachtet werden können, legt es nahe, systematisch nach Ergänzungen bestehender Behandlungskonzepte zu suchen. Das Schmerzgeschehen, so meine Überlegung, sollte daher *sowohl* als medizinisch und psychologisch fassbares *Symptom einer Patientin* begriffen werden *als auch* als *Phänomen*, welches auf die *intersubjektive Wirklichkeit im Schmerzerleben* verweist. Dieser Gedanke führt in weiterer Folge zur Annahme, nicht zu lindernde Schmerzen und

1 Überarbeitete Fassung eines Vortrages im Rahmen des Symposiums „Gestaltende und vermittelnde Prozesse: Selbst-Organisation in Beratung und Therapie“ in Salzburg, 17.–19. September 2004.

2 Um den prozentuell höheren Frauenanteil unter den in der Palliative Care tätigen Personen abzubilden, habe ich die weibliche Form gewählt, befinde mich damit aber in einem Dilemma, weil ich finde, dass sich diejenigen Männer, die in diesem

Feld mit großem humanistischem Engagement arbeiten, auch „gesehen“ wissen sollten. Leider kann ich sie nicht explizit erwähnen – bitte sie aber, sich selbst mitzudenken.

unaussprechliche Not stellen beim Menschen *bindungs-relevante* Situationen (Höger, 1990; Höger & Müller, 2002) dar.

Wir wissen, dass für schwerkranke und sterbende Personen vor allem bei „nicht-enden-wollenden Schmerzen“ die *Zuwendungsbe-reitschaft* ihrer Mitmenschen entscheidende Bedeutung gewinnt. Sie selbst können ihrem Schmerz nichts mehr wirksam entgegen-setzen. Die palliativ-medizinische Behandlung bietet keine hin-reichende Linderung. Angehörige müssen hilflos zusehen. Solche Grenzerfahrungen sind für *alle* Beteiligten schmerzlich. Da *in dieser bindungs-relevanten Situation* subjektive Erwartungen, in Not mehr oder weniger Unterstützung zu bekommen, aktiviert sind, trägt die unbehandelbare Schmerzsymptomatik oft zu zwischenmensch-lichen Schwierigkeiten bei.

Wenn Schmerz, Kummer und Not zum beiderseitigen Problem geworden sind, stellt das große Anforderungen an Hospiz- und Pal-liative Care – Teams. Wie alle Krisen bergen diese schwierigen Kon-stellationen aber auch Chancen.

Im Hospizalltag zeichnet sich gelebte berufliche Praxis durch *Einmaligkeit im Beantworten der jeweiligen* Betreuungsaufgabe aus. Zumeist ereignet sich dies so lange in einer Art von *Selbstverständ-lichkeit* bis die Helferinnen durch das Auftauchen von Schwierig-keiten irritiert werden. Die Probleme mit ihren Schmerzpatientinnen verlangen nach einer Neuorientierung, sodass die Pflegerinnen, Therapeutinnen und Ärztinnen zum Nachdenken über sich als pro-fessionell Handelnde (vergl. Macke-Bruck, 2003) aufgefordert sind: Das bedeutet, dass alle – sogar die sehr erfahrenen Praktikerinnen unter ihnen – im Anlassfall *immer erst neu herauszufinden* haben, wie sie sich angesichts des Schmerzerlebens ihrer Patientin mit der eigenen Überforderung *zurechtfinden könnten*.

In diesem Artikel möchte ich daher zeigen, wie Betreuerinnen durch die sorgfältige Reflexion der eigenen Hilfslosigkeitsproble-matik und Ohnmacht ihre Distanzierungswünsche relativieren und zur betroffenen Patientin neue Zugangsmöglichkeiten entwickeln können. Das Potenzial personenzentrierten Verstehens eröffnet dabei einen Raum reflektierbarer inter-subjektiver Wirklichkeiten und unterstützt in der Folge die Verarbeitungsmöglichkeiten der Pati-entinnen. Ich glaube, die *Komplexität* dieser krisenhaften Konstel-lationen am Besten aus einer supervisorischen Position aufzeigen zu können.

Diesem Einblick in konkrete Praxis personenzentrierter Supervi-sion (Kap. 3) möchte ich mein Verständnis über Schmerzverarbeit-ung, sowie einige einführenden Worte über die „Welt“ der Palliative Care³ und deren Aufgabengebiete voranstellen (Kap. 2).

2. Palliative Care und das Potenzial des Personenzentrierten Ansatzes

Wie wir lernen, uns mit Schmerzen auszukennen

Schmerzen zählen zu den unangenehmsten Erscheinungen mensch-licher Lebendigkeit – sie „tun weh“, sie ängstigen mich. Schmerzen alarmieren mich vor drohender oder erfahrener Verletzung der In-tegrität meines Organismus und seiner *lebendigen Gefüge*: der kör-perlichen Gewebe, meines Selbst und meiner wichtigen mitmensch-lichen Beziehungen.

Eine personenzentrierte Sicht auf das Schmerzerleben sensibi-lisiert mich dafür, dass die *Wahrnehmung* und *Verarbeitung* von Schmerzen vielfältiger Beziehungen bedarf: Einer Beziehung zu mir selbst als Person, die Schmerz empfindet. Einer Beziehung zu bedeutsamen Anderen, die es braucht, um mich mit den eigenen Schmerzerfahrungen und denen anderer „auskennen“ zu lernen. Einer Beziehung zur Umwelt, die Schmerz „zufügt“ oder einer Mit-welt/Krankheit, die Schmerz „erzeugt“. Einer Beziehung zu meinem Körper, der bestimmte „Schmerzen hat“, und nicht zuletzt einer Be-ziehung zu jemandem oder etwas, das zu Linderung führen kann.

Von klein auf lerne ich, Schmerz zu begegnen. Dabei kommt mir neben dem uralten, arterhaltenden Wissen meines Organismus auch die Fähigkeit zum sozialen Austausch zugute. Da sich diese Fä-higkeit – in personenzentrierter Sprache formuliert, als Ausdruck der sogenannten Aktualisierungs-, respektive Selbstaktualisierungstendenz (Rogers, 1951a, 1959a; Höger, 1990; Kriz, 1997) – in einem Wechsel von intrapsychischen und zwischenmenschlichen Prozes-sen entfaltet, trage ich, wie jeder Mensch, sowohl ein so persön-liches wie *kulturell gefärbtes* Wissen darüber in mir (Uexküll, 2002; Schwemmer, 1997).

Ich lerne, Schmerz zu bewerten und ihm eine Bedeutung bzw. Sinn zu zuschreiben. Ich entdecke, dass ich einer Schmerzempfin-dung etwas entgegen setzen kann, indem ich anders atme, die Luft anhalte oder bewusst „hinatme“ oder die im Körper schmer-zende Stelle berühre: sanft, fest, grob. Ich vermag Schmerz zu er-tragen, andere um Hilfe zu bitten, mich vom Schmerz abzulenken, die schmerzliche Angelegenheit zu bagatellisieren oder aber vor Schmerz zu schreien. Ich stelle mir vor, dass ich die „Botschaft eines Schmerzes entschlüsseln“ werde, usw.

Schmerz und Empathie

Beginnend in meinen ersten Bindungsbeziehungen bzw. abhängig von den dafür notwendigen und hinreichenden Umgebungsbedin-gungen organisiert sich meine Fähigkeit zur Schmerzverarbeitung im Laufe des Lebens auf zunehmend höherem Niveau (vgl. Spangler, 2001; Rogers, 1951a, S. 442ff) in einer von Intersubjektivität getra-genen Wirklichkeit.

3 Obwohl „Hospizarbeit“, „Palliative Care“ und „Palliativmedizin“ Bezeichnungen für einander sehr ähnliche Arbeitsfelder sind und voneinander unterschieden werden sollten, erlaube ich mir in diesem Artikel der Einfachheit halber diese Begriffe synonym zu verwenden.

In meinen frühen Bindungen (Bowlby, 2001) erfahre ich sozusagen dreierlei: Erstens, wie ich mich mit dem Empfinden, Erleben und Verarbeiten bzw. Vermeiden von Schmerz zurechtfinden kann. Zweitens, welche Art von Unterstützung ich dabei in zwischenmenschlichen Beziehungen erwarten darf bzw. welche ich fürchten werde. Drittens bilde ich in mir ganz persönliche Vorstellungen davon, was es bedeutet, mich in verschiedenen schmerzlichen Verfassungen zu befinden.

Dabei ist die Art, wie meine Eltern oder Pflegepersonen auf Schmerz reagiert haben, ob sie sich mir, in der Sprache der Bindungstheorie ausgedrückt, ausreichend feinfühlig zugewandt haben, mich in Sicherheit gebracht haben oder mir – größer geworden – ermöglicht haben, auch mir selbst zu helfen, für die Bildung meines „inneren Arbeitsmodells“ (Main, Kaplan & Cassidy, 1985; Fremmer-Bombik, 1995) ausschlaggebend. Diese zu bestimmten Erwartungen verdichteten frühkindlichen Erfahrungen nehme ich als Repräsentationen, welche mein Erleben emotional modulieren, mit auf den Lebensweg (Zimmermann, Spangler, Schieche & Becker-Stoll, 1995).

Entsprechend selbst erfahrener, mehr oder weniger einfühlsamer Unterstützung entwickle ich auch Empathie (Fonagy, 2000; Bauer, 2004; Rogers 1959a) für den Schmerz eines Mitmenschen und werde ihm folglich, entsprechend seiner Bewältigungspotenziale bzw. Sicherheitsbedürfnisse, in seiner Not mehr oder minder angemessen beistehen können. Hier befinden sich auch meine persönlichen Grenzen, anderen Unterstützung zu gewähren. Ich weiß, wie wir alle, dass sich die eigene Bereitschaft es auszuhalten, wenn eine geliebte Person Schmerz erleidet, erschöpfen kann oder aber, dass ich am liebsten damit „gar nichts zu tun haben“ würde.

Darauf zurückgeworfen, dass Schmerz oder Not *nicht gelindert* werden können, erfordert von mir, mich in einer vielleicht sinnlos erscheinenden Situation neu orientieren müssen. Der Umgang mit *Bedrohung und dem Erleben von Verletzlichkeit, Hilflosigkeit oder Ohnmacht* stellt eine Grenzerfahrung (Rogers, 1959a, S. 29ff) dar, die ebenfalls mit den eigenen Vorerfahrungen korrelieren kann. War einst jemand da, der mir, vom Schmerz überflutet, geholfen hat und wenn wie? Wie habe ich mich dabei von diesem Anderen wahrgenommen und verstanden gefühlt (Rogers, 1951a, S. 442ff) – erlebte ich die Unterstützung als feinfühlig, passend und angemessen oder hatte sich diese Person als hilflos oder viel zu distanziert erwiesen?

Die Welt der Palliative Care

Hilflosigkeit und Schmerzen sind wie Sterben und Tod Themen, die in unserer Gesellschaft starkes Unbehagen erzeugen, vielleicht auch, weil es für letztere beinahe keine verbindlichen Umgangsformen mehr gibt. Sie sind von uns in die Randzonen gesellschaftlicher Wirklichkeit verbannt worden.

Wer aber sind jene Menschen, die sich vorgenommen haben, anderen auch dann beizustehen, wenn sich viele Personen bereits

überfordert fühlen und verständlicherweise Distanzierungswünsche entwickeln? Wie arbeiten sie und welchen Stellenwert kann der Personenzentrierte Ansatz in ihrem Erfahrungsbereich, der Palliative Care haben?

Palliative Care bietet schwerkranken oder sterbenden Menschen ambulant beziehungsweise stationär ganzheitliche pflegerische, medizinische, soziale und, wo gewünscht, auch spirituelle Begleitung an. Diese wird möglichst gut an die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und ihrer Angehörigen angepasst. Die Patientin ist dabei in die Entwicklung der Behandlungspläne eingebunden, welche der Linderung ihrer erkrankungsbedingten Beschwerdesymptomatik (Doyle, Hanks & McDonald, 1999; Köhle, Simons & Kubanek, 1996; Student, 1999), so auch ihrer Schmerzen⁴ (Foley, 1999, Carr & Mann, 2002) dienen.

Das Erleben und Verarbeiten verschiedener Grenzerfahrungen charakterisiert den beruflichen Alltag der Hospizmitarbeiterinnen und wird von ihnen relativ oft als persönlich bereichernd beschrieben. Als in diesem Bereich tätige Personen müssen sie Eignungsverfahren absolvieren, gute kommunikative Fähigkeiten vorweisen, speziell geschult sein und die Bereitschaft zu berufsbegleitender Supervision sowie Fortbildung mitbringen. Insbesondere in *interdisziplinären Palliative Care Teams*⁵ gilt es als selbstverständlich, die stetige Weiterentwicklung psychosozialer Kompetenzen als *integralen Bestandteil ihrer Organisationskultur*⁶ zu betrachten.

4 Die gezielte wissenschaftliche Erforschung von ganzheitlicher Schmerzlinderung geht auf das Betreiben der Begründerin des ersten Hospizes in London, Cicely Saunders zurück (Foley, 1999, Cline, 1997) und hat im schulmedizinischen Denken erst viele Jahre später Beachtung erfahren. C. Saunders differenziert verschiedene Schmerzverfassungen voneinander: Tumor(folge)bedingte, therapiefolgebefindige Schmerzen, bereits zuvor bestehende chronische Schmerzzustände, solche im Kontext von Suchtproblemen, „total pain“ usw.

5 Wo man sich nicht primär damit begnügt im eigenen professionellen Gebiet Bestleistungen zu erbringen, sondern auch bemüht ist, *regelmäßig* die *gegenseitige* Verständigung und Aufgabenaufteilung auszuhandeln – wird im Team Interdisziplinarität gelebt. – Multidisziplinarität als Organisationsform hingegen erzeugt im *Nebeneinander* von Pflege, Sozialarbeit, Medizin, Therapie, Diätetik, Spiritualität und Ehrenamt die Gefahr, dass durch die *Art* der gegenseitigen Delegation im Team das Gewahrsein für die subjektive Befindlichkeit der Patientinnen verloren gehen kann. Eine *interdisziplinäre Zusammenarbeit* muss allerdings ständig praktiziert werden – sobald sie stagniert, entsteht wieder ein multidisziplinärer Kontext. In interdisziplinär wirkenden Teams werden Probleme eher erwartet, tendenziell aber auch früher einer gemeinsamen Auseinandersetzung und infolge dessen, eher einer Veränderung zugeführt.

6 Um die hohe Betreuungsqualität und ein förderliches Team- oder Stationsklima in der Palliative Care *langfristig* aufrecht erhalten zu können, braucht es spezielle strukturelle Gegebenheiten: regelmäßige Zusammenkünfte wie Sitzvisiten, Stations- oder Teambesprechungen und Supervision. Diese *institutionell verankerten* Strukturen organisieren die einzelnen Aufgabenbereiche *und* das Zusammenspiel der Vertreter aller beteiligten Berufsgruppen einigermaßen würdevoll und menschenfreundlich. Sie tragen darüber hinaus dazu bei, auftretende Schwierigkeiten aus einer gewissen Distanz bzw. in der Rückschau in ihrer Problematik zu *erkennen*.

„Empathie“ ist nicht immer Empathie im personzentrierten Sinn

Hospizmitarbeiterinnen kommen mit den Grundkonzepten Carl Rogers immer wieder auf unterschiedliche Weise in Berührung. Personzentrierte Einstellungen wie Empathie, Wertschätzung und Authentizität gelten in vielen Teams sogar als handlungsleitende Werte.

Letztlich bestehen aber über das eigentliche Wesen des Personzentrierten Ansatzes zumeist eher nur vage Vorstellungen. Vor allem im Kontext mit dem Begriff der „Empathie“ wird deutlich, wie spezifisch die Bedeutung von Empathie in der Personzentrierten Psychotherapie im Sinne eines sich sehr präzisen und in einer Als-ob-Modalität einführenden Verstehens in das phänomenale Feld der Klientin (Rogers, 1975a; Binder, 1994) definiert ist, wie anders im Vergleich dazu, dem Aufgabengebiet entsprechend fokussiert, in der Pflege (siehe Bischoff-Wanner, 2002) oder sehr unspezifisch als „Einfühlung“ in der psychosozialen Medizin. – Was kann nun der Personzentrierte Ansatz der Palliative Care bieten?

Ohne Anspruch, die Helferinnen deshalb gleich zu personzentrierten Therapeutinnen zu machen, entfaltet sich das *Potenzial des Personzentrierten Ansatzes* in den verschiedenen Kontexten der Palliative Care. In einem von Kongruenz, Empathie und Achtsamkeit getragenen Klima leistet personzentriertes Arbeiten sowohl bei Aus- und Fortbildung als auch in der Supervision gute Dienste.

Besonders die Empathie der Supervisorin bzw. deren selbstreflexive Fähigkeiten scheinen die Entwicklung *psychosozialer Kompetenzen* von Betreuerinnen zu fördern. Die Änderungen der Wahrnehmungs- und Bearbeitungsmöglichkeiten vertiefen das Verständnis für sich selbst, für die eigene Rollengestaltung und verbessern die Fähigkeit, auf als „schwierig“ erlebte Beziehungswünsche von Patientinnen einzugehen oder sich mit der Veränderung problematischer Organisationsstrukturen zu befassen.

Darüber hinaus kann die *Empathieentwicklung* auch durch spezifisches Hintergrundwissen unterstützt werden: Sobald sich die Begleiterinnen eine *Vorstellung davon bilden* können, dass bei der Schmerzverarbeitung, im Trennungserleben angesichts des nahenden Todes und bei der Erfahrung von Hilflosigkeit relevante Bindungserfahrungen oder -bedürfnisse (wieder-)belebt sein können und ein Bedürfnis nach Selbst-Achtung, Selbsterhaltung und Stabilisierung (Flammer & Flammer-Tausch, 1992) besteht, kommen sie mit schwierigen Hilfsappellen ebenfalls wieder besser klar. Dies wiederum impliziert für Patientinnen mehr Spielraum, sich mit den Entwicklungsaufgaben ihres letzten Lebensabschnitts besser zurechtzufinden.

Grundsätzlich basieren all diese Veränderungen auf konstruktiven *Erfahrungen selbstgesteuerten, signifikanten Lernens* (z. B. in Rogers, 1951a), da im Mittelpunkt des Interesses die Fragestellungen und Probleme der Praktikerinnen stehen: Die Auseinandersetzung mit der eigenen Befindlichkeit im Team, angesichts von Problemen mit einer Patientin oder mit institutionellen Hindernissen. –

Aus einer *Sicht auf die Praxis* ließe sich auch sagen, die Empathiefähigkeit der Supervisorin ermöglicht ein Lernen am Modell. Es hebt die Selbstakzeptanz der Helferinnen und somit deren Empathie für Patientinnen auch unter außergewöhnlich schwierigen Bedingungen.

3. Im Palliative Care Team unterwegs zu einem personzentrierten Verstehen

Die Komplexität von Praxis: Einblicke

Supervision rückt alle beteiligten Menschen, Patientinnen, deren Angehörige und die Betreuerinnen in ihrem Geworden-Sein, also in ihrer kulturellen Existenz (Schwemmer, 1997) in den Mittelpunkt der Beachtung. Die fachlichen Verstehenszugänge aus den beteiligten Disziplinen bekommen durch die vertiefende Einbeziehung zwischenmenschlichen Verstehens eine lebendige Ergänzung, gleichsam Fleisch und Blut. Wird mitten im beruflichen Alltag der klinische Versorgungsauftrag regelmäßig kurzfristig außer Kraft gesetzt und werden gezielt umschriebene Zeiten zur Reflexion des eigenen Handelns bereitgestellt, hält man eher inne.

Wenn ich nun versuche, aus der Perspektive der konkreten beruflichen Praxis die komplexen Verstehenszugänge zum Schmerzerleben von einer *personzentrierten Position*⁷ aus darzustellen und jene Supervisionsstandards zu beschreiben, welche in meinem Erlebens- bzw. Beobachtungsbereich die vielfältigen Verstehensprozesse im Hospizbereich *unterstützt* hatten, geschieht dies auch im Wunsch, andere Praktikerinnen zu ermuntern, ihre berufliche Tätigkeit systematisch zu reflektieren und davon zu erzählen.

In der Palliative Care bewegen sich, wie ich schon sagte, die Betreuerinnen über weite Zeiträume inmitten eines in vielerlei Hinsicht emotional sehr dichten Arbeitsklimas. Sie bleiben dennoch zumeist „da“ und entwickeln gemeinsam mit ihren Patientinnen oft sehr originelle Problemlösungen, wo Helferinnen anderer Institutionen bereits aufgegeben hatten. Als Supervisorin diesen Praktikerinnen bei ihrer Arbeit „zusehen“ zu dürfen oder sie bei der Formulierung *ihrer* vielfältigen Anliegen zu begleiten, war für mich so herausfordernd wie bereichernd. Ich werde nun an Hand sehr kleiner Fallvignetten in Verknüpfung mit theoretischen Überlegungen meine Erfahrungen, wie sich das Potenzial eines personzentrierten Verstehens in Palliative Care Teams entfalten konnte, beschreiben.

Erfahrungsberichte aus der Praxis sind natürlich sehr subjektive Unternehmungen. Deshalb zielt diese Arbeit vor allem darauf ab,

7 In der Palliative Care stehen bei der Auswahl einer Supervisorin methodenspezifische Schwerpunktsetzungen weniger stark im Vordergrund, als deren persönliche Eignung und Feldkompetenz. Einen *personzentrierten Beitrag* für die Palliative Care herauszuarbeiten, bot sich insofern auch an, als bei diesem Symposium die Bereiche Beratung/Supervision und Psychotherapie ausdrücklich gleichberechtigt nebeneinander positioniert waren und mir eine Klärung des Stellenwertes von „Personzentriertem Verstehen“ innerhalb der Palliative Care fällig erschien.

anzuregen: zum Nachdenken, Ausprobieren, Erforschen. Das impliziert aber auch, dass mein Bericht nur *Einblicke* in supervisorische *Gestaltungsvielfalt* vermitteln möchte, aber nicht die Funktion eines methodisch-systematischen Supervisionsleitfadens erfüllt. Ich werde zunächst bei der Beschreibung von problematischen Situationen in Teams, deren „blinde Flecke“ bzw. Ohnmachtserfahrungen beginnen, um in der Folge aufzuzeigen, wie sich im Rahmen einer von personenzentrierten Einstellungen getragenen Atmosphäre Prozesse des gemeinsamen Suchens entwickeln können.

Menschen in ihrer „kulturellen Existenz“ unbedingt positiv beachten

Zu den wichtigsten Faktoren, die ein helfendes Team von *seinen Schwierigkeiten* mit einer Patientin ablenken können, zählen Sachzwänge, Konkurrenzprobleme (zwischen einzelnen, den Berufsgruppen untereinander oder mit Angehörigen der Patientin), hierarchische Unschärfen, Konflikte mit dem Kostenträger, die Leugnung schlechter Arbeits-/Betreuungsbedingungen (z. B. Mangel an Ressourcen), Rollenkonflikte, ein unreflektiert hoher Erwartungsdruck an sich oder andere bzw. ein zu idealistisches Helferbild, aber manchmal auch die Kumulation von drohendem Burn-out oder persönlichen Krisen einzelner Helfer innerhalb des Teams oder Tabus (Vachon, 1999).

Wird deswegen von den Behandlerinnen der *appellative Anteil* in den Äußerungen von beispielsweise „nicht-enden-wollendem“ Schmerz, ungelinderter Not, leisen Kummers oder unerklärlich starker Müdigkeit („*fatigue*“) *nicht wirklich genau* aufgenommen und verstanden, bleibt die Patientin damit allein.

Falls sich diese Dynamik zwischen ihr und ihren Betreuerinnen unbemerkt entwickelt und über einen längeren Zeitraum hinweg andauert, kann das für die Patientin besonders bedrohlich sein. Sie macht in einer *bindungsrelevanten* Situation – vielleicht erneut – eine Erfahrung des Verlassen-Seins. Die Begleiterinnen wiederum erleben sich angesichts der Vergeblichkeit ihrer Hilfestellungen von der Patientin zurückgewiesen. Wo diese *Gleichzeitigkeit* von empfangenen Hilfsappellen und von eigener Überforderung nicht erkannt wird, bleibt sie natürlich auch in ihrer *Widersprüchlichkeit unbearbeitet*.

Meistens kann die sich ausbreitende Hilflosigkeit von den Betreuerinnen alleine nicht offen gelegt werden und das Ausmaß der wirklichen Not der Patientin bleibt unbeachtet. Das Wohl der Patientin musste für die *Stabilisierung* eines ebenfalls in Not geratenen Teams geopfert werden. Es gibt ihr keinen Halt. So wird sichtbar, dass sich in der ungelinderten Not einer Patientin die Hilflosigkeit des Teams gleichsam spiegeln kann.

Gerade die Erfahrung *als Helferin mit* diesen Schwierigkeiten innerhalb einer Supervisionsgruppe anstelle von paternalistischer Kritik einer *unbedingt positiven Be-Achtung wert* zu sein (Lietaer,

2001), legt den Grundstein zur Veränderung: Das *Erleben und Reflektieren der eigenen* Hilflosigkeit wird gleichsam wie „ein Schlüssel“ zum Verstehen der Patientin – einer Person, die sich zur Zeit mit ihren „nicht-enden-wollenden Schmerzen“ *noch nicht auskennt*, die sich von diesen, egal wie offen sie das mitzuteilen vermag, überwältigt fühlt, sich damit allein gelassen erfährt oder hilflos fühlt usw.

In organisationalen Strukturen: Sich gemeinsam neue Blickwinkel eröffnen

Kraft ihres Menschenbildes zeichnet sich *gelingende* personenzentrierte Supervision⁸ dadurch aus, dass sie Personen in ihrer Individualität *und* in ihrer mitmenschlichen Bezogenheit zu beachten versteht. Die Beziehung zwischen dem Selbst und seinen sozialen Bezügen ist wichtig (Rogers, 1959a; van Kessel & Lietaer, 1998). Sie fokussiert nicht einseitig entweder auf Interaktionen oder auf intrapersonale Faktoren und widmet sich sowohl dem Erleben und der Beziehungsgestaltung der betroffenen Patientinnen als auch dem der Teammitglieder und sollte auch den organisatorischen Kontext nicht ausblenden (Auckenthaler & Kleiber, 1992; Straumann & Schrödter, 1998).

Bei der Untersuchung von Supervisionskontrakten in der Palliative Care kann man sehen⁹, dass es oftmals sehr förderlich ist, den jeweiligen Bedarf an Teamsupervision, Organisationsentwicklung, Fallsupervision, theoriegeleiteter Supervision und Führungskräfte-Coaching sehr sorgfältig und in längeren Aushandlungsprozessen zu erheben. In dieser Arbeit möchte ich an ein paar Beispielen zeigen, dass diese Differenzierung es uns ermöglicht, jene *Vielfalt an Verstehensperspektiven* zu etablieren, welche einem Team eigene blinde Flecken sichtbar machen kann (Belardi, 1998; Holloway, 1998; Schreyögg, 2002):

In thematisch-inhaltlicher Hinsicht finden in einer Teamsupervision andere Klärungsprozesse statt als in den Fallsupervisionen. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass die Teamsupervision beispielsweise den einzelnen Betreuerinnen die Gelegenheit bietet zu erkennen, wie sich unter großem Belastungsdruck ihre Distanzierungsbedürfnisse besonders deutlich zeigten. In der Fallsupervision hingegen ließ sich, angesichts der Auseinandersetzung mit dem Schmerzerleben der Patientin, das Subjektive der Bewertungsprozesse von Betreuerinnen deutlicher erfassen und die damit verbundene gruppenspezifische Entwicklung klären.

8 Konstruktive supervisionsgestützte Veränderungen lassen sich auch als Bewegungen am Prozesskontinuum in den Dimensionen (Selbst-)Erleben, Wahrnehmung/Abwehr und Beziehungsgestaltung (zum Anderen, zu eigenen Konstrukten z. B.: Selbstideal) beschreiben (Rogers, 1959a).

9 In der Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik der Klagenfurter Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF): Die enge Verknüpfung von Lernen und Hinterfragung der eigenen Betreuungsmodelle gehört am IFF auch zu den angewandten Erforschungsinstrumenten (vergl. Heimerl & Heller, 2001).

Anders gesagt, ich erlebte den Einfluss des Settings bzw. des Rahmens, innerhalb dessen die Supervision jeweils stattfand, als eine *zusätzliche* Einflussgröße auf den Supervisionsverlauf. Um dieses Geschehen konkret zu veranschaulichen und den Zuhörerinnen und Zuhörern praktisch nachvollziehbar zu machen, lud ich 2004 in Salzburg zu einer virtuellen Reise durch drei unterschiedliche *Gestaltungsräume* von Gruppensupervision ein: Der „Welt“ der Teamsupervision, der „Welt“ der Fallsupervision und der „Welt“ der theoriegeleiteten Supervision.

Teamsupervision: Personzentriertes Verstehen als Veränderung im Wahrnehmen

Im relativ geschützten Klima einer *Teamsupervisionsgruppe* konnten sich die Beteiligten mit ihrem Erleben der Situation im Team oder auf der Station entsprechend ihrer Öffnungsbereitschaft einbringen, den Umgang miteinander betrachten, Schwierigkeiten wegen ungeklärter Zuständigkeiten bearbeiten, die zwischen den einzelnen Berufsgruppen unausgesprochenen Erwartungen im offenen Unmut über die Versäumnisse der anderen aufspüren, usw. Als in der Gruppe gegenseitiges Vertrauen wuchs, begannen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch stärker die eigenen Gefühle und die der anderen in den Blick zu nehmen. Dabei tauchten dann die heiklen oder – später – auch die tabuisierten Themen auf: Distanzierungswünsche, Resignation, Ängste. Wie überfordert, hilflos darf ich mich eigentlich zeigen/fühlen?

Idealismus hat Grenzen. Die Klärungsprozesse im Team brachten manchmal die Befürchtungen zu Tage, eine schwerkranke Person im Stich lassen zu müssen, was mit dem Selbstauftrag der Hospizbetreuerin nicht vereinbar war. Sie hatte ihren Arbeitsplatz bewusst gewählt, weil Hospizbetreuung in Europa noch immer nicht flächendeckend etabliert ist: Sie dachte, der gesellschaftlich üblichen Abspaltung dieses wichtigen Lebensabschnittes durch ihr Engagement etwas entgegenzusetzen zu können.

Andere Hospizbetreuerinnen wiederum fassten es als Bedrohung auf, sich damit konfrontieren zu müssen, dass Patientinnen trotz ihres Engagements noch immer keine ausreichende Schmerzlinderung erfuhren. Ein Spezialist für „Symptomkontrolle“ (Foley, 1999) dürfe nicht versagen. Es lasteten auf den Helferinnen nicht nur moralischer bzw. institutioneller Druck, sondern auch Erwartungen von verzweifelten Angehörigen.

Nicht nur während der Pionierphase von Hospizprojekten können lange Phasen chronischer Überbelastung erfolgreiche Teams destabilisieren (Vachon, 1999).

Naturgemäß haben nicht alle Beteiligten die gleiche Bereitschaft, sich mit der Hilflosigkeit einer anderen Person, vor allem wenn sie ein *Teammitglied* ist, auf das man sich bei der Zusammenarbeit verlassen können will, zu konfrontieren.

An dieser Stelle sei daran erinnert, dass unter den Menschen, die in helfenden Berufen tätig sind, relativ viele in deren Vergangenheit selbst Traumatisierungen ausgesetzt gewesen waren. Erste Angaben dazu liegen etwa zwischen 15–25 %. Aber sogar die Tatsache, in einem helfenden Beruf tätig zu sein und dabei ständig mit den durch die Erkrankung und medizinischen Behandlungsfolgen erzeugten Traumata in Berührung zu kommen, kann bei Helferinnen zu sogenannten *sekundären* Traumatisierungen (Stamm, 2002) führen.

Weder Eignungsverfahren können sicher ausschließen, dass bei den Betreuerinnen Erinnerungen an alte traumatische Erfahrungen ungewollt wachgerufen werden, noch können Schulungen immer verhindern, dass eine Helferin durch krisenhafte Ereignisse auf der Station in Erschöpfung gerät oder retraumatisiert wird. Da ihre einstigen Verletzungen bis dato eingeschlossen und keiner Bearbeitung¹⁰ unterzogen waren, ist eine betroffene Betreuerin an ihrem Arbeitsplatz vor der Wiederbelebung alten Entsetzens relativ ungeschützt. Zugleich hat sie vermutlich für Ohnmachtserfahrungen einen „blinden Fleck“, was natürlich in der Folge mit einem *empathischen* Eingehen auf das Hilflosigkeitserleben anderer unvereinbar ist.

Um die schwierigen Klärungsprozesse des *Wahrnehmens und An-/Erkennens eigener Hilflosigkeit*, zu ermöglichen, muss die Supervisorin die Bildung eines *Klimas von Sicherheit* unterstützen. Wie in jeder guten personenzentrierten Gruppe hat sie eine „facilitating function“ (Rogers, 1959a), manchmal entspricht das auch einer „haltenden Funktion“ im Sinne des Bion’schen „Containments“. Darüber hinaus muss sie ihre bereits erworbene Kenntnis des jeweiligen Palliative Care-Projekts bzw. ihre „Feldkompetenz“ einbringen können, um eine angemessene Balance zwischen der Bearbeitung des Beziehungsgeschehens in der Gruppe und der Klärung des Bedarfs von Fallsupervision oder an Organisationsentwicklungselementen zu ermöglichen. So kann sie einem „überengagierten“ Team als Vorbild für die Klärung von Zuständigkeitsbereichen und für Delegationsprozesse dienen. Gelingende Teamsupervision schafft also Freiraum und fördert die Qualität der (Arbeits-)Beziehungen untereinander oder auch – die Not-Wendigkeit von Fallsupervision zu Tage.

In der Fallsupervision: Nicht hilf-reich sein.

Vorausgesetzt, eine Bestandsaufnahme war nicht bereits zuvor in Sitzvisiten erfolgt, beginnt die *Fallsupervision* im Team vielleicht mit einer berufsgruppenübergreifenden Überprüfung des bisherigen therapeutischen Angebots. Haben wir wirklich alle s für diese Patientin getan? Oft wird hier erstmals sehr deutlich, dass bei den

¹⁰ Hier kommt der Supervision neben der Bearbeitung von unrealistischen Ansprüchen an sich selbst, auch die Aufgabe der *Sensibilisierung* für die Problematik des Psychotraumas zu (Biermann-Ratjen, 2003), aber niemals eine therapeutische Aufgabe. Die Aufklärungs- und Beratungsfunktion der Supervisorin kann dabei zur Bearbeitung einer Traumafolgestörung ermuntern und hat darin auch den Stellenwert einer Burn-out Prophylaxe.

einzelnen Teammitgliedern ganz *unterschiedliche Wahrnehmungen* vom Schmerzerleben der Patientin vorhanden sind. Die Aufmerksamkeit des Teams ist auf das Problem der Patientin fokussiert, erste Hypothesen werden darüber gebildet, was man möglicherweise noch nicht richtig verstanden habe.

Später kann im Gruppenprozess sichtbar werden, dass die Unterschiede in der Wahrnehmung der Patientin auch zu Differenzen untereinander führen. Möglicherweise polarisiert sich ein Team sogar in eine verständnisvolle und sehr geduldige Gruppe und in eine, die eher Ungeduld und Ärger empfindet oder andere Distanzierungsbedürfnisse hat. Die Betreuerinnen werden dabei von der Supervisorin als Person-Gewordene mit ihrer individuellen Lebens-Lerngeschichte, innerhalb eines mitmenschlichen Gefüges Schmerz, Trennungen, Bedrohung und Angst, Ekel, Scham und Schuld zu verarbeiten, ernst genommen.

Bei meinen Recherchen zu den Erfahrungen mit fünf Frauen, Patientinnen, die an „nicht-enden-wollenden“ Schmerzen litten, war – teilweise erst in der Rückschau – zu beobachten, dass sie sich trotz vieler, besonders engagierter Hilfsangebote nicht ausreichend gut schmerzbehandelt gefühlt hatten. Das, nicht von allen, spontan geklagte Schmerzerleben war individuell sehr verschieden und wurde qualitativ ganz unterschiedlich beschrieben: dumpf, stechend, lokalisiert, überall. Die Schmerzsymptomatik selbst wurde jedoch von jeder dieser Patientinnen immer in irgendeiner Weise als quälend oder als unerträglich *empfunden*.

Ihre Situation gab den Mitgliedern der betreuenden Teams Rätsel auf. Das Wissen um Dauer bzw. Ausmaß der Erkrankung, Art des Tumorleidens, therapiebedingte körperliche Folgeschäden, Alter, Persönlichkeit, den psychischen Status oder den familiären Hintergrund dieser Frauen erlaubte den Helferinnen vorerst keine die Not wendenden Schlussfolgerungen. Auch die kritische Analyse der bereits bestehenden ganzheitsmedizinischen Schmerzbehandlung förderte keine erheblichen Mängel zutage. Manchen war zwar klar, dass ihre Patientin wahrscheinlich unter dem im englischsprachigen Raum als „total pain“ bezeichneten oder einem ähnlichen Symptom litt, aber auch dieses Wissen half nicht weiter.

Die Betreuerinnen hatten sich inkompetent gefühlt. Ihr eigenes Bedürfnis nach Selbst-Achtung wurde angesichts der statischen Unveränderbarkeit des Leidens der Patientin bedroht: „Nichts hilft – Das ist nicht mehr länger zu ertragen!“ Ein würdevolles Zugehen auf die Patientin in deren stark strukturgebundenem Erleben *und* auf sich selbst als Betreuerin schien unmöglich. Die Enttäuschung über die eigene Hilflosigkeit konnte in Ärger umschlagen oder Fluchtimpulse aufkommen lassen. Ein Team berichtete, dass bis zum Ableben der Patientin alle gemeinsam in Resignation versunken waren: Die Selbstbeauftragung des Teams, der familiär isolierten Patientin ein „gutes Sterben“ zu ermöglichen, war gescheitert.

Einige Klippen mussten also genommen werden, ehe in der Supervision Resignation, vage empfundene Hilflosigkeit oder Ohnmacht offen thematisierbar wurden: Durch Rationalisieren, Delegieren,

im Witzeln, Verleugnen, Projizieren konnte die Bedrohung des idealisierten Selbstverständnisses als Helferin vorerst wunderbar abgewendet werden – ebenfalls durch das Gegenteil, indem man sich für alles verantwortlich dachte, fühlte bzw. erklärt hatte.

In Momenten, in welchen die eigene Verletzlichkeit, Endlichkeit und Begrenztheit in einer Gruppe spürbar wird, ist es besonders wichtig, dass die Supervisorin kraft ihrer Ambiguitätstoleranz und fachlichen Kompetenz für alle Seiten *Empathie entwickeln und kommunizieren* kann. Hier meine ich, liegt ein möglicher Fallstrick für die Supervisorin verborgen, wenn es ihr nicht gelingt, innerlich folgende drei Aspekte gut auszubalancieren: Die eigene Sorge um die betroffene Patientin, die Sorge um die Teammitglieder in ihrer Überforderung und ein Wissen über etwaige strukturelle Mängel des Palliative Care Projekts. In dieser Phase der Bearbeitung wäre eine einseitige Parteinahme verfrüht, keinem der Beteiligten dienlich und würde die Klärung der Komplexität der gesamten Problematik verhindern (vergl. Straumann & Schrödter, 1998).

Den Betreuerinnen war ja in intellektueller Hinsicht klar, dass sie hilflos geworden sind. Die Fähigkeit zur kognitiven sozialen Perspektivenübernahme (Binder, 1994) bewahrte sie, sich persönlich zu stark zu involvieren und ermöglichte, einen „Sicherheitsabstand“ zu behaupten. Was es in diesen Augenblicken bedurfte war die Bereitschaft der Supervisorin, die *eigene* Hilflosigkeit zu fühlen und angesichts der unlösbar erscheinenden Dilemmata dennoch nicht aufzugeben. Um mit den Betreuerinnen von schwerst Kranken (*und* deren Patientinnen) wirklich feinfühlig in unbedingt positiver Beachtung *zugegen bleiben* zu können, erfordert auch von der Supervisorin Sensibilität für *eigene Anteile* von Hilflosigkeit. Gerade die Fähigkeit, *eigenes* Erleben von Hilflosigkeit akzeptieren, aushalten und angemessen symbolisieren, also reflektieren zu können, ermöglicht der Supervisorin, nicht in die Gefahr einer Identifikation mit dem „hilflosen Team“ zu geraten oder etwa einem Pseudoaktivismus zu verfallen.

Theoriegeleitete Supervision: Hilflosigkeit empathisch verstehen und würdigen

In der *theoriegeleiteten Supervision* wird den Hospizmitarbeiterinnen die Gelegenheit geboten, das eigene Erleben mit spezifischem Hintergrundwissen in Beziehung zu setzen. Durch für sie relevante Forschungsergebnisse werden die Praktikerinnen angeregt, ihre eigene Tätigkeit in neuem Lichte zu betrachten. Die Vermittlung theoretischen Wissens erweitert bzw. vertieft dabei ihre Möglichkeiten empathischen Verstehens. Eine stärker kognitiv betonte Beschäftigung mit kritischen Erfahrungen, die zu fremd sind, zu intensiv wirken bzw. die eigene Person / Rollengestaltung zu sehr hinterfragen, kann deren Bedrohungserleben reduzieren.

Wenn Helferinnen beispielsweise erfasst hatten, dass ihr Wunsch nach Selbstschutz im *Vermögen des Menschen* wurzelt, ein

für das eigene Selbst zu bedrohliches Erleben vor dem Gewährwerden zu verbergen, veränderte sich oft auch ihr Zugang zum Abwehrverhalten. Abwehr als Verarbeitungsprozess im „Dienste des Selbst“ sehen zu dürfen, erleichterte die Betreuerinnen manchmal ungemein. Es gestattete ihnen auch, sich von Vorstellungen zu lösen, „die Abwehr einer Patientin müsse überwunden“ oder „durchbrochen“ sein, damit dieser ein friedlicher Abschied zuteil werde.

Eine Betreuerin, die beginnt, eigenes Erleben von „Hilflos-(gewesen-)Sein“ in sich aufzufinden, die über die reflektierte Erfahrung, dieses verarbeitet zu haben, verfügt, *empfindet* Empathie für ihre Patientin als Person in einer Verfassung voller Hilflosigkeit. Sie weiß, wie „gelähmt, schwer, komisch, weit weg, taub, dumpf oder unempfindlich sich das Ganze“ anspüren kann. Die *gelungene* Integration vergleichbaren eigenen Erlebens befähigt die Helferin, „da“ zu *bleiben* und zu *spüren*, wie sehr es sie selbst auch schmerzt, an die eigenen Grenzen des Helfens/Begleiten Könnens/Tuns geraten zu sein.

Sie kann jetzt besser oder „wirklich hinschauen“. Das wahrgenommene Ausmaß an innerer Bedrohung lässt die äußere Bedrohung in anderem Lichte erscheinen. Es ist für sie nicht länger erforderlich in der Wahrnehmungsverzerrung ihr Bedürfnis nach unbedingter Selbst-Achtung zu erhalten.

Anders formuliert, ich finde, dass dieses Beispiel sehr schön zeigt, wie der Tendenz des Organismus, sich bei Bedrohung zuerst in Richtung auf Erhaltung zu organisieren, die Tendenz, sich in Richtung auf Differenzierung und Entfaltung zu organisieren, bereits *immanent* ist (Rogers 1951, S. 338ff). Diese Betreuerin wird folglich ihr Helferbild (wieder) erneuern und, wo innerlich noch nicht klar genug etabliert, ihre Vorstellungen würdevollen Begleitens um eine wichtige Dimension erweitern: Sie hat erfahren, dass der eigene Anspruch nicht immer optimal für ihre Patientin und daher reduzierbar ist. Manchmal ist eine Haltung feinfühlig, präsenten Nicht-tuns die besser geeignete Weise, ihre Patientin im Bearbeiten einer Trennungsthematik zu begleiten als professionelle Betriebsamkeit. Das „Helfen-können“ ist vielleicht gerade erst im unbedingt positiv beachtenden empathischen Dasein für die Ohnmacht, die heftigen Gefühle oder das Verstummt-Sein der Patientin am stimmigsten *verwirklicht*.

Diese Erfahrung fördert meistens die Bereitschaft, auch in Zukunft neuerlich auftauchende Distanzierungswünsche schwierigen Patientinnen oder Angehörigen gegenüber zu reflektieren. So kann, wie bereits gesagt, die Supervision durch Erfahrungen signifikanten Lernens auch zur Selbstfürsorge und Psychohygiene (vergl. Auckenthaler & Kleiber, 1992) in der Palliative Care konstruktiv beitragen. Das Sinnvolle an Abwehrvorgängen *empathisch* erfasst zu haben, versöhnt auch mit sich selbst und belebt die Bereitschaft, zukünftig in bindungs-relevanten Situationen ebenfalls wieder Bindungsfunktionen (Bowlby, 2001, S. 159ff) bereit zu stellen.

Schmerz und noch Unverstandenes

Können die Betreuerinnen etwas über den Umgang mit besonders schwierigen Situationen in Palliative Care Teams lernen, wenn sie die unten geschilderten Situationen wie eine bindungs-*relevante* Situation verstehen?

Ich glaube, dass Hintergrundwissen über die Entstehung von Bindungserwartungen (Bowlby, 2001; Fonagy, 2000) neue Vorstellungen kreiert, die an eigenen Erfahrungen anknüpfen, zuvor selbst Erlebtes zum Klingen bringt und vielleicht in einem neuen Kontext neue Bedeutungen stiftet. Die Betreuerinnen fragen sich, wie sie sich selbst angesichts der Mitteilungen ihrer Patientin fühlen: erschöpft, irritiert, klar, verunsichert, traurig, beschämt, entnervt oder fluchtbereit. Wie kommen sie mit Protest, Wut, Enttäuschung zurecht, mit Trauer, Verachtung, Ekel, einem „anklammernden“ Verhalten oder unveränderlich erscheinender Verschlossenheit, mit Sprachlosigkeit? Wie gehen Teammitglieder damit um, dass sich die Patientin nur einigen von ihnen gegenüber öffnen kann, sich über andere jedoch heftig beklagt?

Eine der fünf zuvor erwähnten Patientinnen hielt sich viel in ihrem Bett auf, wirkte sehr zurückgezogen, ihr Bett war ständig zerwühlt. Wenn eine Pflegerin nach ihr sah, bemühte sie sich, ein freundliches Lächeln auf ihr Gesicht zu bekommen, sie beteuerte, sie käme mit allem gut zurecht. Ihre Neigung, ganz leicht zu fiebern und eine geringfügig, aber ständig erhöhte Herzfrequenz zu haben, veränderte sich erst, als die Putzfrau bemerkte, dass – in unbeobachteten Momenten – die Patientin keine Ruhe zu finden schien und die Patientin erneut von ihren Betreuerinnen offen auf die *ungenügende* Schmerzbehandlung angesprochen wurde. Dieser Frau war Eigenständigkeit „heilig“. Sie konnte nicht „zur Last fallen“, höhere Medikamentendosierungen erschienen ihr „viel zu viel“. Sie stellte gemäß ihres „inneren Arbeitsmodells“ im „Unkompliziertsein“ und „Bedürfnislos-Wirken“ Unterstützung *sicher*.

Eine andere Patientin klagte ständig über die Unerträglichkeit ihrer Schmerzen. Sie war nach langem Leiden und frustranen Therapieversuchen andernorts auf Betreiben ihrer Angehörigen in ein Hospiz überwiesen worden. Dort zeigte sich den Betreuerinnen, dass diese Frau so arge Schmerzen hatte, dass sie das Gewicht der Decke auf ihrer Haut und das Liegen nicht aushielt. Dies machte jegliche Pflegehandlung unmöglich. Im Hospizteam wurde klar, dass diese Frau von anderen „nicht berührt/angegriffen“ werden durfte. Es galt, sich der *Unmöglichkeit im Auftrag*, endlich eine „erlösende Schmerzlinderung“ anzubieten, zu stellen und diese „Paradoxie“ zu akzeptieren. In dem Maße, wie es den Betreuerinnen gelungen war, sich der Patientin *nicht* als Helfer aufzudrängen und nur schmerzlindernde *Angebote* zu machen, deren „Dosierung“ die Patientin selbst bestimmen konnte, war der *appellative Anteil* in ihren Schmerzäußerungen verstanden. Diese Frau hatte sich der dringend erforderlichen Hilfe nicht anvertrauen können, weil sie befürchtet hatte, sich unterwerfen zu müssen. Sie war durch eine besonders rasch

voranschreitende Erkrankung mitten aus einem außergewöhnlich erfolgreichen Berufs- und erfüllten Familienleben herausgerissen worden. Ihre Familie war alarmiert und „tat alles“, um zu helfen. Von zu gut gemeinter Unterstützung beengt beinahe keine Kontrolle mehr über sich und die eigenen Körperfunktionen zu haben, war für sie unerträglich. Gleichzeitig konnte sie lange niemandem *sagen*, wie schrecklich es für sie war, in „diesem leidenden Körper“ gefangen zu sein und sich unendlich unattraktiv zu fühlen. Angesichts des Entsetzens über seine rapiden Veränderungen war ihre Not unaussprechlich.

Die Erwartungen dieser Frauen, in größter Not Unterstützung zu bekommen, waren nicht gleich. Im Gegensatz zur zuerst beschriebenen Patientin gewann die zweite Patientin Beachtung auf ganz andere Art. Wenn sich darüber hinaus die Betreuerinnen dessen gewahr werden, dass ihre Patientinnen möglicherweise einen anderen Stil, ihre Hilfsbedürftigkeit zu signalisieren, *als sie selbst* haben, können sie meist flexibler auf diese Bedürfnisse eingehen (Carr & Mann, 2002; vgl. Höger & Müller, 2002).

Während einige Helferinnen die Kenntnisse der Bindungsfor-schung als erhellend erlebten, half es anderen wiederum, mehr über psychobiologische Unterschiede in der Verarbeitung von Bedrohung in Furcht und Panik zu wissen (vgl. Sachsse, 2003): Sie vermochten jetzt besser nachvollziehen, dass eine Patientin, die eine lebensbedrohliche Diagnose unvorbereitet trifft, wie „gelähmt oder erstarrt“ wirken und sich diesbezüglich sprachlich nicht klar vermitteln kann.

Manchmal aber habe ich die eine oder andere Betreuerin eingeladen, sich selbst „bildlich zuzuhören“, inne zu halten bei dem, was sie uns erzählt, es sich selbst noch einmal zu erzählen und in sich Bilder dazu auftauchen zu lassen. Die Einladung zum Modalitätenwechsel ließ Isolation, Aggression (Biermann-Ratjen, 1998), Beschuldigungen, Klagsamkeit nachvollziehbar werden. Die Bereitschaft, vom Tun wieder mehr auf das „dass“ und „wie“ zu kommen, zu hören und zu blicken, „szenisch“ zu verstehen (vgl. Sommer & Sauer, 2001), und dann erst nach dem „warum“ zu fragen, ließ gelegentlich die Betreuerinnen Überraschendes entdecken: Zurückgekehrt ans Krankenbett wartete eine bereits „ganz andere“ Patientin auf sie.

Schmerzen und Trennungserleben

So wie sich meine Fähigkeit, Erfahrungen von Schmerz oder Bedrohung angemessen zu verarbeiten, im intersubjektiven Austausch entwickelt, entwickelt sich meine Fähigkeit, *mich zu trennen* und *in mir* Vorstellungen vom Erleben anderer, ihren Erwartungen, Befürchtungen, Hoffnungen, Intentionen und Wünschen zu bilden (Fonagy, 2000) und *neue unbekannte Erfahrungen* auf mich zukommen zu lassen ebenfalls mehr oder minder „gut“ innerhalb meiner Bindungsbeziehungen.

Im Schmerz kann sich die Erfahrung des von etwas „*Ungewollt-getrennt-Seins*“ symbolisieren. Schwerkranke Personen müssen sich damit auseinandersetzen, dass sie möglicherweise schon bald von vielem Abschied nehmen werden. Abschied vom eigenen Leben, von lieben Menschen, von der Welt, von Sicherheit, von Kraft und Gesundheit, Geborgenheit oder Vertrautem, Gewohntem und Verhasstem. Dem eigenen Tod entgegen zu blicken bedeutet auch, die Trennung von Wichtigem im eigenen Leben *vorwegzunehmen*: von bedeutsamen Beziehungen, einer längeren Dauer des Lebens, vom Körper selbst, von Plänen, Hoffnungen, usw. aber auch von Unfertigem, von alter Schuld oder einer schlimmen Last – und das schmerzt.

Diese Trennung bedeutet, die wichtigen Bezugspersonen zurück zu lassen, und erfordert das Vertrauen, dass ihnen dieser Abschied *zumutbar* ist. Wo primäre Inkongruenz einem von überwältigender Bedrohung erschütterten Selbst es zusätzlich schwerer macht sich zurechtzufinden, wird möglicherweise das Ausmaß von innerer und äußerer Bedrohung gar nicht mehr klar zu trennen sein (Rogers, 1951a).

Dadurch wird der Abschied von einer zuvor schon verunsicherten Person vielleicht besonders ängstlich erwartet, von einer anderen lange hinausgezögert oder ignoriert, verleugnet oder er löst viele, sehr intensive, teils widersprüchliche oder gar überflutende Gefühle von Angst, Trauer oder Zorn aus, ebenso Depression oder Resignation (Macke-Bruck & Nemeskeri, 2002). Die Vorbereitung auf das eigene Sterben, egal inwieweit die Anderen dabei miteinbezogen werden, ist ein sehr komplexer psychischer Prozess der Antizipation einer endgültigen Trennung. Trennungsschwierigkeiten können dabei erinnert werden und in der Patientin Befürchtungen auslösen, dieser letzten Entwicklungs-Aufgabe im Leben nicht so recht gewachsen zu sein.

Bei allen fünf Patientinnen war den Betreuerinnen zunächst völlig unklar, wieso deren Not nicht zu lindern war und sie keine Erleichterung finden konnten. Ich habe in dieser Arbeit gezeigt, dass die personenzentrierte Begleitung ermöglichte, sich in je einmaliger Weise neue Fragen zu stellen, eine andere Sichtweise einzunehmen und teilweise auch neue Beziehungsangebote zu machen. Diese waren eingebunden in die Palliativtherapie. In gewisser Weise wurde die pflegerische und medizinische Behandlung erst dadurch *wirksam* erfolgreich. Die inter-subjektiv erfahrene Wirklichkeit des ungelinderten Schmerzzustandes mündete im (tw. beiderseitig) empfundenen Wunsch, sich selbst und die andere besser zu verstehen. Die konstruktive Vermittlung theoretischen Hintergrundwissens verbessert ebenfalls die *Empathiefähigkeit der Helferinnen*, weil es deren Bedrohungserleben angesichts von Erfahrungen, die dem eigenen Erleben gegenüber zu intensiv wirken oder als „zu fremd“ erscheinen, reduziert.

Zur Hoffnung, als HelferIn „stronger and wiser“ zu sein

Aber es blieben auch Rätsel bestehen und die Betreuerinnen mit ihren Verstehenshypothesen allein zurück. In der Begegnung mit einer der betroffenen Patientinnen ließen sich diese nicht mehr überprüfen, weil sie nicht (mehr) darauf ansprechbar war bzw. weil eine andere mittlerweile verstorben war. Die entwickelten Vorstellungen, Bilder, Metaphern aber erschienen den Helferinnen selbst stimmig und sie wirkten tröstlich: „Unverstanden-voneinander-grennt-Sein“ ist für uns Menschen schwierig, schmerzlich.

Da auch die Betreuerinnen trauern, sehe ich eine besonders wichtige Aufgabe darin, als Supervisorin den Helferinnen in unbedingt positiver Beachtung ihrem Ohnmachts-/Erleben gegenüber da zu sein. Aus der Sicht der Bindungsforschung könnte man auch sagen, die Helferinnen seien angesichts der existentiellen Bedrohung ihrer Patientin in zweifacher Weise beteiligt: Ihr Bindungssystem ist einmal „einer Patientin in Not“ gegenüber aktiviert, indem sie ihnen gegenüber Funktionen des „stronger and wiser“ (Bowlby, 2001) erfüllen. Zugleich aber erfahren sie in Momenten eigener Ohnmacht selbst das Bedürfnis, jemanden zu finden, der ihnen die komplementäre Funktion des Geschützt-werdens gewährt. Dies immer vor dem Hintergrund, dass es auch die Helferinnen selbst, entsprechend ihren eigenen Bindungsmustern, nicht immer ganz leicht haben werden, Hilfe und Unterstützung anzunehmen oder einzufordern.

Eugene Gendlin (1964) sagt – sinngemäß – so schön: Wir alle haben ein tiefes inneres Wissen davon, wann im Erlebensprozess etwas als „ganz, vollständig“ erfahren wird. Wo ein Verstehen auftaucht, verschafft die Empfindung des „felt shift“ Erleichterung oder gar ein „Wieder im Fluss Sein“. So haben wir, die Betreuerinnen und die Supervisorin, gelegentlich zu einem an der Person der Patientin *orientierten* Verstehen zu finden gesucht, einfach „nur“ für uns selbst *vermutet*: Das Unerlöste könnte auf ein unsagbares altes Leid, einen vielleicht noch unverarbeiteten Diagnoseschock oder eine unbearbeitete Re-/Traumatisierung (Biermann-Ratjen, 2003) durch die massiv beeinträchtigenden medizinischen Behandlungen o. ä. verweisen.

Lieber war es den Betreuerinnen und mir gewesen, uns vorzustellen, dass eine der Patientinnen sich angesichts der gestohlenen Lebenszeit aufgebäumt hatte, um diesen Diebstahl anzuklagen, gegen ihn anzukämpfen. Wir hofften gemeinsam, dass sie im sicheren Klima eines einfühlsamen und belastbaren Teams die Erfahrung machen konnte, nicht verlassen zu werden, auch nicht *mit* ihren Äußerungen von Wut, Ärger, Verzweiflung und den hartnäckigen Behauptungen, sich noch immer unverstanden zu fühlen. Ihre uns bekannte Lebensgeschichte war voller Bilder von Fürsorge für ihre Kinder unter undenkbar schwierigen Bedingungen; für das eigene unbeschwertere Glück fand sie scheinbar zu wenig Zeit und sich mit „ihren schwierigen“ Bedürfnissen anderen zuzumuten war ihr von klein auf strikt verwehrt geblieben.

Aber –

am mitunter langen Weg vom ersten Gewährwerden einer körperlichen Empfindung zur vollständigen Symbolisierung der Erfahrung, sich als Person in einer bestimmten schmerzlichen Verfassung zu befinden, findet ein komplexer Verarbeitungs- und Bewertungsprozess statt – er wird sich nicht immer vollenden.

4. Endlich leben – Ein Fazit

Das Schmerzerleben als Krisen- und Trennungserleben von Personen, die durch die Erkrankung mit ihrer Endlichkeit konfrontiert sind, ist untrennbar mit den angebotenen Betreuungsbedingungen verknüpft: Verständigungsprobleme zwischen der Patientin und deren Begleiterinnen *können* im „Noch-unverstanden-Sein“ Ausdruck von stark angstbesetzten Trennungsschwierigkeiten oder eines tiefen existentiellen Dranges zu persönlichem Wachstum der Patientin, ebenso Ausdruck eines noch unverarbeiteten Diagnoseschocks sein. Wenn die Helferinnen solche Bedürfnisse erfassen und feinfühlig beantworten können, bietet sich der Patientin die Chance, ihren gebremsten Persönlichkeits-Entwicklungsprozess auch in der Abschiedsphase ihres Lebens wieder aufzunehmen. Zusammengefasst bedeutet das für die Helferinnen in der Palliative Care folgendes:

- Schmerzen als Signal drohenden oder stattgehabten Verlustes von leibseelischer Integrität zu erkennen, eröffnet über das übliche pflegerisch-medizinische Wissen zur Schmerzverarbeitung hinaus einen empathisch-verstehenden Zugang zur komplexen Trennungsthematik schwerst kranker Personen.
- Verfeinerte Sensibilität für die Wahrnehmung bindungs-relevanter *Situationen* während der gesamten Lebensspanne, so auch im Krisenerleben Erwachsener, erlaubt den Helferinnen, die Erwartungen der Patientin und sich selbst anders in den Blick zu nehmen.
- Die unbedingte Würdigung der das Selbst erhaltenden *vor* der das Selbst entfaltenden Tendenz des menschlichen Organismus ermöglicht es, die Abwehr der die Selbst-Achtung bedrohenden Erlebnis-inhalte einer (Schmerz-)Erfahrung besser zu verstehen.
- Ein basales Wissen um Verarbeitungsmöglichkeiten von als traumatisch bewerteten Erfahrungen ergänzt das Vermögen, bei sich als Betreuerin den eigenen Verarbeitungsmodus von Hilflosigkeitserleben bzw. Ohnmachtserfahrungen freier wahrzunehmen, gestattet ihr bzw. ihm wahrscheinlich eher, sich in das phänomenale Feld der betroffenen Patientin einzufühlen.
- Diese Grenzerfahrungen werden nicht mehr nur als zufällige (lästige) Einzelereignisse gewertet, sondern als *spezifisches* intersubjektives bzw. bio-psycho-soziales Phänomen erfasst. Dies entspringt der Bereitschaft, die Enge eines multidisziplinären Arbeitens zu überschreiten hin zur *Inter-Disziplinarität*, einem Konzept innerhalb dessen eher bindungs-relevante Bedürfnisse beantwortet werden können.

– In den interdisziplinären Hospiz- und Palliative Care Teams kann Personenzentrierte Supervision einen wesentlichen Beitrag zur Vertiefung der bereits bestehenden psychosozialen Kompetenzen von Betreuerinnen leisten, was in der Folge auch einen Beitrag zu deren Burn-out Prophylaxe darstellt.

Literatur

- Auckenthaler, A. & Kleiber, D. (Hrsg.) (1992). *Supervision in Handlungsfeldern der psychosozialen Versorgung*. Tübingen: DGVT.
- Bauer, J. (2004). *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. München: Piper.
- Belardi, N. (1998). *Supervision. Eine Einführung für soziale Berufe*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (1998). Das Phänomen Aggression. *PERSON. Internationale Zeitschrift für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung*, 1, 64–68.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2003). Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *PERSON. Internationale Zeitschrift für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung*, 7, 128–134.
- Binder, U. (1994). *Empathieentwicklung und Pathogenese in der Klientenzentrierten Psychotherapie. Überlegungen zu einem systemimmanenten Konzept*. Eschborn: Dietmar Klotz.
- Bischoff-Wanner, C.M. (2002). *Empathie in der Pflege: Begriffsklärung und Entwicklung eines Rahmenmodells*. Bern: Hans Huber.
- Bowlby, J. (2001). *Das Glück und die Trauer. Herstellung und Lösung affektiver Bindungen*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1979: The making and breaking of affectional bonds. London: Tavistock Publications)
- Carr, E. C. J. & Mann, E.M. (2002). *Schmerz und Schmerzmanagement. Praxishandbuch für Pflegeberufe*. (dtsh. Ausgabe herausgegeben von Osterbrink, J.). Bern: Hans Huber (Original erschienen 2000: Pain. Palgrave: London)
- Cline, S. (1997). *Frauen sterben anders. Wie wir im Leben den Tod bewältigen*. Bergisch Gladbach: Gustav Lübbe. (Original erschienen 1995: Lifting The Taboo. Woman, Death and Dying. London: Little, Brown and Company)
- Doyle, D., Hanks, G.W.C. & MacDonald, N. (Eds.). (1999). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. (2nd ed.) Oxford: University Press.
- Flammer, E. & Flammer-Tausch, D. (1992). Die personenzentrierten Einstellungen in der Begleitung Sterbender. In M. Behr et al. (Hrsg.). *Jahrbuch 1992 Personenzentrierte Psychologie & Psychotherapie*. (S. 132–143). Köln: GwG.
- Foley, K.M. (1999). Pain assessment and cancer pain syndroms. In D. Doyle, G.W.C. Hanks & N. MacDonald (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd ed. (pp. 310–331). Oxford: University Press.
- Fonagy P. (2000). Das Verständnis für geistige Prozesse, die Mutter-Kind-Interaktion und die Entwicklung des Selbst. In F. Petermann, K. Niebank & H. Scheithauer (Hrsg.), *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre*. (S. 241–254). Göttingen: Hogrefe. (Original erschienen 1999: The understanding of mental states, mother-infant interaction and the development of the self. Les Cahiers Psychiatriques, 26, 37–50).
- Fremmer-Bombik, E. (1995). Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.) *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. 4. Aufl. 2002 (S. 109–119). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gendlin, E.T. (1964). A Theory of Personality Change. In Ph. Worchel & D. Byrne, (Eds.), *Personality Change*. (pp. 206–247). New York: Wiley.
- Heimerl, K. & Heller, A. (Hrsg.). (2001). *Eine große Vision in kleinen Schritten. Aus Modellen der Hospiz- und Palliativebetreuung lernen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Höger, D. (1990). Zur Bedeutung der Ethologie für die Psychotherapie – Aspekte der Aktualisierungstendenz und der Bindungstheorie. In G. Meyer-Cording & G.-W. Speierer (Hrsg.). *Gesundheit und Krankheit. Theorie, Forschung und Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie heute* (S. 30–53). Köln: GwG.
- Höger, D. & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Bindungsangebot von Patienten. *PERSON. Internationale Zeitschrift für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung*, 6, 35–44.
- Holloway, E. (1998). *Supervision in psychosozialen Feldern. Ein praxisbezogener Supervisionsansatz*. (dtsh. Ausgabe herausgegeben von Christoph-Lemke, C. & Lammers, W.). Paderborn: Junfermann. (Original erschienen 1995: Clinical Supervision – A Systems Approach. Thousand Oaks: Sage)
- Kessel van, W. & Lietaer, G. (1998). Interpersonal Processes. In L. Greenberg, J. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 155–177). New York: Guilford.
- Köhle, K., Simons C. & Kubanek B. (1996). Zum Umgang mit unheilbar Kranken. In R. H. Adler, J. M. Herrmann, K. Köhle, O. W. Schonecke, T.V. Uexküll & W. Wesiak (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin*. 5. Aufl. (S. 1224–1249). München: Urban & Schwarzenberg.
- Kriz, J. (1997). *Systemtheorie: eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner*. Wien: Facultas.
- Lietaer, G. (2001). Unconditional Acceptance and Positive Regard. In J.D. Bozarth & P. Wilkins (Eds.), *Unconditional Positive Regard. Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice*. Vol. 3 (pp. 88–108). PCCS: Ross-on-Wye.
- Macke-Bruck, B. (2003). Die Erfahrungswelt in der beruflichen Praxis – Theorie und Praxis aus der Sicht einer Praktikerin. *PERSON. Internationale Zeitschrift für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung*, 7, 3–14.
- Macke-Bruck, B. & Nemeskeri, N. (2002). Der Personenzentrierte Ansatz in der Psychoonkologie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 563–583). Wien: Springer.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing Points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*. 50 (1–2, Serial No. 209), 66–106.
- Rogers, C. R. (1951a). *Client-centered therapy. Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin. Dtsch: *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler (³1981)
- Rogers, C. R. (1959a). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (ed.), *Psychology. A study of science*. Vol III. *Formulations of the person and the social context*. (pp. 184–256), New York: Mc Graw

- Hill, Dtsch: Rogers, C.R. (1991). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. 3. Aufl. Köln: GwG.
- Rogers, C. R. (1975a). Empathic – an unappreciated way of being. In: *The Counselling Psychologist* 5, 2, 2–10. Dtsch: Empathie – eine unterschätzte Seinsweise. In C.R. Rogers & R.L. Rosenberg (1980). *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit*. (75–93). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachsse, U. (2003). Distress-Systeme des Menschen. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie. Jahrgang 7 (Persönlichkeitsstörungen und der Körper)*, 4–15.
- Schreyögg, A. (2002). *Konfliktcoaching. Anleitung für den Coach*. Frankfurt: Campus.
- Schwemmer, O. (1997). *Die kulturelle Existenz des Menschen*. Berlin: Akademie Verlag.
- Spangler, G. (2001). Die Psychobiologie der Bindung. Ebenen der Bindungsorganisation. In G.J. Suess, H. Scheuerer-Englisch & W.-K. Pfeifer (Hrsg.), *Bindungstheorie und Familiendynamik. Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie*. (S. 157–177). Gießen: Psychosozial.
- Sommer, K. & Sauer, J. (2001). Indikation und Diagnostik in der Klientenzentrierten Therapie. In P. Frenzel, W. Keil, P.F. Schmid, N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (S. 190–225). Wien: Facultas.
- Straumann, U. E. & Schrödter, W. (Hrsg.). (1998). *Verstehen und Gestalten. Beratung und Supervision im Gespräch*. Köln: GwG.
- Stamm, B. H. (Hrsg.). (2002). *Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können*. Paderborn: Junfermann. (Original erschienen 1995: Secondary Traumatic Stress. Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators. Luthersville, Maryland: The Sidran Press).
- Student, J.-C. (*erw. 1999). *Das Hospizbuch*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Uexküll, T. v. (2002). Integrierte Medizin – ein lernendes Modell einer nicht-dualistischen Heilkunde. In T. v. Uexküll, W. Geigges & R. Plassmann. (Hrsg.), *Integrierte Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Vachon, M. L. S. (1999). The stress of the professional caregivers. In D. Doyle, G. W. C. Hanks & N. MacDonald, (Eds.). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd ed. (pp. 919–929). Oxford: University Press.
- Zimmermann, P., Spangler, G., Schieche, M. & Becker-Stoll, F. (1995). Bindung im Lebenslauf: Determinanten, Kontinuität, Konsequenzen und künftige Perspektiven. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. 4. Aufl. 2002 (S. 311–332). Stuttgart: Klett-Cotta.

Autorin

Brigitte Macke-Bruck, 1960, Dr. med., Psychotherapeutin (PP) und Supervisorin in freier Praxis in Wien, Lehrtherapeutin und Ausbilderin der Sektion Forum der APG, a.o. Mitglied der Alpen Adria Universität Klagenfurt – IFF Wien, Abt. Palliative Care und OrganisationsEthik; bis 1993 auch aktiv als Ärztin für Allgemeinmedizin, zuletzt im Hospiz St. Raphael / Wien tätig.

Korrespondenzadresse

Brigitte Macke-Bruck
1090 Wien/Meynertgasse 8/5
brigitte.macke-bruck@aon.at

Matthias Barth, Michael Schaub

Ressourcen der Personzentrierten Psychotherapie in der Behandlung drogenabhängiger Klienten

Zusammenfassung: Vor dem Hintergrund sich verändernder Behandlungsparadigmen im Feld der Drogentherapie werden Argumente erörtert, weshalb der Personzentrierte Ansatz in der psychotherapeutischen Arbeit mit drogenabhängigen Klienten eine stärkere Beachtung verdient. Wesentliche Gesichtspunkte sind dabei (1) die der Personzentrierten Therapie implizite starke Ausrichtung auf den einzelnen Klienten und dessen individuelles Wert- und Bezugssystem, (2) die kontinuierlich-wertschätzende Therapeutenhaltung, welche resignativen Versager-Selbstbildern beim Klienten entgegenwirkt und auch in Krisenzeiten Halt gibt, (3) der nicht-bedrängende Therapierahmen, der eine Integration verleugnend abgewehrter Inhalte begünstigt, (4) die Förderung einer autonomen Selbststeuerung, die nicht auf von aussen auferlegten Regeln, sondern auf Selbstexploration und vom Klienten ausgehenden Lösungsansätzen beruht und schliesslich (5) die sich am Prozess des Klienten orientierende Auseinandersetzung mit hier und jetzt relevanten Fragen.

Stichwörter: Drogentherapie, klientenzentriert, personzentriert, Substanzstörungen, Heroin, Kokain

Abstract: **Resources of the person-centered approach for drug therapy.** With reference to changing treatment paradigms in the field of drug therapy we discuss why the Person-Centered Approach deserves more attention in the psychotherapeutic treatment of substance-using individuals. Essential aspects are (1) the inherently strong orientation to the individual client and his/her frame of reference and his/her system of values (2) the therapist's enduring attitude of unconditional positive regard, which counteracts resigned failure self-image and provides support in times of crisis (3) the non-invasive therapy frame, which facilitates integration of denied contents (4) the encouragement of autonomous self dependent way of living that is not externally imposed by rules but rather is based on self-exploration and client's solutions and finally (5) the discussion about significant here-and-now questions that are driven by the client him-/herself.

Keywords: Drug therapy, person-centered, client-centered, substance use disorders, heroin, cocaine

1. Einleitung

In Publikationen personzentrierter Ausrichtung finden sich nur spärlich Beiträge zum Thema Drogenabhängigkeit, und wenn es um Beispiele für Grenzen des Anwendungsbereichs Personzentrierter Psychotherapie¹ geht, wird der Drogenbereich zuweilen gar an erster Stelle genannt.

Es ist unser Anliegen aufzuzeigen, dass die Personzentrierte Psychotherapie in der Behandlung Drogenabhängiger einiges an wertvollem Rüstzeug anzubieten hat und die Thematik seitens

Personzentrierter Therapeuten² mehr Aufmerksamkeit verdient. Insbesondere im Zuge neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Entwicklungen scheint es uns wichtig, die Positionierung des Personzentrierten Ansatzes in diesem Fachbereich neu zu überdenken.

Unser Anspruch ist keineswegs, hier ein umfassendes Behandlungskonzept vorzulegen. Vielmehr möchten wir einige auf praktischen Erfahrungen beruhende Überlegungen einbringen, von denen wir meinen, dass sie in der Arbeit mit Drogenabhängigen hilfreich sein können. Es ist uns bewusst, dass wir dabei verschiedentlich herkömmliche Konzepte und Annahmen in Frage stellen. Wenn unser Beitrag zu einer vertieften Auseinandersetzung mit dem Thema anregt, ist unser Ziel erreicht.

1 Äquivalent zur früher gängigen Bezeichnung „Gesprächspsychotherapie“ gebrauchen wir hier die Begriffe „Personzentrierte Psychotherapie“ oder einfach „Personzentrierte Therapie“. Wird in einem allgemeineren Sinne von der personzentrierten Arbeitsweise gesprochen, verwenden wir den Begriff „Personzentrierter Ansatz“ (PZA).

2 Mit Rücksicht auf den Textfluss verwenden wir jeweils nur die männliche Form. Selbstverständlich sind Vertreterinnen und Vertreter beider Geschlechter gemeint.

Wir beziehen uns primär auf Abhängigkeiten von Opiaten und Kokain. Wie eine systematische Literaturrecherche zeigt³, befassen sich die meisten von personenzentrierten Autoren verfassten Beiträge zu substanzbedingten Störungen⁴ mit der Alkohol-Abhängigkeit, welche sich in mancher Hinsicht (gesellschaftlicher Kontext, Konsummuster, Substanzwirkungen, Behandlungsansätze u. a.) von den hier im Fokus stehenden Drogenabhängigkeiten unterscheidet. Es fällt auch auf, dass die meisten dieser Beiträge auf abstinenzorientierten Konzepten basieren (z. B. Fiedler, 1998; Tasseit, 2001; eine Ausnahme bildet Happel, 1992).

Da abstinenzorientierte Ansätze in der heutigen Drogentherapie viel von ihrer Vorherrschaft eingebüsst haben, wollen wir uns zuerst kurz einigen allgemeinen Tendenzen im Feld der Behandlung von Drogenabhängigen zuwenden.

2. Aktuelle Entwicklungen in der Drogentherapie

Ausgeprägter als in den meisten andern europäischen Ländern entwickelte sich in der Schweiz eine starke Diversifikation der Angebote für Klienten mit substanzbedingten Störungen. Ausschlaggebend dafür war die Ballung von Heroinkonsumenten in Zentren wie dem Platzspitz in Zürich, welche Mitte der Achtziger Jahre und Anfangs der Neunziger zu schnellen Lösungen für eine grosse Zahl meist junger Drogenabhängiger drängte. Neben der Eröffnung einer ganzen Anzahl von abstinenzorientierten stationären Einrichtungen, den so genannten „Therapeutischen Gemeinschaften“, und von ambulanten „Kontakt- und Anlaufstellen“, wurde die Heroinsubstitution durch Methadonabgabe bei Hausärzten und Abgabezentren vorangetrieben, was mit einer deutlichen Relativierung abstinenzorientierter Behandlungsparadigmen einherging.

Es gilt dazu anzumerken, dass nicht-abstinenzorientierte Ansätze keineswegs abhängigkeitsfreundlich sind, sondern lediglich der Abstinenz nicht oberste Priorität im Behandlungskonzept einräumen. So stehen zum Beispiel palliative oder sozialintegrative Zielsetzungen im Vordergrund, welche eine Einschränkung des Drogenkonsums auf indirekte Weise begünstigen.

Tendenziell sind die abstinenzorientierten therapeutischen Gemeinschaften für Drogenabhängige, zumindest in der Schweiz, im

Abnehmen begriffen. Die meisten dieser Einrichtungen, die oft weit ab von städtischen Zentren geführt werden, zielen mittels pädagogischer Stufensysteme und ausgefeilter Regelwerke auf eine Art „Umerziehung“ der Klienten. Ernüchternde Untersuchungen zeigen indessen schon lange, dass die Rückfallquoten nach Rückkehr in den städtischen Alltag enorm hoch sind (Sorensen, et al., 1984). Auch liefern Studien keine erhärteten Hinweise, dass stationäre Settings stets bessere Erfolge zeitigen würden als ambulante. Erstere weisen hohe Abbruchraten auf (40–60%, z. B. Ascari et al., 2001) und sind nur für einen geringen Teil von Klienten Erfolg versprechend (Stohler & Dürsteler-MacFarland, 2003).⁵

Eine vergleichbare Tendenz zeigt sich auch bei den bis vor kurzem als Standard geltenden Entzugs- oder Entgiftungsbehandlungen. Die früher zuweilen mit ideologischem Eifer vertretenen „kalten“, wie auch die medikamentengestützten stationären „Entzüge“, weichen immer häufiger ambulanten ärztlichen Interventionen.

Die heutigen Behandlungsansätze sind eher pragmatisch als ideologisch begründet. Die Entwicklung hin zur Diversifikation führt zu den drogentherapeutisch relevanten Fragen, in welchem persönlichen und sozialen Kontext jemand Drogen benützt, welche Drogen involviert sind und welche Konsummuster die Abhängigkeit prägen. Für einen Schwerstabhängigen kann eine kontrollierte Drogenabgabe ebenso sinnvoll sein wie eine pädagogische Gemeinschaft für einen Jugendlichen mit Sozialisierungsdefiziten. Für eine sehr grosse Gruppe von Abhängigen erweisen sich ambulante Substitutionsprogramme als hilfreich⁶.

Was die ambulanten Behandlungen angeht, zeigen Erfahrungen, dass sich langjährige, schwere Störungen durch psychotrope Substanzen am ehesten in der Zusammenarbeit von Medizinerinnen, Psychotherapeuten und Sozialarbeitern behandeln lassen.

3. Die Notwendigkeit personenzentrierter Interventionen

Lange haben in der psychologischen Auseinandersetzung mit Abhängigkeit eher Verallgemeinerungen als Differenzierungen vorgeherrscht. Unterschiedlichste Abhängigkeiten, wie die Spiel-, Ess-, oder Sammelsucht wurden mit den Substanzabhängigkeiten zuweilen in eine Reihe gestellt. Dabei wurde gleichsam ein ‚Suchtcharakter‘ als Persönlichkeitsattribut der Abhängigen postuliert – ein

3 Die Literaturrecherche erfasst Publikationen, welche die Begriffe „personenzentriert“, „klient(en)zentriert“ oder „Gesprächspsychotherapie“ kombiniert mit „Sucht“, „Abhängigkeit“, „Alkohol“, „Drogen“, „Kokain“, „Heroin“, „Opiate“ beinhalten (deutsch und englisch); berücksichtigt wurden die Literaturdatenbanken PUBMED, PSYCLIT, PSYINDEX und Peter F. Schmid's Website bis zum Januar 2005.

4 Grundsätzlich von ‚Sucht‘ zu reden, gilt in der heutigen Fachliteratur aufgrund der unklaren Breite des Begriffs, der sehr spezifisch wirkenden Substanzen und der unterschiedlichen Störungsbilder als unpräzise. Deshalb ist es heute zunehmend Usus, in Anlehnung an den im Englischen gängigen Begriff „substance use disorders“ von „substanzbedingten Störungen“ oder kurz „Substanzstörungen“ zu sprechen. Im ICD-10 werden unter dem Oberbegriff „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ jeweils genauere Differenzierungen vorgenommen.

5 In der Schweiz werden lediglich 2–10% aller Drogenklienten mit schweren Substanzstörungen durch Opiate und/oder Kokain stationär behandelt (act-info-FOS, 2004).

6 Bei der Evaluation des Methadonregisters des Kantons Zürich durch die Forschungsgruppe Substanzstörungen der PUK Zürich bei Klienten mit Störungen durch Opiode wurde gezeigt, dass nach sieben Jahren zwischen 70% und 85% der Klienten – unabhängig von der Art anderer Behandlungen (Entzug, stationäre Therapie oder alternative Substitutionsbehandlungen) – wieder zurück zur Methadonsubstitution kamen. Das sind abzüglich Sterberate und allfälligen Fortgezogenen nahezu 90% (Nordt et al., 2005).

Konstrukt, dass einer genaueren wissenschaftlichen Prüfung nicht standhalten kann (Görgen, 1993), denn Auffälligkeiten, wie sie im Rahmen der Behandlung vieler Klienten mit substanzbedingten Störungen beobachtet werden können, wie zum Beispiel verminderte Fähigkeit zur Selbstkontrolle, Vermeiden sozialer Kontakte, geringe Fähigkeit zur Benennung von Gefühlen, geringe Selbstwertschätzung u. a. (Fiedler, 1998), sind wohl eher das Resultat der Substanzstörung als prämorbid Persönlichkeitseigenschaften.

Der starke Fokus auf die Persönlichkeit und die dahinter vermutete Psychodynamik liess im Falle der Substanzabhängigkeiten oft eine simple Tatsache übersehen: die Bindungskraft der Drogen selber und die verheerende Eigendynamik, die daraus hervorgehen kann. Denn ein grosser Teil der Drogenabhängigen leidet nicht so sehr unter den Gründen, die zum anfänglichen Konsum geführt haben, als vielmehr unter der Abhängigkeit selber und deren Folgen. (Ganz im Sinne des Refrains eines alten französischen Chansons: „Je bois pour oublier, qu'il faudrait en finir!“⁷). Insofern greifen Therapieansätze, die bloss auf das Aufspüren von Ursachen fokussieren, zu kurz.

Die Einstiegsgründe in eine Abhängigkeit mögen in der Tat äusserst unterschiedlich sein und reichen vom unbedachten Mitmachen in der Peergruppe durch psychisch unauffällige Personen über kompensatorische Motive bis hin zur Einbindung in komplexe psychische Krankheitsprozesse (auf letztere wird in Abschnitt 5 Bezug genommen). Entsprechend variierend sind auch die Verläufe, mit den bekannten möglichen körperlichen, psychischen und sozialen Folgeerscheinungen.

Was die Behandlungswege angeht, hat sich gezeigt, dass Ansätze, bei denen Strafen und Kontrollen eine wesentliche Rolle spielen, oft Gefahr laufen oder gar daran scheitern, dass sich die Kreativität der Klienten primär auf das Unterwandern der Kontrollvorgaben richtet. Erfolg versprechen Therapien aller Erfahrung nach indessen vor allem dann, wenn die Auseinandersetzung der Betroffenen weniger auf fremde Grenzsetzungen ausgerichtet ist, als auf die Stärkung der Fähigkeit, die aus eigener Einsicht als notwendig erkannten Grenzen einzuhalten.

All diese Faktoren führen mit Blick auf die therapeutische Behandlung weg von normierten Verfahren, hin zu individuellen Begleitungen, die sich an den spezifischen Gegebenheiten des Einzelfalls orientieren. Dabei liegt es auf der Hand, dass nicht nur den äusseren Tatsachen, sondern auch der Einbettung der Abhängigkeit in die individuellen inneren Wertsysteme hohe Relevanz zukommt.

Im Wesentlichen sind es – nebst hinreichenden Fachkenntnissen über Drogen – die Qualitäten des Personzentrierten Ansatzes, die nach Meinung der Autoren hier gefragt sind: ein präzises Massnehmen am Bezugssystem des Klienten und eine unvoreingenommene Bereitschaft, sich auf dessen Welt einzulassen.

4. Leitgedanken zur psychotherapeutischen Begleitung

Wenn wir die Personzentrierte Therapie als geeigneten Zugang für die Arbeit mit Drogenabhängigen postulieren, muss ausgeführt werden, in welcher Weise entsprechende Interventionen dieser Klientel zugute kommen. Dabei setzen wir voraus, dass die Leserschaft mit den allgemeinen Prinzipien und Wirkmechanismen der Personzentrierten Psychotherapie vertraut ist, und gehen hier nur auf die Besonderheiten dieser Klientengruppe ein.

Im Zentrum jeder Gesprächspsychotherapie steht die auf der personzentrierten Haltung aufbauende Beziehung. Mit der Qualität dieser Beziehung steht oder fällt der Erfolg der therapeutischen Bemühungen. Kernpunkt ist dabei eine hohe Präsenz des Therapeuten, verbunden mit einem für den Klienten spürbaren Interesse an dessen Erleben. Die personzentrierte Haltung, wie sie hier verstanden wird, setzt eine gründliche Schulung und eine präzise, situationsangemessene Umsetzung der PZA-spezifischen Arbeitsprinzipien voraus.

Nach unserem Verständnis ist die von Rogers explizierte personzentrierte Haltung stets als Gesamtheit wirksam, das heisst, es ist das Zusammenwirken von empathischem Verstehen, bedingungs-freier Wertschätzung und Kongruenz des Therapeuten, welches eine interaktionelle Situation schafft, die relevante persönliche Veränderungen beim Klienten begünstigt.

Im Bewusstsein, dass das Auseinanderdividieren der Wirkfaktoren des Personzentrierten Ansatzes stets zu verkürzten Aussagen führt, versuchen wir im folgenden unter anderem aufzuzeigen, welche besondere Bedeutung den einzelnen Haltungsaspekten bei der hier im Fokus stehenden Klientengruppe zukommt. Danach gehen wir kurz auf einige behandlungstechnische Gesichtspunkte und Settingsfragen ein.

Wertschätzendes Begleiten

Wer in das Fangnetz einer Substanzabhängigkeit geraten ist, braucht viel Kraft und Geschick, um sich daraus zu lösen. Jeder, der sich intensiver mit Abhängigen befasst hat, weiss, dass bei fast allen periodisch ein starker Wunsch nach Ausstieg aus den Fängen der Abhängigkeit, die oft als Sklaverei erlebt wird, vorhanden ist (wo dies nicht der Fall ist, wird es auch kein Bedürfnis nach Psychotherapie geben).

Mangelndes Umsetzungsvermögen, oft begünstigt durch unrealistische Zielsetzungen, führt zu zunehmender Resignation und negativen Versager-Selbstbildern. Gerade stark abstinenzorientierte Ansätze tragen häufig zu einer Steigerung dieser Dynamik bei (Barth, 2001), indem sie überhöhte Abstinenzideale schaffen, die in grosser Dissonanz zu dem stehen, was für den Abhängigen tatsächlich realisierbar ist. (So wie nicht für alle Übergewichtigen eine Nulldiät das Richtige ist, sind auch für Schritte in Richtung Abstinenz Mass und Mitte nötig. Niemand wird sein erstes Lauftraining mit der Olympianorm im Kopf absolvieren.)

⁷ „Ich trinke, um zu vergessen, dass ich damit aufhören sollte!“

Rigide Abstinenzideale werden oft als Selbstbewertungskriterien verinnerlicht und sind einer ausgewogenen Selbststeuerung alles andere als zuträglich. Das Selbstwertgefühl des Klienten steht und fällt dann mit dem Einhalten dieser Ideale. Insofern ist es nicht erstaunlich, dass statistisch gesehen die Suizidgefährdung von Drogenabhängigen bei Rückfällen nach Abstinenzkuren besonders hoch ist (Drake et al., 2004; Strang et al., 2003).

Eine therapeutische Begleitung, die solche Muster nicht verstärkt, sondern eine kontinuierliche, nicht an Bedingungen geknüpfte Wertschätzung gewährt, ist hier von grösstem Wert. Die therapeutische Beziehung muss den Höhen und Tiefen des Weges des Klienten standhalten. Gerade in Krisenzeiten ist eine Beziehungsstruktur hilfreich, die eine offene Kommunikation erlaubt.

Die Therapie sollte auch einen Kontrapunkt zu ungünstigen Reaktionsweisen von Umfeld und Angehörigen des Abhängigen darstellen können, welche nicht selten in konzertierter Weise bei Abstinenzphasen des Klienten entspannt aufatmen und bei Rückfällen in besorgte Aufregung und Stress verfallen, so dass ein wohlmeinendes aber wenig hilfreiches Mitagieren entsteht. Die bedingungsfreie Wertschätzung des Personenzentrierten Therapeuten zeichnet sich dagegen durch eine gewisse Gelassenheit aus. Es ist in keiner Weise wünschenswert, dass der Klient sich dem Therapeuten gegenüber schuldig oder klein fühlen muss, wenn er Drogen konsumiert. Zuckerbrot und Peitsche gehören nicht in eine Personenzentrierte Therapie. Es ist das Privileg des Therapeuten, weder erziehen noch richten zu müssen. Seine Aufgabe ist es, dem Klienten bei seinem Bemühen beizustehen, sein entgrenztes Verhalten wieder in den Griff zu bekommen.

Kongruenz und autochthone Grenzsetzungen

Zunächst soll hier von der Kongruenz des Klienten die Rede sein. Drogenabhängigen werden oft Verleugnungstendenzen und Unehrlichkeit unterstellt. Im Rahmen so genannter Konfrontationen werden nicht selten drastische Massnahmen propagiert und angewandt, um Abhängige dazu zu bringen, sich den Wirklichkeiten zu stellen und zu ihren Schwächen und Fehlern zu stehen⁸. Dabei wird übersehen, dass die Tatsachen des Lebens gerade bei schwer Abhängigen oft viel zu schmerzhaft sind (Beziehungs- und Statusverluste, Schulden, Krankheiten usw.), als dass sie ohne weiteres unbeschönigt wahrgenommen und realitätsbezogen ins Selbstbild integriert werden könnten. Manches muss abgewehrt werden, damit der Klient vor sich selber bestehen kann. Unreflektiertes Zertrümmern der Abwehr zeitigt kontraproduktive Ergebnisse – oft bleibt nur der „Schutz“ durch erneuten Drogenkonsum. (Der Drogenrausch kann als eine Art „Scheinkongruenz“ verstanden werden, worin das Erleben von Dissonanzen vorübergehend ausgeschaltet ist.)

8 Zur Zeit von Rogers waren die sog. Synanon-Drogentherapiegruppen sehr verbreitet, in denen stark mit solchen Konfrontationen gearbeitet wurde. Rogers (1970a/1974, S. 73) würdigt zwar in allgemeiner Weise deren Arbeit, distanziert sich jedoch klar von jeglichem Dogma „unnachgiebigen Attackierens“.

Weil sich Kongruenz beim Klienten nicht erzwingen lässt, muss ein therapeutischer Rahmen so beschaffen sein, dass er dem Drogenabhängigen erlaubt, seiner Geschichte und seiner Gegenwart unbedrängt zu begegnen. Es ist die personenzentrierte Haltung, die tatsächengerechte Integrationsschritte begünstigt. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Kongruenz und Integrität des Therapeuten. Nicht Moral und Besserwisserei sind gefragt, sondern eine ernsthafte und ehrliche gemeinsame Auseinandersetzung mit den oft schwer zu bewältigenden Lebenssituationen.

Auf dem Boden therapeutischer Kongruenz (im Sinne von Echtheit und Transparenz) sind aber auch klare Grenzen zu setzen, nämlich dort, wo Vereinbarungen und Verbindlichkeiten unverträglich stark missachtet werden. Abhängigkeiten sind kein Freipass für unsoziales Verhalten, und personenzentriert zu arbeiten heisst nicht, jedes Fehlverhalten bereitwillig zu akzeptieren. In der konkreten Therapiebeziehung auftauchende Ärgernisse anzusprechen und Grenzen zu markieren hat eine andere Qualität, als sich zum Anwalt von Regeln zu machen, die durch Dritte auferlegt wurden. Grenzsetzungen erfolgen hier nicht aus kurzschlüssigen edukativen Motiven, sondern einerseits aus einem achtsamen Umgang des Therapeuten mit seinen eigenen Ressourcen und andererseits, um über dessen offen kommunizierte Gefühlsreaktionen eine authentische Auseinandersetzung mit den jeweiligen Themen zu fördern. Dies kommt letztlich auch der Empathie- und Beziehungsfähigkeit des Klienten zugute.

Die beim Therapeuten auftauchenden Gefühle sind generell – und dies gilt auch für das hier im Fokus stehende Arbeitsfeld – ein zentrales Arbeitsinstrument der Personenzentrierten Psychotherapie. Sie sind für die kontinuierliche Überprüfung der Kongruenz im Kontakt mit dem Klienten nutzbar und dienen als Indikatoren, ob die therapeutische Wahrnehmung in unbeeinträchtigt Weise durch bedingungslose Wertschätzung und Empathie geprägt ist (vgl. Biermann-Ratjen et al., 1995). Auch können vom Klienten abgewehrte Gefühle stellvertretend beim Therapeuten in Erscheinung treten. Durch deren bewusste, wertschätzende Wahrnehmung und angemessene Kommunikation wird eine Grundlage für integrative Schritte beim Klienten geschaffen.

Es muss in diesem Zusammenhang gesagt werden, dass die Arbeit mit drogenabhängigen Klienten zuweilen sehr belastend sein kann. Sich der nahen Begegnung mit diesen oft leidvollen und konfliktreichen Lebenswelten auszusetzen, kann eine Vielfalt schwer erträglicher Gefühle wie Hilflosigkeit, Wut oder auch Angst evozieren. Immer wieder mitzuerleben, wie sich Menschen sinnlos besserer Perspektiven berauben oder wie sich ihre Hoffnungen abrupt zerschlagen, kann auch ausgewogen abgegrenzten Therapeuten nahe gehen. Zur Arbeit im Drogenbereich gehört zudem die Konfrontation mit Krankheiten, Notfällen, Verlusten und Tod. Nicht selten haben solche Ereignisse ein traumatisierendes Potenzial, dem sich auch anteilnehmende Drittpersonen wie die Therapeuten nicht ohne weiteres entziehen können.

Bewusste Psychohygiene und unterstützender Austausch mit Fachkollegen sollten in diesem Arbeitsbereich nie fehlen. Es gilt für den Therapeuten, all seine Gefühlsreaktionen sorgfältig zu beachten und sie wenn nötig in Inter- oder Supervisionen zu thematisieren. Insbesondere ist dabei stets zu differenzieren, ob es sich um therapeutisch wertvolle Resonanzen auf den Klienten handelt, oder aber um durch den Therapieprozess angerührte – genau so ernst und wichtig zu nehmende – eigene Verletzlichkeiten.

Empathie

Manche, die mit Drogenklienten arbeiten, fallen hinsichtlich ihres emotionalen Engagements in eines der beiden Extreme: eine unbegrenzte Verführbarkeit oder aber eine überabgegrenzte Unnahbarkeit. Oft korrelieren diese Haltungen mit einer Sicht des Abhängigen als Opfer, beziehungsweise als einem, der selber die Schuld trägt an seiner Situation (mitunter zeigt sich diese Teilung auch in der gesellschaftlichen Beurteilung Abhängiger).

Keine dieser Haltungen ist hilfreich. Weder ist es von therapeutischem Wert, all die emotionalen Höhen und Tiefen einer Abhängigkeitsgeschichte empathisch nachzuvollziehen, noch nützen aus kühler Distanz erteilte Ratschläge (von denen Abhängige in der Regel von allen Seiten genügend bekommen).

Empathie kann sich als kommunikativer Prozess der Personzentrierten Therapie (Auckenthaler und Bischoff, 2004) auf unterschiedlichen Ebenen manifestieren. In der Arbeit mit drogenabhängigen Klienten kommt dem empathischen Verstehen des inneren Erlebens, namentlich dem Erkennen und Differenzieren von Gefühlen, dem Klären widersprüchlicher Bedürfnisse und dem Erfassen handlungsbestimmender Sinnkonzepte, eine ebenso wichtige Rolle zu, wie einem wachen Interesse an den Bestrebungen des Klienten zur Verbesserung seiner aktuellen Lebenssituation und an seinen sozialen Bezügen (Arbeit, Familie, Umfeld)⁹.

Im Unterschied zu Behandlungen, die lediglich auf die äusseren Umstände des Klienten und seine Bewältigungskompetenz solchen Umständen gegenüber fokussieren, hat in der Personzentrierten Therapie das präzise Wahrnehmen individueller Wertsetzungen und Bedeutungsgehalte einen zentralen Stellenwert. Begünstigt und gestützt durch das empathische Verstehen des Therapeuten, kann sich beim Klienten ein innerer Suchraum eröffnen, in welchem er seine Handlungsmotive, Emotionen, Stärken und Zweifel besser kennen und verstehen lernt. Auch disfunktionale Besonderheiten des Klienten, wie etwa selbstdestruktive Tendenzen, können so erkannt und der gemeinsamen Bearbeitung zugänglich gemacht werden.

Ein derartiger Explorationsrahmen fördert insbesondere auch das Erkennen von impliziten Annahmen über die eigene Person, das eigene Verhalten und den eigenen Lebensentwurf. Als Beispiel

sei hier ein junger Klient erwähnt, der im Laufe der Therapie herausfand, dass er seinen exzessiven Drogenkonsum vor sich selber immer wieder damit zu rechtfertigen pflegte, dass er als Drogenkonsument ohnehin nicht älter als dreissig würde. Solch authentische Erkenntnisse bilden eine solide Grundlage für Veränderungen.

Angesichts der Variationsbreite möglicher kontextueller Einbettungen einer Drogenabhängigkeit lassen sich schwerlich allgemein gültige Aussagen darüber machen, worauf sich die therapeutische Empathie bei Drogenpatienten stets besonders auszurichten hätte. Vielmehr werden sich relevante Themenbereiche jeweils in der individuellen Arbeit herauskristallisieren. Der grösste gemeinsame Nenner liegt indessen in einem gemeinsamen (durch empathisches Verstehen geprägten) kreativen Suchen nach individuell angemessenen Möglichkeiten, die Kontrollkompetenz des Klienten gegenüber der erlebten Macht der Drogen zu erhöhen, mit widersprüchlichen kurz- und langfristigen Bedürfnissen (z. B. Rauscherlebnis versus übergeordnete Ziele) zuträglichere Umgangsformen zu finden und zu einer für den Klienten insgesamt befriedigenderen Lebensqualität zu gelangen.

Wie stets in der Personzentrierten Psychotherapie geht es letztlich darum, dass der Klient aufgrund einer verbesserten Wahrnehmung seiner selbst neue Wahlfreiheiten gewinnt. Mit den Worten von Biermann-Ratjen kann das therapeutische Angebot nicht mehr beinhalten, als den Klienten in seinen Bemühungen um sich selber zu unterstützen (Biermann-Ratjen et al., 1995).

Nicht-direktives Vorgehen

Ein wesentliches Merkmal des Personzentrierten Ansatzes ist das nicht-direktive Vorgehen. Der Therapieprozess entwickelt sich nach seiner eigenen Logik und es gibt keinen Grund, der Aktualisierungstendenzen zu misstrauen und mit thematischen Vorgaben oder Einschränkungen in den Prozess einzugreifen (Rogers, 1962a/1977). Dies gilt nach unserem Erachten auch für die Arbeit mit Drogenabhängigen¹⁰. Auch wenn die Bindungskräfte der Drogen den wachstumsorientierten Kräften als starke Gegenspieler gegenüberstehen, bleibt es stets die Aufgabe der Personzentrierten Therapie, für die Entfaltung und Durchsetzung der letzteren optimale Bedingungen zu schaffen.

Im Laufe einer Therapie bedingen unterschiedliche Phasen und Zustände der Klienten unterschiedliche thematische Prioritäten. Die Brennpunkte dessen, was vom Klienten als bedeutsam und wichtig erlebt wird, sind in stetigem Fluss. Dieser Fluss strukturiert beim personzentrierten Arbeiten den therapeutischen Dialog.

⁹ Verlässliche Langzeitbegleitungen zur Verbesserung der psychosozialen Situation von Drogenabhängigen sind bereits an sich von erwiesenem Wert (Amato et al., 2004; Drake & Mueser, 2000).

¹⁰ Einer vom Therapeuten initiierten, speziellen Fokussierung auf den Substanzkonsum, wie sie von einigen Autoren für Alkoholabhängige Klienten (z. B. Finke, 2004) auf Grund der alkoholspezifischen Verleugnungsstrategien empfohlen wird, stehen wir für den – wie eingangs erwähnt – sich in mancher Hinsicht unterscheidenden Drogenbereich eher skeptisch gegenüber. Die Gedanken von Heroin- und Kokainabhängigen sind ohnehin meist stark auf substanzbezogene Inhalte eingeeignet, so dass die Auseinandersetzung mit anderen Themen an sich oft schon zuträglichen Charakter hat.

Im Falle drogenabhängiger Klienten gilt es zu beachten, dass aufgrund von zuweilen stark wechselhaften Phasen besonders verschiedenartige Schwerpunkte zu erwarten sind. In Zeiten häufigeren Konsums werden für den Klienten oft alltagspraktische Themen im Vordergrund stehen. Vielfach geht es dabei um konkrete Bewältigungsstrategien (wie schafft er es, heute ohne erneuten Konsum nach Hause zu kommen? Gibt es Hilfestellungen zum Einhalten des nächsten Termins? Wie schafft er es, am Wochenende an der Familienfeier teilzunehmen?). Im therapeutischen Umgang damit ist hier weniger ein „nicht-direktives Erteilen von Ratschlägen“ gefragt, als vielmehr ein personenzentriertes Begleiten des Suchprozesses nach möglichen Lösungen. Eine Therapeutenäußerung könnte auf das erste der obigen Beispiele bezogen etwa lauten: „Ohne Drogenkonsum zu Fuss durch die Szene nach Hause zu gehen, trauen Sie sich im Moment nicht zu. Mit dem Bus hingegen, denken Sie, sollte es gehen.“

In stabileren Phasen – oft begünstigt durch angemessene Substitution – kann es demgegenüber zu vertieften Explorationen im oben umschriebenen Sinne kommen. Der Klient gewinnt an Kompetenz im Umgang mit seiner inneren und äusseren Lebenswelt, indem er seine Erlebens- und Handlungsmuster, gerade auch in Bezug auf den Konsum, besser verstehen und auch seine Ressourcen besser wahrnehmen lernt. Es entsteht ein Gewinn an Autonomie, der ihn näher dazu führt, wieder Herr im eigenen Haus zu werden.

Auch bei einer nicht-direktiven Vorgehensweise können verschiedene in den Prozess eingebundene therapeutische Inputs unseres Erachtens durchaus ihren Platz haben. In erster Linie gehört dazu das Einbringen von Fachwissen, was die Wirkungen der Substanzen betrifft. Solches Wissen erhöht die Selbstkompetenz des Klienten im Umgang mit den Suchtmitteln. Ohne Drohhänger können so die Risiken des Drogenkonsums zunehmend adäquater eingeschätzt werden.

Zu den hilfreichen Inputs von Therapeutenseite – die sich als Aspekt therapeutischer Kongruenz konzeptualisieren lassen – gehört sicher auch das aufmerksame Feststellen und Rückmelden von beim Klienten wahrnehmbaren Fähigkeiten und Ressourcen. Solche Rückmeldungen können Kräfte mobilisieren und den Klienten beim Optimieren seiner Bewältigungsstrategien unterstützen.

Eine tragfähige Zusammenarbeit zwischen Klient und Therapeut wird sich wohl vor allem dann entwickeln, wenn sich die Nicht-Direktivität in einem natürlichen, flüssigen Dialog manifestiert. Die personenzentrierte Therapeutenhaltung schafft die Leitplanken des Gesprächsflusses. Dabei gilt es zu beachten, dass Wertschätzung, Empathie und Kongruenz nie als theoretische Konstrukte wirksam sind, sondern ausschliesslich durch eine gelebte Umsetzung und situationsgerechte Konkretisierung durch den Therapeuten.

Settingsfragen

Grundsätzlich sind personenzentrierte Interventionen sowohl im stationären als auch im ambulanten Therapierahmen möglich. Voraussetzung für eine Therapie nach den hier dargestellten Prinzipien ist in der Regel die Freiwilligkeit. Zuweilen lässt sich allerdings auch

bei unfreiwilligen Vorgaben, zum Beispiel bei einer Zuweisung durch die Justiz, konstruktiv arbeiten, wenn der Klient die Therapie als persönliche Chance wahrnimmt.

Wenn die Therapie in einem stationären oder teilstationären Rahmen stattfindet, ist darauf zu achten, dass der Therapeut nicht durch verhaltenspädagogische Institutionsregeln in Sachzwänge eingebunden ist, welche sich negativ auf das Vertrauensverhältnis zum Klienten auswirken können (wie etwa die Pflicht, im Therapiegespräch thematisierten Drogenkonsum dem gesamten Behandlungsteam zu melden). Erfreulicherweise gestehen hier manche Institutionen den Psychotherapeuten einen breiten Freiraum zu.

Immer öfter sind ambulante Settings anzutreffen. Es gibt sie in Beratungsstellen und Ambulatorien, aber auch in privaten Praxen. Es ist wichtig, sich hier auf tendenziell langzeitige Begleitungen einzustellen und von Anfang an klare Abmachungen bezüglich Absenzen, finanziellen Belangen und sonstigen Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit zu machen. Auch wenn Verbindlichkeiten eingefordert werden dürfen, ist das ambulante Arbeiten mit dieser Klientel ohne ein gewisses Mass an Toleranz wohl unrealistisch. In der Arbeit mit Drogenklienten gehören Therapieunterbrüche und auch -abbrüche zur Realität des Behandlungsalltags. Wichtig scheint uns indessen, dass die Türen zur Therapie offen bleiben.

Abstinenz ist keine Voraussetzung für die Therapie, aber wenn der Klient offensichtlich „benebelt“ erscheint, ist zu diesem Zeitpunkt kein sinnvolles Arbeiten möglich. Das Ansprechen des subjektiven Eindrucks ist hier sicher wichtiger als Objektivierungsversuche durch Urinproben und dergleichen.

Werden die Therapien von nicht-ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, ist eine Zusammenarbeit mit Ärzten vor allem dann unabdingbar, wenn mit Substitutionen gearbeitet wird. Substitutionsmittel können als Gehhilfen verstanden werden. Ebenso wie Gehkrücken bei Beinverletzungen genügend Stabilität bieten und nicht vorzeitig weggelegt werden sollten, ist bei Substitutionsbehandlungen auf eine genügend hohe Dosierung und eine genügend langfristige Behandlungsdauer zu achten¹¹. Wo diesbezüglich nicht explizit oder implizit die Abstinenzideale der Therapeuten einwirken, können Klienten ihre Bedürfnisse oft sehr genau einschätzen.

Zur Illustration dazu die kurze Verlaufsbeschreibung einer mehrjährigen ambulanten Therapie mit einem drogenabhängigen jungen Mann:

Rolf, ältester Sohn einer auf dem Lande lebenden Kleinunternehmer-Familie, hatte in früher Jugend angefangen, Partydrogen und Cannabis zu konsumieren und geriet im Laufe seiner Verkäuferlehre

11 Dies gilt namentlich für die Substitution mit Methadon oder Buprenorphin bei Heroinabhängigen (Amato et al., 2005). Für Kokainabhängigkeiten wurden noch keine überzeugenden Substitutionsmittel gefunden, wobei erfolgreiche Wirkungen von Konsum reduzierenden und Abstinenz verlängernden Substanzen wie zum Beispiel Disulfiram und Modafinil (Wiesbeck und Dürsteler-MacFarland, 2006) bisher wissenschaftlich zumindest teilweise bestätigt wurden. In der Praxis finden sie bereits erste Anwendungen.

mit etwa neunzehn Jahren in eine starke Opiat-Abhängigkeit (Heroin-Folienrauchen und hohe Dosen auf der Gasse erworbenes Methadon). Mehrere stationäre Entzugsbehandlungen blieben ergebnislos.

Beim Einstieg in die Psychotherapie war Rolf 23-jährig und lebte, nach einigen Jahren ausser Haus, wieder bei seinen Eltern. Ganz zu Beginn fanden unsere Therapiegespräche in einem teilstationären Rahmen statt, später in ambulanter Praxis, beides unter kontinuierlicher Methadon-Substitution.

Die Psychotherapie mit Rolf wurde im oben dargestellten Sinne nach den Prinzipien des Personzentrierten Ansatzes durchgeführt. Da er keinerlei Sanktionen zu befürchten hatte, konnte Rolf seinen Drogenkonsum, den er während zeitweiliger Krisen hatte, ohne weiteres thematisieren. Er nutzte den vertrauensgeprägten Therapierahmen zur Auseinandersetzung mit Erfolgen und Misserfolgen bei seinem Bemühen, das Drogenproblem in den Griff zu bekommen. Gleichzeitig explorierte Rolf in einem nicht-direktiven Prozess wichtige Themenbereiche seines Lebens, wie Familie, Arbeit, Sexualität usw. Ein zentrales Thema war die Beziehung zu seinem Vater, der ihm – so Rolfs Wahrnehmung – bloss wenig zutraute. In zunehmendem Mass wurde auch die Berufsfrage wichtig, weil sein erlernter Beruf in keiner Weise zu seinen technischen Interessen passte.

Im Laufe unserer Arbeit (Wertschätzung verleiht Flügel!) gewann Rolf an Selbstvertrauen. Er schaffte die Aufnahme für eine Computersupporter-Ausbildung, in welcher er bald zu den Klassenbesten gehörte. Zudem fand er eine Praktikantenanstellung und wurde dort als Person und Mitarbeiter sehr geschätzt. Rolfs Veränderungsprozess hatte gleichzeitig auch Auswirkungen auf seine Familie, was sich im gemeinsamen Haushalt spiegelte, der schrittweise von einer rigiden Eigenheimidylle zu einer Art Wohngemeinschaft von autonomen Erwachsenen mutierte. Zu seinem Vater entwickelte sich eine zunehmend herzliche Beziehung.

Bezüglich der Methadon-Substitution gewann Rolf viel Eigenkompetenz. Er baute im Laufe der Therapie – auf eigenen Wunsch und ohne jegliches äussere Drängen – auf eine Dosis ab, welche so gering ist, dass sie bloss noch wenig mehr als eine Placebo-Wirkung hat. Drogen sind in seinem aktuellen Leben kein Thema mehr.

Ich sehe Rolf heute, nach etwa fünf Jahren Therapiezeit, bloss noch sehr sporadisch alle paar Monate. Er hat seine Ausbildung erfolgreich abgeschlossen und konnte seine Stelle behalten. Er beabsichtigt, in eine höhere Fachschule im Informatikbereich einzutreten und ist mit einem Kollegen in eine eigene Wohnung gezogen. (M.B.)¹²

5. Klienten mit Dualdiagnosen

Untersuchungen in der Schweiz zeigen, dass der ehemals typische Drogenkonsument, wie er am Platzspitz zu finden war, zunehmend seltener wird. Immer häufiger finden wir aber Klienten – oft

jüngere – mit Dualdiagnosen (s. z. B. Moggi, 2004). Das bedeutet für die Behandlung, dass ein spezifisches Wissen über die Kurz- wie auch Langzeitwirkungen von oft mehreren Substanzen und deren Interaktionen mit einer oder mehreren komorbiden psychischen Störung(en) vorhanden sein muss. Da hier mitunter psychopharmakologische Interventionen angebracht sind, ist in diesen Fällen eine Zusammenarbeit mit Medizinerinnen besonders angezeigt.

Substanzbedingte Störungen können als Komplikationen mit allen psychiatrischen Diagnosen einhergehen. Oft spielt dabei das Bedürfnis nach Selbstregulierung der psychischen Befindlichkeit eine erhebliche Rolle. Der Fokus wissenschaftlicher Aufmerksamkeit fiel im Laufe der letzten Jahre auf unterschiedliche Komorbiditäten, wie Depressionen, hyperaktive Störungen, Persönlichkeitsstörungen und seit kurzem auch posttraumatische Störungen (Moggi, 2004; Reynolds et al., 2005; Verheul et al., 1995), wobei zwischen den beiden letztgenannten, zusätzlich zu den hohen Komorbiditäten zu substanzbedingten Störungen, weitere Überlappungsbereiche bestehen (Yen & Shea, 2001).

Die Komplexität solch schwerer und gemischter Störungsbilder verlangt nach besonders spezifischen, stark am Individuum ausgerichteten Behandlungsansätzen. Unter anderem muss der Therapeut sehr genau zu verstehen versuchen, welche Bedeutung dem Drogenkonsum im Gesamtkontext des Krankheitsgeschehens zukommt.

Es ist eine der Stärken des Personzentrierten Ansatzes, der subjektiven Welt des Klienten mit unvoreingenommenem Interesse und Respekt zu begegnen. Gerade Klienten mit Drogen-Dualdiagnosen laufen Gefahr, in klinischen oder anderweitigen Behandlungskontexten auf sehr wenig empathische Resonanz zu stossen. Bestehende Inkongruenzen werden durch eine entwertende Umgebung oft verstärkt, was wiederum ungünstige Auswirkungen auf den Drogenkonsum haben kann. Umso wichtiger ist es, sich als Therapeut auch auf solch schwierige Klienten mit einer kongruenzfördernden, personzentrierten Haltung einzulassen.

Sven, ein Klient mit Borderline-Diagnose und langjährigem starkem Drogenkonsum, der in Krisenzeiten wegen psychotischer Episoden und Suizidalität mehrmals hospitalisiert werden musste und längere Zeiten in Drogeninstitutionen verbracht hatte, schrieb Jahre nach unserer mehrjährigen Therapie, als er sich sowohl psychisch als auch in Bezug auf den Drogenkonsum stabilisiert hatte, in einem berührenden Dankesbrief, dass das, was ihm letztlich geholfen habe („... was meine Störung soweit hingebogen hat, dass ich den Rest aus eigener Kraft schaffen kann ...“), nicht institutionelle Programme gewesen seien, sondern ein paar Menschen, von denen er sich verstanden und ernst genommen gefühlt habe, die an ihn geglaubt hätten und ihm das Gefühl vermittelten, dass sein Leben etwas Wertvolles sei. (M.B.)

12 Klientenbeispiele anonymisiert

6. Schluss

Wir sind von der Feststellung sich verändernder Behandlungsparadigmen ausgegangen – weg von primär abstinentenorientierten Ansätzen, hin zu einer breiten Diversifikation – und haben eine Reihe von Argumenten erörtert, weshalb der Personzentrierte Ansatz aus unserer Sicht im Bereich der Drogentherapie eine stärkere Beachtung verdient. Als wesentlichste Punkte wurden dabei die folgenden genannt:

- die starke Ausrichtung der Personzentrierten Therapie auf die besonderen Gegebenheiten bei jedem einzelnen Klienten und die Wahrnehmung seines individuellen Wert- und Bezugssystems
- die kontinuierlich-wertschätzende Haltung, welche resignativen Versager-Selbstbildern entgegenwirkt und auch in Krisenzeiten Halt gibt
- der nicht-bedrängende Therapierahmen, der eine Integration verleugnend abgewehrter Inhalte begünstigt
- die Förderung einer autonomen Selbststeuerung, die nicht auf von aussen auferlegten Regeln, sondern auf Selbstexploration und vom Klienten ausgehenden Lösungsansätzen beruht
- die sich am Prozess des Klienten orientierende Auseinandersetzung mit hier und jetzt relevanten Fragen

Auf Settingsfragen wurde im Rahmen dieses Artikels nur kurz eingegangen. Personzentriertes Arbeiten ist unseres Erachtens sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting möglich. Als hilfreich

wurde die Zusammenarbeit mit Mediziner*innen nahe gelegt. Dies sowohl mit Blick auf die Verordnung von Substitutionen als auch auf allfällige pharmakologische Interventionen bei der Behandlung komplexer psychischer Störungen, die unter Umständen mit Drogenabhängigkeiten einhergehen können.

Wir beanspruchen keineswegs, hier einen für alle Drogenklienten Erfolg versprechenden Zugang dargestellt zu haben. Ohne Zweifel wird es Klienten geben, die, aus welchen Gründen auch immer, auf andere therapeutische Angebote besser ansprechen. Wir haben eingangs die Wichtigkeit der Orientierung an den spezifischen Gegebenheiten des Einzelfalls betont. Normierten und manualisierten Therapieprogrammen, wie sie heute zunehmend Verbreitung finden, stehen wir skeptisch gegenüber. Gerade weil eine Drogenabhängigkeit in unterschiedlichste Kontexte eingebunden sein kann, lässt sich keine einheitliche, für alle Klienten zuträglichere Therapieformel finden.

Es sei abschliessend angemerkt, dass die therapeutische Begleitung von Drogenabhängigen eine anspruchsvolle Aufgabe ist. Abhängigkeiten gehen oft mit langen Leidensgeschichten einher und lineare Besserungsverläufe sind aufs Ganze gesehen eher die Ausnahme als die Regel. Nichtsdestoweniger sind wir als Therapeuten herausgefordert, Bedingungen fachlicher und zwischenmenschlicher Art zu schaffen, die Auswege aus dieser Form des Leidens begünstigen. Es war unsere Absicht aufzuzeigen, dass die Personzentrierte Psychotherapie hierzu über wertvolle Ressourcen verfügt.

7. Literatur

Act-info-FOS. Nationale Suchthilfestatistiken Schweiz. Jahresstatistiken 1993–2004. http://www.suchtforschung.ch/fos/neu_teilstatistiken.html [Aufgerufen am 21.08.05].

Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S., Ferri, M. & Mayet, S. (2004). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 18(4).

Amato, L., Davoli, M., Perucci, C., Ferri, M., Faggiano, F. & Mattick, R. (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 321–329.

Ascari, A., Astolfo, R., Capra, N., Carletti, L., Ceron, U., Consoli, A., De Facci, R., Galeone, D., Lovato, A., Massimi, M., Mazzi, G., Nicoletti, G. & Selle, P. (2001). Evaluation of the results achieved by therapeutic communities: a description of the study and the preliminary results. *Journal for drug addiction and alcoholism*, No 4.

Auckenthaler, A. & Bischof, J. (2004). Empathie und Akzeptanz in der Verhaltenstherapie: eine Annäherung an die Gesprächspsychotherapie? *Psychotherapie im Dialog*, 4, 388–392.

Barth, M. (2001). Totale Abstinenz – darf's ein bisschen weniger sein? *DAJ-Bulletin*, 1, 4–5.

Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J., Schwartz H.-J. (1995). Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen (S. 26–33). Köln: Kohlhammer.

Darke, S., Ross, J., Lynskey, M. & Teesson, M. (2004). Attempted suicide among entrants to three treatment modalities for heroin dependence in the Australian Treatment Outcome Study (ATOS): prevalence and risk factors. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 1–10.

Drake, R. E. & Mueser, K. T. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 105–118.

Fiedler, D. (1998). Psychische Störungen durch Alkohol und ihre gesprächspsychotherapeutische Behandlung. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 2, 108–118.

Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie* (S. 136–144). Stuttgart: Thieme.

Görgen, W. (1993). Klientenzentrierte Einzeltherapie von Drogenabhängigen im stationären Setting. *GwG-Zeitschrift*, 68, 26–32.

Happel, H.-U. (1992). Krisenintervention im Sucht- und Drogenbereich. In U. Straumann (Hrsg.), *Beratung und Krisenintervention. Materialien zum theoretischen Wissen im interdisziplinären Bezug* (S. 192–206). Köln: GwG.

Moggi, F. (2002). *Doppeldiagnosen: Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*. Bern: Verlag Hans Huber.

Nordt, C., Stohler, R. & Rössler, W. (2005). Planung von Anschlussbehandlungen mindern Behandlungsunterbrüche. Resultate aus der Begleit-evaluation der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Nr. 12. <http://www.ssam.ch/MethiInfo12.pdf> [aufgerufen am 21.08.05].

- Reynolds, M., Mezey, G., Chapman, M., Wheeler, M., Drummond, C. & Baldacchino, A. (2005). Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 251–258.
- Rogers, C. R. (1970a/1974). *Encounter Gruppen. Das Erlebnis der menschlichen Begegnung*. München: Kindler Verlag. (Original erschienen 1970: On encounter groups. New York: Harper and Row.)
- Rogers, C. R. (1962a/1977). *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Kindler: München. (Original erschienen 1962: The interpersonal relationship. The core of guidance. In C. R. Rogers & B. Stevens, *Person to Person: The problem of being human* (pp. 89–104). Moab: Real People.)
- Sorensen, J. L., Deitch, D. A. & Acampora, A. (1984). Treatment collaboration of methadone maintenance programs and therapeutic communities. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10, 347–359.
- Stohler, R. & Dürsteler-MacFarland, K. M. (2003). Störungen durch Kokain und Opioide. *Therapeutische Umschau*, 60, 329–333.
- Strang, J., McCambridge, J., Best, D., Beswick, T., Bearn, J., Rees, S. & Gosop, M. (2003). Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. *British Medical Journal*, 32, 959–960.
- Tasseit, S. (2001). Was Psychologen in der medizinischen Rehabilitation von Suchtkranken machen. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 3, 3–4.
- Verheul, R., van den Brink, W. & Hartgers, C. (2001). Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: An overview. *European Addiction Research*, 1, 166–177.
- Wiesbeck, G. A. & Dürsteler-MacFarland K. (2006). Neue Entwicklungen in der Pharmakotherapie der Kokainabhängigkeit. *Nervenarzt*. http://www.springerlink.com/media/49te8d58qk5rxkc1wvtp/contributions/7/7/n/0/77n07x2366845575_html/fulltext.html [aufgerufen am 10.05.06].
- Yen, S. & Shea, M. T. (2001). Recent developments in research of trauma and personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 3, 52–58.

Autoren:

Matthias Barth (Jg. 1954), Psychologe und Personzentrierter Psychotherapeut (SGGT), hat während mehr als zehn Jahren in drogen-therapeutischen Einrichtungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und in ambulanter Praxis mit drogenabhängigen Klienten gearbeitet. Heute ist er in einem Ambulatorium für traumatisierte Flüchtlinge tätig und führt eine psychotherapeutische Praxis in Bern.

Michael Schaub, Dr. phil. (Jg. 1974), war bis vor kurzem als psychotherapeutischer Mitarbeiter in einer stationären Einrichtung für Drogentherapie tätig und arbeitet heute in ambulanter Praxis mit Klienten, die unter Substanzstörungen und schweren komorbiden psychischen Störungen leiden. Er ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Forschungsgruppe Substanzstörungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Korrespondenzadressen:

Matthias Barth
Brückenstrasse 8
CH-3005 Bern
E-Mail: mbarth@swissonline.ch

Michael Schaub
Itenhardstrasse 1a
CH-5620 Bremgarten
E-Mail: mschaub@psychology.ch

John Keith Wood

Großgruppenarbeit und der „Zustand der Mitte“

Die Auswirkungen von Gruppe, einfühlsamem Dialog und innovativem Lernen

Zusammenfassung: In diesem Aufsatz stellt John Wood, einer der Pioniere personenzentrierter Großgruppenarbeit, die Erfahrungen in großen Encounter-Gruppen in einen breiten kulturellen Zusammenhang, vor allem hinsichtlich außergewöhnlicher Bewusstseinszustände („Zustand der Mitte“). Er beschreibt deren Bedingungen und Wirkungen, die Notwendigkeit sorgfältiger Vorbereitung und Organisation von Großgruppen-Workshops, die möglichen außergewöhnlichen Lernerfahrungen und deren Bedeutsamkeit für die Psychotherapie. (Redaktion)¹

Schlüsselwörter: Personenzentrierte Großgruppen, außergewöhnliche Bewusstseinszustände, transpersonale Bewusstheit, Zustand der Mitte, bedeutungsvoller Dialog, innovatives Lernen.

Abstract: Large group work and the “middle state”. The effect of group, sensible dialogue, and innovative learning. In this paper John Wood, one of the pioneers of person-centred work in large groups, discusses the experiences in large group encounters within a broad cultural framework, particularly regarding exceptional mental states (“the middle state”). He describes its conditions and outcomes, the necessity of careful preparation and organization of large group workshops, their possible extraordinary learning experiences and the significance for psychotherapy.

Keywords: Person-centred large group encounters, exceptional mental states, transpersonal awareness, middle state, significant dialogue, innovative learning.

*Sobriety doth rob me of delight,
And drunkenness doth drown my sense outright;
There is a middle state, it is my life,
Not altogether drunk, nor sober quite.*

Omar-i-Khayyam²

Während der letzten zwanzig Jahre habe ich viel über den Personenzentrierten Ansatz und über Encounter in Großgruppen geschrieben. Ich habe versucht, die Implikationen des Ansatzes und seine Anwendungen klarzustellen, die weit über die Einzelpsychotherapie hinausreichen (Wood, 1995). Obwohl die Erfahrung in Großgruppen bei *einigen* Teilnehmern psychotherapeutisch wirkt, ist es nicht ganz richtig, diese Form der Arbeit mit Menschen als Therapie zu betrachten, wenn man sie genau verstehen und anwenden will. Tatsächlich würden die meisten personenzentrierten Großgruppen-Treffen die Voraussetzungen einer wirksamen und erfolgreichen klinischen Psychotherapie nicht erfüllen. Immer wieder schaden diese Gruppenbegegnungen nämlich genauso, wie sie nützen. Nichtsdestotrotz können sie ein wichtiger Kontext sowohl für echtes Lernen und persönliche Entwicklung, als auch für das Lernen als Gruppe sein (Wood, 1984).

Ich habe bereits darauf hingewiesen, dass der Personenzentrierte Ansatz ein gewaltiges Potenzial hat. Dieses Potenzial konnte jedoch

1 Die Redaktion dankt **Silvia Zanotta** für die Übersetzung. – John K. Wood hat diesen Artikel (Originaltitel des englischsprachigen Manuskripts „The effect of group, sensible dialogue, and innovative learning“) vor seinem Tod verfasst und nicht mehr endredigieren können (deshalb fehlen leider einzelne Belege bzw. sind sie unvollständig). Er hat den Abdruck einer Übersetzung in der PERSON noch ausdrücklich autorisiert. (Mail an P. F. Schmid vom 2. 3. 2003). Die Übersetzung wurde von Peter F. Schmid redaktionell bearbeitet.

2 Nüchternheit raubt mir alle Freude,
Und Trunkenheit ertränkt meine Sinne;
Es gibt einen Zustand der Mitte, nämlich mein Leben,
Weder ganz betrunken, noch wirklich nüchtern.

nicht immer realisiert werden, vielleicht weil es von denen, die es praktizieren, so viel verlangt (Wood, 1994a). Außerdem habe ich auch die vielen möglichen Entwicklungen in Großgruppen aufgezeigt und wie diese studiert werden können (Wood, 1994b, 1997). Schließlich habe ich in einer kurzen Übersicht vieles von dem, was ich selber gelernt habe, zusammengefasst (Wood, 1999). Diese Literaturangaben dienen dazu, den vorliegenden Artikel in einen größeren Zusammenhang zu stellen und Wiederholungen auf ein Minimum zu reduzieren.

Die Ziele dieses Artikels sind folgende:

1. Er soll einige Fallen aufzeigen, in die man bei „einem außergewöhnlichen Bewusstseinszustand“ tappen könnte, wie der amerikanische Psychologe und Philosoph William James (1896) dieses Phänomen nannte.
2. Er soll zeigen, dass dieser Bewusstseinsbereich eine bedeutende Rolle bei Begegnungen in Großgruppen spielt – zum Guten oder zum Schlechten.
3. Er soll auch darauf hinweisen, dass das Gute durchaus erreichbar ist. Das heißt, dass in der manchmal chaotischen Atmosphäre dieser Erfahrungen ein ausgewogener, kreativer Bewusstseinszustand (der mit dem Kern des psychotherapeutischen Prozesses übereinstimmt) erlangt werden kann.
4. Schließlich soll er die Bedingungen auführen, die einen sinnvollen Dialog und innovatives Lernen in Großgruppen fördern.

Der Kern des psychotherapeutischen Prozesses

Eugene Gendlin wurde vor allem durch die Erfindung seiner psychotherapeutischen Technik („Experienzielle Psychotherapie“) bekannt. Trotzdem betrachte ich seine Konzeptualisierung des Schlüsselphänomens eines wirksamen therapeutischen Prozesses als sein größtes Verdienst. Ihm ist es gelungen, in einem philosophischen Diskurs die konstruktive Beziehung zwischen der Vorstellungskraft und dem Verständnis des Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin einerseits und der inneren Welt des Klienten bzw. der Klientin³ andererseits zu beschreiben.

Der springende Punkt in diesem Prozess ist „felt sense“, das Bauch-Erleben des Klienten, welches die Suche nach der Bedeutung leitet. Der entscheidende Moment, wo man mit dem Gefühlten in Verbindung bleibt und daraus Bedeutung gewinnt, stellt ein sehr heikles Gleichgewicht dar, wo kreatives Lernen und Integration von Erfahrung stattfinden und wo es möglich (und auch wahrscheinlich) ist, dass man in Verwirrung gerät. Beidseitig drohen Abgründe: in einer Richtung exzessives Rationalisieren oder Intellektualisieren,

wobei der Kontakt mit der Emotion verloren geht; auf der andern Seite trübe Gefühlsduselei, wo es immer schwieriger wird, Bedeutung zu gewinnen.

Im besten Fall unterstützt in der Einzeltherapie der Psychotherapeut den Klienten dabei, den Fokus auf den wichtigen Moment des Erlebens zu richten. Obwohl es versucht wurde, ist es nicht gelungen, Einzelpsychotherapie in befriedigender Weise auf Gruppen zu übertragen – es kam lediglich zu lausigen Einzeltherapien vor Publikum. Auch theoretisch konnte der Gruppenprozess nicht zufriedenstellend erklärt werden.

Trotzdem gibt es da einen Zusammenhang. Obwohl es auf ziemlich andere Art erreicht wird, kommen der Augenblick des kreativen Verstehens und die Anleitung zu konstruktivem Handeln auch bei Gruppenteilnehmern vor. Dieser Moment markiert die Mitte auf dem Kontinuum verschiedener Bewusstseinszustände. Die eine, die rationale Seite reicht vom einfachen Benennen von Gefühlen, so präzise wie möglich formuliert, damit die Wörter die Gefühle beseelen, bis zur kompletten intellektuellen Dominanz, kaltem Reduktionismus, bar jeder tiefen Empfindung. Die andere, die emotionale Seite reicht von sanften Gefühlen, welche die bestimmenden Emotionen und Ausdrucksweisen begleiten, die von abgeleiteten Bedeutungen gewonnen werden, bis zum Verlust jeglicher vernünftiger Kontrolle, einem Verlorensein in hysterischer Trance.

Der Vorteil dieser Sichtweise ist nicht nur, dass sie Einzel- und Gruppentherapie-Prozesse verbindet, sondern dass sie dank ihrer langen Geschichte auch umfassende Beispiele zur Verfügung stellt, welche die Möglichkeiten konstruktiver und destruktiver Verhaltensweisen illustrieren. So ist es möglich, Einblick in diesen kreativen Zustand zu gewinnen und durch das Verstehen desselben die eigene Fähigkeit im Umgang mit den vielen bizarren Verhaltensweisen zu verbessern, die in Gruppierungen von Menschen vorkommen.

Am Grat der Kreativität: das wirkliche Leben

Der Mystiker Omar Khayyam aus dem 12. Jahrhundert betrachtete den Punkt, wo man das „wirkliche Leben“ im spirituellen Sinn erfährt, als „Zustand der Mitte“, als Kompromiss zwischen der „Nüchternheit“ der übertriebenen Vernunft einerseits und der „Trunkenheit“ der rücksichtslosen Gefühle andererseits. Es ist ein überaus heikler Zustand, welcher das richtige Maß an Hingabe und Selbstbehauptung erfordert.

Im 2. Jahrtausend v. Chr. traf eine Ziegenherde auf der Futersuche im felsigen Parnass-Gebirge in Griechenland auf einen Höhleneingang. Unter dem mysteriösen Einfluss dieses Ortes begannen sich die Tiere äußerst merkwürdig zu verhalten, „gar nicht wie Ziegen“. Der Ziegenhirt, durch die Aufregung angelockt, geriet ebenfalls in den Bann der geheimnisvollen Umgebung. Auch die von seinen pathetischen Reden und Prophezeiungen angelockten Neugierigen verfielen dem Wahn. Sie zitterten, schwitzten und

3 Anmerkung zur Übersetzung: Im Original wird genau auf die geschlechtergerechte Formulierung geachtet. In der Übersetzung wird wegen der Lesbarkeit zumeist jeweils der Gattungsbegriff verwendet.

schauderten im Delirium, waren in Panik und jauchzten gleichzeitig vor Freude, und viele stürzten sich in den Abgrund und wurden nie mehr gesehen.

Dieses Beispiel demonstriert die zerstörerische Macht, die eine starke, unbekannte Erfahrung auf Teilnehmer haben kann. Es gibt jedoch viele Wege, um die Wogen dieser turbulenten Gefühle, Vorstellungen und Gedanken sicher zu durchschiffen.

Es steht geschrieben, dass jene Göttin, die gleichzeitig Erde war und das Universum erschaffen hatte, die Kräfte dieser tiefen Höhle über dem Golf von Korinth nutzte. Geachtete Prophezeiungen wurden erstellt. Schließlich wurde ein Heiligtum für Apoll über der heiligen Grotte errichtet. Im 6. Jahrhundert v. Chr. war „die Übersetzerin zwischen Göttern und Menschen“, wie Plato sie nannte, schon seit tausend Jahren eine feste Institution. Gemäß den meisten Berichten setzte sich die Priesterin *Pythia* als *Orakel* auf ein Dreibein in das *adyton*, das Allerheiligste des Tempels, an den Rand des Abgrundes. Sie kaute ein Lorbeerblatt. Dann beugte sie sich über den Spalt und atmete die vom „Nabel der Erde“ aufsteigenden Dämpfe ein. Im „Kampf mit Apollo“ wurde sie „unterworfen“ und formulierte ihre berühmten *double entendres*, ihre zweideutigen Weissagungen. Die Übersetzungen dieser Prophezeiungen leiteten die Bittsteller bei anstehenden Entscheidungen und führten das Volk durch Voraussagen über zukünftige Kolonien, sichere und produktive Handelsrouten, zuverlässige Bündnisse oder Warnungen vor Epidemien und Krisen.

Heute ist das *Orakel* von Delphi still. Vielleicht entdecken jedoch Touristen in den sonnendurchfluteten Ruinen doch noch die Weisheit, gewonnen von den „sieben Weisen“, nach tausend Jahren von Ausflügen im Zustand der Mitte. Am Eingang des Tempels der Weisheit steht folgender Rat geschrieben:

Erkenne dich selbst (*Gnothi seauton*) – Um den deutschen Gelehrten Johann Wolfgang Goethe zu paraphrasieren: Man findet das Universelle im Einzelnen, die Einzigartigkeit im Millionenfachen. Lerne dieses Einzelne kennen, dieses wahre Selbst, wisse wo du in die Ganzheit des Lebens passt! Werde dir deiner Einzigartigkeit bewusst und werde gewahr, dass du deine Zeit und deinen Ort repräsentierst!

Mäßige dich! (*Meden agan*) – Respektiere das geziemende Maß und Ausmaß, indem du den Zustand der Mitte kultivierst – weder „Trunkenheit“ (zügellostes Sich-Hingeben an die eigenen Emotionen) noch „Nüchternheit“ (mutiges, aber bloß intellektuelles Beurteilen): Nimm mit ganzem Herzen teil, halte dich nicht zurück! Kämpfe für deine Meinung! Gib sie zugunsten einer besseren auf! Pflege die Aufrichtigkeit! Tu, was nötig ist, nicht, was bloß gewünscht wird!

Die Umsetzung dieser zwei Ratschläge ist meiner Ansicht nach eine wünschenswerte Haltung für Teilnehmer einer personenzentrierten Großgruppen-Erfahrung. Außerdem sollte man sich mit der Hoch-

schaubahn chaotischer Gefühle und Imaginationen, die in Encounter-Gruppen auftreten können, vertraut machen.

Außergewöhnliche Bewusstseinszustände

William James (1929) hat beobachtet, dass „unser normales Wachbewusstsein nur ein bestimmter Bewusstseinstyp ist, während rundum, abgetrennt durch dünnste Wände, davon ganz verschiedene potenzielle Bewusstseinsformen liegen. [...] Man muss nur den erforderlichen Reiz setzen und sofort sind sie in ihrer Ganzheit da.“

Wenn sich eine Gruppe bloß versammelt, wird schon ein solcher Reiz gesetzt.

Phantasien, Abwehr, Verwirrung, all das kann dann in einer Gruppe erlebt werden. Teil des Lernens, in solchen Zuständen zu leben, ist es zu akzeptieren, dass man davon betroffen ist. Ähnlich einer Person in betrunkenem Zustand fühlt man sich ganz normal, nichts scheint außergewöhnlich. Andere sehen das möglicherweise ganz anders. Indem wir glauben, dass wir in solchen Situationen ganz „rational“ bleiben, verschließen wir unsere Augen für die andern.

Für James (1896) beinhalteten außergewöhnliche Bewusstseinszustände Phänomene wie Träume, Hypnose, Automatismus, Hysterie, multiple Persönlichkeit, dämonische Besessenheit, Zauberei, Degeneration und Genialität. Er vertrat die Ansicht, dass der Geist nicht von einem Zustand zum andern hüpfte, sondern dass die Zustände ein Kontinuum bilden. „Die Besessenheit eines Mediums in allen Schattierungen“, schrieb er, „scheint ein ganz natürlicher spezieller Typus einer anderen Persönlichkeit zu sein und die Gabe für diese Empfänglichkeit in irgendeiner Art und Weise ist keineswegs eine ungewöhnliche bei vielen geistig offenbar völlig gesunden Personen.“

Am relevantesten für diesen Artikel sind die so genannten „niedrigeren Phasen“ des Besessenseins, weil diese bei konstruktiven Erfahrungen in Großgruppen-Workshops zum Tragen kommen. Denn in diesen Phasen können kreative, konstruktive, (immer außergewöhnliche, aber auch) wirklich konstruktive Verhaltensweisen vorkommen. „Das Sprechen auf Grund einer Eingebung, das Spielen auf Musikinstrumenten usw.“, beobachtete James, „gehört zu den relativ niedrigen Phasen des Besessenseins, bei denen *das normale Selbst nicht von der bewussten Teilnahme am Geschehen ausgeschlossen ist, obwohl die Initiative von anderswoher zu kommen scheint*. (James, 1890; Hervorh. J. W.).

Hier sind wir also wieder beim vorher erwähnten *Zustand der Mitte*. Dieser beinhaltet weder die kalte unbeteiligte Logik, noch das psychotische Über-involviert-Sein. Es ist ein anderer Bewusstseinszustand, nicht ein bloßer Jongliertrick, der zwischen den Funktionen der rechten und linken Hirnhälfte gespielt wird. Es ist durchaus möglich, dass in diesem *Zustand der Mitte* das wirkliche (das heißt das ewige) Leben des Individuums stattfindet.

Die Spannweite des grenzenlosen Geistes

Ein solcher Zustand muss nicht unbedingt dramatisch anmuten oder in exotisches Verhalten münden. Er kann sogar so vertraut sein, dass man ihn gar nicht für außergewöhnlich hält. Wie James (1896) bemerkte, „wäre sogar der Schlaf eine schreckliche Krankheit, wenn er uns nicht so vertraut wäre“. So induziert das bloße Sich-Hinlegen, Entspannen oder Einschlafen schon einen Trance-Zustand. Beim Träumen erleben wir diesen Zustand ganz lebendig. Auch Tagträumen ist ein Beispiel. In diesem stärker empfänglichen Zustand werden die Gedanken fließender, manchmal entstehen dann neue Ideen und Einsichten (Singer, 1976). Auch *Schlafentzug* kann zu psychotischen Symptomen führen (Tyler, 1955).

Starke Emotionen wie Staunen, Angst oder Trauer sind mit Trance-Induktion in Verbindung gebracht worden. Der britische Psychiater William Sargant (1957), der Traumatisierte aus dem 2. Weltkrieg behandelte, kam zum Schluss, dass „man den Menschen beliebige Glaubensvorstellungen indoktrinieren kann, wenn ihre Hirnfunktionen vorher genügend irritiert worden sind – und zwar durch absichtlich oder zufällig induzierte intensive Gefühle wie Angst, Wut oder Erregung. Phänomene in Gruppen, die auch unter dem Begriff ‚Herdeninstinkt‘ laufen, treten am spektakulärsten in Kriegszeiten, bei stark wütenden Epidemien oder in ähnlichen Perioden kollektiver Gefahr auf, weil dann die Ängstlichkeit und damit auch die Suggestibilität des Einzelnen und der Masse erhöht sind.“

Irgendwie beeinflusst die Umgebung die Wahrnehmung, das Vorgehen und die Handlungsweise einer Gruppe. Das älteste Heiligtum Europas ist das Dodona-Tal in Griechenland. Es wird überliefert, dass schon im 8. Jahrhundert v. Chr. durch Trance Visionen hervorgerufen wurden: Die Trance wurde induziert, indem man sich auf das Rascheln der Blätter der heiligen Eiche im Wind konzentrierte.

In einer großen Kathedrale, einer Moschee, einem Tempel oder an einem Heiligengrab kann man erleben, dass sich plötzlich die Schultern und damit auch das Bewusstsein entspannen, dass sich dieses von den dunklen, schimmlichen Ecken des feuchten Gebäudes löst und in andere Sphären gleitet, Sphären zeitloser Reflexion über den Sinn des Lebens, über den Zweck des Daseins in einem mysteriösen und unerklärlichen Universum, über Demut, über Würde.

Andererseits kann ein hässlicher, überfüllter Ort, auch wenn man den Grund nicht erkennt (oder diesen nicht glauben mag, selbst wenn er nachgewiesen wird), „Monotonie, Überdruß, Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Unzufriedenheit, Reizbarkeit, Feindseligkeit oder Vermeidung provozieren“ (Mintz, 1956). Es wurde gezeigt, dass ein Drugstore, ein Basketball-Spiel oder irgendeine andere Umgebung, je nach ihren strukturellen *Erfordernissen*, das menschliche Bewusstsein und Verhalten beeinflussen (Barker, 1968). Wie viel wahrscheinlicher ist es dann, dass ein Gruppenraum mit gedämpftem Licht in einem Erholungsgebiet Auswirkungen hat!

Sogar die Luft, die wir atmen, kann unsere Laune beeinflussen. Reizbares und impulsives Verhalten kann durch gewisse Frontlagen

des Wetters provoziert werden, denen heiße und trockene Winde mit der berüchtigten Druckluft folgen, welche hohe Konzentrationen von positiven Ionen aufweist. Das Einatmen von Luft mit einer hohen Konzentration kleiner *negativer* Ionen induziert andererseits gute Laune. Das Spektrum reicht von konfuser Reizbarkeit bis zur entspannten Introspektion. Negative Ionen sind reichlich in der sauberen Luft an Stränden, Wasserfällen und an Gletschern im Hochgebirge vorhanden. Vielleicht ist es kein Zufall, dass an diesen Orten häufig Inspirationserfahrungen vorkommen. Auch Großgruppen-Workshops finden oft in solchen Umgebungen statt (Kreuger & Reed, 1976).

Auch die Kultur hat einen großen Einfluss auf das Bewusstsein, wie Julian Jaynes (1976), Psychologe aus Princeton, betont. Er spricht von einem „kollektiven kognitiven Imperativ“, einem Glaubenssystem von „kulturell vereinbarter Erwartung oder Vorschrift, welche eine bestimmte Erscheinungsweise eines Phänomen formt und die innerhalb dieser zu spielenden Rollen bestimmt.“

William James (1896) fand heraus, dass „das Bewusstsein eine Konföderation psychischer Einheiten zu umfassen scheint“. Daher können auch Gruppenteilnehmer entsprechende Rollen und Verhaltensweisen (Opfer, Sündenböcke, Spaßvögel, Beschützer, Führer) innerhalb der Gruppe annehmen, welche ihr Verhalten bestimmen. Gruppenrollen können vom Alltagsleben deutlich abweichen. Trotzdem scheinen sich Gruppenteilnehmer außergewöhnlich schnell den Bedingungen des kulturellen Kontextes anzupassen. Sie können, ohne dies bewusst wahrzunehmen, beeinflusst werden, sich so zu verhalten, wie es die Gruppe gutheißt. Man studiere zum Beispiel das berühmte Experiment an der Stanford University mit Gefängnisinsassen und Wärtern (Haney, Banks & Zimbardo, 1973).

Anlässlich seiner Untersuchungen medialer Phänomene in den Vereinigten Staaten fand James (1890) dieses Verhalten ebenfalls bei Personen, „die mit Geistwesen in Kontakt sind“. Er schreibt, dass „es so aussieht, als hätte ein einziger Autor etwa die Hälfte aller Trance-Botschaften verfasst, egal, von wem diese geäußert werden“. Außerdem „ist es seltsam, dass auch Personen ohne spiritistische Tradition sich in Trance oft genau gleich verhalten und z. B. im Namen Verstorbener sprechen, mehrfach Todesängste durchleben, Botschaften von einem glücklichen Zuhause im Paradies senden oder Leiden Anwesender beschreiben“.

Wenn eine Person sich konträr zu ihrem Selbstbild verhält, kann sie „kognitive Dissonanz“ erleben. Häufig interpretiert die Person ihr Verhalten dann so um, dass es mit dem Selbstbild übereinstimmt (Festinger, 1957).

Ein Beispiel: Ein junger Mann meldet sich freiwillig in einer großen Gruppe. Er drückt seine Meinung aus, seine persönlichen Gefühle und persönlichen Gedanken. Einige Teilnehmer nicken zustimmend. Andere zeigen wenig Interesse. Im allgemeinen behandelt ihn die Gruppe gleich wie andere Sprecher vor ihm. – Nach der Wortmeldung scheint er zufrieden. Beim nächsten Gruppentreffen gibt er jedoch bekannt, dass er sich „von der Gruppe betrogen“

fühle. Er habe den Eindruck, „von der Gruppe ausgenützt“ und „so unter Druck gesetzt worden zu sein“, dass er „zu weit gegangen sei“. Er fühle sich „zur Schau gestellt“ und beschämt. Er wirft der Gruppe vor, ihn dazu verführt zu haben, eine Charakterisierung von sich zu geben, die nicht mit seinem Selbstbild übereinstimmt.

Alles, was ich bis jetzt erwähnt habe – gestörte Schlafmuster und Essgewohnheiten, das Erleben intensiver und unterschiedlicher Emotionen, einer andern Atmosphäre oder kulturellen Einflüssen ausgesetzt zu sein, Erfahrungen, die das Selbstgefühl einer Person verwirren – und mehr noch, kann in Großgruppen-Workshops auftreten. Sicher ist, dass das Verhalten der Teilnehmer ausnahmslos beeinflusst wird.

Weiter reichende Dimensionen

Es gibt eine weitere Erfahrungspalette, die bei Großgruppen-Workshops nur selten und viel weniger dramatisch auftritt, jedoch möglich ist und deshalb erwähnt werden sollte. Im 14. Jahrhundert tauchte im unteren Rheinland plötzlich ekstatisches Tanzen auf. Die Betroffenen hüpfen, schrien und schäumten vor Wahnsinn. Man nannte das Phänomen Veitstanz, was vielerorts eine Metapher für Wahnsinnsanfälle geblieben ist. Die Betroffenen tanzten stundenlang, „als wollten sie sich die Seele aus dem Leib tanzen“. Heilungsversuche hatten bloß zur Folge, dass sich die Seuche ausbreitete.

1787 stopfte eine Frau in einer Baumwollfabrik in Lancashire einer Kollegin eine Maus in den Kragen. Das Opfer, das panische Angst vor Mäusen hatte, erlitt einen Anfall mit heftigen Krämpfen. Am folgenden Tag waren drei weitere Frauen angesteckt. Am vierten Tag waren vierundzwanzig Personen betroffen, darunter ein Mann, der sich dabei verausgabte, die anderen zu bändigen. Auch er verfiel den Anfällen. Begleitet vom Gerücht, der Grund dieser Anfälle sei eine „Baumwoll-Vergiftung“, breitete sich das Übel auf die Fabriken in der Nähe aus (Sargant, 1957).

Opfer dieser oder anderer „Begeisterungen“ krochen auf allen Vieren, hüpfen wie Frösche, knurrten, schnappten oder bellten wie Hunde. „Die Betroffenen waren besonders begabt für Prophezeiungen, Trance, Träume, Ekstase, Visionen von Engeln, dem Himmel oder der heiligen Stadt.“ (Sargant, 1957)

Religiöse Rituale können ähnliches Verhalten verursachen. Man braucht dabei nicht an die Religion zu glauben und wird trotzdem beeinflusst. Ein Medium in einem afro-brasilianischen Kult sagte beispielsweise über ihre erste Erfahrung: „Ich dachte, die Medien täten nur so, als ob. [...] Als ich an der Reihe war, mit dem Geist des Kultführers zu sprechen, stand ich etwa einen halben Meter von ihm entfernt. Er legte seine Hand auf meine Stirn und es wurde mir schwindlig, wie wenn ich Alkohol getrunken hätte. Es fühlte sich komisch an, wie wenn ich untergehen würde. Plötzlich sah ich nichts mehr. Ich wusste nicht mehr, wo ich war. Als ich wieder zu mir kam, war ich schweißnass vom Tanzen mit den anderen Geistern.“ (Goodman et al., 1974)

Der Versuch, sich der Induktion zur Wehr zu setzen, kann ihr Vorschub leisten, wie die amerikanische Anthropologin Maya Deren (1970) herausfand. Sie war konsterniert und peinlich berührt, als sie trotz ihrer Versuche bei einer *Voodoo*-Zeremonie, welche sie in Haiti beobachtete, dem Zauber nicht zu verfallen, selbst in Besessenheit geriet.

Insofern Gruppen-Encounter oft Erschöpfung, Vergeltung, Bestrafung, Entfremdung, Misstrauen, Informationskontrolle, Realitätsveränderung, Angriff auf Glaubensvorstellungen, erzwungene Teilnahme an Gruppendiskussionen, Wiederholung, Selbstkritik und öffentliche Beichten beinhalten, gleichen sie religiösen Ritualen und Programmen zur vorsätzlichen Gedankenkontrolle. Wenn Angst, echte oder eingebildete Schuldgefühle oder Loyalitätskonflikte wiederholt erlebt werden, ist es ein Leichtes, die erwünschten Bekehrungen oder Beichten hervorzurufen.

Sich das Wilde zunutze machen

Wilde und verschwommene Bewusstseinszustände kann man auch für konstruktive Zwecke nutzen. Im Nahen Osten gibt es viele Beispiele, wie man den konstruktiven *Zustand der Mitte* erreicht. Die hebräische Bibel beispielsweise berichtet, dass der Prophet mit Gott gegangen sei, gesteuert von einem Willen, der nicht sein eigener war.

Außergewöhnliche Bewusstseinszustände wurden auf verschiedene Arten hervorgerufen. Wenn der hebräische Prophet Mose zum Beispiel die Anliegen seines Volkes Gott vorbrachte, hüllte er sich in Rauch, bevor er anfang zu sprechen.

„Sobald Mose das Zelt betrat, ließ sich die Wolkensäule herab und blieb am Zelteingang stehen. [...] Der Herr und Mose redeten miteinander Auge in Auge, wie wenn Freunde miteinander reden.“ (Ex 33, 9.11a)

Auch bei den protestantischen Erneuerungsbewegungen in Europa und den Vereinigten Staaten im 18. Jahrhundert gibt es Berichte von schöpferischen Erfahrungen. In Northampton, Massachusetts, versammelte zum Beispiel Jonathan Edwards riesige Mengen von Menschen, die Lust auf die Gesellschaft anderer Leute und auf Unterhaltung hatten. Die Predigten bekehrten viele. In warmen Sommer- und Herbstnächten gingen Begeisterte nicht mehr nach Hause. So entstanden die „Residential Group Meetings“ (die personenzentrierten Großgruppen in vielen Belangen ähnlich sind).

William McGreedy, Pastor der Muddy River Kirche in Logan County, Kentucky, beschrieb, wie diese Treffen die Teilnehmer in ihren Bann schlugen. „Eine große Anzahl von Leuten aller Altersstufen [...] ist förmlich niedergestreckt worden, [...] sie fielen in den Camps, auf dem Heimweg oder zu Hause um.“ Bleich und zitternd seien sie zu Boden gestürzt, wie von einer Kugel getroffen. Sie hätten gezuckt und getanzt. All das seien verbreitete Verhaltensweisen gewesen. Als sie wieder zu sich gekommen seien, hätten sie sich an nichts erinnert. In der Begeisterung hätten einige machtvolle

Predigten gehalten, welche viele beeinflussten. Einem Beobachter zufolge hätten sie lange und so laut gesprochen, dass man sie „eine Meile weit hören konnte“ (Cleveland, 1916).

Wenn die gewohnten Denkmuster nicht die Kontrolle innehaben, kann „Realität“ auf ganz andere Weisen erlebt werden. Was vorher noch als „unmöglich“ galt, kann möglich werden und sogar übermenschliche Leistungen können erbracht werden. Der amerikanische Hypnose-Forscher Arnold Ludwig (1967) berichtet von solchen Erfahrungen: „Das Individuum scheint nicht mehr an die Notwendigkeit der logischen Schlussfolgerung gebunden zu sein.“ In diesem Zustand „kann die Unterscheidung zwischen Ursache und Wirkung verschwinden, die Zeitwahrnehmung kann relativ werden, Gegensätze können nebeneinander existieren, ohne einander zu widersprechen. [...] Eine Art ‚kognitive Restrukturierung von Wahrnehmung‘ pflegt stattzufinden, bei der dem Individuum neue Wege zu Erfahrung und Ausdruck zugänglich werden.“

Eine konstruktive Erfahrung hängt davon ab, das „normale Selbst“ mit dem „Auslöser, der anderswoher kommt“ zu verbinden. In andern Worten geht es darum zu lernen, wie man im Zustand der Mitte effektiv funktioniert. Erfahrene in solchen Dingen leiten den Eingeweihten so an, dass gewaltsame oder brutale Besessenheit vermieden und progressive und konstruktive Erlebnisse gefördert werden. Maria José, eine Mãe do Santo im afro-brasilianischen Macumba, erzählt: „Wie auch immer die Natur der Trance sein mag, die Persönlichkeit des Mediums hat nichts damit zu tun. Im einen Moment ist das Medium es selbst und im nächsten existiert es nicht mehr: Der Gott hat den Körper in Besitz genommen. [...] Manchmal währt die kindlich anmutende Anfangsphase etwas zu lange, wird turbulent und stört die ganze Zeremonie. [...] Wenn das passiert, muss ich intervenieren.“ (Bramly, 1977) Der Kultführer und die herrschenden Prinzipien des Systems bieten Rahmenbedingungen, innerhalb derer das Erlebnis in eine konstruktive Richtung zu leiten ist.

Jeder, der schon an intensiven Encounter-Großgruppen teilgenommen hat, wird herausfinden, dass Teilnehmer in der Gruppe anders denken und handeln (manchmal sogar gegenteilig), als sie dies alleine tun. Obwohl ihr Verhalten vielleicht überrascht, vor den Kopf stößt, enttäuscht oder sogar ihnen selbst und andern peinlich ist, sind sie normale Leute, die oft aus Helferberufen in Europa, Nord- und Südamerika stammen und bloß im Kreise sitzen und sich unterhalten. Offensichtlich können sie, ohne dass ein bestimmtes Schema miteinander zu reden vorgegeben ist und ohne besondere Anstrengung, sich so verhalten, als wären sie nicht „sie selbst“, wenn sie über persönliche Angelegenheiten, über Politik, Inflation oder jedes andere beliebige Thema sprechen (aber insbesondere, wenn sie einfach ehrlich sagen, was sie gerade fühlen). Einige haben vielleicht auch Momente von außergewöhnlicher Klarheit und Lernerfahrung erlebt. Das ist es natürlich, was die Quälerei wertvoll macht. Anders als in traditionellen Systemen gibt es keine führende Hand. Gruppenmitglieder müssen sich gegenseitig führen,

nur mit ihrem Wissen und ihrer Empfindsamkeit. Das ist einer der Hauptgründe, warum ich diesen Artikel schreibe.

Das Wertvolle an außergewöhnlichen Bewusstseinszuständen

Es ist unwahrscheinlich, dass solche Zustände ein Fehler der Evolution sind. Wie Ludwig (1966) sarkastisch bemerkte, ist es schwierig zu glauben, dass Menschen die Fähigkeit in Trance zu gehen und darin zu funktionieren nur zum Zwecke der Show-Hypnose in Nachtclubs entwickelt haben. Sargant (1957) äußert gar den Verdacht: „Wäre das menschliche Hirn nicht fähig gewesen, sich an eine sich ständig verändernde Umwelt anzupassen – indem es immer wieder neu konditionierte Reflexe und Antwortmuster aufbaute und sich vorübergehend anpasste, wenn Widerstand sinnlos erschien –, die Menschheit hätte nie überlebt.“ Außerdem sollte der potenzielle Wert außergewöhnlicher Bewusstseinszustände nicht wegen der Assoziation mit verrückten religiösen Praktiken gering geschätzt werden. James riet zur Vorsicht: „Wir können nicht ohne Weiteres nur schon den Anspruch jeder Religion, inklusive jener von Spiritisten und Geistesheilern, ablehnen, wenn sie durch ihre Überzeugungen dazu beitragen, dass die Welt ein besserer Ort zum Leben wird.“ (Taylor, 1999).

Deshalb können außergewöhnliche Bewusstseinszustände wichtig für das Aktivieren menschlichen Potenzials und für das bessere Funktionieren menschlicher Gemeinschaften sein. Traditionelle Gesellschaften und Gemeinschaften, welche erfolgreich durch Trancezustände zu Weisheit gelangten, teilen sicher diese Ansicht. Und wir können einiges von ihnen lernen, wie man zu einem solchen Ergebnis kommt.

Traditionelle Praktiken, die Persönlichkeitsveränderung begünstigen, reichen von der ruhigen Einzel-Meditation auf der einen bis zu gewaltigen und eindrucklichen Ritualen auf der anderen Seite (Jilek, 1974). Das Äußern persönlicher Gefühle vor freundlichen Zuhörern in einem persönlichen Rahmen würde wohl irgendwo zwischen diesen beiden Extremen liegen. Was zweifelhafte Besessenheit von konstruktiver Erfahrung unterscheidet, ist der Kontext, in dem das Ganze stattfindet. In traditionellen Systemen (wie auch in der modernen Psychotherapie) wird der Rahmen durch ein Ritual geschaffen.

Die Gemeinschaft und ihre Rituale sind, in gewissem Sinne, „realer“, weil sie den Einzelnen überdauern. Das Ritual verkörpert das kollektive Gedächtnis, die Werte und die Weisheit der Gemeinschaft. Zusätzlich zur Erhaltung des Wissens des Systems provoziert das Ritual einen außergewöhnlichen Bewusstseinszustand bei den Mitgliedern, welcher diese empfänglich macht für die herrschenden Regeln des Systems. Diese Zustände ermöglichen also auch einen der Zugänge zu fortwährendem Wissen.

Das Ritual vermittelt die Grundsätze des Systems aufgrund der Vorzüge eines speziell ausgewählten Ortes, dekorativer Sym-

bole, durch Singen, Tanzen, Trommeln und die auf bestimmte Götter gerichteten Zeremonien, welche allesamt die Realität neu definieren. „Individuelle Gedanken und Gefühle werden durch kollektive Handlung und Empfindung überschritten. Individuelle Aufmerksamkeit wird in kollektive Sorge verwandelt.“ (Ravencroft, 1965) Das könnte ebenso gut die Beschreibung eines Großgruppen-Workshops sein.

In traditionellen Systemen stellt der Kultführer die kritische Fähigkeit bereit, die ein Medium anleitet, bis es wirkungsvoll in Trance funktionieren kann. Darüber hinaus geschieht dies unter wertschätzenden kulturellen Rahmenbedingungen, welche ihrerseits dadurch gestärkt werden. Deren (1970) beschreibt *Voodoo* als eine „Religion großen Formats, seltener poetischer Vision und künstlerischen Ausdrucks, [wo] das Kollektiv auf einer höheren Ebene funktioniert als die kreativen Fähigkeiten der Einzelnen, die es ausmachen. Es verdankt sich nicht ihrer Gunst, ihrer Macht oder ihrem Wissen, sondern verleiht ihnen diese vielmehr. [...] Das Individuum nimmt am gesammelten Genie des Kollektivs teil und wird durch diese Teilhabe selbst Teil des Genialen – in gewisser Weise mehr als es selbst. *Seine Begeisterung geschieht aufgrund seiner Teilnahme, sie setzt sie weder voraus noch erzwingt sie sie.*“ (Deren, 1970; Kursivsetzung J. W.)

Heilung

Eine der Funktionen traditioneller Gruppen scheint die Förderung von Heilung zu sein. Das Zar-Heilritual soll Symptome von leichter Depression, Angst, somatoformen Störungen und chronischer Schizophrenie „als letzte Behandlungsmöglichkeit“ mildern und heilen. Die amerikanischen Psychiatrieprofessoren Armando Favazza und Ahmed Faheem (1983) stellten fest: „Die Zar-Zeremonie funktioniert weder durch Einsicht, noch durch Verbalisieren sozialpsychologischer Probleme, noch, indem Konflikte bearbeitet werden. Vielmehr werden durch die Dramatisierung einer gefährlichen Konfrontation mit bösen Geistern Emotionen geweckt und intensiviert. Die spezielle Atmosphäre der Zeremonie, die Rituale und das Tragen neuer Kleider erhöhen die Dramatik.“

Aktivierung menschlichen Potenzials

Wird die Trance nicht angeleitet, könnte sie für den Einzelnen oder die Gemeinschaft destruktiv (oder im besten Falle nutzlos) werden. Als Beispiel mögen die Songhay, Migranten in Westafrika, dienen, die von einem Besuch an der Goldküste, wo rituelle Bessessenheit praktiziert wurde, an die Elfenbeinküste zurückkehrten. Sie wurden von den Trommeln erregt und wurden besessen, nicht von den Geistern der uralten Tradition oder archetypischer Gottheiten, sondern von kulturellen Ikonen, denen sie begegnet waren: nämlich

dem Generalgouverneur der Goldküste, den höheren Offizieren des westafrikanischen Schützenkorps, ja sogar der Lokomotive, welche sie hin und hergefahren hatte. In Trance benahmen sie sich so, wie sie glaubten, sich verhalten zu „sollen“, indem sie wirklichkeitsgetreu die Gesten jener „Geister“ nachahmten, von denen sie besessen waren. (Sargant, 1957)

Einige Kulturen des Industriezeitalters haben sich mit traditionellen Systemen vermischt, so dass neue Praktiken entstanden. Die Cree-Indianer in Northern Manitoba, Kanada, „lesen“ statt in Tiereingeweiden, Teeblättern am Grund einer Tasse oder in über den Küchentisch geworfenen Muscheln in Soap Operas wie „The Edge of Night“, um Voraussagen über und Entscheidungen für die Zukunft zu machen (Gransberg, Steinbring & Hamer, 1977).

Wenn Trance diszipliniert abläuft, verkörpern ihre außergewöhnlichen Kräfte die gesammelte Weisheit der Tradition, indem sie die Gruppe anleiten: zu heilen, Stress zu bewältigen, das Bewusstsein des Einzelnen zu fördern und die soziale Ordnung der Gemeinschaft weiterzuentwickeln.

Auch transpersonales Bewusstsein kann realisiert werden. In Haiti lernen die Teilnehmer der *Voodoo*-Zeremonien „Liebe und Schönheit in der Präsenz und Person von *Erzulie* kennen, erfahren die Wege der Macht in den verschiedenen Aspekten von *Ogoun*, werden durch die Haltungen von *Ghede* mit den Implikationen des Todes vertraut. Wer teilnimmt, singt im Chor und fühlt an seiner eigenen Person diese Welle der Sicherheit, die harmonische kollektive Handlung ist. Er ist Zeuge des weisen Rates von Ahnen und Göttern mit dessen Geschichte und Erfahrung und wird dadurch in seinen Handlungen gelenkt. In Wirklichkeit versteht er die Prinzipien, weil er sie funktionieren sieht.

Deren (1970) beobachtete außerdem: „Das Ritual bestärkt die wichtigsten Grundsätze – Schicksal, Stärke, Liebe, Leben, Tod; es rekapituliert die Beziehung des Menschen zu seinen Vorfahren, seine Geschichte sowie seine Beziehung zur Gemeinschaft, in der er gegenwärtig lebt; es fordert seine Integrität und Persönlichkeit heraus und bekräftigt sie formell, es festigt seine Disziplin, stärkt seine Moral. Alles in allem geht er mit einem gestärkten und erfrischten Gefühl für seine Beziehung zu kosmischen, sozialen und persönlichen Elementen hervor. [...] *Das Wunder geschieht in gewissem Sinne im Innern. Es ist der Handelnde, der durch das Ritual verändert wird und deshalb ändert sich für ihn die Welt entsprechend.*“

Deren schließt daraus: „In der finalen Analyse ist nämlich nicht nur wichtig, was der, der dem Ritual dient, tut (was möglicherweise das Richtige aus falschen Gründen sein kann) oder was er bewusst versteht (was je nach seiner intellektuellen Fähigkeit unterschiedlich ausfällt), sondern *was er* aufgrund seiner Teilnahme an diesen Zeremonien *geworden ist.*“

Organisation von Werten, Richtung und Entscheidungen der Gemeinschaft

Die afro-brasilianischen Kulte wie *Macumba* bilden ein System, welches das gesammelte Wissen der Gemeinschaft im Ritual bewahrt. Maria José erklärt: „Mein Sohn, unsere Götter und Geister sind alles, was wir haben. Wir haben sonst nichts, keine heiligen Texte, keine Denkmäler, keine dauerhaften Zeugnisse. Das ist gleichzeitig unsere Schwäche und unsere Stärke.“ Wie das Medium persönlich fühlt, ist für Maria José nicht von Bedeutung. Die Trance nützt der Gemeinschaft. Das Medium wird „Pferd“ genannt und stellt freiwillig Körper und Selbst zur Verfügung, um vom Geist „geritten“ zu werden (Bramly, 1977). Ebenso ist es vom Konzept des Mediums als „Kessel“, der vom Geist gefüllt wird, her klar, dass das Medium und der Prozess des „Füllens“, also das Ritual, welches die Trance hervorruft, und auch die Trance selbst Mittel zum Zweck sind. Zentral ist die „Botschaft des Geistes“. Maria José zufolge bringt die Zeremonie die Person, die in einer unwirklichen und täuschenden Welt lebt, gefangen in der Welt ihrer eigenen Ideen, zurück zur wahren Natur. Deren fügt hinzu: „Die ganze Struktur des *Voodoo* ist darauf ausgerichtet, – auf das erzwungene Öffnen des Tors der Quelle. Wer dem dient, muss dazu angeleitet werden, sein Ego aufzugeben, damit der Archetyp manifest werden kann.“

Wenn in Ghana ein Geist eine Person „nimmt“, wird sie zum Orakel für *Obusum*. Durch strenges Training lernt sie, in Trance zusammenhängend zu sprechen und der Gemeinschaft Botschaften zu übermitteln. Die Äußerungen des Mediums scheinen sich „durch eine seltsame Mischung aus gezielter Hysterie und geduldiger Selbstdisziplin“ zu entwickeln (Field, 1960). Das ist eine exakte Beschreibung des *Zustandes der Mitte*.

Transpersonale Bewusstheit

Traditionelle Rituale scheinen nicht so sehr Ausdruck des Individuums zu sein als vielmehr Ausdruck einer Reihe von Wertvorstellungen (Williams, 1971). Das Ritual dient Zwecken, die die Individualität übersteigen. Deren (1970) schreibt: „Es geht darum, das Prinzip zu zelebrieren, nicht die Materie, in der das Prinzip momentan oder dauernd manifest sein mag. [...] Funktion und Zweck einer solchen göttlichen Manifestation ist die Bestätigung und Unterweisung der Gemeinschaft.“

Eine harmonische Gruppe kann der Anfang, nicht das Ende transpersonaler Bewusstheit sein. Der spezielle Bewusstseinszustand dient höheren Zielen. „In all dieser kosmischen Vielfalt ist der menschliche Geist die Konstante. [...] Es ist, als ob der menschliche Geist, indem er die besonderen Umstände, die Grenzen und die Ungenauigkeiten der Sinne übergeht, auf Pfaden metaphysischer Vernunft zu einer allgemein gültigen Wahrheit gelangt.“ (Deren, 1970)

Innovatives Lernen

James' Beschreibung eines Zustands, wo „das normale Selbst nicht von der bewussten Teilnahme an der Handlung ausgeschlossen wird, obwohl die Initiative von anderswo zu kommen scheint“ oder Khayyams „nicht betrunken, nicht nüchtern“ ist ein Zustand, der einfacher zu erreichen als zu erklären ist. Deren (1970) beobachtete, dass dieses „System mentaler und emotionaler Überzeugungen, von dem das bloße Überleben der Gemeinschaft abhängt, nicht vom Einzelnen verlangt – und auch nicht verlangen kann –, dass er dessen Prinzipien auf einer abstrakten, metaphysischen Ebene erfasst und versteht, um angeregt zu werden, daran teilzunehmen. Im Gegenteil, jede mögliche physische Technik – vor allem Trommeln und Tanzen – wird angewendet, um die Einzelnen in Aktivitäten zu involvieren, zu denen diese metaphysischen und moralischen Grundsätze strukturell implizit dazugehören, sodass diese den Teilnehmer in gewissem Sinne unbewusst gefangen nehmen. Dies ist nichts anderes, aber sicher auch nicht weniger als eine hoch entwickelte Form der Erziehungsmethode des ‚Learning by doing‘. [...] Tatsächlich sind sich die Individuen genau deswegen dieser Konzepte am wenigsten explizit bewusst, weil sie unbewusst von ihnen in Anspruch genommen worden sind und die Konzepte genau die Prämissen für die nachfolgenden Denkmuster geworden sind.“

Großgruppen-Encounter können dieselbe Palette an Phänomenen generieren: Heilung, Organisation der Wertvorstellungen der Gemeinschaft, weise Selbst-Führung und Entscheidungen, Provozieren transpersonaler Achtsamkeit und innovatives Lernen, um menschliches Potenzial freizusetzen.

Förderliche Bedingungen für bedeutungsvollen Dialog und innovatives Lernen bei Großgruppentreffen

Großgruppentreffen nach dem Personenzentrierten Ansatz sind Stammesrituale – eine Untergruppe der oben erwähnten Sammlung von Aktivitäten. Schon die Kleidung ist Ausdruck davon: Typischerweise ist man bequem und zwanglos angezogen, trägt oft T-Shirts mit Slogans auf der Brust. Dieser Stamm ist kopflos, insofern als es keinen einzelnen Leiter gibt, die Teilnehmer an Entscheidungen mitbeteiligt und alle angeblich gleichrangig sind. Obwohl viele Gruppenmitglieder Atheisten sind, werden unwissentlich exakte Glaubensvorstellungen praktiziert. Die Gruppe kämpft zum Beispiel entschlossen für die heilige Autonomie des Individuums – innerhalb und außerhalb der eigenen Reihen. Es ist Teil des Rituals, das erhöhte Empfindsamkeit hervorruft, das Alltagsleben zu unterbrechen, öffentlich Gefühle zu bekennen, verschiedene Wertvorstellungen einander gegenüberzustellen – und zwar in langwierigen Sitzungen, welche oft nicht eindeutig enden –, weiters Verwirrung zu erleben, Ambivalenzgefühle, starke Emotionen, langes Schweigen im Plenum, mit

wenig Schlaf auszukommen, die Mahlzeiten unregelmäßig einzunehmen, zu feiern und auf andere Weise die Emotionen zu stimulieren. Man könnte sagen, dass das „Einander-Gefühle-Mitteilen“ das Trommeln und Tanzen ersetzt. Nachdem der Einzelne beeinflussbar gemacht worden ist, wird er von der Gruppe dabei unterstützt, sein „erweitertes Bewusstsein“ zu erforschen, was eine größere Identität mit der Gruppe ergibt. Dem modernen Stamm fehlt es nicht an Legenden, Mythen, Traditionen, Initiationsriten, Beratungen der Stammesältesten, welche die Feinheiten der Gesetze debattieren („Therapeutenbedingungen“) und so weiter. Obwohl nicht immer jene ausgefallenen Verhaltenweisen erreicht werden wie bei Meetings in solchen Traditionen, weisen Großgruppen-Workshops ähnliche Muster auf. Die Aufgabe der Teilnehmer ist dieselbe: den Zustand der Mitte zu erreichen, wo Kreativität und Integration die Wirksamkeit der Gruppe steigern können.

Prioritäten setzen

Gruppen beherrschen am besten, sich mit dem zu beschäftigen, was im Augenblick am wichtigsten ist. Bei der Vorbereitung zur Bildung einer Gruppe oder zu einem Gruppentreffen ist die allererste Frage, die in Betracht zu ziehen ist, „Ist dieses Gruppentreffen wirklich *notig*?“ „Team-bildende“ Treffen für die Mitarbeiter einer Institution, Projektgruppen ohne spezifische Aufgaben oder Treffen des Lehrkörpers sind Beispiele von Zusammenkünften, die wenig wahrscheinlich Anlass zu sinnvollem Dialog geben. Sie mögen andere Zwecke erfüllen. Andererseits werden durch eine dringende Angelegenheit, eine Krise oder durch ein klares Ziel, praktisch in jeder Gruppe kreative Ressourcen geweckt.

Ort und Zeit organisieren

Es ist eine organisatorische Entscheidung, den Ort und die Zeit zu bestimmen. Wenn man sich der Umgebungsfaktoren bewusst ist, die die „Wirkung der Gruppe“ beeinflussen, können ein geeigneter Ort und eine geeignete Zeit gewählt werden, sodass die Umstände die Erreichung der Gruppenziele eher fördern als behindern.

Gruppenzusammensetzung organisieren

Die Organisatoren bestimmen die Zusammensetzung der Gruppenmitglieder (sogar wenn sie beschlossen haben, keine diesbezüglichen Entscheidungen zu treffen). Unterschiede der Kulturen, Lebenserfahrungen, Wertvorstellungen und ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis fördern das Kreativitätspotenzial der Gruppe zweifellos. Natürlich wird jedes Mitglied mehrere Absichten haben. Und die Umstände werden einige Vorhaben verändern. Sogar bei

kirchlichen Camps gab es Abenteuer, die wenig mit Religion zu tun haben. „Der freie Umgang aller Alterstufen und Geschlechter im Schutz der Nacht und des Waldes barg manche Versuchung. Man muss auch fürchten, dass falsche Vorstellungen von Religion entstehen, wenn die körperliche Ertüchtigung zu stark betont und an Stelle von Tugend und innere Frömmigkeit gesetzt wird. – Dies wurde allzu oft als Beweis für Gesinnungs- und Gefühlswandel missverstanden, obwohl es diesbezüglich weder etwas bewies noch widerlegte.“

Trotzdem sollten Gruppenmitglieder eine gemeinsame formale Absicht haben. Mit der Annahme der Einladung, an der Gruppe teilzunehmen, sollten sie damit einverstanden sein, etwas gemeinsam zu unternehmen.

Gruppenmitglieder müssen nicht höflich zueinander sein. Sie brauchen nicht nett zu sein. Sie brauchen negative Gefühle nicht zurückzuhalten. Sie sollten danach streben, ihre besten Ideen mit der Gruppe zu teilen. Und sie sollten so flexibel sein, diese für eine bessere Idee, welche die Gruppe in eine konstruktive Richtung lenkt, wieder aufzugeben.

Was es für Konsequenzen haben kann, wenn der gute Wille fehlt, schilderte ein Teilnehmer einer Konferenz über Grenzverhandlungen zwischen drei afrikanischen Staaten. Er stellte fest: „Ich habe beobachtet, dass es keinen direkten Zusammenhang gibt zwischen der Entwicklung von Empathie und dem Ausmaß, in dem sich die Delegierten von der Politik ihrer jeweiligen Regierungen befreien konnten.“ (John Okumu von Kenya in Doob et al., 1970).

„In anderen Worten: All die Anstrengungen in der Kleingruppe – das anfängliche Sich-Öffnen, die angesichts der Problematik frei und offen geführte Diskussion, die Wichtigkeit und Kostspieligkeit des Problems, zusammen mit den Anstrengungen, die in den (Klein-) Gruppen aufgewendet wurden, um mögliche Wege und Mittel zu einem dauerhaften Frieden vorzuschlagen – haben nichts gebracht.“

Im Gegensatz zur Atmosphäre gegenseitigen Vertrauens und Entgegenkommens in den kleineren Treffen war die Vollversammlung „der negative Höhepunkt: Viele Wortmeldungen waren hauptsächlich Selbstdarstellungen, was für öffentliche Verhandlungen und parlamentarische Prozeduren charakteristisch ist. Vielleicht aus diesem und weiteren versteckten Gründen hat der in den Kleingruppen vorhandene grundsätzliche Konsens gänzlich gefehlt. Deshalb hat die Vollversammlung die Erwartung enttäuscht, sie würde ein integraler Teil eines Prozesses sein, der zu besserer Kommunikation und mehr Verständnis in vitalen Fragen führt.“

Lernhaltung unterstützen

Der Gruppendialog kann durch eine Lernhaltung verbessert werden. Selbst wenn es keine diesbezügliche Absicht gibt, ist es möglich, dass die Gruppe gedanken- oder verhaltensmanipulierend wirkt. Wenn die Gruppenmitglieder darüber informiert sind, ist es wahrscheinlicher, dass sie die turbulente See des Bewusstseins durchschiffen

und im ruhigen Hafen des Zustands der Mitte ankommen. Um das eigene Verständnis zu verbessern und bedeutungsvollen Dialog und innovatives Lernen in Gruppen zu unterstützen, sollte man damit anfangen, sich in Gruppen sorgfältig selbst zu beobachten. So ist es möglich, bereits bei sich selbst außergewöhnliche Bewusstseinszustände festzustellen.

Das heißt jedoch nicht, dass man sich einfach in der Gruppe umschaut, sondern es handelt sich um ein diszipliniertes Erhöhen der Achtsamkeit bei gleichzeitigem hundertprozentigem Teilnehmen am beobachteten Phänomen. Dazu gehören Sehen, Hören, Riechen, Schmecken und Berühren. Mit Erfahrung und Imagination oder Intuition kann man „sehen“, „hören“ oder „herausspüren“, was die Gruppe gerade ausdrückt.

Goethe hat es treffend gesagt. „Jeder Akt des Sehens wird zur Beobachtung, jeder Akt der Beobachtung zur Reflexion, jeder Akt der Reflexion zur Bildung von Assoziationen. Es ist also klar, dass wir Theorien entwickeln, wann immer wir die Welt sorgfältig betrachten. Die Fähigkeit, dies mit klarem Bewusstsein, mit Selbsterkenntnis, frei und [...] mit einer Portion Ironie zu tun, ist eine Fertigkeit, die wir benötigen werden, um die Fallen des Abstrahierens zu vermeiden und Ergebnisse zu erzielen [...], die sich in Alltag und Praxis umsetzen lassen.“ (Naydler, 1996)

Ambivalenz und Verwirrung

Widersprüchliche Befehle wie „Sei du selbst!“ oder „Sei spontan!“, explizit angeordnet oder bloß implizit, können bei Teilnehmern ambivalente Gefühle auslösen. Wie auch Frank (1961) festhielt, „schafft der konsequente Verzicht auf aktive Führung eine ambivalente Situation [für einige Teilnehmer, die nur] eine vage Idee haben, was von ihnen erwartet wird, wie lange sie es tun sollen und [wie sie merken können, wann] es zu Ende ist. [...] In dem Ausmaß, in dem eine Person ohne fremde Hilfe in einer bestimmten Situation nicht klare Erwartungen ausmachen kann, wird sie dazu neigen, Orientierung bei anderen zu suchen. Das kann die Tatsache erklären, dass Verwirrtsein die Beeinflussbarkeit verstärkt.“

Bedingungen, die dazu verwendet wurden, Gedanken und Verhalten anderer zu manipulieren, kommen auch bei Großgruppentreffen vor. Wenn man diese jedoch wahrnimmt, kann man sie offen benennen. Sensorische Deprivation, Drogen, Neuinterpretation des eigenen Lebens oder Beichten sind *nicht nötig und sollten nicht gefördert werden*.

Konformität

In einem Großgruppen-Workshop beobachtete ein Teilnehmer, wie sich die Gruppe gegen ein anderes Mitglied wandte. Er sagte später, er fühle sich „unzweifelhaft verletzt und wütend“ und „Ich kann mir

einfach selbst nicht verzeihen, dass ich zuließ, dass man mit ihm so umging“ (Doob & Foltz, 1973).

Eine Erklärung für dieses angepasste Verhalten hat mit „pluralistischer Ignoranz“ zu tun: Jeder schaut die andern an und denkt: „Wenn niemand sonst besorgt ist, geht hier wohl alles mit rechten Dingen zu.“ (Latané & Darley, 1968) Dieses Beispiel illustriert auch, wie eine in der Gruppe vorherrschende Sensibilität nach Befriedigung der Gruppenbedürfnisse und für das Verfolgen der Gruppenziele den Einzelnen beeinträchtigen kann.

Der österreichische Psychoanalytiker Heinz Kohut (1985) liefert in einem Überblick über Verhalten in der Gruppe eine andere Erklärung. Er schlägt vor anzunehmen, dass die ganze Gruppe einem Teil der Mitglieder jeder großen Gruppe erlaubt, ein Mitglied zu unterbrechen, lächerlich zu machen, zu unterdrücken oder sogar zu beleidigen – Handlungen, die sich von der Ethik her die ganze Gruppe nicht erlauben würde. So kann manchmal ein Einzelner oder eine Teilgruppe die Führung übernehmen, um etwas Unangenehmes zu erledigen, das die ganze Gruppe *wünscht*, womit sie aber gleichzeitig *nichts zu tun haben will*. Im Nachhinein werden sich natürlich bei denen, deren Bedürfnisse mit ihrer Ethik in Konflikte geraten sind, Schuldgefühle einstellen, obwohl sie nicht direkt etwas Unrechtes getan haben.

In einer gut funktionierenden Gruppe verteidigen deren Mitglieder das Recht jedes Einzelnen, auf seine ihm eigene Art mitzumachen, in seinem eigenen Tempo, auch wenn seine Beteiligung darin besteht, still zu bleiben oder sich zurückzuziehen. Teilnehmer werden in keiner Weise entmutigt, irgendeinen Aspekt des Ganzen zu kritisieren. Eine weitere Vorkehrung gegen implizite Suggestion wie gegen Gehirnwäsche ist, dass die Organisatoren nicht außerhalb des Prozesses stehen dürfen oder eine andere Rolle einnehmen als jeder andere Teilnehmer. Was für Gruppenmitglieder gilt, gilt auch für die Organisatoren. Von jedem Mitglied wird bestmögliche und vollständige Teilnahme erwartet.

Gehirnwäsche

Wird absichtlich versucht, anderen Glaubenssätze zu indoktrinieren, steckt üblicherweise ein klares Ziel dahinter. Am Anfang des chinesischen Kommunismus war dies z. B. die Absicht, einen „neuen Menschen“ zu erschaffen. In Reformprogrammen in Gefängnissen mag das Ziel sein, aus den Insassen „aufrechte Mitglieder der Gesellschaft“ zu machen. In der Religion ist es die „Rettung der Seele“. In der Psychotherapie strebt man nach dem „ausgeglichene Individuum“.

Hat eine Gruppe das Ziel „all das zu werden, was man werden kann“ oder „als Person zu wachsen“, so heißt das nicht, dass sie immun gegen die Wirkungen der Konditionierung ist. Wenn jedoch solche Absichten angesprochen werden und die zugrunde liegenden Motive des Einzelnen und der Gruppe, solche Überzeugungen zu übernehmen, diskutiert werden, ist Gehirnwäsche weniger wahrscheinlich.

Öffentliche Beichten

Öffentliches Bekennen von Gefühlen kann Teil eines Großgruppentreffens sein. Dies sollte jedoch nicht gefordert werden. Üblicherweise wird die Person, die ihre Gefühle mitteilt, von einem inneren Bedürfnis getrieben – danach, sich integriert zu fühlen oder etwas bei sich selbst besser zu verstehen – und hat nicht das Ziel, zur allgemeinen Meinung oder zum allgemeinen Gewissen beizutragen. Solches Handeln sollte nicht als gut, hilfreich oder wünschenswert begrüßt werden. Bei anderen Teilnehmern kann sich ein Gefühl der Übereinstimmung einstellen, was aber üblicherweise nicht das Resultat fortgesetzter Beichten ist.

Wenn ein Geschehen so lange dauert, dass es die Aufnahmebereitschaft der Gruppe strapaziert oder beginnt, mechanisch abzufließen, wird dies normalerweise jemand stoppen. Eine Fortsetzung geschieht dann nur, falls sie echt nötig ist und als ehrlich empfunden wird. Die Teilnehmer können in zunehmendem Maß Echtheit, Ehrlichkeit und Anstrengungen zur Verbesserung der Integrität unterscheiden. Schuld darf Schuld sein, Enttäuschung Enttäuschung, Freude darf Freude sein. Der Einzelne muss nicht gemocht werden, aber er sollte akzeptiert werden.

Der amerikanische Psychologe Carl Rogers und viele andere haben eine Menge über die „hilfreichen Bedingungen“ für eine konstruktive Persönlichkeitsentwicklung und für wirksame Gruppenbegegnungen geschrieben. Dies möchte ich hier nicht wiederholen. Trotzdem muss gesagt werden, dass sich in einem wirksamen Großgruppen-Dialog einige aktive Mitglieder von den anderen akzeptiert und empathisch verstanden fühlen werden und diese anderen in ihrem Tun als echt wahrnehmen werden – ohne dass diese etwas in petto haben. Dies ist ein bedeutender Aspekt eines wirksamen Dialogs in Großgruppen. Obwohl schon sein kann, dass nicht jedermann ein spezielles Training braucht, um solche Haltungen und Verhaltensweisen anzunehmen, lohnt es sich, die Originalartikel von Rogers über dieses Thema im Kontext seines Werkes zu lesen (Rogers, 1946c; 1947c; 1955a; 1957a; 1961b; 1963c).

Jargon und Klischee

Jargon und Klischee sind mehr als bloße Stilverletzung. Robert Lifton (1961) schreibt, totalitäre Sprache „zielt immer wieder auf einen alles umfassenden Jargon, abstrahiert zu früh, kategorisiert in hohem Maße, urteilt rücksichtslos und ist für alle außer ihren ergebenen Vertretern todlangweilig.“

Schon im 19. Jahrhundert hatte der französische Soziologe Gustave LeBon (1895) bemerkt, dass „Vernunft und Argumente unfähig sind, gewisse Wörter und Formeln zu bekämpfen. Sie werden feierlich vor Massen geäußert und, sobald sie ausgesprochen sind, liest man Respekt in den Gesichtern, und die Köpfe neigen sich ehrfürchtig.“

Bei jedem Gruppentreffen wird Jargon in die Gruppe hineingebracht und er wird auch beim Treffen selbst kreiert. Parodie ist wahrscheinlich die beste Medizin dagegen. Wenn Teilnehmer über sich selber und ihre geschätzten Interventionen lachen können, dann ist die Chance für einen bedeutsamen Dialog vorhanden.

Aufrichtiges Feedback

Transparenz von Organisation, Zielen, Gefühlen, Meinungen und Wertvorstellungen zusammen mit ehrlichen Äußerungen fördern bedeutsamen Dialog. In Gruppen mit autoritärer Führung gibt es die zu erwartenden Gefahren des Zwangs. Aber auch bei gruppenzentrierten Aktivitäten können sich totalitäre Züge entwickeln. Das Korrektiv dazu ist, totalitäre Sprache infrage zu stellen, sobald sie gebraucht wird. Man hat nämlich beobachtet, dass „korrektes Feedback die Unabhängigkeit signifikanter erhöht, als nicht korrektes Feedback die Anpassung verstärkt“.

Zusammenfassung

Trotz des konstanten Eindrucks, den wir vom menschlichen Bewusstsein haben, ist es ungemein flexibel. Zu den Variationen des Bewusstseins – das heißt zu den *außergewöhnlichen Bewusstseinszuständen* –, die bei Teilnehmern einer Gruppe hervorgerufen werden können, zählen:

- Bloßes Sich-Versammeln unter den sozialen und kulturellen Geboten der Gruppe (Jaynes, 1976)
- Struktur und Komponenten von Ort und Zeit (Barker, 1968)
- Isoliertsein von der Alltagsroutine
- Leben in fremder Umgebung
- Sprechen vor einer großen Zahl fremder Menschen
- Öffentliches Kundtun eigener Gefühle und dabei Zuhören (Lifton, 1961)
- Zuhören bei charismatischen Darlegungen (Ludwig, 1967)
- Konfrontation mit gegensätzlichen Wertvorstellungen, Meinungen und Gewohnheiten
- Emotionale Erregung (inklusive Wut, Angst, Frustration) (Sargant, 1957; Goodman et al., 1974)
- Musik, Singen und Tanzen (Deren, 1970)
- Intensive Konzentration beim Versuch, interpersonale und intrapersonale Krisen zu überwinden
- Nachlassen der Kritikfähigkeit (Ludwig, 1966)
- Durchstehen von Sitzungen zur Problemlösung, welche sehr lange, langweilig und frustrierend sein können und oft unentschieden, verwirrt oder ambivalent enden (Frank, 1961)
- Langeweile: Sitzen in ermüdenden Treffen, bei denen wenig erreicht wird (Heron, 1957)

- Standhalten bei Erschöpfung, Schlafmangel und diffuser emotionaler Spannung (Tyler, 1955)
- Durchstehen langer Nachtwachen mit einem Freund in der Krise
- Fasten (Field, 1960)
- Konsumation von Alkohol oder anderen leichten Drogen
- Koffein
- Konzentration der Aufmerksamkeit, oft bei gedämpftem Licht, auf eine einzige Stimme, ein unlösbares Problem, eine universelle Frage, eine Lebensentscheidung
- Zusammensitzen in langer meditativer Stille.

Eine Haltung für innovatives Lernen

Diese Manifestationen sollte man nicht als isolierte Phänomene betrachten, sondern als Vielfalt in der Einheit: als Effekt des Sich-Versammelns. Dieses Phänomen ist für konstruktives Gruppenverhalten höchst relevant, wenn, wie es James beschrieb, „das normale Selbst nicht von der bewussten Teilnahme am Vorgang ausgeschlossen wird, obwohl das von anderswoher ausgelöst zu werden scheint“. Das heißt, wenn die Teilnehmer in einem Zustand der Mitte wirksam fungieren können – weder völlig kritisch, noch völlig der Trance ausgesetzt.

Indem man akzeptiert, dass die Gruppe eine Wirkung hat, kann man sich entspannen und gleichzeitig das Kritikvermögen eingeschaltet lassen. Eine gänzliche Entspannung des Ich-Bewusstseins kann destruktives Verhalten fördern. Sind das Ich-Bewusstsein und das Wir-Bewusstsein ausgewogen, können Wahrnehmung und geistige Kräfte erweitert werden. Das „Unmögliche“ kann möglich werden. Gegensätzliche Wertvorstellungen können gleichzeitig vorhanden sein, ohne einander zu widersprechen.

So wird man fähig zur Selbst-Steuerung, zu unabhängigem Denken und Handeln und kann seine einzigartigen Gedanken, Meinungen, Glaubensvorstellungen und Wahrnehmungen als Reaktion auf die Gruppe ausdrücken. Man kann auch seine eigene Identität aufrecht erhalten und die persönlichen Wertvorstellungen, Gefühle und Gedanken in einem weiteren Kontext erleben als nur im Hier und Jetzt. Der Einzelne mag sich vielleicht gegen eine ungerechte Regung in Richtung Einmütigkeit in der Gruppe sträuben und sagen: „Wartet mal. Das stimmt für mich nicht. Ich werde daran jetzt nicht teilnehmen und möchte die Gruppe dringend bitten, eine alternative Möglichkeit zu finden.“

Gleichzeitig ist man fähig, voll im Hier und Jetzt zu leben, Stolz, das Gefühl persönlicher Bedeutung, loszulassen, sich einer Sache, die größere Bedeutung hat und das Persönliche übersteigt, unterzuordnen. Man kann fest seine beste Idee vorbringen zur Lösung eines ernststen Problems, vor dem die Gruppe steht, um dann in der nächsten Minute die Idee, die Überzeugung, die Wahrnehmung für etwas Besseres aufzugeben. Diese scheinbar paradoxen

Gesichtspunkte sind komplementäre Manifestationen des *Zustands der Mitte*. Man gibt sein Bestes und gibt es dann für etwas noch Besseres auf.

Außerdem ist der Teilnehmer auch fähig, losgelöst von bestimmten Formen zu leben: einmal, ohne bestimmte strukturierte Aktivitäten zu favorisieren, ein andermal hoch strukturiert. Weil Lösungen, die früher zu Resultaten führten oder in anderen Gruppen Erfolg hatten, nicht unbedingt in einer neuen Situation wirksam sind, kann man vielleicht sogar auch das aus früheren Erfahrungen gewonnene Verständnis aufgeben und Zweifel aushalten oder Angst, jedoch ohne von diesen beherrscht zu werden.

In diesem Zustand kann man neue Wahrnehmungen gewinnen, spezielle Einsichten, die helfen, weise Entscheidungen zu treffen, Probleme zu lösen und allgemein dem Einzelnen und der Gruppe zu gute kommen. Es ist auch möglich, dass einem bewusst wird, dass jedes Individuum einzigartig ist und gleichzeitig vom Ganzen nicht verschieden. „Durch das Außerachtlassen der Besonderheit der Umstände, der Grenzen und Ungenauigkeiten der Sinne [gelangt der Geist] über den Weg metaphysischer Vernunft zu einer allgemeinen prinzipiellen Wahrheit in der Sache.“ (Deren, 1970).

Die Organisation

Vor der Begegnung in der Gruppe von Angesicht zu Angesicht können die Organisatoren die Bedingungen für effektives Lernen in Großgruppen optimieren. Das ist in der Tat wahrscheinlich bei weitem ihre wichtigste Aufgabe und wirklich das einzige, was sie tun können, um eine Erfahrung des learning by doing zu fördern. Deshalb ist diese Aufgabe auch hoch spezialisiert und darf nicht an unerfahrene Freiwillige abgegeben werden. Sie sollte nur von Leuten in Angriff genommen werden, die besonders vorbereitet sind – wenn nicht durch frühere Gruppenerfahrungen dann durch das Leben selbst. Die Organisatoren müssen entscheiden:

- Notwendigkeit

Besteht ein *wirkliches* Bedürfnis? Die Motive zur Veranstaltung der Gruppe sollten nicht bloß wirtschaftlicher Natur sein oder der Pflege sozialer Beziehungen dienen, sondern es sollte ein echtes Bedürfnis sein, etwas, hinter dem man voll dahinter steht.

- Zeit und Ort

Bei der Festlegung von Zeit und Ort sollte der Ort sorgfältig aus- gesucht und die Organisationsstruktur gut überlegt werden, um es wahrscheinlicher zu machen, dass bedeutsamer Dialog und kreatives Denken gefördert werden.

- Teilnehmer

Bei der Einladung der Teilnehmer sollte einerseits auf Vielfältigkeit, andererseits auf eine gemeinsame Absicht geschaut werden.

- Aktives Involviert-Sein in die Gruppentreffen

Hat das Gruppentreffen begonnen, ist niemand verantwortlich bzw. jede und jeder verantwortlich. Die Organisatoren nehmen wie alle anderen teil, unterstützen und behindern den Prozess wie alle anderen.

Die Beobachtung und Erfahrung in Gruppen hilft, die Wahrnehmung für Gefahren zu schärfen und besser damit umzugehen. Zu lernen, wie man im *Zustand der Mitte* handelt, ist eine Kunst. Das schließt ein, den Zustand zu kultivieren, bei dem man „gleichzeitig selbst beteiligt und heldenhaft selbstlos ist“ (Konner, 1985). Oder, anders ausgedrückt, man entwickelt eine „eigenartige Mischung zielgerichteter Hysterie und geduldiger Selbstdisziplin“ (Field, 1960). Sicher ist, dass, mehr zu wissen über die menschliche Natur, über Gruppenverhalten und den Zustand der Mitte aus einem einen besseren Psychotherapeuten machen würde.

Konstruktive Ergebnisse in der Gruppe

Zu den wünschenswerten Ergebnissen der Encounter-Gruppe gehören:

- Eine positive Veränderung der Selbst-Wahrnehmung der Teilnehmer und ein besseres Verständnis von Sinn und Bedeutung ihres Lebens (Heilung).
- Die Möglichkeit, subjektiv zu erleben, dass das Individuum der Ort ist, in dem das Ganze vergegenwärtigt wird (Bortoft, 1996) (Transpersonalität).
- Verbesserte zwischenmenschliche Beziehungen.
- Einfühlsamer Dialog.
- Lösung von Konflikten und Krisen, indem gegensätzliche Wertvorstellungen integriert werden (Wood, 1999).
- Beherrschung innovativen Lernens (Botkin, Elmandjra & Malitza, 1979).
- Kreatives Problemlösen (Wood, 1984).
- Hinauswachsen über die Demokratie zur Selbststeuerung, wozu gehört, dass die Intuition der Teilnehmer genutzt wird, um Aktivitäten intelligent zu koordinieren – ohne Gesetzgebung oder explizite parlamentarische Prozesse (Wood, 1984).
- Bewusstheit über Kultur – wie sie entsteht und verändert wird in einem miteinander fühlenden und effizienten Prozess, der die Beteiligten involviert und respektiert und ihnen und der Kultur nützt (Wood, 1984).
- Freisetzung menschlichen Potenzials.
- Bewusstwerdung der Wertvorstellungen der Gemeinschaft.
- Transpersonale Bewusstheit (Wood, 1994b).

Literatur

- Barker, R. G. (1968). *Ecological psychology*. Stanford University Press.
- Bortoft, H. (1996). *The wholeness of nature: Goethe's way of science*. New York: Floris Books.
- Botkin, J. W., Elmandjra, M. & Malitza, M. (1979). *No limits to learning: Bridging the human gap*. Oxford: Pergamon Press.
- Bramly, S. (1977). *Macumba*. New York: Avon Books.
- Cleveland, C. C. (1916). *The great revival in the west*. University of Chicago Press.
- Deren, M. (1970). *The divine horsemen*. New York: Chelsea House.
- Doob, L. W. & Foltz, W. J. (1973). The Belfast workshop. *Journal of Conflict Resolution*, 17, 489–512.
- Doob, L. W., Foltz, W. J. & Stevens, R. B. (1970). Appraisal by three Americans. In L. W. Doob (ed.) *Resolving conflict in Africa: The Fermeda workshop*. New Haven: The Yale University Press.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
- Field, M. J. (1960). *Search for security*. Northwestern University Press.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and Healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Goodman, F. D., Henney, J. H. & Pressel, E. (1974). *Trance, healing and hallucination*. New York: John Wiley & Sons.
- Gransberg, G., Steinbring, J. & Hamer, J. (1977). New magic for old: TV in Cree culture. *Journal of Communication* Autumn.
- Haney, C., Banks, C. & Zimbardo, P. G. (1973). Interpersonal dynamics in a simulated prison. *International Journal of Criminology and Penology*, 1, 69–97.
- Heron, W. (1957). The pathology of boredom. *Scientific American*, 196, 52–56.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York: Henry Holt.
- James, W. (1896). *Exceptional mental states – The Lowell Lectures*. Edited by Eugene Taylor. University of Massachusetts Press.
- James, W. (1929). *The varieties of religious experience*. New York: Modern Library.
- Jaynes, J. (1976). *The origin of consciousness in the breakdown of the bicameral mind*. New York: Houghton Mifflin Co.
- Jilek, W. G. (1974). *Salish Indian mental health and culture change*. Toronto: Holt, Rinehart & Winston.
- Kohut, H. (1985). *Self psychology and the humanities*. New York: W. W. Norton.
- Konner, M. (1985). Transcendental medication. *The Sciences*, May/June.
- Kreuger, A. P. & Reed, E. J. (1976). Biological impact of small air ions. *Science*, 193, 1209–1213.
- Latané, B. & Darley, J. M. (1968). *The unresponsive bystander: Why doesn't he help?* New York: Appleton-Crofts.
- LeBon, G. (1895). *The crowd; orig.: Psychologie des foules*. Paris 1895.
- Lifton, R. J. (1961). *Thought reform and the psychology of totalism*. New York: W. W. Norton & Co.
- Ludwig, A. (1966). The formal characteristics of therapeutic insight. *American Journal of Psychotherapy*, 20, 305–318.
- Ludwig, A. (1967). The trance. *Comprehensive Psychiatry*, 8(1), 13.
- Mintz, N. L. (1956). Effects of esthetic surroundings: II. Prolonged and repeated experiences of a 'beautiful' and an 'ugly' room. *The Journal of Psychology*, 41, 459–466.
- Naydler, J. (1996). *Goethe on science*. Edinburgh: Floris Books.
- Ravencroft, K. (1965). Voodoo possession: A natural experiment in hypnosis. *The Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 13(3), 157–182.

- Rogers, C. R. (1946c). Significant aspects of client-centered therapy. *The American Psychologist*, 1(10), 415–422.
- Rogers, C. R. (1947c). Some observations on the organization of personality. *The American Psychologist*, 2(9), 358–368.
- Rogers, C. R. (1955a). Persons or science? A philosophical question. *The American Psychologist*, 10(7), 267–278.
- Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of psychotherapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
- Rogers, C. R. (1961b). The process equation of psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 15(1), 27–45.
- Rogers, C. R. (1963c). The concept of the fully functioning person. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 1, 17–26.
- Sargant, W. (1957). *Battle for the mind*. New York: Doubleday.
- Singer, J. L. (1976). *The inner world of daydreaming*. New York: Harper & Row.
- Taylor, E. (1999). *Shadow culture: Psychology and spirituality in America*. Washington DC: Counterpoint.
- Tyler, D. B. (1955). Psychological changes during experimental sleep deprivation. *Diseases of the Nervous System*, 16(10), 293.
- Williams, D. (1971). The Sokodae: A West African dance. *Institute for Cultural Research* monograph. Kent, England.
- Wood, J. K. (1984). Communities for learning: A person-centered approach to large groups. In R. Levant & J. Shlien (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research and practice*. New York: Praeger.
- Wood, J. K. (1994a). The person-centered approach's greatest weakness: Not using its strength. *The Person-Centered Journal*, 1(3), 96–105.
- Wood, J. K. (1994b). A rehearsal for understanding the phenomenon of group. *The Person-Centered Journal*, 1 (3), 18–32.
- Wood, J. K. (1995). The person-centered approach: Toward an understanding of its implications. *The Person-Centered Journal*, 2(2), 18–35.
- Wood, J. K. (1997). Notes on studying large group workshops. *The Person-Centered Journal*, 4 (Fall), 65–77.
- Wood, J. K. (1999). Toward an understanding of large group dialogue and its implications. In C. Lago & M. MacMillan (Eds.), *Experiences in relatedness: Groupwork and the person-centred approach*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

Autor

John Keith Wood, 1934–2004, langjähriger Mitarbeiter von Carl Rogers in den USA, besonders auch in der Arbeit mit Großgruppen, Verfasser zahlreicher Werke zum Personzentrierten Ansatz in verschiedenen Bereichen. Zuletzt lebte Wood in Brasilien, wo er sich für ökologische Projekte engagierte. [Nachruf von Charles O'Leary in *PERSON 2* (2004), 174; Bibliografie von Peter F. Schmid in *Person-centered and Experiential Psychotherapies 4,2* (2005), 141–144]

Rezensionen*

Franz Berger

Janet Tolan: Skills in Person-Centred Counselling and Psychotherapy.

London /Thousand Oaks /New Delhi: Sage, 2003. 180 Seiten. ISBN 0-7619-6118-6 (pbk), € 28.10 /SFr. 48.60

In der SAGE-Publikationsreihe über „Skills“ in verschiedenen psychotherapeutischen Schulen hat Janet Tolan (in Teilen unterstützt von Alan Brice und Rose Cameron) eine praxisnahe Anleitung zum Erlernen des Personenzentrierten Ansatzes (PZA) veröffentlicht. Die Autorin lehrt Counseling an der John Moore Universität in Liverpool, ihre Erfahrung mit Ausbildung und Supervision ist offensichtlich. Tolan spricht von den Ängsten, Bedenken und Unsicherheiten, die PsychotherapeutInnen und BeraterInnen in Ausbildung, aber auch jene mit langer Erfahrung bewegt, wenn sie sich kongruent, empathisch und positiv beachtend auf die Beziehung mit ihren Klientinnen und Klienten einlassen. Sie nimmt die innerhalb und außerhalb der eigenen Reihen anzutreffende Skepsis an der Realisierbarkeit und Wirksamkeit der personenzentrierten Bedingungen auf, stellt Fragen und geht ausführlich auf sie ein. Übungen verweisen konsequent auf die Selbsterfahrung der BeraterInnen und TherapeutInnen.

Der Titel macht neugierig: Was sollen „skills“, also ‚(kunst-) handwerkliches Geschick‘ im Kontext des PZA, erklärt doch die Autorin programmatisch: *„We are not using equipment or techniques to do our job, but our selves and the relationships we form“* (p. 170)? Tolan meint mit „skills“ aber nicht Techniken, die wie von selbst wirken, sondern solche Interaktionen unter der Vielfalt zwischenmenschlicher Ausdrucksmöglichkeiten, die geeignet sind, den Prozess der Psychotherapie und Beratung zu fördern und zu unterstützen, ohne dabei die Richtung des Prozesses inhaltlich vorzugeben. Sie sind ausnahmslos am Beratungs- und Therapieziel orientiert, nämlich an der Förderung von Selbstkompetenz und zwischenmenschlich eingebetteter Autonomie. Hinsichtlich dieses Ziels und der professionellen Einstellungen und Fertigkeiten sind für Tolan Psychotherapie und Beratung (Counseling) identisch. Das – allerdings nur knappe – Kapitel über die „Arbeit in Organisationen“

lässt aber erahnen, dass sich diese beiden Interventionsformen in der Praxis deutlich unterscheiden, in erster Linie wegen der unterschiedlichen Rahmenbedingungen, aber auch in der konkreten Beziehungsgestaltung und den fachlichen Herausforderungen.

Das Buch mit seinen 12 Kapiteln lässt zwei Themenschwerpunkte erkennen:

1. die Theorie des Personenzentrierten Ansatzes, die therapeutischen Grundbedingungen und die konkreten interaktiven Fertigkeiten für deren Umsetzung sowie
2. die Strukturierung des Therapie- und Beratungsprozesses sowie einige Klarstellungen zu Missverständnissen und Stolpersteinen des PZA.

Tolan stellt bewusst die Theorie an den Anfang. *„A thorough understanding of how and why psychological pain arises, of how we can help and why our means of helping works, enables us to continue to stay in psychological contact with our clients. Without such clarity, there is a great temptation to ‘try something else’ in order to bring relief to our clients (and, of course, ourselves)“* (p. 16).

Das erste Kapitel bietet einen kurzen, prägnanten Abriss der Persönlichkeits-, Entwicklungs-, Gesundheits- resp. Störungstheorie, einer Theorie der therapeutischen Veränderung und der therapeutischen Hilfe nach dem Personenzentrierten Ansatz von Carl Rogers.

Danach werden ausführlich die einzelnen Grundbedingungen des personenzentrierten Beziehungsangebots und ihr Zusammenhang untereinander beschrieben. Zu jeder Grundbedingung führt Tolan spezifische kommunikative Fertigkeiten auf und demonstriert so die Umsetzung des Personenzentrierten Ansatzes in einer Bandbreite von Interaktionen:

- Empathisches Verstehen mit seiner perzeptiven und expressiven Komponente verlangt Fertigkeiten, um den Wahrnehmungen

* Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden, dzt.:

Franz Berger, Basel, E-Mail: franz.berger@unibas.ch bzw. Gerhard Stumm, Wien, E-Mail: gerhard.stumm@tplus.at

Vorliegende Rezensionen mögen per E-Mail bei einem der beiden eingereicht werden.

Detailinformationen zu Rezensionen siehe hintere innere Umschlagseite (U 3)

und dem Gewährsein Ausdruck zu verleihen, ihnen eine Stimme zu geben („voicing“, p. 26). Kreative Weisen der Vermittlung von Empathischem Verstehen – etwa Metaphern, Symbolisierungen von Selbstaspekten („configurations of self“ nach Mearns) oder Selbstmitteilungen – werden angeregt. Tolan macht auf Unausgesprochenes und Unausprechliches aufmerksam („The words themselves, although expressive, give only part of the meaning“, p. 24). Sie zeigt anschaulich, wie mit der für das personenzentrierte Paradigma zentralen Dialektik von Selbsterfahrung und Selbststruktur praktisch umgegangen werden kann („We listen to the self-experiencing ‘voices’, but we also listen to the voice of the self-structure“, p. 9).

- Auch Kongruenz – als „*the capacity to admit organismic experiencing fully into awareness, without the need for distortion or denial*“ (p. 13) – kann geschult werden. Therapeuten und Berater entwickeln Vertrauen in die eigene Wahrnehmung, werden sich der eigenen Werte bewusst und lernen, sich als Person-in-Beziehung anzunehmen.
- Um dem Klienten mit Bedingungsfreier Positiver Beachtung zu begegnen, lernen Berater und Therapeuten, sich der Tendenz, nur partiell zuzuhören und ständig Urteile zu fällen, bewusst zu werden und die Person mit vorurteilslosem Interesse wahrzunehmen. Auch hier geht es nicht um einen Sprachjargon („*Acceptance lies in you, not in any form of words*“, p. 71). Andersartigkeit zu akzeptieren und sich der damit einhergehenden Bedrohung der eigenen Selbststruktur zu stellen ist nicht selbstverständlich. Alan Brice steuert hierzu unter dem Titel *„Wenn Klienten lügen“* einen illustrativen Bericht bei. Sein Beitrag belegt eindrücklich, was es bedeutet, in belastenden Momenten mit dem Klienten in Kontakt zu sein und dadurch dessen Vertrauen zu festigen.
- Zwei Beiträge von Rose Cameron befassen sich mit dem psychologischen Kontakt, den Rogers unter den Bedingungen für psychotherapeutische Hilfe an erster Stelle nannte. Sie differenziert dazu einerseits nach basaler und kognitiver und andererseits nach emotionaler und subtiler Kontaktqualität und geht auf die meist nur implizit ablaufenden Kontakterfahrungen ein, welche die Qualität von Begegnungen ausmachen, auf Bedingungen der Verfügbarkeit für Kontakt, auf Kontaktaufnahme und Kontaktkontinuität. Übungen, welche die Aufmerksamkeit auf die sozial und kulturell geprägten,

kontaktregulierenden Sprachcodes lenken, unterstützen die Sensibilisierung für diese Prozesse.

Tolan macht unmissverständlich klar: Es ist nicht Aufgabe des Psychotherapeuten und Beraters, Aktivitäten zu entfalten oder Veränderungen für einen Klienten zu suggerieren („*We are not in the business of changing or jettisoning someone else’s self-structure*“, p. 9). Berater und Therapeuten schaffen ein Klima, das den Klienten in die Lage versetzt, sich selber kennen und akzeptieren zu lernen. Das Ziel des Personenzentrierten Therapeuten und Beraters ist die Schaffung einer „*verzerrungsfreie Zone*“ (p. 43) für Persönlichkeitsveränderungen. Diese erfolgen in kleinen Anpassungsbewegungen, nicht in großen Momenten der Erleuchtung.

Im zweiten Schwerpunktabschnitt schreibt Tolan von den Regeln der professionellen Praxis – diese müssen klar und explizit gehandhabt werden – und von der Verantwortung von Therapeuten und Beratern bei der Strukturierung des Therapie- oder Beratungsprozesses. Erläutert werden etwa die Aufgaben zu Beginn und am Ende und der Entwicklungsverlauf in Phasen, wie ihn Carl Rogers beschrieben hat. Tolan führt den Leser und die Leserin durch die Weiten und Engpässe, die Verlockungen und Verstrickungen in diesem Prozess. Sie schreibt über die Versuchung, „den Fluss zu schieben“, über brüchige Verläufe, Highlights und Tiefpunkte, über Schwankungen des Vertrauens und über Abhängigkeiten. Konkret äußert sich Tolan zu Themen, die sich oft mit Missverständnissen verbinden: Wie grenzen sich im PZA Berater und Therapeuten von ihren Klienten ab? Gibt es konfrontierende Interventionen? Was ist mit körperlichen Berührungen? Und muss der Berater seine Expertise verbergen?

Alles in allem ist dies mit seinen knapp 180 Seiten ein „handliches“ Buch: überblickbar, gut gegliedert und mit grafisch abgehobenen didaktischen Einschüben versehen, unterfüttert mit einer Fülle von originellen, facettenreichen Gesprächsbeispielen. Die Sprache der Autorin ist flüssig, anschaulich, reich an Metaphern. Am Ende der Kapitel werden Hinweise auf weiterführende, überwiegend aus England stammende Literatur gegeben. Tolan legt auf knappem Raum die kommunikativen Ausdrucksformen des Personenzentrierten Ansatzes dar und lädt zu wachen, lebhaften und unverkrampften Gesprächen mit unseren Klienten und Ratsuchenden ein.

Mark Galliker

Marlis Pörtner: **Alt sein ist anders. Personenzentrierte Betreuung von alten Menschen.**

Stuttgart: Klett-Cotta (Konzepte der Humanwissenschaften), 2005. 146 Seiten, ISBN 3-608-94156-8, € 18,50 / SFr. 32,70

Kurze Zeit nachdem das im Klett-Cotta Verlag publizierte Werk „Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Ältere Menschen in Beratung, Psychotherapie, Seelsorge und Pflege“ des Altersforschers, Psychiaters und Kontrollanalytikers Hartmut Radebold Aufsehen erregte, erschien im gleichen Verlag zur gleichen Problematik, allerdings ohne Psychotherapie und Beratung zu berühren, eine personenzentrierte Arbeit von Marlis Pörtner, die im Klett-Cotta-Verlag schon verschiedene Bücher veröffentlicht hat, darunter auch eine Arbeit, in der die Betreuung behinderter Personen thematisiert wird. Während Pörtner in „Brücken bauen“ auf ihre Berufserfahrung mit Behinderten zurückgreifen konnte, beruft sich die Autorin in ihrer neuesten Arbeit auf die – wie sie es nennt – „seltsame Erfahrung“ des eigenen Älterwerdens.

Nach Pörtner wird der letzte Lebensabschnitt von jeder Person anders erlebt. Es gibt keine allgemeinen Rezepte für den Umgang mit betagten Menschen, außer dass jeder Mensch in seiner persönlichen Eigenart zu verstehen und ernst zu nehmen ist. Die momentane Befindlichkeit ist maßgebend und insbesondere bei Handlungsbedarf differenziert zu erfassen. Die betagte Person wird nicht allein gelassen und „immer wieder neu angenommen“ im doppelten Sinne des Wortes von „beständiger Akzeptanz“ und „keiner Festlegung“. Die Autorin nennt das Vorgehen *psychische Begleitung* im Unterschied zur biographischen Begleitung, die mehr auf die Vergangenheit ausgerichtet ist und mit Erinnerungen arbeitet.

Die psychische Begleitung ist in die alltäglichen Verrichtungen eingebunden. Es werden keine besonderen Gespräche geführt. Manche Menschen sind in Alltagssituationen viel aufgeschlossener und mitteilbarer als in arrangierten Gesprächen. Beim Waschen, beim Kämmen, beim Nägelschneiden lernen sich betreuende und betreute Personen persönlich kennen – nonverbal und verbal. Es wird weniger als Ressource gesehen, „was *noch* da ist“, sondern vielmehr „was *jetzt* da ist“, auch wenn dies vielleicht nur unscheinbar da ist und auf den ersten Blick gar nicht als Ressource erkennbar ist.

Nach der Autorin benötigen Menschen in ihrer letzten Lebensphase meistens andere Ressourcen als die gewöhnlich unterstellten. Das Phänomen des häufigen Vergessens, das generell als Defizit gilt, kann sich als Ressource herausstellen auf einer Wegstrecke, auf der es auch darum geht, Ballast abzuwerfen. So ist „Alt sein“ nicht nur der Verlust von früher selbstverständlichen Fähigkeiten, sondern auch eine Befreiung von eigenen und fremden Anforderungen:

„Herr L., 92 wollte bisher jeden Morgen beim Frühstück die Nachrichten im Radio hören. Auf einmal (...) will er das nicht mehr,

und bittet die Betreuenden das Radio nicht anzustellen. Die Betreuenden verstehen das nicht. ‚Warum denn, Herr L. Sie wollten doch immer wissen, was in der Welt los ist. Möchten Sie nicht doch, dass wir Ihnen das Radio anstellen?‘ wird er gefragt. Herr L. schüttelt den Kopf. In der Teambesprechung äußern sich die Betreuenden besorgt darüber, dass ‚Herr L. wieder ein Stück abgebaut hat‘“ (S. 50).

Die Autorin fragt sich, ob das unerwartete „Desinteresse“ für die Tagesaktualität in der letzten Entwicklungsphase auch wirklich als negativ zu bewerten ist. Die Pflegenden hätten es sicherlich gut gemeint und wollten, dass Herr L. nichts verpasse, aber „es gut meinen“, rechtfertigte nicht, sich über seine Wünsche und Eigenverantwortlichkeit hinwegzusetzen. „*Herr L. hat mit etwas abschließen können, was ihm bisher wichtig gewesen ist*“ (S. 50).

In der Literatur sowie in den Leitlinien vieler Institutionen finden sich schöne Sätze zur Förderung der Selbstständigkeit alter Menschen. Nach Pörtner zeigt sich jedoch häufig in der Praxis, dass „Förderung der Selbstständigkeit“ vorgegebene Vorstellungen darüber beinhaltet, was alte Menschen „selbstständig“ tun sollten – beispielsweise ganz bestimmte Verrichtungen zu bestimmten Zeitpunkten an bestimmten Orten zu erledigen. Ob das auch dem entspricht, was die alten Menschen selbst wollen, bleibe dahingestellt. Deshalb verwendet die Autorin bewusst den Begriff der *Eigenständigkeit* anstelle des Begriffs Selbstständigkeit.

Nach Pörtner kann Eigenständigkeit gerade auch heißen, den ganzen Tag im Bett liegen zu bleiben oder am gemeinsamen Ausflug *nicht* teilzunehmen. Eigenständig handeln bedeute immer auch eigene Verantwortung zu übernehmen, um sich als selbst Handelnder und nicht als Objekt zu fühlen. Deshalb müsse alten Menschen, wo immer es irgendwie möglich sei, Eigenständigkeit zugestanden werden, selbstverständlich auch auf die Gefahr hin, dass sie sich nicht gemäß den Erwartungen verhalten:

„*Frau A. ist 96. Sie lebt im Pflegeheim, kann noch sehr klar denken und freut sich, dass sie noch gehen kann. Trotzdem äußert sie manchmal den Wunsch, bald zu sterben. Oft lehnt sie das Essen ab, weil sie einfach nicht mag. Regelmäßig wird sie von den Pflegenden ermahnt: ‚Wenn Sie nicht essen, können Sie bald nicht mehr gehen.‘ Sie wissen, wie wichtig es für Frau A. ist, dass sie noch gehen kann, und hoffen, sie auf diese Weise zum Essen zu bewegen*“ (S. 67).

Nach der Autorin ist dieses Vorgehen des Pflegepersonals nicht zu rechtfertigen, denn an manchen Tagen isst Frau A. mit Appetit und Genuss. Die Autorin weist darauf hin, dass keinerlei Grund bestehe, sie zu bevormunden oder gar einzuschüchtern.

Die Eigenständigkeit eines alten Menschen zu respektieren bedeutet nicht zuletzt auch, dessen persönlichen Rhythmus zu berücksichtigen. Im Alter verlangt der Organismus genauso wie in jungen Jahren quasi sein Naturrecht und mag sich nicht in starre Zeitpläne einbinden lassen. Der mangelnde Respekt vor der Eigenständigkeit der Person sowie ihrem Verhalten im Alltag ist weit verbreitet. Man denke etwa an die in vielen Heimen routinemäßige Ruhigstellung im Ineinandergreifen von Verwaltung, Pflege, Ärzteschaft und Pharmaindustrie. Arbeitsabläufe und Kommunikationsformen der Institutionen wären aber an deren Anspruch zu messen. *„Strukturen sind nicht um ihrer selbst willen da, sie müssen dem Sinn und Zweck der Einrichtung dienen, die Verwirklichung der im Leitbild verankerten Grundsätze unterstützen und ein gutes Arbeitsklima ermöglichen“* (S. 126).

Die Autorin betrachtet sehr genau, wie die Pflegenden und andere Betreuungspersonen auf die momentanen Wünsche und Bedürfnisse alter Menschen eingehen und eingehen könnten. Sie macht nicht den Fehler, auch in der Gegenwart institutionell reproduziertes Leiden in den Schatten der Vergangenheit zu stellen, wie

dies bei dem eingangs erwähnten Buch von Radebold der Fall ist.

Sind nur vergangene Vorkommnisse problematisch und unerträglich und damit schwer zu erinnern oder ist nicht gerade auch die gegenwärtige Behandlung fragwürdig? Pörtner konzentriert sich auf die Gegenwart und wird deshalb den momentanen Problemen älterer Personen vielleicht eher gerecht als Radebold, der die Zustände in manchen Heimen und das Vorgehen bei der Pflege mit keinem Wort problematisiert. Pörtner glaubt, dass sich menschenwürdige Pflege und Versorgung mit einer personenzentrierten Haltung ohne Wiederbelebung der Vergangenheit auch im Rahmen großer Einrichtungen und ihrer Sachzwänge verwirklichen lässt. Sie sieht allmählich eine Generation von Betreuenden heranwachsen, die sich einer humanistischen Sichtweise von Pflege und Betreuung verpflichtet fühlt und dies *„wird nicht ohne Einfluss auf die Institutionen bleiben“* (S. 121).

Alles in allem: Ein gutes Buch, ein schönes Buch, das Pflegenden, Ärzten, Angehörigen und allen Menschen, die sich auf ihre eigene Zukunft einstellen, empfohlen werden kann.

Mark Galliker

Gerald Hüther: Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern

Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2004. 137 Seiten, ISBN 3-525-46213-1, € 14.90 /SFr. 27.20

Am Salzburger Symposium „Selbstorganisation“ der deutschsprachigen personenzentrierten Verbände im Herbst 2004 gehörte Gerald Hüther zu jenen Referenten, die am meisten Aufsehen erregten. Hüther, Professor für Neurobiologie an der Psychiatrischen Klinik der Universität Göttingen, wurde in den letzten Jahren durch seine Veröffentlichungen im Schnittbereich von Neurobiologie und Psychologie auch einem größeren Publikum bekannt. Ein besonderes Anliegen des Neurowissenschaftlers ist die Wiedervereinigung natur- und geisteswissenschaftlicher Ansätze. 2004 wurde er in der GwG-Zeitschrift von Ursula Reinsch zum Zusammenhang von Psychotherapie und Plastizität des Gehirns interviewt (Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 4/2004, S. 243-245).

Für den an praktisch-psychologischen Fragen interessierten Naturwissenschaftler, der seine experimentelle Hirnforschung evolutionstheoretisch einbettet, werden die Weichen für die Nutzung und die spätere Strukturierung des Gehirns sehr früh in der Ontogenese gestellt. Die Art und Weise, wie ein Mensch denkt, fühlt und handelt, ist ausschlaggebend dafür, welche Verschaltungen von

Nervenzellen in seinem Gehirn etabliert und stabilisiert und durch unzureichende Nutzung gelockert und schließlich aufgelöst werden. Das Gehirn bleibt also bis ins hohe Alter veränderbar. Bereits in seiner „Bedienungsanleitung für das menschliche Gehirn“ hat Hüther (2001) festgestellt, dass das Gehirn sich durch seine Benutzung selbst programmiert; ein Sachverhalt, der sich sicherlich auch innerhalb der neuropsychologischen Forschung als weiterführend erweisen könnte.

Nach Hüthers Aussagen im Interview verändern sich die neuronalen Verschaltungen und synaptischen Verbindungen insbesondere bei Erfahrungen, die emotional bedeutsam sind. Demnach sind bei Problemen Psychotherapien umso effektiver und nachhaltiger, je besser es den Therapeuten oder Therapeutinnen gelingt, die Klienten oder Klientinnen emotional zu erreichen. Er betrachtet die therapeutische Beziehung als eine „Begegnung in Augenhöhe“, bei der die Interaktion und das gegenseitige Aufeinandereinlassen wesentlich sind: *„Immer dann, wenn Menschen nicht nur miteinander oder aneinander vorbeireden, sondern miteinander in Beziehung treten, also sich wirklich auf den anderen einlassen – sich*

„beeindrucken“! lassen –, verändern sich beide und damit verändert sich auch ihr Hirn“ (Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung, 4/2004, S. 245).

Sein hier rezensiertes, mittlerweile (2006) in dritter Auflage erschienenes Buch behandelt ein Thema, das in den letzten Jahren bei Fachleuten immer größere Bedeutung erlangte. Der Autor beschreibt Vorstellungen, die sich auf unsere Erfahrungen beziehen und verweist auch auf Visionen betreffend Veränderungen der eigenen Lebensgestaltung. Im Hirn eines Menschen, der immer wieder mit emotionaler Erregung an das Gleiche denkt oder der immer wieder auf die gleiche Weise emotional erregt reagiert und handelt, entstehen starke innere Bilder in Form der dabei gebahnten Verschaltungsmuster. *„Diese sind dann besonders leicht wachrufbar und können unter Umständen bestimmend für das gesamte Denken, Fühlen und Handeln der Person werden“ (S. 87).*

Vorstellungen und Visionen korrespondieren mit neuronalen Mustern, welche aktiviert werden, wenn wir versuchen, uns in der Welt zurechtzufinden und neue Möglichkeiten auszuprobieren. Innere Bilder können uns verunsichern und das Leben schwer machen; unter günstigen Bedingungen sind sie aber auch veränderbar und können uns in Zukunft vieles erleichtern. Hierzu ein Illustrationsbeispiel aus dem generell sehr anschaulich geschriebenen Buch:

„Als ich etwa zehn Jahre alt war, traf ich in einem dieser Heime auf einen Lehrer: Der war ganz anders als all die anderen. Er war der erste Mensch, dem ich bis dahin begegnet war, der mich wirklich angeschaut und mich so, wie ich war, einfach angenommen hat. In welchen Fächern er mich damals unterrichtete, weiß ich nicht mehr: Es war nur so, dass mir die Schule (...) auf einmal richtig Spass zu machen begann. Irgendwie hat es dieser Lehrer geschafft, in mir das Gefühl zu wecken, wirklich wichtig zu sein. Er hat mir zum ersten Mal gezeigt, dass ich etwas konnte und dass es irrsinnig viel Freude macht, neugierig zu sein und die Welt zu entdecken. Auch in Büchern. Ich begann viel zu lesen und fand auf einmal alles, was in diesen Büchern stand, unglaublich spannend, so wurde ich auch in der Schule immer besser: Nach einem halben Jahr kam ich allerdings schon wieder in ein anderes Heim. Dort hatte ich wieder andere Lehrer; aber meine Lust am Lernen habe ich nicht wieder verloren. Irgendwie habe ich das Bild

von diesem einen, entscheidenden Lehrer seither immer in mir getragen. Es ist, als hätte er mich damals auf ein anderes Gleis gesetzt, meinem Leben eine neue Richtung oder erstmals überhaupt eine Richtung gegeben“ (S. 106–107)

In dem mit einer gewissen Leichtigkeit geschriebenen Buch, das kaum je an die oft mühsam zu lesenden Bücher anderer Neurobiologen erinnert, schafft der Autor eine Verbindung zwischen materiellen und geistigen Prozessen. Neurophysiologische Prozesse begründen zwar psychische Prozesse, doch letztere haben eine starke Rückwirkung auf erstere; ein Kreislauf auf den seit den russischen Reflexologen des 19. Jahrhunderts in der einen oder anderen theoretischen Ausgestaltung (u. a. Kulturhistorische Schule und Berliner Schule) immer wieder hingewiesen wurde, der aber in den letzten Jahren aus dem Blickfeld geriet, obgleich es an entsprechenden Impulsen – zumal auch von Vertretern der Nachbardisziplinen – nie gefehlt hat (vgl. z. B. den Festvortrag des Biologen Hubert Markl in Göttingen anlässlich des 100-jährigen Jubiläums der Deutschen Gesellschaft für Psychologie vom 26. 9. 2004).

In klinischer Hinsicht entscheidend ist, dass sich psychische Prozesse – durch Gespräche nahe gelegte und ausgelöste Prozesse, mithin psychotherapeutische Prozesse – unter bestimmten Bedingungen, zu denen maßgeblich emotionale gehören, in das menschliche Gehirn eingraben. Hüther weist in seinem theoretisch sowie praktisch relevanten Buch mehrmals auf Sachverhalte hin, die für Ohren von Gesprächspsychotherapeutinnen wohlklingend sind; ja manche seiner Ausführungen könnten geradezu als neurobiologische Rechtfertigung der personzentrierten Auffassung figurieren. Allerdings würde der Autor mit einigen seiner Erkenntnisse bei verhaltenstherapeutisch und systemisch orientierten Kollegen und Kolleginnen auf ebenso große Zustimmung stoßen. Als Beispiel seien die tief gebahnten Verschaltungsmuster des Suchtverhaltens angeführt, bei dem nur unter der Voraussetzung eines externen Kontextwechsels bei erneuter Bedrängnis und wiederholter Stressreaktion ein automatisches Zurückgreifen auf die ursprünglichen Bahnen vermieden werden kann (vgl. auch Hüthers Artikel *„Die neurobiologische Verankerung von Erfahrungen und ihre Auswirkungen auf das spätere Verhalten“* in Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung, 4/2004, S. 246–252).

**Bettina Jenny, Philippe Goetschel, Christoph Kappler, Barbara Samson
und Hans-Christoph Steinhausen**

Personzentrierte Gruppentherapie mit Kindern: Konzept, Vorgehen und Evaluation

Zusammenfassung: Im Zentrum fur Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitat Zurich wurde der personzentrierte Ansatz konzeptuell auf Kinder-Gruppentherapien ubertragen und evaluiert. Da es zur konkreten gruppentherapeutischen Umsetzung kaum Literatur gibt, waren die Autoren darauf angewiesen, die Vorgehensweise sowie einige der Forschungsinstrumente im Rahmen einer intensiven Auseinandersetzung mit dem personzentrierten Ansatz und auf Grundlage der einzeltherapeutischen Erfahrungen selbst zu entwickeln. Inzwischen wurden in sieben Gruppentherapien 33 Jungen im Alter von 8–12 Jahren behandelt und mit Abstand von sechs und zwolf Monaten katamnestisch untersucht. Die Indikation fur die Gruppentherapie besteht in Storungen mit einem Mangel an sozialen Kompetenzen gema ICD-10. Die vorgestellten Ergebnisse sprechen fur die Wirksamkeit der gruppentherapeutischen Interventionen. Hohe Effektstarken belegen einen signifikanten Abbau der angstbezogenen und aggressiven Symptomatik. Gema Angaben der Eltern und Lehrpersonen konnten die Sozialkompetenz und das Selbstwertgefuhl erhohet werden.

Schlusselwort: Kindesalter, Gruppentherapie, personzentrierter Ansatz, Storung des Sozialverhaltens, Evaluation

Abstract: Person-Centered Group-Therapy for Children: Concept, Procedure and Evaluation. In the Department of Child and Adolescent Psychiatry at the University of Zurich the person-centered approach was applied in a group-setting with children. The treatment was evaluated simultaneously. Due to the lack of specific literature the authors had to develop their own adequate therapeutical procedures in group-therapy and some of the research-instruments in reflection on the person-centered approach and in recourse to their own experiences in individual therapy. Up to now a sample of 33 boys (8–12 years old) in seven groups were included in the study and followed-up at intervals of six and twelve months after the group-therapy. The indication for group-therapy consists in disorders characterized by a lack of social competences according to ICD-10. Results indicate the benefits of the group intervention. High Effect Sizes demonstrate a significant decline in anxiety-based and aggressive symptoms. Furthermore, parent and teachers told about increased social competence and self-confidence.

Keywords: Childhood, group-therapy, person-centred approach, childhood conduct disorders, evaluation

1. Einleitung

Im vorliegenden Beitrag werden zunachst das therapeutische Konzept, die konkrete Vorgehensweise einer personzentrierten Gruppentherapie mit Kindern sowie das begleitende Forschungsprojekt dargestellt, wie sie von B. Jenny und Ph. Goetschel entwickelt, angewendet und durchgefuhrt wurden. Danach werden einige Ergebnisse der Evaluation vorgestellt, welche an der Abteilung fur Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters der Universitat Zurich durchgefuhrt wurde.

In der Gruppentherapie mit Kindern verfolgen die Autoren einen personzentrierten Ansatz, der demjenigen von Weinberger (2001) nahe kommt. Die Auswahl der einzelnen methodischen Vorgehensweisen geschah zielorientiert im Hinblick auf die erwunschten the-

rapeutischen Veranderungen, wahrend die therapeutische Arbeit prozessorientiert ausgerichtet war. Die Autoren¹ erachteten es als ihre Aufgabe, den einzelnen Kindern und der Gruppe Impulse zu geben und konkrete Angebote zu machen. Dabei hatte das aktuelle Geschehen vor bestimmten geplanten Aktivitaten stets Vorrang. Bei der Entscheidung des Einsatzes bestimmter therapeutischer Interventionen wurde auf das Abstraktionsmodell von Hoger (1989, 2006) Bezug genommen.

Bei der Planung konnte auf Basis der Literatur davon ausgegangen werden, dass Gruppentherapie ein effizientes, adaquates und kostengunstiges Verfahren ist, um Kinder mit Schwierigkeiten

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsneutrale oder fur beide Geschlechter explizite Formulierung verzichtet.

im Bereich der Sozialkompetenzen zu behandeln. Bei den meisten vorliegenden Untersuchungen handelt es sich dabei um Effektivitätsstudien. Hoag und Burlingame (1997) unterzogen 56 Studien im Zeitraum von 1974 bis 1997 einer Metaanalyse und fassten die Ergebnisse mit der Feststellung zusammen, dass gruppentherapeutisch behandelte Kinder hinsichtlich einer Symptomreduktion signifikant besser abschnitten als Kontrollgruppen. Es zeigte sich zudem, dass Gruppentherapie bei verschiedenen Krankheitsbildern, die im Zusammenhang mit einem Mangel an Sozialkompetenz stehen (z. B. Hyperkinetisches Syndrom, soziale Ängstlichkeit), Erfolg versprechende Ergebnisse hervorbringen (Barrett, 1998). Heekerens (1996) zeigte in seiner bis 1999 reichenden Literaturrecherche, dass der personenzentrierte Ansatz in der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen als wirksam erachtet werden kann. Auch die Effektivitätsstudien von Schmidtchen (1996a) zeigen die Wirksamkeit der klientenzentrierten Kinderspieltherapie zur Behandlung psychischer Störungen. Schmidtchen, Acke & Hennies (1995) analysierten den Verlauf von Klientenvariablen bei personenzentrierten Spieltherapien einzeln und in Gruppen bei gemischten Störungsbildern und fanden eine hohe Korrelation zwischen Therapieerfolg und den Basisvariablen des personenzentrierten Ansatzes.

Im Gegensatz zu Erwachsenengruppen (Yalom, 1996) spielen bei Kindern möglicherweise andere therapeutische Wirkungsmechanismen (z. B. Peer-Faktoren) eine weitaus größere Rolle. Harris (1995) geht aufgrund ihrer Untersuchungsergebnisse davon aus, dass der Einfluss der Peer-Gruppe außerhalb des Elternhauses auf die Sozialisation von Kindern und Jugendlichen ungleich größer ist, als derjenige der Eltern. Die Gleichaltrigengruppe kann überdies auch eine protektive Wirkung haben, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit schwierigsten psychosozialen Rahmenbedingungen (Bender & Lösel, 1997).

2. Konzept der personenzentrierten Gruppentherapie mit Kindern

Leitlinien für ein personenzentriertes Handeln

In der Gruppentherapie gelten ähnliche Handlungsleitlinien wie in der personenzentrierten Einzeltherapie mit Kindern. Dennoch müssen Unterschiede beachtet werden, auf die auch Lietaer & Keil (2002) hinweisen. Die beiden Autoren gehen sogar davon aus, dass der personenzentrierte Ansatz in erster Linie ein gruppentherapeutischer Ansatz ist, der auch auf den Sonderfall der Einzeltherapie angewendet werden kann, und nicht umgekehrt.

- Das **Spiel** mit all seinen Ausdrucksmöglichkeiten ist die **Sprache des Kindes**. Personenzentrierte Kindertherapie ist eine „*Therapie des Tuns und des Darstellens von Erfahrungen, weniger eine des Denkens und Verbalisierens*“ (Hobi, 1998, S. 4). Kinder „*reflektieren nicht über das Leben, sondern sie inszenieren es*“ (Schmidtchen, 1996a, S.

135). Daher wird auch in der Gruppentherapie dem freien Spiel der Kinder viel Platz eingeräumt.

- Die **Symbolisierung** von Themen, Anliegen, Bedürfnissen erfolgt beim (jüngeren) Kind primär spielerisch und im gestaltenden Miteinander und erst danach über eine sprachliche Symbolisierung (Hobi, 1998). Therapeuten müssen sich daher immer wieder fragen, was das Kind mit einer bestimmten Symbolisierung ausdrückt. In der Gruppe wird die sprachliche Symbolisierung jedoch wichtiger. Die Therapeuten achten darauf, das Verstandene zu benennen, damit die (mit-interagierenden) Kinder die Erfahrung besser einordnen können. Das Verstandene kann sich auf das Erleben eines Einzelnen, auf die Gruppenerfahrung oder auf die Gruppendynamik beziehen. Die Therapeuten machen also den inneren und äußeren **Bezugsrahmen** (inkl. der Ebene der Bewertungen) des Einzelnen und der Gruppe explizit. Wir gehen dabei davon aus, dass auch eine Gruppe nicht nur einen äußeren, sondern auch einen inneren Bezugsrahmen aufweist, der als Konsens mehr oder minder von allen Gruppenmitgliedern geteilt und mit-konstituiert wird.

- **Spiel** wird nach Hobi (1998) als **Freiraum** verstanden, um sich und die Welt gemäß eigenem Tempo und Entwicklungsstand zu entdecken und zu erschließen. Das Spiel ist „*ein Schonraum*“ (Hobi, 1998, S. 93), in welchem das Kind noch nicht mit der ganzen Realität konfrontiert wird. Es konstruiert eine neue Wirklichkeit, welche seinen momentanen Bedürfnissen und Zielsetzungen entspricht und deren Erfüllung zulässt. „*Es kann den Spielverlauf selbst steuern und ihn damit immer soweit der Realität anpassen, als es diese zu bewältigen vermag.*“ (Hobi, 1998, S. 93) Diese Bewältigung ermöglicht neue Entwicklungsschritte, sodass sich Spiel- und Persönlichkeitsentwicklung gegenseitig beeinflussen.

Die Kinder in der Gruppe werden in der freien Spielzeit zwar nicht direktiv auf ein festgelegtes Ziel in der einzelnen Gruppensitzung hingeführt, doch der Freiraum im Spiel ist enger als in der Einzeltherapie. Die individuellen Bedürfnisse jedes Kind beeinflussen zwar Thema, Material, Richtung und Arbeitsweise, doch immer in Abstimmung der Bedürfnisse aller, welche durch die Therapeuten vollzogen wird. Jedes Kind wird durch die Therapeuten begleitet, die im Sinne eines angestrebten Entwicklungszuwachses Modifikationen wie zum Beispiel Eingrenzung, Erweiterung und Veränderung gemäß ihrem empathischen Verständnis in den Begleitungsprozess einbringen. Hierbei ist zudem zu beachten, dass die Kinder in der Gruppe nur bestimmte Aspekte ihres Erlebens inszenieren und gleichzeitig mit den relevanten Aspekten der anderen konfrontiert werden. Indirekt ist meistens klar, dass es nicht um lebensgeschichtliche, individuelle Traumata geht, sondern um ihre soziale Erfahrungsgeschichte und ihre bisher ungenügend wertgeschätzten und akzeptierten sozialen Bedürfnisse.

- „*Indem das Kind seine Wirklichkeit nicht nur darstellt, sondern auch verändert, schafft es sich die Möglichkeit zum **Probehandeln**. Alle Gefühle, Gedanken und Handlungen sind erlaubt, selbst solche, die in der Realität unmöglich oder verboten sind*“ (Hobi, 1998, S. 97).

Übersetzt auf die Gruppe bedeutet dies, dass im geschützten Raum der Gruppentherapie und auf dem Hintergrund der tragenden therapeutischen Beziehung zum Erwachsenen soziales Probehandeln stattfindet. Die Kinder experimentieren mit neuen (sozialen) Verhaltensweisen und beobachten die Reaktionen und Konsequenzen. Sie proben den Ausdruck von bestimmten Gefühlen und Bedürfnissen, die bisher zu wenig Beachtung gefunden haben. Gleichzeitig stellen alle anderen Gruppenmitglieder Verhaltens- und Interaktionsvorbilder dar, die sozusagen stellvertretend probehandeln. Wenn die Gruppe ko-therapeutisch geleitet wird, fungiert die Interaktion und Kommunikation der Therapeuten untereinander ebenfalls als wichtiges Modell.

- Durch die **freie Spielwahl** behält das Kind beziehungsweise die Gruppe die Kontrolle über das Geschehen und die dahinter liegenden Erfahrungen/Bedürfnisse. Es wird davon ausgegangen, dass die Gruppe wie das einzelne Kind den Weg kennt, wie Erfahrungsmöglichkeiten geschaffen werden. Somit ist es die Aufgabe der Therapeuten, Spielräume zu eröffnen, die Ausdruck und Dialog ermöglichen.
- Die **Kontrolle über den Spielverlauf** wird dem Kind beziehungsweise der Gruppe überlassen. Somit nehmen die Therapeuten Regieanweisungen des Kindes oder der Gruppe entgegen oder fragen immer wieder nach, wer was benötigt (Folgen und Erweitern auf der Handlungs-, Gefühls- und Wahrnehmungsebene). Die Therapeuten bieten zudem ein stetiges Beziehungsangebot und zeigen eine hohe Bereitschaft zur Partizipation und ein aktives Kontaktverhalten. So greifen sie bisweilen in Rücksprache mit dem Einzelnen oder der Gruppe und unter Berücksichtigung der inneren Bezugsrahmen aktiv ein: zum Beispiel in Form von Reflexion und Verbesserung von Problemlösungsverhalten, Anregungen zur Ideenproduktion, Verführung zu sozialer Interaktion, Erleichterung von prosozialem Verhalten. Sie versuchen, möglichst indirekte Hilfestellungen zu bieten und andere Kinder hierfür als Ressource einzusetzen.
- In der Einzeltherapie wie auch in der Gruppe gibt der Therapeut durch seine Interaktion und sein Handeln (z. B. verbale Empathie, Affektabstimmung, Spiegeln) **Interaktionsresonanz** (Behr, 1996) auf das Handeln des Einzelnen wie der Gruppe als Ganzes. Das Kind sucht in der Regel **gemeinsame Spielerfahrungen**: Es erfährt die Interaktionsresonanz als Wertschätzung und genießt sie. In der Gruppe sucht das einzelne Kind die gemeinsame Spielerfahrung primär mit den anderen Kindern, aber auch mit den Therapeuten. Da es mit den Bedürfnissen der anderen Kinder konfrontiert ist, kann es seine eigenen Wünsche nach gemeinsamem Erleben nicht immer ohne Kompromisse konkretisieren.
- In der Gruppentherapie geht es um **konkrete soziale Erfahrungen**, die sich in der aktuellen Situation und aufgrund der Vorerfahrungen beider Interaktionspartner konstellieren. Die Gruppe stellt ein soziales Übungsfeld dar. Im Gegensatz zur Einzeltherapie geht es somit höchstens sekundär um das Verarbeiten, also darum, Unverständliches durch Darstellung verständlich zu machen, scheinbar

Unvereinbares zu verbinden oder im Chaos Übersicht zu gewinnen (Hobi, 1998).

- Während das Kind in der Einzeltherapie mit dem Therapeuten und mittels verschiedener Medien **Beziehungsmuster** inszeniert, bildet das Kind in der Gruppe primär mit konkretem, interaktivem Handeln sowie verbalen Äußerungen Beziehungsmuster mit den Gleichaltrigen. Jedes Kind bringt seine bisherigen Beziehungserfahrungen in die Gruppe und bearbeitet sie im direkten Hier & Jetzt. Das Gruppenfeedback ermöglicht es, festgefahrene Beziehungs- und Verhaltensmuster zu erkennen und gegebenenfalls zu verändern.

In der Gruppe ist nicht die Zweierbeziehung zu den Therapeuten zentral, vielmehr findet eine Vielfalt von wechselnden Beziehungen zwischen Individuen und verschiedenen Subsystemen (manchmal auch gleichzeitig) statt (vgl. Lietaer & Keil, 2002). Demnach erachten es die Therapeuten als ihre Aufgabe, diese Interaktionen immer wieder zu ermöglichen und zu fördern.

- Die therapeutische Aufgabe ist eine vielfache: Es gilt in einer aktuellen Situation sowohl auf der Ebene des einzelnen Kindes die momentane, einmalige und individuelle **Bedeutung** seiner Inszenierung innerhalb seines inneren Bezugsrahmens zu entschlüsseln als auch auf der Ebene der Gruppe deren interaktionelle Bedeutung zu erfassen. Zudem ist zu beachten, dass es in einer Interaktion zwischen zwei oder mehr beteiligten Kindern immer auch zwei oder mehr innere Bezugsrahmen mitspielen (in der doppelten Bedeutung).
- Wie in der Einzeltherapie benötigt das Kind neben der nicht-verbalen Symbolisierung das **Benennen** innerer Prozesse, „damit sie nicht nur bildhaft, sondern auch sprachlich verankert sind“ (Hobi, 1998, S. 95). Die Sprache wird in Form von Beschreibungen, Mitteilungen, Selbstexploration, Kommentaren und Fragen genutzt, um die Erfahrungen bewusstseinsfähig zu machen. Dies gilt auf der Ebene des einzelnen Kindes wie auch der (Sub-)Gruppe.
- Die Verantwortung für die physische und psychische Sicherheit des Kindes ist in der Gruppe mit ihren dynamischen Zusatzeffekten besonders ernst zu nehmen. Dies bedingt auf Therapeutenseite eine klare Bereitschaft, **Grenzen zu setzen**. Der Energie des Kindes und der Gruppe Grenzen entgegenzusetzen bedeutet, das Kind aufzufangen und seine ‚Power‘ nicht ins Leere fallen zu lassen. Grenzsetzungen stehen mit der therapeutischen Beziehung in Wechselwirkung, da sie auch Widerstand, Berührung und somit Kontakt bedeuten. Das Therapeutenverhalten soll sich in der typologischen Einordnung nach Tausch & Tausch (1970) mit den Koordinaten Geringschätzung versus Wertschätzung sowie minimale Lenkung versus maximale Lenkung im sozial-integrativen Bereich befinden.
- Während in der Einzeltherapie mit dem Kind dessen **Bewertungen** gesucht werden, ergänzen die Therapeuten dies in der Gruppe zusätzlich mit ihren therapeutischen Bewertungen. Es wird **ressourcenorientiert** gearbeitet: Die Stärken des Kindes werden wahrgenommen, verbalisiert, erarbeitet und unterstützt, ungünstige Selbstwahrnehmungen, Verhaltensweisen, Vorstellungen und Bewertungen verändert. Die Therapeuten geben im Hinblick auf

den Zuwachs von sozialen Kompetenzen viel positives Feedback, um dem Kind zu zeigen, dass es mit seinem Verhalten wahrgenommen wird. Sie **loben** individuell: Zum Beispiel wird beim einen Kind explizit wertgeschätzt, dass es seine Bedürfnisse lauter und klarer ausdrückt und sie versucht, durchzusetzen statt sofort auf einen Kompromiss einzugehen, beim anderen aber, dass es seine Bedürfnisse zu Gunsten eines Gruppenprozesses etwas zurücknehmen kann.

- **Gruppen- und Einzelprozesse** sollen den individuell vereinbarten Therapiezielen und den Bedürfnissen der Gruppe gerecht werden. Dabei entscheiden die Therapeuten im Sinne einer Prozessarbeit jeweils von Sitzung zu Sitzung auf welcher Ebene die Priorität zu setzen ist.

- Es finden sich auch einige **gruppenspezifische therapeutische Aufgaben**: Die Therapeuten geben der Gruppe ein gewisse Minimalstruktur und teilen dabei die Ansicht von Lietaer & Keil (2002), dass eine „*nicht-manipulative Prozessdirektivität*“ (S. 305) notwendig ist. Der Zusammenhalt der Gruppe wird (z. B. mittels Ritualen) aktiv unterstützt und gefördert. Die Therapeuten beachten Gruppennormen und sprechen die expliziten wie die impliziten Regeln immer wieder (nicht wertend) an. Gruppendynamische Prozesse (z. B. Führungsansprüche, Koalitionen, Ausschlüsse) sind wahrzunehmen und darauf zu achten, dass diese Positionen sich nicht verfestigen, sondern immer wieder von anderen Kindern eingenommen werden können. Die Gruppe fordert von den Therapeuten ein hohes Maß an Kongruenz, Transparenz und Präsenz (vergl. auch die Überlegungen von Lietaer & Keil, 2002).

Arbeit mit dem Umfeld

Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen bedeutet in der Regel und wann immer möglich, auch Arbeit mit dem Umfeld (Familie und Schule). Konkret heißt dies für die Einzeltherapie, dass neben den Spieltherapiestunden regelmäßige Gespräche mit den Eltern, oft nur mit der Mutter, seltener auch Gespräche mit der ganzen Familie (inkl. Geschwister) sowie gelegentlich und nach Bedarf Kontakte zum schulischen und gegebenenfalls außersfamiliären Umfeld (z. B. Sportverein) stattfinden. Diese Überlegungen gelten ebenso für die Gruppentherapie mit Kindern, sofern sich nicht zum Beispiel aufgrund eines Forschungsdesigns Einschränkungen ergeben.

Die Ziele der Umfeldarbeit bestehen in der Förderung einer guten Eltern-Kind-Beziehung, dem Initiieren eines konstruktiven elterlichen Verhaltens zur Förderung der kindlichen Entwicklung (z. B. Kommunikation), der Unterstützung der Familie zur Vermeidung von familiären Risikofaktoren sowie zur Stärkung der Ressourcen und Hilfestellungen bei biologischen Risikofaktoren.

Spezifische gruppentherapeutische Techniken

In der Gruppentherapie wurden auch Prozess leitende Hilfen eingesetzt, wie sie Schmidtchen (2001) und Schmidtchen, Acke & Henries (1995) für die personenzentrierte Einzelspieltherapie formuliert

haben. Im Folgenden werden einige Interventionstechniken kurz geschildert, die in der Gruppentherapie zusätzlich zum Einsatz kamen.

Moderation: In einer Gruppe gilt es immer wieder, die Bedürfnisse der Einzelnen zu Gehör zu bringen, die Kinder mit diesen Bedürfnissen untereinander in Kontakt zu bringen und gemeinsam Entscheidungen zu treffen. Um den Kindern hierbei neue soziale Erfahrungen zu ermöglichen, benötigen sie einen Gesprächsmoderator.

Dialogisches Kommentieren aus dem Off: Die Therapeuten sprechen vor den Kindern über anstehende Fragen, das Verhalten eines Kindes, ein mögliches Verständnis dieses Verhaltens, um dessen inneren Bezugsrahmen für alle transparent zu machen und dem betroffenen Kind zurückzumelden, was sie verstanden haben.

Prozess-Spiegelung (Time-Out): Wie beim sportlichen ‚Time-Out‘ wird in ‚slow-motion‘ besprochen, was auf der Handlungs-, affektiven und kognitiven Ebene geschehen ist (Verbalisieren des verstandenen inneren Bezugsrahmens) und wie die Situation fortgeführt werden könnte (Handlungsalternativen).

Zirkuläres Fragen: Die zirkulären Fragen, wie sie aus der systemischen Therapie bekannt sind, eignen sich unter anderem vorzüglich für Feedbackrunden, Konfliktlösungen und Entscheidungsfindungen. Sie können ebenfalls gut beim therapeutischen Time-Out eingesetzt werden.

„Doppeln“: Ein Therapeut stellt sich (z. B. in einer Konfliktsituation) hinter ein Kind und verbalisiert den verstandenen inneren Bezugsrahmen (Handlungen, Emotionen, Kognitionen/Bewertungen). Er nimmt dann mit dem Gegenüber, sei es ein Kind, einer der Therapeuten oder mit der doppelnden Person des anderen Kindes im Gespräch Kontakt auf. Gleichzeitig versichert sich der doppelnde Therapeut bei dem entsprechenden Kind immer wieder, ob er noch auf der richtigen Fährte ist und ob das Kind nun wieder selbst sprechen möchte.

Pädagogisch-therapeutische Interventionen: Gruppentherapeutisches Arbeiten ist in einem gewissen Maß auch pädagogisches Arbeiten. Man könnte auch sagen, dass in der Arbeit mit Kindergruppen besonders deutlich wird, was auch für das einzeltherapeutische Arbeiten mit Kindern gilt, dass psychotherapeutisches Arbeiten jeweils auch eine Prise Pädagogik enthält. Es geht konkret zum Beispiel um das Durchsetzen von Abmachungen, die Wahrung der persönlichen Grenzen und die Gewährleistung des Schutzes jedes Kindes.

Phasenmodell

Der Gruppenverlauf orientiert sich an folgendem Therapiephasenmodell, welches sich auch in jeder der sieben durchgeführten Gruppen so darstellte. Die betreffenden Phasen (v. a. 2–4) überlappen sich dabei teilweise, sodass sich zwischen den Phasen 2–4 kleine sich wiederholende Zyklen ergeben. Zudem ist zu beachten, dass die meisten Stunden auf einer Mikroebene dieselben Phasen beinhalten. Die Phase der Realitätsbewältigung war in den im Zentrum

für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Zürich durchgeführten Gruppentherapien meistens kürzer, da durch die begrenzte Anzahl der Gruppentermine die Schlussphase meist aktiv einzuleiten war.

1. **Einleitungsphase:** Es ist die Phase des Sich-Kennen-Lernens. Die Kinder verhalten sich meist noch sehr angepasst. Es findet ein kontrolliertes Miteinander-Agieren statt.
2. **Phase des Experimentierens und der Aggressionsbewältigung:** Die eigenen Bedürfnisse kommen deutlicher zum Vorschein. Die individuellen Unterschiede werden beobachtbar, gewohnte Verhaltensmuster in Konfliktsituationen machen sich bemerkbar.
3. **Phase der Konfliktbewältigung:** Konflikte treten offen zu Tage und werden mit Hilfe der Therapeuten bearbeitet. Die Suche nach anderen Lösungsstrategien und Konfliktmanagement wird wichtig.
4. **Phase der Realitätsbewältigung:** Der Fokus richtet sich nun stärker auf die aktuelle Lebenssituation, der Transfer nach außen erhält mehr Beachtung.
5. **Ablösungs- & Abschiedsphase:** Die Kinder sollen sich mit dem Thema Trennung auseinandersetzen. Der Abschied, das Ende der Gruppe wird mit den Kindern erarbeitet.

Ziele

Als Hauptziel soll die Gruppentherapie den Kindern Entwicklungs-, Gestaltungs- und Spielräume bieten, die ihr psychosoziales Wachstum anregen und fördern. Zusammengefasst wird die Gruppentherapie als Begegnungsort verstanden, wo soziale Erfahrungen alltagsnahe erprobt, erweitert, modifiziert werden können. Im Sinne von Rogers soll der individuellen Aktualisierungstendenz in der Gruppentherapie Raum gegeben werden, ohne jedoch die Gruppenkohäsion zu vernachlässigen. Dabei versteht sich die Gruppentherapie als gemeinsamer Prozess, wo neben dem individuellen Wachstum auch ein Wachstum der Gruppe als solche stattfinden soll. Es wird darauf geachtet, dass möglichst eine Balance zwischen Gruppe, Individuum und Themenschwerpunkt (soziale Kompetenz) hergestellt wird. Die Therapieziele können demnach in folgende Bereiche gegliedert werden: Verbesserung der Selbstwahrnehmung und sozialen Empathie, realistisch(er)e Einschätzung eigener Stärken, Schwächen und persönlicher Ziele, Entwickeln von sozialen Copingstrategien, Vermitteln von neuen oder anderen Peer-Erfahrungen, Erfahrungen von Gruppenkohäsion.

3. Strukturelles Vorgehen

Rahmenbedingungen

Jedes Kind hatte eine **Bezugsperson**, die Therapeutin oder den Therapeuten. Diese Bezugsperson war dem betreffenden Kind entweder bereits von der vorangehenden Abklärungsphase her bekannt

oder sie wurde ihm, bei externen Zuweisungen, zugeteilt. Mit der Bezugsperson fanden mindestens drei vorgängige Termine zum Kennenlernen, für die Bearbeitung der Fragebogen sowie zum Vorbesprechen der Gruppenregeln und zum Festlegen der individuellen Gruppenziele statt. Die Bezugsperson hielt auch den Kontakt zu den Eltern und zur Schule und führte die Nachuntersuchungen (Post 1–3) durch.

Es wurde eine **Probezeit** von drei Gruppenterminen vereinbart. Danach konnten sowohl das Kind als auch die Eltern sowie das Therapeuten-Team entscheiden, ob die Gruppe weiter besucht werden sollte.

Die Gruppe fand in zwei unterschiedlichen **Räumen** statt: Der angeleitete Teil fand in einem Mehrzweckraum statt, der groß und leer war, kaum Ablenkung bot und lediglich Decken als Sitzgelegenheiten aufwies. Die freie Spielzeit fand in einem gut ausgestatteten, etwas zu kleinen Spielzimmer statt, in welchem eine Kampf- und eine Ruhe- und Rückzugsecke eingerichtet wurde.

Die jeweilige **Planung** wurde von Stunde zu Stunde aktualisiert und war somit bei jeder Gruppe verschieden. Das bedeutet, dass viele geplante Interventionen nur einmal in einer bestimmten Gruppe verwendet wurden. Wie bereits dargelegt, wurde unabhängig von der Planung, wann immer notwendig, auf **aktuelle** (Gruppen-)Geschehnisse eingegangen.

Die Kinder unterschrieben am Ende der Probezeit einen **Gruppenvertrag**, der vier Gruppenregeln umfasste und auf den während der Gruppe Bezug genommen werden konnte: 1. Ich gebe mir Mühe, niemandem mit Worten oder Schlägen absichtlich weh zu tun. 2. Ich mache nichts absichtlich kaputt. 3. Ich sage laut *STOP*, wenn es mir zu viel wird. 4. Wenn jemand *STOP* sagt, höre ich sofort auf.

Abb. 1 (Die Dino-Vorlagen entstammen dem Buch von Löffel, H. & Manske, Ch., 2001).



In der Anfangsphase bastelten wir mit den Kindern jeweils einen **Stimmungszeiger** (s. Abb. 1) mit fünf bis sieben Gefühlsbereichen (z. B. aufgestellt–fröhlich–glücklich, zufrieden–ok, enttäuscht–frustriert, ärgerlich–wütend, müde–gestresst, ängstlich–unsicher, traurig–unglücklich) und einer freien Kategorie für weitere Gefühle (z. B. eifersüchtig, stolz). Der Stimmungszeiger wurde jeweils zu Beginn und am Ende der Gruppe sowie im Verlauf bei passenden Gelegenheiten eingesetzt. Er sollte den Kindern helfen, ihr momentanes Befinden zu klären und auszudrücken. Die Kinder konnten so ebenfalls lernen, gemischte Emotionen zu erfassen, indem verschiedene Kärtchen gezeigt wurden.

Ablauf der Kinder-Gruppentherapie

Einstiegsphase (,angeleitete Zeit'):

Die Einstiegsphase von etwa 20–30 Minuten fand im Mehrzweckraum statt und war die durch die beiden Therapeuten geführte Zeit.

Zu Beginn der Gruppentherapie boten wir den Kindern ein **Be-grüßungsritual** an oder ließen sie eines erfinden, mit welchem sie sich jeweils begrüßten und verabschiedeten. Dann folgte ein kurzer **Wochenrückblick**. So bestand die Gelegenheit, von einem Erlebnis der vergangenen Tage zu berichten. Danach wurde die aktuelle Befindlichkeit mit dem Stimmungszeiger symbolisiert, wobei die Kinder sich freiwillig auch verbal dazu äußern konnten.

Themen: Die Therapeuten hatten jeweils bestimmte Aufgaben, Übungen oder Spiele vorbereitet. Es wurden Themen geplant, welche gemäß Beobachtung der Therapeuten beim Individuum und bezüglich des Gruppenprozesses (s. Phasenmodell) anstanden. Oft waren sie Folge einer Begebenheit der letzten Stunde beziehungsweise beobachteter Inkongruenzen. Die meisten Themen zogen sich über mehrere Therapiesitzungen hinweg.

Das **Ziel** dieses geführten Teils bestand in einer Erweiterung der Verhaltensmöglichkeiten und der Aufhebung von Inkongruenzen.

Themenbeispiele: Sich gegenseitig Kennenlernen, Gefühle, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Feedback geben, Bedeutung von Regeln für das soziale Zusammenleben, Konfliktbewältigung, Entscheidungsfindung & Abstimmen unterschiedlicher Bedürfnisse, Respektieren von Grenzen, Konsensfindung, Kooperation & Teamarbeit, Bedeutung der Peergruppe, konkrete soziale Kompetenzen (z. B.: Wie frage ich möglichst erfolgreich ein anderes Kind, ob es mit mir spielt).

Umsetzung der Themen: Meistens wurden in jeder Therapiesitzung neue didaktische Umsetzungen entwickelt, manchmal aber zog sich eine didaktische Idee (z. B. Schiffsreise) über mehrere Stunden hinweg, und die verschiedenen Themen wurden immer wieder damit verknüpft. Im Folgenden zeigen wir anhand einiger Beispiele, wie in verschiedenen Gruppen jene Themen, die sich in bestimmten Phasen immer wieder konstellierte, gestaltet wurden.

1. Phase: Kennenlernen

Namen gegenseitig Kennenlernen: Namenskärtchen, Ball- und Fangspiele

Selbstwahrnehmung: Quartett/Memory über die Gruppenmitglieder, Arbeit mit Identifikations-Tierfigur, Gestalten einer eigenen Insel für das Identifikations-Tier

Stärken-Schwächen: Steckbrief

Gefühle: Gefühls-Memory, Arbeit mit dem Bilderbuch ‚Ein Dino hat Gefühle‘ (Löffel & Manske, 2001), Rollenspiel, Pantomime.

2. Phase: Experimentieren, Aggressionsbewältigung

Selbstwahrnehmung/Grenzen: Blinde-Kuh, Anschleichen-, Nähe-Distanz-Spiel, Hahnenkampf, Gestaltung von Reviergrenzen für das Identifikations-Tier

Attraktivität als Spielpartner: Sammeln von Attraktions-Punkten, Rollenspiel, Bildergeschichte

Entscheidungsfindung: Treffen konkreter Gruppenentscheidungen

Abstimmen von Bedürfnissen: Planung einer imaginären Schiffsreise/der Abschlussstunde.

3. Phase: Konfliktbewältigung

Konfliktlösung: Time-Out, Inszenieren des Bilderbuchs ‚Du hast angefangen! Nein, du!‘ (McKee, 1986)

Respektieren von Grenzen: siehe 2. Phase

Bedeutung von Regeln für das soziale Zusammenleben: Alle-gegen-Alle ohne vereinbarte Regeln, Erfinden eines Gruppenspiels

Partner-/Teamarbeit: gemeinsames Basteln, gemeinsames Bauen eines Hotels/einer Kugelbahn im Rahmen eines Architekturwettbewerbs, der bei der Bewertung auch die Teamarbeit beachtet.

4. Phase: Realitätsbewältigung

Raum, um weniger entwickelte Seiten eines Kindes, zu fördern: Ballspiel für Aggressionen

Transfer: Rollenspiel (z. B. ‚Pausenplatz‘), eigener Comic zu sozialen Standardsituationen, Kurzfilm über relevante soziale Situationen

Peer-Gruppe: Talkshow ‚Bedeutung der Peergruppe‘, Aufstellung der Gruppe mittels Figuren, Verbindungswege zwischen Inseln der Kinder bauen

Fremdwahrnehmung: Feedback zu den Gruppenmitgliedern mittels Tierfiguren, Zeichnung der Gruppe wie bei der Familie-in-Tieren, Aufbauen einer Insel oder eines Hotels, wo alle Gruppenkinder sich wohl fühlen.

Bedeutung von Regeln für das soziale Zusammenleben: siehe 3. Phase

5. Phase: Ablösung, Abschied

Gruppenabschlussstunde: Planung und Gestaltung der Abschlussstunde

Feedback Gruppentherapie: Werbung für/gegen Gruppentherapie.

Freie Spielzeit:

Die freie Spielzeit fand in der Regel im Spielzimmer statt und dauerte 40 bis 50 Minuten. Die Kinder konnten gemäß ihren momentanen Bedürfnissen frei entscheiden, was und mit wem sie spielen wollten. Sie konnten unter Einhaltung der Gruppenregeln alleine, in Kleingruppen oder alle miteinander spielen. Die Therapeuten begleiteten die Kinder dabei individuell, als Gruppenmitglied wie auch die Gruppe als Ganzes. Je nach Wunsch der Kinder spielten die Therapeuten mit. Vor allem wenn nicht alle Kinder im selben Spiel engagiert waren, wurde darauf geachtet, dass entweder der eine Therapeut nicht aktiv mitspielte und eine Außenposition für das gesamte Gruppengeschehen behielt oder dass die Therapeuten explizit machten, dass sie je nach Situation wieder aus dem Spiel aussteigen werden.

Die **Ziele** bestanden unter anderem in der Symbolisierung von Erfahrungen und Unterstützung bei deren Integration ins Selbstkonzept sowie im Üben von sozialen Kompetenzen in einem geschützten Rahmen.

Abschlussrunde:

Für die Abschlussphase von 10 bis 20 Minuten wurde in den Mehrzweckraum zurück gewechselt. Sie stand wieder unter der Leitung der beiden Therapeuten und diente der Besprechung von noch Anstehendem aus der aktuellen Therapiesitzung (v. a. Beziehungsklä rung unter den Kindern) sowie einer **Befindlichkeitsrunde** (Stimmungszeiger), gelegentlich der Planung der nächsten Stunde und meistens einem **gemeinsamen Spiel** (z. B. Uno, Fußballspiel, Allegegen-Alle, Pyramidenspiel).

Dann wurden die **Fragebogen** zur Prozessevaluation verteilt und von jedem Kind einzeln ausgefüllt. Zum Abschluss gab es eine Erfri schung. Die Kinder verabschiedeten sich mit ihrem **Abschiedsritual**.

Elterngruppe

Die 7. Gruppentherapie wurde von einer Elterngruppe begleitet. Die Themen waren an einigen Terminen zuvor festgelegt, an anderen wurde auf aktuelle Fragen der Eltern und auf die beim ersten Ter min erfragten Themenwünsche eingegangen, die zum großen Teil auch den von Therapeutenseite geplanten Themen entsprachen. Die inhaltlichen Schwerpunkte wurden jeweils im Plenum und in Sub gruppen diskutiert und anhand konkreter Beispiele aus dem Alltag der beteiligten Familien verdeutlicht und geübt. Die Therapeuten verteilten zu den behandelten Themen selbst zusammengestellte Informationsblätter, Beobachtungsprotokolle und Übungsmaterial. Die elterlichen Diskussionen wurden schriftlich zusammengefasst und ebenfalls für alle kopiert. Da genügend Zeit eingeplant war, damit sich die Eltern gegenseitig kennen lernen konnten, entstand eine sehr offene Gesprächsatmosphäre, in welcher vertiefte Dis kussionen (z. B. über die Bedeutung von Lob oder das Wesen von Grenzen und Regeln) möglich waren und die Eltern sich gegenseitig spontan Feedbacks gaben.

Durchführung des Konzeptes

Therapeutisches Konzept: Die Durchführung des Projekts (1998-2003) beinhaltete sieben Kinder-Gruppentherapien nach dem personzentrierten Ansatz sowie in einem Fall (7. Gruppentherapie) eine Kindergruppe mit begleitender Elterngruppe. Die Therapeuten versuchten im konzeptuellen Rahmen einer personzentrierten Gruppentherapie (s. oben) eine Balance zwischen der Forderung Schmidts (1999) nach einem geplanten, strukturierten und be gründbaren Handlungsprozess, dem gelebten Augenblick des Ein zeln sowie dem spontanen Geschehen einer Gruppentherapie zu finden. Zu einem späteren Zeitpunkt sind die Autoren auf ähnliche Überlegungen auch bei Reisel & Fehring (2002) gestoßen.

Altersspektrum: Die Kinder sollten bei Gruppenbeginn zwi schen acht und zwölf Jahre alt sein. Innerhalb der jeweiligen Gruppe war der Altersunterschied geringer, da sogenannte ‚jüngere‘ (2.–4. Klasse) und ‚ältere‘ Gruppen (4.–6. Klasse) gebildet wurden, um den Kindern einen altersgemäßen Peer-Kontext zu bieten.

Geschlecht: Bisher wurden lediglich Jungen gruppentherapeu tisch behandelt, da sich nie genügend Mädchen für eine eigene Gruppe fanden. Gemischte Gruppen wurden nicht befürwortet, da diese im Primarschulalter füreinander nicht die entscheidende Bezugsgruppe darstellen und sich Konflikte und Unsicherheiten meist innerhalb der eigenen Geschlechtsgruppe ereignen.

Dauer: Die 1.–6. Gruppentherapie dauerte 18 Termine à 75 Mi nuten, die 7. Gruppentherapie 22 Termine à 75 Minuten. Die zur 7. Gruppentherapie begleitende Elterngruppe umfasste sieben etwa monatliche Termine à 90-105 Minuten.

Zeitpunkt: Die Gruppentherapie fand jeweils am frühen Nach mittag statt, sodass die Kinder einen Teil der Mittagspause und die Schule, die auch von der Gruppentherapie profitiert, eine Unter richtsstunde zur Verfügung stellen mussten.

Gruppengröße: Aufgrund der begrenzten Größe des Spielzim mers musste die Teilnehmerzahl auf fünf Kinder beschränkt werden, auch wenn uns sechs optimal erscheinen. Faktisch wurden zwei Gruppen nur mit vier Kindern durchgeführt: In der 1. Gruppenthera pie kam ein Kind von Beginn an nicht und in der 3. Gruppentherapie mussten ein sehr junges Kind, nachdem es von drei Probeterminen zwei verpasst hatte, wegen mangelnder Kooperation und Unterstüt zung durch die Eltern ausgeschlossen werden.

Indikation: Die Indikation wurde gemäß ICD-10-Diagnosen, die mit beeinträchtigten sozialen Kompetenzen einhergehen, gestellt: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1), Störung des Sozialverhaltens (F91), Störung des Sozialverhaltens bei vorhande nen sozialen Bindungen (F91.2), Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (F91.3), Kombinierte Stö rung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92), Störung mit so zialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2). Jede Gruppe war vom Diagnosespektrum her jedoch bewusst heterogen zusammengesetzt.

Probezeit: Die ersten drei Gruppentermine galten als Probe zeit. Danach konnten die Kinder, die Eltern und wir Therapeuten

entscheiden, ob die Teilnahme fortgesetzt werden soll. Ein Kind wurde nach der Probezeit ausgeschlossen, da die Eltern nicht in der Lage waren, seine regelmäßige Teilnahme zu garantieren. Ein anderer Junge mit sozialer Ängstlichkeit wollte nicht mehr kommen, konnte dann aber von den Eltern und Therapeuten zum Weitermachen motiviert werden. Ein weiteres Kind legte es im Verlauf der Gruppe darauf an, aus der Gruppe ausgeschlossen zu werden, indem es massive Grenzüberschreitungen zeigte. Es wurde dennoch gehalten, um ihm nach bereits mehreren Schul- und anderen Gruppenausschlüssen die Erfahrung zu ermöglichen, nicht erneut ausgeschlossen zu werden.

Besonderheiten: Alle **weiteren Interventionen**, die parallel zur Gruppentherapie stattfanden, bestanden bereits vor Gruppenbeginn und sind in der Baseline der Prä-Messung enthalten. Es fand während der Gruppentherapie also keine Veränderung der störungsrelevanten Maßnahmen (z. B. Medikation mit Ritalin) statt. Ursprünglich war eine **verhaltenstherapeutische Vergleichsgruppe** geplant, die aber lediglich zwei Mal durchgeführt wurde, womit kein vollständiger Vergleichsdatensatz zur Verfügung steht. Die geplante **Kontrollgruppe**, die als Wartegruppe konzipiert war, ließ sich nicht realisieren, da die Eltern und Lehrer der Wartegruppe die Fragebogen unzuverlässig ausfüllten und die Kinder meist schnell andere Maßnahmen erhielten. Keines dieser Kinder nahm danach an unserer Gruppentherapie teil.

Elterngruppe: Die 7. Kinder-Gruppentherapie, welche mit 22 Terminen etwas länger als die Gruppen 1–6 dauerte, wurde von vornherein mit einer parallel stattfindenden Elterngruppe konzipiert. Die Elterngruppe beinhaltete sieben Termine à 90 Minuten, die auf Wunsch der Eltern auf maximal 105 Minuten ausgedehnt werden konnten, in etwa monatlichem Abstand. Die Gruppe traf sich abends, damit auch berufstätige Elternteile teilnehmen konnten. Es nahmen jeweils 5–10 Eltern teil, wobei jede Familie mit mindestens einem Elternteil vertreten sein sollte. Bei vollständigen Familien wurde die Teilnahme beider Eltern gewünscht, jedoch nicht zur Bedingung gemacht. Bei getrennt lebenden Eltern waren beide eingeladen, sofern sie einigermaßen konfliktfrei miteinander kommunizieren konnten. Auch neue Partner und Partnerinnen waren unter dieser Prämisse willkommen. Auf Wunsch konnten die Eltern zur konkreten Umsetzung der besprochenen Themen Telefontermine zu vorher festgelegten Zeiten in Anspruch nehmen. Das Gruppenzimmer war jeweils 15 Minuten vor Gruppensitzungsbeginn bereits geöffnet, sodass die Eltern sich bereits früher ungezwungen bei einer kleinen vorbereiteten Erfrischung treffen und mit einander reden konnten.

4. Methode

Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus insgesamt 33 Jungen. Der **Altersrange** beträgt bei Gruppenbeginn zwischen 7,9 und 12,4 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 9,6 Jahren (SD=1,4 Jahre).

Das **Intelligenzspektrum** liegt zwischen IQ=78 und IQ=141 mit einem Mittelwert von IQ=107 (SD=14.8). Einen unterdurchschnittlichen Intelligenzquotienten wiesen drei Kinder (9.1%) und einen (weit) überdurchschnittlichen sechs Kinder (18.2%) auf, womit die kognitiv schwächeren Kinder etwas unterrepräsentiert und die intellektuell stärkeren Kinder leicht überrepräsentiert sind.

Bei den **Diagnosen** (vgl. Tabellen 1+2) wies der überwiegende Teil der Kinder (81.7%, n=27) eine Störung des Sozialverhaltens aus dem externalisierenden Spektrum im Sinne von aggressiv-oppositionellem Verhalten auf und nur knapp ein Fünftel (18.3%, n=6) eine internalisierende Störung im Sinne von sozialer Ängstlichkeit. Fast drei Viertel der Kinder (73.2%) wiesen eine Komorbidität auf Achse 1 auf. Bei fast zwei Dritteln der Kinder (63.6%, n=21) oder gut 80% aller Kinder mit einer Komorbidität betraf dies eine komorbide Störung der (Hyper-)Aktivität und Aufmerksamkeit, eines hatte eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität und vier eine Emotionale Störung des Kindesalters (12%). Im Weiteren hatte knapp ein Drittel der Kinder (30.3%) eine komorbide Entwicklungsstörung auf der Achse 2: Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache (12.1%, n=4), Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten (12.1%, n=4) sowie Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (6.1%, n=2).

Tabelle 1: Häufigkeit der Hauptdiagnosen (Indikation zur Gruppentherapie)

	Häufigkeit	Prozent
Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens F90.1	18	54.5
Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten F91.3	7	21.2
Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen F92	1	3.0
Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen F91.2	1	3.0
Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters F93.2	5	15.2
Anpassungsstörung mit Störung von Gefühlen und Sozialverhalten F43.25	1	3.0
Total	33	100.0

Tabelle 2: Häufigkeit der komorbiden Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Häufigkeit	Prozent
Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung F90.0 + F90.1	21	60.0
Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität F98.8	1	2.9
Emotionale Störung des Kindesalters F93.8 + F92.0 + F43.25	4	11.5
keine	9	25.7
Total	35	100.0

Zusätzliche Maßnahmen während der Gruppentherapie:

Knapp die Hälfte der Kinder (45.5%, n=15) wurde ausschließlich mit der Kindergruppentherapie behandelt. Bei weiteren 15% (n=5 der 7. Therapiegruppe) wurde die Gruppenbehandlung zusätzlich durch eine begleitende Elterngruppe ergänzt. Zwei allein erziehende Mütter waren zusätzlich in einem städtischen Programm der sozialpädagogischen Familienbegleitung. Zudem erhielten 18.2% (n=6) der Kinder eine schulisch-pädagogische Maßnahme (Heilpädagogischer Förderunterricht, Klassenwechsel). Rund ein Drittel der Kinder (36.4%, n=12) wurde während der Gruppentherapie medikamentös mit Ritalin behandelt. Bei diesen wurde die Baseline im Rahmen der Prä-Messung der Symptomatik (Fragebogen) unter Ritalin erhoben, einzig die Intelligenzmessung fand unter kurzzeitiger Aussetzung der Medikamenteneinnahme statt.

Familie: Mehr als die Hälfte der Kinder stammt aus einer vollständigen biologischen oder nicht-biologischen Familie (51.5%, n=17, bzw. 9.1%, n=3), und 39.4% (n=13) der Kinder werden durch einen allein erziehenden Elternteil betreut, womit diese Personengruppe auch überrepräsentiert ist. Ein Drittel der Kinder ist Einzelkind (30.3%, n=10). Die Eltern der meisten Kinder (Mütter 66.7%, Väter 54.5%) weisen einen Lehr- oder einen Volksschulabschluss auf. Die akademisch ausgebildete Schicht (Matura, Fachhochschule, Universität) der Eltern ist etwas überrepräsentiert (Mütter 33.3%, Väter 42.4%). Die Mehrheit der Mütter ist berufstätig (69.7%, n=23), was deutlich über dem Durchschnitt liegt, und alle Väter, von denen wir über entsprechende Angaben verfügen, sind berufstätig.

Die Gruppenkinder waren in der Mehrheit zusätzlich durch familiäre Faktoren belastet. Mehrere Eltern (17.1%, n=7, v. a. Mütter) waren psychisch belastet und zeigten eine Vielzahl von Symptomen (Depressionen und Suizidversuche, Sozialer Rückzug und Kontaktprobleme, Hyperaktivität und Impulsivität). Einige (17.1%, n=7) lebten in Familien mit Paarkonflikten bis hin zu konkreten Trennungsabsichten. Im Weiteren fällt auf, dass ein Viertel der Kinder (24.4%, n=10) in der Schule eine Außenseiterrolle einnimmt.

Diagnostik und Evaluation

Es wurden vier **Untersuchungszeitpunkte** gewählt: vor der Gruppentherapie (Prä), nach der Gruppentherapie (Post1), 1. *Katamnese* sechs Monate nach Gruppentherapieende (Post2) sowie 2. *Katamnese* zwölf Monate nach Gruppentherapieende (Post3).

Mit jedem Kind wurde vor der Gruppentherapie (Prä) eine ausführliche **Intelligenzuntersuchung** durchgeführt (HAWIK-III von Tewes et al., 1999, bzw. K-ABC von Kaufman, 1994), wobei diese bisweilen bereits durch die intern zuweisenden Kollegen erfolgt war. Bei externen Zuweisenden wurde in jedem Fall eine eigene Intelligenzuntersuchung vorgenommen.

Im Weiteren füllten die Kinder, Eltern und Lehrpersonen zu allen vier Messzeitpunkten (Prä bis Post3) eine Fragebogenbatterie aus.

Als **Screening-Fragebogen** wurde die *Child Behaviour Checklist* (CBCL, Achenbach, 1991) bzw. die *Teachers Report Form* (TRF, Achenbach, 1991, Schweizer-Normierung durch Steinhausen, Winkler-Metzke & Kannenberg, 1998) eingesetzt.

Zur Erfassung der **externalisierenden Symptomatik** wurde gemäß DSM-IV-Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens der Fragebogen *„Oppositionelles-Trotzverhalten-DSM-IV“* (OPT, Lugt, 1998) eigens zusammengestellt. Der Fragebogen *„Oppositionelles-Trotzverhalten-DSM-IV“* umfasst 10 Items wie „Schiebt die Schuld für eigene Fehler oder eigenes Fehlverhalten auf andere“ oder „Widersetzt sich aktiv den Anweisungen oder Regeln von Erwachsenen oder weigert sich, diese zu befolgen“. Zudem finden sich 3 Fragen zu Beeinträchtigungen: „Führen die Verhaltensweisen des Kindes zu Beeinträchtigungen ...“, „in der Beziehung zu ihnen“, „im Umgang mit Gleichaltrigen“ und „in der Schule“. Alle Items sind 5-stufig skaliert (nein – selten – manchmal – ziemlich oft – häufig).

Die **internalisierende Symptomatik** wurde mit der *Social Anxiety Scale for Children Revised* (SASC-R-D von La Greca & Stone, 1993, deutsche Fassung Melfsen & Florin, 1997) erfasst.

Da Kinder mit externalisierenden wie auch internalisierenden Störungen viele **konkrete Ängste** aufweisen, wurde zudem in der 2.–6. Gruppentherapie der *Fear-Survey-Schedule for Children* (FSSC-R von Th. Ollendick, 1978, deutsche Übersetzung von Steinhausen) eingesetzt, der 103 Fragen zu verschiedensten Ängsten aufweist.

Zudem wurde das **Selbstwertgefühl** in Bezug auf die Schule, die Freizeit und zu Hause mit der *Aussagen-Liste zum Selbstwertgefühl für Kinder und Jugendliche* (ALS, Schauder, 1996) erhoben.

Bei der 7. Gruppentherapie wurde auf den FSSC-R und die ALS verzichtet und dafür eine **familiendiagnostische Untersuchung** mit dem *Familien-Identifikations-Test* (FIT, Remschmidt & Matzejat, 1999) durchgeführt.

Aus Platzgründen verzichteten die Autoren an dieser Stelle auf eine detaillierte Darstellung der durchgeführten **Prozessevaluation**, welche nach jedem Termin über einen eigens entwickelten Fragebogen durch die Kinder und beide Therapeuten mit Bezug auf jedes Kind erhoben wurde.

Statistische Analysen

In der Datenanalyse (SPSS für Windows) wurden zunächst einfaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung und nachfolgende t-Tests berechnet, um die Therapieeffekte über die Zeit (T0=Prä, T1=Post, T2=Katamnese 1 sechs Monate und T3=Katamnese 2 zwölf Monate nach Therapieende) zu evaluieren. Während die Varianzanalyse vollständige Datensätze zu allen Messzeitpunkten voraussetzt, konnten die Einzelkontraste zum Vergleich zweier Zeitpunkte teilweise auf Basis eines größeren Datensatzes analysiert werden, wodurch sich einzelne Effekte auch klarer zeigten. Mit zweifaktoriellen Varianzanalysen wurde zusätzlich untersucht, ob Moderatorvariablen wie zum Beispiel Gruppenzugehörigkeit, Alter, Bildung

der Eltern die Effekte der Gruppentherapie beeinflussen. Die Varianzanalyse mit zusätzlicher Berücksichtigung der variierten Gruppenkonzeption ergab kaum Gruppenunterschiede (1.–6. Gruppentherapie im Vergleich zur 7. Gruppentherapie) in der Beurteilung der Eltern, der Kinder sowie der Lehrpersonen, sodass sie im weiteren Verlauf zusammen ausgewertet wurden.

Im Folgenden werden zu einzelnen Fragebogenverfahren der Mittelwert-Verlauf und die signifikanten Veränderungen (F-Test) sowie die signifikanten Einzelkontraste zwischen den einzelnen Zeitpunkten (t-Tests) zusammengefasst. Aus Platzgründen werden nicht alle Daten der ein- und zweifaktoriellen Varianzanalyse im Einzelnen beschrieben und tabellarisch dargestellt, sondern an anderer Stelle gesondert publiziert² (Jenny, Käppler, Eschmann, Samson & Steinhausen, in Vorb.). Dass trotz zufrieden stellender Effektstärken³ über alle Fragebogen (mittlere ES=0.63) auf die Beschreibung der Ergebnisse der Lehrpersonen verzichtet wird, rechtfertigt sich auch dadurch, dass diese Ergebnisse dieselben Trends aufweisen, wenngleich sie aufgrund einer geringeren konstanten Antwortbeteiligung der Lehrpersonen auf einer geringeren Datenbasis (N) beruhen. Die Ergebnisse des FSSC-R werden trotz hoch signifikanter Ergebnisse und mittlerer bis guter Effektstärken (Eltern ES=0.79, Kinder ES=0.55) ebenfalls nicht an dieser Stelle publiziert, da sie den Befunden aus dem SASC und dem CBCL entsprechen. Beim ALS ließen sich keinerlei Veränderungseffekte feststellen, weshalb lediglich in der Diskussion darauf eingegangen wird.

5. Ergebnisse

Über alle Verfahren hinweg beobachteten die Eltern die ausgeprägteste Symptomatik und die deutlichste Verbesserung, was sich auch in der hohen mittleren Effektstärke von 0.85 zeigt. Die Kinder nahmen eine geringere Symptomatik wahr und erlebten über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg eine bedeutsame Abnahme der Symptomatik, wie es auch die befriedigende mittlere Effektstärke (0.60) abbildet.

Evaluation auf der Ebene einzelner Instrumente

Child Behavior Checklist (CBCL, vgl. Tab. 3 und Abb. 2): Grundsätzlich zeigen sich in der CBCL sowohl im Gesamtwert als auch bei den Skalen ‚Externalisierung‘ und ‚Internalisierung‘ wie auch auf der Ebene aller Faktoren Veränderungen in erwünschter Richtung, die im Vergleich vom Ausgangszeitpunkt vor der Gruppentherapie

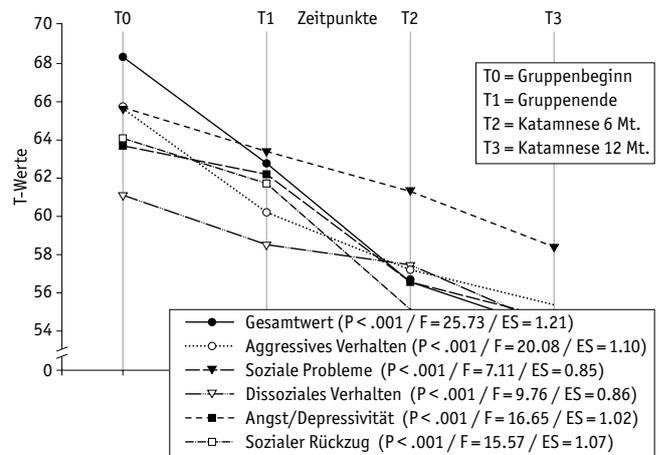
Tabelle 3: Auswahl der Ergebnisse der Child Behavior Checklist (CBCL): Gesamtwert und Subskalen

CBCL 1.–7. Gruppe n=19	Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD)								F/ Chi	p	ES
	T0		T1		T2		T3				
Gesamtwert	68.3	12.8	62.8	11.8	56.6	11.5	54.1	10.6	25.73	***	1.21
Externalisierung	64.0	10.8	59.4	8.2	55.1	10.5	52.6	9.8	18.97	***	1.11
Internalisierung	64.0	11.8	61.0	11.8	53.2	11.3	51.7	9.8	22.13	***	1.12

n. s. = nicht signifikant * = $p \leq .05$ ** = $p \leq .01$ *** = $p \leq .001$ ES=Effektstärke
T0 = Gruppenbeginn T1 = Gruppenende T2 = Katamnese 6 Mt. T3 = Katamnese 12 Mt.

Anm.: Die Fallzahl der t-Tests bewegt sich bei den Eltern zwischen 23–27. Die kursiv gedruckten Werte stellen Chi²-Werte des Friedman-Tests dar, da die Voraussetzungen laut dem Mauchly-Sphericity-Test für den F-Test nicht gegeben waren.

Abb. 2: Ergebnisse in der Child Behavior Checklist (CBCL): Gesamtwerte und Faktoren



zum Stand ein Jahr nach Therapieende (T0-T3 $n=24$ $p \leq .001$) alle hoch signifikant sind. Der CBCL-Gesamtwert zeigt sowohl im Verlauf während der Gruppentherapie (T0-T1 $n=24$ $p \leq .01$) als auch noch im ersten Halbjahr danach (T1-T2 $n=25$ $p \leq .001$) sehr signifikante Veränderungen. Auf Skalenebene zeigen sich diese signifikanten Veränderungen im Bereich der externalisierenden Symptomatik während (T0-T1 $p \leq .001$) und nach der Gruppentherapie (T1-T2 $p \leq .001$), bei den internalisierenden Verhaltensweisen hingegen erst nach der Gruppentherapie (T1-T2 $p \leq .001$). Auf Faktorebene finden sich in einigen Bereichen signifikante Symptomreduktionen während der Gruppentherapie (T0-T1 $n=27$: Aggressives Verhalten $p \leq .001$, Körperliche Beschwerden $p \leq .01$ und Dissoziales Verhalten $p \leq .01$), in anderen Bereichen erst nach der Gruppentherapie (T1-T2 $n=25$: Angst/Depressivität $p \leq .001$, Sozialer Rückzug $p \leq .001$). Die zweite Katamnese nach einem Jahr ergibt bei den Dissozialen Verhaltensweisen (T2-T3 $n=25$ $p \leq .05$) sich verzögert einstellende signifikante Effekte. Die Effektstärken sind in den angestrebten Bereichen gut bis außergewöhnlich hoch ausgefallen (ES=0.85–1.21).

Oppositionelles-Trotzverhalten (OPT, vgl. Tab. 4): Die Symptomatik (Eltern $n=23$ $p \leq .01$, Kinder: $n=23$ $p \leq .001$) sowie die Belastung (Eltern $n=22$ $p \leq .01$, Kinder $n=16$, $p \leq .01$) haben über den gesamten Zeitverlauf in der Einschätzung der Eltern und Kinder

2 Interessierte Leser können weitere Ergebnisse bei den Autoren anfordern.
3 Die Berechnung der Effektstärken erfolgte nach der klassischen Vorgehensweise (Cohen's d) für abhängige (repeated measurement) Daten.

Tabelle 4: Ergebnisse in der Skala Oppositionelles-Trotzverhalten gem. DSM-IV (OPT)

OPT 1.-7. Gruppe		Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD)								F/ Chi	p	ES
		T0		T1		T2		T3				
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
Eltern (n=22-23)	Symptome	22.3	7.5	17.8	5.7	16.7	8.0	15.7	8.1	3.84	*	0.84
	Belastung	7.7	2.8	5.6	2.6	5.4	2.5	4.8	3.2	15.94	***	0.97
Kind (n=29)	Symptome	18.4	6.2	15.5	4.2	13.6	5.4	13.3	5.5	9.30	***	0.88
	Belastungen	3.4	2.3	2.4	1.6	2.2	1.5	2.4	1.4	7.02	***	0.53

n. s. = nicht signifikant * = p ≤ .05 ** = p ≤ .01 *** = p ≤ .001 ES = Effektstärke
T0 = Gruppenbeginn T1 = Gruppenende T2 = Katamnese 6 Mt. T3 = Katamnese 12 Mt.

Anm.: Die Fallzahl der t-Tests bewegt sich bei den Eltern zwischen 24–31 und bei den Kindern zwischen 29–33.

Tabelle 5: Ergebnisse in der Social Anxiety Scale for Children – Revised (SASC-R)

SASC-R 1.-7. Gruppe		Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD)								F/ Chi	p	ES
		T0		T1		T2		T3				
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
Eltern (n=22-23)	Gesamt	25.0	13.1	21.5	13.5	18.2	11.8	13.1	10.7	11.57	***	0.98
	SAD	9.8	7.0	8.4	5.9	7.4	6.0	5.6	5.1	12.85	**	0.69
	FNE	15.6	8.6	12.8	8.6	10.6	7.2	7.2	7.1	12.88	***	1.07
Kind (n=24-27)	Gesamt	19.4	9.1	13.8	7.7	11.9	8.2	12.7	9.7	23.60	***	0.70
	SAD	9.6	4.5	6.7	4.0	5.3	4.5	5.3	4.6	23.39	***	0.94
	FNE	9.8	6.2	7.3	4.9	6.5	5.6	7.0	6.0	11.61	**	0.45

n. s. = nicht signifikant * = p ≤ .05 ** = p ≤ .01 *** = p ≤ .001 ES = Effektstärke
T0 = Gruppenbeginn T1 = Gruppenende T2 = Katamnese 6 Mt. T3 = Katamnese 12 Mt.
SAD = Vermeiden von und Belastung durch soziale Situationen (Social Avoidance and Distress Scale),
FNE = Furcht vor negativer Bewertung (Fear of Negative Evaluation)

Anm.: Die Fallzahl der t-Tests bewegt sich bei den Eltern zwischen 18–20 und bei den Kindern zwischen 26–33.

hoch signifikant abgenommen, wobei beide die Symptomreduktion (Eltern $p \leq .01$, Kinder $p \leq .05$) und die Entlastung (Eltern $p \leq .001$, Kinder $p \leq .01$) am deutlichsten bereits während der Gruppentherapie (T0–T1) wahrnehmen. Die Effektstärke ist bei den Eltern-Angaben hoch ausgefallen (0.84–0.97), bei den Kindern zeigt die Symptomreduktion ebenfalls eine gute Effektstärke (ES=0.88), während die Effektstärke im Bereich der Abnahme der Belastungen (ES=0.53) als mäßig einzuschätzen ist.

Social Anxiety Scale for Children–Revised (SASC-R-D, vgl. Tab. 5): In der Einschätzung der Eltern hat das ängstliche Verhalten insgesamt hoch signifikant ($p \leq .001$) und über den gesamten Untersuchungszeitraum konstant abgenommen, wobei die stärkste Abnahme im Vergleich zwischen Prä-Messung und den beiden Katamnesezeitpunkten (T0–T2 $n=23$ $p \leq .01$, T0–T3 $n=24$ $p \leq .001$) zu verzeichnen ist. Dies gilt vor allem für die Angst vor Kritik ($p \leq .001$), aber auch für das Vermeidungsverhalten ($p \leq .01$). Das Erleben der Kinder zeigt ebenfalls eine hoch signifikante Abnahme der Symptomatik insgesamt ($p \leq .001$) und in beiden Bereichen (SAD $p \leq .001$, FNE $p \leq .05$), die jedoch im Vermeidungsverhalten deutlicher zum Ausdruck kommt. Zudem nehmen sie den größten Effekt während der Gruppentherapie (T0–T1 z. B. Gesamtwert $n=33$ $p \leq .001$) sowie im Prä-Katamnese2-Vergleich (T0–T3 z. B. Gesamtwert $n=29$ $p \leq .001$) wahr. Die Effektstärke des Gesamtwertes ist für die Elternangaben insgesamt gut (ES=0.98) und für die Angaben der Kinder zufrieden stellend (0.70). Während die Effektstärke

bei den Eltern vor allem für die Angst vor Kritik (1.07) sehr deutlich ist, zeigt der Faktor Vermeidung von sozialen Situationen (0.94) bei den Kindern den stärksten Effekt.

Bedeutung von Moderatorvariablen

Die Befunde zu Einflussfaktoren, die den Ergebnisverlauf moderieren, werden im Folgenden summarisch berichtet und können aus Platzgründen an dieser Stelle nicht mit allen Ausgangsdaten tabellarisch dargestellt werden⁴.

Alter: Im OPT der Eltern ($n=23$) zeigt sich eine Interaktion mit dem Verlauf (Interaktionseffekt $p=.04$), indem sich bei den älteren Kindern die elterliche Belastung während der Therapie deutlicher und auch nach der Gruppe noch weiter reduziert. Im OPT der Kinder ($n=29$) findet sich zwar kein Interaktionseffekt, aber die älteren Kinder geben im Unterschied zu den Elternangaben ein geringeres Ausmaß der Symptomatik an und zeigen auch nach Therapieende eine weitere Symptomreduktion, während die jüngeren Kinder bereits vor der Gruppe eine ausgeprägtere Symptomatik aufweisen

und nach Therapieende nur noch eine leichte Abnahme verzeichnen (Gruppeneffekt $p=.01$). Auch im SASC-R-D ($n=21$) weisen die älteren Kinder gemäß den Angaben der Eltern eine etwas höhere Symptomatik im Bereich der Furcht vor negativer Bewertung auf, die jedoch während und v. a. nach der Gruppe sehr stark abnimmt, sodass sie ein Jahr nach Ende der Behandlung einen tieferen Wert aufweisen als die Gruppe der älteren Kinder (Interaktionseffekt $p=.05$).

Zusätzliche Behandlung: Kinder, denen während der Gruppentherapie eine weitere Maßnahme zukommt, weisen in verschiedenen Erhebungsverfahren eine ausgeprägtere Symptomatik auf. Im CBCL ($n=19$) zeigt sich, dass die mit Ritalin behandelten Kinder ($n=5$) vor und nach der Gruppentherapie signifikant höhere Werte im Faktor Aggressives Verhalten aufweisen. Sie profitieren in gleichem Maße von der Therapie und zeigen einen Symptomrückgang, wobei die Kinder ohne Ritalin katamnestic weiter einen stetigen Symptomrückgang aufweisen und somit bessere Langzeiteffekte zeigen. Die zusätzliche Behandlung mit Ritalin bewirkt also keinen Interaktionseffekt ($p=.82$), aber sowohl einen signifikanten Gruppen- ($p=.04$) als auch Zeiteffekt ($p<.01$), was einen parallelen Veränderungseffekt in beiden Gruppen dokumentiert. Dazu passt, dass die Kinder ohne Ritalin vor der Gruppe einzig bei der Subskala Internalisierende Störungen höhere Werte aufwiesen. Dies legt die

⁴ Interessierte Leser können diese Daten bei den Autoren anfordern.

Annahme nahe, dass aggressive und sozial weniger kompetente Kinder mit einer Aufmerksamkeitsstörung vermehrt mit Ritalin behandelt werden.

Familie: Es zeigen sich insgesamt kaum Unterschiede je nach Familiensetting, Geschwisterposition, elterlicher Berufstätigkeit oder Bildung.

Kinder, deren **Eltern eine psychische Störung oder schwerwiegende Krankheit** aufweisen zeigen durchwegs höhere Symptomwerte. Sie haben in der Wahrnehmung der Eltern (CBCL $n=5$, SASC-R $n=5$) vor der Gruppentherapie mehr als doppelt so hohe Angstwerte und im CBCL zudem deutlich mehr Soziale Probleme als Kinder von gesunden Eltern. Während der Therapie sinken die Werte beider Kindergruppen gleichermaßen, vor allem im ersten Halbjahr nach der Gruppentherapie nehmen aber diejenigen der Kinder von belasteten Eltern nochmals stark ab, sodass die Kinder mit belasteten Eltern nach der Gruppentherapie eine erhebliche Verbesserung in ihren Angstwerten (Interaktionseffekte CBCL $p=.02$, SASC-R-D-Gesamt $p=.15$, SAD $p=.03$) und bei ihren sozialen Problemen ($p=.01$) aufweisen und dann nahezu das selbe (niedrige) Niveau der Kinder mit unbelasteten Eltern aufweisen. Trotz der kleinen Stichprobe verweist dies, gerade auch wegen der Einheitlichkeit der Befunde in verschiedenen Verfahren, zum einen auf die besondere Belastung der Kinder gesundheitlich belasteter Eltern und zum anderen darauf, dass gerade sie gut auf die Gruppentherapie ansprechen und von ihr besonders profitieren. Im CBCL findet sich zudem eine für die Kinder von (psychisch) kranken Eltern erhöhte Belastung bei der Subskala Internalisierende Störung sowie beim Faktor Sozialer Rückzug und dabei zwar kein Interaktionseffekt, aber ein paralleler Rückgang.

Im SASC-R ($n=27$) der Kinder zeigt sich im Vergleich zwischen **Einzel- und Geschwisterkindern** während der Gruppentherapie eine parallele Angstreduktion von einem vergleichbaren Niveau aus. Während nach der Gruppentherapie die Angstwerte der Einzelkinder wieder ansteigen, sinken sie bei den Geschwisterkindern weiter ab (Interaktionseffekt $p=.03$). So zeigt sich, dass ein sozialer Lernkontext wie eine Gruppentherapie gerade von Einzelkindern in besonderer Weise genutzt werden kann. Einzelkinder scheinen vor allem während der Gruppenbehandlung zu profitieren, wohingegen der Effekt sich nicht als gleichermaßen stabil erweist wie bei den Geschwisterkindern, die möglicherweise ihre neu entwickelten sozialen Kompetenzen im familiären Rahmen weiter stabilisieren und generalisieren können.

6. Diskussion

Es kann aufgrund der hier präsentierten Befunde festgehalten werden, dass sich die personenzentrierte Gruppentherapie in der vorliegenden Form mit einer Mischung aus einem strukturierten Teil und freier Spielzeit auch bei Störungen im Kindesalter, die mit einer

Beeinträchtigung der sozialen Kompetenzen einhergehen, als wirksam erwiesen hat. Dies bildete sich auch in den Gesprächen mit den Kindern, Eltern und der Schule nach Ende der Gruppentherapie und zu den beiden Katamnesezeitpunkten ab: Dort wurde konsistent berichtet, dass sich die Sozialkompetenz, das Selbstwertgefühl, empathisches Wahrnehmen und Denken, prosoziales Verhalten sowie das Akzeptieren von sozialen Regeln deutlich verbessert und sich die aggressive und/oder angstbezogene Symptomatik zugleich verringert habe.

Zusammenfassend zeigen sich also aus verschiedenen Beurteilerperspektiven und anhand verschiedener Untersuchungsverfahren in unterschiedlichen Bereichen, vor allem auch in den Zielbereichen des aggressiv-oppositionellen und des ängstlichen Verhaltens, eine bedeutsame Symptomreduktion und ein entsprechender Rückgang der Belastung, was den Befunden von Schmidtchen (1996a) entspricht. Die Effektstärken sind, im Besonderen bei den Angaben der Eltern, im Vergleich zur Literatur, wie sie z. B. Schmidtchen (1996a) aufgearbeitet hat, als sehr gut einzustufen. Casey & Berman (1985) haben in ihrer Meta-Analyse von Studien zu klientenzentrierten, verhaltenstherapeutischen, kognitiven und psychodynamischen Therapieverfahren eine durchschnittliche Effektstärke von 0.71 für die Psychotherapie mit Kindern errechnet. Weisz, Weiss, Alicke & Klotz (1987) kommen mit einer Effektstärke von .79 auf ein ähnliches Ergebnis. Verschiedene Autoren (Schmidtchen, 1996a, Heekerens, 1996, Casey et al., 1985 und Weisz et al., 1987) weisen darauf hin, dass die klientenzentrierte Kindertherapie eine geringere Effektstärke als die verhaltenstherapeutische aufweist. In unserer Studie nun bewegen wir uns im ähnlichen Range der Effektstärken wie bei verhaltenstherapeutische Methoden.

Die Eltern schätzen die Symptomatik über alle Fragebogen hinweg am höchsten ein und nehmen auch die deutlichsten Verbesserungen wahr, was sich auch in der hohen mittleren Effektstärke zeigt. Die Kinder erleben im Vergleich zu den Eltern eine geringere Symptombelastung, jedoch ebenfalls eine Symptomabnahme über den gesamten Untersuchungszeitraum, was sich auch in einer zufrieden stellenden mittleren Effektstärke zeigt. Kinder und Eltern verzeichnen die Veränderung jedoch teilweise zu unterschiedlichen Zeitpunkten: Tendenziell erfahren die Kinder sie pointierter bereits während der Gruppentherapie oder direkt danach, die Eltern eher etwas später. Die katamnesticen Untersuchungen ein halbes und ein ganzes Jahr nach Gruppentherapieende zeigen, dass die durch die Kinder erlebten und von den Eltern beobachteten erwünschten Veränderungen anhalten. Diese Befunde stehen im Einklang mit der Übersichtsarbeit von Froborg (2004), in welcher sie 40 empirischen Studien zur Behandlung erwachsener Klienten im Hinblick auf deren Langzeiteffekte analysiert.

Es zeigt sich auch, dass sich die 7. Gruppentherapie mit der längeren Dauer und der parallelen Elterngruppe im Erfolg nicht signifikant von den anderen Gruppentherapien unterscheidet.

Schmidtchen (1996a) fand hingegen bei der klientenzentrierten Einzelspieltherapie bessere Effekte bei einer Kombination mit ergänzenden Familien- oder Elterngesprächen. Eine mögliche Erklärung für die unterschiedliche Befundlage könnte darin gesehen werden, dass in einer begleitenden Elterngruppe nur begrenzt auf die individuellen Verhaltensschwierigkeiten des einzelnen Kindes und der konkreten familiären Alltagsdynamik eingegangen werden kann.

Für Gruppentherapien mit Kindern allgemein und im Besonderen auf der Basis des personenzentrierten Ansatzes als konzeptuellem Hintergrund liegen kaum Vorläufer-Studien vor. Die hier vorgelegten Ergebnisse können so lediglich im weiteren Kontext von Schmidtchens Effektivitätsstudien (1996a) über die Wirksamkeit von klientenzentrierter Kinderspieltherapie betrachtet werden. Auch die Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Einzeltherapie bei Kindern und Jugendlichen von Casey & Berman (1985) und Weisz, Weiss, Alicka & Klotz (1987) erachten die Wirksamkeit der klientenzentrierten/nicht-direktiven Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als erwiesen. Heekerens (1996) verifizierte in seiner umfassenden Literaturrecherche die Gültigkeit dieser Befunde. Boulanger & Langevin (1992) wählten für ihre Studie zur gruppentherapeutischen Behandlung von fünf fünfjährigen Jungen mit Auffälligkeiten im Sozialverhalten ein dem unseren ähnliches therapeutisches Vorgehen (16 Sitzungen) mit einem angeleiteten Teil und freier Spielzeit sowie einer begleitenden Elterngruppe: In fünf der sechs untersuchten Skalen (u.a. auch Depression und Aggression) zeigten sich signifikante Verbesserungen.

Wie für Forschungsprojekte im klinischen Versorgungskontext charakteristisch, unterliegt auch die vorliegende Untersuchung einigen methodischen Einschränkungen. Als erstes sind die fehlende Vergleichs- und Kontrollgruppe zu nennen, die sich, wie auch bei den oben genannten Vergleichstudien, aus praktischen Gründen nicht realisieren ließen. Somit bleibt letztlich offen, ob die betroffenen Kinder möglicherweise auch ohne Gruppentherapie eine Symptomreduktion aufgewiesen hätten, da sich Veränderungen prinzipiell auch bedingt durch biopsychosoziale Reifungsprozesse ergeben können. Zudem konnte nicht in einem größeren Umfang kontrolliert werden, welche Drittfaktoren (z. B. familiäre und schulische Veränderungen) die Symptomreduktion unterstützt haben. Im Besonderen muss hier auf die Kinder mit einer zusätzlichen medikamentösen Behandlung mit Methylphenidat (Ritalin) hingewiesen werden, da diese Behandlung immer wieder auch zu sekundären Effekten im Bereich des psychosozialen Funktionierens führt. Zum einen wurde dieser Effekt jedoch dadurch gemildert, dass die entsprechenden Kinder das Medikament bereits im Vorfeld der Prä-Messung einnahmen, und zum anderen wurde der statistisch nicht nachweisbare Effekt varianzanalytisch kontrolliert.

Ein längsschnittlicher Datensatz über vier Messzeitpunkte weist naturgemäß auch Lücken auf. Der größte Datenverlust findet sich bei den Angaben aus der Schule: Einige wenige Kinder besuchten

vor der Gruppentherapie keinen Schulunterricht (T0), bei anderen sollten nach Schulwechseln die neuen Lehrpersonen nichts von den früheren Schwierigkeiten wissen oder (neue) Lehrpersonen waren nicht bereit, etwas zum Evaluationsprojekt beizutragen. Somit fehlt in einigen Bereichen die Beurteilung durch die Lehrpersonen, die für die ergänzende Einschätzung des Erfolgs wichtig wäre. Positiv hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass 26 der Kinder nach der Gruppentherapie in der bestehenden Schulform (Volksschule: Regelklasse, Kleinklasse) weiterbeschult werden konnten. Bei den anderen sieben Kindern war der Wechsel in eine Privatschule oder in eine Kleinklasse der Volksschule bereits vor Gruppeneintritt geplant worden. Auch einige der Eltern schickten trotz mehrmaliger Erinnerungen vor allem bei den katamnesticen Befragungen (T2-3) die Fragebogen nicht zurück, weil sie unterdessen mit anderen Themen (z. B. Scheidung) absorbiert waren. Zudem weisen die vorhandenen Lücken im Datensatz der Eltern auch darauf hin, wie belastet und desorganisiert manche Familien strukturiert sind. Somit hätte die Kontrolle von Seiten der Therapeuten wohl noch intensiver ausfallen müssen.

Die Fragebogenauswahl könnte nach den vorliegenden Erfahrungen aus heutiger Sicht optimiert werden. Der CBCL als eines der Standardinstrumente der klinischen Forschung hat sich ebenso wie der SASC-R bewährt. Im Unterschied zum OPT und FSSC-R wären in Zukunft bereits bestehende, evaluierte und validierte Fragebogen vorzuziehen. Der FSSC-R scheint uns im deutschsprachigen Raum noch zu wenig verbreitet. Dass beim ALS keinerlei Effekte gefunden wurden, mag unter anderem mit der Tatsache, dass ein großer Teil der Kinder bereits vor der Gruppentherapie gute bis sehr gute Werte im ALS (Deckeneffekt) aufwies, zusammenhängen. Doch gerade die bekannten Deckeneffekte erweisen sich als für Verlaufsforschungen hinderlich.

Die Studie weist somit einige methodische Verbesserungsmöglichkeiten auf. Dennoch ergibt sie ein insgesamt sehr einheitliches Befundmuster, das zur Annahme berechtigt, die durchgeführte Form der personenzentrierten Kinder-Gruppentherapie als erfolgreich zu beurteilen. Weisz, Weiss und Donenberg (1992) äußerten die Vermutung, dass die Wirksamkeit von Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen bisher mehrheitlich unter Laborbedingungen erforscht werde. Mit der vorgelegten Studie kamen die Autoren nun der Forderung nach einer Erprobung unter alltäglichen klinischen Bedingungen nach.

In diesem Sinne sind die Autoren bestrebt, das Gruppenmodell laufend zu verbessern und zu erweitern. So hat etwa die Elterngruppe auf der Symptomebene keinen unmittelbaren Effekt gezeigt, scheint also nicht zwingend parallel zur Kindergruppe stattfinden zu müssen, und kann vielmehr von ihr abgekoppelt durchgeführt werden. Seit drei Jahren wird nun auch versucht, den personenzentrierten Ansatz in der gruppentherapeutischen Behandlung von Kindern mit Störungen im autistischen Spektrum (Asperger-Syndrom, High-Functioning-Autismus) umzusetzen.

Literatur

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen: Deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL4-18)*. Döpfner, M., Plück, J., Bölte, S., Melchers, P. & Heim, K. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Baggerly, J. (2004). The Effects of Child-Centered Group Play Therapy on Self-Concept, Depression and Anxiety of Children who are homeless. *International Journal of Play Therapy, Vol. 13 (2)*, 31–51.
- Barrett (1998). Evaluation of Cognitive Behavioral Group Treatments for Childhood Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Child Psychology, 27 (12)*, 459–468.
- Behr, M. (1996). Therapie als Erleben der Beziehung. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe, 41–68.
- Boulanger, M. & Langevin, C. (1992). Direct Observation of Play-Group Therapy for Social Skills Deficits. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy, Vol. 2 (4)*, 227–236.
- Casey, R. J. & Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin, 98*, 388–400.
- Froburg, I. (2004). Katamnesen zur Gesprächspsychotherapie: Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 33 (3)*, 196–208. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Harris, J. (1995). Where is the child's environment? A group socialization theory of development. *Psychological Review, 102*, 458–489.
- Heekerens, H. P. (1996). Wirksamkeit der personzentrierten Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe, 141–151.
- Hoag M. J. & Burlingame G. M. (1997). Evaluating the Effectiveness of Child and Adolescent Group Treatment: A Meta-Analytic Review. *Journal of Clinical Child Psychology, 26 (9)*, 234–246.
- Hobi, R. (1998). Therapie durch das Spiel. *Sondernummer des Brennpunkts zur SGGT-Fachtagung, Personzentriert: Thema und Variationen*. Zürich, Oktober 1998.
- Höger, D. (1989). Klientenzentrierte Psychotherapie – Ein Breitbandkonzept mit Zukunft. In R. Sachse & J. Howe, *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie*. Heidelberg: Asanger.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Therapietheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 117–138). Berlin: Springer.
- Höger, D. & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Person, 2*, 35–44. Wien: Facultas.
- Jenny, B., Käppler, C., Eschmann, S., Samson, B. & Steinhausen, H. C. (in Vorbereitung). Evaluation der personzentrierten Gruppentherapie mit Kindern.
- Kaufman, A. S. & Kaufman, N. (1994). Kaufman-Assessment Battery for Children: Deutschsprachige Fassung von P. Melchers und U. Preuss: Manual (2. ergänzte und korrigierte Auflage). Frankfurt/M.: Swets.
- Lietaer, G. & Keil, W. (2002). Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie*. Wien: Springer, 295–317.
- Löffel, H. & Manske, Ch. (2001). *Ein Dino zeigt Gefühle*. Bonn: Verlag mebes & noack.
- Lugt, H. (1998). *Fragebogen zum Oppositionellen Trotzverhalten bei Kindern nach den Kriterien des DSM-III*. Unveröffentl. Fragebogen, Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zürich.
- McKee, D. (1986). *Du hast angefangen! Nein Du!* Düsseldorf: Sauerländer.
- Melfsen, S. & Florin, I. (1997). Die Social Anxiety Scale for Children – Revised. Deutschsprachige Version (SASC-R-D). Ein Fragebogen zur Erfassung sozialer Angst bei Kindern. *Kindheit und Entwicklung, 6*, 224–229.
- Ollendick, T. H. (1978). *The Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R)*. Unpublished manuscript. Indian State University Terre Haute Indiana.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behavior Research and Therapy, 21*, 685–692.
- Reisel, B. (2001). The Clinical Treatment of the Problem Child: Carl Rogers als Kindertherapeut. *Person, 2*, 55–67. Wien: Facultas.
- Reisel, B. & Fehring, Ch. (2002). Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie* (S. 335–352). Wien: Springer.
- Remschmidt, H. & Matzejat, F. (1999). *Familien-Identifikations-Test (FIT): Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Schauder, T. (1996). *Aussageliste zum Selbstwertgefühl (ALS): Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Schmidtchen, S. (1976). *Klientenzentrierte Spieltherapie: Beschreibung und Kontrolle ihrer Wirkungsweise*. Weinheim: Beltz.
- Schmidtchen, S. (1996a). Neue Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der klientenzentrierten Kinderspieltherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (S. 153-194)*. Göttingen: Hogrefe, 99–139.
- Schmidtchen, S. (1996b). Wider den Non-Direktivitätsmythos: Empirische Analyse des Therapeutenverhaltens in erfolgreichen Kinderspieltherapien. *GwG-Zeitschrift 104*, 14–23.
- Schmidtchen, S. (1999). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie*. Weinheim: Beltz.
- Schmidtchen, S. (2001). Effektivitätsverbesserung durch prozessleitende Hilfen – Neue Wege in der klientenzentrierten Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien. In I. Lager (Hrsg.), *Reinhard Tausch-Festschrift zu seinem 80. Geburtstag*. Köln: GwG-Verlag.
- Schmidtchen, S., Hennies, S. und Acke, H. (1993). Zwei Fliegen mit einer Klappe? Evaluation der Hypothese eines zweifachen Wirksamkeitsanspruches der klientenzentrierten Spieltherapie. *Psychologie in Erziehung und Unterricht, 40*, 34–42.
- Schmidtchen, S., Acke, H. & Hennies, St. (1995). Heilende Kräfte im kindlichen Spiel: Prozessanalyse des Klientenverhaltens in der Kinderspieltherapie. *GwG-Zeitschrift, 99*, 15–23.
- Schmidtchen, S. & Hennies, S (1996). Wider den Non-Direktivitätsmythos: Hin zu einer differentiellen Psychotherapie. *GwG-Zeitschrift, 104*, 14–24.
- Steinhausen, H. C., Winkler-Metzke, Ch. & Kannenberg, R. (1996). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen: Handbuch – Die Zürcher Ergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL)*. Zürich: Zentrum für Kinder und Jugendpsychiatrie.
- Tausch, R. & Tausch, A. M. (1970). *Erziehungspsychologie-Psychologische Vorgänge in Erziehung und Unterricht*. Göttingen: Hogrefe.
- Tewes, U., Rossmann, P. & Schallberger, U. (Hrsg.) (1999). *Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder HAWIK-III 3. Auflage: Manual*. Bern: Huber.

- Weinberger, S. (2001). *Kindern spielend helfen – Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung*. Weinheim: Beltz.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D. & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 542–549.
- Weisz, J. R., Weiss, B. & Donnerberg, G. R. (1992). The lab versus the clinic: Effects of child and adolescent psychotherapy. *American Psychologist*, 47, 1578–1585.
- Yalom, J. (1996). *Theorie und Praxis der Gruppentherapie*. München: Pfeiffer.

Angaben zu den Personen

Bettina Jenny (*1965), lic. phil., dipl. Primarlehrerin, klinische Psychologin und personenzentrierte Psychotherapeutin, seit 1994 am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich als Diagnostikerin, Einzel- und Gruppentherapeutin tätig, verschiedene Lehraufträge wie z. B. an der Universität Zürich.

Philippe Goetschel (*1957), lic. phil., dipl. Kindergärtner, klinischer Psychologe und personenzentrierter Psychotherapeut, von 1996–2004 am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich als Diagnostiker sowie Einzel- und Gruppentherapeut, seither an der Erziehungsberatungsstelle in Allschwil und in eigener Praxis tätig.

Christoph Käppler (*1962), Dr. phil., Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, M.A.S. Children's Rights, Fachleitung Psychologie im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich, Klinische Tätigkeit am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Lehr- und Forschungstätigkeit im Rahmen der Abteilung Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters (PPKJ) an der Universität Zürich.

Hans-Christoph Steinhausen (*1943), Professor, Dr. med., Dipl.-Psych., Dr. phil., Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Verhaltenstherapeut, Professor für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Freie Universität Berlin 1979), Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Universität Zürich) und Direktor des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Zürich seit 1987.

Kontaktanschrift

lic. phil. Bettina Jenny
Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Neumünsterallee 3
CH-8032 Zürich
Telefon 0041/(0)43 499 26 26
Bettina.Jenny@kjpdzh.ch

Michael Behr

Beziehungszentrierter Erstkontakt in der heilpädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien

Zusammenfassung: Der Text vertritt, dass im Erstkontakt mit der Familie der Beziehungsaufbau von größerer Bedeutung ist als der Gewinn von diagnostischen Informationen. Er schlägt ein Konzept für die Durchführung eines solchen Erstkontaktes vor. Personzentrierte Psychotherapeuten entwickelten unterschiedliche Wege zur Gestaltung eines Erstgesprächs hinsichtlich der Ziele und der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen. Jeder besitzt offensichtlich praktischen Wert; ein heuristischer Überblick beurteilt diese Methoden hinsichtlich ihrer Vor-, Nachteile und Indikationen. Das hier vorgeschlagene Ablaufmodell umschreibt diverse Prozesselemente des Gesprächs und gibt Beispiele für Interventionsmöglichkeiten. Die Therapeutenperson kann sie in ihrer Gewichtung und Reihenfolge jeweils aufgrund der Gesprächsdynamik modifizieren. Die Kinder sollten, wenn irgendwie möglich, an dem Prozess teilnehmen und darin geschützt werden. Die Therapeutenperson ist aktiv und teilweise prozess-direktiv.

Schlüsselwörter: Klientenzentrierte Psychotherapie, Kinderpsychotherapie, Jugendlichenpsychotherapie, Eltern, Familienbeziehungen.

Abstract: Relation-centered Initial Contact in Special Education and in Psychotherapy with Children, Adolescents and Families.

The text argues that within the initial parent contact fostering the relationship is a still more important goal than gaining diagnostic information. It proposes a concept of how to manage an initial contact. Client-centered therapists developed quite different ways of how to design the initial interview in regard to the aims and participation of children and adolescents. Each of them evidentially are of practical worth; a heuristic overview values the different methods according to advantages, disadvantages and indications. The present concept describes diverse process-elements of the conversation and offers examples for possible interventions. The therapist can modify them in weight and timing depending on the process-dynamic. Children, if anyhow possible, should participate and be protected within this process. The therapist is active and in parts process-directive.

Key words: Client Centered Therapy, Child Psychotherapy, Adolescent Psychotherapy, Parent, Family Relations.

Beraterpersonen stehen vor einer ambivalenten Situation, wenn Mütter, Eltern oder Familien erstmalig bei Ihnen vorsprechen (Esser, 1985). Einerseits sollen sie über die Probleme des Kindes und über das Geflecht seiner Beziehungen Informationen gewinnen, andererseits sollen sie eine gute Beziehung zum Kind und zu den Bezugspersonen aufbauen. Dies konfliktiert: Ein traditionell anamnestisches Vorgehen, das aufschlussreicherweise zumeist als Interview bezeichnet wird, stellt ein Beziehungsgefälle zwischen Berater und Klienten her, in welchem letztere von einer Fachperson befragt, analysiert und schließlich diagnostiziert werden; es kann nicht verwundern, dass so behandelte Klienten schließlich dazu tendieren, von der Fachperson Ratschläge im Sinne einer Symptom-

Reparatur-Psychologie zu erwarten. Gleichwohl, es existieren eine Vielzahl von sehr hilfreichen Interviewleitfäden, Checklisten bzw. Manuals, die den Verlauf und die Inhalte mit Bezug auf die zugrunde liegende theoretische Orientierung bzw. die ICD-10-Diagnose bei einem solchen Erstinterview vorzeichnen (Döpfner & Lehmkuhl, 2000; Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2001). Sie legen ein aktives Befragen der Klienten nahe. Hungerige, Mackowiak & Borg-Laufs (2005) bieten eine beachtliche Übersicht und Argumentation, die auch ein störungsspezifisches diagnostisches Vorgehen relativiert.

Zugleich kann es heute als Konsens in allen Therapieschulen gelten, dass im Erstkontakt die Herstellung einer günstigen zwischenmenschlichen Beziehung, das Schließen eines vertrauensvollen

Arbeitsbündnisses und die Wahrnehmung des Beziehungsgeschehens durch die Beraterperson von Bedeutung ist. Eine Beraterperson, die sich an den personenzentrierten Kernbedingungen der helfenden Beziehung orientiert (Rogers, 1957, 1959; Tausch, 1990), begegnet den Klienten gleichsam auf Augenhöhe. Ihr Expertenstatus relativiert sich, sie präsentiert sich zugleich als authentische Person, deren Empathie von den Klienten als Anteilnahme, Commitment (Binder & Binder, 1979), als menschliche Reife, schließlich aber auch als Fachkompetenz erlebt werden kann. Klienten erleben in einem solchen Erstkontakt bereits ansatzweise das therapeutische Beziehungsangebot, und die Beraterperson erlebt, wie diese darauf reagieren (Esser, 1985, 1987).

Der Druck, einen Überblick, ein Verständnis der Probleme und eine Diagnose für den Fall zu bekommen und zugleich eine tragfähige menschliche Beziehung anzubieten, bringt vielen Professionellen, die mit Kindern, Jugendlichen und Familien arbeiten, reichlich Stress, bevor die Klienten noch das Beratungszimmer betreten haben. Zum Beispiel:

- Wird es mir gelingen, einen Kontakt zu Eltern und Kind herzustellen und ihr Vertrauen zu gewinnen? Werde ich die Ängste des Kindes auflösen und den Erwartungen der Eltern gerecht werden können?
- Werden die Eltern mich als Beraterperson akzeptieren? (Insbesondere wenn ich jung und/oder kinderlos bin). Werden die Eltern mich benutzen oder manipulieren? Wie halte ich stand, wenn sie nur Symptome kuriert haben wollen?
- Werde ich den Eltern Wertschätzung entgegenbringen können?
- Werde ich den Zusammenhang der Probleme des Kindes mit dem System dieser Familie verstehen?
(vgl. auch Esser, 1985; Ehlers, 2001)

Dieser Text vertritt, dass eine interviewartige Informations-Sammlung und das Verharren im beraterischen Expertenstatus weder solchen Druck sinnvoll abbaut noch in eine optimale Behandlung mündet. *Der Schwerpunkt beim Erstkontakt liegt auf dem Beziehungsaufbau.* Die Informations-Sammlung erfolgt dann „en passant“. Sowohl aus der Perspektive der personenzentrierten als auch der systemisch-konstruktivistischen Philosophie ist es ohnehin eine Illusion, es gäbe einen objektiven, mit hinreichender Diagnostik identifizierbaren Problemsachverhalt. Darüber dürfen wir uns nicht täuschen, auch wenn Eltern oder Kostenträger eine Diagnose fordern. Im Zuge des Beziehungsaufbaus, durch Anamnesefragebögen und eine maßvolle Testdiagnostik erfahren wir ohnehin genug; in hoch-kritisches, hoch-peinliches oder in die so genannten Familiengeheimnisse werden wir bestenfalls nach einem gelungenen Beziehungsaufbau eingeweiht.

Aus diesem Grunde wird hier ein Konzept für einen beziehungs-zentrierten Erstkontakt in der Kindertherapie vorgeschlagen.

Ziele beim beziehungsorientierten Erstkontakt

Die Beraterperson zielt an:

- Das Vertrauen des Kindes und der Eltern aufbauen.
- Menschliche Kompetenz ausweisen: Einfühlung zeigen, welche die Familienmitglieder als aufgewachsenen persönlichen Erfahrungen beruhend und als wohltuend erleben können.
- Fachliche Kompetenz ausweisen in der Weise, dass ein Verständnis für jedes Familienmitglied gewonnen wird, welches in weiteren Prozessen eine Voraussetzung für Wertschätzung darstellt.
- Transparenz der Perspektiven aller Familienmitglieder schaffen.
- Transparenz für unproduktive Kommunikations-Schleifen im Familiennetzwerk schaffen.
- Transparenz auch der beraterischen Perspektive schaffen, was insbesondere die Natur der beraterischen Dienstleistung und einen Behandlungsvertrag einschließt.
- Diagnostische Information sammeln und diese so an die Eltern vermitteln, dass es weitere Prozesse fördert.
- Ggf. eine Vereinbarung über das weitere Vorgehen treffen.

Vorgehensweisen: the state of the art

Innerhalb des durchaus umfänglichen Literaturapparates zur Spiel-psychotherapie und Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie finden sich vergleichsweise spärliche und recht heterogene Hinweise zur Erstkontaktgestaltung. Axline maß der Elternarbeit insgesamt wenig Bedeutung bei; ihr Standpunkt war insofern bereits ein „systemischer“, als sie die Veränderungen beim Kind als automatisch einhergehend mit konstruktiven Veränderungen im Familiensystem sah (Axline, 2002, S. 67f). Ebenso wenig favorisierte sie eine elaborierte Diagnostik, ganz im Sinne der orthodox rogerianischen Position der Identität von Therapie- und Diagnostik-Prozess. Sie begrüßte grundsätzlich eine Psychotherapie der Eltern, die sie aber nicht wirklich als begleitende Elternarbeit verstand. In dieser Linie stehen auch britische bzw. amerikanische Autorinnen, welche die Erstkontaktphase (Geldard & Geldard, 2002) oder die Elternarbeit insgesamt (West, 1996) schlicht nicht erwähnen.

Der Beziehungsaufbau und der Gewinn diagnostischer Informationen werden zwar von den meisten Autoren jeweils gleichermaßen als Ziele beim Erstkontakt genannt, in der praktischen Umsetzung und Schwerpunktsetzung bemerkt man jedoch sowohl in diesem Punkt deutliche Unterschiede als auch hinsichtlich der Frage, mit welchen Beteiligten dieser Kontakt stattfinden.

- Zu den eine Diagnostik elaboriert beschreibenden und favorisierenden Autoren zählen die Amerikaner Norton & Norton (2002). Sie sehen diese als den Hauptzweck des Erstkontaktes (p. 107) und argumentieren, darum auch das Erstgespräch in

- Abwesenheit des Kindes zu führen. Für die Informationsgewinnung stellen sie durchdachte Fragelisten bereit.
- Ganz ähnlich argumentiert Crane (2001), die zudem eine Vielzahl sehr wertvoller Praxishinweise und Vorgehensprinzipien anbietet.
 - Auch Goetze (2002), Goetze & Jaede (1974) und Schmidtchen (1991, 2001) beschreiben ausführlicher den Prozess der Informationsgewinnung und geben dazu wertvolle Hinweise. Während für Goetze das Setting offen und fallabhängig ist, konzipiert Schmidtchen den Erstkontakt grundsätzlich als Familiensitzung.
 - Dies tun auch Jürgens-Jahnert (1997) und O'Leary (1999). Jürgens-Jahnert kommt mit seinem Konzept einer Gleichgewichtung des Beziehungs- und Informationsaspektes auf faszinierende Weise nahe, indem er mit der Familie gleich in das Spielzimmer geht, dem Kind dessen Erkundung gestattet und ihm dadurch eine Intensitäts- und Nähe-Distanz-Regulation ermöglicht. Zugleich gibt er ausführliche Hinweise für den diagnostischen Prozess in diesem Setting.
 - O'Leary (1999) fokussiert mit seinem Konzept einer personenzentrierten Familientherapie primär auf den Aufbau und die Intensität der persönlichen Beziehung. In seinem Konzept einer personenzentrierten Paar- und Familientherapie beschreibt er viele, detailreiche und praxisrelevante Micro-Counseling-Skills, die in den Erstkontakt-Situationen insbesondere die Beziehung zum Kind oder Jugendlichen stärken; daraus erwächst seine personenzentrierte Familientherapie.
 - Die wenig beachtete aber wegweisende Arbeit von Esser (1985) bietet ein differenziertes Wahrnehmungs- und Handlungskonzept für das Beziehungsgeschehen und den Eintritt in Erlebensprozesse schon im Erstkontakt; neben O'Leary liegt hier das vielleicht kunstvollste personenzentrierte Gesprächsführungskonzept für den Eltern/Familien-Erstkontakt vor. Zugleich wendet sich Esser eher den Eltern zu, wenngleich die Anwesenheit der Kinder nicht ausgeschlossen ist.
 - Das vielleicht radikal kindzentrierteste Konzept formuliert Weinberger (2005a), die, wann immer möglich, das Familiengespräch bereits nach ca. 10 Minuten elegant abbricht, die Eltern mit Fragebögen beschäftigt (das wissen die Eltern vorher), und mit dem Kind sofort in das Spielzimmer geht mit dem primären Focus auf die Entfaltung der Beziehung. Mit den Eltern ist vorbesprochen, dass sie einen späteren Termin ohne Kind erhalten werden. Dieses Vorgehen wird zugleich von den Ergebnissen von Lenz (2001) gestützt. Seiner Analyse von Beratungsprozessen in Erziehungsberatungsstellen zufolge erlebten insbesondere jüngere Kinder die Familiengespräche als unangenehm weil sie zu wenig einbezogen wurden; sie erlebten die Einzelsituationen günstiger.

Alle diese so divergierenden Konzepte stehen auf dem Boden eines person- und emotionszentrierten Vorgehens; keines ist, wie auch bei anderen Therapieschulen, empirisch evaluiert. Die reiche Praxiserfahrung all dieser Autoren speist allerdings die Evidenz, dass jedes dieser Vorgehen in wirksame Therapieprozesse mündet, und dass es eher von der Besonderheit des Falles abhängt, welches Setting optimal ist.

Aus diesem Grund sollte ein beziehungsorientierter Erstkontakt mehrere Optionen für das Setting bereithalten. Tabelle 1 listet 5 Grundmöglichkeiten für eine aus 5 Terminen bestehende, in Deutschland so benannte „probatorische Phase“ auf.

Beim „klassischen“ Vorgehen wie in Spalte 1 findet der Erstkontakt mit dem Kind sowie einem oder beiden Elternteilen statt. Steht an dessen Ende die Einschätzung, eine weitere Diagnostik ist sinnvoll, werden drei diagnostische Spieltherapie-Termine sowie weitere Diagnostik wie zum Beispiel Test-Durchführungen und körperliche Untersuchungen durchgeführt. Es folgt das Diagnostik-Abschluss-Gespräch allein mit den Eltern (vgl. auch Jürgens-Jahnert, 1997).

Das von Weinberger (2005a) beschriebene „kindzentrierte“ Vorgehen (Spalte 2) stellt sofort den intensiven Kontakt zum Kind her, dem das Elterngespräch, weitere Spielzimmertermine mit dem Kind sowie (ein) Diagnostik-Abschluss-Gespräch folgen.

Jugendliche (Spalte 3) sieht man meist zunächst allein, sie können selbst am besten formulieren, wie es ihnen geht, und sie wissen ohnehin, was die Eltern an ihnen stört. Die Eltern werden dann später in fallabhängigem Ausmaß einbezogen; denkbar ist zum Beispiel, sie beim 2. Termin einzuladen, evtl. auch zum Diagnostik-Abschluss-Gespräch (zur Bezugspersonenarbeit bei Psychotherapie mit Jugendlichen siehe auch Fröhlich-Gildhoff, 2003; zur personenzentrierten Psychotherapie Jugendlicher siehe auch Monden-Engelhardt, 1997).

Das „elternzentrierte“ Vorgehen (Spalte 4) entspricht dem „klassischen“, wobei das Kind zunächst fehlt.

Das Vorgehen im Sinne der personenzentrierten Familientherapie nach O'Leary (1999) erfolgt jedes Mal mit der gesamten Familie (Spalte 5).

Die Übersicht soll verdeutlichen, dass beim derzeitigen Stand der Forschung und der Konzeptentwicklung nicht von einem einzigen Königsweg bei der Gestaltung des Erstkontaktes gesprochen werden kann. Vielmehr wird die Wahl des Settings von der Gewichtung der Vor- und Nachteile, der besonderen Lage des Falles, den persönlichen Erfahrungen und spezifischen Kompetenzen der Therapeutenperson und sicher auch von den Gepflogenheiten der jeweiligen Institution abhängen. Aus meiner Sicht ist es vollkommen legitim, wenn sich angehende Psychotherapeuten auf dem Boden eines personenzentrierten Vorgehens ein Setting wählen, für das sie sich am kompetentesten und bei dem sie sich am sichersten fühlen. Ansonsten hängt die Wahl des Settings ja in der Regel von Vorinformationen ab, die in der Regel telefonisch gewonnen werden. Dies ist aber in

Tabelle 1: Fünf Setting-Optionen beziehungsorientierter Erstkontakte

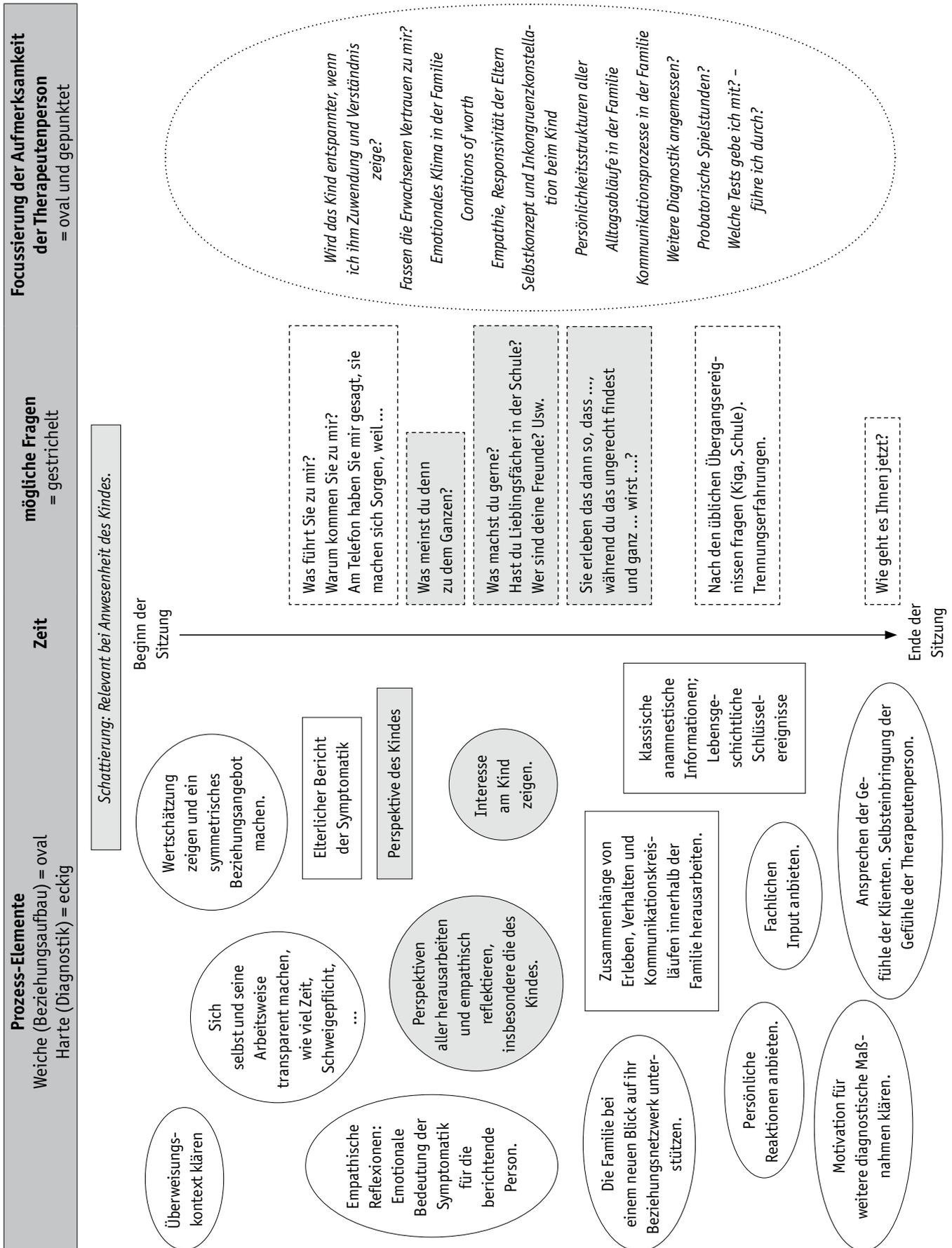
klassisch	Kindzentriert / Weinberger	Jugendlichenzentriert	Elternzentriert	Familienzentriert / O'Leary
<ul style="list-style-type: none"> • Familie oder Mutter und Kind • 3 Spieltermine + Test-Diagnostik • nur Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> • Kind (Eltern füllen Fragebogen aus), • nur Eltern, • 2 Spieltermine mit dem Kind / parallel sonstige Diagnostik, • nur Eltern. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jugendlicher, • Eltern + Jugendlicher, • 2 × Jugendlicher, • Abschluss fakultativ mit Eltern und Jugendlichen 	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern, • 3 × Diagnostik + Spiel, • Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> • Familie • Familie • Familie • Familie • Familie
<p>Vorteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es kann schon beim Erstkontakt Transparenz für alle geschaffen werden. • Alle haben annähernd die gleichen Voraussetzungen im Gespräch. • Tpn erlebt die Interaktion in der Familie bzw. zwischen Mutter und Kind. • Tpn erhält sehr viel diagnostische Information auf verschiedenen Ebenen. • Kind kennt Tpn besser, wenn es im 2. Kontakt ins Spielzimmer geht. 	<p>Vorteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimaler Beziehungsaufbau zum Kind. • Kind erlebt sich als gewertschätzt. • Kind hat nach Erstkontakt Informationsvorsprung vor den Eltern. • Keine Priming-Effekte für Tpn. 	<p>Vorteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimaler Beziehungsaufbau zum Jugendlichen. • Jugendlicher erlebt sich als gewertschätzt. • Jugendlicher hat nach Erstkontakt Informationsvorsprung vor den Eltern. • Keine Priming-Effekte für Tpn. • Informationen der Eltern sind insofern nicht so wichtig, weil der Jugendliche ohnehin weiß, was die Eltern stört. 	<p>Vorteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kind wird geschützt vor Entwertungen der Eltern. • Eltern können freier und/oder über nicht kindgerechte Themen reden. • Eltern schützen Kind vor dem Tpn, dessen Kompetenz sie noch nicht kennen. • Tpn sitzt vor einer weniger komplexen Situation. • Tpn hat mehr Information vor dem ersten Spieltermin. 	<p>Vorteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kind wird nicht zum Behandlungsgegenstand gemacht. • Sofortiger Ansatz zur Veränderung der Wahrnehmungen und Einstellungen der Eltern. • Entmachtung der „Power-Booster“ in der Familie. • Fortlaufende Herstellung von Transparenz in der Familie. • Eltern können sich ihrem Veränderungsprozess nur durch Abbruch der Therapie entziehen.
<p>Nachteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Interaktion innerhalb der Familie in dieser Situation erbringt oft weniger Information als erhofft. • Tpn sitzt vor einer recht komplexen Situation. • Der Beziehungsaufbau zu allen Beteiligten kann zwar gelingen, ist aber schwerer herzustellen. 	<p>Nachteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eltern müssen warten, bis sie ihre Probleme loswerden können. • Die Beziehung zu den Eltern muss im 2. Gespräch noch mal neu aufgebaut werden. • Eltern könnten sich als zurückgesetzt erleben, wenn sie nicht gut darauf vorbereitet wurden. • Eltern müssen besonders großen Vertrauensvorschuss erbringen. 	<p>Nachteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine 	<p>Nachteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beziehungsaufbau zum Kind schwieriger, das Therapeut zunächst als Verbündeten der Eltern erlebt. • Neutralität der Therapeutenperson für das Kind zunächst nicht erlebbar. • Kind erlebt sich eher als Behandlungs-Objekt. • Tpn erlebt die Eltern-Kind-Interaktion nicht. • Priming-Effekte für die Wahrnehmung des Therapeuten. 	<p>Nachteile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kind erhält keine Behandlung. • Verminderung von Inkongruenz im Kind nur durch Änderung des Familiensystems gelingt oft nicht. • Höhere Gefahr des Therapieabbruchs durch die Eltern; damit Abbruch der Behandlung für das Kind. • Wirksamkeit in Outcome-Studien weniger belegt.
<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kann im Zweifelsfall immer angewandt werden. • Ein sicheres Vorgehen. <p>Weniger indiziert bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ausdrücklichem Elternwunsch nach reinem Elterngespräch. • hochstrittigen Paaren. • spezifischen Vorinformationen. 	<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meistens sehr hilfreich für ein konsequent kindzentriertes Vorgehen. <p>Weniger indiziert bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sehr großen Ängsten beim Kind. • Dezierten Elternwünschen. • Evidenz, dass eine Familientherapie infrage kommt. 	<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bevorzugter Weg des Erstkontaktes bei Jugendlichen. 	<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei ausdrücklichem Elternwunsch. • Bei spezifischen dies nahe legenden Vorinformationen. • Bei Tpn-Wunsch nach einer unkomplizierteren Gesprächssituation. 	<p>Indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familientherapeutische Orientierung der Tpn. • Manifeste Kommunikations- und/oder Beziehungsprobleme in der Familie. <p>Neben Familiensitzungen auch Spieltherapie anbieten bei</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manifeste Inkongruenz im Kind.

den diversen Institutionen vollkommen unterschiedlich geregelt und obliegt häufig einer Sekretärin. Dort wo es gelingt, den telefonischen Erstkontakt so zu organisieren, dass eine Therapeutenperson mit den Anrufern redet, kann diese meist eine sinnvolle Setting-Entscheidung anhand der in der Tabelle genannten Kriterien

treffen. Diese Therapeutenperson wird dazu im Erst-Telefonat elementare Problemaspekte abfragen:

- Alter, Geschlecht und Beschulung des Kindes/Jugendlichen
- Leitsymptome
- Familienkonstellation

Abbildung 1. Das Stuttgarter Konzept beziehungszentrierter Erstkontakte.



Beispielsweise könnte die Therapeutenperson, wenn schon am Telefon eine Kaskade von Klagen über das Kind erfolgt, doch zunächst nur die Eltern für das Erstgespräch einladen, um das Kind zu schützen. Auch bei traumatisierten Kindern kann dies sinnvoll sein, weil sie zum Beispiel zu jung sind oder weil eine Retraumatisierung zu befürchten wäre.

Ein Konzept für einen beziehungsorientierten Erstkontakt

Zum Erstgespräch erscheinende Eltern begeben sich in der Regel in eine für sie vollkommen neue und oft ausgesprochen angstbesetzte Situation. Ihre Gefühle, insbesondere die der Mutter, sind meist dominiert von Schuld- und Schamgefühlen und der Kognition, versagt zu haben (vgl. auch Ehlers, 2001). Ihre Hilfslosigkeit gegenüber dem Verhalten des Kindes manifestiert sich im Erstkontakt nicht selten im Aufzählen von Missetaten des Kindes und von dessen unlogischen bzw. undankbaren Reaktionen auf die elterlichen Interventionen. Die Kinder, sofern anwesend, schweigen dazu betreten, argumentieren dagegen oder stellen die Dramatik der Schilderung in Abrede. Viele Väter lassen sich heute bereitwillig involvieren, sie scheinen – im Durchschnitt – von der Situation weniger emotional belastet, sind eher lösungsorientiert eingestellt und machtsensibel für die Rolle der Therapeutenperson in diesem Prozess. Empathische Interventionen der Therapeutenperson scheinen für sie nicht so eine Rolle zu spielen (Behr, 2005). Eine zusätzliche Dynamik entsteht für die zahlreichen Trennungs- und Scheidungskinder, deren Eltern sich insbesondere in der Frühphase einer Beratung gegenseitig Schuld zuweisen.

Das vorliegende Konzept schlägt ein Protokoll für einen Erstkontakt mit einem oder beiden Elternteilen und mit Kind vor. Bei Abwesenheit des Kindes kann ähnlich vorgegangen werden. Im Rahmen unseres beziehungsorientierten Ansatzes ist es kaum denkbar, im Sinne eines Ablaufschemas vorzugehen. Vielmehr muss das Protokoll offen bleiben für die Dynamik des Gesprächsverlaufes, in dem verschiedene Punkte unterschiedlich gewichtet oder auch ausgelassen werden können und auch deren Reihenfolge nur tendenziell vorgegeben ist. Das Protokoll besteht darum wesentlich aus „Prozess-Elementen“. Dies sind Gesprächsteile, die voraussichtlich vorkommen, aber es ist offen, wie ausführlich und wann. Außerdem unterscheiden wir „weiche“ Prozess-Elemente (Gesprächsteile, die dem Beziehungsaufbau dienen) von „harten“ Prozess-Elementen (Gesprächsteilen, die der Diagnostik dienen). Ferner werden in der Visualisierung (vgl. Abbildung 1) mögliche Fragen vorgeschlagen, sowie eine Meta-Ebene beachtet. Das Konzept der Prozesselemente wurde durch die Arbeit von Esser (1985) angeregt, und es verfolgt das gleiche Leitziel: „Das Stiften einer ehrlichen menschlichen Beziehung.“ (S. 83).

Die Prozess-Elemente im Einzelnen:

Wertschätzung zeigen und ein symmetrisches Beziehungsangebot machen.

Wertschätzung der Klienten als Person, Begegnung auf Augenhöhe, spüren lassen, dass man sich unabhängig vom spezifischen Beratungsanliegen als gleich betrachtet; um eine vertrauensvolle, authentische Beziehung aufzubauen, sind solche Prinzipien im Erstkontakt unabdingbar. Die Therapeutenperson wird freundlich und offen auf die Klienten zugehen, sich vielleicht nach dem Herfinden erkundigen und auf dem Weg vom Warte- zum Beratungszimmer ein wenig einfachen Small-Talk betreiben, vielleicht Mineralwasser anbieten, sich für Terminverzögerungen entschuldigen usw. Auch kann es gut sein, für Kinder ein wenig Spielzeug bereit liegen zu haben. Es sind viele kleine, aber nicht zu unterschätzende Details, die Klienten schon in den ersten Minuten gewinnen oder sie irritieren können.

Überweisungskontext klären.

Es ist ein wichtiges Verdienst des systemischen Blicks auf die Familienberatung, den Einfluss des Überweisungskontextes auf das Beratungsgeschehen herausgearbeitet zu haben. Wer überwies wen aufgrund welcher Motive und mit welchen Erwartungen gerade an diese Therapeutenperson. Wer will was von wem, welche Abhängigkeiten, Loyalitäten, Machtverhältnisse bestehen. Welchen Druck macht das auf die Therapeutenperson oder auf die Klienten? Schon in einer Kleinstadt ist es recht wahrscheinlich, dass es persönliche, fachliche oder ökonomische Verbindungslinien und Abhängigkeiten zwischen Klienten, Zuweisenden, Therapeutenpersonen und deren Vorgesetzten gibt. Dysfunktionale Effekte können nur durch Transparenz und auch Klärungen in der Supervision der Therapeutenperson gemildert werden.

Transparenz schaffen.

Die Beraterperson macht kurz den Gesprächsrahmen, sich selbst und ihre Arbeitsweise transparent. Sie gibt kursorisch ein paar Informationen über die Institution bzw. Praxis, über ihre Person, sie sagt, wie viel Zeit jetzt ist. Auch ein Hinweis auf die Schweigepflicht ist meist sinnvoll; manchen Eltern und erst recht Kindern und Jugendlichen ist das nicht klar. Es ist um so wichtiger, wenn die Institution irgendwie eine Behörden-Nähe ausstrahlt und wenn die Klienten bereits wenig angenehme Vorerfahrungen mit behördlicher Jugendhilfe usw. hatten. Natürlich ist dies auch bei möglichen juristischen Implikationen, etwa bei Trennungs- und Scheidungskindern, bedeutend.

Elterlicher Bericht der Symptomatik.

Dieser leitet, oft nach einer kurzen Initialfrage der Therapeutenperson, den Hauptprozess ein. Sehr sensibel greift auch Weinberger (2005, S. 109) den Telefonanruf der Eltern auf: „Am Telefon haben Sie mir gesagt, sie machen sich Sorgen, weil ...“ wobei die

Problematik auf eine das Kind nicht entwertende Weise angesprochen wird. Dennoch kann dies gleich eine kritische Situation generieren. Manche Eltern sind so unter Druck oder so verzweifelt, dass sie alles ausschütten, was sich inzwischen an Kritik am Verhalten und an der Person des Kindes angestaut hat. Das bringt das Kind in eine Extremsituation des zugleich Angeklagt-, Abgelehnt- und Entwertet-Seins in Gegenwart eines bedeutenden Dritten. Es ist für die Therapeutenperson in dieser Dynamik schwer, die Eltern zu stoppen ohne diese wiederum zu verletzen. Manchmal gelingt dies durch sofortiges und wiederholtes kleinschrittiges Intervenieren in den Redefluss mit empathischen Reflexionen, die auch die persönliche Bedeutung des Berichteten für den Elternteil herausstellen. („Die Situation berührt Sie ja wirklich sehr ...? – Da erleben Sie sofort Druck einzugreifen ...? – Sie könnten da oft verzweifeln ...? – Sie fühlen sich da in einer Zwickmühle und hilflos ...?) Außerdem durch sofortiges Befragen und Raum geben für das Kind („Ich wette fast, dass du das nicht genauso siehst?“)

Auch kann es gut sein, das Gespräch mit dem Kind zu beginnen („Weißt du, warum ihr hier seid?“). Es kann sich dann noch schneller der Kontakt zum Kind aufbauen und es kann eine erste Klärung über Motivationen und die verschiedenen Situationsdeutungen erfolgen. Das Kind fühlt sich noch schneller ernst genommen und das Überschwemmen mit Klagen der Eltern wird eingedämmt. Wenn das Kind sagt „ich weiß nicht ...“, kann evtl. vorsichtig weiter gefragt werden („... aber irgend was wird doch dein/e Mutter/Vater gesagt haben ..., hast du keine Idee, warum ...“) Ansonsten kann man das Kind um Erlaubnis fragen, die Eltern nach den Gründen des Kommens zu fragen ... – so stellt sich von vornherein eher Gleichwertigkeit her (Fröhlich-Gildhoff, 2003). Um ständig anklagende Eltern zu unterbrechen kann dieses Problem auch direkt angesprochen werden, allerdings sollten die Eltern nicht dabei verletzt werden.

Empathische Reflexionen: Emotionale Bedeutung der Symptomatik für die berichtende Person herausarbeiten.

Diese Standard-Intervention des personzentrierten Konzeptes muss im Kontext solcher Erstkontakte sehr differentiell und zum Teil strategisch angewendet werden. Das ist viel schwieriger als in einer auf Selbstexploration zielenden Beratung, wie folgende Sachverhalte zeigen:

- Es gibt neue Ergebnisse, wonach Männer und Frauen, wenn sich noch kein Arbeitsbündnis etabliert hat, völlig unterschiedlich auf empathische Interventionen reagieren (Behr, 2005); sie scheinen für Männer in diesem Beratungsstadium ziemlich irrelevant zu sein, für Frauen dagegen ausgesprochen hilfreich.
- Eine weitere Schwierigkeit ist, dass die Eltern über eine dritte Person, das Kind reden, die empathischen Reflexionen sich aber auf die Emotionen und Bedeutungsgebungen der Eltern beziehen müssen (Weinberger, 2005b). Beispielsweise berichtet ein Elternteil ausführlich über das Nägelkauen des Kindes, woraufhin die Therapeutenperson intervenieren könnte: „Das macht Sie dann

immer wieder ärgerlich ...? – Bei Ihnen kommt dann immer eine tiefe Sorge ...? – Ihre Ratlosigkeit lässt Sie dann manchmal sogar die Kontrolle verlieren ...?“ Dieses Umlenken lernt zwar jeder personzentrierte Berater, in der Erstgesprächsdynamik ist das aber trotzdem oft sehr schwer. Auch sind die Emotionen oft transparent und leicht zu entschlüsseln, sie führen nicht zu Symbolisierungen bei der Elternperson und so nicht zu signifikanten Momenten im Beratungsprozess, – die Bedeutungsgebungen dagegen erweisen sich als manchmal recht versteckt und komplex, reichen vielleicht bis ins Selbstkonzept der Elternperson („Der Sinn Ihres Zusammenlebens in der Familie schwimmt für Sie ...?“ – „Sie stellen sich dann auch in Ihrer Mutter-/Vater-Rolle infrage ...?“).

- Eine strategische Verwendung empathischer Reflexionen verbietet sich eigentlich auf dem Boden der Grundhaltung und der Philosophie des personzentrierten Konzeptes. Gleichwohl kann dies hilfreich sein für den Schutz des Kindes (siehe voriger Absatz), zur Verlangsamung der Gesprächsdynamik und zu diagnostischen Zwecken (Bitte einen Augenblick, verstehe ich das richtig, dass Sie sich dann ... fühlen?).
- Der empathische Fokus der Therapeutenperson muss von Person zu Person springen, wie in der personzentrierten Paar- (Auckenthaler, 1983) oder Familienberatung (O’Leary, 1999). (Sie erleben das dann so, dass ... , während du das ungerecht findest und ganz ... wirst ...?)

All dies ist insbesondere für junge Therapeutenpersonen eine beachtliche fachliche Herausforderung.

Perspektive des Kindes.

Der elterliche Bericht der Symptomatik stellt für das Kind eine erhebliche Belastung dar. Andererseits kann die Situation die Möglichkeit bieten, dass das Kind der Perspektive der Eltern eine eigene Perspektive entgegenstellt. Dazu benötigen viele Kinder Ermutigung, Wertschätzung und Raum. Dies sollte die Beraterperson schon nach kurzem Bericht der Eltern initiieren, etwa durch Fragen wie „Du hast doch bestimmt auch eine Meinung dazu?“. Im folgenden sollte, so non-direktiv die beraterische Grundorientierung auch ist, die Beraterperson klar und direktiv den wechselseitigen Perspektiven Raum geben im Sinne einer Allparteilichkeit, denn damit wird vor allem das Kind geschützt („Jetzt interessiert mich aber wieder deine Meinung dazu.“)

Perspektiven aller herausarbeiten und empathisch reflektieren, insbesondere die des Kindes.

Es ist ein realistisches Ziel, durch empathische Reflexionen die Perspektiven der Familienmitglieder herauszuarbeiten und als gleich wertzuschätzende, gleich berechnete Erfahrungen zu konotieren. Manchmal gelingt es bereits in dieser Erstgesprächssituation, unterschiedliche Erlebensweisen und Perspektiven in einer Weise direkt und wertschätzend gegenüberzustellen, dass es für die Familie eine neue Erfahrung darstellt, dass dies sein darf und dass ein

Ringen um die Realitätsdefinition obsolet ist. („Jetzt habe ich fast den Eindruck, dass alle das selbe Geschehen ganz unterschiedlich erleben, und zwar Sie ... , und Sie ... , und du ...“). Das Kind unterliegt dabei im Familienalltag meist und sollte hier ein gewisses Plus an Aufmerksamkeit erhalten.

Interesse am Kind zeigen.

Es bietet sich auch an, für die Vorlieben, Aktivitäten und den Alltag des Kindes deutliches Interesse zu zeigen. Hier liegen die Ressourcen des Kindes, Fähigkeiten und Motivationen. Dies ist von gewissem diagnostischem Wert, vor allem aber spricht die Beraterperson positiv besetzte Themen beim Kind an und gibt ihm Gelegenheit, sich und seine Aktivitäten positiv darzustellen. Unabhängig von beraterrischen Interventionstechniken fühlt das Kind sich akzeptiert, anerkannt und verstanden, was für den Beziehungsaufbau von großem Wert ist. Der Zeitpunkt von entsprechenden Fragen und Impulsen an das Kind (Was machst du gerne? – Hast du Lieblingsfächer in der Schule? – Wer sind deine Freunde? ...) mag der Gesprächsdynamik überlassen bleiben.

Zusammenhänge von Erleben, Verhalten und Kommunikationskreisläufen innerhalb der Familie herausarbeiten.

Auch dies ist bereits in der Erstgesprächssituation ein realistisches Ziel, verlangt aber eine direktive Steuerung des Gesprächs, weil häufiger und gezielt nachgefragt werden muss und die Familienmitglieder direkt angesprochen werden müssen. Die Beraterperson verhilft den Familienmitgliedern zu einer Fokussierung auf diese Zusammenhänge anhand einzelner Episoden und kann so ein – für die Klienten manchmal neues und erstaunliches – Verständnis für die familialen Kommunikationsprozesse generieren. („Ihre Verzweiflung lässt Sie dann zuweilen verstummen, die anderen ziehen sich zurück, und dann gibt es eine bleierne, lähmende Atmosphäre in der Wohnung ...?“)

Die Familie bei einem neuen Blick auf ihr Beziehungsnetzwerk unterstützen.

Die meisten Familienmitglieder können ihre Sicht der Beziehungsstrukturen in der Familie beschreiben. Nach dem Herausarbeiten der Perspektiven und der Kommunikationskreisläufe ist dies aber oft auf modifizierte Weise möglich, es gibt mitunter Nicht-Gewusstes, Überraschendes. Die Beraterperson kann die Aufmerksamkeit der Familienmitglieder auf die Beziehungen lenken. Ein solches Gespräch bietet allen eine wenig bedrohliche Möglichkeit, diese neuen Erfahrungen in Worte zu fassen, und dabei von wertschätzenden und empathischen Interventionen der Beraterperson unterstützt zu werden. (Die Therapeutenperson unterstützt die Familienmitglieder, jeweils ihre Sicht der persönlichen Beziehungen zu formulieren.) Ein solches Vorgehen wurde auch vom systemischen Therapieansatz aufgegriffen und elaboriert (z.B. Schlippe & Schweitzer, 2003).

Persönliche Reaktionen anbieten.

Im Sinne selektiver Authentizität teilt die Beraterperson mit, welche Emotionen und Kognitionen einzelne Verhaltensweisen, Probleme oder Beziehungsstrukturen in der Familie bei ihr auslösen. Dies kann die zuvor benannten Prozesse fördern, weil Familienmitglieder ermutigt werden, sich ähnlich zu äußern, zu widersprechen, zu kommentieren usw. Auch macht sich die Beraterperson zugleich als Fachperson und als Mensch erfahrbar, was das Vertrauen in sie sowie ihre Glaubwürdigkeit, mithin die Beziehung stärkt.

Fachlichen Input anbieten.

Die Beraterperson gibt bedarfsentsprechend auch fachliche Informationen über Störungsbilder, diagnostische Prozesse, Tests, Forschungsergebnisse und Statistiken, Erfolgsprognosen von Behandlungsverfahren usw. Die Erwartung von Klienten, von professionellen Beraterpersonen diesbezügliche Informationen zu erhalten, ist legitim. Es stärkt die Glaubwürdigkeit und Kompetenzzuschreibung an die Beraterperson, es irritiert nicht das Ziel einer auch menschlich guten und vertrauensvollen Beziehung. Ich halte es für absurd, auf fachbezogene Fragen von Klienten ausschließlich mit empathischen Reaktionen zu antworten.

Klassische anamnestiche Informationen; lebensgeschichtliche Schlüsselereignisse.

Zur Einleitung eines professionellen Beratungsprozesses sind solche Erhebungen fast immer nötig, über Fragebogeninventare ist dies auch zeitsparend möglich. Im persönlichen Gespräch können selektiv Erlebensaspekte, Beziehungsprobleme, Bedeutungsgebungen usw. vertiefend eruiert werden.

Motivation für weitere diagnostische Maßnahmen klären.

Hier wird die Beraterperson hinsichtlich möglicher weiterer diagnostischer Maßnahmen eine erste Einschätzung abgeben und mit den Klienten ihre Bereitschaft dazu klären (gegenüber dem Kind zum Beispiel: „Mir wäre wichtig, Dich näher kennenzulernen; wir könnten vielleicht mal gemeinsam etwas spielen in unserem Spielzimmer?“). Auch das Prinzip der Videodokumentation für Supervisionszwecke kann hier schon offen gelegt werden im Sinne einer Qualitätssicherungs- und Schutzmaßnahme, die die fachlichen Standards sichert.

Ansprechen der Gefühle der Klienten. Selbsteinbringung der Gefühle der Therapeutenperson.

Ein abschließendes, blitzlichtartiges Bild über das Erleben hinsichtlich dieser Sitzung schafft in der Regel ein weiteres Plus an Transparenz, Zuversicht und Klarheit sowie noch mehr Sicherheit für die weiteren Schritte. „Wie geht es Ihnen jetzt?“; auch wenn dies vielleicht eine manchmal schon satirisch verwendete und die häufigste aller Psychologenfragen ist, – sie ist hier richtig am Platz.

Aufmerksamkeitsfokussierung der Therapeutenperson

Auf der Meta-Ebene, gleichsam parallel zum Gesprächsverlauf, fokussiert die Therapeutenperson ihre Aufmerksamkeit auf eine Reihe von Themen, die ihr Verständnis für die aktuelle Beziehungssituation, für das Störungsgeschehen und für ihr aktuelles Verhalten vertiefen. Theoretische Grundlage hierfür sind die Konstrukte der personenzentrierten Persönlichkeitstheorie (Rogers, 1959), insbesondere das Selbstkonzept und die Inkongruenzkonstellationen, die Conditions of worth, welche in der Familie bestehen, sowie die damit einhergehenden Kommunikationsmöglichkeiten wie Empathiefähigkeit und gegenseitige Wertschätzung und darauf bezogene dysfunktionale Prozesse. Aus der Bindungstheorie erweisen sich hier die Konzepte der Responsivität und der Bindungstypen als hilfreich (Ainsworth, 1978; Grossmann & Grossmann, 2004).

In den meisten Therapie- und Beratungsprozessen wechselt die Therapeutenperson ihre Aufmerksamkeit ständig zwischen dem Interaktionsgeschehen und einer Metaebene, auf der sie ihre Wahrnehmungen verarbeitet, einordnet, bewertet, Interventionen plant usw. In der Erstgesprächssituation gestaltet sich dieser Vorgang des Fokus-Wechsels besonders komplex, um dem doppelten Anspruch des Beziehungsaufbaus und der Informationsgewinnung gerecht zu werden. Der rechte Teil von Abbildung 1 listet einige hilfreiche Aspekte auf, denen sich Therapeutenpersonen erfahrungsgemäß im Erstgespräch zuwenden.

Fazit

Dieses Modell der Prozesselemente soll eine Leitlinie für Verlauf und Inhalte eines Erstkontaktes mit Eltern und ggf. Kind aufzeigen. Es bleibt fall- und therapeutenabhängig, wie der Verlauf konkret sich vollzieht, so sind zum Beispiel unterschiedliche Verlaufslinien durch die Ovale und Kästen der Abbildung denkbar, nur die grobe Richtung folgt der Zeitleiste; auch bleibt offen, ob und wie intensiv die einzelnen Elemente berührt werden. Ein bedeutender Ankerpunkt ist dabei die Kongruenz der Therapeutenperson: was brauche ich, um dieses Gespräch für alle Beteiligten, auch für mich, zu einem konstruktiven Abschluss zu bringen?

Ein Protokoll dieser Art hat den Vorteil, sich nicht nur den Besonderheiten der Klienten anpassen zu können – es ist so besser möglich, der Gesprächsdynamik und damit dem Primat des Beziehungsaufbaus zu folgen. Diese Offenheit erschwert das Erheben von „harten“ diagnostischen Daten, die man jetzt en passant an günstigen Stellen innerhalb der Gesprächsdynamik sammeln muss.

Diese Erschwernis zahlt sich doppelt aus: aufgrund des besseren Beziehungsaufbaus gewinnt man in Wahrheit zusätzliche diagnostische Informationen, die man anderenfalls vielleicht nie oder viel später erhielte. Und die Therapie kommt schneller an wesentliche Punkte und Prozesse.

Ein weiteres salientes Merkmal dieses Modells stellt das Ziel dar, Transparenz nicht nur im Sinne von diagnostischen Informationen für die Therapeutenperson zu schaffen, sondern auch für die Familienmitglieder untereinander. Damit können bereits neue Kommunikations- und Entwicklungs-Prozesse schon in der Erstkontaktphase angestoßen werden. Dies impliziert allerdings zumindest tendenziell, das Kind zum Erstgespräch mit einzuladen – sofern nicht manifeste Gründe dagegen sprechen. Zugleich stellt auch dieses Prinzip eine zusätzliche Anforderung an die Kompetenz der Therapeutenperson. Es bleibt für die Therapeutenperson sicher eine sinnvolle Selbstinstruktion, dass ein Erstgespräch auch dann sinnvoll verlaufen sein kann, wenn darin nicht bereits therapeutische Effekte erzielt worden sind.

Schließlich mag es irritieren, dass ein solches Erstgesprächskonzept im Rahmen eines personenzentrierten Vorgehens zwar offen ist für die Effekte der Gesprächsdynamik und der Teilnehmer, zugleich aber an vielen Stellen ein hohes Maß an Prozessdirektivität vorsieht. Ich halte dies für notwendig zum Schutz des Kindes, aber auch um in der Mittelphase des Gesprächs die verschiedenen Perspektiven, die Zusammenhänge von Erleben und Verhalten und das Beziehungsnetzwerk der Familie luzide zu machen. So vermag eine Therapeutenperson, die sich optimal zwischen einem Folgen der Gesprächsdynamik und Prozessdirektiven zu bewegen vermag auch optimal den beiden Zielsetzungen des Beziehungsaufbaus und der Diagnostik gerecht zu werden. Sie wird dann auch von der Familie als menschlich und fachlich kompetent wahrgenommen.

Literatur

- Ainsworth; M. D. S. u. a. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Auckenthaler, A. (1983). *Klientenzentrierte Psychotherapie mit Paaren*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Axline, V. M. (2002). *Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren* (14. Auflage). Reinhardt, München.
- Behr, M. (2005). Differentielle Effekte von empathischen und authentischen Eltern-Lehrer-Gesprächen im Rollenspielexperiment. *Empirische Pädagogik*, 19 (3), 244–264.
- Binder, U. & Binder, H.J. (1979). Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren seelischen Störungen. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Crane, J. (2001). The Parents' Part in the Play therapy Process. In G. L. Landreth, (Ed.), *Innovations in play therapy: Issues, process, and special populations* (pp. 83–95). Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). *Diagnose- und Symptom-Checklisten zur Erfassung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM IV (DISYPS_KJ)*. Bern: Huber.
- Ehlers, B. (2001). Praxis der Elternarbeit in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2* (2. Auflage). (S. 73–92). Göttingen: Hogrefe.
- Esser, U. (1985). Das Erstinterview in der Erziehungsberatung. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 4 (1), 73–89.
- Esser, U. (1987). Das Erstinterview in der Erziehungsberatung (II) – ein Beitrag zur Entwicklung des Fokalinterviews. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 6 (1), 101–114.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2003). „Bezugspersonenarbeit im Rahmen der personenzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen“. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 3: Störungsspezifische Falldarstellungen*. (S. 293–326). Göttingen: Hogrefe
- Geldard, K. & Geldard, D. (2002). *Counselling Children – A Practical Introduction* (2nd Ed.). London: Sage.
- Goetze, H. & Jaede, W. (1974). *Die nicht-direktive Spieltherapie. Eine wirksame Methode zur Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen*. München: Kindler.
- Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Hugerige, H., Mackowiak, K. & Borg-Laufs, M. (2005). Multimodale Diagnostik bei Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 26 (3), 343–372.
- Jürgens-Jahnert, S. (1997). Therapieeinleitung und Diagnostik in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: einige theoretische Überlegungen und praktische Anregungen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Anwendung und Praxis*. (S. 225–252). Göttingen: Hogrefe.
- Lenz, A. (2001). *Partizipation von Kindern und Jugendlichen in Beratung und Therapie*. Weinheim: Juventa.
- Monden-Engelhardt, C. (1997). Zur personenzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Anwendung und Praxis*. (S. 9–70). Göttingen: Hogrefe.
- Norton, C. C. & Norton, B. E. (2002). *Reaching children through play therapy. An experiential approach* (2nd Ed.). Denver: The Publishing Cooperative.
- O'Leary, C. (1999). *Counselling Couples and Families – A person-Centred Approach*. London: Sage.
- Remerschmidt, H., Schmidt, M. H. & Poustka, F. (Hrsg.) (2001). *Multiaxiales Klassifikationssystem für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 der WHO*. Bern: Huber.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Rogers, C. R. (1959). A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships, as developed in the Client-Centered Framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: The Study of a Science, Vol. 3 Formulations of the Person and the Social Context* (p. 184–256). New York: McGraw-Hill.
- Schmidtchen, S. (1991). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie* (3. Aufl.). Weinheim: PVU.
- Schmidtchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien: ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer
- Schlippe, A. v. & Schweitzer, J. (2003). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* (9. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Tausch, R. & Tausch, A. (1990). *Gesprächspsychotherapie* (9. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Weinberger, S. (2005a). *Kindern spielend helfen* (2. Auflage). Weinheim: Juventa.
- Weinberger, S. (2005b). *Klientenzentrierte Gesprächsführung*. (10. Auflage) Weinheim: Juventa.
- West, J. (1996). *Child-centered Play Therapy* (2. Ed.). London: Arnold

Autor

Michael Behr ist Professor für Pädagogische Psychologie an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd. Daneben ist er seit 1984 praktisch tätig als personenzentrierter Psychotherapeut für Kinder und Jugendliche und Erwachsene sowie als Ausbilder der GwG. Er arbeitet als Gastdozent für Kindertherapie in verschiedenen Europäischen Ländern und leitet Ausbildungskurse für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am Institut für Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung Stuttgart und an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Michael Behr
Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd
Fakultät I / Psychologie
Oberbettringer Str. 200
73525 Schwäbisch Gmünd
Tel.: +49 (0)7171 983-433, Fax -371
E-Mail: michael.behr@ph-gmuend.de

Catherine Iseli

Empathie in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen

Zusammenfassung: Wenn sich die Therapeutin in das kindliche Erleben einfühlen will, ist es notwendig, die Aufmerksamkeit nicht nur auf die Sprache und das Verhalten, sondern auch auf andere Faktoren zu richten, die das Erleben des Kindes prägen: Auf den Entwicklungsstand und die damit verbundenen Entwicklungsaufgaben, die kindliche Kommunikation, auf systemische Zusammenhänge sowie das Bezugssystem und dessen Erwartungen. Dafür ist schulenübergreifendes Wissen hilfreich, zum Beispiel aus der Entwicklungspsychologie, Hypnotherapie und systemisch-lösungsorientierten Ansätzen. Wissen wiederum erhöht die Fähigkeit zur Empathie. Der Artikel setzt sich damit auseinander, wie die person-/klientenzentrierte Therapeutin über die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte hinaus ihre Empathie mitteilen kann und soll, um dem Kind oder Jugendlichen in seinen ganzheitlichen Ausdrucks- und Erlebensformen begegnen zu können. Es werden zudem Anregungen gegeben, wie schulenübergreifend Techniken und Methoden eingesetzt werden und so als Kanäle für ein personzentriertes Beziehungsangebot dienen können.

Stichwörter: Empathie, Kommunikation, Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie, Systemtheorie, Hypnotherapie, Lösungsorientierte Therapie.

Abstract: Empathy in psychotherapy with children and adolescents. In order to fully understand and feel with a child's experience, a therapist has to focus not only on a child's language and behavior, but also on other relevant factors: level of development and corresponding developmental tasks, infantile communication, systemic aspects as well as the child's reference system, including its expectations. Having knowledge of methods of different therapy schools, e.g. of developmental psychology, of hypnotherapy or of systemic-solution focused approaches, is helpful. For knowledge enlarges empathic capabilities. This article will examine, how the person-/client-centered therapist can or should communicate her or his empathy, in order to fully meet a child or adolescent, comprehending all forms of expression and experience, beyond merely verbalizing emotional contents. There will be suggestions, how to use techniques and methods of different therapy schools, serving as channels for a person-centered relation.

Keywords: Person-/Client-Centered Psychotherapy, Empathy, Communication, Systems-theory, Hypnotherapy, Solution Focused Therapy.

Einleitung und Fragestellung

Zu Beginn meiner Berufspraxis als Psychotherapeutin versuchte ich, Gelerntes aus der Ausbildung in personzentrierter Psychotherapie so anzuwenden, wie ich es damals verstand und umsetzen konnte: Ich schenkte der Verbalisierung und Benennung emotionaler Erlebnisinhalte erhöhte Aufmerksamkeit. Wenn der Klient auf eine solche Benennung mit Zustimmung, weiterem Explorieren, Vertiefung des inneren Erlebens reagierte, befanden wir uns so gemeinsam auf einem Weg, der den Klienten zu mehr Empathie, Wertschätzung und Kongruenz sich und seiner gesamten Erfahrung gegenüber bringen würde.

In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen stellte ich dann fest, dass mir das empathische „Erfassen des inneren Bezugsrahmens“ schwerer fiel als bei Erwachsenen. Ich wollte versuchen, das Kind

in einer Art „Gesamtheit“ – der Breite von Empfindungen, Wahrnehmungen, Bedeutungen und Erinnerungen, die der Gewährwerdung zugänglich sind – kennen zu lernen. Aber diese „Gesamtheit“ schien mir ungleich mehr durch andere, mich verwirrende Faktoren und Aspekten geprägt als bei Erwachsenen:

- z. B. durch die sehr unterschiedlichen kindlichen **Kommunikationsformen** und **-strukturen**,
- die **systemischen** Zusammenhänge,
- die **Entwicklungsaufgaben** und **-ziele**, die dem jeweiligen **Lebensalter** und **Entwicklungsstand** des Kindes entsprachen,
- die einander oft widersprechenden **Aufträge** und **Therapieanliegen**, die es aufeinander abzustimmen galt.

Wenn ich die Erlebenswelt des Kindes empathisch verstehen wollte, hatte sich meine Aufmerksamkeit also auch auf diese Aspekte zu

richten. Es schien mir, als wäre ein ständig wechselnder Blick von außen nach innen, von der Umgebung auf das Kind, vom Kind auf die Umstände, von da wieder auf die Qualität und die Merkmale der entstehenden Beziehung, notwendig, um mich in die kindliche Erlebenswelt einfühlen zu können. (Vgl. dazu Finke 2005 zum oszillierenden Wechsel zwischen Teilnehmer- und Beobachterbeziehung.)

Nun, nach Jahren psychotherapeutischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, denke ich, dass ein erweitertes Wissen über die „Innen- und Außenwelt“ von Kindern und Jugendlichen notwendig ist, um **die Fähigkeit zur Empathie** zu erhöhen, und dass das **Mitteilen von Empathie** mit dem Einsatz von Methoden, Techniken und Kreativität einhergeht.

Für meine Identität als personenzentrierte Psychotherapeutin ist es zudem hilfreich, mich dem anzunähern, was Charlotte Gröflin-Buitink (2002) mit dem Titel: „Erleben – Benennen – Reflektieren“ beschreibt, nämlich einer fruchtbaren Auseinandersetzung mit der Wechselwirkung zwischen Theorie und Praxis, zwischen Wissen und Erlebtem. Ich hoffe, deutlich zu machen, dass für die „eigene Theoriebildung“ das Einbetten theoretischer Begriffe in die eigene praktische Arbeit in Form von Konkretisierungen notwendig war und ist.

Ich beschäftige mich im Bezug auf die Empathie mit folgenden Fragen, wobei die Fragen nicht abschließend beantwortet werden können, sondern das Fragen (und innere Suchen) bereits einen fruchtbaren Prozess in der Praxis darstellt:

- Welcher **Blickwinkel**, und von welchem Menschenbild aus, erhöht bei einem einzelnen Klienten in mir die Fähigkeit, mich auf ihn und seine Person einzulassen und mich auch in seine Bedürfnisse in der Therapie einzufühlen? (Diese Frage ist vor allem auch deshalb wichtig, weil ich in unterschiedlichen Weiterbildungen verschiedene Grundhaltungen/Interventionsmöglichkeiten kennengelernt habe, die ich in die praktische Arbeit integrieren möchte.)
- **Wie**, aufgrund welcher inneren Entscheidung, Resonanz, inneren „Antwort“ auf den Klienten geschieht die eine oder eben die andere Art von Verbalisierung, Reaktion, Intervention, die dem Klienten das Gefühl gibt, genau verstanden, wahrgenommen worden zu sein?
- **Was** ist im Fokus der Empathie? **Was** gilt es, mit „unconditioned positiv regard“ empathisch aufzunehmen?
- Wie wird Empathie sichtbar, spürbar, als hilfreiches Instrument tragend und bestimmend, auch auf der **Handlungsebene**?

Wenn es gelingt, sich in das Erleben des Gegenübers wirklich einzufühlen, ist die Beziehung auch von **Wertschätzung** getragen.

Die **Kongruenz** der Therapeutin ist in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen auf eine besondere Weise gefordert, weil andere Erfahrungsbereiche der Therapeutin berührt werden als in der Arbeit mit Erwachsenen, Bereiche, die bspw. stark von frühen Sinneserfahrungen geprägt sind.

Oder, um es mit einem Begriff aus der Ego-State-Theorie (vgl. die CD von L. Reddemann 2004) auszudrücken: Die Therapeutin muss empathisch mit ihrem eigenen „inneren Kind“ in Kontakt sein, für die wertschätzende Beachtung der oft starken, körperlichen, emotionalen Reaktionen der Therapeutin auf die Arbeit mit Kindern. In einer Psychotherapieausbildung, welche spezifisch auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ausgerichtet ist, wird deshalb in der Selbsterfahrung und Weiterbildung der Zugang zum eigenen kindlichen Erleben wieder vertrauter gemacht.

Im 1. Kapitel beschäftige ich mich zuerst mit der Bedeutung von Empathie und von 1.1. bis 1.4 mit den Aspekten, in deren Bedeutung es sich in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen speziell einzufühlen gilt. Im 2. Kapitel wird das Augenmerk auf den Stellenwert von Methoden und Techniken als Kanäle für den Ausdruck von Empathie gerichtet, und zum Schluss in einer Konkretisierung dargestellt, wie bspw. in einer Trancearbeit die Empathie ihren Ausdruck finden kann.

1. Im Fokus der Empathie

Rogers (1959a, 37) schreibt: „Empathisch zu sein bedeutet, den inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit all seinen emotionalen Komponenten und Bedeutungen, gerade so, als ob man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die „als-ob“-Position aufzugeben. Das bedeutet, Schmerz oder Freude des anderen zu empfinden, gerade so wie er empfindet, dessen Gründe wahrzunehmen, so wie er sie wahrnimmt, jedoch ohne jemals das Bewusstsein davon zu verlieren, dass es so ist, *als ob* man verletzt würde usw. Verliert man diese „als-ob“-Position, befindet man sich im Zustand der Identifizierung.“

Wörtlich übersetzt heißt Empathie „sich einfühlen“ – und einfühlen kann man sich in Gefühle, Körperempfindungen, Stimmungen, aber auch darein, wie sich bestimmte Lebensumstände und -zustände anfühlen, oder wie es sich anfühlen mag, in bestimmten Denkmustern zu leben etc.

Binder (2002, 301) schreibt in ihren Überlegungen zur Empathie, dass es sich bei der therapeutischen Empathie um ein „prosoziales emotional/affektives Bezugssystem“ handle und bemerkt weiter: „Nach so vielen Jahren des Bestehens unseres Ansatzes möchte ich hier eine spitze Bemerkung machen. Ich frage mich, warum es uns nie gelungen ist, deutlich zu machen, dass unser Personenzentrierter Ansatz das Bindeglied zwischen dem „Innen“ der Psychoanalyse und dem „Außen“ der Verhaltenstherapie darstellt, und zwar nicht als Anhängsel des einen oder anderen, sondern vielmehr, diese überwindend, mit seinen zentralen Themen des Verstehens und Veränderns von Menschen in ihren Erlebenszusammenhängen eine beide Teilaspekte des Menschen – das Innen und das Außen – umfassende Position hat.“

Die Empathie ist schließlich nach Binder (2002, 315) **das** zentrale Veränderungsagens. Empathisches Verstehen erfasst „die phänomenale Welt, d. h. das Erleben, deren Bedeutungen, Verursachenszusammenhänge, Ordnung, Struktur, Geschichte, d. h. Entwicklung und daraus resultierend die für das therapeutische Handeln relevanten Veränderungsbedingungen.“

Auch Goetze (2002) verweist darauf, dass sich das empathische Verstehen bei Kindern häufig nicht auf die direkte sprachliche Kommunikation zu richten habe, sondern auf das Spiel und den darin enthaltenen Gefühlsausdruck. Es gelte, nicht nur die emotionalen Erlebnisinhalte, sondern seine Weltsicht, seine Sicht der Lösung von Problemen wahrzunehmen, und auf die in Kinderäußerungen enthaltenen Wünsche einzugehen.

Die Empathie richtet sich dann auf den **Wunsch** nach einer Lösung als Ausdruck eines wesentlichen emotionalen Erlebnisinhalts einer Person, nicht auf die **Lösung** und deren Verwirklichung als im Zentrum stehend. Damit es mir als person-zentrierter (und nicht lösungs-zentrierter) Psychotherapeutin gelingt, mit dem Kind auf eine Lösung dieses Problems hinzuarbeiten, gilt es, mich empathisch in den Wunsch nach Zugehörigkeit, Anerkennung, Entspannung einzufühlen, und in die große Not und Anstrengung, die der momentane Spannungszustand bspw. erzeugt.

Die konsultierte personzentrierte Literatur bietet ausführliche Beschreibungen dessen, was theoretisch mit Empathie gemeint ist, listet auf der Handlungsebene aber vor allem auf, was die personzentrierte Kindertherapeutin zu **vermeiden** hat, wenn sie personzentriert arbeiten will: **Nicht** Ratschläge geben, **nicht** interpretieren, **nicht** Lösungen anbieten etc.

Gerade weil Rogers keine Technik aus seiner damals wie heute revolutionären Haltung der Begegnung und der Beziehung machen wollte, verzichtete er darauf, auszuformulieren, **auf welche Weise** die Empathie dem anderen mitzuteilen sei. Er betonte jedoch in Überlegungen zur Echtheit (Kongruenz), dass Therapeuten ihre Wirkung am besten entfalten, wenn sie sich natürlich und spontan verhalten, und dass verschiedene Therapeuten auf verschiedene Art und Weise gute Ergebnisse erzielen (Rogers, 1977b). Auf der Handlungsebene wird davon ausgegangen, dass vor allem **das Kind** etwas tut – die Therapeutin begleitet es dabei, „folgt nach,“ oder kommentiert sprachlich, was das Kind tut, oder benennt das, wovon sie annimmt, dass es für das innere Erleben des Kindes relevant ist.

Zu Beginn meiner Praxistätigkeit orientierte ich mich denn auch primär an der Annahme, mit „so wenig wie möglich aktiv tun“ auch so wenig wie möglich falsch machen zu können.

Dabei hielt ich mich vor allem an die acht Grundprinzipien der sog. Nicht-direktiven Spieltherapie von Axline (1993). Dort lernte ich, Geduld, Offenheit und eine von unbedingter Wertschätzung getragene empathische Grundhaltung zu üben. Auf der Suche nach Möglichkeiten, der Empathie differenziert Ausdruck geben zu können, im Sinne einer „Inter-aktion“, halfen mir dann die zahlreichen

kreativen Vorschläge von V. Oaklander (1994) und anderen. Der „Einsatz von kreativen Medien“ ist auch in der personzentrierten Fachliteratur ein Thema; es finden sich viele Anregungen zur Arbeit mit Imaginationen, Hypnose, Metaphern, Geschichten, Rollenspielen, Psychodrama etc.

Im Bezug auf den Empathiebegriff ist es wichtig festzuhalten, dass es bei dieser Erweiterung nicht um eine Veränderung der Bedeutung von Empathie (einfühlen) geht, sondern um die Frage: **Wie, mit welchem Angebot, kann ich Empathie so ausdrücken, dass sie vom Gegenüber wahrgenommen werden kann, und wie kann ich das Kind so bei der Symbolisierung einer Erfahrung begleiten?**

Empathisch sich in den Klienten einzufühlen wird in vielen Therapierichtungen als wichtig angesehen, doch ist damit oft anderes gemeint: Wo im personzentrierten Ansatz an erster Stelle die therapeutische Beziehung und Begegnung als Wirkung gemeint ist, geht es in anderen Richtungen eher darum, eine Intervention zu planen oder auf eine Lösung hin zu arbeiten und dabei Empathie als „förderndes Mittel“ einzusetzen – was seinen Sinn und seine Berechtigung haben kann. (Vgl. dazu Auckenthaler 2004.)

Schmid (2002) legt in seinen Ausführungen Wert darauf, dass das Menschenbild und die Entscheidung, die „Person“ in den Mittelpunkt zu stellen (und nicht die Ziele, Lösungen, Methoden, Techniken etc.), Kennzeichen für eine personzentrierte Therapieform sei. Weiter sei die Entscheidung, sich „nicht-direktiv“ zu verhalten, von großer Bedeutung. Und, so Auckenthaler (2004, 10): „Therapieziel ist die Veränderung der Beziehung des Klienten zu sich selbst. Veränderungen im Verhalten, in der Beziehung zu anderen und die Reduktion von Symptomen gelten als Folge der veränderten Beziehung des Klienten zu sich selbst.“ Die Aktivität der Therapeutin soll sich also auf diesen Prozess konzentrieren.

Nach meiner Erfahrung bietet auch der Ansatz von Milton H. Erickson (1901–1980) theoretisch und praktisch eine sinnvolle und ergiebige Quelle von Anregungen für die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und deren Bezugssystem, die ich hier deshalb auch einbeziehe. Wie Rogers weigerte sich auch Erickson, eine eigentliche Therapieausbildung mit zu lernenden und einzuübenden Programmen zu formulieren. Er war zutiefst überzeugt davon, dass jeder einzelne Klient ein Recht auf eine eigens auf ihn zugeschnittene Therapieform habe. Und wie bei Rogers ist es auch bei Erickson so, dass viele etablierte Therapieschulen deren Grundlagen als „die ihren“ betrachten. Das Konzept der Empathie und Wertschätzung findet sich bei Erickson im „Pacing“ das meint, den Klienten genau dort abzuholen, wo er ist, und ihn in seinem ganzen Sein anzunehmen. Bekannt wurde Erickson vor allem auch durch seine große Begabung in der „Utilisation“ dessen, was er vom Klienten wahrgenommen hatte. Der Begriff beinhaltet, dass alle Eigenschaften oder auch Eigentümlichkeiten, die ein Klient mitbringt, als mögliche Ressource zur Erreichung therapeutischer Ziele genutzt werden können und das

Augenmerk darauf gerichtet wird. Da die wertschätzende und empathische Haltung, die in diesem Konzept steckt, nach meiner Erfahrung gut vereinbar mit der personenzentrierten Haltung ist, werde ich im 2. Kapitel auf einige Anwendungsmöglichkeiten eingehen.

In den Abschnitten 1.1 bis 1.4 werde ich einige Aspekte, die es in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen besonders zu beachten gilt, konkretisieren. Ich versuche jeweils aufzuzeigen

- a) **Was besonders im Fokus der Empathie steht**
- b) **Wie ich der Empathie auf der Handlungsebene Ausdruck geben kann.**

1.1 Kommunikation des Kindes

- a) Im Fokus steht hier die Empathie gegenüber den **Kommunikationsformen und Kommunikationsstrukturen**, die dem Kind und seinem Entwicklungsalter entsprechen.
- b) **Erweiterung des Empathieausdrucks** in der Kommunikation mit dem Kind: Wenn sich die Therapeutin ein vertieftes Wissen über die kindliche Kommunikation aneignet, führt dies nach meiner Erfahrung zu einer Erweiterung der Möglichkeiten, Empathie einerseits zu empfinden und andererseits den Ausdruck von Empathie auf eine Weise zu gestalten, dass das Beziehungsangebot vom Kind wahrgenommen werden kann.

Das Kind kommuniziert anders – inneres Erleben teilt es in seinem gesamten Sein mit. Auch Erwachsene tun dies, jedoch ist in der Therapiesituation häufig die gesprochene Sprache das Medium der Wahl, verführerisch, weil vermeintlich klarer und unseren eigenen, erwachsenen Gewohnheiten und Regeln entsprechend. Das Kind jedoch kommuniziert vornehmlich im Handeln, mit dem Körper, im Spiel, und es hält sich, wenn es spricht, nicht an dieselben Regeln wie die Erwachsenen – es kann einsilbig, „unhöflich“ oder gar nicht sprechen, abrupt das Thema wechseln, die Therapeutin mit groben Ausdrücken überhäufen, sie auslachen etc. Körperlich zeigt es ebenfalls eine viel breitere Palette an Ausdrucksformen: Es zappelt, rennt, legt sich hin, rollt sich zusammen, schläft ein etc.

Weinberger (2005) beschreibt die Unterschiede zwischen Kindern und Erwachsenen in ihrem Buch „Kindern spielend helfen“ sorgfältig.

Parallel zu seinem „Anderssein“ versucht es aber auch, sich dem Erwachsenen und seiner „Sprache“ (Worte, Tonfall, Mimik, Gestik, Tempo etc.) anzupassen – es will es „richtig“ machen und möchte zeigen, dass es unsere Sprache versteht und dass es sich bemüht so zu sprechen, resp. sich so zu verhalten, wie es denkt, dass wir es mögen. Kinder reagieren denn auch auf Fragen oder das sprachliche Benennen oder Kommentieren dessen, was sie tun oder fühlen, oft mit Befangenheit – sie fühlen sich schnell beobachtet oder bewertet.

Beispiel:

Wenn kleine Kinder befragt werden, werden sie auf dieselbe Frage möglicherweise dreimal etwas anderes antworten – nicht weil sie sich nicht mehr erinnern oder lügen, sondern weil sie das wiederholte Fragen glauben lässt, sie hätten beim ersten, resp. zweiten Mal etwas „falsch“ gesagt. (Dass wiederholtes Fragen aus erwachsener Sicht dem Überprüfen und Nachfragen dient, entzieht sich dem Verständnis des Kindes).

Als „verbal gewohnte“ Therapeutinnen vergessen wir oft, dass das Erleben bereits im gemeinsamen Spiel gezeigt und empathisch verstanden wurde und eine zusätzliche Verbalisierung störend oder als unnötige Wiederholung empfunden werden kann. In diesem Fall geben Kinder oft direktes Feedback „Red nicht, **spiel** einfach!“ Bei einigen Kindern nehme ich gewisse Inhalte manchmal erst beim Aufräumen sprachlich auf: „Der kleine Löwe hat alle überrascht, weil er sich so gut wehren konnte.“ Und das Kind: „Mmh, er ist eben stärker, als man denken würde!“ Therapeutin: „Mmh, der hat mehr Kraft, als man ihm zutraut!“ etc.

Das Kind verfügt über einen noch viel stärker mit sinnlichen Erfahrungen angefüllten Erfahrungsschatz. Erwachsene wie Kinder symbolisieren Erfahrungen in Körperempfindungen, Eindrücken auf allen Sinneskanälen, Vorstellungen, Bildern, Gefühlen, Gedanken, Worten etc. und bei allen Menschen werden Erfahrungen über Gedanken, übers Hören, Sehen, Riechen, Schmecken, über sensorische Empfindungen und in Bewegungen, gespeichert. Kinder haben zu diesen Speicherungen aber noch einen direkteren Zugang; sie kommunizieren diese Erfahrungen auch deutlicher auf allen Sinneskanälen.

Nachzulesen ist Grundwissen über die sensorische Entwicklung des Kindes bspw. bei Ayres (1984). Über die verschiedenen Sinneskanäle und die entsprechenden mnemotechnischen („erinnerungstechnischen“) Prinzipien der Speicherung lässt sich bei Beaulieu (2005) einiges lernen. Diese Prinzipien in der therapeutischen Arbeit anzuwenden bedeute bspw. eine Kommunikationsform und eine Umgebung anzubieten, die Erfahrungen über **alle** Sinne ermöglicht. „Es geht dabei also darum, nicht allein die Ohren, sondern ebenso die Augen und die Gesamtheit der sensorischen Modalitäten anzusprechen. Das Gedächtnis versteht mehr als Worte!“ (Beaulieu, 2005, 9) Ich versuche also, auch zu erfassen, über welche Sinneskanäle und Ausdrucksformen das Kind am besten speichert, am leichtesten ansprechbar ist und am intensivsten kommuniziert.

Beispiele für solche Schwerpunkte:

Akustisch: Es gibt Kinder, die summen, singen, pfeifen, schweigen, oder geben Töne von sich, in denen Stimmungen spürbar werden.

Visuell: Kinder schauen zum Fenster hinaus, drücken sich in Bildern, Farben, Konstruktionen aus.

Taktil/Kinästhetisch: Kinder liegen, schaukeln, rollen und wälzen sich, kämpfen, schwitzen, bauen oder lassen beim Sprechen immer wieder Sand durch die Hände rieseln etc.

Dazu Erickson (2002,12): „Kinder müssen als denkende und fühlende Geschöpfe respektiert werden, die die Fähigkeit besitzen, Gedanken und Einsichten auszudrücken und sie in ihren eigenen Erfahrungszusammenhang zu integrieren. Allerdings müssen sie das entsprechend den tatsächlichen Funktionsprozessen tun, die sie besitzen. Kein Erwachsener kann ihnen das abnehmen, und jede Annäherung an ein Kind muss diesen Umstand berücksichtigen.“

So wird auch deutlich, dass das Spiel kein „Mittel,“ keine „Technik“ ist, sondern Teil des kindlichen Seins, unmittelbarer Ausdruck der Person, Teil der Sprache und des Erlebens des Kindes, und es handelt sich dabei auch um ein empathisches Begleiten und Aufnehmen der Kommunikationsform des Kindes. (Vgl. auch Schmid 2000 zum Begriff der „un-mittel-baren Begegnung“). Die bewusste Wahrnehmung der großen Unterschiedlichkeit des kindlichen Ausdrucks erleichtert mir auch ein „inneres Einstellen auf das Kind“, eine innere Resonanz, die wiederum nützliche Visionen über die Ressourcen des Kindes entstehen lässt. (Vgl. Jacob 2002, zur „absichtsvoll geschärften Wahrnehmung“ des Therapeuten und Behr 1996, zum Konstrukt der „Interaktionsresonanz“.)

Beispiele:

Cyrril, ein 14-jähriger Junge, kommuniziert über persönliche Inhalte vorzugsweise auf eine seltsam anmutende, unnahbare, „coole“ Art: In kurzen, hingeworfenen Sätzen, mit abgewandtem Blick und raschen Themenwechseln. Wenn ich seine Kommunikationsform empathisch aufnehme, sitze ich eher abgewandt, fixiere ihn nicht, sondern lasse meinen Blick zu ihm und wieder weg schweifen und halte den Blickkontakt, wenn er sich ergibt, nur kurz. Meine Sprache ist ebenfalls eher einsilbig, knapp; mein Gesichtsausdruck bleibt eher neutral.

Bianca, ein 16-jähriges Mädchen spricht kaum. Am besten kann sie sich am Telefon öffnen oder per Handy und SMS. So nutze ich eben diese Gelegenheiten für längere Gespräche. Wenn sie den Therapieraum verlässt und den Gang zum Praxisausgang entlanggeht, kann sie sich darauf verlassen, dass ich unter der Tür stehen bleibe, bis sie um die Ecke verschwindet, weil ich weiß, dass sie mir jeweils aus dieser sicheren Distanz ein Lächeln und Winken schicken wird.

Sven, 9 Jahre, stellt gleich zu Beginn der Stunde ein Sandbild auf und spielt wortlos, nach der Bemerkung: „Ich will das ohne Erzählen machen!“ Von Zeit zu Zeit fragt er mit einem Seitenblick zu mir: „Chunnsch druus?“ (Verstehst du?) Th: „Mmh, es sieht danach aus, als würden die Lastwagenfahrer ganz unerschrocken gegen die Riesenschlange kämpfen!“ Sven: „Ganz genau!“

Im Lauf der Jahre und vor allem in der Arbeit mit Kindern, habe ich gelernt, verstärkt auf meine inneren Impulse, Bilder, Ideen, Stimmungen zu achten und diese als Ressourcen und als Träger des Ausdrucks von Empathie wahrzunehmen. Dies hat einerseits etwas mit

Kongruenz zu tun – andererseits auch mit einem genaueren Einfühlen in Erlebenszustände des Kindes, die sich in anderer Form zeigen als in der Sprache. (s. auch Abschnitt 2.2)

1.2 Das Kind im System

- Im **Fokus der Empathie** steht hier das Eingebettetsein des Kindes in ein System. Dabei richtet sich die Empathie auf die nachfolgenden Faktoren (Indikation, Abhängigkeit, Eltern-Kind-Beziehung, Bezugspersonen)
- Welche **Möglichkeiten des Ausdrucks von Empathie** ergeben sich aus dem Wissen über systemische Zusammenhänge und einem empathischen Blick auf die genannten Faktoren?

Therapieindikation und Anmeldung

Meist geht es bei der Anmeldung um Symptome, deren Bedeutungen durch die relevanten Bezugspersonen formuliert werden. Die Therapeutin verkörpert für das Kind ebenfalls jemanden aus der Erwachsenenwelt, dem „Helfersystem“, (oft eine ganze Schwadron von Helfern: Sozialarbeiterin, Schulpsychologin, Therapeut, Lehrerin, Legasthenietherapeutin, Kinderarzt, Eltern ...). Es ist für das Kind nicht möglich, in die Therapie zu kommen, ohne gleichzeitig mit der Frage beschäftigt zu sein: Wie soll ich mich verhalten, dass alle, auch die Therapeutin, zufrieden mit mir sind? So äußert Lucy (9) in der 2. Stunde: „Ich bin irgendwie ganz überrascht, dass ich alles sagen und machen darf. Ich dachte, es geht sowieso nur um das blöde Rechnen!“ In der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen wird die Beziehung allein durch die Tatsache, dass ich die Erwachsene bin, dass jemand anderes die Therapie bezahlt, in einem hierarchischen Gefälle festgelegt, in der das Kind eher der passive Teil ist.

Beispiel für einen Ausdruck von Empathie in dieses Erleben: Wenn es machbar ist, versuche ich bei der Vereinbarung für den Ersttermin auch das Kind ans Telefon zu bekommen, und sei es nur, um mich ihm kurz vorzustellen und ihm zu sagen, dass ich mich freue, es zusammen mit seinen Eltern kennen zu lernen. Ich sage ihm am Telefon, dass ich erst mit der Mutter über die Anmeldung gesprochen habe und dass ich noch nicht weiß, was es über die Therapie denkt, dass ich mich aber dafür interessieren werde.

Es ist wichtig, dass ich mir dessen bewusst bin, wann, wie, warum, aus welchem Bedürfnis heraus ich mich für eine **aktive** Vorgehensweise entscheide. In der Kindertherapie ist es wichtig und notwendig, auch **aktiv und direkt** arbeiten zu **können**, wenn die Empathie ins Bezugssystem dies erfordert (Steiner/Berg 2005) – und für die Identität der personenzentrierten Psychotherapeutin ist es wiederum notwendig, dies auch so zu benennen und sich darüber im Klaren zu sein, was sie warum tut. Sie darf also nicht, aus falsch verstandener nicht-direktiver Haltung heraus, grundsätzlich passiv oder inaktiv sein.

Abhängigkeit

Jede erwachsene Person ist für das Kind von ihrer Größe, der Kraft, dem Prestige und den intellektuellen Fähigkeiten her überlegen, und es ist für das Kind deshalb noch schwieriger, die eigene Zulänglichkeit als Individuum wahrzunehmen. Umso wichtiger, dass wir Psychotherapeutinnen uns unserer Position und Aufgabe auch innerhalb des Bezugssystems des Kindes bewusst sind und uns Wissen über systemische Zusammenhänge aneignen (Vgl. dazu das Kapitel „Innerer Bezugsrahmen und äußeres Bezugssystem oder die gemeinsame Konstruktion von Wirklichkeit“ von Bürki/Hobi 2000).

Das Kind ist in enger, abhängiger Verbindung mit Erwachsenen aus seiner Familie und der sozialen Umgebung. Die Ziele und die Richtung seines Wachstums werden häufig stellvertretend für das Kind formuliert, kommentiert, korrigiert. In einem anderen Maß als bei Erwachsenen zielt die Richtung von Wachstum und Entwicklung also auch dahin, eine bessere Anpassung an die Bedingungen und Anforderungen zu erreichen, die vom System an das Kind gestellt werden.

Empathie in die Kraft der Eltern-Kind-Beziehung

Ehlers (2002) betont, dass die Unterstützung der Eltern-Kind-Beziehung die wichtigste und hilfreichste Funktion der Therapie sei, und alles zu unterlassen sei, was diese Beziehung belasten könnte. Es sei in erster Linie die Aufgabe der **Eltern**, ihr Kind zu fördern und zu unterstützen. Die Therapeutin wird also ihr Augenmerk darauf richten, die Kompetenz der Eltern zu stützen – nicht zu schwächen, indem sie bspw. das Kind „besser versteht“ als die Eltern. Die Empathie muss sich unbedingt auch auf die Tatsache richten, dass das Kind den Eltern in Loyalität und Liebe verbunden ist. (Ehlers: Auch wenn es manchmal so aussehe, als treffe dies nicht zu!)

Schmidtchen (2003) beschreibt das Kind als „Fortsetzung der Familie“ und nicht, wie es manchmal in Einzeltherapie-Settings aussieht, die Familie als „Fortsetzung des Kindes.“

So kann es sehr befruchtend sein, kein starres Setting „aus Prinzip“ durchzuziehen, sondern Impulse und Ideen, die aus dem System kommen, offen und wertschätzend aufzunehmen. z. B. die Eltern einladen, dabei zu sein, mitzuspielen etc.

Beispiele:

Noch einmal **Lucy** (9): Die Mutter bringt das Mädchen in die Therapie und erzählt oft unter der Türe noch etwas „Schwieriges“; an diesem Nachmittag davon, wie schrecklich es für Lucy sei, dass nun, nachdem sie es endlich einmal geschafft habe, ein Mädchen einzuladen, dieses wieder abgesagt habe. Sie wisse auch nicht, wie ihre Tochter das verkrafte. Lucy schaute zu Beginn der Therapiestunde immer wieder hinaus auf den Parkplatz, wo ihre Mutter bei strahlender Sonne im geschlossenen Wagen saß, („Was macht sie wohl?“ „Ist sie immer noch da drin?“), bis ich sie schließlich fragte, ob sie vielleicht die Mutter heute lieber im Therapieraum dabeihaben

möchte? Lucy baute in der Folge in Gegenwart der Mutter einen Hindernisparcours auf und spielte ein Rennpferd, das den Durchgang übt, bis er fehlerfrei ist – begleitet von Ausrufen wie: „Das schaffe ich nie!“ über „Doch, ich schaffs!“ bis hin zu „Ich wusste gar nicht, dass ich so gut bin!“ Am Ende der Stunde hatte sich die Stimmung der Mutter deutlich aufgehellt. Ob Lucy ihr wohl zeigen wollte, dass sie lernen will, mit Frustrationen umzugehen, und dass sie über viel Ausdauer und Durchhaltevermögen verfügt?

Oder wenn ich an die 8-jährige **Sarah** aus Jemen denke, die in jeder Stunde ein Baby sein will, und an ihre Mutter, die bei einer solchen Sequenz in den Raum geholt wurde: Sie hielt ihr Kind auf dem Schoß und erzählte ihm, wie es war, als es auf die Welt kam, wie das Spital aussah, ob es Milch aus der Brust trank etc. Meine Aufgabe bestand darin, mich empathisch in diese Mutter-Kind-Beziehung einzufühlen und in das kindliche Bedürfnis, das hinter diesen vielen Fragen steckte. („Hast du dich denn gefreut, als ich zur Welt kam?“) Durch den Einbezug der Mutter in diese Spielsequenz gab ich dieser Empathie Ausdruck.

Mrochen und Bierbaum-Luttermann (2002) sprechen in diesem Zusammenhang von einem „Spiel über die Bande“ – wenn er vor den Augen der Eltern mit den Kindern arbeitet, zum Beispiel mit Hilfe von Handpuppen verschiedene innere Teile des Kindes exploriert: Die Eltern erleben exemplarisch mit, wie eine wertschätzende, empathische Begleitung des inneren Erlebens des Kindes stattfindet – sie erleben eine „Dialogische Qualität“, die sich auch auf ihren Alltag mit dem Kind wiederum auswirken wird.

Empathie für die Bedürfnisse der relevanten Bezugspersonen

Allein die Tatsache, dass die Psychotherapie nicht durch das Kind, den Jugendlichen, bezahlt wird, sondern durch Eltern oder zuweisende Geldgeber, macht es notwendig, sich auch in die Bedürfnisse der relevanten Bezugspersonen einzufühlen.

Mrochen (2000, 2002) findet denn auch, dass Therapeutinnen durchaus zur Komponente „Leiten und Lehren“ stehen sollen.

Bezugspersonen müssen manchmal mit Verhaltensweisen konfrontiert werden, die für das Kind schädigende Auswirkungen haben, und die Therapeutin muss hier Verantwortung übernehmen, im Sinne von „Verantwortung“, und den Eltern eine echte Antwort geben auf ihr Verhalten, ihre Einstellung. So ist es nicht sinnvoll, entwicklungspsychologisches Wissen zurück zu halten, bspw. um Eltern etwa nicht zu belehren! Die personenzentrierte Grundhaltung zeichnet aber selbstverständlich auch die Kommunikation mit den Eltern und allen anderen Personen des Bezugssystems aus.

Schmid (2002,19) spricht von zwei divergierenden Trends in der Psychotherapie, der „Erfolgsorientierung“ und der „Beziehungsorientierung.“ Kindertherapeutinnen müssen **beides** im Blick behalten: Die Beziehung ist die eigentliche Therapie und Voraussetzung für Wachstum und Entwicklung, und der Erfolg im Sinne der

Symptombeseitigung ist oft ein Therapieeffekt, auf den das System (und der Geldgeber!) ungeduldig wartet. Gleichzeitig ist aber die Symptomreduktion nach unserem Verständnis nicht Ziel, sondern Folge der veränderten Beziehung des Klienten zu sich selbst. Die Kindertherapeutin muss dieses Spannungsfeld aushalten und das Kind im Fokus behalten. Die Arbeit an einer Symptomreduktion ist im nächsten Beispiel Ausdruck der Empathie in die Not, welche ein Ausgeschlossensein für das Kind bedeutet und in die Sehnsucht nach Integration, aber auch Ausdruck der Empathie in die Bedürfnisse der relevanten Bezugspersonen.

Wenn ich merke, dass die Umgebung ein bestimmtes Symptom nicht mehr aushalten kann, mache ich mit dem Kind ein „Abkommen“: Ich vereinbare mit ihm, dass wir uns ein „Erfolgsziel“ stecken und darauf hin arbeiten, damit z. B. die Lehrer zufrieden sind. Das Kind ist dann dasjenige, das das Ziel formuliert und die Fortschritte kommentiert. (Dieses Vorgehen ist vergleichbar damit, wie ich mit Erwachsenen gemeinsam die Krankenkassenberichte ausfülle – es ist uns beiden klar, dass wir das tun, damit der Klient sein Geld bekommt, und dass wir uns deshalb der Sprache der Kasse anpassen müssen.)

Beispiel:

Lukas, 8 Jahre, wird aus der Klasse ausgeschlossen, wenn er nicht lernt, seine Aggressionen rasch unter Kontrolle zu bekommen. In der Therapie möchte er aber vor allem Fußball spielen und nicht über das leidige Thema sprechen. Er ist aber bereit, im Interesse seiner Integration in der Schule bereit, gezielte Beobachtungsübungen zu machen und mir von seinen Beobachtungen und Erfolgen zu berichten (bevor wir jeweils Fußball spielen). Er ist auch bereit, mit mir über die Strategien zu sprechen, die er beim **Fußball** anwendet, um keine rote Karte zu kriegen. In einer Imagination stellt er sich dann vor, dass er diese Strategien auf die Alltagssituationen anwendet und spürt dabei, wie es sich anfühlt, seine aggressiven Impulse zu kontrollieren.

Wenn ich mich in die Ressourcen des Systems und der einzelnen Personen einfühlen will, kann die Frage auch lauten: Wer im System kann was und wie für das Kind/die Jugendliche tun, um bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben eine Unterstützung zu sein?

1.3 Entwicklungsaufgaben

a) Im Fokus der Empathie steht der **Entwicklungsstand** des Kindes und das **Lebensalter**, das mit bestimmten **Entwicklungsaufgaben** und **Entwicklungszielen**, einher geht. Die Empathie richtet sich auf das damit verbundene Erleben, sie beachtet, dass zu den unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben auch **Lebenswelten** gehören, zu denen sich die Therapeutin ev. Wissen

aneignen muss – z. B. zur Bedeutung von Mobiltelefonen und Kleiderlabel.

b) Die aufgeführten Beispiele zeigen, **wie** die Therapeutin ihre Empathie **Ausdruck** geben kann.

Um sich in die psychische Situation eines Kindes in einem bestimmten Lebensabschnitt einzufühlen, braucht es auch entwicklungspsychologische Kenntnisse. Als Beispiele dafür:

Wenn ich mich als Therapeutin in die Lebens- und Erfahrungswelt eines Kindes im **Vorschulalter** versetze, dann bin ich mir seines magisch-animistischen Denkens und Erlebens bewusst. Dieses Denken und Erleben nutze ich, um Rituale zu planen, die dem Kind bei der Bewältigung einer Aufgabe helfen können. (Kraftsteine, Hilfsfigürchen, ein Plüschtier, das über den Atem mit Mut aufgeladen werden kann und bei Bedarf als „Mut-Aufladestation“ benutzt werden kann etc.) Wichtige Entwicklungsaufgaben in dieser Phase sind u. a. die soziale Integration in eine Gruppe und die Entwicklung einer größeren Selbständigkeit (Kindergartenweg, Anziehen, trockenes Bett am Morgen etc.).

Später, in der konkret-operativen Phase geht es dann eher um das Verstehen von Zusammenhängen und Prozessen (vgl. Holtz 2002) etc. Das **Schulkind** lernt, seine Leistungsfähigkeit und Selbstständigkeit zu steigern, seine Stärken und Schwächen einzuschätzen etc.

Für **Jugendliche** wiederum ist die Wahrnehmung von Unterschied und Distanz zentral; das innere Erleben wird eher abgeschirmt oder mit der Peer-Group geteilt, und die körperlichen Veränderungen und das damit verbundene innere Erleben sind im Vordergrund.

Nemetschek (2002) spricht davon, dass das Konstrukt: „Wenn ich mal groß bin!“ als „magnetische Kraft“ genutzt werden kann und soll. Nach meiner Erfahrung stellt das „Groß-Werden“ eine der zentralen Aufgaben und Anliegen des Kindes dar.

Beispiel: Kinder lieben es, auf der Zeitachse vorwärts zu schauen, sich vorzustellen, welche Ideen, Träume, Vorsätze sie in zwei, fünf, zehn Jahren verwirklicht haben möchten, z. B. mit vierzehn Jahren die „Töffliprüfung“ (Töffli = Moped).

Wie ist das „Groß-Werden“ für das Kind? Sind diese Erfahrungen für das Kind mit einem „positive regard“ verbunden? Erlebt es das Größer-Werden als „Kompetenter- und Selbständiger-Werden?“ Oder als „Nicht-mehr-liebenswert-Sein?“ Oder in eine gefährliche Welt hineinwachsen zu müssen? Wie drückt es sein diesbezügliches inneres Erleben aus? Ich versuche an dieser Stelle also auch, mich in eine **körperliche** Erfahrung einzufühlen und nehme auf, was das Kind „zeigt“, – auch wenn es nicht darüber „spricht“. Die Kraft des Bildes des noch wachsenden Kindes kann so auch therapeutisch genutzt werden.

Beispiel: In meiner Praxis gibt es einige Stellen an der Wand, auf denen das körperliche Wachstum der Kinder über die Dauer der Therapie festgehalten wird. **Tom** (10 Jahre) ist nach den Sommerferien

wiedergekommen und in der Zwischenzeit um mehrere Zentimeter gewachsen. Seine Ausstrahlung hat sich verändert, aber auch die Art, wie ich ihn sehe und die Bedeutungen, die ich seinem noch sehr kindlichen und unselbständigen Verhalten jetzt zuordne ...

Diese Erfahrung lässt sich gut explorieren: „Was ist anders, jetzt wo du 5 cm gewachsen bist? Ist nur dein Körper größer geworden, oder auch was anderes, zum Beispiel deine Fähigkeiten? Ist der große Tom auch innerlich gewachsen?“ Tom findet, der große Tom könne vielleicht anfangen, allein mit dem Bus in die Therapie zu kommen, und er müsse weniger Angst haben vor den großen Buben, könne sich besser verteidigen und vielleicht sichtbar mutiger werden.

Welche Bewältigungsstrategien das einzelne Kind wiederum wählt, um „groß zu werden“, ob es eher aktiv oder passiv, mit Kampf oder Rückzug, mit Abwehr oder Aushalten reagiert – die Therapeutin wird dies wahrnehmen und das entsprechende innere Erleben empathisch und wertschätzend begleiten. Das Wissen um entwicklungspsychologische Zusammenhänge hilft ihr dabei.

1.4 Transfer in den Alltag

- a) Die Empathie richtet sich auf die äußeren Anforderungen, auf den **äußeren Bezugsrahmen** und auf das Bedürfnis der Zuweisenden, sich über die Wirkung der Therapie im Alltagsleben und über die Zusammenarbeit auszutauschen.
- b) Die folgenden Beispiele zeigen Möglichkeiten, **wie** die Therapeutin ihrer Empathie für **den Transfer zwischen Therapieraum und Außenwelt** Ausdruck geben kann.

In diesem Abschnitt möchte ich die Wichtigkeit einer offenen, transparenten Haltung nach außen deutlich machen. Diese Haltung soll einerseits nach innen den geschützten Raum für das Kind gewährleisten, andererseits des Eingebettet-Seins in die Gegebenheiten der „äußeren Welt“ gewahr bleiben.

Der „Erfolg“ der Psychotherapie wird von Kostenträgern häufig am Erfolg in der Schule, resp. an einer Verbesserung der Leistungen oder der Anpassung des Verhaltens an bestimmte Normen gemessen. Für die Psychotherapie wiederum bedeutet dies, dass es einen Psychotherapieerfolg „an sich“, ohne **Transfer** zu den alltäglichen Gegebenheiten des Kindes, nicht geben kann und darf. Dies gilt auch für die Therapie mit Erwachsenen, aber das Kind braucht für den Austausch mit der „Alltagswelt“ die empathische Begleitung der Therapeutin.

Therapievereinbarung

Zu Beginn, während der Indikationsphase, lege ich Gewicht darauf, mit den Eltern eine Therapievereinbarung zu treffen, die beinhaltet, dass man grundsätzlich zusammen arbeiten will und im Interesse des betroffenen Kindes jede Person auf ihrem Platz das tut, was sie

zur Entwicklung des Kindes beitragen kann, (Anregungen für Therapievereinbarungen finden sich bei Steiner/Berg 2005). Oft ist es auch schon zu diesem Zeitpunkt wichtig, darüber zu sprechen, ob es Grenzen für die Therapie gibt (z. B. für die Dauer), und an welchem Punkt die Beteiligten über einen Abschluss nachdenken würden. Zur Therapievereinbarung gehört auch, die personenzentrierte Haltung deutlich zu machen und den Eltern allenfalls zu erklären, wodurch und mit welcher Wirkung auf das Kind sich diese Haltung auszeichnet.

Zuschreibungen und Bewertungen

Das Kind kann sein inneres Erleben nicht schildern, ohne in Verbindung zu sein mit den Zuschreibungen und Bewertungen, die von wichtigen Bezugspersonen gemacht werden. Mrochen (2002,250) „... so können Bewertungen im beschriebenen Sinne und Umfang als Einmischung in die Erfahrungsprozesse, Selbstregulations- und Selbstbewertungsprozesse des Kindes betrachtet werden.“ Selbstverständlich ist auch hier der Kontext wichtig: In welchem Klima werden diese Zuschreibungen/Bewertungen gemacht, bspw. eher kühl und ironisch, oder wohlwollend und freundlich?

Auch wenn sich das Kind verändert, neue Verhaltensweisen lernt und entwickelt, emotionale Wachstumsschritte macht, die ihm eine andere Selbstregulation ermöglichen – die Zuschreibungen von außen werden Bestandteil seines Erlebens bleiben.

Vgl. Abschnitt 1.2: Weil das Kind in abhängiger Beziehung lebt, haben die Zuschreibungen mehr Gewicht bei Erwachsenen.

Ich betrachte es deshalb als wichtige Aufgabe der Therapeutin, ihre Empathie auch darauf zu richten, wo es notwendig ist, sich in das Erleben der Eltern einzufühlen und sich als „**Übersetzerin**“ zwischen Eltern und Kind zu betätigen. Wie können diese Bewertungen von relevanten Bezugspersonen entweder verändert, umgedeutet werden und das Kind damit „freier“ in seinen Entfaltungsprozessen werden, oder, umgekehrt: **Wie kann ein „Transfer der Therapieerfolge“ so passieren, dass es letztlich auch diese Bewertungen beeinflusst?**

Beispiele

Der 13-jährige **David** versteht das Misstrauen der Eltern als Beweis dafür, dass sie ihm nur Schlechtes zutrauen. Die Eltern übersetzen mit meiner Hilfe das „Misstrauen“ in „Sorge“ und „Verantwortungsgefühl“, oder als „Setzen von Grenzen“. David seinerseits gelingt es mit meiner Hilfe, die Eltern darum zu bitten, ihm mehr zuzutrauen.

Susanne, 10, hat in der Therapie schwierige Zauberkunststücke gelernt und diese zu Hause hartnäckig geübt. Sie hat dabei erlebt, dass es sich lohnt, dranzubleiben, auch wenn sie zu Beginn dachte: „Das schaff ich nie!“ Langsam beginnt sie, daran zu glauben, dass sie auch das Rechnen lernen kann. Transfer: Sie löst ihre Hausaufgaben neuerdings selbständig und macht die Erfahrung, dass sie

diese oft versteht, wenn sie Aufgaben ein zweites oder drittes Mal sorgfältig durchliest. Sowohl die Eltern als auch der Lehrer haben diese Veränderung beobachtet und geben Susanne im gemeinsamen Gespräch dazu Rückmeldungen.

Zur Gesprächsführung mit dem Bezugssystem erweisen sich die Anregungen aus der systemischen/familietherapeutischen Literatur (Steiner/Berg 2005, Hargens 2003) als sehr hilfreich. Durch zirkuläre Fragen, durch das Explorieren von Wunschzuständen, durch das Imaginieren in die Zukunft kann diese Art von Transfer auf einfache, wohltuende Art gemacht werden.

Beispiele für solche Fragen:

„Woran würde man es zuerst merken, dass sich bei dir etwas in eine gute Richtung verändert?“

„Wenn wir einen Film über deinen Alltag drehen würden, was würde man denn davon sehen?“

„Wer würde sich darüber freuen? Wer würde es merken, dass es dir besser geht? Woran?“

„Woran würde man merken, dass die Therapie hier dir wirklich etwas bringt? Woran würdest du es merken? Woran deine Eltern, dein Lehrer, deine beste Freundin?“ etc.

Bei Fragen, welche die „relevanten anderen“ betreffen, antworten Kinder und Jugendliche oft in Kategorien, die pädagogische, erzieherische Ziele betreffen, wie „Ordnlichkeit, Selbstbeherrschung, Pflichterfüllung, Zuverlässigkeit, Selbstständigkeit etc.“. Fragen, die ihre eigene Einschätzung/Selbstwahrnehmung betreffen, spiegeln häufig die Sehnsucht nach besseren sozialen Kontakten, größerer Zufriedenheit und Gelassenheit und die Erfahrung, häufiger gelobt zu werden und mehr Anerkennung zu erhalten, auch für tatsächlich erbrachte bessere Leistungen. Dass das eine (Zuschreibungen von außen, Fremdwahrnehmung) mit dem anderen (Selbsteinschätzung, Steigerung des Selbstwertgefühls durch Erfolgserlebnisse) Hand in Hand geht, versteht sich von selbst.

Standortgespräche

Familietherapeuten plädieren in jedem Fall dafür, regelmäßige Standortgespräche mit dem Bezugssystem zu machen, resp. mit denjenigen Personen, welche die Therapie bezahlen. Jugendlichen muss dieser Zusammenhang erklärt werden, da sie von sich aus auf solche Gespräche verzichten würden – finden sie hingegen statt, zeigt sich nach meiner Erfahrung meistens ein Fortschritt, eine Vertiefung oder Entspannung in den darauf folgenden Sitzungen. Die Kinder und Jugendlichen sind bei diesen Gesprächen in der Regel mit dabei. Die jüngeren Kinder verfolgen das Gespräch oft in der Hängematte versteckt, am Sandkasten oder auf dem Schoß der Mutter. Häufig erhalten wir im Gespräch Rückmeldungen wie: „Wir haben noch nie erlebt, dass das Kind so interessiert und offen bei einem Gespräch dabei war.“ Oder: Sogenannte „hyperaktive Kinder“ sitzen eine Stunde lang aufmerksam und engagiert dabei, weil sie

spüren, dass es hier um ihre Wirklichkeitsrekonstruktion geht, die sie betrifft und die sie aktiv mitkonstruieren können.

Beispiele

Ich lege mit einer Familie im Erstkontakt ein „Lebensflussmodell“, wie es Peter Nemetschek (2002) entwickelt hat: Mit farbigen Seilen wird der Lebensfluss der einzelnen Familienmitglieder auf den Boden gelegt; wichtige Lebensereignisse wie Geburten, Schuleintritte, schwierige Problemphasen, Krisenzeiten etc. werden mit Symbolen markiert etc.

Ich lasse einen „Zauberring“ zirkulieren, mit dem man Wünsche für die Entwicklung des Sohnes, der Tochter äußern kann. Auch das Kind selbst darf wünschen. **Damian** (8) will den Ring zuerst: „Ich wünsche mir, dass alle Schwierigkeiten weg sind und dass ich mehr fröhlich bin.“

Die Mutter: „Ich wünsche ihm und mir, dass er selbständiger wird und weniger an mir klebt!“ Vater: „Ich wünsche mir für ihn, dass er Freunde findet.“

Das Imaginieren wünschbarer Zustände/Ziele/Zukunftsvorstellungen kann im Sinne eines „Probeerlebens“ für die Festigung neuer Fertigkeiten und bei der Entwicklung eines flexibleren Selbstkonzeptes behilflich sein.

Das positive Umformulieren und anschließende Imaginieren des Erwünschten ist eine hypnotherapeutische Intervention, die gleichzeitig zutiefst empathisch auf „das Klagen“ reagiert: Nehme ich die Klagen wirklich empathisch auf, werde ich den darin enthaltenen Wunsch nach einer positiven Veränderung ernst nehmen und auch diesen symbolisieren (vgl. dazu Prior 2005).

Damit unterstütze ich ebenfalls den Transfer von in der Therapie Erfahrenem in den Alltag des Kindes.

2. Methoden und Techniken als Träger von Empathie

2.1 Ausgangslage:

Die personenzentrierte Psychotherapie bietet theoretisch und praktisch einen sehr reichen und brauchbaren Rahmen für die therapeutische Arbeit mit Kindern und Erwachsenen. Ich plädiere aber dafür, „über den Zaun zu fressen“ und sich Handwerkszeug an kreativen Techniken und methodischen Mitteln dort zu holen, wo intensiver an der Entwicklung derselben gearbeitet wurde als im PCA-Ansatz, und die Quellen zu nennen. (Im Literaturverzeichnis finden sich denn auch solche Quellen, die sich als gut integrierbar in die personenzentrierte Haltung und als Bereicherung erweisen.) Ist der

„Handwerkskoffer“ besser gefüllt, lässt sich die Empathie auf mehreren Ebenen ausdrücken, was der kindlichen Vielfalt an Ausdrucksformen sehr entgegen kommt und damit wiederum „die Person“ in den Fokus rückt.

Die therapeutische Beziehung mit Kindern lebt am stärksten im **Handeln**, im gemeinsamen **Tun und Erleben**. In größerem Maß als mit Erwachsenen befinden wir uns in einer Interaktion, die sich im Hier-und-Jetzt abspielt. Damit findet auch die (von unbedingter Wertschätzung getragene) Empathie am ehesten ihren Ausdruck im Handeln. Die Therapeutin muss sich also dessen bewusst sein, auf welche (Handlungs-)Weise sie ein kindgerechtes Beziehungsangebot machen kann und sie muss sich gewahr sein, welche Mittel ihrem eigenen Stil, ihrem Temperament, ihrer Person am ehesten entsprechen, und wie **sie selbst** ihre Empathie möglichst breit ausdrücken kann, so, dass **alle** Sinneskanäle angesprochen sind. Gelingt dies, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind sich in seiner ihm eigenen Symbolisierung abholt und empathisch begleitet fühlt.

Keil (2000) fordert eine aktive Auseinandersetzung mit Methoden und Techniken, er spricht von Handwerkszeug, das eine Therapeutin mitbringen sollte, um dem Gegenüber einen Zugang zu seinem Erleben zu erleichtern.

Mehrere Autoren und Autorinnen weisen darauf hin, dass es bei dieser Frage um eine Betrachtung auf verschiedenen Abstraktionsebenen geht (vgl. Höger/Müller 2002, Gutberlet 2003, u.a.), derjenigen der **Haltung** und derjenigen des **Handelns**.

Dazu Höger, zitiert von Gröflin-Buitink (2002, 122): „Folgt man den von Rogers gegebenen Definitionen von „Empathie“, dann greift „reflections of feelings“, ihre gängige, aber zu kurz greifende Operationalisierung (...) viel zu kurz. Vielmehr stellt sich die Aufgabe, 1) den Hintergrund für das Verstehen unterschiedlicher Daseins- und Erlebensweisen von Klienten zu erweitern und 2) angemessene Verhaltensweisen als Wege zu konzipieren, auf denen Therapeuten das so Verstande „mitteilen“ können und zwar so, dass dies von den Klienten auch wahrgenommen werden kann. „Mitteilen“ umfasst dann den gesamten Bereich des Handelns und beschränkt sich nicht auf sprachliche Äußerungen.“

Biermann-Ratjen (1996, 11) schreibt dazu, Rogers sei der Meinung, dass „die verschiedenen therapeutischen Techniken relativ unwichtig seien, es sei denn, sie dienten als ‚channels for fulfilling one of the conditions‘ (Medien, in denen sich eine Bedingung der therapeutischen Beziehung erfüllt oder realisiert).“

Ich bekam erst dann das Gefühl, meine Empathie auch anders als „in Worten“ angemessen ausdrücken zu können, als ich mich bemühte, neue Ausdrucksformen zu lernen, und zu diesem Zweck Weiterbildungskurse belegte (Personenzentriertes Curriculum für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, hypnotherapeutische und systemische Verfahren). Heute bin ich der Ansicht, dass eine

Psychotherapieausbildung, wenn sie vor allem auf die Psychotherapie mit Erwachsenen ausgerichtet ist, für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen nicht ausreicht.

Die Kinder und Jugendlichen sind auf **Positionen, Vorschläge, Strukturen** angewiesen – und mir scheint, dass ihr Bedürfnis danach angesichts der verschwimmenden Strukturen in der Gesellschaft zunimmt. Sie reagieren positiv und mit Offenheit auf das Angebot von **Übungen, Strategien, Bildern**, die ihnen bei der Bewältigung ihres Alltags eine Hilfe sind, und sie haben oft eine große Sehnsucht danach, dass sich in ihrem **realen** Alltag rasch etwas verändert (z. B. bei Prüfungsangst, Ängsten, Zwängen, sozialem Isoliertsein etc.). Wenn ich solche Bedürfnisse empathisch verstehe, darf ich es nicht dabei bewenden lassen, die Gefühle aufzunehmen, sondern muss dem Kind aktiver zur Seite stehen. Es würde hier den Rahmen sprengen, diese Konkretisierungen anhand von Fallbeispielen deutlicher zu machen. Nur soviel: Es hängt mit der Therapeutenpersönlichkeit zusammen, welche Art von Ausdrucksform und Technik sie bei sich selber in den „Handwerkskoffer“ aufnehmen möchte – wichtig ist, sich eine gewisse Routine und Flexibilität beim Anbieten und Anwenden dieser Möglichkeiten anzueignen, damit sie als Träger von Empathie und Wertschätzung im richtigen Moment zur Verfügung stehen.

Folgende Methoden und Techniken, die ich in meinem „Handwerkskoffer“ habe, sind mir in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen als Ausdruck meiner Empathie eine wertvolle Hilfe. Die Möglichkeiten, mehr zum „Gebrauch der Werkzeuge“ zu lernen, sind vielfältig (s. Literaturliste):

- Malen, zeichnen, darstellen (Rollenspiele, Skulpturen), gestalten, bauen (Häuser, Höhlen, Burgen, Nester, Gefängnisse etc.)
- Das Aufnehmen von Visionen, Ideen, Lösungsfantasien, Träumen etc: Darstellende Form oder Imaginationen, Trancearbeit, vgl. dazu bspw. Furman (2005) und Renner (2005).
- Entspannen, genießen, lockern, beruhigen etc. (spielen, Körperübungen etc.)

Jede Methode oder Technik, die dazu dient, das Erleben des Gegenübers empathisch aufzunehmen, ist sinnvoll. Und **jede** Technik kann sowohl als Kanal für den Ausdruck von Empathie dienen, als auch Ausdruck davon sein, dass ein Mangel an Empathie vorliegt. (Rogers und Schmid 1991, S. 182/183) Was wir in der Ausbildung aber fundiert gelernt haben, ist das sorgfältige Beachten der **Reaktionen** der Klientin auf eine Intervention/eine Verbalisierung/ein Angebot der Therapeutin: Reagiert sie angeregt, entspannt, offen und hilft ihr die Therapeutenreaktion dabei, sich und ihrem eigenen inneren Erleben näher zu kommen?

Eine sorgfältige Beobachtung der Reaktion des Kindes/Jugendlichen lässt sich also auch auf der Handlungsebene als Indikator dafür verwenden, ob ein Angebot der Therapeutin das Erleben des Kindes empathisch aufgreift, oder eben nicht.

2.2 Konkretisierung

Zur Konkretisierung dessen, wie erweitertes Wissen und Techniken auch zu einer Erweiterung der Empathiefähigkeit und des Empathieausdrucks führen können, gehe ich zum Schluss auf einen Aspekt ein, den ich besonders in der Hypnotherapieausbildung gelernt habe: Das Aufnehmen positiver, stärkender Erlebenszustände des Kindes und des Jugendlichen und deren Nutzung als Ressource.

Kinder gehen während des Spiels immer wieder in **tranceartige Zustände**. Folgt die Therapeutin dieser Trance, begegnet sie dem Kind von selbst in einem Zustand, in dem die Aufmerksamkeit auf innere Wirklichkeiten gerichtet ist, auf Gefühle, Erinnerungen und Fähigkeiten. Wenn ich als Therapeutin gelernt habe, auch auf diese Daseins-Zustände zu achten, kann ich den Tonfall, den Atemrhythmus, das Tempo der Bewegungen in der Interaktion mit dem Kind aufnehmen und empathisch begleiten.

Mrochen/Bierbaum-Luttermann (2000, 15): „Nicht nur die Seite der Trance ist ein „Alltagsphänomen,“ auch die Fähigkeit, hypnotisch-suggestiv diesen Zustand bei anderen herzustellen und zu nutzen, ist eine dem Menschen eigene Umgangsform. So kann die natürliche Interaktion zwischen Mutter und Kleinkind, die sogenannte „stimmliche Ansteckung“, das In-den-Schlaf-Wiegen, Lieder und Reime, Gestik, Spiele usw. hypnotisch wirken.“

Leider bedeutet das Psychotherapie-Setting eine Vorgabe, die in unserer Kultur oft eine besondere, unausgesprochene Abmachung beinhaltet: Hier wird über **Probleme** und **schwierige** Gefühle gesprochen! Dadurch entsteht dann oft so etwas wie eine „Problemtrance“...

Beispiel: Lucy. Exploriert in einer Imagination die starken, positiven Gefühle, die sie während ihres ersten Galopptritts auf dem Rücken ihres Pferdes erlebte. (Stolz, Freude, Kraft, Mut. „Ich war sooo frei und leicht!“) Anschließend fragt sie mich: „Aber nützen einem denn Freude und Spaß überhaupt etwas im Leben?“

Empathie in einem umfassenden Sinne bedeutet also auch: Das **ganze** innere Erleben empathisch aufzunehmen und den „guten“ Gefühlen ebenso viel Aufmerksamkeit und Wertschätzung entgegen zu bringen wie den „schlechten.“

Gerade Kinder und Jugendliche möchten sich in der Therapie häufig in gute, entspannte Zustände begeben, die ein „Wohlgefühl“ vermitteln. Konkret heißt das: Ich kümmere mich unter Umständen beim Explorieren „schwieriger Zustände“ nicht um die Vertiefung des „Schwierigen,“ sondern eher um das Vertiefen der Vorstellung dessen, wie sich das „Bessere“ anfühlen würde. Dabei explore ich mit Kindern und Jugendlichen Wünsche, Bedürfnisse, Sehnsüchte, Zukunftsvorstellungen, und ich schaue auch, welche gute Erfahrungen sie in ihrem Leben schon gemacht haben, die ihnen

bei ihrer weiteren Entwicklung eine Hilfe sein können. Oft erzähle ich eine Geschichte, die das Kind in einem Trancezustand begleitet und darin Erlebnisinhalte und Ressourcen des Kindes empathisch aufnimmt.

Beispiel: Chris, 14 Jahre alt, ist vor einem Jahr mit seiner Mutter und dem Stiefvater aus Deutschland in die Schweiz emigriert. Bis zum Alter von vier Jahren lebte er in Rumänien bei seiner Großmutter, ohne seine Mutter, die bereits in Deutschland lebte. Chris zeigt größte Anpassungsprobleme und ist bereits in viele Schwierigkeiten mit Schule, Jugendanwaltschaft und Polizei verstrickt. In der Therapie legt er sich immer zu Beginn in die Hängematte und ruft: „Schaukeln Sie mich, so hoch Sie können!“ Dabei rollt er sich zusammen oder schließt die Augen und summt vor sich hin (Trancezustand, in dem ein inneres Erleben auf einer tiefen, unbewussten Ebene abläuft). Ich begann nun damit, ihm während des Schaukelns selbst erfundene Geschichten zu erzählen, mit ungefähr folgendem Ablauf: „Es war einmal ein Junge, der schaukelte in einem kleinen Schiff, auf dem großen, weiten Meer. Plötzlich begann ein Wind zu blasen, stark und immer stärker. Das Boot schaukelte und schaukelte, immer höher und höher („... schaukelte mich so hoch du kannst!“), so hoch, dass es fast zu kentern drohte etc. (Chris hat immer noch die Augen geschlossen, lächelt.) Der Junge spürte, wie das Schiff schaukelte, und er musste lächeln, denn er hatte schon viele Stürme überstanden, war schon von einem weit entfernten Land ins andere gefahren, übers Meer, und er wusste, dass sein Boot auch diesen Sturm überstehen konnte. (Anknüpfen an die aktuelle „instabile Lage“ in Chris Leben ...). Er erinnerte sich daran, wie er schon ganz früh gelernt hatte, ein Schiff zu steuern, und allein übers Meer zu fahren, und er erinnerte sich an all seine Fähigkeiten, die ihm dabei geholfen hatten etc. (Anknüpfen an bereits überstandene instabile Lagen, an Resilienzfaktoren und Ressourcen). „... Schließlich beruhigte sich das Meer wieder, die Wolken verzogen sich, die Sonne schien, und das Schiff schaukelte leise in der leichten Sommerbrise, und der Junge sah, dass er den Sturm überstanden hatte.“ (Vision einer Zeit, in der die aktuellen Schwierigkeiten überstanden sein werden.) In der letzten Therapiestunde schlug Chris an dieser Stelle seine Augen auf und fragte mit einem Lächeln: „Machst du mir bitte einen Sirup, so dunkel und süß wie der von meiner Oma?“

Nicht zuletzt: Ich richte meine Aufmerksamkeit darauf, dass das Kind Geduld, Kraft, Mut, Durchhaltevermögen und viele ausgleichende gute Erfahrungen braucht, um mit Enttäuschungen und schwierigsten Umgebungsbedingungen fertig zu werden. Für diese Art von Begleitung bieten die ressourcenorientierten, mit Imaginationen arbeitenden Verfahren einen Fundus an Techniken und Methoden. Durch die Förderung von stärkenden, Freude und Hoffnung erzeugenden Zuständen im Spiel oder während einer Übung gebe ich dem Kind etwas von meiner Erfahrung als Erwachsene mit, das ihm eine Unterstützung beim Großwerden sein kann.

Epilog

Empathie in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“ – schlussendlich geht es auch darum, sich um Empathie in das Erleben des Kindes zu bemühen, das in einer Welt der Erwachsenen lebt. In einer Welt, die zunehmend von kindfremden und kinderfeindlichen Bedürfnissen und Entwicklungen geprägt ist, entsteht eine zunehmende Spannung innerhalb der Gesellschaft, resp. des Organismus, den diese Gesellschaft darstellt. Je weniger es möglich ist, den organismischen Bedürfnissen des Körpers und der Seele Raum zu

geben, umso mehr sind wir der Tatsache ausgesetzt, dass wir die Erfahrung dieser Bedürfnisse nicht in unser Selbstkonzept integrieren können und z. B. durch Abspaltung abwehren müssen. Wir bemühen uns um eine empathische, wertschätzende, kongruente Beziehung zum einzelnen Kind in der Therapie, – im Wissen darum, dass die Mehrheit der Kinder auf unserem Planeten keine Aussicht darauf hat, dass ihre fundamentalen Rechte und Bedürfnisse gewahrt sind.

So sind wir Therapeutinnen gefordert, zu pendeln zwischen Erlebtem und Veränderbarem, dem Wachsen am Widerstand – und dem Mittragen dessen, was ausgehalten werden muss.

Literaturverzeichnis

- Auckenthaler, A. und Bischof, J. (2004). Empathie und Akzeptanz in der Verhaltenstherapie: eine Annäherung an die Gesprächspsychotherapie? FU Berlin, Wissenschaftsbereich Psychologie, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie. *Erschienen in: Psychotherapie im Dialog 4/2004*
- Axline, V. M. (1993). Kinderspieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Ayres, J. A. (1984). Bausteine der kindlichen Entwicklung. Berlin, Heidelberg: Springer
- Beaulieu, D. (2005). Impact-Techniken für die Psychotherapie. Heidelberg: Carl Auer
- Behr, M. (1994) Therapie als Erleben der Beziehung. In: Boeck-Singelmann et al. (Hg) *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd 1, 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe
- Biermann-Ratjen, E-M. (1996). Entwicklungspsychologie und Störungslehre. In: Boeck-Singelmann et al. (Hg) *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd 1, 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe
- Binder, U. (2002). Empathie in Bezug auf die Behandlung von Menschen mit schweren Störungen. In: Iseli, C. et al. (Hg). *Identität Begegnung Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*. Köln: GwG
- Bürki, R. und Hobi, R. (2000). Kein Apfel fällt von selbst vom Baum. Zu einer systemzentrierten Gesprächspsychotherapie. In: Iseli, C. et al. (Hg). *Identität Begegnung Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*. Köln: GwG
- Ehlers, B. (2002). Praxis der Elternarbeit in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Boeck-Singelmann et al. (Hg) *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd 2, 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe
- Erickson, M. H. (2002). Pädiatrische Hypnotherapie. In: Holtz, K. L. et al. *Neugierig aufs Großwerden. Praxis der Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Carl Auer Systeme
- Finke, J. (2005). Beziehung und Technik. Beziehungskonzepte und störungsbezogene Behandlungspraxis der Personzentrierten Psychotherapie. *Person 1*, 51–64
- Furman, B. (2005) Ich schaffs! Spielerisch und praktisch Lösungen mit Kindern finden – das 15-Schritte-Programm für Eltern, Erzieher und Therapeuten. Heidelberg: Carl Auer Systeme
- Goetze, H. (2002) Handbuch der personzentrierten Spieltherapie. Göttingen: Hogrefe
- Gröflin, C. (2002) Erleben – Benennen – Reflektieren. Theorie und Praxis – ihre fruchtbare Wechselwirkung zwischen in der personzentrierten Psychotherapie. In: Iseli, C. et al. (Hg). *Identität Begegnung Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*. Köln: GwG-Verlag
- Gutberlet, M. (2003). Die personzentrierte Haltung: die Kraft, die Veränderung schafft? *Person 1*, 15–23
- Hargens, J. (2003) Systemische Therapie ... und gut. Dortmund: Verlag Modernes Lernen
- Holtz, K.L. (2002). Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Entwicklungspsychologische Grundlagen praktischer Arbeit. In: Holtz, K. L. et al. *Neugierig aufs Großwerden. Praxis der Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Carl Auer Systeme
- Höger/Müller (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Person 2*, 35–44
- Jacob, A. (2002). „Bild“ und „Vision“ in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Boeck-Singelmann et al (Hg) *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Bd 2, 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe
- Keil, W. (2000). Methoden und Techniken in der klientenzentrierten Therapie. In: Iseli, C. et al. (Hg). *Identität Begegnung Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*. Köln: GwG-Verlag
- Mrochen, S./Bierbaum-Luttermann, H. (2002). Das Spiel über die Bande. Plädoyer für eine hypnosystemisch orientierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. In: Mrochen S., Holtz, K., Trenkle, B. *Neugierig aufs Großwerden. Praxis der Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Carl Auer Systeme
- Mrochen, S./Bierbaum-Luttermann, H. (2000). Einige Grundlagen der Kinderhypnose. In: Mrochen. S./Holtz K. L., Trenkle, B. 2000. Die Pupille

- des Bettnässers. Hypnotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Carl Auer Systeme Heidelberg
- Mrochen, S. (2002). Bewertung und Akzeptanz – Eine Herausforderung in Erziehung und Psychotherapie. In: Boeck-Singelmann et al. (Hg). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd 2*, 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Nemetschek, P. (2002). „Wenn ich mal groß bin!“ Alltagstrance und familientherapeutisches Arbeiten mit Kindern und Eltern. In: Holtz, K.L. et al. *Neugierig aufs Großwerden. Praxis der Hypnotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Carl Auer Systeme
- Oaklander, V. (1994, 9. Auflage). Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta
- Prior, Manfred. (2003). Minimalexinterventionen. Minimale Interventionen mit maximaler Wirkung. Heidelberg: Carl Auer Systeme
- Reddemann, Luise (2004): Dem inneren Kind begegnen (CD) Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Renner, C. (2005) Stark fürs Leben – geistiges Karate für Kinder. Ein lösungsorientierter Ansatz in der Kindertherapie. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Rogers, C. R. (1959a, 1987). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des Personenzentrierten Ansatzes. Köln: GwG, 3. Auflage 1991
- Rogers, C. R. (1977b, 1983). Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M.: Fischer TB
- Rogers, C. R. und Schmid, P. F. (1991) Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl R. Rogers. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag
- Schmid, P. F. (2002) Die Person im Zentrum der Therapie. Zu den Identitätskriterien Personenzentrierter Therapie und zur bleibenden Herausforderung von Carl Rogers an die Psychotherapie. *Person 1/2002*, 16–33.
- Schmid, P.F. (2000) Was ist personenzentriert? Zur Frage von Identität, Integrität, Integration und Abgrenzung. In: Iseli, C. et al. (Hg). *Identität Begegnung Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*. Köln: GwG-Verlag
- Schmidtchen S. (2003). Behandlung der Störung des Sozialverhaltens durch eine klientenzentrierte Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien, in: Boeck-Singelmann C. et al. *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd 3*. Göttingen: Hogrefe
- Steiner, T./Berg, I. K. (2005). Handbuch Lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern. Heidelberg: Carl Auer
- Weinberger, S. 2005. Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung. Weinheim und München: Juventa.

Autorin

Iseli, Catherine, 1956, lic. phil.I, personenzentrierte Psychotherapeutin in eigener Praxis für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Nach dem Studium der Psychologie Weiterbildungen in personenzentrierter Psychotherapie, klinischer Hypnose und in Traumatherapie. Fortbildungen in systemischer, lösungs- und ressourcenorientierter Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien. Spezialgebiete: „Verhaltensauffälligkeit“, Folgen sexueller Ausbeutung und Trauma. Ein weiterer Schwerpunkt bildet die Supervisionstätigkeit im schulischen Umfeld und die Lehrtätigkeit in Form von Kursangeboten.

Korrespondenzadresse

Catherine Iseli
Praxis für Kinder, Jugendliche und Erwachsene
Zürcherstrasse 29
CH-8620 Wetzikon
catherine.iseli@bluewin.ch

Eva Maria Biermann-Ratjen, Barbara Reisel

Was will hier verstanden werden?

Die Anwendung personzentrierter Entwicklungslehre in der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Arbeit

Zusammenfassung: *In einem durch die Personzentrierte Entwicklungstheorie geleiteten Supervisionsprozess wird die Therapie mit der sechsjährigen Sophie reflektiert. Aus einem turbulenten Spiel, mit dem die unbedingte positive Beachtung des Kindes durch die Therapeutin immer wieder gefährdet wird, findet das Kind zu einem Rollenspiel, in dem es sich selbst spielt. Die Therapeutin, die die Mutter darstellen soll, befriedigt das Kind in seinem Bedürfnis nach empathischer unbedingter positiver Beachtung und bleibt dabei kongruent – d. h. sie lässt sich dabei nicht in eigene Gefühle verstricken. Therapeutin und Supervisorin verstehen gemeinsam, dass das Kind mit den Problemen der Entwicklungsphase zu tun hat, in der es darum geht, die eigenen Gefühle klar von denen, die man bei anderen empathisch versteht, zu unterscheiden und zu symbolisieren, und um die Gefühle, die entstehen, wenn die Umwelt die Hilfe versagt, die das Kind bei dieser Entwicklung braucht.*

Stichwörter: *Supervision, Kinderpsychotherapie, Selbstkonzeptentwicklung, Phasen in der kindlichen Selbstentwicklung, „Bösessein“*

Abstract: **Pathways to empathic understanding — Application of person-centred developmental theory in child and adolescent psychotherapy.** *The course of the psychotherapeutic treatment of the six years old girl Sophie is reflected within the frame of a supervision based on the person-centred concept of the development of the self. The therapeutic process starts with a turmoil challenging the therapist's unconditional positive regard of the child and develops into a situation, in which the child is more and more able to figure her own role in interaction with the therapist playing the part of the child's mother. The therapist is able to satisfy the child's need for unconditional positive regard and remains congruent: she does not get involved in her own emotional reactions to the child. The therapist and the supervisor cooperate in elaborating an understanding of the child's problems which originate from a lack of unconditional positive regard in a certain developmental phase. In this phase the child begins to differentiate and symbolize its own feelings and to discriminate them from the feelings of others – especially the feelings experienced when there is a lack of the social support which constitutes the conditions of this development.*

Keywords: *Supervision, child psychotherapy, self-concept-development, developmental phases in early childhood, „naughtiness“*

1. Einleitung/Präambel:

Wir haben in vielen Ausbildungsseminaren zum Thema „Personzentrierte Entwicklungspsychologie und Störungslehre“ als Lehrtherapeutinnen versucht, unseren Ausbildungskandidatinnen die Personzentrierte Entwicklungslehre als Grundlage für ein besseres Verstehen der Selbstkonzeptentwicklung (von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen) näher zu bringen. Dabei haben wir dargestellt, wie sich die vermutliche Entwicklungsgeschichte und relative Reife des Selbstkonzepts auf den Erfahrungsprozess des Klienten auswirkt bzw. wie sich die szenische Darstellung dessen, was verstanden werden will, für unseren Verstehensprozess nutzbar machen lässt.

Mit diesem Beitrag wollen wir diesen unseren Zugang auch in nachlesbarer Form veröffentlichen.

Wir stellen zunächst den Verlauf einer Kindertherapie bis zur 15. Therapiestunde vor, die zum Zeitpunkt des ersten Supervisionsgesprächs auch die letzte war (Kapitel 2). Danach skizzieren wir die theoretischen Vorstellungen, die uns bei der Supervisionsarbeit geleitet haben (Kapitel 3.1). Im Anschluss daran stellen wir den konkreten Prozess der Supervision als theoriegeleiteten Weg zum genaueren Verstehen dessen, was bis zu diesem Zeitpunkt „verstanden werden wollte“, dar. Eine Kindertherapeutin (Reisel) berichtet aus einer Kindertherapie. Eine Supervisorin (Biermann-Ratjen) stellt theoriegeleitete Fragen. Diese veranlassen die Therapeutin, ihr Erleben der Prozesse in der Therapie aus einer spezifischen Perspektive zu reflektieren. Daraus ergibt sich die Antwort auf die Frage: „Was will hier verstanden werden?“, die einer diagnostischen Einschätzung, abgeleitet aus der Personzentrierten Entwicklungslehre, entspricht (Kapitel 3.2). Daraus werden Schlussfolgerungen

abgeleitet, die der Therapeutin helfen, kongruent zu bleiben und dem Erleben des Kindes die unbedingte positive Beachtung zu geben, die es für seine Selbstkonzeptentwicklung benötigt (Kapitel 4).

Nach der Supervision haben zwei weitere Therapiestunden (16. und 17. Std.) stattgefunden. Therapeutin und Supervisorin tauschen sich am Ende dieses Artikels darüber aus, dass sie den Verlauf der ersten dieser beiden Stunden als eine Bestätigung ihrer Verstehensansätze erleben. Auch die darauf folgende Stunde enthält eine solche Bestätigung. Das Kind ist also in seinem Entwicklungsprozess unbedingt positiv beachtet worden und hat dadurch einen weiteren Entwicklungsschritt vollziehen können (Kapitel 5 und 6).

2. Falldarstellung / Sophie

Sophie ist zu Beginn der Psychotherapie 6,5 Jahre alt. Sie lebt bei ihrer Mutter, die Eltern sind seit dem 2. Lebensjahr von Sophie getrennt. Die Besuchskontakte zum Vater fanden unregelmäßig statt und wurden von Sophie in den letzten 2 Jahren zunehmend abgelehnt. Die Mutter sah sich zunehmend in der schwierigen Situation, dem Vater gegenüber erklären zu müssen, dass Sophie ihn nicht sehen wolle, gleichzeitig versuchte sie, Sophie mit Drängen und in Aussicht gestellten Belohnungen zum Besuchskontakt mit dem Vater zu überreden, um Konflikte mit dem Vater zu vermeiden. Der Vater vermutete dabei, dass die Mutter ihm das Kind entziehen und entfremden wolle, und konnte sich nicht erklären, dass seine Tochter ihn nicht mehr sehen wollte. Er beantragte bei Gericht eine Klärung der Besuchsrechtsregelung. Das Gericht gab in Folge den Auftrag, ein Sachverständigengutachten zu erstellen, das die Gründe der massiven Kontaktverweigerung des Kindes abklären und eine Grundlage für die zu treffende Entscheidung liefern sollte.

Die Gutachterin kam aufgrund von sehr ausführlichen Erhebungen und Explorationen aller Beteiligten (Mutter, Vater, Sophie), zu folgenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen an das Gericht: Sophie wird als emotional deutlich irritiertes Kind beschrieben, das sich vehement gegen jeden Kontakt mit dem Vater ausspricht. Als Begründung dafür wirft sie ihm Aggressionshandlungen und Grenzverletzungen vor. Die Gutachterin vermutet massive Loyalitätskonflikte des Kindes, die aus einer stark ambivalenten Beziehung der Kindeseltern zueinander resultieren. Sophie sichert sich dadurch ihre Beziehung zur Mutter, indem sie sich eindeutig auf ihre Seite stellt. Es gibt keine evidenten Nachweise tatsächlicher Gewalthandlungen von Seiten des Vaters, wobei sie auch nicht eindeutig ausgeschlossen werden können. Die Gutachterin empfiehlt aufgrund der massiven Irritation des Kindes eine psychotherapeutische Unterstützung für Sophie. Für die Dauer der Psychotherapie sollen die Besuchskontakte zum Vater ausgesetzt werden. Das Gericht schloss sich den Empfehlungen der Gutachterin an und verlangte von der Mutter den Nachweis, dass eine Psychotherapie eingeleitet wurde.

Die Mutter wendet sich in der Folge an mich mit der Bitte um Einleitung einer Psychotherapie. Im Erstgespräch mit der Mutter wird deutlich, dass sie damit vor allem dem Auftrag des Gerichtes nachkommen möchte, um sich im noch bevorstehenden Scheidungsverfahren vom Kindesvater keinen Nachteil einzuhandeln. Sie zeigt jedoch auch Sorge um ihr Kind und Interesse daran, Sophie die nötige Unterstützung für ihre weitere Entwicklung zukommen zu lassen.

Die Mutter beschreibt Sophie als ein gewissenhaftes Mädchen, das all ihre Aufgaben mit einer Tendenz zur Perfektion zu erfüllen versucht. Sie ist eine ausgezeichnete Schülerin und auf dem Weg, eine erfolgreiche sportliche Karriere einzuschlagen. Die Mutter selbst war in ihren Jugendjahren eine erfolgreiche Sportlerin und arbeitet nun als Trainerin in dieser Sportart. Sophie absolviert wöchentlich dreimal ein intensives Training, und es gibt immer wieder intensive Zeiten mit Wettkämpfen am Wochenende, die sie meistens gewinnt. Sie gilt als „Beste ihrer Altersklasse“. Der Alltag von Sophie ist somit stark bestimmt durch enge Stundenpläne (Schule, Hausübungszeiten, Trainingszeiten und Wettkampfzeiten) und lässt wenige Freiräume offen. Obwohl die Mutter mehrfach betont, Sophie müsse diese Sportart nur solange ausüben, wie sie selbst Freude daran habe, wird deutlich, dass es für die Mutter persönlich sehr wichtig ist, ihr Kind in diesem Bereich zu fördern. Die Organisation des Alltages gelingt der Mutter nur mit Hilfe der Großmutter mütterlicherseits. Auf Nachfrage berichtet die Mutter auch von Situationen, in denen Sophie zornig wird, besonders wenn ihr etwas nicht so gelingt, wie sie es sich vorgenommen hat oder Grenzsetzungen von Seiten der erziehenden Personen nötig werden. Darauf reagieren sowohl Mutter als auch Großmutter oft mit Strenge und Erklärungen, die an Sophies Vernunft appellieren und ihre Gefühle außer Acht lassen. Als Beispiel führt die Mutter an, dass Sophie am Vortag auf dem Schulweg einen Zornesanfall mit Toben und Weinen gehabt habe, als sie entdeckte, dass sie einen Sack mit Kastanien, den sie der Lehrerin mitbringen wollte, zu Hause vergessen hatte. Sie wollte unbedingt umkehren, um die Kastanien zu holen. Die Mutter hatte das Säckchen vor dem Weggehen gesehen und eingesteckt. Während des Zornesanfalles von Sophie scheint es der Mutter jedoch nicht angebracht, Sophies Gefühle der Enttäuschung zu verstehen und sie zunächst zu beruhigen und ihr zu sagen, dass sie das Säckchen dabei habe, sondern macht daraus wiederum eine „Leistungssituation“, in der sie Sophie erklärt, dass man sich eben zeitgerecht um seine Dinge kümmern müsse.

Es wurde vereinbart, die Therapie solange fortzusetzen, wie sie dem Entwicklungswohl des Kindes förderlich erscheint. Es war nicht erforderlich, die Therapieindikation und -planung als Voraussetzung für ihre Finanzierung durch ein Begutachtungsverfahren (bzw. für Österreich: für eine Kostenübernahme von Seiten der Krankenkasse) überprüfen zu lassen. Dadurch war es möglich, die Entwicklung der Diagnose im personenzentrierten Sinn im Verlauf des therapeutischen Prozesses zu verfolgen. Bislang haben 15 Stunden mit Sophie und 5 Beratungsgespräche mit der Mutter stattgefunden.

Die erste Stunde mit Sophie

Sophie beginnt die erste Stunde mit mir damit, gleich klarzustellen, dass sie nie wieder zu ihrem Papa gehen wolle und immer bei ihrer Mama bleiben wolle, und stellt unmissverständlich fest: „Ich mag nicht über meinen Papa reden, sonst komm ich nie wieder zu dir!“ Damit ist die Bedingung für unsere Beziehung klar.

Danach erkundet sie neugierig und interessiert, was sie hier spielen könne, und findet sehr schnell Kontakt zu mir, den sie weitgehend steuert und kontrolliert.

Ich erlebe sie als ein Kind, das ohne jedes Zögern von den möglichen Angeboten im Spielzimmer Gebrauch macht und sofort Aktivitäten setzt, die bald auch eine Reaktion meinerseits verlangen. Sie entschließt sich ein Bild zu malen und nimmt sehr schnell „Besitz“ von allen Malutensilien. In mir entsteht der Eindruck: Sie weiß genau, was sie will, und nimmt sich dafür, was sie braucht, und teilt mir sofort die Rolle der untergeordneten „Hilfskraft“ zu, die der Verwirklichung ihres Planes zu dienen hat. Diese erste Stunde macht mir klar, dass Sophie mich stark in meiner Präsenz und Authentizität fordert.

Ab der 2. Stunde kommt Sophie zu unserem Termin und strahlt schon im Vorzimmer bei der Begrüßung in freudiger und ungeduldiger Erwartung, um mir mitzuteilen: „Ich weiß schon, was wir heute spielen!“ Dieses Rollenspiel wird seitdem jede Stunde mit Variationen gespielt und macht die Bandbreite an emotionalen Erlebnisinhalten spürbar, die Sophie in sich trägt, die aber für ihr Selbstkonzept zu bedrohlich sind und daher nur verzerrt symbolisiert werden können.

Eine immer wiederkehrende Spielsequenz: „Kofa hat Geburtstag“

„Heute hat Kofa wieder Geburtstag“ teilt Sophie mir mit und erwartet mittlerweile von mir, dass ich genau weiß, was damit gemeint ist und was ich dabei zu tun habe. Kofa ist ein Biber und eines der vielen Stofftiere im Spielzimmer. Für ihn wird ein riesiges Fest gestaltet, zu dem alle anderen Tiere eingeladen werden. Die Chefin ist Sophie, sie plant und organisiert alles bis zum letzten Detail und teilt mich ein als ihre Helferin. Zunächst muss das Fest vorbereitet werden, wir backen eine Torte, machen Pizza und Schinkenbrote und packen viele Geschenke ein, rufen alle eingeladenen Tiere an, damit sie nicht vergessen zum Fest zu kommen und holen sie auch ab, damit sie es rechtzeitig schaffen hier zu sein. Als Hilfskraft bekomme ich ständig Aufträge im entweder höflichen oder herrischen Befehlston, manchmal muss ich sogar erraten, was von mir gewünscht wird. Erfülle ich die Aufträge widerspruchslos, werde ich gelobt. Wage ich eine kleine Widerrede, werde ich stark getadelt oder bekomme erklärt: „Hier bestimme nur ich!“ Auch die eingeladenen Gäste (mindestens 15 Tiere aus der Spielecke) haben sich entsprechend zu verhalten und die Befehle der Gastgeberin zu befolgen. Selbst das Geburtstagskind Kofa darf keine eigenen Wünsche äußern (was ich stellvertretend gelegentlich versuche). Sophie verwendet zunächst 45 Minuten der Stunde für die Festvorbereitungen, in denen sie die

absolute Kontrolle über alle Vorgänge innehat, und verwendet die restlichen 5 Minuten der Stunde für das eigentliche Fest, während dem sie ihre alles kontrollierende Haltung aufgibt und einer nahezu grenzenlosen, von aggressiven Impulsen gesteuerten Emotion freien Lauf lässt, die jedoch so gestaltet wird, dass sie jederzeit als überfürsorgliche Tätigkeit dargestellt werden kann.

So wird Kofa mit den Geschenkpaketen beworfen und darunter begraben. Wenn ich dazu sage: „Kofa bekommt so viele Geschenke, der kriegt ja gar keine Luft mehr!“ antwortet Sophie: „Nein er kriegt alle Wünsche erfüllt.“ Am Ende der Stunde versinkt das Spielzimmer im Chaos von durcheinander liegenden Tieren, Geschenken, Tellern und Bechern und Tortenstücken aus Knete. Sophie ist von ihren Gefühlen aus dem Spiel so erregt, dass sie Unterstützung braucht, die Stunde beenden zu können. Doch sie strahlt über das ganze Gesicht.

Im Prozess der weiteren Stunden erhält das Spiel folgende Variationen bzw. Erweiterungen:

Die Schlange zeigt eigene Bedürfnisse und Gefühle (ab der 8. Std.)

Sophie kündigt an: „Heute ist die Schlange schlimm und folgt mir nicht“, und fordert mich auf, der schlimmen Schlange meine Stimme zu geben. Die Schlange sagt „Sophie ist eine blöde Sau, ein Arschloch“ und sie opponiert gegen Sophies strenges Kommando. Sophie antwortet: „Hier machen alle, was ich sage. Alle müssen mir helfen, die Schlange zu bestrafen.“ Es folgen schwere Strafen für die Schlange ohne jede Gnade. Sie wird eingesperrt und gequält, ihr Gift wird unschädlich gemacht, und sie hat fast keine Chance zu überleben. Sophie überlässt mir die Rolle, sowohl die Ängste als auch die Wut der Schlange zu verbalisieren und im Spiel darzustellen. Sie bleibt dabei weiterhin gnadenlos ohne jede Empathie für die Schlange. Je mehr sich die Schlange zur Wehr setzt, desto heftiger wird sie bestraft und bedroht. Als die Schlange ihre Wut in einem Gegenangriff auf Sophie ausdrückt, fällt Sophie „tot“ um, um kurz danach wieder lebendig zu sein und einzufordern, dass die Schlange nun weinend und um Entschuldigung bittend angekrochen kommen muss. Damit hat Sophie die Kontrolle wiedererlangt und herrscht die um Verzeihung flehende Schlange an: „Verschwind, aber gleich.“

In dieser Stunde verlangt Sophie von mir einerseits, die Rolle der Schlange zu übernehmen, die sowohl wütend als auch ängstlich ist, gleichzeitig verlangt sie im Spiel von mir, ganz an ihrer Seite zu bleiben und keinerlei Mitgefühl für die Schlange zum Ausdruck zu bringen.

Mama ist böse (ab der 12. Std.)

Sophie gibt am Ende der Stunde folgende neue Anweisung an mich: „Jetzt bist du meine Mama, und ich komme nach Hause, und du bist böse, weil ich so spät komme und nicht angerufen habe“. Ich drücke zunächst die Sorge der Mama um ihr Kind aus, werde aber dann böse, weil sie nicht angerufen hat. Sophie attackiert mich als Mama mit Schwertern und Boxhandschuhen derart heftig und ungebremst,

dass ich mich körperlich zur Wehr setzen muss. Daraufhin drückt sie ihre Aggression verbal aus, indem sie mich in der Rolle der Mama laut anschreit: „Verschwinde! Das ist jetzt mein Haus! Ich hab dein Handy verschenkt und deine Nummer gelöscht!“ Meine Versuche, ihre Gefühle der grenzenlosen Wut zu verbalisieren, überhört sie. Die Stunde und das Spiel sind nur derart zu beenden, indem ich darauf bestehe, die „Mamarolle“ zu verlassen und Sophie in die Realität zurückhole. („Jetzt bin ich wieder die Barbara und wir müssen unsere Stunde zu Ende bringen.“) Damit gelingt es mir auch, die unbedingte Wertschätzung für Sophie und ihre Gefühle aufrechtzuerhalten. Nachdem diese Spielsequenz zum ersten Mal stattgefunden hat, erzählt Sophie ihrer Mutter freudestrahlend „Wir haben heute gestritten!“

Da Sophie mir zeigt, dass sie sich ihren Gefühle bislang nur auf zwei Arten zuwenden kann, entweder durch Abspaltung oder durch impulsive Durchbrüche, führe ich in den kommenden Stunden Strukturhilfen ein, die als Schutz gegen die Bedrohung des Selbstkonzeptes erlebt werden können. Ich leite die Stunde ein mit den Worten: „Ich bin neugierig, ob heute wieder jemand zornig oder böse wird“. Sophie entscheidet dann, wer in dem Spiel (meist die Schlange) welche Gefühle (Wut) zeigen wird. Dann beziehe ich mich indirekt auf ihre Wut und frage: „Wie viel Zeit brauchst du am Ende der Stunde für das, was du am Ende spielen willst?“ Auch hier hat Sophie die Möglichkeit, einen zeitlichen Rahmen (meist antwortet sie: 5,5 Minuten) dafür festzulegen, für die Einhaltung Sorge dann ich.

Die Schlange hat einen Grund für ihr Verhalten (15. Std.)

In der 15. Stunde im Therapieprozess bestimmt Sophie, dass die Schlange „heute brav ist und erst dann schlimm wird“. Sie hilft zunächst kooperativ bei den Festvorbereitungen mit, um dann ungeduldig zu werden, weil sie nicht so lange auf die Geburtstagstorte warten möchte. Sie beginnt zu schimpfen, stiehlt sich dann ein Stück Torte, spuckt es aber wieder aus und attackiert die anderen Tiere/Festgäste. Bevor das übliche Bestrafungsszenario seinen Lauf nehmen kann, frage ich mich laut, „was wohl mit der Schlange los ist, dass sie heute wieder so unausstehlich ist?“ und bespreche mich mit anderen Tieren darüber. Hier kann Sophie einsteigen und schlägt vor, „wir machen eine Besprechungssitzung“. Dabei teilt sie uns mit: „Ich habe gehört, wie die Schlange in der Nacht geweint hat, weil sie zu ihrer Mama will. Aber die hat doch gar keine Mama, die ist doch tot. Oder hat sie uns angelogen und es gibt ihre Mama doch noch?“

Damit wurde erstmals ein Zugang zum empathischen Verstehen für das Verhalten der Schlange möglich. Oder ist es vielmehr ein Zugang zu Sophies eigenem Erleben in Bezug auf ihre Gefühle?

Nun soll die Supervision mir helfen, noch besser zu verstehen, was hier verstanden werden will.

3. Der Prozess der theoriegeleiteten Supervision

3.1 Die theoretische Grundlage

Die Supervisorin stellt ihre Fragen vor dem Hintergrund ihres Verständnisses der personenzentrierten Theorie der Entwicklung des Selbstkonzepts in der frühen Kindheit. Diese soll zunächst so weit kurz skizziert werden, als es für die theoretische Besprechung dieses Therapieprozesses notwendig ist.

Es ist davon auszugehen (siehe dazu: Biermann-Ratjen, 1996 und 2006), dass genau so wie im psychotherapeutischen Prozess auch in der frühen Kindheit Erfahrungen unter der Bedingung in das Selbstkonzept integriert werden, dass sie von einer anderen Person empathisch verstanden werden und das Kind von einer wichtigen Bezugsperson, die dabei nicht inkongruent wird, unbedingt positiv beachtet wird. Inkongruenz bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Bezugsperson sich nicht aller ihrer eigenen Erfahrungen im Kontakt mit dem Erleben des Kindes bewusst werden kann. Sie kann in diesem Moment des Kontaktes mit dem Kind ihre eigenen Erfahrungen nicht vollständig und korrekt symbolisieren und damit auch die Erfahrungen des Kindes – auf die sie ja reagiert – nicht vollständig und korrekt symbolisieren bzw. verstehen.

Es ist anzunehmen, dass Rogers Beobachtungen in Therapien mit Erwachsenen auch in der Spieltherapie mit Kindern gemacht werden können: dass sich Klienten bzw. Kinder dann, wenn ihnen eine andere Person diese Bedingungen – empathisches Verstehen, unbedingte positive Beachtung und Kongruenz – bietet, immer mehr über diejenigen ihrer Erfahrungen äußern bzw. sie spielend zum Ausdruck bringen, die mit ihrem Selbst zu tun haben. Das sind die Selbst- und Beziehungserfahrungen, deren Innenseiten sich im Kind abspielen und seine potentiellen Selbsterfahrungen darstellen. Und von diesen sind diejenigen, die das Selbstkonzept in Frage stellen bzw. mit diesem nicht zu vereinbaren sind, von herausragender Bedeutung.

Die Konzepte der Bindungstheorie (vgl. dazu Biermann-Ratjen & Eckert, 2002) sind für dieses Verständnis der Personenzentrierten Entwicklungstheorie von großer Bedeutung. Sie verdeutlichen, welcher Art die Erfahrungen sind, in denen das Kind vor allem und von allem Anfang an empathisch verstanden und unbedingt positiv beachtet werden muss. Diese Beachtung muss durch eine Bindungsperson erfolgen, in deren eigenen Emotionen die emotionalen Erlebnisinhalte des Kindes nicht untergehen dürfen – wenn es nicht Schaden an Leib und Seele nehmen soll. Zunächst muss das Kind verstanden werden in den noch nicht reflektierbaren bzw. noch nicht symbolisierten emotionalen Erfahrungen der Abhängigkeit seines körperlichen und psychischen Überlebens davon, körperliche und seelische Nähe zu einfühlsamen Pflegepersonen herstellen zu können. Andererseits muss es auch in dem Protest, wenn diese Nähe nicht hergestellt werden kann, verstanden werden. Dies kann sonst in eine lebensgefährliche Depression übergehen.

Auch Sterns (1992) Darstellungen der Entwicklung des „Sense of Self“ („Selbstempfinden“) sind für Personenzentrierte Psychotherapeuten äußerst hilfreich. Erstens misst Stern dem Bestreben, ein Selbstbild zu entwickeln, eine ebenso besondere organisierende Kraft bei, wie es das Personenzentrierte Konzept mit der Annahme einer Selbstaktualisierungs- und Selbsterhaltungstendenz – als zentrale Inhalte der Aktualisierungstendenz – tut. Und zweitens beschreibt Stern sehr detailliert auf der Grundlage der Ergebnisse der systematischen Säuglingsbeobachtung die Entwicklung dieses „Selbstempfindens“ im Verlauf der ersten Monate und Jahre der Säuglings- und Kleinkindzeit.

Im Personenzentrierten Konzept wird ferner angenommen, dass sich die Aktualisierungstendenz spaltet, sobald sich ein erstes Selbstkonzept – unter der Bedingung hinreichender Erfahrungen des unbedingten positiven Beachtetwerdens im Erleben – entwickelt hat. Es gibt nun eine Tendenz, sich in allen Möglichkeiten so zu entwickeln und zu differenzieren, dass sie den Organismus erhalten und fördern. Ein Selbstkonzept zu entwickeln und auch weiter zu entwickeln gehört zu diesen Möglichkeiten. Und daneben wird nun eine Tendenz beobachtbar, das Selbstkonzept in seiner gegenwärtigen Form zu erhalten bzw. zu verteidigen. Erfahrungen werden nun nicht mehr nur organismisch, d. h. im Hinblick darauf bewertet, ob sie solche der Entfaltung und Erhaltung des Organismus als Ganzem sind oder solche der Behinderung oder Bedrohung. Erfahrungen werden nun auch im Hinblick darauf bewertet, ob sie das Selbstkonzept bestätigen oder nicht. Und Erfahrungen, die das Selbstkonzept in Frage stellen, werden als bedrohlich erlebt und nach Möglichkeit dem Bewusstsein als Selbsterfahrungen vorenthalten. Das kann dazu führen, dass die organismische Bewertung der Erfahrung in den Hintergrund gedrängt wird.

Erfahrungen, die das Selbstkonzept in Frage stellen und als bedrohlich erlebt werden, wenn es nicht gelingt sie abzuwehren, sind

1. alle Erfahrungen, in denen, als sie zum ersten Mal gemacht wurden, das Kind nicht empathisch verstanden und unbedingt positiv von einer kongruenten Bezugsperson beachtet worden ist
2. alle Erfahrungen, jetzt nicht empathisch verstanden und unbedingt positiv in der Selbsterfahrung verstanden zu werden oder dass eine wichtige Bezugsperson auf die Erfahrungen des Kindes mit Inkongruenz reagiert.

Auch wenn das Kind eine Erfahrung macht, die das Selbstkonzept in seiner bestehenden Form in Frage stellt und dadurch als bedrohlich erlebt wird, kann es unbedingt positiv empathisch beachtet werden. Wenn das der Fall ist, kann das Kind auch diese seine Art, Inkongruenz zu erleben (z. B. in der Form von Angst) oder sich gegen Erfahrungen zu verteidigen (z. B. sie zu vermeiden oder zu verleugnen) in sein Selbstkonzept integrieren bzw., wenn die reflexive Funktion entwickelt ist, sich in dieser Erfahrung selbst verstehen und akzeptieren.

Wenn man sich vor Augen führt, dass dies die Bedingungen für die Integration von Selbsterfahrung in das Selbstkonzept sind und die Möglichkeit besteht, auch im Erleben von Inkongruenz verstanden

zu werden, dann kann man sich die Entwicklung des Selbstkonzepts in der frühen Kindheit als eine Entwicklung in Phasen vorstellen:

- In einer ersten Phase werden – unter den genannten Bedingungen – erste, noch nicht symbolisierte affektive Selbsterfahrungen in der Regulation der Lebensprozesse in der noch sehr körpernahen Interaktion mit den ersten Bindungspersonen in das Selbstkonzept integriert.
- In einer zweiten Phase tauchen – immer noch präsymbolische – erste subjektive Erfahrungen auf und zugleich die Wahrnehmung der subjektiven Erfahrungen anderer. Nun kann das Kind auch wahrnehmen, ob es empathisch verstanden und unbedingt positiv beachtet wird oder nicht. Es kann sein Bedürfnis nach unbedingter positiver empathischer Beachtung durch Bezugspersonen, die auf sein Erleben nicht mit Inkongruenz reagieren, erfahren. Und es erlebt seine eigenen subjektiven Empfindungen in der Reaktion auf die Befriedigung oder die Frustration in diesem Bedürfnis. Auch diese Selbsterfahrungen kann es unter den genannten Bedingungen in sein Selbstkonzept integrieren oder, wenn diese Bedingungen fehlen, eben nicht.
- In einer dritten Phase geht es darum, dass das Kind in der Erfahrung seiner persönlichen Eigenarten, aber auch Begrenzungen – z. B. und vor allem als entweder weiblich oder männlich – wiederum empathisch verstanden und unbedingt positiv beachtet wird von kongruent reagierenden wichtigen anderen Personen.

Ein Vergleich dieser Phasen mit denen in Eriksons Entwicklungsmodell (Erikson, 1974; siehe auch Reisel, 2001) ist in der Regel sehr hilfreich, eine Vorstellung von den konkreten Erlebnisgehalten eines Kindes in einem bestimmten Alter zu gewinnen. Wir werden später in der Reflexion des Falles darauf zurückkommen.

3.2 Das Supervisionsgespräch¹

Die Therapeutin hat das 6½ Jahre alte Kind Sophie aus einer geschiedenen Ehe vorgestellt, die den Kontakt zum Vater „massiv“ verweigert. Die Behauptung des Kindes, der Vater sei ihr gegenüber gewalttätig und grenzverletzend, kann nicht bestätigt – aber auch nicht widerlegt werden. Eine Gutachterin (in der Frage des Besuchsrechts) beurteilt das Kind als so „deutlich emotional irritiert“, dass sie eine Psychotherapie empfiehlt. Sie vermutet, dass die Basis für die Irritation „massive Loyalitätskonflikte“ des Kindes in der Beziehung zu den beiden Eltern sind.

¹ Im vorliegenden Fall (Psychotherapie im Kontext eines Pflegschafts-/Gerichtsverfahrens) war eine Diagnosestellung nach ICD-10 nicht erforderlich und ist daher auch nicht erfolgt. Die Therapie wurde nicht von der Krankenkasse finanziert. Wir möchten jedoch dem Leser/der Leserin Anhaltspunkte für eine solche Diagnosestellung geben und hätten in diesem Fall aus den Möglichkeiten, die das ICD-10 dazu bietet, die Diagnose F93.8 (Sonstige emotionale Störung des Kindesalters) gewählt.

Die Therapeutin teilt den Eindruck der Gutachterin, dass das Kind „deutlich emotional irritiert“ sei. Sie leitet ihn ab aus der Erfahrung, dass Sophie ihre eigenen und die Emotionen der Therapeutin im Spiel ganz stark kontrolliert oder sie in der Personifikation der Schlange massiv bekämpft/bestraft, sowie auch in der Person des Vaters (indem sie ihr in der 1. Stunde klarmacht: „Ich mag nicht über meinen Papa reden, sonst komm ich nie wieder zu dir.“).

Die Therapeutin vermutet ferner – wiederum wie die Gutachterin –, dass die Eltern von Sophie in einen heftigen Kampf um „die Trophäe Sophie“ verstrickt sind, und konnte diesen Eindruck auch in den Gesprächen mit der Mutter gewinnen. Die Eltern haben bereits kurze Zeit, nachdem sie sich kennen gelernt hatten, geheiratet, 14 Monate später kam Sophie zur Welt. Die Mutter war zu diesem Zeitpunkt 38 Jahre alt. Der um 9 Jahre ältere Vater hatte bereits einen erwachsenen Sohn aus erster Ehe, für die Mutter, bisher kinderlos, war es die dritte Ehe. Die Mutter beschreibt den Vater als rechthaberisch und besserwisserisch, sie habe sich öfters von ihm stark kritisiert (in Bezug auf ihre Fähigkeiten als Mutter), zuweilen auch stark von ihm bedroht gefühlt. In einer Streitsituation habe sich die Mutter derart bedroht gefühlt, dass sie die Polizei gerufen habe und danach mit Sophie zu ihren Eltern geflüchtet sei. Im Anschluss daran kam es zur Trennung der Eltern, als Sophie 1 Jahr und 5 Monate alt war. Der Vater seinerseits bestreitet gegenüber der Gutachterin die Vorwürfe tätlicher Übergriffe auf seine Frau. Wie auch immer die Konflikte der Eltern nun tatsächlich ausgetragen worden sein mögen, eindeutig nachzuvollziehen bleibt, dass Sophie bereits im Alter von 1,5 Jahren eine Mutter hatte, die sich immer wieder durch den Vater bedroht gefühlt hat und dementsprechend reagiert hat (Polizei, Flucht zu ihren Eltern), und einen Vater hatte, der von früh an das Gefühl hatte, seine Frau wolle „ihr Kind für sich alleine haben“ und ihn von Entscheidungen in Bezug auf ihre gemeinsame Tochter fernhalten, was auch der Grund für viele Streitereien und Konflikte zwischen den Eltern war (aus den Angaben des Kindesvaters an die Gutachterin). Die Mutter stellt auch in Gesprächen mit der Therapeutin die Beziehung zu ihrem Mann als deutlich ambivalent dar. So wünscht sie sich einerseits eine Aussöhnung und Wiederannäherung (und phantasiert über die Möglichkeit, die Ehe aufrecht zu erhalten, da sie den Mann zu ihrer sozialen und finanziellen Absicherung benötigt). Aufgrund ihrer starken Unsicherheiten und Konfliktvermeidungstendenzen vermeidet sie aber auch ein Zusammentreffen mit ihm (egal, ob dieses einer Wiederannäherung oder der Abwicklung der endgültigen Scheidung dienen sollte). Dies alles stützt den Verdacht, dass die Eltern von Sophie in einen heftigen Kampf um „die Trophäe Sophie“ verstrickt sind.

Die Supervisorin äußert ihren Eindruck, dass die Therapeutin darüber hinaus folgenden Verdacht hat: Die Mutter von Sophie erlebt – unterstützt von ihrer eigenen Mutter – in extremer Weise die sportliche Karriere ihrer Tochter Sophie als Fortsetzung ihrer eigenen sportlichen Karriere.

Die Therapeutin bestätigt diesen Eindruck. Die Mutter von Sophie sei sogar noch weitergehend in extremer Weise davon abhängig, dass sie genauso wie ihre eigene Mutter eine gute und erfolgreiche Mutter einer leistungsstarken Tochter ist. Vereinbarte Therapiestunden werden wegen wichtiger Trainerstunden oder Wettkämpfe abgesagt. Zuletzt kam es deswegen zu einer dreimonatigen Unterbrechung der Therapie.

Die Art der Mutter, mit der Therapeutin in Beziehung zu treten, führt zu dem Eindruck, dass die Mutter ihre eigenen Anteile, aufgrund derer sie für Sophie kein empathisches Verstehen entwickeln kann, wiederum auf ihre eigene Mutter projiziert, wenn sie sich z. B. bei der Therapeutin darüber beklagt, dass eigentlich Sophies Großmutter diejenige sei, die mit den oppositionellen Tendenzen (Wut und Ärger, die Sophie ausdrückt) nicht umgehen könne und darauf sehr ungeduldig und aufbrausend reagiere, jedenfalls mit verbaler Abwertung, zuweilen auch mit körperlicher Bestrafung (Ohrfeigen, Klapse). Dies konnte von der Therapeutin auch tatsächlich beobachtet werden, wenn die Großmutter Sophie von der Therapiestunde abholte.

Die Supervisorin möchte ihre Vorstellung mit der der Therapeutin vergleichen und fragt deshalb die Therapeutin: „Verstehe ich das so richtig: In den Augen der Mutter ist Sophie nicht „deutlich emotional irritiert“. Sie denkt, ihr Kind ist nur gelegentlich zornig und protestiert dagegen, dass ihr nicht alles gelingt und sie nicht alles durchsetzen kann. Daher verlangt die Mutter – ohne jede Empathie – von Sophie wieder eine Leistung, nämlich die zu Begrenzungen gehörenden Gefühle – von Ohnmacht, Scham und wütendem Protest – durch vernünftiges Handeln entweder überflüssig zu machen oder sie vernünftig zu kontrollieren?“

Die Therapeutin bestätigt die Vorstellung der Supervisorin: „Genau so ist es. Dies kann bestätigt werden durch Anmerkungen der Mutter mir gegenüber während des Therapieprozesses: So merkte sie einmal an, dass ihr auffiele, dass Sophie am Tage der Stunde bei mir oder am Tag danach in der Schule unkonzentrierter wäre oder auch in der Nacht im Schlaf ängstlich aufschreckte und sich vergewissern müsste, dass „die Mami eh noch da sei“. Die Mutter war zunächst beunruhigt darüber, konnte jedoch die Erklärung meinerseits positiv annehmen, dass Psychotherapie auch bisher verborgen gebliebene Ängste ans Tageslicht bringen kann, was eigentlich das Ziel der Psychotherapie sei, um diese Ängste auch bearbeiten zu können. In Bezug auf oppositionelle Verhaltensweisen von Sophie erwähnte die Mutter in einem Gespräch mit mir, dass sie im Falle, dass Sophie auch einmal „frech“ zu ihr wäre, sie unangenehm an deren Vater erinnere. Das scheint zusätzlich Sophies Chancen zu vermindern, in ihren wütenden Gefühlen verstanden zu werden.“

Die Supervisorin beurteilt Sophie ebenfalls als „deutlich emotional irritiert“: Die Sechsjährige stellt sich im ersten Kontakt in keiner Weise als interessiert an empathischer und unbedingter positiver Beachtung dar, sondern als dominierend und kontrollierend und versetzt die Therapeutin damit in einen emotionalen Zustand, der nicht nur nicht leicht auszuhalten ist, sondern auch nicht leicht

mit einer empathischen unbedingt wertschätzenden Haltung zu vereinbaren. Ab der zweiten Stunde hat die Therapeutin als Hilfskraft von dem Kind als Bestimmerin Aufträge entgegenzunehmen und zu erfüllen – wenn die Therapeutin das tut, wird sie gelobt, wenn sie sich nicht angemessen bestimmen lässt, wird sie getadelt und zu rechtgewiesen. Das Kind erweitert zugleich den Kreis derer, die es kontrolliert. Und das kontrollierende Verhalten wird zunehmend ein kaum noch kontrollierbares.

Die Therapeutin kann in dieser Beschreibung der Supervisorin eine vollständige Symbolisierung dessen erkennen, was sie im Kontakt mit dem Kind erlebt. Was bis dahin im Kontakt mit Sophie als sehr anstrengend wahrgenommen wurde und für die Therapeutin eine Herausforderung an ihr „Kongruent-Sein und -Bleiben“ dargestellt hat, wird durch die folgenden gemeinsamen theoriegeleiteten Reflexionen mit der Supervisorin verstehbar. Damit gewinnt die Therapeutin wieder einen größeren Handlungsspielraum und einen Zugang zu ihrem empathischen Verstehen dafür, welche Selbsterfahrungen Sophie in ihrem Spiel zum Ausdruck bringt.

Die Supervisorin fährt fort:

Inhaltlich werden Wünsche nach Versorgung und Nähe bzw. Verfügbarkeit (im Sinne des Bindungsbedürfnisses) kontrolliert, u. a. dadurch, dass sie im Übermaß gewährt werden. Bestraft wird Protest (wiederum im Sinne des Bindungsbedürfnisses, das heißt Protest gegen die mangelnde Verfügbarkeit der Bindungsperson), und zwar durch Verlassen.

Die Supervisorin vermutet, dass sich das auch zwischen den Kindeseltern so abgespielt haben muss und ebenso zwischen der Großmutter und der Patientin.

Die Verfügbarkeit der Bindungsperson(en) ist das zentrale Thema in der frühesten Phase der kindlichen Entwicklung. Sophies Kreisen um dieses Thema und ihre Abwehr der damit verbundenen Gefühle durch kaum noch kontrollierbares bis ins Aggressive gehendes Kontrollieren ihrer Umwelt im Spiel spricht für eine Stagnation ihrer Entwicklung in einer frühen Entwicklungsphase.

Ab der achten Stunde wird der Protest in der Schlange personalisiert. Bestraft wird das, wogegen protestiert wird, nämlich ein (lebensgefährliches) Verlassen. Zunächst hat die Therapeutin dem Protest (bzw. der Schlange) die Stimme zu geben.

Die Therapeutin kann bestätigen, dass sie das „genau so“ verstanden habe, dieses Verstehen aber noch nicht an das Kind „adressieren“ könne, „weil es noch keinen Selbstanteil in Sophie gibt, der diese Botschaft ohne Bedrohung wahrnehmen kann.“

Die Supervisorin vermutet in den nun folgenden Inszenierungen durch Sophie Darstellungen ihrer Selbsterfahrungen in der Auseinandersetzung mit der Mutter. Das Kind erlebt seine Mutter als Unterwerfung fordernd, gnadenlos strafend, „tot umfallend“ oder verjagend – eben lebensgefährlich verlassend. Die Supervisorin fragt die Therapeutin, ob sie sich vorstellen könne, dass das Kind selbst in die Rolle der Mutter geht, weil „das Kind sich von dir Einfühlung in das erhofft, was es von der Mutter empathisch in Er-

fahrung bringt?“ Sophie erlebt zwar schon auftauchende Selbstgefühle. Sie nimmt solche auch schon in anderen wahr, d. h. sie kann sich auch schon in andere einfühlen. Sophie kann aber ihre Selbstgefühle– und damit auch das, was sie von den Gefühlen der Mutter auf dem Wege der Empathie erfährt – noch nicht klar reflektieren. Und das bedeutet auch, dass sie noch nicht sicher zwischen Selbsterfahrungen und dem, was sie durch Einfühlung in andere erfährt, unterscheiden kann.

Die Therapeutin antwortet: „Ich habe den Eindruck, dass es zunächst einmal darum geht, mich in die Rolle der Affekt-Versteherin zu bringen. Ja, es könnte darum gehen, sich in eine Mutter als Gegenüber eines wütenden Kindes einzufühlen, sich also in die Gefühle einzufühlen, die ein wütendes Kind jemand anderem macht. Es geht also darum, etwas über die Bezogenheit von Gefühlen zu lernen.“

Die Supervisorin macht der Therapeutin ihre unterstützende Rolle deutlich: „Es scheint mir, du hilfst Sophie, bei diesem „Streit“ mit der Mutter nicht unterzugehen“ und hilft der Therapeutin damit folgendes deutlicher wahrzunehmen: „Das ist es, was ich tue, und damit gelingt es mir, meine unbedingte Wertschätzung für sie nicht zu verlieren. Hier muss ich anmerken, dass Sophie in den Therapiestunden sehr gut in der Lage ist, die Ebene des Spiels von der Ebene der realen Beziehung zu mir als ihre Therapeutin/Spielpartnerin zu unterscheiden. Auf der realen Ebene kommt es zu keinem Kontrollverlust. Auch wenn ich von Sophie Rollenaufträge erhalte, in denen ich die Anteile der untergeordneten Hilfskraft oder der Auflehnung gegen Kontrolle und Grenzsetzungen (als Schlange) oder der bösen Mutter übernehmen soll und darin dann mit ihren Aggressionen und Machtansprüchen konfrontiert werde, die zuweilen im Spiel meine Grenze überschreiten, gelingt es immer, Sophie auf die Ebene unserer realen Beziehung zurückzuholen. Hier akzeptiert sie mich als kontrollierende Instanz.“

Die Therapeutin und die Supervisorin stellen gemeinsam fest, dass Sophie aber offenbar eines kontrollierenden Gegenübers bedarf bzw. in ihrem Spiel bisher noch keinen einzigen emotionalen Erlebnisinhalt gezeigt hat, in dem sie sich selbst kontrollieren, geschweige denn verstehen und akzeptieren kann.

In der Folge geht die Supervisorin darauf ein, dass die Therapeutin das Kind nach der 15. Stunde vorgestellt hat, in der „erstmal ein Zugang zum empathischen Verstehen für das Verhalten der Schlange“ bzw. „zu Sophies eigenem Erleben in Bezug auf ihre Gefühle“ möglich wurde.

Die Schlange (Sophie?), zunächst kooperativ, wird ungeduldig, will nicht mehr auf Wunscherfüllung (Verstehen, wie es ihr geht) warten und protestiert. In einer „Besprechungssitzung“, in der es darum gehen soll, herauszufinden, warum sich die Schlange derart benimmt, weiß Sophie zu berichten, dass die Schlange geweint hat, weil sie zu ihrer Mama will.

Was will hier verstanden werden, wenn Sophie dann sagt: „Aber die hat doch gar keine Mama. Die ist doch tot. Oder hat sie uns angelogen und es gibt ihre Mama doch noch?“

Fragt sich Sophie, ob sie mit ihren Gefühlen ihre Mama töten kann – also Schuld hat, wenn diese sie verlässt? Oder denkt sie, sie kann ihre Mama dadurch verlieren – dazu bringen, dass sie sie verlässt, indem sie veröffentlicht, sie habe gar keine (gute) Mutter? Oder ist Sophie ganz böse – eine Lügnerin, wenn sie behauptet, sie habe keine (gute) Mutter? Also wiederum die Schuldige, wenn es zu einer Trennung von der Mutter kommt?

Darauf antwortet die Therapeutin: „Vielleicht muss hier verstanden werden, welcher verwirrender Kampf es ist, die eigenen Gefühle von den Gefühlen anderer unterscheiden zu lernen? Und wie schwer es ist, die Bezogenheit der Gefühle zu erkennen und sich in dieser Erkenntnis bestätigen zu lassen bzw. sich diese Erkenntnis nicht nehmen zu lassen. Sophie hat sicher erlebt, dass sie ihre Mutter durch ihre Gefühle „töten“ kann – also dazu bringen kann, sich innerlich von ihr zu entfernen, statt sie empathisch unbedingt positiv in diesen Gefühlen zu beachten.“

In der Folge wenden sich Supervisorin und Therapeutin der Frage zu, in welcher Entwicklungsphase dieses vermutete Problem von Sophie eine Rolle spielt: zwischen den eigenen Gefühlen und denen ihrer Mutter zu unterscheiden und vor allem herauszufinden, welche Interaktionen es zwischen diesen gibt, speziell was die Frage von Ursache und Wirkung (von Gut und Böse) anbelangt.

Sie fragen: In welcher Entwicklungsphase (bezogen auf das Personenzentrierte Entwicklungskonzept, auf Sterns Entwicklungsmodell des Selbstempfindens und auf Eriksons Modell der psychosozialen Entwicklung) war Sophie, als ihre Eltern sich trennten?

Welche waren die phasenspezifischen emotionalen Erlebnisinhalte? Gab es Raum für eine empathische unbedingte positive Beachtung des Kindes in dieser Zeit?

Die Therapeutin geht davon aus, dass Sophie zwar zum Zeitpunkt der Trennung der Eltern ca. 18 Monate alt war, aber auch schon davor die Beziehung der Eltern durch Konflikte belastet war, die sicherlich auch die Fähigkeit beider Elternteile beeinträchtigt haben, sich in das Kind einzufühlen und es unbedingt und kongruent in seinem Erleben und dessen Ausdruck wertzuschätzen. Sichtlich war Sophie von Beginn an eine „Trophäe“, um deren Eroberung die Eltern kämpfen mussten. Wenn Sophie also eine derart prominente Funktion in der Beziehung ihrer Eltern darzustellen hatte, ist anzunehmen, dass für ihre eigenen emotionalen Bedürfnisse nicht immer das nötige Ausmaß an unbedingter positiver Beachtung zur Verfügung stehen konnte.

Nach der Selbstentwicklungstheorie von Stern (1992) ist es in der Zeit vor der Trennung der Eltern bei Sophie um die Entwicklung des Empfindens eines subjektiven Selbst und in weiterer Folge (nach der Trennung der Eltern) um die Entwicklung des verbalen Selbst gegangen. Nach Stern (1992) bildet sich zwischen dem siebten und 15. Monat die Empfindung eines subjektiven Selbst heraus. Das Kind erfasst nun, dass es ein eigenes inneres subjektives Erleben hat, dass andere so etwas auch haben, dass das eigene innere Erleben nicht identisch ist mit dem inneren Erleben einer anderen Person

und dass man mit einer anderen Person über diese inneren Zustände kommunizieren kann. Kinder sind in hohem Maße an dieser Inter-subjektivität interessiert. Wenn sie in diesem Interesse abgewiesen werden, hat das schwerwiegende Folgen. Es geht in dieser Entwicklungsphase darum, wie viel „Mit-Teilen“ mit anderen Menschen bzw. wie viel psychische Isolierung und Einsamkeit erlebt werden. Und es geht auch in der Entwicklungsphase danach, in der sich das verbale Selbst entwickelt, darum, wie diese Selbsterfahrungen symbolisiert und z. B. in Worte gefasst werden können.

Nach Eriksons Entwicklungsmodell (Erikson, 1974; siehe auch Reisel, 2001) beginnt sich das Kind im Verlauf des zweiten und dritten Lebensjahres von der Mutter abzulösen und seinen eigenen autonomen Willen zu erleben. Es kann sich nun aktiv von der Mutter wegbewegen und auch wieder zu ihr hinbewegen. Gleichzeitig will es vermehrt Dinge selber machen und ist immer besser in der Lage, seine Bedürfnisse auch verbal zu artikulieren. Nach Erikson „wird das ganze Stadium zu einem Kampf um Autonomie. Denn während das Kind sich darauf vorbereitet, fester auf seinen eigenen Füßen zu stehen, lernt es auch, seine Welt als „ich“ und „du“ und „mir“ und „mein“ abzugrenzen“ (Reisel, 2001, S.110). Das Ziel dieser Entwicklungsstufe ist demnach, „das Gefühl der Selbstbeherrschung ohne Verlust der Selbstachtung“ zu erfahren und dies gilt, nach Erikson, „als ontogenetische Quelle des freien Willens“. Ist das Kind in dieser Phase einer übermäßigen Beherrschung bzw. Missachtung von Seiten der Eltern unterworfen, dann resultiert daraus ein „Hang zu Scham und Zweifel“.

Unter dem Aspekt einer in Phasen verlaufenden Selbstkonzeptentwicklung im Rahmen des Personenzentrierten Konzeptes (Biermann-Ratjen, 1996, 2006) ist davon auszugehen, dass Sophie schon in ihren primären Bindungsbedürfnissen wenig empathisches Verstehen und vor allem wenig unbedingte positive Beachtung gefunden hat von Eltern, die kaum in der Lage waren, in der Reaktion auf sie kongruent zu bleiben. Besonders Sophies Erfahrungen von (Trennungs-)Angst und Wut (Protest gegen das – auch emotionale – Verlassenwerden) sind sicher nicht korrekt verstanden und symbolisiert worden und konnten daher auch nicht in ihr Selbstkonzept integriert werden.

Für Sophie gibt es also bislang keine Möglichkeit, sich eine positive Erfahrung in Zusammenhang mit ihren Bindungsbedürfnissen vorzustellen (diese hat sie kaum in ihr Selbstkonzept integrieren können) vor allem aber mit den Gefühlen Wut und Angst (in bindungsrelevanten Situationen). Versuche, eine Hoffnung auf Verstandenwerden mit ihnen zu verbinden, drückt Sophie im Spiel aus, indem diese Gefühle der Schlange und dann der Mutter zugeschrieben werden.

Aber jetzt, in der 15. Stunde im Therapieverlauf, bringt Sophie nicht nur diese beiden, die Schlange und die Mutter, sondern auch die Wut und die Unerreichbarkeit der Mutter in einen Zusammenhang. Man könnte auch sagen, das Kind symbolisiert die emotionalen Erlebnisinhalte, in denen sie Wut erlebt, vollständiger: Es

geht um die Probleme, sich sicher gebunden fühlen zu können oder sich verlassen bzw. vom Verlassenwerden bedroht zu sehen. Sophie deutet an, dass in ihr die Frage brodet, wer wie wirklich fühlt bzw. wer hier die Verantwortung dafür hat oder die Schuld daran trägt, dass jemand „böse“ wird. Erikson (1974) würde sagen, Sophie macht Erfahrungen, die später als Scham und Zweifel erlebt werden.

Die Therapeutin berichtet, dass nach dieser Stunde alle Stunden von der Kindesmutter abgesagt wurden, weil das Kind entweder krank war oder für wichtige Wettkämpfe vorbereitet werden musste. Erst 3 Monate später hat sich die Mutter wieder gemeldet und neue Stunden vereinbart.

4. Conclusio – Was will hier verstanden werden?

Es ist anzunehmen, dass der Austausch über Affektzustände – im Sinne Sterns – zwischen Sophie und ihrer Mutter nur bedingt gelingen konnte. Und wenn es ihn gegeben hat, wird er stärker von den subjektiven Befindlichkeiten der Mutter bestimmt gewesen sein als von denen des Kindes. Es ist vorstellbar, dass in dieser Zeit, in der dem Bedürfnis nach „Mit-Teilen“ des Erlebens besondere Bedeutung zukommt, Sophies Bedürfnisse danach weitgehend unbefriedigt geblieben sind. Es ist also ein Defizit in der Phase entstanden, in der es darum geht, Gefühle explizit durch das Mitteilen und auch Teilen mit einem wichtigen anderen unterscheiden und zuordnen zu lernen. Es kommt heute in der Verwirrung Sophies zum Ausdruck, wenn es um ihre eigenen Gefühle geht. So weiß sie z. B. nicht so genau, warum und wie sie selbst dem Vater gegenüber empfindet. Sie weiß nur, was die Mutter diesbezüglich von ihr erwartet.

Wenn man Sophies Entwicklungsbedingungen aus der Perspektive von Eriksons Entwicklungsmodell (1974) betrachtet, liegt die Vermutung nahe, dass Sophie nur wenig Gelegenheit hatte, sich im Erleben ihres autonomen freien Willens empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt zu fühlen. Vermutlich haben ihre Eltern auf den Ausdruck des autonomen Willens ihrer kleinen Tochter mit heftigen eigenen Gefühlen reagiert und konnten daher in ihrer Reaktion auf das Kind nicht kongruent bleiben. Ging es ihnen doch vorrangig darum, dass sich das Kind für den jeweils einen und gegen den anderen Elternteil entschied. Das Ziel dieser Entwicklungsphase, „das Gefühl der Selbstbeherrschung ohne Verlust der Selbstachtung“ (Erikson 1974, S. 111) scheint von Sophie jedenfalls nicht erreicht worden zu sein.

Im Rahmen der Entwicklungslehre des Personenzentrierten Konzepts (Biermann-Ratjen, 1996, 2006) nehmen wir an, dass in einer zweiten Phase – immer noch präsymbolische – erste subjektive Erfahrungen auftauchen und zugleich die Wahrnehmung der subjektiven Erfahrungen anderer möglich wird. Nun kann das Kind auch wahrnehmen, ob es empathisch verstanden und unbedingt positiv beachtet wird oder nicht. Es erlebt seine eigenen subjektiven Empfindungen in der Reaktion darauf und kann auch diese

Selbsterfahrungen unter den genannten Bedingungen in sein Selbstkonzept integrieren oder, wenn diese Bedingungen fehlen, eben nicht.

Sophie kontrolliert, bestimmt und organisiert Versorgung und die Regulation von Nähe. Das heißt, sie wehrt die in der psychischen Entwicklung frühesten Gefühle ab, die in Zusammenhang mit dem Angewiesensein auf die Nähe stehen, die Bindungspersonen geben. Sie ist für sie Erfahrungen, die sie nicht mit ihrem Selbstkonzept vereinbaren kann. Sie kommt offenbar nicht einmal auf den Gedanken, dass sie in Bezug auf diese Gefühle unbedingte positive Beachtung erfahren könnte. Sie erlebt den Protest gegen das „nichts zu sagen haben“ in diesem Erfahrungsbereich und die diesen Protest und das Verlassenwerden begleitenden Gefühle von Wut, als böse. Auch diese Gefühle sind offenbar nicht mit ihrem Selbstkonzept vereinbar. Sophie ist in dem Wunsch nach positiver Beachtung in ihrem frühesten eigenen emotionalen und intentionalen Erleben nicht gesehen und befriedigt worden. Auch die Gefühle, mit denen sie diese Wünsche abgewehrt hat, konnte sie nicht in ihr Selbstkonzept integrieren. Sie erlebt nun Angst, wenn solche Reaktionen angemessen wären, vor allem Angst vor dem Allein- und/oder Bösessein. Bisher gibt es keine sicheren Anzeichen dafür, dass sie sie als ihre eigenen Gefühle identifizieren kann. Bislang schreibt sie diese anderen (der Schlange, der Mutter) zu.

5. Verlauf der auf die Supervision folgenden Therapiestunde

Nach dreimonatiger Pause kommt Sophie zu ihrer Stunde (16. Std.) so, als ob es keine Unterbrechung gegeben hätte. Sichtlich erfreut, aus der Obhut ihrer Großmutter entlassen zu sein, stürmt sie ins Spielzimmer und gibt ihre Anweisungen zum Spiel: Diesmal sollen Kofa, Sophie und ich einen Ausflug in die Berge unternehmen, ausgerüstet mit Picknick und einem Zelt. Die Vorbereitungsarbeiten gestalten sich diesmal etwas mehr als bisher als gemeinsames Unterfangen. Ich darf auch meine Vorschläge einbringen und umsetzen und bin nicht mehr alleinige Befehlsempfängerin. Sophie fragt mehrfach nach, wie viel Zeit uns noch verbleibe, und kündigt bereits 20 Minuten vor dem Ende der Stunde an: „Jetzt spielen wir wieder, du bist meine Mama und wirst ganz böse, weil ich nicht nach Hause gekommen bin“. Im Unterschied zu den Stunden davor bekommt das „böse Kind Sophie“ sehr viel Platz und beschimpft und entwertet die Mutter auf jede nur erdenkliche Art und Weise und macht diese dabei völlig macht- und hilflos. Sie ruft ihr zu: „Ich war im Zelt, und dort war es viel schöner als bei dir!“ und zertrampelt dann Mamas Lieblingsblumenbeet. Ich versuche meine zugewiesene Rolle als Mama auf zweierlei Art zu gestalten. Einerseits verbalisiere ich meine Wahrnehmung, dass es das Kind draußen in der Welt viel schöner findet als zu Hause (was Sophie bestätigt) und der Mama auch mal weh tun möchte. Andererseits verleihe ich der Mutter eine

Stimme und lasse sie darüber jammern und klagen, dass das Kind ihr Blumenbeet zerstört. Nachdem Sophie mehrfach die Mutter attackiert und leiden gesehen hat, sagt sie: „Na gut, jetzt bin ich lieb und mache der Mama ein neues Blumenbeet.“ Ich lasse die Mutter ihre Erleichterung und Freude darüber ausdrücken. Doch hier kommt Sophies Antwort: „Das neue Blumenbeet hat eine gute Fee gemacht, weil ich bin böse.“ Hier geht die Stunde zu Ende und Sophie lässt sich leichter als bisher zu einem Abschluss bewegen, nachdem sie sich versichert hat, dass sie bald wiederkommen dürfe.

6. Abschließender Kommentar von Supervisorin und Therapeutin

Supervisorin: Es ist wie so oft: Es kommt mir vor, als hätte Sophie unser Supervisionsgespräch aufmerksam mitverfolgt und sich dabei verstanden gefühlt. Jedenfalls kann sie jetzt bestimmte Erfahrungen als ihre ansehen. Zunächst spielt sie zum ersten Mal das Kind Sophie, und zum anderen gleich das „böse“ Kind. Das „Böse“ durchläuft dabei eine wichtige Entwicklung: Zunächst ist Sophie in ihrem Spielverhalten weniger „böse“ als bisher, in dem Sinne, dass sie es dir leichter macht, das Gefühl der unbedingten positiven Beachtung ihr gegenüber aufrecht zu erhalten. Dann inszeniert sie das, was sie bewegt, erstmals in einem Rollenspiel, in dem sie Dir, der Therapeutin die Rolle der Mutter in einer bindungsrelevanten Situation zuschreibt. Sie macht die Mutter damit „böse“, indem sie die Distanz zur Mutter bestimmt. Sophie lässt dann das „Bösessein“ der Mutter im Spiel nicht gelten, besteht auf ihre eigenen Gefühle und den ihnen entsprechenden Entscheidungen darüber, wie nahe sie der Mutter sein will, und zerstört dann das Blumenbeet der Mutter (das schöne Bild, das sich die Mutter von Sophie oder von sich selbst gemacht hat).

Nachdem die Therapeutin (als Mutter) bei ihren eigenen Gefühlen geblieben ist und damit die Selbsterfahrung von Sophie – „ich

bin böse“ – respektiert hat, kann Sophie auch wieder „lieb“ sein. Als die Mutter (Du, die Therapeutin) das keineswegs „unbedingt“, sondern erleichtert und erfreut wertschätzt, macht Sophie erneut deutlich, dass sie unbedingt, also auch im „Bösessein“ verstanden werden will. Nur wenn sie auch im Bösessein verstanden wird, kann sie sich als mit sich selbst identisch und als selbst bestimmt erleben.

Therapeutin: Das theoriegeleitete Verstehen des Therapieprozesses findet eine nochmalige Bestätigung in einer weiteren darauf folgenden Stunde (17. Std.). Sophie beginnt sofort damit, ihre Beziehung zu ihrer Mutter zu inszenieren. „Heute spielen wir gleich, du bist meine Mama und wirst böse auf mich“. Die ganze Stunde geht es genau darum: dass Sophie ein böses Kind sein kann, dass trotzdem von der Mama nicht weggeschickt wird. Sophie wandert im Spiel nach Amerika aus, wo sie ein „viel schöneres Leben“ hat als zu Hause, nämlich ein selbst bestimmtes, autonomes Leben. Die Mama darf sie dort nur besuchen, wenn sie dazu eingeladen wird. Wenn die Mama auf Besuch kommt, wird sie äußerst unfreundlich behandelt, beschimpft und abgewertet. Wenn die Mama daraufhin wieder abfährt, muss sichergestellt werden, dass sie auch wiederkommt, egal wie das Kind sie behandelt hat.

Wir wollten mit dieser Darstellung anschaulich nachvollziehbar machen, wie förderlich die Verschränkung von Praxis und theoriegeleitetem Verstehen für den Therapieprozess einer Kindertherapie sein kann. Als Therapeutin von Sophie hilft mir der Supervisionsprozess, meine unbedingte Wertschätzung für das Kind aufrechtzuerhalten und mein empathisches Verstehen darauf zu richten, wofür es in der Therapie mit Sophie geht. Erst wenn sie sich sicher sein kann, dass sie auch im Bösessein verstanden worden ist, wird sie solches Bösessein als einen selbst bestimmten Teil ihres Selbst erleben können, ohne fürchten zu müssen, verlassen zu werden. Erst dann wird sie möglicherweise auch eine eigene, selbst bestimmte Stellungnahme zu den bislang verweigerten Besuchskontakten zu ihrem Vater äußern können.

Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M. (1996). Entwicklungspsychologie und Störungslehre. In: Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F., Monden-Engelhardt, C. (Hg). Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1. Göttingen, Hogrefe, S. 9–28
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). *Klientenzentrierte Entwicklungslehre*. In: Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (2006). Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York, S. 73–91
- Biermann-Ratjen, E.-M. und Eckert, J.: *Erwartungen an eine klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie*. In: Strauss, B., Buchheim, A. & Kächele, H. (Hrsg.). (2002). Klinische Bindungsforschung. Stuttgart: Schattauer. S. 9–16
- Erikson, E.H.(1974). *Der Lebenszyklus: Die Epigenese der Identität*. In: Jugend und Krise. Die Psychodynamik im sozialen Wandel. Stuttgart: Klett-Cotta
- Reisel, B. (2001a): *Das Personenzentrierte Entwicklungsmodell. Zum Verständnis kindlicher Entwicklung im Personenzentrierten Ansatz*. In: Frenzel P., Keil W., Schmid P. & Stölzl N. (Hrsg.): Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien, Facultas. S. 96–118
- Stern, D. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta

Autorinnen

Eva-Maria Biermann-Ratjen, Dipl.-psych., 1939, Klinische Psychologin, Gesprächspsychotherapeutin, Ausbilderin in der GwG und in der DPGG, Gastausbilderin in der Sektion Forum der APG, im Ruhestand, Hamburg.

Barbara Reisel, Dr., 1961, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Personenzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin, Lehrtherapeutin der Sektion Forum in der APG; Leiterin des Weiterbildungscurriculums für „Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“ der Sektion Forum in der APG gem. mit der VRP, Psychotherapeutische Arbeit in freier Praxis mit Kindern, Jugendlichen, Familien und Erwachsenen, Wien.

Korrespondenzadresse

Dr. Barbara Reisel
Leegasse 9/11
A- 1140 Wien
E-Mail: barbara.reisel@chello.at

Anna Julia Wittmann

Personzentrierte Spieltherapie nach sexuellem Missbrauch

Eine Kasuistik zur Verdeutlichung zentraler Spiel- und Symbolisierungsprozesse

Zusammenfassung: *In ihrem Spiel können Kinder Problemlöseverhalten entwickeln und ihre Konzepte (= Schemata) von der Welt, von ihrem Selbst und von ihren Beziehungen zu anderen Menschen weiterentwickeln und modifizieren. Dieser Effekt wird in der klientenzentrierten Spieltherapie u. a. durch den Aufbau einer freundlichen Beziehung zum Kind, seine vollständige Annahme sowie das respektvolle Aufgreifen und Spiegeln seiner Gefühle und Kognitionen unterstützt. In der Schilderung des spieltherapeutischen Prozesses mit einem vierjährigen sexuell missbrauchten Mädchen wird aufgezeigt, wie es dem Kind gelingt, entscheidende Schemamodifikationen vorzunehmen: So lernt es, ambivalente Gefühle in Bezug auf den Täter zuzulassen, zwischen vertrauenswürdigen und nicht vertrauenswürdigen Menschen zu unterscheiden, ein positives Selbstbild aufzubauen und sich zu wehren.*

Stichwörter: *personzentrierte Spieltherapie, sexueller Missbrauch, Selbstheilungskräfte, Schemamodifikationen*

Abstract: *Person-centred play therapy with sexually abused children — a casuistry to show central processes of play and symbolization. Playing can help children to generate solutions for problems and to develop and modify their concepts (=schemes) of the world, of their selfs and of their relations to other people. In the client-centered play therapy this effect is supported among other things by building up a friendly relation to the child, by his/her full acceptance and the respectful reflection of his/her feelings and cognitions. The following paper outlines the therapeutic process with a four-year-old girl who was sexually abused. It is shown how the child manages to modify crucial schemes: She learns to permit ambivalent feelings regarding the culprit, to differentiate people who are trustworthy from people who are not, to develop a healthy self-esteem and to defend herself.*

Keywords: *Person-centred play therapy, sexual abuse, self-healing forces, scheme modification*

Einleitung

An einem Fallbeispiel wird aufgezeigt, dass personzentrierte Spieltherapie eine effektive Methode darstellt, sexuell missbrauchten Kindern bei der Verarbeitung ihrer belastenden oder traumatisierenden Erlebnisse zu helfen. Der ausführlichen Darstellung des Therapieverlaufs und dessen Reflexion vor dem Hintergrund theoretischer Annahmen und empirischer Erkenntnisse ist eine thematische Einführung vorangestellt.

Theoretischer Hintergrund

Grundzüge der personzentrierten Kinderspieltherapie

Die personzentrierte Spieltherapie geht auf Virginia Axline zurück, die in der Mitte des letzten Jahrhunderts die „Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren“ begründete (Axline, 1947/1997). Wie es der Name bereits sagt, stellt das Spiel in der *Spiel*therapie das zentrale Medium der Kommunikation des Kindes dar, und zwar sowohl seiner Kommunikation mit dem Therapeuten oder der Therapeutin als auch der Kommunikation mit sich selbst (Schmidtchen, 1996): Als Mittel der Informationsübertragung wird die Spielhandlung dazu genutzt, dem Therapeuten oder der Therapeutin wichtige

Erlebnisse, Gedanken, Gefühle etc. mitzuteilen. Als Mittel der Selbstkommunikation kann das Kind das Spiel dazu nutzen, unangenehme Erfahrungen zu verarbeiten. Allgemein ist Spielen in der Kindheit die wichtigste Form der Daseinsbewältigung (Oerter, 1997). Im Spiel hat das Kind die Möglichkeit, seine Konzepte von der Welt, von seinem Selbst und von seinen Beziehungen zu anderen Menschen weiterzuentwickeln oder zu modifizieren, wenn sie zu begrenzt oder unrealistisch sind. Bezogen auf bestimmte Unterkategorien des Welt-, Selbst- und Beziehungskonzeptes benutzt Schmidtchen (1996) in Anlehnung an Piaget (1945/1969) den Begriff „Schema“ und definiert Schemata als grundlegende Organisationsmuster psychischer Prozesse, die in zielgerichteter Weise die Handlungen des Individuums steuern. Insbesondere im Phantasiespiel können bestimmte Komponenten von Schemata trainiert, korrigiert sowie erweitert und es können auch neue Schemata entwickelt werden (Schmidtchen, 1996). Piaget (1945/1969) hat diese beiden Verarbeitungsformen als Assimilation und Akkommodation bezeichnet. Dadurch, dass im Spiel auf ungefährliche Weise mit veränderten und neuen Verhaltensweisen experimentiert werden kann, ermöglicht das Spiel ein emotional-geistiges Probehandeln (Schmidtchen, 1996), das die Kompetenz und das Selbstwertgefühl des Kindes steigert (Mogel, 1994) und später in die Realität übertragen werden kann.

Damit ein Kind in der Therapie auf heilungsfördernde Weise spielen kann, bedarf es bestimmter Voraussetzungen. Axline (1947/1997) formulierte diese Voraussetzungen in Form von acht Prinzipien, die sie aus der von Carl Rogers entwickelten Gesprächspsychotherapie und Persönlichkeitstheorie abgeleitet hat (Rogers, 1942a/1972, 1951a/1973) und die weitgehend auch heute noch als wertvoll für die Gestaltung von Spieltherapien erachtet werden (Kaatz, 1998). So bezeichnet Axline den Aufbau einer warmen, freundlichen Beziehung zum Kind und die vollständige Annahme des Kindes – also seine unbedingte Wertschätzung – als zwei basale Prinzipien. Diese Haltung und Form der Beziehungsgestaltung sind unabdingbar dafür, dass das Kind in der Therapie seine Gefühle und Erlebnisse „ausspielen“ kann, was einen ersten und wichtigen Schritt zur Bewältigung und Heilung darstellt (Körner, 2002). Die grundsätzliche Annahme des Kindes mit all seinen Gefühlen, Gedanken und Handlungen beinhaltet die Anerkennung seiner störenden Verhaltensweisen als einen Versuch, auf seine Inkongruenz aufmerksam zu machen und/oder sie zu bewältigen (Weinberger, 2001).

Des Weiteren benennt Axline (1947/1997) das Erkennen und Reflektieren der Gefühle des Kindes als wichtige Voraussetzung für den Heilungsprozess. Während Axline das Spiel des Kindes hauptsächlich verbal begleitete, erfolgen die Interventionen heutiger Spieltherapeuten und -therapeutinnen auch auf der Spielebene: Was sie vom Selbst-, Welt- und Beziehungskonzept des Kindes zu verstehen haben glauben, teilen sie ihm nicht nur in sprachlicher Form, sondern auch durch eigene Spielhandlungen, beispielsweise in szenischer Weise innerhalb eines Rollenspiels, mit. Die wertschätzende Haltung der Therapeutin oder des Therapeuten vermittelt sich dem

Kind ebenfalls nicht nur verbal, sondern in einem beträchtlichen Maße auch nonverbal, so z. B. darüber, wie es angeschaut wird. Für die Ausweitung der Konzepte von Wertschätzung und Empathie in den nonverbalen Bereich prägte Behr (2003) den Begriff der Interaktionsresonanz. Die jeweilige Handlungsantwort des Kindes auf die Resonanz des Therapeuten oder der Therapeutin kann Aufschlüsse darüber geben, ob es sich tatsächlich angenommen und richtig verstanden fühlt oder nicht (Schmidtchen, 1996). Durch das respektvolle Aufgreifen und verbale oder auch nonverbale Mitteilen der Gefühle, Kognitionen und Bewertungen des Kindes wird diesem geholfen, sich zu entdecken und sich verstehen zu lernen. Verleugnete und verzerrt wahrgenommene Gefühle und Bewertungen können zum Ausdruck kommen und einer Verarbeitung zugänglich werden. Im Laufe der Therapie kann das Kind seine Erfahrungen immer korrekter wahrnehmen (d. h. symbolisieren) und in sein Selbstbild integrieren (Schlippe-Weinberger, 2004; Weinberger, 2001). Spieltherapie setzt also nicht an einem spezifischen Symptom des Kindes an, sondern zielt in erster Linie auf das Wachstum der kindlichen Persönlichkeit, zu dessen Förderung eine bestimmte therapeutische Haltung realisiert wird und womit der Abbau der kindlichen Verhaltensstörungen einhergeht (Riedel, 1997; Schmidtchen, 1993).

Die therapeutische Haltung betreffend ergänzte Axline (1947/1997), dass das Kind in der Therapie den Weg weist und der Therapeut bzw. die Therapeutin ihm folgt. Jegliche Beeinflussung des Kindes lehnte Axline ab und vertrat das non-direktive Verhalten des Therapeuten oder der Therapeutin als absolute Forderung. Während sie beispielsweise davor warnte, in Reaktion auf bestimmte Verhaltensweisen des Kindes Lob zu äußern oder Spielvorschläge zu machen, hält Schlippe-Weinberger (2004) es für förderlich, wenn der Therapeut oder die Therapeutin in bestimmten Situationen eigene Spielideen äußert, um dem Kind weitere Ausdrucksmöglichkeiten anzubieten und/oder ein Thema zu vertiefen. Auch Schmidtchen (1996) ist der Meinung, dass der Therapeut oder die Therapeutin Verhaltensweisen, die heilungsfördernde Veränderungen in Gang setzen, verstärken sollte. Außerdem weist er darauf hin, dass ein Kind nur dann alleine den Weg weisen kann, wenn es über die (intellektuellen und psychischen) Voraussetzungen dazu verfügt. Bei Kindern, deren Selbstheilungsfähigkeiten überfordert sind, erachtet Schmidtchen (1996) es für notwendig, direkte Hilfen zu geben. Dazu gehören Vorschläge und Anweisungen oder auch Modellverhalten, das der Therapeut oder die Therapeutin in der Rolle als Mitspieler oder Mitspielerin zeigen kann.

Rahmenbedingungen einer Psychotherapie mit sexuell missbrauchten Kindern

Durch sexuellen Missbrauch können Kinder massiv in ihrer intellektuellen und sozio-emotionalen Entwicklung beeinträchtigt werden. Ob und in welchem Ausmaß es zu Folgeproblemen nach sexuellem Missbrauch kommt, hängt – wie Studien zeigen – von verschiedenen

Faktoren ab (Bange & Deegner, 1996; Pynoos, Steinberg & Wraith, 1995): Hierzu gehören die Beziehung, in der das Kind zum Täter steht, die Art, Schwere und Dauer der sexuellen Misshandlung und die den sexuellen Missbrauch evtl. begleitenden anderen Formen von Gewalt. Daneben nimmt das Ausmaß der sozialen Unterstützung nach einem Missbrauchserlebnis Einfluss darauf, wie und ob die kindliche Entwicklung beeinträchtigt wird. Deshalb ist es sinnvoll, die wichtigste(n) Bezugsperson(en) des Kindes, die an dem sexuellen Missbrauch nicht beteiligt war(en), in die Therapie mit einzubeziehen. Insbesondere der langfristige Erfolg von Therapien mit kindlichen Opfern eines sexuellen Missbrauchs kann durch die Berücksichtigung sowohl der individuellen als auch der Systemebene, also der Verbesserung der internen wie auch der externen Bewältigungsressourcen, erhöht werden (Elliott & Carnes, 2001).

Wichtigste Voraussetzung, um überhaupt mit einer Therapie beginnen zu können, ist der Schutz und die Sicherheit des Kindes vor weiteren sexuellen Übergriffen (Goetze, 2002; Klees, 2004; Riedel, 2004). Hierfür sind die eben genannten Bezugspersonen des Kindes zuständig. Unter anderem, um sie bei der Gewährleistung von Schutz und Sicherheit zu unterstützen, hat sich auch deren ergänzende Betreuung als günstig erwiesen (Rushton & Miles, 2000). Gespräche mit einer separaten Beraterin oder Therapeutin schaffen für die Bezugspersonen zudem die Gelegenheit, ihren eigenen emotionalen Reaktionen im Hinblick auf den Missbrauch Ausdruck zu verleihen. Sie können Klarheit über ihr Fühlen und Handeln erlangen und laufen weniger Gefahr, ihre Gefühle am Kind auszulassen (Finkelhor, 1997). Dessen Schutz zu realisieren, kann mit vielen Schwierigkeiten verbunden sein: Um ein Kind, das von einem Verwandten missbraucht wurde, vor weiterem Unheil zu bewahren und ihm bei der Verarbeitung der geschehenen Verletzungen zu helfen, kann es beispielsweise notwendig sein, dass sich die Mutter von ihrem Partner trennt oder die Eltern zum Rest bzw. einem Teil der Familie den Kontakt abbrechen, damit das Kind nicht erneut mit dem Täter zusammentrifft.

Inhaltliche Aspekte einer Therapie mit sexuell missbrauchten Kindern

Psychotherapie mit sexuell missbrauchten Kindern zielt darauf ab, Zugang zu ihren internen Bewältigungsressourcen zu schaffen, d. h. ihre Selbstheilungskräfte in Gang zu setzen und zu stärken. Für die Verarbeitung von Missbrauchserfahrungen ist der auf den sexuellen Missbrauch folgende Prozess der Bewertung des Erlebten durch das Kind besonders entscheidend. Als protektive Bewertungsprozesse erwiesen sich positive Selbstbewertungen, die externe Attribution von Verantwortung für den Missbrauch und die Wahrnehmung von Selbstkontrolle (Amann & Wipplinger, 2004). Für die Psychotherapie mit Kindern, die sexuellen Missbrauch erlebt haben, liefert dieser Befund den Hinweis, dass es günstig ist, die Modifikation und Entwicklung entsprechender (Selbst-)konzepte zu unterstützen.

Für den Therapeuten oder die Therapeutin ist es wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass sexueller Missbrauch häufig Verrat durch eine dem Kind nahe stehende Person beinhaltet. Der Täter oder die Täterin hat es seiner Sicherheit beraubt, sein Vertrauen gebrochen und seine Grenzen verletzt. Deshalb gehören Sicherheit, Vertrauen und Misstrauen, Nähe und Distanz, Grenzen und Grenzüberschreitungen zu den häufigsten Themen, die sich im Spiel sexuell missbrauchter Kinder gleichen (Riedel, 2004).

Die Vorzüge der Spieltherapie speziell für sexuell missbrauchte Kinder liegen u. a. darin, dass das Kind sein Trauma auf indirekte Weise, d. h. in symbolischer Form, verarbeiten kann und es nicht notwendig ist, die Missbrauchserfahrungen zu versprachlichen. Dadurch ist die Therapie für die Kinder weniger bedrohlich und ermöglicht es ihnen, ihren Gefühlen offen Ausdruck zu verleihen (Hall, 1997). Klienten und Klientinnen glauben häufig, dass in der Therapie detailliert über den Missbrauch gesprochen werden muss. Die Eltern bzw. die erwachsenen Personen, die die Kinder zur Therapie bringen, nehmen oftmals an, dass nur so eine Heilung möglich ist. Die Kinder, die von dieser Annahme explizit oder implizit Kenntnis erlangen, befürchten entsprechend, dass der Therapeut oder die Therapeutin sie zum Sprechen drängen wird. Erleben die Kinder, dass dies nicht der Fall ist und verstehen die Eltern oder sonstigen Bezugspersonen, dass das Kind in der Therapie seinen eigenen Weg finden kann, von dem Missbrauch zu heilen, ohne unbedingt konkret davon erzählen zu müssen, tritt in vielen Fällen eine große Erleichterung ein, die einen gelingenden therapeutischen Prozess überhaupt erst ermöglicht.

Anknüpfend an diese theoretischen Erörterungen stelle ich den therapeutischen Prozess eines sexuell missbrauchten Mädchens dar, mit dem ich im Rahmen meiner Arbeit in einer Beratungsstelle für Kinder und Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen gearbeitet habe. Um die Anonymität der Klientin zu wahren, wurden ihr Name sowie die Namen der weiteren in der Schilderung auftauchenden Personen geändert.

Fallbeispiel: Maditha

Der Erstkontakt

Maditha ist vier Jahre alt und wird zu unserem ersten Treffen von ihrer Mutter und ihrem Vater begleitet. Ich stelle mich ihr vor und frage sie, ob sie ihre Eltern im Spielzimmer dabei haben möchte, weil ich ihr die Möglichkeit geben möchte, unseren ersten Kontakt zu ihrer größtmöglichen Sicherheit zu gestalten. Sie antwortet: „Papa soll raus, Mama soll da bleiben.“ So geschieht es und ich führe Maditha in unser therapeutisches Setting ein, indem ich ihr erkläre, dass sie hier in diesem Raum alles mit mir spielen darf, was sie möchte, und dass sie, wenn es ihr gefällt, jede Woche für eine Stunde kommen kann.

Maditha zögert nicht lange, sondern steigt sofort in ein Rollenspiel mit mir ein. Zielsicher geht sie auf den Korb mit den Stofftieren zu und sucht sich den großen Hai aus. Mir teilt sie im Folgenden verschiedene andere Tierrollen zu und gibt mir Anweisungen, was ich in den Rollen tun und sagen soll. Der Hai agiert zunächst sehr aggressiv: Er beißt mir ins Bein, frisst die Wölfe und die Fledermaus auf. Dann kommt eine Zauberin und verwandelt den Hai in ein liebes Tier. Nun ist er mit den anderen Tieren befreundet. Nach kurzer Zeit wird er jedoch wieder gefährlich und wechselt so mehrmals zwischen gut und böse hin und her.

Als die Mutter merkt, dass die Tochter sich auch ohne ihre Anwesenheit sicher fühlt, verabschiedet sie sich und geht zu ihrem Mann ins Wartezimmer. Maditha scheint das Hinausgehen der Mutter kaum wahrzunehmen, sie ist ganz in das Spiel vertieft. Gegen Ende unserer Stunde versuche ich, einen Zusammenhang zwischen Madithas realen Erfahrungen und ihrem Spiel herzustellen, indem ich sie frage, ob sie Menschen kennt, die auch so sind wie der Hai: mal lieb und mal böse. „Ja“, antwortet sie, will aber zunächst nicht sagen, an wen sie denkt. Wir spielen weiter und nach kurzer Zeit äußert sie: „Der Oliver hat seinen Pullermann in meine Schnecke gesteckt.“ Mehr erzählt sie nicht darüber, sie will spielen und nicht reden. Als unsere Zeit um ist, möchte sie nicht gehen. Mehrmals vergewissert sie sich, dass sie wiederkommen darf. Schließlich spricht sie aus, was ihr Sorgen bereitet: „Wenn der Oliver das nicht mehr macht, dann darf ich doch nicht mehr kommen. Darf ich dich dann aber besuchen?“ Ich erkläre Maditha, dass sie jetzt ganz oft zu mir kommen darf, auch wenn sie Oliver gar nicht mehr sieht.

Anamnese und psychischer Befund

Maditha wurde in dem halben Jahr vor unserem Erstkontakt mehrfach von Oliver, ihrem dreizehnjährigen Cousin, sexuell missbraucht. Als sie ihrer Mutter davon erzählt, sind die Eltern fassungslos und rufen sofort bei uns an. Sie hatten schon länger Veränderungen an ihrer Tochter beobachtet, die sie jetzt einordnen können: Maditha verhält sich in letzter Zeit auffallend sexualisiert – misst sie z. B. bei ihren Puppen Fieber, steckt sie ihnen das Thermometer in die Scheide – und zeigt gleichzeitig Angst und Ablehnung gegenüber Jungen und Männern. So möchte sie auch mit ihrem Vater kaum noch etwas zu tun haben und bittet die Mutter häufiger darum, dass der Vater nicht mitkommt, wenn die Familie gemeinsame Unternehmungen plant. Nachts möchte Maditha ihre Unterwäsche anlassen und sie will nicht mehr bei ihrer Oma schlafen, weil sie sich dann abends umziehen müsste. Außerdem wird sie schnell ärgerlich, wenn ihr etwas nicht sofort gelingt, und sie wirkt insgesamt unausgeglichen und weniger fröhlich als früher.

Aus der Forschung über die Folgen von sexuellem Missbrauch weiß man, dass Kinder als Reaktion auf Missbrauchserlebnisse sehr unterschiedliche psychische Beeinträchtigungen entwickeln und es kein Symptom oder Syndrom gibt, an dem ein sexueller Missbrauch eindeutig zu erkennen wäre (Amann & Wipplinger, 2004;

Moggi, 2004). Sexualisiertes Verhalten, wie es Maditha zeigt, ist jedoch relativ „typisch“, da es nach sexuellem Missbrauch häufiger als nach anderen belastenden Lebensereignissen auftritt (Kendall-Tackett, Meyer Williams & Finkelhor, 1997). In den kindlichen Reaktionen auf sexuellen Missbrauch lässt sich oft ein Sinn erkennen: Sie stellen Überlebens- oder Bewältigungsstrategien dar (Freund, 2004). So können Madithas Ablehnung von Jungen und Männern, ihr Beharren darauf, nachts mit Unterwäsche zu schlafen sowie ihre Weigerung, sich woanders als zu Hause umzuziehen, als Versuch betrachtet werden, sich vor weiterem Missbrauch zu schützen.

Der therapeutische Prozess

In einem Zeitraum von neun Monaten finden mit Maditha 23 Spieltherapiesitzungen statt. Zusätzlich führe ich alle zwei bis drei Monate ein Gespräch mit der Mutter oder mit beiden Eltern zusammen. Ziel dieser insgesamt vier Gespräche ist es, den Eltern – u. a. durch Informationsvermittlung über sexuellen Missbrauch und seine Folgen – die Einfühlung in ihre Tochter zu erleichtern und sie so in ihrer liebevollen und personzentrierten Haltung zu ihr zu bestärken (vgl. Enders, 2001). Durch den gegenseitigen Austausch darüber, wie wir Maditha erleben, erhalte ich zudem eine Rückmeldung über Veränderungen in Madithas Verhalten außerhalb des Therapiesetting. Madithas Eltern nutzen neben den Gesprächen mit mir außerdem das Angebot, ihre eigenen Gefühle im Zusammenhang mit dem Missbrauch der Tochter und ihren zukünftigen Umgang mit dem Täter in fünf wöchentlich aufeinander folgenden Beratungsgesprächen mit meiner Kollegin zu klären. Madithas Eltern hatten sofort mit ihrer Schwester bzw. Schwägerin, die die Mutter des Täters ist, gesprochen und waren zunächst erfreut über die Reaktion: Sie veranlasste für ihren Sohn ein Gespräch in einer Beratungsstelle gegen Männergewalt. Kurze Zeit später äußert sie sich jedoch dahingehend, dass Maditha die Übergriffe provoziert hätte. Auch der Rest der Großfamilie stellt sich auf die Seite des Täters. Die Eltern sind sehr enttäuscht darüber und sind erleichtert, mit meiner Kollegin darüber sprechen zu können. Um weitere Zusammentreffen zwischen Maditha und ihrem Cousin zu verhindern, brechen sie den Kontakt zu ihm und seiner Mutter ab und fahren mit Maditha nur noch dann zur Großmutter, wenn der Cousin nicht auch zu Besuch kommt.

Im Folgenden schildere ich chronologisch einzelne Spielszenen, die Madithas Entwicklung exemplarisch dokumentieren, sowie Gesprächssequenzen mit den Eltern. In unserer zweiten Stunde dreht sich das Spiel wieder hauptsächlich um den Hai. Er wird krank. Maditha teilt mir die Rolle der Ärztin und sich die Rolle der Krankenschwester zu. Wie auch in der ersten Stunde verhalte ich mich non-direktiv und folge Madithas Anweisungen, was ich in meiner Rolle zu tun und zu sagen habe. Wir behandeln den Hai mit Hilfe der Utensilien unseres Arztkoffers und er wird wieder gesund. Später in der Stunde stellt Maditha einen Zusammenhang zu diesem Spiel her: Ihre Mutter hat ihr erzählt, dass Oliver krank ist. (Wie diese

mir in unserem nächsten Gespräch mitteilt, hat sie Maditha erklärt, nur kranke Menschen würden Mädchen so weh tun, wie Oliver ihr weh getan habe. Auch hat sie ihr gesagt, Oliver würde jetzt zum Arzt gehen, womit sie kindgerecht auszudrücken versuchte, dass er eine Therapie in einer Männer-Beratungsstelle macht.) Trotz meiner Versicherung nach der ersten Stunde, dass sie jetzt ganz oft zu mir kommen darf, ist sich Maditha dieses Angebots noch nicht sicher und fragt auch nach der zweiten Stunde mehrfach, ob sie wiederkommen darf und ob ich auch ganz sicher da sein werde, wenn sie kommt.

Zwischen der zweiten und dritten Stunde führe ich ein Gespräch mit der Mutter alleine, um ihr zu erklären, wie ich arbeite und ihr die Gelegenheit zu geben, Sorgen oder Fragen zu äußern. In diesem Gespräch macht die Mutter eine Sorge zum Thema, die sie mit Eltern in vergleichbaren Situationen teilt: Ihre Tochter möchte mit ihr nicht weiter über den Missbrauch sprechen. Sie befürchtet, dass Maditha ihr Leid in sich „hineinfrisst“ und es ohne Reden nicht loswerden kann. Ich beruhige die Mutter, dass Maditha nicht über die Details des Missbrauchs sprechen muss, um von den erlittenen Verletzungen zu heilen, sondern dass sie es auf ihre Weise verarbeiten wird, wobei das Spielen eine wichtige Funktion hat (s. o.). Wir könnten Maditha da ganz vertrauen. Die Mutter wirkt erleichtert. Wir verabreden, dass sie Maditha nicht weiter zum Sprechen drängt, ihrer Tochter aber zu verstehen gibt, dass sie, wenn sie es möchte, mit ihr über alles sprechen darf, was sie beschäftigt.

In den folgenden Stunden wiederholen sich die Rollenspiele aus den ersten beiden Sitzungen: Der Hai, gespielt von Maditha, verletzt andere Tiere und frisst sie auf. Mal ist er lieb, mal böse. Immer wieder soll ich die Stärke des Hais bewundern, wenn Maditha ihn unter vollem Körpereinsatz durch imaginierte Wellen toben lässt oder sein Maul aufreißt und sagt: „Du musst sehen, wie viele Zähne der Hai hat und was für einen großen Mund.“

Ab der dritten Stunde fange ich an, mich zu wehren, wenn der Hai mich bzw. ein Tier, das ich spiele, angreift und gebe hierbei meine non-direktive Haltung auf. Zum einen tue ich dies, da es unangenehm ist, wenn mir Maditha die spitzen Zähne des Hais ins Bein haut, d. h. meine Kongruenz gebietet, mich hier zu verteidigen. Maditha kommentiert jeweils, ob mein Wehren Erfolg hat oder nicht: Das eine Mal stirbt der Hai durch meine abwehrenden Boxschläge, das andere Mal habe ich keine Chance. Zum anderen halte ich es – wie es beispielsweise auch Goetze (2002) empfiehlt – für günstig, missbrauchte Kinder zu bestärken, sich selbst besser durchzusetzen und in Situationen, in denen ihre Grenzen verletzt werden, „nein“ zu sagen. Eine solche Bestärkung geschieht, indem ich Maditha ein Modell für wehrhaftes Verhalten liefere, was ich auch in anderen Situationen tue: Maditha fragt mich mehrmals, welches Tier ich als nächstes spielen möchte. Suche ich mir dann eins aus, sagt sie, ich solle ein anderes nehmen. Ich bestehe jedoch auf meinem Wunsch und mache deutlich, dass es doch gerade darum ging, dass ich wählen darf und es mir dann wichtig ist, dass meine Wahl akzeptiert wird.

In der Supervision spreche ich darüber, wie ich mit Madithas Angst umgehen kann, dass sie mich nicht wiedersehen darf. Wir finden die Lösung, dass ich bei unserer nächsten Terminvereinbarung ihrer Frage, ob sie wirklich wiederkommen darf und ich dann auch da sein werde, zuvorkomme und die Rollen tausche. So frage ich Maditha nach der dritten Stunde, als ich mit ihrer Mutter einen neuen Termin abspreche: „Maditha, kommst du auch ganz sicher nächstes Mal wieder?“ „Ja“, sagt sie. „Ich freue mich schon auf dich“, erwidere ich. „Warum?“ möchte sie wissen. „Weil es mir Spaß macht, mit dir zu spielen.“ antworte ich ganz authentisch. Daraufhin hüpft Maditha vergnügt durch den Flur und ruft mir zum Abschied zu: „Tschüß, du kleine Meise.“ – Eine Meise zu haben oder dies gesagt zu bekommen, ist ja üblicherweise nicht unbedingt ein Kompliment, als solche betitelt zu werden, ist es in diesem Fall offensichtlich schon. Wie ich im weiteren Spiel noch sehen werde, sind Vögel in Madithas Vorstellungswelt sympathische und verlässliche Tiere. Auf alle Fälle scheint sie sich von nun an sicher zu sein, dass ich ihr nicht plötzlich wieder verloren gehe.

In der vierten Stunde erzählt mir der Hai, der aktuell lieb und mit mir befreundet ist, eine Geschichte: Als er klein war, wurde er von einem bösen großen Hai gebissen und war tot. Jetzt beißt er alle, die ihm oder seinen Freunden etwas Böses anhaben wollen. „Jetzt wehrst du dich, wenn dir jemand weh tun will“, sage ich. „Jetzt kannst du das und bist stark genug.“

Die ersten Stunden werden vor allem von ihrem Spiel mit dem Hai geprägt, doch es gibt auch Szenen, in denen Tiermütter mit ihren Kindern sprechen und sich um sie kümmern. Auffällig ist, dass es anfangs keine Väter in ihren Spielen gibt. Durch den Missbrauch war Maditha zu der Überzeugung gelangt, dass alle Jungen und Männer, so auch Väter, gefährlich sind und es besser ist, mit ihnen keinen Kontakt zu haben. In den folgenden Therapiestunden lässt sich in eindrucksvoller Weise beobachten, wie es dem Mädchen gelingt, eine Modifikation dieses zu begrenzten Schemas vorzunehmen. Freundliche Männer-Gestalten treten im therapeutischen Spiel zunächst als Ehemänner auf. So heiratet der liebe Hai erst den Schmetterling, später dann die Vogelmutter, die bereits drei Jungen hat. Für die Vögel richtet Maditha im Puppenhaus zwei Zimmer ein: ein Spielzimmer für die Kinder und ein Badezimmer für die Mutter. Der Hai ist leider zu groß und kann nicht mit ins Haus. Deshalb übernimmt er vor dem Haus die Funktion des „Wachters“.

In einer späteren Stunde ist der Hai der Vater zweier kleiner Wölfe. Maditha spielt, dass einer der Wölfe Angst vor dem Vater hat, weil sich dieser ihm zu schnell nähert. So greifbar nah setzt Maditha hier ihre eigene Angst vor dem Vater in Szene, dass ich in meiner Kommentierung des Geschehens automatisch von der Spiel- auf die Realitätsebene wechsele und sie direkt anspreche, indem ich sage: „Der Vater muss vorsichtig mit dir sein, sonst erschrickst du. Ihr müsst langsam zueinander Vertrauen aufbauen.“ „Ja“, antwortet Maditha, auf der Spielebene bleibend, „wenn der Vater langsam kommt, dann möchte der kleine Wolf auch mit dem Vater spielen.“

Dass jedoch nicht nur der Wolf, sondern auch Maditha wieder mit dem Vater spielen möchte, demonstriert sie direkt nach dieser Stunde, von der sie ihr Vater abholt. Sie läuft zu ihm, ruft mir zu: „Schau mal, was ich kann!“ und klettert lachend an ihrem Vater hoch, bis sie auf seiner Schulter sitzt. Auch der Vater fängt daraufhin zu lachen an und der Blick, den er mir zuwirft, spiegelt seine Erleichterung und seine Freude über die wiedergewonnene Nähe zu seiner Tochter. In einer der nächsten Stunden erlaubt die Vogelmutter dem Hai, der in dieser Szene nur ein entfernter Bekannter von ihr ist, die kleinen Vogeljungen anzuschauen. Die kleinen Vögel bekommen Angst, weil sie den Hai nicht kennen. Dann spielt der Hai mit den kleinen Wölfen. Ich frage Maditha, ob sie keine Angst vor ihm haben. „Nein“, sagt sie, „das ist doch ihr Papa.“

Das Ende unserer Stunden kommt Maditha fast immer zu früh und sie beschwert sich mehrfach bei ihrer Mutter oder ihrem Vater, die sie abholen, dass es „minikurz“ war. Allmählich geht Maditha auch zu ruhigeren Spielen über. Sie stellt mit Puppen Alltagsszenen in der Puppenstube dar, kocht Tee und backt Kuchen in unserer Sandkiste, malt und knetet. Dabei zeigt sie viel Ausdauer und kann es auch verkraften, dass sie meine Knetfigur viel schöner findet als ihre eigene.

In einer Stunde – der Hai ist wieder mit dem Vogel verheiratet – lacht der Hai darüber, dass sich die kleinen Vögel so aus dem Nest recken. Ich kommentiere das Geschehen: „Der Vater macht sich über die Kinder lustig und das mögen die nicht.“ Maditha übernimmt die Rolle der Vogeljungen und sagt: „Warum lachst du über uns? Wir wollen nicht, dass du über uns lachst.“ Und die Vogelmutter lässt sie sagen: „Mach dich nicht über die Kleinen lustig, wenn sie versuchen zu fliegen.“

Fast all unsere Kommunikation findet über das Spielen statt. Als Maditha und Anna miteinander zu reden, empfindet Maditha als langweilig. Einmal beginne ich die Stunde mit einem Gespräch darüber, dass sie bald Geburtstag hat. Sie erzählt, dass sie fünf wird und dann so groß ist wie ihre Freundin Petra. Nachdem sie mir erklärt hat, wer Petra ist, schaut sie hoch und sagt vorwurfsvoll: „Sollen wir heute die ganze Zeit warten, bis die Stunde vorbei ist?“ So geht es also weiter mit Spielen, Spielen, Spielen. Themen von früher werden wiederholt und neue kommen dazu. In einer Stunde baut Maditha ein paar Möbel der Puppenstube auf dem Teppich auf. Ein Mädchen und ein junger Mann sitzen in der Küche und frühstücken. Da klingelt das Telefon und das Mädchen geht dran. Sie schreit ihren Gesprächspartner an. „Das Mädchen ist wütend“, kommentiere ich. Maditha legt heftig den Hörer auf die Gabel und sagt: „Das hört man auf der ganzen Welt, bis nach Afrika.“

Auch in ihrem Alltag wird Maditha lauter und wehrt sich. Die Mutter berichtet, dass sich Maditha von anderen Kindern und von ihr selbst nicht mehr so viel gefallen lässt. Sie freut sich darüber und kann gut mit Madithas Widerstand umgehen. In einem gemeinsamen Gespräch erzählen mir die Eltern, dass Maditha wieder lacht und tanzt. Nicht nur im Kontakt mit mir, sondern auch zu Hause und im Kindergarten wirkt sie fröhlich und lebendig.

Auswirkungen des Missbrauchs sind noch dahingehend zu spüren, dass Maditha weiterhin nur mit Unterwäsche unter ihrem Schlafanzug schläft und nicht alleine woanders übernachten möchte. Der Kontakt zum Vater hat sich normalisiert. Sie sucht von sich aus seine Nähe und macht deutlich, wann sie genug vom Kuscheln hat und in Ruhe gelassen werden möchte. Das sexualisierte Verhalten hat nachgelassen. Die Eltern und ich besprechen, dass wir vorsichtig die Endphase der Therapie einleiten. Wir planen, dass Maditha jetzt nur noch alle zwei Wochen zu mir kommt und wir die Treffen dann langsam ausschleichen.

Noch bevor ich eine Gelegenheit finde, das Thema „Abschied“ anzusprechen, bringt es Maditha in der nächsten Stunde auf den Tisch bzw. auf die Bühne. Wie sich herausstellt, hat die Mutter bereits mit ihr darüber gesprochen. Im Spiel passiert nun Folgendes: Maditha ist der Hai, ich bin die Fledermaus. Die Fledermaus verletzt den Hai aus Versehen, weil sie sich zu stark an seiner Haut festkrallt. Der Hai stirbt an den Verletzungen und kommt in den Himmel. Dort scheint ein magisches Licht, das den Hai wieder lebendig macht. Er kommt zurück an den Fluss, an dem die Fledermaus sitzt und weint, weil sie den Hai, ihren Freund, verloren glaubt. Später in dieser Stunde rede ich mit Maditha über unseren Abschied. Ich sage ihr, dass ich den Eindruck habe, es gehe ihr jetzt viel besser und sie brauche deshalb nicht mehr so oft zu mir zu kommen. Sie antwortet darauf nicht, doch der Hund bestätigt mir, dass es Maditha wieder gut geht. Ich frage Maditha, wie es für sie sei, wenn sie nicht mehr zu mir kommen würde. „Ganz doof“, sagt sie. Ich erwidere, dass ich auch traurig sein werde, wenn wir uns nicht mehr sehen und dass wir uns jetzt erst einmal weiterhin treffen, nur nicht mehr so oft. Dabei denke ich daran, wie schnell Maditha und ich zu Beginn der Therapie in Kontakt gekommen sind, dass dieser Kontakt jedoch anfangs von Madithas Misstrauen überschattet war, ich könnte einfach wieder verschwinden. Das soll auf keinen Fall passieren. Wir brauchen Zeit für unseren Abschied, damit er das natürliche Ende eines Prozesses markiert und Maditha ihn nicht als ein Verlassen-Werden erlebt.

Nach dem kurzen Wortwechsel über unsere Gefühle, die unseren Abschied betreffen, entwickelt Maditha ein neues Szenario: Ich bin Ärztin und operiere auf der blauen Matratze meine Patienten. Maditha spielt, sie sei ein Leopard, den sie diesmal selbst verkörpert und nicht durch ein Stofftier darstellen lässt. Der Leopard hat im ganzen Körper Bakterien – in Madithas Fachsprache heißt das: „ein Mezodrom an Bekterien, gonz schworz ist es“ – und ich muss die Bakterien herausoperieren. Wie man das macht, hat mir Maditha in den vielen Stunden zuvor, in denen wir gemeinsam Tiere operiert haben, beigebracht: Man gibt dem Patienten oder der Patientin eine Schlafspritze, schneidet die betroffenen Körperstellen auf und holt vorsichtig mit einer Pinzette jedes einzelne Bakterium heraus. Da Bakterien so klein sind, braucht man manchmal eine Assistentin, die über kleinere Augen verfügt – z. B. den Vogel –, denn mit kleineren Augen kann man kleine Bakterien besser erkennen. Ich operiere also nach allen Regeln der Kunst, doch die Bakterien gehen nicht

richtig weg. Deshalb muss ich den Leoparden noch einmal behandeln. Schließlich ist er wieder gesund und trollt sich vergnügt von dannen. „Schau, wie der Leopard jetzt wieder springen kann“, ruft Maditha und hüpfte durch den Raum. Nun behandle ich meinen nächsten Patienten, den Hai. Während ich ihn operiere, kommt der Leopard wieder angesprungen und kuschelt sich mit auf die Matratze. Maditha sagt: „Der Leopard ist zu dir zurückgekommen und bleibt jetzt immer bei dir!“ Auch auf diese Weise zeigt mir Maditha, dass sie *noch* nicht gehen möchte.

Wie beschlossen schleichen wir die Therapie deshalb *allmählich* aus. Die Mutter bestätigt mir in einem Abschlussgespräch, dass alle Symptome, die Maditha nach dem Missbrauch entwickelt hatte, verschwunden sind: So traut sie sich jetzt auch wieder, woanders zu übernachten, geht mit dem gleichaltrigen Sohn einer Freundin unbefangen in die Badewanne und zeigt kein sexualisiertes Verhalten mehr. Zur letzten Stunde wird Maditha von beiden Eltern gebracht und bringt mir einen riesigen Blumenstrauß mit. Ich mache ihr auch ein Abschiedsgeschenk: einen Stofftier-Leoparden. Maditha packt ihn aus, strahlt mich an und sagt: „So einen hab ich mir schon ganz lange gewünscht!“ Die letzte Stunde ist dann auch dem Spiel mit dem Leoparden gewidmet. Er erkrankt, wird einer Operation unterzogen und lässt sich ausführlich pflegen. Ich frage Maditha, wie sie es findet, dass heute unsere letzte Stunde ist. Sie sagt traurig: „Das find' ich gar nicht gut.“ Doch dann erhellt sich ihr Gesicht wieder und sie fügt an: „Aber wenn ich dich vermisse, kann ich dich ja besuchen.“ Mit Maditha und ihren Eltern habe ich eine Nachuntersuchung in einem halben Jahr vereinbart – dann schauen wir, ob tatsächlich alle Bakterien verschwunden sind.

Reflexion

Wie Maditha ihre „Bakterien“ – ihr Misstrauen, ihr sexualisiertes Verhalten, ihre geringe Frustrationstoleranz etc. – losgeworden ist, versuche ich im Folgenden genauer zu analysieren. Konkret erfolgt eine Prüfung, welche Schemamodifikationen sie vorgenommen hat und inwieweit die dargestellte Praxis mit Theorie und Forschungsergebnissen kompatibel ist.

Verlauf der Therapie

Maditha nahm mein Beziehungs- und Spielangebot sofort an und begann bereits in der ersten Stunde, über das Spiel innere Erlebnis-Anteile auszudrücken. Nach Schmidtchen (1996) besteht das Heilsame des (therapeutischen) Spiels in der Entwicklung von Problemlöseverhalten und der Überarbeitung von Schemata, die zu begrenzt oder unrealistisch sind. Als am geeignetsten dafür bezeichnet er das Phantasiespiel, das geistig am anspruchvollsten ist, da es Vorstellungsbilder, Einsichten, Wissensinhalte und Erlebnisse in zielgerichteter Weise miteinander kombiniert. Maditha füllte die Zeit,

die wir miteinander verbrachten, zu über 90% mit Rollenspielen, als deren Protagonisten sie unsere Stofftiere einsetzte und deren „Drehbücher“ sie im Prozess des Spielens entwickelte. Riedel (2004) sieht den Beginn der Ablösephase in der Spieltherapie dadurch gekennzeichnet, „dass hochverdichtete und stark konfliktbehaftete Szenen im Verlauf der einzelnen Stunden zunehmend an Bedeutung verlieren“ (S. 352) und stattdessen andere Themen und Aktivitäten interessant werden. Das nahende Ende unserer Therapie zeichnete sich dieser These entsprechend aus meiner Sicht ab, als Maditha die Stunden nicht mehr vollständig für ihr Phantasiespiel nutzte, sondern sich auch anderen Beschäftigungen, z. B. dem Kneten von Figuren, zuwandte. Der von mir in Absprache mit den Eltern in die Wege geleitete Abschied wurde von Maditha im Spiel (die Fledermaus weint um den verloren geglaubten Freund – der Leopard wird nach gelungener Operation wieder vollkommen gesund – die vollzogenen Trennungen werden zunächst noch einmal rückgängig gemacht) verarbeitet und auf der Realitätsebene durch das Ritual unserer gegenseitigen Abschiedsgeschenke besiegelt.

Schemamodifikationen

Durch die Art ihres Spiels – das Phantasiespiel – schaffte sich Maditha viel Gelegenheit, Schemata zu überarbeiten oder neu zu entwickeln und Problemlösungen zu erproben. So konnte sie verzerrt wahrgenommene Erfahrungen korrigieren und in ihr Erleben integrieren. Da sie über hilfreiche interne Ressourcen wie Intelligenz und Neugier sowie externe Ressourcen in Form verständnisvoller und Geborgenheit vermittelnder Eltern verfügte, waren ihre Selbstheilungsfähigkeiten so groß, dass ich nur sehr geringen Gebrauch von direktiven Hilfen machen musste, diese jedoch an einigen wenigen Stellen gezielt einsetzte (s. u.). Wichtige Themen und Verarbeitungsschritte in Madithas therapeutischem Prozess waren:

- *die Ambivalenz, die Maditha dem Missbraucher gegenüber empfindet*: Er hat sich liebevoll um sie gekümmert und er hat ihr weh getan. Er war zu ihr sowohl „gut“ als auch „böse“, was für Maditha schwer zu begreifen war. Nach Hall (1997) ist Spieltherapie für ein sexuell missbrauchtes Kind die beste Methode, um unbewusste Konflikte zwischen gut und böse sowie Macht und Ohnmacht auszudrücken. Maditha tat dies durch ihr Spiel mit dem Hai, der ständige Verwandlungen von gut/lieb/beschützend nach böse/verletzend/zerstörend durchmachte. Dadurch schien es ihr zu gelingen, ihre gegensätzlichen Erfahrungen mit dem Missbraucher zu integrieren. Zudem wurde es Maditha möglich, ihre Gefühle von Zuneigung und Ablehnung gleichermaßen zuzulassen: Oliver auch jetzt noch zu mögen, jedoch nicht zu mögen, was er mit ihr gemacht hat.
- *die Unterscheidung zwischen vertrauenswürdigen und nicht vertrauenswürdigen Menschen*: Maditha hielt nach dem Missbrauch durch den Cousin zunächst alle Jungen und Männer, so auch ihren

Vater, für gefährlich. Deswegen wollte sie mit Jungen und Männern zunächst nichts mehr zu tun haben. Der Vater sollte in der ersten Therapiestunde sofort aus dem Zimmer gehen, da sie sich ohne ihn sicherer fühlte. Wie es Riedel (2004) als typisch für die Therapie mit sexuell missbrauchten Kindern bezeichnet, nahmen in Madithas Spiel die Themen „Sicherheit“, „Vertrauen und Misstrauen“ sowie „Nähe und Distanz“ eine zentrale Rolle ein. Mit Hilfe ihres Spiels schien Maditha zu erkennen, dass nicht alle (Tiere und so auch) Menschen unvermutet von „lieb“ nach „böse“ wechseln und daraus zu schlussfolgern, dass sie denen, die das nicht tun, vertrauen kann, auch wenn es sich dabei um Jungen oder Männer handelt. Wie man Vertrauen fassen kann, erprobte Maditha ebenfalls im Spiel: Wenn der Hai sich den Wolfsjungen langsam nähert, merken sie, dass er nichts Böses im Schilde führt und wollen mit ihm spielen. Übertragen auf Madithas Beziehung zu ihrem Vater schien dies zu bedeuten: Nachdem sie ihn eine Zeit lang aus der Distanz beobachtet und er ihre Grenzen geachtet hatte und nicht böse geworden war, konnte sie ihm wieder vertrauen und Nähe zu ihm zulassen.

Auch in der Beziehung zu mir wurde Madithas anfängliches Misstrauen deutlich, ob ich so bleiben würde, wie ich mich ihr präsentierte. Ging Maditha auch sehr schnell mit mir in Spielkontakt, so zweifelte sie doch zunächst noch, ob ich mein Beziehungsangebot aufrechterhalte und fragte mich nach den ersten beiden Stunden jeweils mehrfach, ob wir uns auch wirklich wiedersehen. Statt an diesem Punkt lediglich ihre Angst aufzugreifen, von mir verlassen zu werden und diese Angst durch gegenteilige Beteuerungen zu reduzieren zu versuchen, brachte ich authentisch meinen eigenen Wunsch nach weiteren Treffen mit ihr ein: Ich machte ihr deutlich, dass ich mich auf unser Wiedersehen freute. Dadurch überzeugte sich Maditha von meiner Verlässlichkeit und sie konnte ihre Angst vor Verrat und Verlust, die zentrale Erfahrungen bei sexuellem Missbrauch darstellen (Finkelhor & Browne, 1985; Goetze, 2002), überwinden.

- *Selbstbestimmung und -entfaltung:* In Madithas Spiel waren die Opfer, die sich der böse Hai auswählte, seinen Übergriffen hilflos ausgeliefert. Wie es für missbrauchte Kinder typisch ist (siehe hierzu Goetze, 2002), teilte sich Maditha, die jeweils den Hai spielte, die Rolle des Überlegenen bzw. des Täters zu und mir die unterlegenen bzw. Opferrollen. In diesen Spielszenen machte ich ab der dritten Stunde eine Ausnahme von dem Prinzip, dass das Kind alleine den Weg weist und griff zu einer der von Schmidtchen (1996) benannten direktiven Hilfen: Wenn ein Tier, das ich spielen sollte, oder ich selbst von dem Hai angegriffen wurden, wehrte ich mich und zeigte somit Modellverhalten für Situationen, in denen Grenzverletzungen passieren. Ebenfalls zum Modell für „wehrhaftes Verhalten“ wurde ich dadurch, dass ich mich beschwerte, wenn Maditha mir vor dem Beginn unseres Spiels anbot, eine Tierrolle auszuwählen, mir nach meiner Wahl jedoch etwas anderes vorschreiben wollte. Dadurch gab ich darauf Acht, dass zwischen Maditha und mir Gleichberechtigt-

gung herrschte und dass meine Interessen ebenfalls geachtet wurden, was Behr (2003) als wichtige Verhaltensregel zur Wahrung von Kongruenz formuliert hat.

Meine authentische Präsenz und mein daraus erwachsendes Verhalten schafften für Maditha den Raum, ihre Selbstheilungskräfte zu mobilisieren. Sie fasste den Mut, sich gegenüber Grenzverletzungen zu wehren. Sowohl in der Therapie als auch im Kontakt mit ihren Eltern machte sie in der Folgezeit die Erfahrung, dass ihre Bedürfnisse und Grenzen ernst genommen werden und ihr Wehren, das sie im Spiel erprobte (s. Telefonszene mit dem Mädchen, das so laut schreit, dass man es auf der ganzen Welt hört) und in ihrem Alltag zunehmend stärker praktizierte, Erfolg hat.

Insgesamt wurde Maditha im Laufe der Zeit immer forscher. Spielte sie anfangs nur mit den Stofftieren, *erforschte* sie im Laufe der Zeit unser gesamtes Inventar, bezog immer mehr Gegenstände und Materialien in ihr Spiel ein und probierte sich in verschiedenen Aktivitäten aus. Ihre Frustrationsfähigkeit (z. B. beim Kneten) und ihre Selbstakzeptanz wuchsen deutlich.

Fazit

Maditha ist ein wunderbares Beispiel dafür, dass ein Kind mit adäquater Begleitung den Weg aus seinen Schwierigkeiten selbst finden kann. Sie bestätigt damit, was der klientenzentrierte Ansatz postuliert: dass nämlich Menschen in sich selbst die Fähigkeit besitzen, sich in konstruktiver Weise zu entwickeln und man sich darauf verlassen kann, dass sie dies tun, wenn Bedingungen geschaffen werden, die ihr Entwicklungspotential aktivieren oder zumindest nicht blockieren (Rogers, 1977b). Aufgrund der liebe- und verständnisvollen Haltung ihrer Eltern und der guten Zusammenarbeit zwischen ihnen und mir wurde Maditha sehr sicher und umfassend begleitet und fand dadurch ein wachstumsfreundliches Klima vor. Somit unterstreicht ihre Entwicklung auch, was die Forschung zu sexuellem Missbrauch und dessen Folgen herausgefunden hat: Erfährt ein Kind nach sexuellem Missbrauch soziale Unterstützung in Form von Hilfe durch Bezugspersonen und/oder Therapie, ist das Risiko der Entwicklung bzw. Chronifizierung psychischer Probleme geringer (Finkelhor & Berliner, 1995; Pynoss et al., 1995).

Abschließend kann daher festgehalten werden, dass personenzentrierte Spieltherapie gut geeignet ist, um sexuell missbrauchte Kinder bei der Verarbeitung ihrer Erlebnisse zu unterstützen. Für Therapeutinnen und Therapeuten bieten die spieltherapeutische Theorie nach Axline (1947/1997) und deren Weiterentwicklungen (siehe z. B. Behr, 2003; Goetze, 2002; Schlippe-Weinberger, 2004; Schmidtchen, 1996; Weinberger, 2001) eine sehr hilfreiche Orientierung bezüglich ihrer therapeutischen Haltung wie auch ihres therapeutischen Handelns, entheben sie jedoch nicht von der Aufgabe, im Kontakt mit dem Kind flexibel und intuitiv – also im wahren Sinne des Wortes klientenzentriert – zu agieren.

Literatur

- Amann, G. & Wipplinger, R. (2004). Verhaltenstherapie bei kindlichen Opfern eines sexuellen Missbrauchs. In W. Körner & A. Lenz (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Bd. 1: Grundlagen und Konzepte* (S. 355–367). Göttingen: Hogrefe.
- Axline, V. M. (1997). *Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren* (R. Bang, Übers.). München: Ernst Reinhardt. (Original erschienen 1947: *Play Therapy. The Inner Dynamics of Childhood*. Boston: Houghton Mifflin)
- Bange, D. & Deegener, G. (1996). *Sexueller Missbrauch an Kindern. Ausmaß, Hintergründe, Folgen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Behr, M. (2003). Interactive Resonance in Work with Children and Adolescents: A theory-based concept of interpersonal relationship through play and the use of toys. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2, 89–103.
- Enders, U. (Hrsg.) (2001). *Zart war ich, bitter war's. Handbuch gegen sexuellen Missbrauch*. Köln: Kiepenheuer & Wietsch.
- Elliot, A. N. & Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child Maltreatment: Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children*, 6, 314–331.
- Finkelhor, D. (1997). Sexueller Mißbrauch von Kindern. Aufgaben und Probleme für den Jugendschutz und professionelle Helfer. In W. Hilweg & E. Ullmann (Hrsg.), *Kindheit und Trauma. Trennung, Mißbrauch, Krieg* (S. 117–134). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Finkelhor, D. & Berliner, L. (1995). Research on the Treatment of Sexually Abused Children: A Review and Recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1408–1423.
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530–541.
- Freund, S. F. (2004). Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In W. Körner & A. Lenz (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Bd. 1: Grundlagen und Konzepte* (S. 326–339). Göttingen: Hogrefe.
- Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hall, P. E. (1997). Play therapy with sexually abused children. In H. G. Kaduson, D. Cangelosi & Ch. E. Schaefer (Eds.), *The playing cure. Individualized play therapy for specific childhood problems* (pp. 171–194). Northvale (N. J.): Jason Aronson.
- Kaatz, S. (1998). Personenzentrierte Kinderspieltherapie. In G. Hörmann & W. Körner (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (S. 257–277). Eschborn: Dietmar Klotz.
- Kendall-Tackett, K. A., Meyer Williams, L. & Finkelhor, D. (1997). Die Folgen von sexuellem Mißbrauch bei Kindern: Review und Synthese neuerer empirischer Studien. In G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch* (S. 151–186). Tübingen: dgvt.
- Klees, K. (2004). „Wir wollen über nichts Schlimmes erzählen!“. Kriterien zur Diagnostik des posttraumatischen Spiels. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 3, 171–176.
- Körner, W. (2002). Kinder-Spieltherapie. In D. Bange & W. Körner (Hrsg.), *Handwörterbuch Sexueller Missbrauch* (S. 284–291). Göttingen: Hogrefe.
- Mogel, H. (1994). *Psychologie des Kinderspiels*. Berlin: Springer.
- Moggi, F. (2004). Folgen sexueller Gewalt. In W. Körner & A. Lenz (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Bd. 1: Grundlagen und Konzepte* (S. 317–325). Göttingen: Hogrefe.
- Oerter, R. (1997). *Psychologie des Spiels*. Weinheim: PVU.
- Piaget, J. (1969). *Nachahmung, Spiel und Traum*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1945: *La formation du symbole chez l'enfant: imitation, jeu et rêve, image et représentation*. Paris: Delachaux et Niestlé)
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. & Wraith, R. (1995). A developmental model of childhood traumatic stress. In D. Chicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology. Risk, Disorder, and Adaption* (Vol. 2, pp. 72–95). New York: John Wiley & Sons.
- Riedel, K. (1997). Personenzentrierte Kindertherapie bei sexueller Mißhandlung. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Anwendung und Praxis* (S. 159–180). Göttingen: Hogrefe.
- Riedel, K. (2004). Personenzentrierte Kinderpsychotherapie bei sexuellem Missbrauch. In W. Körner & A. Lenz (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Bd. 1: Grundlagen und Konzepte* (S. 340–354). Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C. R. (1942a/1972). *Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin; dt. 1972: *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1951a/1973). *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin; dt. 1973: *Die klientbezogene Gesprächstherapie*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1977b). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Rushton, A. & Miles, G. (2000). A study of support service for current carers of sexually abused girls. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5, 411–426.
- Schlippe-Weinberger, S. (2004). Kindern spielend helfen – spielend leicht? oder Der Therapeut mit der Pappnase. *PsychotherapeutenFORUM*, 11, 5–12.
- Schmidtchen, S. (1993). Zwei Fliegen mit einer Klappe? Evaluation der Hypothese eines zweifachen Wirksamkeitsanspruches der klientenzentrierten Spieltherapie. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 40, 34–42.
- Schmidtchen, S. (1996). *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie*. Weinheim: PVU.
- Weinberger, S. (2001). *Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung*. Weinheim: Beltz.

Autorin

Anna Julia Wittmann, Dr. phil., geb. 1971, Psychologin mit Ausbildung in Personenzentrierter Psychotherapie, arbeitet in einer Beratungsstelle für Kinder und Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen in Magdeburg; Arbeitsschwerpunkte: Hochbegabtenberatung, Beratung und Therapie nach sexuellen Gewalterfahrungen.

Korrespondenzadresse

Dr. Anna Wittmann
 Wilhelm-Raabe-Str. 6
 39108 Magdeburg
 E-Mail: anna.wittmann@gmx.de

Klaus Fröhlich-Gildhoff

Personzentrierte pädagogische und therapeutische Arbeit mit aggressiven/ gewalttätigen Kindern und Jugendlichen^{1,2}

Zusammenfassung: *In diesem Beitrag werden zunächst aktuelle empirische Befunde zu den Ursachen überdauernden aggressiven bzw. gewalttätigen Verhaltens auf der Grundlage eines integrativen bio-psycho-sozialen Modells zusammengefasst: Frühe, nicht entwicklungsförderliche und Inkongruenz verursachende Beziehungserfahrungen führen zu verzerrter Selbst- und Fremdwahrnehmung, zu unzureichenden Möglichkeiten der Affektregulation und Selbststeuerung, zu einem gering ausgebildeten Selbstwert unzureichenden Kompetenzen im Bereich der Konfliktlösung und -bewältigung.*

Aufgrund der hohen Stabilität des Verhaltens auf der Grundlage eines stark rigidisierten Selbstkonzepts muss das personzentrierte Therapiekonzept störungsspezifisch adaptiert werden: Auf der Basis einer wertschätzenden und empathischen Begegnungshaltung kommt es besonders darauf an, kongruent und auch konfrontativ neue Anstöße zur Selbstreflexion, zum Aufbau von Selbstverantwortung und damit letztlich zur Änderung des Selbstkonzepts zu ermöglichen.

Schlüsselworte: *Gewalt, Aggression, Störungen des Sozialverhaltens, Klientenzentrierte Psychotherapie, Kinder und Jugendliche.*

Abstract: *Person-centered pedagogic and therapeutic interventions with aggressive and violent children and adolescents. The first part of this article shows a conclusion of actual empirical results of the causes of stable aggressive/violent behavior, based on an integrated bio-psycho-social explanation-model. Early, non-supporting and -stimulating experiences in interaction and attachment are leading to restrictions in the self-concept. In the consequence follows a) a limited („aggressive-biased“) perception of self and others, b) a lower self-regulation (affect, arousal ...), c) a lower self-esteem (self-efficacy-experiences are in priority made by aggressive behavior) and d) missing social competences/skills (esp. in the regulation of social conflicts).*

In case of the high stability of violent behavior and the rigid self-concept the person-centered psychotherapy concept needs a disorder-specific increase: On the base of an empathic and congruent relationship the general therapeutic attitude has to include positive regard and the willingness to confrontation. The first step in the work with aggressive/violent children or adolescents is the building up of a motivation for change. It is very important to work with the self responsibility, to change the „reality-distortion“ and to change the aggressive biased perception patterns. This needs a more structured therapeutic procedure.

Keywords: *Violence, aggression, disorders in social behavior, client-centered psychotherapy, children and adolescents.*

1. Einleitung

Die pädagogische bzw. therapeutische Arbeit mit aggressiven oder gewalttätigen Kindern und Jugendlichen stellt für Fachkräfte eine besondere Herausforderung dar: Das Verhalten dieser Zielgruppe ist spektakulär, es besteht ein hoher sozialer (Erfolgs-)Druck und zugleich oft eine geringe Veränderungsmotivation bei den Betroffenen. Die störungsspezifische Beziehungsgestaltung auf der Basis einer personzentrierten Grundhaltung erfordert von PädagogInnen und TherapeutInnen besondere Reflexionsfähigkeit und methodische Kompetenzen.

Diese Thematik soll mit dem vorliegenden Beitrag aufgegriffen werden: Vor dem Hintergrund eines umfassenden, bio-psycho-sozialen Verständnisses der Ursachen aggressiven Verhaltens werden Grundlagen einer störungsspezifischen professionellen Begegnung mit dieser Zielgruppe aufgezeigt.

1 Ein herzlicher Dank geht an Dipl. Psych. Eva-Maria Engel für die Durchsicht des Manuskripts und die hilfreichen, kritischen Rückmeldungen.

2 Teile der Kap. 2 und 3 orientieren sich an den Veröffentlichungen des Autors zum Thema Gewalt-Entstehung (s. Fröhlich-Gildhoff 2006a, b)

2. Definitionen und Auftreten

Definition

Je nach theoretischem Hintergrund und praktischer Ausrichtung der AutorInnen finden sich in der Literatur eine Vielzahl von Definitionen von Aggression, Gewalt, antisozialem Verhalten und Delinquenz.

Dabei hat sich in den letzten Jahren eine Grundübereinstimmung herausgebildet, die Aggression bzw. aggressives Verhalten mit einer Schädigungsabsicht verbindet.

Unter Aggression wird eine zielgerichtete körperliche oder verbale Tätigkeit verstanden, die zu einer psychischen oder physischen Verletzung führt.

Oder: „Bei Aggression handelt es sich um ein Verhalten mit Schädigungsabsicht, das vom Opfer als verletzend empfunden wird.“

Aggression verläuft dabei auf drei Ebenen (Scheithauer 2003):

- Motivationale Ebene mit Einstellungen oder Absichten (z. B. Feindseligkeit),
- Emotionale Ebene (z. B. Ärger),
- Verhaltensebene der ausgeführten Handlung (direkt, verbal, indirekt/relational oder körperlich)“ (Scheithauer & Petermann 2004, S. 369).

Diese Definition erscheint griffig, ist allerdings mit der Problematik verbunden, dass sich die Absicht der Schädigung zunächst nur indirekt erschließen lässt, „deren Beurteilung (...) (ist) auf das soziale Urteil eines Beobachters angewiesen“ (Kleiber & Meixner 2000, S. 193, vgl. auch Essau & Conradt 2004).

Der Begriff der *Gewalt* wird i. d. R. für massive Formen aggressiven Verhaltens benutzt, „wobei sich personale Gewalt auf aktive Handlungsvollzüge bezieht, die zu einer effektiven Schädigung von Personen oder Dingen führen und bei der in der Regel ein Ungleichgewicht der Kräfte (z. B. von zwei Personen) vorliegt“ (Scheithauer & Petermann 2004, S. 369).

Weitere, oft benutzte Begriffe in diesem Zusammenhang sind die des ‚aggressiv-antisozialen Verhaltens‘ und der ‚Delinquenz‘. Dabei umfasst der Begriff ‚antisoziales Verhalten‘ solche Handlungen, die offen und klar gegen gesellschaftliche und soziale Regeln gerichtet sind und die Rechte anderer Menschen verletzen. „Der Begriff einer ‚Delinquenz‘ wird zur Beschreibung des Verhaltens von Kindern [und Jugendlichen; d. Verf.] verwandt, die einen Gesetzesverstoß begangen haben, der schwer genug ist, den Jugendstrafvollzug einzuschalten“ (Essau & Conradt 2004, S. 16f), wobei unter diesem Begriff zum Teil sehr unterschiedliche Formen von Gesetzesverstößen gefasst werden.

In den Klassifikationssystemen des ICD-10 bzw. DSM-IV wird aggressives bzw. gewalttätiges Verhalten unter den „Störungen des Sozialverhaltens“ (ICD-10: F91.xx) subsummiert (vgl. Dilling et al. 1994; Petermann, Döpfner & Schmidt 2001).

Prävalenz

Die Angaben zur Prävalenz der ‚Störungen des Sozialverhaltens‘ bzw. des ‚aggressiv-dissozialen Verhaltens‘ variieren in unterschiedlichen Studien erheblich. Dies liegt zum einen an unterschiedlichen zu Grunde liegenden Diagnosesystemen, unterschiedlichen Erhebungsmethoden, aber auch unterschiedlichen Beurteilungsquellen (z. B. die Einschätzung der Kinder über Fremdbeurteilung durch die Eltern oder andere Außenstehende); Borg-Laufs (1997, S. 26) stellte unterschiedliche Studienergebnisse zusammen, die zeigten, dass „nur schwache Übereinstimmungen“ von (verschiedenen) Fremdeinschätzungen miteinander und auch mit Selbsteinschätzungen bestehen (Korrelationen von bestenfalls $r = .33$).

Tabelle 1: Prävalenz der Störung des Sozialverhaltens bzw. aggressiv-dissozialen Verhaltens

Untersuchung durch:	Prävalenz	Quelle
American Psychiatric Association 1996	8 % aller Kinder und Jugendlichen (6 – 16 % Jungen, 2 – 9 % Mädchen)	Petermann, Döpfner & Schmidt 2001
Mannheimer Risiko-Kinder-Studie	14,5 % diagnostizierte Kinder der Stichprobe (Grundschulalter), davon 70 % Jungen, 30 % Mädchen	Laucht 2003
Romano et al. 2001	4,2 % 14–17-Jährige (Selbstbericht Jugendliche und Beeinträchtigungskriterien) (5,5 % Jungen, 2,9 % Mädchen)	Essau & Conradt 2004
Lahey et al. 1998	0 – 11,9 % (4–18-Jährige, Median 2 %)	Scheithauer & Petermann 2004

Diese Zusammenstellung macht deutlich, wie unterschiedlich die Einschätzungen hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit sind. Allerdings wird übereinstimmend berichtet, dass die Störung des Sozialverhaltens „zu den am häufigsten ermittelten Störungsformen (zählen). Noch auffälliger zeigt sich die hohe Verbreitungsrate dieser Störung im Kindes- und Jugendalter in klinischen Studien“ (Scheithauer & Petermann 2004, S. 373).

Geschlecht: Offen-aggressives Verhalten wird in weitaus höherem Maß von Jungen gezeigt als von Mädchen; die Angaben hierüber schwanken zwischen 2:1 bis hin zu 4:1. Übereinstimmend lässt sich feststellen: Während die Geschlechtsdifferenzen hinsichtlich der Formen und der Intensität der Aggressionen bei Kleinkindern noch relativ gering sind (Krahé 2001 unter Berufung auf Loeber & Stouthamer-Loeber 1998), so zeigt sich: „Bereits ab dem Vorschulalter haben Jungen die Tendenz, signifikant mehr antisoziales Verhalten zu zeigen als Mädchen. (...) Darüber hinaus erreichen die Symptome der Störung des Sozialverhaltens einen signifikant höheren Schweregrad bei Jungen, insbesondere wenn es um die körperliche Verletzung anderer geht“ (Essau & Conradt 2004, S. 56; ebenso Krahé 2001). Mädchen zeigen in den letzten Jahren deutlicher und häufiger auch körperliche Gewalt – jedoch verschoben

sich die Geschlechterverhältnisse nur minimal (z. B. Brettfeld & Wetzels 2003, S. 86f). Nach einer Studie von Crick & Grotpeter (1995) ist es allerdings so, dass Mädchen signifikant deutlicher relational aggressives Verhalten – also Formen von Mobbing, massiven Intrigen etc. – zeigen als Jungen (s. a. Krahé 2001, S. 59ff, Scheithauer 2003).

Entwicklung über die Zeit: Nach einem deutlichen Anstieg gewalttätigen Verhaltens von Mitte der 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts bis etwa zum Jahr 2000 hat sich die Auftretensrate auf hohem Niveau stabilisiert: Humpert & Dann (2001) zitieren eine Studie von Lösel et al. (1999), die zu dem Schluss kommen, dass „die Prävalenz von Gewalt-Taten und Raufunfällen (...) in den 90er Jahren (...) vor allem in den Hauptschulen zugenommen (hat). In den jüngsten Daten ist wieder ein Rückgang zu verzeichnen“ (ebd., S. 21). Diese Tendenz hat sich fortgesetzt, wie sich auch in den Kriminalstatistiken zeigt (vgl. z. B. Brettfeld & Wetzels 2003). Beachtenswert ist hierbei die Tatsache, dass die Ausübung (mehrfacher) Gewalt auf eine kleine Gruppe von sog. „Intensivtätern“ zurückgeht: Auf eine Gruppe von ca. 5 - 7 % der Täter entfällt über 50 % der entsprechenden Gesamt-Gewalt-Kriminalität (vgl. z. B. Ostendorf et al. 2002, Lösel et al. 1999).

Es bestehen hohe *Komorbiditätsraten* zwischen den Störungen des Sozialverhaltens und AD(H)S (bis zu 50%), Drogenmissbrauch (bis zu 40%), aber auch zu Angststörungen (bis zu 36%) (vgl. hierzu Scheithauer & Petermann 2004, Essau & Conradt 2004).

3. Ursachen und Auslöser

Grundsätzlich ist bei dem Auftreten aggressiven oder gewalttätigen Verhaltens zwischen – in der Person liegenden – Ursachen und (situativen) Auslösern zu unterscheiden:

Bei Kindern und Jugendlichen, die häufig durch aggressives/gewalttätiges Handeln auffallen, hat sich eine erhöhte Gewaltbereitschaft als stabile Form der Weltbegegnung herausbildet, die als stabiler Anteil des Selbst-Konzepts handlungsleitend ist. Dieser Selbstanteil hat sich in früher Kindheit entwickelt und ist dann überaus stabil: In ihrer Zusammenstellung verschiedener Studien zum Langzeitverlauf aggressiven Verhaltens kommen Essau & Conradt (2004) zu dem Schluss: „Störungen des Sozialverhaltens weisen eine hohe Stabilität auf. Bei zwischen 32 und 81 % der Kinder, bei denen eine solche Störung festgestellt wurde, konnte die Störung auch zu einem späteren Zeitpunkt diagnostiziert werden (Burke et al. 2003)(...). Kinder mit einem durchgängig negativen Störungsverlauf haben,

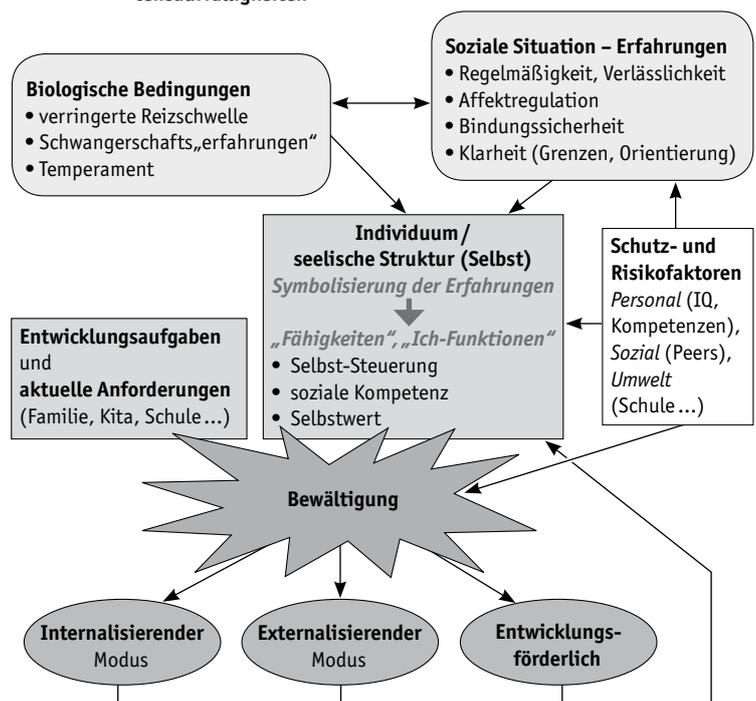
wenn sie älter werden, ein hohes Risiko für Fehlentwicklungen und Probleme in zahlreichen Lebensbereichen“ (Essau & Conradt 2004, S. 84; Borg-Laufs 1997, Dornes 1997, Krahé 2001 sowie Roth & Seiffge-Krenke 2006 kommen in ihren Zusammenstellungen von entsprechenden Studienergebnissen zu dem gleichen Ergebnis).

Wenn Gewalt-Handeln die Art der Weltbegegnung dominiert, dann muss die Basis hierfür ein entsprechender fester (und bestimmender) Anteil des Selbst(konzepts) – im personenzentrierten Sinne; im Sinne von Stern (1992) als handlungsleitende innerseelische Struktur – bilden. Dieser Selbstanteil bestimmt die entsprechende Wahrnehmung und Bewertung der Außenwelt wie der inneren Empfindungen. Im Folgenden soll auf die Entstehung dieser Form der Selbst-Konzept-Bildung eingegangen werden.

3.1 Ursachen

Bei der Entstehung der Auffälligkeiten spielen immer komplexe Wechselwirkungen eine Rolle; diese Komplexität erfasst am ehesten ein Erklärungsansatz, der auf einem integrativen bio-psycho-sozialen Modell basiert, das sich insbesondere an den Erkenntnissen der klinischen Entwicklungspsychologie (vgl. Oerter et al. 1999), bzw. der Entwicklungswissenschaft (Petermann et al. 2004) orientiert. Das hier dargestellte Modell greift ebenfalls die entwicklungsorientierte Störungskonzeption von Fröhlich-Gildhoff & Hufnagel (1997, Hufnagel & Fröhlich-Gildhoff 2002) auf und entwickelt sie weiter (ausführliche Darstellung in Fröhlich-Gildhoff i. Dr.):

Abbildung 1: Biopsychosoziales Modell zur Erklärung der Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten



Dieses Modell³ geht zunächst allgemein davon aus, dass im Zusammenspiel zwischen (1) biologischen Ausgangsbedingungen und (2) (früh-)kindlichen (Beziehungs-)Erfahrungen sich die (3) individuelle Selbst-Struktur – im Sinne eines Netzwerks handlungsleitender innerpsychischer Schemata – herausbildet. Die individuelle Struktur, das Selbstkonzept ließe sich (im Sinne des personzentrierten Konzepts) analytisch noch differenzieren in a) die Symbolisierungen der Erfahrungen im Selbst, die immer mehr oder weniger vollständig und genau sein können, und b) damit verbundene individuelle Funktionen („Ich-Funktionen“) bzw. Kompetenzen. Der Entwicklungsprozess ist wiederum abhängig von (4) Risiko- und Schutzfaktoren, bei denen die sozialen Bedingungen und hier insbesondere die primären Bezugspersonen eine besondere Bedeutung haben. Im Laufe der individuellen Entwicklung muss das Kind bzw. der Jugendliche altersabhängig spezifische, v. a. sozial bedingte (5) Entwicklungsaufgaben bewältigen. Neben der Bewältigung dieser alterstypischen Entwicklungsaufgaben müssen immer wieder besondere Stress- oder Belastungssituationen individuell bearbeitet werden. Dieser (6) Bewältigungsprozess ist abhängig vom bisher entwickelten Selbstkonzept und wiederum von aktuell vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren.

Bei der Art der Bewältigung von Belastungsfaktoren oder Entwicklungsaufgaben lassen sich grundsätzlich drei Modalitäten unterscheiden: zum einen eine angemessene entwicklungs- und selbstwertförderliche Bewältigung, zum anderen ein internalisierender Modus, der durch Rückzug und Selbsteinschränkung gekennzeichnet ist und zum dritten ein externalisierender Modus, der z. B. durch ein besonderes Maß an Aggressivität gekennzeichnet ist. Der jeweilige Bewältigungsmodus hat wiederum Rückwirkungen auf die intrapsychische Struktur; es kann zur Verfestigung oder zu Veränderungen kommen.

Dieses grundlegende Modell ist kompatibel mit dem Personzentrierten Modell der Selbst-Bildung und -entwicklung: So beschreibt bspw. Biermann-Ratjen (1993), dass Erfahrungen über Symbolisierungen und innere Repräsentationen zu – handlungsleitenden – Selbsterfahrungen werden: „Das Selbstkonzept entwickelt sich in Interaktion mit der Umwelt – aus dem Sich-selbst-in-der-Umwelt-Erfahren – vor allem in der Interaktion mit anderen Menschen“ (S. 78). Die Inkongruenzen zwischen (der jeweilig entwickelten ‚Ausformung‘ des) Selbst und der konkreten Erfahrungen werden ‚gelöst‘ über eine Rigidisierung des innerpsychischen Systems und eine Verfestigung eindimensionaler Handlungsformen.

Entsprechend dem bio-psycho-sozialen Modell werden im Folgenden die wichtigsten Erkenntnisse zu den Ursachen des gewalttätigen Verhaltens zusammengestellt:

(1) *Biologische Faktoren*

Menschen werden mit unterschiedlichen Entwicklungsvoraussetzungen geboren. Diese Voraussetzungen bilden eine Grundlage für die Ausprägung aggressiven Verhaltens.

Die zur Zeit vorliegenden empirischen Erkenntnisse liefern keine Belege für einen eindeutigen genetischen Zusammenhang. Zusammenfassend stellen Scheithauer & Petermann (2004) fest: „Auf Grund der Komplexität der mit einem Verhalten wie z. B. Aggression möglicherweise verbundenen Genabschnitte lassen sich wohl kaum direkte Verbindungen auffinden (z. B. ein klar definierter genetischer Marker, der mit aggressivem Verhalten verknüpft ist)“ (ebd., S. 388).

Eine weitaus größere Bedeutung haben offensichtlich neurologische Verletzungen, die z. B. durch prä-, peri- oder postnatale Bedingungen verursacht sind und sekundär negative Auswirkungen auf Wahrnehmungen, Informationsverarbeitung und Möglichkeiten der Emotionsregulation haben (vgl. auch hierzu die Zusammenstellung bei Scheithauer & Petermann 2004, S. 93ff, aber auch Papoušek 2004).

Die größte Bedeutung wird Temperamentsfaktoren und unterschiedlichen Dispositionen zur Affektregulation auf neurophysiologischer Ebene zugemessen. „Als Temperamentsfaktoren sind dabei konstitutionelle Unterschiede in Aktivität, Reaktivität und Selbstregulation des Menschen zu verstehen“ (Resch 2004, S. 34), die stark anlagebedingt, aber durch Umweltfaktoren maßgeblich beeinflussbar sind.

Schmeck (2003) fasst die bestehenden Untersuchungen zum Zusammenhang von spezifischen Temperamentsmerkmalen und aggressivem Verhalten zusammen:

- „Im Kleinkindalter zu erfassendes schwieriges Temperament stellt einen Risikofaktor für die Entwicklung von externalisierenden Verhaltensstörungen dar
- dieses schwierige Temperament steht in einem engeren Zusammenhang zu aggressivem als zu dissozialem Verhalten;
- der Zusammenhang ist deutlich zu erkennen zum früh beginnenden aggressiven Verhalten, nicht aber zum aggressivem Verhalten, wenn es erst nach dem 10. Lebensjahr einsetzt;
- von hoher Bedeutung zeigt sich die Interaktion zwischen Temperament und elterlicher Wahrnehmung. Je eher die Temperamentsmerkmale eines Kindes von seinen Eltern als schwierig angesehen werden, desto eher sind im Verlauf der Entwicklung externalisierende Verhaltensstörungen der Kinder zu erwarten.“ (ebd., S. 170; vgl. auch Resch 2004, Wurmser & Papoušek 2004, Essau & Conradt 2004).

(2) *Frühkindliche (Beziehungs-)Erfahrungen*

Auf einer allgemeinen Ebene konnten aus den Daten der Mannheimer Risikokinderstudie eine Reihe von frühen Prädiktoren für das Auftreten von Störungen des Sozialverhaltens mit elf Jahren identifiziert werden: „Anamnestische Belastungen der Eltern

3 Wichtige Anregungen zu Weiterentwicklungen wurden von Prof. Dr. Michael Behr gegeben.

(insbesondere die Herkunft der Mutter aus zerrütteten Familienverhältnissen), (...) chronische Schwierigkeiten der Eltern (wie Arbeitslosigkeit, Streit, Beziehungen und chronische Krankheiten), sowie psychische Störungen der Eltern (insbesondere depressive Erkrankungen der Mutter, sowie Alkoholmissbrauch und antisoziale Persönlichkeit des Vaters)“ (Laucht 2003, S. 51f).

Ein bedeutsamer Faktor ist das Erziehungsverhalten bzw. der Erziehungsstil der Eltern. Petermann et al. (2001) fassen verschiedene Studien zusammen, die einen Zusammenhang zwischen elterlichem Erziehungsverhalten und aggressivem Verhalten der Kinder beschreiben. Entscheidende Variablen sind:

- mangelhafte Aufsicht durch die Eltern (Loeber & Stouthamer-Loeber 1986),
- negative Rückmeldung in der Erziehung,
- Mangel an sozialen Regeln (zu viele oder zu wenige Regeln, keine konsequente Einhaltung der Regeln, Petermann & Petermann 2001),
- unzureichende emotionale Unterstützung und Akzeptanz gegenüber dem Kind (Campbell 1991),
- „fehlende positive Anteilnahme“ (Petermann et al. 2001, S. 24)
- „ein strenger, strafender Erziehungsstil (z. B. körperliche Mishandlung, Schläge oder Einsperren des Kindes)“ (Scheithauer & Petermann 2004, S. 396).

Demgegenüber führt ein „autoritativer Erziehungsstil, der beispielsweise gekennzeichnet ist durch emotionale Wärme, eine altersangemessene Beaufsichtigung des Kindes und Interesse an seinen Aktivitäten zur Entwicklung problemorientierter Bewältigungsstrategien, zu einem angepassten psychosozialen Funktionsniveau, besseren Schulleistungen, zu einem stärkeren Selbstwertgefühl. (...) Das in der Familie erlernte Interaktionsverhalten wird vom Kind auf andere Situationen (z. B. Schule) und Personen (...) übertragen“ (Scheithauer & Petermann 2004, S. 396 – in dieser Zusammenfassung von Studienergebnissen findet sich im Übrigen eine Bestätigung des personenzentrierten Konzepts von entwicklungsförderlichem Bindungsverhalten; die ‚frühen‘ Untersuchungen von Tausch & Tausch [z. B. 1991] finden hier wieder eine empirische Bestätigung!).

Besondere Auswirkungen haben die Interaktionen wiederum auf die Emotionsregulation:

Dysfunktionale Unterstützung bei der Emotionsregulation kann zu fehlenden bzw. unzureichenden emotionalen und selbstregulatorischen Kompetenzen und Empathiefähigkeit bei den Kindern führen – und diese Faktoren stehen wiederum in einem engen Ursachenzusammenhang mit überdauerndem aggressivem Verhalten (vgl. u. a. Petermann & Wiedebusch 2003, Essau & Conrath 2004, Scheithauer & Petermann 2004, Krahe 2001).

Ein enger Zusammenhang besteht zwischen unsicheren *Bindungserfahrungen* und (späterem) aggressivem Verhalten: Das *Erfahren einer sicheren Bindung* stellt nicht nur die Grundlage für späteres

eigenständiges sicheres Bindungsverhalten dar, sondern hat größte Bedeutung für die Entwicklung einer stabilen, kohärenten Selbststruktur und deren Basis, des „Kern-Selbst“ (Stern 1995). Nur wenn der Säugling regelmäßige, klare und konsistente Bindungserfahrungen machen kann, kann er entsprechende intrapsychische Repräsentanzen aufbauen, die dann wiederum eine sichere Basis für Neugierverhalten und eine „offene“ Weltbegegnungshaltung bilden – oder, bei entsprechenden Beeinträchtigungen: nicht.⁴

Es gibt eine Vielzahl von Belegen für den Zusammenhang zwischen unsicheren Bindungserfahrungen und entsprechenden innerpsychischen Repräsentationen („innerem Arbeitsmodell“, Grossmann 2001) und (späterem) aggressivem Verhalten: „Eine unsichere Bindung im frühen Kindesalter kann verknüpft sein mit einem stabil-aggressivem Verhalten vom Vorschul- bis in das Schulalter hinein sowie negativeren Beziehungen zu Gleichaltrigen und einer schlechteren Regulation eigener Emotionen während der Vorschulzeit, und zwar dann, wenn weitere aversive Bedingungen (z. B. negativer Erziehungsstil oder psychische Auffälligkeiten der Eltern) hinzukommen.“ (Scheithauer & Petermann 2004, S. 393). Nach Cichetti et al. (1995) wird das Risiko für das erhöhte Auftreten aggressivem Verhaltens durch unsichere Bindungserfahrungen auf drei Wegen erhöht:

- „Eine unsichere Bindung kann aggressives Verhalten steigern, indem Handlungsmuster (...) geformt werden, in denen Beziehungen durch Zorn, Misstrauen und Chaos gekennzeichnet sind“ (aus: Petermann et al. 2001, S. 22; Denham et al., 2002, konnten zeigen, dass sich unsicher gebundene Kinder im Alter von drei Jahren in Interaktionen mit Gleichaltrigen weniger emotional und sozial kompetent verhielten).
- „Aggressives Verhalten wird benutzt, um die Aufmerksamkeit der Bezugsperson zu erhalten.“
- Aus einer unsicheren Bindung entwickelt sich eine „nicht-prosoziale Orientierung im Hinblick auf Beziehungen“ (Petermann et al. 2001, S. 22).

Petermann & Wiedebusch (2003) stellen zusammenfassend fest: „Bei unsicher gebundenen Kindern wurde (...) mit zunehmendem Alter ein Anstieg negativer und ein Rückgang positiver Emotionen festgestellt. Im zweiten und dritten Lebensjahr freuten sich diese Kinder seltener und waren häufiger ängstlich oder ärgerlich“ (ebd. S. 31).

Anhand der Ergebnisse verschiedener Langzeituntersuchungen kommt Dornes (1997) zusammenfassend zu dem Ergebnis: „Unsicher gebundene Kinder haben (...) eine schlechtere Impulskontrolle und sind bei ihren Kameraden weniger beliebt (...). Insgesamt ist der Zusammenhang zwischen desorganisierter Bindung und feindseliger Aggression deutlicher ausgeprägt, als zwischen vermeidender Bindung und Aggression. Desorganisierte Kinder sind im

⁴ Das Konzept der Bindungstheorie ist – ebenso wie die Folgen von Bindungsstörungen – mittlerweile ausreichend differenziert beschrieben, so dass hier auf eine ausführlichere Darstellung verzichtet wird (vgl. z. B. Grossmann 2001, Brisch 1999).

Vorschulalter erheblich aggressiver als vermeidende oder sichere, insbesondere dann, wenn noch andere Risikofaktoren wie niedriger sozioökonomischer Status und/oder Psychopathologie der Mutter hinzukommen“ (ebd. S. 273, 275).

Weiteres soziales Umfeld:

Eine besondere Bedeutung bei der Aufrechterhaltung aggressiven bzw. gewalttätigen Verhaltens haben Gleichaltrigengruppen: Verhaltensauffällige Kinder machen die Erfahrung von Ausgrenzung. Sie werden von sozial kompetenteren Kindern bzw. Jugendlichen abgelehnt und „schließen sich deshalb devianten Peergruppen an. Dies begünstigt grundsätzlich einen abweichenden Lebensstil (...) Es kommt verstärkt zu gewalttätigem Verhalten, Vandalismus und offiziellen Straftaten. Gesellschaftliche Stigmatisierungsprozesse und Sanktionen krimineller Jugendlicher tragen schließlich dazu bei, dass sie eine Identifikation mit dem abweichenden Verhalten aufbauen und sich das antisoziale Verhalten weiter verfestigt“ (Kleiber & Meixner 2000, S. 197). Untersuchungen von McCord (1998) zeigen, dass Kinder früher und nachhaltiger durch aggressiv auffällige Gleichaltrige geprägt werden und der Einfluss der Familie deutlich abnimmt. Dieser Zusammenhang ist allerdings besonders deutlich, wenn sich das auffällige Verhalten früh entwickelt hat und schon ein Prozess der Ausgrenzung erfolgt war (vgl. Petermann et al. 2001, S. 25f, s. a. Essau & Conradt 2004, S. 132f; Scheithauer 2003).

(3) *Selbststruktur/psychologische Faktoren*

Die im Folgenden dargestellten Befunde weisen auf unzureichende Symbolisierungen von Erfahrungen im Selbst hin. Die so gebildeten Selbst(struktur)anteile können das Risiko für übermäßig/dauerhaft aggressives Verhalten erhöhen:

a) Bindungsrepräsentationen:

Aufgrund unsicherer bzw. desorganisierter Bindungserfahrungen kommt es zu einer Vorsicht und/oder Misstrauen sowie der Stimmung eines „dysfunktionalen Ärgers (...); die Ursprünge dieses Ärgers liegen in frühen und/oder dauerhaften Beziehungserfahrungen des Zurückgewiesenwerdens, die beim Kind eine negative Erwartungshaltung schaffen, die seine Weltsicht einfärbt“ (Dornes 1997, S. 272). Es kommt so zu einem Kreislauf: Aufgrund der erfahrenen Zurückweisungen, Ambivalenzen oder real erfahrenen Aggressionen reagieren die Kinder auch in zweideutigen Situationen „häufiger aggressiv und werden deshalb auch aggressiver behandelt, was wiederum ihre Sicht von der Welt als Ort latenter Bedrohung bestätigt“ (ebd., vgl. auch Papousek 2004).

b) Informationsverarbeitung:

Eine Reihe von Studien zeigen, dass (besonders) aggressive Kinder ein spezifisches Muster der Informationsverarbeitung zeigen. Entsprechend der Theorie der sozialen Informationsverarbeitung nach Crick & Dodge (1994) interpretieren Kinder und Jugendliche mit

aggressivem Verhalten Situationen eher als aggressiv gefärbt und zeigen dann entsprechende Handlungsmuster.

In einer Studie von Burks et al. (1999) konnte über den Verlauf von acht Jahren nachgewiesen werden, dass frühes aggressives Verhalten gepaart ist mit feindlich gesinnten Wahrnehmungs- und Interpretationsmustern, und dass es gewissermaßen selbstverstärkend zu stärker aggressivem Verhalten bei den dann älteren Kindern führt. Krahé (2001) beschreibt einen „hostile attributional style“, eine Tendenz, unklare Situationen als feindselig oder aggressiv zu interpretieren. Diese „verzerrte sozial-kognitive Informationsverarbeitung“ (Petermann et al. 2001) bildet die Grundlage für einen sich selbstverstärkenden Kreislauf, wodurch das zu Grunde liegende Schema immer wieder verstärkt wird. Auch hier findet sich eine Entsprechung zum bzw. empirische Bestätigung des personenzentrierten Konzepts der Störungsentstehung: Die Symbolisierung von Erfahrungen im Selbstkonzept ist nur über/durch verzerrte Wahrnehmung gelungen – diese Wahrnehmungsverzerrungen strukturieren ihrerseits wieder die Art der Welt-Begegnung.

c) Selbstwirksamkeit und Kontrollerwartungen

Aufgrund unzureichender Selbstwirksamkeitserfahrungen in früher Kindheit bestehen generell bei stärker aggressiven Kindern eingeschränkte Selbstwirksamkeits- bzw. Kontrollerwartungen. Krahé (2001) referiert Untersuchungsergebnisse, die zeigen, dass Menschen mit erhöhtem aggressivem Verhalten generell die Tendenz zeigen, Gefühle von Unwohlsein, Hilflosigkeit und Verletzlichkeit zu empfinden („emotional susceptibility“); in einer Untersuchung konnten Caprara et al. (1994) einen positiven Zusammenhang zwischen dieser Tendenz und der Bereitschaft zu aggressivem Verhalten nachweisen (vgl. Krahé 2001, S. 55f). Aggressives Verhalten ist eine Möglichkeit, um zumindest kurzfristig Situationskontrolle auszuüben und damit das eigene Selbstwirksamkeitserleben zu erhöhen. Petermann et al. (2001) stellen fest, dass aggressive Kinder „glauben, dass Aggression zu Anerkennung, einem höheren Selbstwertgefühl sowie positiven Gefühlen führt (...); weiterhin schätzen diese Kinder ihr aggressives Handeln als effektiv ein“ (ebd., S. 21). Dornes geht sogar davon aus, dass „auch feindselige Aggressionen, wenn sie zum Erfolg führen (...) lustbetont sein“ können. Diese „narzisstische Lust“ kann zum Ziel selbst werden „und zum Ersatz für anderweitig unerreichbare Befriedigung, (...) sowie zur Aufrechterhaltung oder Herstellung einer (labilen) narzisstischen Homöostase“. In Anlehnung an Cohler et al. (1995) stellt Dornes fest, „dass selbst noch die sinnloseste Destruktivität (...) ein verzweifelter Versuch ist, angesichts traumatischer, psychischer und sozialer Erfahrungen von Wertlosigkeit, Überflüssigkeiten und Deprivationen einen Rest von Gefühlen psychischer Lebendigkeit und Vitalität aufrecht zu erhalten“ (ebd., 1997, S. 278f). Auch Krahé (2001) zitiert eine Untersuchung von Baumeister & Boden (1998), die zeigt, dass durch Aggression in bestimmten Situationen oder Gruppen eine Selbstwerterhöhung erzielt werden kann, die dann

langfristig durch Aggressionen immer wieder ‚abgesichert‘ werden muss. Krahé (2001) stellt fest, dass aggressives Verhalten nicht, wie früher oft angenommen, unbedingt mit einem eindeutig niedrigen, aber mit einem unrealistischen bzw. instabilen Selbstwert zu tun hat, der dazu führt, dass Individuen tendenziell aggressiver handeln (vgl. auch Essau & Conradt 2004, S. 110f).

d) Selbststeuerung/-regulation

Auf die möglichen Probleme bei dem sensiblen Zusammenspiel zwischen kindlichem Temperament und elterlichem Verhalten bei der Emotionsregulation wurde hingewiesen. Kinder mit aggressivem Verhalten haben weniger Fähigkeiten zu einer „Selbstberuhigung“ (vgl. z. B. Papousek 2004) und zur Regulation eigener Emotionen entwickelt. Petermann & Wiedebusch (2003) beschreiben „Defizite in der emotionalen Kompetenz bei aggressivem Verhalten:

- eingeschränkter mimischer Emotionsausdruck
- hohe Auftretenshäufigkeit negativer Emotion
- eingeschränkte Fähigkeit, eigene Gefühle wahrzunehmen
- hohes Ausmaß emotionaler Ansteckung
- eingeschränkte Fähigkeit, den mimischen Emotionsausdruck anderer Personen zu interpretieren
- mangelndes Emotionsverständnis“ (ebd., S. 111).

Aggressiven Kindern stehen unzureichende „Emotionsregulationsstrategien“ (ebd.) zur Verfügung; sie verfügen über weniger Selbstberuhigungsstrategien (s. o.), können sich schlechter aus emotionsauslösenden Situationen zurückziehen und haben weniger kognitive Strategien (z. B. internale Aufmerksamkeitsumlenkung) oder externale Regulationsstrategien (z. B. alternatives körperliches Agieren). Krahé (2001) beschreibt eine erhöhte Irritabilität, also eine generelle Tendenz, impulsiv oder konflikthaft/kontrovers zu reagieren, schon bei geringsten Provokationen oder Nicht-Übereinstimmungen (ebd., S. 54). Eine Vielzahl weiterer Untersuchungen bestätigt die ‚gestörte Impulskontrolle‘, die dazu führt, dass aggressives Verhalten unzureichend gehemmt wird (vgl. z. B. Loeber & Hay 1997, Zusammenstellungen bei: Scheithauer & Petermann 2004, Petermann et al. 2001).

e) Handlungspotential

Kinder mit deutlich aggressiverem Verhalten verfügen generell über weniger Kompetenzen, in Konfliktsituationen nicht aggressiv zu handeln und über ein geringeres ‚Repertoire‘ an Handlungspotentialen in sozialen Situationen (vgl. z. B. Scheithauer & Petermann 2004, Essau & Conradt 2004). Damit verbunden hat sich oftmals eine Werthaltung herausgebildet, die Aggression als legitime Form des Sozialverhaltens ansieht (Krahé 2001, S. 53). Diese Verengung oder Vereinseitigung von Verhaltensmöglichkeiten steht in einem engen Zusammenhang mit den o. g. Formen der Informationsverarbeitung und der Selbstwerterhöhung.

Zusammenfassend lassen sich auf der Ebene der handlungsleitenden innerpsychischen Schemata vier Variablen identifizieren, die in einer Wechselwirkung die Disposition zu überdauerndem aggressivem Verhalten hervorbringen und in einem sich selbst verstärkenden Prozess stabilisieren. Im Sinne des personenzentrierten Konzepts handelt es sich um Inkongruenzen, also verzerrte Wahrnehmungen der eigenen Person und der Bezüge zur Umwelt:

- Defizite bzw. Einschränkungen in der Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Einschränkungen in der Steuerung und Regulation von Emotionen und daraus resultierenden Verhaltensimpulsen (Selbststeuerung)
- Unsicherer Selbstwert bzw. fehlende Selbstwirksamkeitserwartungen, die durch aggressives Verhalten – kurzfristig – kompensiert bzw. stabilisiert werden
- Defizite im Bereich der sozialen Kompetenzen besonders in unsicheren sozialen Situationen und Konfliktsituationen.

3.2 Auslösebedingungen

Bisher wurde der Entwicklungsverlauf dargelegt, der ursächlich für die Entstehung einer stabilen, durch Aggression bestimmten Verhaltensdisposition gekennzeichnet ist. Allerdings tragen oftmals situative Auslöser dazu bei, dass aggressives Verhalten dann auch wirklich gezeigt wird. Im Folgenden sollen die wichtigsten dieser Auslösebedingungen betrachtet werden:

a) *Unklare soziale Situationen*

... können aggressionsauslösend wirken, weil – wie beschrieben – Kinder und Jugendliche mit einer entsprechenden verselbständigten Verhaltensdisposition auf Grund einseitiger sozial-kognitiver Informationsverarbeitung in diese Situationen aggressive Anteile „hineinlesen“: „Zweideutige soziale Schlüsselreize (werden) als bedrohlich und provokativ“ interpretiert (Scheithauer & Petermann 2004, S. 397, vgl. auch Borg-Laufs 1997, S. 80ff). Das aggressive Verhalten dient dann dazu – subjektiv unter der Prämisse der Selbstverteidigung – Sicherheit in der Situation herzustellen: Das eigene aggressive Verhalten führt zu einer Gegenreaktion und die entsprechende Welt-Sicht wird bestätigt. Solche unklaren Situationen liegen vor, wenn ein Kind oder Jugendlicher in eine neue oder fremde Situation kommt (z. B. eine neue Klasse), wenn Autoritätspersonen sich diffus verhalten oder widersprüchliche Signale geben und wenn Regeln unklar sind bzw. ihre Durchsetzung nur inkonsequent realisiert wird.

b) *Überforderung bzw. Konfrontation ohne Ausweich- oder Rückzugsmöglichkeiten*

Wenn zu hohe oder zu viele Anforderungen zugleich gestellt werden – oder wenn die betroffenen Kinder oder Jugendlichen in starkem

Maße Misserfolgserlebnisse erleben – führt dies zu einer Beeinträchtigung (des ohnehin schwankenden) Selbstwertes und zu einem Ansteigen des Erregungsniveaus. Wie dargestellt bestehen bei den Betroffenen nur eingeschränkte Möglichkeiten der Regulation der entstehenden Affekte, die Selbstwahrnehmung ist auf Ärger und Aggression eingeschränkt und entsprechendes Verhalten wird ausgelöst. Eine überstarke Konfrontation ohne die Möglichkeit zu Rückzug oder einer ‚Flucht‘ führt gleichfalls schnell zu entsprechenden ‚Verteidigungs‘-Reaktionen.

c) Soziales Klima, das Gewalt befördert

Es gibt eine Reihe von sozialen Zusammenhängen, in denen gewalttätiges Handeln gewissermaßen ‚Standard‘ im Umgang miteinander geworden ist. Dies betrifft die verbale Kommunikation aber auch den allgemeinen Umgang einer Gruppe untereinander, besonders das „Bewältigen“ von Konfliktsituationen. Olweus (1995) hat ausführlich beschrieben, wie ein solches Klima in schulischen Zusammenhängen entsteht – und welche koordinierten Maßnahmen ergriffen werden müssen, um dieses Klima zu verändern. Eine solche aggressions- bzw. gewaltgeladene Atmosphäre entsteht oft ‚schleichend‘ in pädagogischen Zusammenhängen, z. B. in Schulen, Jugendzentren oder Heimgruppen. Es erfolgt eine wechselseitige Gewöhnung von Betreuten und PädagogInnen an diese Atmosphäre, und der Pegel an verbaler und dann auch körperlicher Aggression steigt langsam aber stetig – Gewalthandeln gilt anscheinend als toleriert und damit legitimiert. Sturzbecher und Hess (2002) konnten anhand einer breiten Untersuchung in Brandenburg zeigen, „dass Schulen, in denen Gewalt herrscht und ignoriert wird (einen) herausragenden Risikofaktor bei der Entwicklung von Jugendgewalt darstellen“ (ebd., S. 210).

d) Alkohol und Drogen

Es gibt eine Reihe von Studien (vgl. z. B. die Übersicht bei Krahé 2001, Borg-Laufs 1997, Lösel et al. 2003, Al-Wiswasi 2004), die einen Zusammenhang zwischen erhöhtem Alkohol- bzw. Drogenkonsum und dem Realisieren gewalttätigen Handelns belegen. Alkohol vermindert die Fähigkeit zur Selbststeuerung, zugleich wird die Wahrnehmung sozialer Situationen undifferenzierter. Beides führt dazu, dass die Hemmschwelle zur Ausübung gewalttätigen Handelns sinkt.

e) Eindeutige Hinweisreize („Weapons-Effect“)(Krahé 2001, S. 67ff):

Das Vorhandensein von Hinweisreizen auf aggressive Ausdrucksmöglichkeiten, wie z. B. das Vorhandensein von Waffen, erhöht die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von aggressivem Verhalten deutlich. Dies bedeutet, dass Hinweise auf Waffen, die auch ‚nur‘ zur Selbstverteidigung gedacht sind, zur Aufrüstung des Gegenübers führt und die Hemmschwelle zur Ausübung von Waffengewalt senkt.

Borg-Laufs (1997) relativiert die Bedeutung der Hinweisreize ein wenig: „Bestimmte Hinweisreize wie etwa Waffen, bestimmte

Kleidung oder bestimmte Slogans (können) aggressives Verhalten auslösen oder erleichtern. Diese Hinweisreize können allerdings von Person zu Person – je nach persönlicher Lerngeschichte – sehr stark variieren“ (ebd., S. 86).

f) Frustrationen

Frustrationen können bekanntermaßen Aggressionen auslösen. Allerdings weist Borg-Laufs (1997) zu Recht darauf hin, dass die aggressionsauslösende Bedeutung von Enttäuschungen oder einschränkenden Bedingungen überbetont wurde (und z.T. auf Artefakte der empirischen Laborforschung zurückzuführen ist): „Tatsächlich ist wohl unbestreitbar, dass Frustrationen auch Aggressionen erzeugen können, allerdings ist aggressives Verhalten nur eine mögliche Reaktion unter vielen anderen möglichen Reaktionen“ (ebd., S. 87). Dies bedeutet, dass Frustrationen vor allem dann Aggressionen hervorrufen, „wenn das aggressive Individuum gelernt hat, in einer solch frustrierenden Situation aggressiv – und nicht anders – zu reagieren“ (ebd., S. 88).

g) Rolle der Medien

In verschiedenen Labor-Studien konnte nachgewiesen werden, dass sich das aggressive Verhalten durch das Betrachten gewalttätiger Filme in geringem, teilweise auch statistisch signifikantem Maß erhöht. In Längsschnittstudien konnte gezeigt werden, dass Kinder, die im Alter von acht Jahren in verstärktem Maße mit aggressiven Medien konfrontiert waren, auch 20 Jahre später eine höhere Affinität zu Filmen oder PC-Spielen mit entsprechendem Inhalt zeigten und auch tendenziell sich stärker gewalttätig verhielten (Krahé 2001). Eine Erklärung hierfür ist, dass „der regelmäßige Konsum dieser Fernsehsendungen (...) Menschen gegenüber Gewalt desensibilisieren (...) kann, so dass aggressives Verhalten eher als akzeptabel betrachtet wird. Wenn ein solches Verhalten zur Belohnungen führt, kann es dadurch verstärkt werden. (...) Das regelmäßige Anschauen von Gewalt kann kognitive Skripte und Urteile über Gewalt modellieren und verstärken“ (Essau & Conrath 2004, S. 136f, vgl. auch Krahé 2001, S. 116, Borg-Laufs 1997, S. 66ff). Allerdings zeigen differenziertere Analysen, dass insbesondere solche Kinder und Jugendliche, die Aggression als handlungsleitenden Selbst-Strukturanteil entwickeln, eher auf Medien mit gewalttätigen Inhalten zurückgreifen, um so das eigene Selbstkonzept – wiederum im Sinne eines Kreislaufprozesses – zu verstärken. Insbesondere Computerspiele mit gewaltbezogenen Inhalten dienen dazu das eigene Kontroll- bzw. Selbstwirksamkeitserleben zu erhöhen (vgl. z. B. von Salisch et al. 2005). So lässt sich der „Wunsch nach Macht, Stärke und Durchsetzung, der im realen Leben nicht (ohne schädliche Folge) zu verwirklichen wäre“ (ebd., S. 229), durch die entsprechenden Spiele erfüllen. Es gelingt so, „eigene Frustrationserlebnisse abzubauen und Bedürfnisse auch Wagnis und Abenteuer auszuleben“ (ebd.). „Daher ist zu erwarten, dass Kinder mit zu gewalttätigem Verhalten prädisponierendem familiärem Hintergrund oder persönlichen

Merkmale mit größerer Wahrscheinlichkeit sich für Filme entscheiden, die Gewalt zum Inhalt haben“ (Essau & Conradt 2004, S. 136). Es ist also davon auszugehen, dass Medien mit gewalttätigen Inhalten besonders bei solchen Kindern und Jugendlichen verstärkend, bzw. verhaltensaushlösend wirken, die schon eine entsprechende Prädisposition entwickelt haben; bei anderen scheint der Einfluss deutlich geringer zu sein – so konnten Huesmann et al. (2003) zeigen, dass der sehr häufige Konsum von Filmen mit aggressiven Inhalten ein Prädiktor – unter anderen – für gewalttätiges Handeln sein kann.

Die „Wirkung medialer Gewalt (hängt) nach den vorliegenden Befunden sehr stark von der individuellen Disposition der ZuschauerInnen ab (...); darüber hinaus scheint das Alter der Rezipienten eine entscheidende Variable in diesem Zusammenhang darzustellen. Insgesamt kann nach den zur Zeit vorliegenden Erkenntnissen davon ausgegangen werden, dass die Aggressivität von Kindern und Erwachsenen (nur) verstärkt, nicht aber hervorgerufen wird“ (Borg-Laufs 1997, S. 67, ebenso: von Salisch et al. 2005, Selg 2003).

4. ‚Antworten‘: Interventionen und Therapie

4.1 Grundsätzliche Überlegungen

Aggressives bzw. gewalttätiges Verhalten entsteht in früher Kindheit durch das Zusammenspiel von personalen, auch biologisch mitbedingten Variablen – vor allem sog. „schwierigem Temperament“ und frühen Beziehungserfahrungen. Das Verhalten ist – aufgrund der frühen Verwurzelung in Selbststruktur bzw. Selbstkonzept und sich selbst verstärkenden Prozessen auf Wahrnehmungs- und Verhaltensebene – relativ stabil. Dies bedeutet, dass zwar in der therapeutischen und pädagogischen Begegnung einerseits korrigierende emotionale Beziehungserfahrungen angeboten werden müssen, dass jedoch andererseits deutliche „Anstöße“ – also neue, schemaktivierende Erfahrungen – zur Selbstveränderung gegeben werden müssen.

Dies hat Konsequenzen für ein therapeutisches Vorgehen, das die Diskussion um eine störungsspezifische, personenzentrierte Therapie aufgreift (vgl. Eckert et al. 1997, Boeck-Singelmann et al. 2002). Dabei geht es insbesondere darum, einerseits die Gestaltung der therapeutischen Beziehung – über die (je störungsspezifische) Realisierung der Basisvariablen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz hinaus – differenziert zu betrachten. Und es geht darum, auf der Grundlage einer entwicklungsförderlichen Therapiebeziehung (störungs)spezifische Interventionen umzusetzen (vgl. hierzu z. B. Fröhlich-Gildhoff 2005).

Auf empirischer Ebene hat sich gezeigt, dass kombinierte, so genannte multimodale Programme, „die unterschiedliche Lebensbereiche (Familie, Schule, Freizeitbereich), Personen (Eltern,

LehrerInnen, ErzieherInnen, Kind) und Interventionsebenen (Eltern-, Kind- und Schulebene) berücksichtigen“ (Petermann et al. 2001, S. 30), bei der Veränderung aggressiver und gewalttätiger Verhaltensauffälligkeiten die besten Effekte aufweisen und in der Regel erfolgreicher als isolierte Einzel-Psychotherapie sind.

Kleiber und Meixner (2000) fassen die Ergebnisse von Therapievergleichs-Studien zusammen: „Verhaltensnahe, problemorientierte Vorgehensweisen, wie kognitiv behaviorale multimodale Methoden, erwiesen sich gegenüber ungerichteten Gesprächsgruppen, psychodynamischen, introspektionsorientierten oder non-direktiven Konzepten, aber auch gegenüber abschreckenden justiziellen Maßnahmen mit etwa drei Mal höheren Effektstärken als deutlich überlegen“ (ebd., S. 200) – allerdings sind solche Analysen auch auf fehlende systematische Wirksamkeitsstudien von Personenzentrierten Psychotherapien mit gewalttätigen Kindern/Jugendlichen zurückzuführen. Es wird gleichfalls nicht berücksichtigt, dass sich die personenzentrierte Störungslehre und das entsprechende Therapiekonzept von der „ungerichteten“, non-direktiven Tradition deutlich weiter entwickelt haben. Ebenso fehlen differenzierte Analysen über die Wechselwirkung zwischen dem Einsatz methodischer, verhaltensbezogener Elemente und der Bedeutung einer entwicklungsförderlichen Beziehungsgestaltung (zu dieser methodischen Debatte vgl. z. B. Fröhlich-Gildhoff et al. 2003).

4.2 Grundhaltung

Für die Grundhaltung der PädagogInnen bzw. TherapeutInnen im Umgang mit aggressiven bzw. gewalttätigen Kindern und Jugendlichen hat Fröhlich-Gildhoff (2006b, S. 67ff) fünf „Prinzipien“ formuliert:

(1) *Die therapeutische Haltung sollte durch Wertschätzung und Konfrontation zugleich gekennzeichnet sein. Wertschätzung ist auf die Person bezogen – bezüglich des aggressiven Verhaltens sollte deutlich gemacht werden, dass der/die PädagogIn oder TherapeutIn dieses nicht billigt.*

Untersuchungen bei Straftätern (Marshall et al. 2002) haben gezeigt, dass ein „harscher Konfrontationsstil“ allein eher „negative Auswirkungen auf das Therapieergebnis hat, eine empathische Haltung hingegen den Erwerb neuer Bewältigungsstrategien fördert und Bagatellisierungen der Straftaten verhindert“ (Elsner 2004, S. 113).

Eine Konsequenz hieraus ist eine störungsspezifische Konkretisierung des personenzentrierten Handelns in der Psychotherapie mit gewalt-auffälligen Kindern und Jugendlichen: Auf der Grundlage einer verstehenden Beziehungshaltung und -gestaltung müssen die Betroffenen mit ihrem, letztlich selbstschädigenden, Handeln konfrontiert werden. Dies bedeutet ein stärker strukturierendes und fokussierendes Vorgehen.

In der personenzentrierten Psychotherapie wurde bereits früh von Carkhuff (1969a,b) die Variable „Confrontation“ als zusätzliches „Element“ in der therapeutischen Begegnung ins Spiel gebracht. Graessner (1995) schlägt sogar vor, „Strukturgebung“ – aufgrund der großen entwicklungspsychologischen Bedeutung – als vierte „Basisvariable“ in das Therapiekonzept aufzunehmen.

(2) Aufgrund der oftmals geringen Motivation wird es nötig sein, diese zunächst aufzubauen.

Dazu ist es wichtig „einen Anreiz“ zu setzen; dies kann (vorübergehend) über klassische Elemente der Verhaltenstherapie (z. B. Verstärkungspläne) erfolgen, unverzichtbar ist jedoch der Aufbau einer stabilen Beziehung, die weitergehenden Einfluss ermöglicht. Auch schon beim Aufbau der Motivation kann (sollte) es sinnvoll sein, zumindest partiell konfrontativ zu arbeiten: Bei den betroffenen Kindern/Jugendlichen muss zumindest eine minimale Unzufriedenheit mit der gegebenen Lebenssituation und vor allem den sozialen Bezügen und dem eigenen Verhalten bestehen. Dieser „Funke“ an Veränderungsmotivation ist aufzugreifen, und es gilt ihn anzufachen. Besonders gefordert ist hier die Kongruenz der TherapeutInnen: Sie werden gefordert sein, Sympathie für die Kinder/Jugendlichen entwickeln zu müssen und sie in ihrer – z. T. moralisch zu verurteilenden – Form der Weltbegegnung zu verstehen. Zugleich ist ein hohes Maß an Selbst-Achtsamkeit erforderlich, um eine wirkliche Begegnung von Person zu Person gestalten zu können.

(3) Arbeiten an der Selbst-Verantwortung der Betroffenen: Dieser Aspekt hängt eng mit der Motivationsarbeit zusammen: Die schon langfristige und stark aggressive Kinder und Jugendlichen lehnen oftmals die Verantwortung für das eigene Handeln ab. Aufgrund ihrer besonderen Art der Fremd- und Selbstwahrnehmung machen sie andere für die Auslösung ihres Verhaltens verantwortlich. Auch hier ist es nötig, konfrontativ entsprechende Strategien zu hinterfragen.

Es sind „Konfrontationen nötig, um eine Auseinandersetzung des Täters mit seinen Realitätsverzerrungen zu initiieren; sie sind aber nur in einer respektvollen Beziehung wirksam“ (Elsner 2004, S. 113).

Es geht also darum, die Wahrnehmungsverzerrungen – als Ausdruck und Folge der Inkongruenzen – ‚aufzudecken‘, um sie einer Symbolisierung und damit der potentiellen Veränderung zugänglich zu machen.

(4) Ansetzen an der zu Grunde liegenden Strukturstörung: Die betroffenen Kinder und Jugendlichen haben eine über lange Zeit verfestigte Selbststruktur entwickelt und entsprechende intrapsychische Schemata aufgebaut. Es gilt, diese verfestigten Schemata anzustoßen; hier ist der von Grawe (1998) beschriebene Wirkfaktor der „prozessualen Aktivierung“ besonders bedeutsam. So ist es zunächst einmal nötig, den Jugendlichen Struktur zu bieten; dies geschieht durch ein klares Setting und Grenzsetzungen.

Die Jugendlichen müssen die Möglichkeit haben, in der therapeutischen Beziehung „korrektive Erfahrungen“ (Grawe 1998, vgl. auch Fröhlich-Gildhoff 2003) machen zu können, um sich in ihrem Beziehungsverhalten neu orientieren zu können. Die hierbei nötige aktive Rolle des/der TherapeutIn betont Pfeiffer (1993), wenn er davon ausgeht, dass im „Übungsfeld Therapie“ das „Ausleben, Bewusstmachen und Überwinden irrealer Beziehungsstrukturen“ (ebd. S. 29f, vgl. auch Pfeiffer 1995) gestaltet werden muss.

Wichtige Elemente sind:

- „Verflüssigung“ der feindselig ‚getunten‘ und rigiden Haltung gegenüber der Umwelt durch eine Veränderung der Fremd- und Selbstwahrnehmung;
- Differenzierung der Emotionen, besonders durch genaues ‚Spiegeln‘ und möglicherweise erlebnisaktivierende Methoden. Hier bietet das Konzept der genau differenzierenden „Interaktionsresonanz“ (Behr 2002) eine gute Ausgangsbasis;
- Konsequente Veränderung der stark aggressiv gefärbten sozial-kognitiven Informationsverarbeitung bzw. Wahrnehmungsverzerrungen; auch hier sind konfrontative Methoden einzusetzen: Insbesondere der Aspekt, ob Dominanz und Kontrolle wichtiger als prosoziale Ziele sind, muss konsequent thematisiert werden;
- Nicht zuletzt ist wichtig, den betroffenen Kindern und Jugendlichen Möglichkeiten zu einer konstruktiven Bestätigung ihres Selbstwertes zu geben: Es nützt wenig, ihnen ihre spezifische Form der Selbstwerterhaltung, nämlich die Aggression zu nehmen und ihnen keine Verhaltensalternative zur Verfügung zu stellen. Daher ist es wichtig, Selbstwirksamkeitserfahrungen zu initiieren und an den vorhandenen Stärken und Ressourcen der Betroffenen anzusetzen.

(5) Die Arbeit mit aggressiven und gewalttätigen Kindern und Jugendlichen ist mühsam und fordert die PädagogInnen und TherapeutInnen in besonderer Weise heraus – vor allem weil das eigene Wertesystem immer wieder in Frage gestellt wird und kurzfristige Erfolge oft nicht möglich sind. Daher ist es wichtig, für sich selbst Sorge zu tragen und dann auch Burn-Out-Prophylaxe zu betreiben.

Geeignete Möglichkeiten können unter anderem sein

- eine Rückversicherung durch Team und Supervision
- das Teilen von Verantwortung durch Einbezug des Umfeldes
- das Knüpfen von Netzwerken, z. B. unter Einbeziehung von Jugendhilfeeinrichtungen
- immer wieder sorgsam die eigenen Grenzen zu achten
- auf die eigene „Work-Life-Balance“ zu achten
- die eigenen Ressourcen zu stärken.

Elsner (2004) fasst seine Erkenntnisse aus der Arbeit mit delinquenten Jugendlichen und Erwachsenen so zusammen: „Wir halten insgesamt eine therapeutische Haltung für nützlich, mit der wir den Täter sowohl unterstützen, zu Veränderungen ermutigen und in seinem Selbstwertgefühl stärken als auch kritisch hinterfragen,

konfrontieren und ihm klare Grenzen setzen. Dabei ist im Therapieverlauf immer wieder die Balance herzustellen zwischen der Unterstützung des Patienten einerseits, ohne dabei in eine Kollusion mit ihm zu geraten, und einer angemessenen Konfrontation mit seiner deliktrelevanten Problematik andererseits, ohne dabei durch eine feindselige Haltung Gefühle von Hilflosigkeit und Beschämung bei ihm hervorzurufen“ (ebd., S. 114).

4.3 Interventionsprogramme

Es gibt eine Reihe von Präventions- und Interventionsprogrammen für Kinder und Jugendliche, die (übermäßig) gewalttätiges Verhalten zeigen. Diese können nach Zielgruppe, Rahmenbedingungen etc. differenziert werden.

Umfassende Programme zur Reduktion von Gewalt an Schulen stellen z. B. Olweus (1995), Steinmetz-Brand (2006) oder auf einer präventiven Ebene Spröder et al. (2006) bzw. Bieg und Behr (2005) vor.

Die Interventions-Programme für die therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen lassen sich differenzieren in „konfrontative Programme“ (vgl. z. B. Weidner et al. 1997; Heilemann & Fischwasser-v. Proeck 2001) und „ganzheitliche Programme“. Letztgenannte versuchen, nicht nur auf der unmittelbaren Symptom- bzw. Verhaltensebene anzusetzen, sondern auch die zu Grunde liegenden Faktoren, wie z. B. einen schwachen Selbstwert, mit zu berücksichtigen.

Beispiele hierfür sind:

- „Training mit aggressiven Kindern“ (Petermann & Petermann 2001)
- „Freiburger Anti-Gewalt-Training“ (Fröhlich-Gildhoff 2006a).

5. Schlussbetrachtung

Die Ergebnisse der Ursachenforschung für aggressives bzw. gewalttätiges Verhalten lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Infolge früher Beziehungserfahrungen – vor allem Erfahrungen von

fehlender Regelmäßigkeit, die zu unsicheren Bindungsrepräsentationen führen, fehlender Unterstützung bei der Affektregulation und fehlenden Selbstwirksamkeitserfahrungen – kommt es zu einer verzerrten Symbolisierung von Erfahrungen im Selbstkonzept. Folge und Ausdruck hierfür sind eine „aggressiv gepolte“ Fremd- und Selbstwahrnehmung, eine unzureichende Selbststeuerung und ein geringes Selbstwert(erleben); diese Variablen sind gepaart mit fehlenden bzw. unzureichend ausgeprägten sozialen Kompetenzen vor allem im Bereich der Konfliktbewältigung. Aufgrund der frühen Entstehung hat sich diese Form der aggressiven bzw. gewalttätigen Welt-Begegnung verfestigt; die Veränderungsmotivation ist oftmals gering. Das therapeutische Begegnungsangebot muss in spezifischer Weise auf diese innerpsychische Konstellation der betroffenen Kinder und Jugendlichen adaptiert werden:

Es wird darauf ankommen, ein Beziehungsangebot so zu gestalten, dass die jugendlichen PatientInnen einerseits als Person Wertschätzung erfahren, dass sie jedoch gleichzeitig ein kongruentes Gegenüber erfahren, das ihnen eine Konfrontation mit den Realitätsverzerrungen und den Aufbau von Selbstverantwortung ermöglicht. Oftmals wird ein „Ringen“ um die Motivation zur (Selbst-)Veränderung den Beginn des therapeutischen Prozesses bestimmen. Dazu wird es nötig sein, das personenzentrierte „Therapiebeziehungsangebot“ durch spezifische erfahrungsaktivierende Interventionen zu ergänzen.

Eine störungsspezifische, konzeptionelle Weiterentwicklung der personenzentrierten Psychotherapie mit aggressiven bzw. gewalttätigen Kindern und Jugendlichen wird also einerseits von einer (selbst-)reflexiven Beziehungsgestaltung auf der Grundlage der „Basisvariablen“ ausgehen, um Ermöglichräume und (Beziehungs-)Sicherheit zur Selbst-Entwicklung anzubieten. Andererseits wird es nötig sein, in besonderer Weise aktiv-strukturierend und konfrontierend den Betroffenen zu begegnen, um kongruent eine Person-Person-Begegnung zu gestalten, damit die gewalttätige Form der Weltbegegnung nicht empathisch mit zu (er)tragen. Wertschätzung und Konfrontation geben den Betroffenen die Möglichkeit zu neuen Beziehungserfahrungen; hierdurch werden „Anstöße“ zur „Verflüssigung“ des sehr rigiden Selbstkonzepts gegeben.

Literatur

Al-Wiswasi, S. (2004). *Der Verlauf von Störungen durch Substanzkonsum im Jugendalter. Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie*. Dissertation Universität Bremen. URL: http://elib.suub.uni-bremen.de/diss/docs/E-Diss802_DISS.24_02-04.pdf [Zugriff: 06. 09. 2006]

Baumeister, R. F., & Boden, J. M. (1998). Aggression and the self: High self-esteem, low self-control, and ego threat. In: R. Geen & E. Donnerstein (Hrsg.). *Human aggression: Theories, research, and implications for social policy*. San Diego, CA: Academic. S. 111–137.

Behr, M. (2002). Therapie als Erleben – Die Bedeutung der interaktionellen Theorie des Selbst für die Praxis einer personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte (2. überarb. Auflage)*. Göttingen: Hogrefe. S. 95–122.

Bieg, S. & Behr, M. (2005). *Mich und Dich verstehen. Ein Trainingsprogramm zur Emotionalen Sensitivität bei Schulklassen und Kindergruppen im Grundschul- und Orientierungsstufenalter*. Göttingen: Hogrefe.

- Biermann-Ratjen, E.-M. (1993). Das Modell der psychischen Entwicklung im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts., In: J. Eckert, D. Höger & H. Linster (Hrsg.): *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*. Bd. 1 (S. 77–88). Köln: GwG-Verlag.
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T. Kemper, F. & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.) (2002). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte* (2. erw. Auflage). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Borg-Laufs, M. (1997). *Aggressives Verhalten: Mythen und Möglichkeiten*. Tübingen: DGVT.
- Brettfeld, K. & Wetzels (2003). Jugendliche als Opfer und Täter: Befunde aus kriminologischen Dunkelfeldstudien. In: U. Lehmkuhl (Hrsg.) *Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Prävention, Behandlung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 78–114.
- Brisch, K.-H. (1999). *Bindungsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Burke, J. D., Loeber, R. & Lahey, B. B. (2003). Course and Outcomes. In: C. A. Essau, (2003). *Conduct and oppositional defiant disorders: Epidemiology, risk factors and treatment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. S. 61–94.
- Burks, V. S., Laird, H. D., Dodge, A., Pettit, C. S. & Bates, J. E. (1999). Knowledge structures, social information, processing and children's aggressive behavior. In: *Social Development*, 8, S. 220–236.
- Campbell, S. B. (1991). Longitudinal studies of active and aggressive preschoolers: Individual differences of early behavior and outcome. In: D. Cicchetti & S. L. Toth (Hrsg.). *Internalizing and externalizing expression of dysfunction*. Hillsdale: Erlbaum. S. 57–90.
- Carkhuff, R. (1969a). *Helping and human relations. Vol I. Selection and training*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Carkhuff, R. (1969b). *Helping and human relations. Vol II. Practice and research*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Caprara, G. V., Perugini, M. & Barbaranelli, C. (1994). Studies of individual differences in aggression. In: M. Potegal & J. F. Knutson (Hrsg.). *The dynamics of aggression*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum Associates. S. 123–153.
- Cicchetti, D., Toth, S. L. & Lynch, M (1995). Bowlby's dream comes full circle. The application of attachment theory to risk and psychopathology. In: T. H. Ollendick & J. R. Prinz (Eds.). *Advances in Clinical Child Psychology*, Vol. 17. New York: Plenum, pp. 1–75.
- Cohler, B. J., Scott, F. M. & Musick, J. S. (1995). Adversity, vulnerability, and resilience: Cultural and developmental perspectives. In: D. Cicchetti & D. J. Cohen (Hrsg.). *Developmental psychopathology, Vol. 2*. New York: Wiley. S. 753–800.
- Crick, N. R. & Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender and social-psychological adjustment. In: *Child Development*, 66, S. 710–722.
- Crick, N. R. & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. In: *Psychological Bulletin*, 115, S. 74–101.
- Denham, S. A., Blair, K., Schmidt, M. & DeMulder, E. (2002). Compromised emotional competence: Seeds of violence sown early? In: *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, pp. 70–82.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E. (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Forschungskriterien*. Bern: Hans Huber.
- Dornes, M. (1997). *Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Eckert, J., Höger, D. & Linster, H. (1997). *Praxis der Gesprächspsychotherapie. Störungsbezogene Falldarstellungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Elsner, K. (2004). Tätertherapie. Grundlagen und kognitiv-behavioraler Schwerpunkt. In: M. Broda, S. Fliegel, A. v. Schlippe, J. Schweitzer, W. Senf & U. Streeck (Hrsg.). *Psychotherapie im Dialog: Täter*. Nr. 2, Juni, 5. Jg. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag. S. 109–119.
- Essau, C. A. & Conradt, J. (2004). *Aggression bei Kindern und Jugendlichen*. München, Basel: Ernst Reinhardt.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006a). *Freiburger Anti-Gewalt-Training (FAGT) – Konzept, Manual, Evaluation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006b). *Gewalt begegnen – Konzepte und Projekte zur Prävention und Intervention*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2005). Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (PTKJ) – eine aktuelle Bestandserhebung. In: *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 36. Jg., H1, S. 17–21.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2003). *Einzelbetreuung in der Jugendhilfe*. Münster: Lit.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (i. Dr.). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer (erscheint 2007).
- Fröhlich-Gildhoff, K., Behr, M., Hufnagel, G. & v. Zülow, C. (2003). Zum Stand der Wirksamkeitsforschung in der Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 34. Jg. (4), S. 197–206.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Hufnagel, G. (1997). Personenzentrierte Störungslehre unter besonderer Berücksichtigung moderner entwicklungspsychologischer Erkenntnisse. In: *GwG-Zeitschrift* 1/97, 28. Jg., S. 37–49.
- Graessner, D. (1995). Gesprächspsychotherapeutische Krankheitslehre. *GwG-Zeitschrift* 98, S. 39–47.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Heilemann, M. & Fischwasser-von-Proeck, G. (2001). *Gewalt wandeln. Das Anti-Aggressivitäts-Training AAT*. Lengerich u. a.: Pabst Publishing.
- Huesmann, L. R., Moise-Titus, J., Podolski, C.-L. & Eron, L. D. (2003). Longitudinal Relations Between Children's Exposure to TV Violence and Their Aggressive and Violent Behavior in Young Adulthood: 1977–1992 *Developmental Psychology*, Vol. 39, No. 2, S. 201–221.
- Hufnagel, G. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2002). Die Entstehung seelischer Störungen – betrachtet aus einer personenzentrierten und entwicklungspsychologischen Perspektive. In: C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. 2. überarb. Auflage. Band 1: Grundlagen und Konzepte*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. S. 35–80.
- Humpert, W. & Dann, H. D. (2001). *KTM Kompakt. Basistraining, Zerstörungsreduktion und Gewaltprävention für pädagogische und helfende Berufe auf der Grundlage des Konstanzer Trainingsmodells*. Bern: Huber.
- Kleiber, D. & Meixner, S. (2000). Aggression und (Gewalt-)Delinquenz bei Kindern und Jugendlichen: Ausmaß, Entwicklungszusammenhänge und Prävention. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*. 31. Jg., Heft 3, S. 191–205.
- Krahé, B. (2001). *The Social Psychology of Aggression*. Philadelphia: Psychology Press Ltd.
- Laucht, M. (2003). Aggressives und dissoziales Verhalten in der Prä-Adoleszenz: Entstehungsbedingungen und Vorläufer in der frühen Kindheit. In: U. Lehmkuhl (Hrsg.). *Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Prävention, Behandlung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 47–56.
- Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (1998). Development of juvenile aggression and violence. Some common misconceptions and controversies. In: *American Psychologist*, 53, S. 242–259.

- Loeber, R. & Hay, D. F. (1997). Attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder, and adult antisocial behavior: A life span perspective. In: D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Hrsg.). *Handbook of antisocial behavior*. New York: Wiley. pp. 51–59.
- Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (1986). Family factors as correlates and predictors of juvenile conduct problems and delinquency. In: N. Morris & M. Tonry (Hrsg.). *Crime and justice: An annual review of research*. Chicago: University of Chicago Press. S. 29–149.
- Lösel, F., Bliesener, T. & Averbach, M. (1999). Hat die Delinquenz von Schülern zugenommen? Ein Vergleich im Dunkelfeld nach 22 Jahren. In: M. Schäfer & D. Frey (Hrsg.). *Aggression und Gewalt unter Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe. S. 65–89.
- Marshall, W. L., Serran, G. A., Moulden, H., Mulloy, R., Fernandez, Y. M., Mann, R. E. & Thornton, D. (2002). Therapist features in sexual offender treatment: Their reliable identification and influence on behaviour change. In: *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, S. 395–405.
- McCord, J. (Hrsg.) (1998). *Coercion and punishment in long-term perspectives*. New York: Cambridge University Press
- Oerter, R., Hagen, C. v., Röper, G., & Noam, G. (Hrsg.) (1999). *Klinische Entwicklungspsychologie*. Ein Lehrbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Olweus, D. (1995). *Gewalt in der Schule*. Bern: Huber.
- Ostendorf, H., Köhnken, G. & Schütze, G. (2002). *Aggression und Gewalt*. Frankfurt a. M., Berlin, Bern: Lang.
- Papousek, M. (2004). Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In: M. Papousek, M. Schieche & H. Wurmser (Hrsg.). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber. S. 77–110.
- Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H. (2004). *Entwicklungswissenschaft: Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Petermann, F. & Wiedebusch, S. (2003). *Emotionale Kompetenz bei Kindern*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Petermann, F., Döpfner, M. & Schmidt, H. M. (2001): *Aggressiv-dissoziale Störungen*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2001). *Training mit aggressiven Kindern. 10. überarb. Auflage*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Pfeiffer, W. M. (1995). Die Beziehung – der zentrale Wirkfaktor in der Gesprächspsychotherapie. *GwG-Zeitschrift* 97, S. 27–32.
- Pfeiffer, W. M. (1993). Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und Therapie psychischer Störungen. In: L. Teusch & J. Finke (Hrsg.): *Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie* (S. 19–40). Heidelberg: Asanger.
- Resch F. (2004). *Entwicklungspsychopathologie der frühen Kindheit im interdisziplinären Spannungsfeld*. In: M. Papousek, M. Schieche & H. Wurmser (Hrsg.). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber. S. 317–348.
- Roth, M. & Seiffge-Krenke, I. (2005). Die Relevanz von familiären Belastungen und aggressivem, antisozialen Verhalten in Kindheit und Jugend für Delinquenz im Erwachsenenalter: Eine Studie an ‚leichten‘ und ‚schweren‘ Jungs in Haftanstalten. In: I. Seiffge-Krenke (Hrsg.). *Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 283–308.
- Salisch, v. M., Kristen, A. & Oppel, C. (2005). Aggressives Verhalten und (neue) Medien. In: I. Seiffge-Krenke. (Hrsg.). *Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 198–237.
- Selg, H. (2003). Mediengewalt und ihre Auswirkungen auf Kinder. *Unsere Jugend*. 55. Jg., H. 4. S. 147–155.
- Scheithauer, H. (2003). *Aggressives Verhalten von Jungen und Mädchen*. Göttingen, Bern: Hogrefe.
- Scheithauer, H. & Petermann F. (2004). Aggressiv-dissoziales Verhalten. In: F. Petermann, K. Niebank & H. Scheithauer (Hrsg.). *Entwicklungswissenschaft: Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 367–406.
- Schmeck, K. (2003). Die Bedeutung von spezifischen Temperamentsmerkmalen bei aggressiven Verhaltensstörungen. In: U. Lehmkuhl (Hrsg.). *Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Prävention, Behandlung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 157–174.
- Spröber, N., Schlottke, P. F. & Hautzinger M. (2006). ProACT-E: Ein Programm zur Prävention von „bullying“ an Schulen und zur Förderung der positiven Entwicklung von Schülern. Evaluation eines schulbasierten, primärpräventiven Programms für weiterführende Schulen unter Eibeziehung von Lehrern, Schülern und Eltern. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(2), S. 40–150.
- Steinmetz-Brand, U. (2006). In der Krise wächst die Chance. Ganzheitliches Gewaltpräventions- und Interventionsprogramm der Georg Büchner Schule, Schule für Erziehungshilfe und Kranke. In: K. Fröhlich-Gildhoff. *Gewalt begegnen. Konzepte und Projekte zur Prävention und Intervention*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 134–151.
- Sturzbecher, D. & Hess, M. (2002). Jugendgewalt und Reaktionen des sozialen Umfeldes. In: D. Sturzbecher (Hrsg.). *Jugendtrends in Ostdeutschland: Bildung, Freizeit, Politik, Risiken. Längsschnittanalysen zur Lebenssituation und Delinquenz 1999-2001*. Opladen: Leske + Budrich. S. 182–209.
- Tausch, R. & Tausch, A. (1991). *Erziehungspsychologie (10. Auflage)*. Göttingen: Hogrefe.
- Weidner, J., Kilb, R. & Kreft, D. (Hrsg.) (1997). *Gewalt im Griff. Neue Formen des Anti-Aggressivitäts-Trainings*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Wurmser, H. & Papousek, M. (2004). Zahlen und Fakten zu frühkindlichen Regulationsstörungen: Datenbasis aus der Münchner Spezialambulanz. In: M. Papousek, M. Schieche & H. Wurmser (Hrsg.). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber. S. 49–76.

Autor

Klaus Fröhlich-Gildhoff, Prof. Dr., Jahrgang 1956, Dozent für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie an der EFH Freiburg. Psychologischer Psychotherapeut sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Zusatzausbildungen in Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie, Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. 20 Jahre Tätigkeit als niedergelassener Psychotherapeut. Supervisor bzw. Dozent/Ausbilder bei verschiedenen Psychotherapie-Ausbildungsstätten. Leiter des Zentrums für Kinder- und Jugendforschung an der EFH Freiburg. Forschung im Bereich Jugendhilfe, Pädagogik der Frühen Kindheit, Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen.

Kontaktadresse

Evangelische Fachhochschule Freiburg
Bugginger Straße 38
D-79114 Freiburg
E-Mail: froehlich-gildhoff@efh-freiburg.de

Anita Holzer

Jugendliche in der Personzentrierten Psychotherapie

Eine Reflexion der Praxis

Zusammenfassung: Im vorliegenden Artikel wird die psychotherapeutische Praxis mit Jugendlichen anhand von Konzepten des personzentrierten Ansatzes reflektiert. In einem ersten Teil werden die entwicklungspsychologischen Aufgaben des Jugendalters beschrieben. Die Jugendzeit mit ihrer starken Entwicklungsdynamik ist eine krisenanfällige Zeit, die Loslösung der Kinder und Eltern voneinander fordert alle Beteiligten. Jugendliche können in eine Krise kommen, wenn die Bewältigungsstrategien nicht mehr greifen. Welche Bedeutung diese Krisen innerhalb der gesamten psychischen Entwicklung einnehmen, ist oft schwer abzuschätzen.

Das personzentrierte Beziehungsangebot ist in hohem Maße für die Arbeit mit Jugendlichen geeignet, da das empathische Verstehen ihrer widersprüchlichen Erfahrungen für die Erweiterung des Selbstkonzeptes von großer Bedeutung ist. Die Abstraktionsebenen, wie Höger sie formuliert hat, bilden die Basis für den Versuch, konkretes Therapeutenverhalten als Manifestationsformen des personzentrierten Beziehungsangebotes zu erklären.

Stichwörter: Entwicklung im Jugendalter, Trennung, Klientenzentrierte Psychotherapie, Selbstkonzept

Abstract: Adolescents in Person-centered Psychotherapy. In this article I reflect on the psychotherapeutic practice with adolescents based on the concept of client-centred psychotherapy. First the mental development of the adolescent is described. Adolescence with its dynamic development takes a high risk for crisis. The separation of children and parents from one another is a challenge for both. Young people can shift into a crisis if their coping strategies do no longer work. It is often difficult to evaluate the significance of the crisis within the whole mental development.

The person-centred relationship is most suitable for psychotherapy with adolescents. Empathy for their conflicting experiences is very important for the development of their concept of self. The level-of-abstraction concept as coined by Höger helps to explain the manifest behaviour of therapists in the person-centred relationship.

Keywords: Adolescent development, separation, client centered psychotherapy, self concept

1. Einleitung

Der personzentrierte Ansatz mit seinen therapeutischen Basiskompetenzen Kongruenz, Empathie und bedingungsfreie Wertschätzung des Erlebens ist in hohem Maße geeignet für eine Jugendlichentherapie. Das besondere Training der personzentrierten Psychotherapeutin, sich alle Wahrnehmungen, Gefühle, Impulse und Wertungen zu vergegenwärtigen und daraus zum Handeln zu kommen, ist überzeugend für Jugendliche, die widersprüchlichen Gedanken, Gefühlen und Impulsen ausgesetzt sind. Nach Christiane Monden-Engelhardt (1997, S. 9) ist das personzentrierte Psychotherapiekonzept auch darum besonders für diese Altersgruppe geeignet, weil es in seinen Grundannahmen entwicklungs- und wachstumsorientiert ist.

Personzentriert zu arbeiten bedeutet, mit der Klientin¹ an den inneren Ort hinzugehen, an dem sie sich befindet, dabei das Vergangene mit zu fühlen und das Kommende mit zu ahnen. Das holt die Jugendlichen, die sich in einer Welt zwischen der Kindheit und der zu werdenden erwachsenen Person bewegen, gut ab. Als kongruente Person stellt sich die Therapeutin mit ihrem Wissen, ihren Erfahrungen und ihrem eigenen inneren Erleben zur Verfügung, damit die Klientin ihre Erfahrungen und ihr Erleben möglichst angstfrei erkunden, sich so mit inneren und äußeren Begebenheiten auseinandersetzen und daran ihr Selbstkonzept entwickeln kann.

1 Ich verwende in diesem Artikel vorwiegend die weiblichen Formen, da die meisten meiner Klientinnen wie auch ich Frauen sind.

Was Jugendliche vollbringen, wenn sie das Eigene suchen und finden, aber auch wenn sie ihren Bezug zur Welt gestalten, ist ein schöpferischer Akt. Aus Kindern, die mehr oder weniger vertrauensvoll mit den Eltern ihren Weg gegangen sind, sollen Erwachsene werden, die selbstständig denken und das Leben auf ihre Art meistern. In der Arbeit mit Jugendlichen ist die Psychotherapeutin meist nicht nur Begleiterin der Jugendlichen, sondern auch der Eltern, die ebenfalls einen schwierigen Weg zu gehen haben.

Als überzeugte personzentrierte Psychotherapeutin erlebe ich mich in der Therapie mit Jugendlichen anders als mit Erwachsenen: Mein Verantwortungsgefühl ist stärker angesprochen, mein Vertrauen in die Aktualisierungstendenz wird häufiger auf die Probe gestellt. Ich nehme öfter direkt Stellung und äußere meine Meinung. Ich informiere und konfrontiere häufiger als in der Arbeit mit Erwachsenen. Ich biete mich den Jugendlichen an als ein Gegenüber, an dem sie sich orientieren und reiben können. Die Gespräche bewegen sich häufiger im äußeren Bezugsrahmen. Ich beziehe die Eltern und das Lebensumfeld mit in die Arbeit ein und hole damit das Thema Autonomie und Abhängigkeit von mir aus ins Therapiezimmer. Immer wieder habe ich das Gefühl, die therapeutische Beziehung zu riskieren und mache doch die Erfahrung, dass sie gerade dadurch gestärkt wird.

Angesichts dessen, wie ich mich also selbst als Jugendlichen-therapeutin erlebe und verhalte, tauchen mir immer wieder Fragen auf: Was passiert da genau? Wie kann ich aus dem personzentrierten Ansatz heraus die Situation der Jugendlichen verstehen und wie mein Therapeutinnenverhalten erklären und begründen? Es soll in diesem Artikel darum gehen, die Praxis zu reflektieren und mit personzentrierten Konzepten zu verbinden. Meine Überlegungen beruhen auf Erfahrungen in der ambulanten Psychotherapie, vorwiegend mit weiblichen Jugendlichen.

2. Die entwicklungspsychologische Situation von Jugendlichen

Die hormonelle Entwicklung bringt einen Schub in die physische, psychische und soziale Erfahrungswelt der Kinder. Die körperlichen Veränderungen, die wachsende Bedeutung der Gleichaltrigen, die Ablösung von den Eltern und die Aufgaben, die die Jugendlichen in der Gesellschaft zu übernehmen haben, bringen in hohem Maße neuartiges Erleben mit sich, das angemessen symbolisiert und ins Selbstkonzept integriert werden soll. Damit dies geschehen kann, müssen diese neuen Erfahrungen von bedeutsamen Anderen positiv beachtet werden. Zu diesen gehören jetzt nicht mehr nur die Eltern, sondern auch die Freunde und Freundinnen aus der Peergroup. Die Akzeptanz in der Gruppe der Gleichaltrigen ist in dieser Lebensphase von besonderer Bedeutung. Die Bewertungen, die von diesen bedeutenden Anderen gemacht werden, können im Widerspruch stehen zu den organismischen Bewertungen des Individuums. Rogers

(1959a/1987, S. 49) schreibt dazu, der Ausdruck der positiven Beachtung durch einen andern könne von größerer Bedeutung sein als der organismische Bewertungsprozess. Das Individuum richte sich dann mehr nach der positiven Beachtung durch andere als nach den Erfahrungen, die von positivem Wert für die Aktualisierung des Organismus seien.

Innere und äußere Bewertungsinstanzen können also in einen erheblichen Widerspruch zueinander geraten. Wenn die eigenen Erfahrungen in der organismischen Bewertung als der Selbstachtung dienlich erlebt werden, aber in der sozialen Gruppe keine Akzeptanz finden, können sie nicht vollständig symbolisiert werden. Es entsteht eine große Spannung und eine Verunsicherung über das Selbstkonzept.

Bei Erikson (1966, S. 106) wird dieses Erleben mit andern Worten beschrieben. „In der Pubertät werden alle Identifizierungen und alle Sicherungen, auf die man sich früher verlassen konnte, erneut in Frage gestellt.“ Jugendliche seien beschäftigt mit der Frage, „was sie in den Augen anderer zu sein scheinen im Vergleich zu dem, was sie zu sein fühlen“. Ein Jugendlicher sei „in manchmal krankhafter, oft absonderlicher Weise darauf konzentriert herauszufinden, wie er, im Vergleich zu seinem Selbstgefühl, in den Augen anderer erscheint und wie er seine früher aufgebauten Rollen und Fertigkeiten mit den gerade modernen Idealen und Leitbildern verknüpfen kann“ (ebd. S. 131). Wie stellvertretend im äußeren Erscheinungsbild versucht wird, das aus sich zu machen, was man gerne wäre, beschreibt die Schweizer Autorin Christine Rinderknecht in einem Roman über ein Teenagerleben in den 60er-Jahren auf anschauliche Art. Auch wenn Trends, Mode, und Idole heute andere sind – das innere Erleben hat sich kaum verändert.

„Um Lars auf mich aufmerksam zu machen, schnitt ich an einem Mittwochnachmittag all meinen Röcken die Säume ab und nähte sie mit krummen Stichen weit über dem Knie wieder zusammen. Der Minirock war Mode, alle Mädchen trugen Miniröcke, ohne Minirock war man ein Landei, eine von hinter dem Mond, wenn man mit einem Faltenrock bis knapp übers Knie daherkam ... Die Mittwochnachmittagsaktion machte dem Zustand ein Ende und befreite meine Knie von dem Ruf, der Familie der Landeier anzugehören. Nach den Knien kam das Gesicht dran. Ich zupfte mir die Härchen über der Nasenwurzel aus und versuchte das Gewucher über den Augen in elegante hauchdünne Bögen zu verwandeln, so wie bei Tanja, die aussah wie eine Madonna. Sie hatte ein ovales fein geschnittenes Gesicht mit dunklen Rehaugen, langen dunkelbraunen Haaren und Augenbrauen wie mit einem Pinsel gemalt, aber sie waren echt. Ich zupfte an meinen Härchen herum, bis ich keine Härchen mehr hatte und die Augenbrauen mit einem Stift hinmalen musste. Sie waren nicht so schön wie die von Tanja, und man sah, dass sie nicht echt waren. Auch die Haare waren ein Problem. Ich wollte mir einen Coupe Hardy schneiden lassen, wie Françoise Hardy mit Stirnfransen und Schnitlauchlocken, die unten an den Spitzen nach außen gedreht wurden. Die Coiffeuse riet mir heftig von Stirnfransen ab. Meine Haare

machten an der Stirn einen Wirbel, und mein rundliches Gesicht rief nicht unbedingt nach Stirnfransen. Ich ließ mich nicht abhalten und verlangte Stirnfransen und eine Frisur wie auf dem Bild, das ich aus einem Heft herausgeschnitten hatte. Nach dem Haarschnitt hatte ich keine Ähnlichkeit mit Françoise Hardy. Meine Haarspitzen ließen sich beim besten Willen nicht nach außen drehen, und die Fransen standen schräg in die Luft hinein. Der Minirock, die neue Frisur und die Augenbrauen veranlassten Lars in keinster Weise dazu, mich zu beachten oder mir wenigstens einen Blick zuzuwerfen, obwohl ich darauf achtete, mindestens zweimal pro Tag seinen Weg zu kreuzen. ... Ich hasste mich, ich hasste meinen Körper, mein Gesicht. Ich wollte ein neues Gesicht, ein Gesicht wie ein Filmstar mit Beinen wie ein Filmstar, nicht diese Waden, „Sprinterwaden“, sagte Philipp, ich wollte lange, gerade, schlanke Beine haben und blonde Haare mit Stirnfransen, Schnittlauchlocken, grüne Augen und dünne Augenbrauen wie mit einem Pinsel hingemalt. Ich wollte kleine Brüste und dünn sein wie eine Bohnenstange, kurze, flattrige Röcke haben und eine durchsichtige Haut wie Perlmutter schimmernd, und ich wollte einen Freund, der so aussah wie Lars, ich wollte einen Schweden. In meinem Kopf spazierte mein neues Ich mit seinem Schweden im Schulhof herum, und alle drehten die Köpfe, weil sie noch nie so ein schönes Paar gesehen hatten.“ (Christine Rinderknecht: Ein Löffel in der Luft, 2002, S. 129–131)

Die Jugendlichen müssen sich selbst neu erfinden

Das Selbstkonzept des Kindes entwickelt sich nach Biermann-Ratjen (2006, S. 90) durch die Interaktion mit wichtigen Bindungspersonen in drei Phasen. Auf dieser Grundlage verlaufe der weitere Entwicklungsprozess, in dem es darum gehe, immer wieder die Kongruenz zwischen den realen Selbsterfahrungen als ein so und nicht anders geartetes und erlebendes Wesen und dem Selbstkonzept herzustellen. Es gehe darum, diejenigen Selbsterfahrungen zu integrieren, die mit realen Begrenzungen und mit Chancen, bzw. Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung zusammenhängen. Solche Erfahrungen werden in verschiedenen Bereichen gemacht:

- Die sexuelle Identität und die Beziehung zum andern Geschlecht beschäftigen die Jugendlichen in hohem Maße. Manche Mädchen machen schon mit 13–14 Jahren erste sexuelle Erfahrungen, die sie verwirren und die mit widersprüchlichen organismischen Bewertungen verbunden sind. Zudem müssen sich die Jugendlichen mit existenziellen Fragen wie dem Schutz vor Aids und der Verhütung einer Schwangerschaft befassen.
- Die Auseinandersetzung mit den eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, aber auch mit den Grenzen, nimmt im Hinblick auf die schulische Laufbahn und die Berufsfindung einen breiten Raum ein. Dabei werden die Jugendlichen mit den Widersprüchlichkeiten oder der Unvereinbarkeit von Selbstideal und Selbsterfahrungen sowie Wünschen und Realitäten konfrontiert.

- Die Beziehung zu den Eltern muss neu definiert werden. Deren Vorrangstellung als bedeutsame Andere wird durch die Bedeutung der Peergroup in Frage gestellt. Die Jugendlichen drängen zu mehr Eigenständigkeit und wollen immer mehr Erfahrungswelten für sich allein haben, die Eltern daraus heraus halten. Das führt zwangsläufig zu Konflikten. Es kann – bei einer oft durch lange Ausbildungen verlängerten Jugendzeit – zu einer großen Spannung zwischen materieller Abhängigkeit und emotionaler Ablösung kommen.
- Im sozialen Umfeld kommt es zu Umbrüchen, und die Jugendlichen müssen darin ihre eigene Position finden. Das Bedürfnis nach Anerkennung (need for positive regard) weitet sich immer stärker aus ins Feld der Gleichaltrigen. In ihrem Kreis bewegen sich die Jugendlichen in einem Spannungsfeld zwischen dem Bedürfnis nach Beachtung und Zugehörigkeit und dem Wunsch nach Individualität.
- Der Bezug zur Welt und die Weltsicht gewinnen an Bedeutung. Die Jugendlichen beginnen sich für Fragen des weiteren Umfeldes zu interessieren und suchen nach Haltungen und Werten in den Fragen der Gestaltung des Zusammenlebens. Religiöse Fragen und ethische Werte können wichtig werden.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass es in dieser Entwicklungsphase darum geht, zu einer Identität als erwachsene Person, einem stimmigen Selbstkonzept und passenden Beziehungen zu kommen. Dazu soll eine eigenständige Position im Leben und in der Gesellschaft gefunden werden.

Diesen Entwicklungsprozess haben die Jugendlichen im Umfeld des 21. Jahrhunderts zu bewältigen, in dem sie täglich mit Bildern und Informationen aus der ganzen Welt konfrontiert werden. Die Medien zeigen die Widersprüchlichkeiten zwischen idealisierter Wunschwelt und gewalttätigen Realitäten in allen Facetten. Die Kommunikation im Internet macht es einfach, sich nach außen zu präsentieren, mit falschen Identitäten, und auf diese Art Kontakte zu pflegen mit Personen, über deren Identität letztlich auch keine Gewissheit besteht. Das Internet eröffnet neue Möglichkeiten der Beziehungsaufnahme. Manche Jugendliche haben dadurch einen erleichterten Zugang zu Gleichgesinnten. Im ausgiebigen Chatten steckt aber auch die Gefahr, dass leibhaftige Beziehungen gemieden werden und damit wichtige Erfahrungen in direkten Kontakten gar nicht mehr gemacht werden können. Zudem ermöglichen die Mobiltelefone, jederzeit in Kontakt treten zu können und kontaktiert zu werden. Das bedeutet für viele, dass auch im äußeren Leben eine große Unruhe herrscht.

Die Pubertät als Zeit der Krisen

Die Pubertät ist also eine Zeit der rasanten Entwicklung. Die zahlreichen neuartigen und intensiven Erfahrungen sollen ins Bewusstsein kommen, damit sie so ins Selbstkonzept integriert werden können. Das bedeutet, dass laufend in Frage steht, ob eine Erfahrung im Bewusstsein zugelassen werden kann, d. h. ob sie angemessen

symbolisiert wird. Werden die Erfahrungen vom Organismus als bedrohlich für das Selbstkonzept erlebt und/oder von den wichtigen Andern nicht positiv beachtet, werden sie nur unvollständig oder verzerrt symbolisiert oder sogar von der Symbolisierung ausgeschlossen (Höger, 2006, S. 61). Das Selbstkonzept wird in dieser Entwicklungsphase – ähnlich wie in einer Krisensituation – in hohem Maße hinterfragt und umorganisiert. Das bedeutet Dauerstress und führt zu Unbehagen, Unsicherheit und innerer Spannung.

Die meisten Jugendlichen bewältigen die Entwicklung mit Hilfe ihres Umfeldes und kommen nicht in psychotherapeutische Behandlung. Sie haben in der Kindheit viele auch widersprüchliche Erfahrungen gemacht, die von den wichtigen Bezugspersonen positiv beachtet wurden. Dank einem breiten Spektrum an Selbsterfahrungen hat sich ihr Selbstkonzept so entwickelt, dass es eine Art filigranes Netz bildet, in dem diese verschiedensten Erfahrungen auch miteinander verbunden sind. Das jugendliche Selbstkonzept ist dann so flexibel, dass es einer Zeit größerer Krisenanfälligkeit standhalten kann und neue Erfahrungen nicht so schnell als Bedrohung erlebt werden.

Wie weit und wie genau Erfahrungen symbolisiert werden können und damit der Gewährwerdung zugänglich sind, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Brandt und Heinerth (2006, S. 7) nennen konstitutionell- biologische Faktoren, soziokulturelle Entwicklungsbedingungen und die soziale Feinfühligkeit und Wertschätzung in signifikanten Beziehungen. Wenn sich unter ungünstigen Voraussetzungen ein brüchiges oder unflexibles Selbstkonzept entwickelt hat, werden die neuen Erfahrungen verzerrt oder unvollständig symbolisiert. Das bedeutet, dass sie den Jugendlichen selbst nicht angemessen bewusst werden und sich in einem Erleben und Verhalten zeigen, welches sowohl vom Jugendlichen selbst wie von der Umgebung schwer zu verstehen ist. So kann sich ein Teufelskreis von Unverständnis entwickeln.

Auffälliges, riskantes und provozierendes Verhalten kann also Ausdruck von verzerrter oder unvollständiger Symbolisierung sein. Gleichzeitig verstärkt sich damit das Krisenrisiko. Bossi (2006, S. 375) definiert die Krise folgendermaßen: „Akute Krisen werden ausgelöst durch belastende innere und äußere Erfahrungen, die plötzlich auftreten können und auf die nicht angemessen reagiert werden kann. Sie durchbrechen die Kontinuität des Erlebens und tragen den Charakter von großer Gefahr und existenziell erlebter Überforderung in sich. Die Person gerät in heftige innere Spannung, Angst, emotionale Verwirrung, ihre üblichen Bewältigungsstrategien versagen.“ Im folgenden Beispiel führt das riskante Verhalten, das schon als Ausdruck einer krisenhaften Entwicklung verstanden werden muss, in eine akute Krise:

Manuela (14)² ist an den Wochenenden oft in der Nacht unterwegs. Sie will sich von niemandem mehr sagen lassen, was sie zu tun hat.

Immer wieder trinkt sie zu viel Alkohol, obwohl sie bereits mehrfach die Erfahrung machen musste, dass sie unter Alkoholeinfluss die Selbst- und die Impulskontrolle verliert. An einem Abend begegnet sie, erneut alkoholisiert, einem Ex-Freund, der mit einer Gruppe männlicher Jugendlichen unterwegs ist. Sie geht auf ihn zu und lässt sich auf einen Streit ein, im Verlaufe dessen sich die beiden prügeln. Beim Weggehen trifft sie weitere bekannte Jugendliche und stachelt diese zur Rache an. Darauf kommt es zu einer Schlägerei unter den beiden Gruppen. Fasziniert schaut Manuela zu und bewundert einen der älteren Jugendlichen, sucht dann den Kontakt zu ihm. Plötzlich sieht sie sich mit ihm allein. Er hält sie fest, bedrängt sie und belästigt sie sexuell. Manuela ist verstört und versteht nicht, was ihr da passiert ist. Sie will die Erfahrung: „Mit mir wurde etwas gemacht, das ich nicht will, ich fühle mich ohnmächtig“ nicht wahrnehmen, denn das Selbstkonzept: „Ich bestimme darüber, was ich mache und was nicht, ich habe mein Verhalten und das der Andern im Griff“ ist massiv bedroht.

Brossi (2006, S. 375) schreibt, dass das zentrale Konstrukt für eine Krisendefinition im personzentrierten Ansatz die Inkongruenz sei. „Inkongruenz ist ja bekanntlich ein Zustand, in dem eine Erfahrung bzw. bestimmte sich wiederholende Erfahrungen gegensätzlich bewertet werden: die gesamtorganismische Bewertung im Hinblick darauf, ob sie der Erhaltung und Förderung des Organismus als Ganzem einschließlich des Selbstkonzeptes dienlich ist, stimmt nicht überein mit der Bewertung dieser Erfahrung hinsichtlich der Kompatibilität mit dem Selbstkonzept.“

Ob es sich bei den jugendlichen Krisen um ein Geschehen handelt, das in einer ambulanten Psychotherapie genügend bearbeitet werden kann oder ob sich eine psychiatrische Erkrankung entwickelt, ist auf Grund der sich zeigenden Probleme oft schwierig abzuschätzen. Du Bois und Resch (2005, S. 77) weisen darauf hin, dass es wichtig ist, den Verlauf einer Krise zu beobachten, um abzuschätzen, welche Auswirkungen sich auf die Entwicklung des Jugendlichen ergeben. „Das diagnostische Profil einer Jugendkrise gewinnt entscheidend an Kontur, wenn neben dem psychopathologischen Querschnitt auch der Längsschnitt beurteilt wird. Hierzu sind Erkenntnisse aus der Anamnese und dem Verlauf heranzuziehen“. Ein entscheidender Faktor für den Verlauf und die Folge des krisenhaften Geschehens ist die Qualität der Bindungserfahrungen, die sich durch die Feinfühligkeit der primären Bezugspersonen entwickelt hat (Biermann-Ratjen, 2006, S. 84).

Das Spannungsfeld von Autonomie und Abhängigkeit

Zweifellos stellt die Pubertät eine Lebensphase dar, in der die Thematik von Autonomie und Abhängigkeit in hohem Maße in den Vordergrund rückt. Für das Finden einer eigenen Identität wird es zunehmend nötig, sich von der Nähe zu den Eltern zu lösen, neue Erfahrungen in einem erweiterten Umfeld, insbesondere unter den Gleichaltrigen zu machen. Wer bin ich, unabhängig von meinen

² Alle Namen in den Beispielen sind geändert.

Eltern? Wer bin ich in den Augen der Andern? Wer bin ich im Vergleich zu der, die ich sein möchte? Um Antworten auf diese Fragen zu finden, brauchen Jugendliche ein größeres Maß an Autonomie. Oft drängen sie geradezu in die Unabhängigkeit, lehnen jede Art von Bindung an vertraute erwachsene Bezugspersonen ab und haben Angst, schon die geringste Bezogenheit könnte sie in den Sog der alten Abhängigkeit bringen. Insbesondere fürchten sie die Bewertungen ihrer Erfahrungen durch die bedeutsamen Andern, in diesem Fall die Eltern. Oft haben sie gleichzeitig Angst vor der Abhängigkeit und vor der Autonomie und sind in hohem Maße hin und her gerissen. Sie erleben sich selbst als widersprüchlich.

Im guten Fall gibt Nähe Sicherheit und ein Gefühl von Verbundenheit. Zu viel Nähe kann aber auch ein Gefühl von Hilflosigkeit auslösen, das Gefühl, es nicht alleine zu schaffen. Das versuchen die Jugendlichen nach Möglichkeit zu vermeiden. Im guten Fall gibt Distanz das Gefühl von Autonomie. Distanz kann aber auch ein Gefühl von Leere auslösen, das Gefühl, ganz allein auf dieser Welt zu sein. Das löst Angst aus und es wächst das Gefühl der Verlorenheit und Sinnlosigkeit, die Angst vor existenzieller Einsamkeit.

Ablösung ist einerseits ein intrapsychischer Prozess. Das widersprüchliche Erleben von Loslösung und Bindung verlangt eine passende Symbolisierung, um ins Selbstkonzept integriert werden zu können. Das bedeutet, dass dieses Erleben wenigstens teilweise gewahr werden muss. Ablösung ist andererseits aber auch ein interpersonaler Prozess, ein systemisches Geschehen, dessen Vollzug die Beteiligung aller Bezugspersonen voraussetzt. Es ist ein aktives Sich-Weg-Bewegen von jemandem und ein passives Losgelassen-Werden. Eltern haben die anspruchsvolle Aufgabe, ihre Kinder in einem guten Maße gehen zu lassen und trotzdem noch genügend Schutz und Geborgenheit zu bieten. Für beide Seiten gleicht der Weg durch dieses Thema einer Gratwanderung, und die Folgen bei einem allfälligen Absturz können gravierend sein.

Die Ablösung der Eltern von den Jugendlichen

In der Zeit, in der die Jugendlichen beginnen, ihre eigenen Wege zu gehen, Probleme vor den Eltern geheim zu halten, neue Beziehungen einzugehen, denen sie plötzlich eine größere Wichtigkeit zuschreiben als denjenigen zu den Eltern, stehen auch die Eltern vor neuen Herausforderungen. Dass sie diese erfolgreich bewältigen können, ist sowohl für die weitere Beziehung der Kinder zu ihren Eltern als auch für die individuelle Entwicklung der Jugendlichen von großer Bedeutung. Wenn Ablösung gelingen soll, müssen die Kinder von den Erwachsenen die Erlaubnis erhalten, ihren eigenen Weg zu gehen. Die Jugendlichen sind jedoch weiterhin darauf angewiesen, dass ihr Erleben und ihre Erfahrungen mit all den Erfolgen und Misserfolgen, von den immer noch bedeutsamen Andern – den Eltern – positiv beachtet werden. So können auch die oft schwierigen Erfahrungen der Pubertät und Adoleszenz zu Selbsterfahrungen werden.

Eltern stehen in dieser Lebensphase vor einer wichtigen eigenen Aufgabe. Sie werden von den Jugendlichen oft mit großer Vehemenz dazu aufgefordert, ihre Vorstellungen von dem, was für ihre Kinder förderlich ist, loszulassen und diese ihre eigenen Wege gehen zu lassen. Meist divergieren die Meinungen darüber, was richtig und angemessen ist. Die Söhne und Töchter setzen sich bewusst von elterlichen Normen und Werten ab und suchen die Konfrontation. Die Akzeptanz unter den Gleichaltrigen wird über diejenige der Eltern gestellt, weil die Positionsfindung in der Peergroup von großer Wichtigkeit ist. Trotzdem – oder gerade deshalb – bilden die Werte und Normen des Elternhauses wichtige Referenzpunkte, an denen sich das Eigene messen kann. Eltern müssen sich hinterfragen lassen und sollen genau dafür auch noch Akzeptanz und Empathie aufbringen. Damit sie für ihre Kinder kongruente Bezugspersonen sein können, müssen sie ihre eigenen Gefühle und Empfindungen im Zusammenhang mit dem Verlust der Kinder und dem eigenen Älterwerden möglichst exakt symbolisieren.

In den allermeisten Fällen haben Eltern bis dahin eigene Bedürfnisse in den Hintergrund gerückt und sich – ihren Möglichkeiten entsprechend – der Aufgabe der Fürsorge und der Erziehung gewidmet. Sie haben versucht, ihr Leben in Übereinstimmung mit dem Leben der Familie als Ganzes zu gestalten. Dies ist nun immer weniger gefragt und wird von den Jugendlichen zunehmend als überflüssig und störend erlebt. Mütter und manchmal auch Väter müssen sich neuen Aufgaben zuwenden. Auch ihnen stellt sich von neuem die Sinnfrage.

Im guten Fall entwickeln sich solche Veränderungen in der Familie sukzessive und Eltern vertrauen in ausreichendem Maße darauf, dass ihre Kinder die Entwicklungsschritte meistern können und daran reifen. Oft aber werden Eltern überrascht vom Zeitpunkt, der Intensität oder der Art und Weise, wie sich die Entwicklung vollzieht und fühlen sich überfordert. Sie stehen den Konfrontationen oder dem Rückzug ihrer Kinder hilflos gegenüber und brauchen Unterstützung. Viele Eltern haben keinen Einblick mehr in die Welten, in denen sich ihre Kinder bewegen. Was diese über Internet, Computerspiele und Videos zu sehen bekommen, entzieht sich oft der Kontrolle der Erwachsenen und überfordert vielfach die Jugendlichen selbst.

3. Wenn Jugendliche in eine Psychotherapie kommen

Bei einer Anmeldung für eine Psychotherapie ist nicht immer klar, wer der „Kunde“ ist, die Eltern oder die Jugendlichen. Jugendliche neigen oft dazu, ihre Probleme zu bagatellisieren oder sie sehen die Ursachen ihrer Schwierigkeiten im (angeblich) unangemessenen Verhalten ihrer Bezugspersonen und halten so ihren Selbstwert aufrecht. Sie erleben, dass Gleichaltrige mit ähnlichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben und halten diese für normal. In ihrer Suche nach mehr Autonomie sind gerade problembelastete Jugendliche oft

wenig motiviert, sich bei erwachsenen Personen Hilfe zu holen. Meistens werden sie von ihren Eltern in die Therapie gebracht oder über Institutionen vermittelt.

Nach Monden-Engelhardt (1997, S. 20) kommen Jugendliche unter folgenden Voraussetzungen in eine Psychotherapie:

- *Sie werden von Eltern, Schule, Hausärzten und Jugendämtern geschickt, meist wegen dissozialer Verhaltensweisen, Schulleistungsstörungen oder psychosomatischer Symptome.*

Diese Jugendlichen haben Schwierigkeiten im Alltag, sie kommen nicht mehr zurecht mit den Anforderungen der Schule, mit den Konflikten daheim oder unter Kollegen. Manchmal steht konkret zur Diskussion, wie es weiter gehen soll mit der Schule, dem Wohnen oder der Lehre. In dieser Situation der äußeren Instabilität erleben sie sich als höchst verunsichert, was aber besonders männliche Jugendliche überspielen. Sie geben gerne vor, alles im Griff zu haben. Die Angst vor dem Verlust der bereits gewonnenen Autonomie ist groß.

- *Sie kommen manchmal auch freiwillig. Dann sind sie eher depressiv, ängstlich und unsicher, sie fühlen sich sozial isoliert. Ein bestimmtes Maß an Eigenmotivation ist dann von Beginn weg vorhanden.*

Diese Jugendlichen spüren, dass ihre Bewältigungs- und Abwehrmuster nicht mehr funktionieren. Sie fühlen sich belastet, leiden unter Essstörungen, Ängsten oder unter psychosomatischen Symptomen wie Kopf- und Bauchschmerzen. Nicht selten beschäftigen sie Fragen nach dem Sinn des Lebens und sie tragen sich mit Suizidgedanken. Mädchen sind in dieser Gruppe weitaus zahlreicher vertreten als Burschen.

- *Sie kommen nach Suizidversuchen, Drogenmissbrauch oder Weglaufen. Oft geht es dann um eine Krisenintervention.*

Diese Jugendlichen sind häufig in einem institutionellen Rahmen zu finden. Die ambulante Psychotherapie ist dann eine nachfolgende Behandlung nach einem Klinikaufenthalt und wird von sozialpädagogischen Institutionen gerne als Auflage verschrieben.

Jugendliche kommen also mehr oder weniger freiwillig in die Psychotherapie, in einer Situation, in der sie irritiert sind über ihr Erleben und sich selbst nicht mehr zu helfen wissen, weil die bisherigen Abwehr- und Bewältigungsstrategien versagen und neue Versuche, das Leben in den Griff zu bekommen, sich als nicht erfolgreich erwiesen haben.

Ob sich Jugendliche auf eine Psychotherapeutin einlassen können, die ihnen ihr Denken und Fühlen, ihre Wahrnehmungen und ihr Wissen zur Verfügung stellt, hängt von frühen Erfahrungen ab. Wenn sie als Kinder die Erfahrung machten, dass sie Stresssituationen im Kontakt mit einer Bindungsperson zu bewältigen vermochten, und wenn ihr Erleben von wichtigen Anderen gehört

und ohne Bewertungen beachtet wurde, können sie leichter in eine therapeutische Beziehung treten. Wenn sie aber die Erfahrung machten, mit Enttäuschungen, Schmerz und Angst allein gelassen zu werden, setzen sie weniger Hoffnungen in eine hilfreiche Beziehung. Wie wir aus der Bindungstheorie und der Psychotherapieforschung wissen, bilden sich die Erwartungen an eine Psychotherapie mit frühen derartigen Erfahrungen und begegnen uns in Form von Öffnungsbereitschaft und Hilferwartung (Biermann-Ratjen, 2006).

Nach du Bois und Resch (2005, S. 27) sind Jugendliche „von dem rasanten Veränderungsprozess, der sie gestern noch so, morgen schon anders denken und fühlen lässt, tief beeindruckt. Der kognitive Entwicklungsprozess ist nun so weit fortgeschritten, dass sie ihre eigene Situation unter Einbezug des Denkens anderer von innen und außen betrachten können. Sie können unter Umständen sehr viel über ihre eigenen Veränderungen reflektieren und darüber geradezu in einen Reflexions„krampf“ geraten. Die unbedachte Aktion kann eine Flucht aus diesem verkrampften Nachdenken sein“.

Weiter schreiben diese Autoren, dass die Verlagerung eines inneren Vorgangs in einen äußeren eine jugendspezifische Abwehrleistung sei, um den spannungsreichen und widerspruchsvollen inneren Vorgängen nicht so ausgeliefert zu sein. Wenn also Jugendliche sich irgendwie verhalten, in der Realität handeln und im Alltag Situationen kreieren, kann das eine Abwehrleistung sein, es kann aber auch der Ausdruck einer verzerrten oder unvollständigen Symbolisierung des inneren Erlebens darstellen. Innere Schwierigkeiten werden in der Außenwelt inszeniert. Es entsteht eine Wechselwirkung von innen und außen, deren Dynamik diejenige in den meisten andern Lebensphasen weit übertrifft. „Die Aktualität ist ständiger Wegbegleiter und Stellvertreter für die inneren Schwierigkeiten des Patienten“ (du Bois und Resch, 2005, S. 29).

Was sich uns als Erleben und Verhalten präsentiert, ist in seiner Bedeutung und Gewichtung oft schwer einzuschätzen. Manches hätte in einer andern Lebensphase schon Krankheitswert. Im Jugendalter kann ein Symptom auftauchen, Ausdruck einer verzerrten oder unvollständigen Symbolisierung oder Versuch einer neuen Bewältigungsstrategie sein. Manchmal verschwindet es schon nach ersten Erfahrungen wieder. Dabei ist zu beobachten, dass die Symptomatik von Jugendkrisen gewissen Modeströmungen unterworfen sein und es zu Nachahmungseffekten kommen kann. Die Symptome müssen genau besprochen, verstanden und gut beobachtet werden. Das Wissen um die gesamte Entwicklung des Kindes bis zum Jugendlichen und um erhöhte Risiken durch Belastungen in der Lebensgeschichte hilft, den aktuellen Verlauf der Krise und die Bedeutung der Auffälligkeiten zu verstehen.

Dazu ein Beispiel:

Monika (17), die wegen depressiver Episoden in die Therapie kommt, zieht sich eines Tages demonstrativ die Ärmel des Pullovers weit über die Hände. Auf dieses Verhalten angesprochen zeigt sie mir die Ritzspuren in ihren Unterarmen. Ihre Schwester und andere Mädchen

in ihrem Umfeld würden sich auch ritzen. Implizit teilt sie mir mit, dass sie das auch einmal ausprobieren wollte. Ich weiß von Monika, dass sie ihren Vater früh durch Krankheit verlor, sich daraufhin zurückzog und in der Schule lange Zeit eine Außenseiterin war. In der nächsten Zeit beschäftigen uns vor allem die Situationen, in denen sie wieder zur Rasierklinge greift. Sie leidet immer wieder unter Leer-gefühlen, die mit einem Mangel an Beziehungen zu tun haben. Wir verstehen das immer genauer und Monika beginnt langsam sich mehr nach außen zu orientieren. Nach einigen Sitzungen verschwindet das Symptom wieder. Kurz darauf verliebt sich die Klientin, und auch ihre depressiven Verstimmungen nehmen merklich ab.

4. Konzepte der Personzentrierten Psychotherapie und ihre Bedeutung für die Praxis

Die unterschiedlichen Abstraktionsebenen der Beziehungsbeschreibung

Rogers hat für die therapeutische Beziehung notwendige und hinreichende Bedingungen formuliert, unter denen sich ein therapeutischer Prozess entwickeln kann (Rogers, 1959a/1987). Höger (1989, S. 189) schreibt dazu, Rogers habe sein Konzept „vor einem bestimmten geistig-kulturellen Hintergrund, auf der Basis vorgefundener tiefenpsychologischer Modellvorstellungen und ausgehend von Erfahrungen im konkreten Umgang mit Klienten, vor allem auch mit den Effekten seiner Bemühungen, als intuitiven Entwurf entwickelt“. Was Rogers uns von seinen Erkenntnissen mitgeteilt habe, seien Beschreibungen von Einstellungen, Haltungen und handlungsleitenden Modellvorstellungen auf der Seite des Therapeuten und innere Vorgänge und Entwicklungsprinzipien auf der Seite des Klienten, beides Sachverhalte auf einem hohen Abstraktionsniveau. In diesem Sinne könne der personzentrierte Ansatz wohl als Therapiekonzept, nicht aber als Verfahren bezeichnet werden (ebd. S. 201).

Höger (1989) unterscheidet für die Beschreibung der therapeutischen Beziehung vier Abstraktionsebenen:

1. Ebene der allgemeinen Charakterisierung von Beziehungen. Auf ihr lässt sich beispielsweise die „therapeutische Beziehung“ von andern Arten von Beziehungen, etwa der Beziehung „Mutter-Säugling“ oder „Rechtsanwalt-Klient“ unterscheiden.
2. Ebene der Beschreibung übergreifender Merkmale einer Beziehung. Beispielsweise bei der Mutter im Hinblick auf den Säugling „Trösten“, „Körperpflege“ usw.; im Klientenzentrierten Konzept für die Seite des Therapeuten „Kongruenz“, „Bedingungsfreie Wertschätzung“ oder „Empathie“.
3. Ebene der Klassifikation spezifischer Verhaltensformen. Beispielsweise bei der Mutter „Auf den Arm nehmen“, „Beruhigend zu reden“, „Windeln wechseln“; beim Therapeuten „Konfrontieren“,

„Fragen“, „Ansprechen von Gefühlen der Klienten“ (...) oder seitens des Klienten „Selbstexploration“.

4. Konkrete Ebene der Beschreibung von spezifischen Verhaltensweisen in einem bestimmten beobachteten oder registrierten therapeutischen Gespräch (nach Gröflin-Buitink, 2002, S. 118-119).

In der personzentrierten Psychotherapie stellt sich also die Frage: „Welche konkreten Manifestationsformen (Ebene III bzw. IV) des klientenzentrierten Beziehungsangebotes (Ebene II) ermöglichen bzw. erleichtern es einem bestimmten Klienten, dieses Beziehungsangebot auch anzunehmen“ (Höger, 1989, S. 201).

In der Diskussion um ein störungsspezifisches Vorgehen wird heute innerhalb des personzentrierten Ansatzes vermehrt der Frage Beachtung geschenkt, welches differenzielle Vorgehen in der Therapie sinnvoll ist. Dabei richtet sich die Aufmerksamkeit darauf, was Klientinnen oder Klienten in ihrer Symptomatik und in ihrem Interaktionsverhalten zum Ausdruck bringen. Es stellt sich also die Aufgabe, auf dem Erlebens- und Erfahrungshintergrund der Klienten ihre Symptome und ihr Interaktionsverhalten zu verstehen und gleichzeitig passende Kanäle zu finden, durch die die Therapeutin das Verstandene mitteilen und dies von den Klienten als solches auch wahrgenommen werden kann. Die konkreten Verhaltensweisen des Therapeuten in einer Therapiesitzung gestalten sich gemäß Höger somit im spezifischen Zusammentreffen eines bestimmten Therapeuten mit einem bestimmten Klienten in einer bestimmten Situation.

Aus der Sicht des störungsspezifischen personzentrierten Ansatzes wird dementsprechend gefragt: Durch welche konkreten Interventionen – auf welchen Kanälen – kann welchen Klienten mit welchem Störungsbild das Beziehungsangebot von Empathie und bedingungsfreier Wertschätzung transportiert werden? Analog dazu kann ich überlegen: Auf welchen Kanälen kann ich die Jugendlichen erreichen? Durch welche Interventionen kann ich meine Empathie zeigen, so dass sie von ihnen auch wahrgenommen werden kann? Jugendliche zeigen neben ihrem individuell geprägten auch ein entwicklungspsychologisch spezifisches Interaktionsverhalten: Sie grenzen sich von erwachsenen Bezugspersonen ab oder ziehen sich zurück, sie stellen Haltungen und Wertungen in Frage, fordern Stellungnahmen heraus, sie probieren unterschiedlichste Verhaltensweisen aus und testen die Reaktionen der Erwachsenen. Sie suchen die Grenzen bei sich und den andern.

Wenn ich mein konkretes Verhalten in den Therapien mit Jugendlichen betrachte, stelle ich fest, dass ich sehr viel häufiger als bei Erwachsenen direkte Fragen stelle, dass ich Informationen gebe, dass ich mich in ihrem äußeren Bezugsrahmen zurechtzufinden versuche. Ich konfrontiere die Klientinnen mit möglichen Folgen ihres Verhaltens, lasse sie mögliche Verhaltensalternativen ausdenken oder gebe sogar Anregungen und Ideen dafür. Die Inhalte der therapeutischen Gespräche sind sehr oft Themen des äußeren Bezugsrahmens: was sich unter Kollegen und Kolleginnen abspielt,

wie sie sich gegenüber Lehrpersonen und Eltern verhalten, wie sie selbst ihre Interessen durchzusetzen versuchen, womit sie wo wie erfolgreich sind oder auch nicht.

Interventionen wie Fragen, konfrontieren, kommentieren, informieren, Ideen und Anregungen geben beschreiben meine Verhaltensweisen auf der Abstraktionsebene 3. Wenn dabei manchmal Zweifel auftauchen, ob ich noch personzentriert arbeite, hilft mir das Konzept der unterschiedlichen Abstraktionsebenen beim Überprüfen. Die Merkmale von Kongruenz, Empathie und bedingungs-freier Wertschätzung (Abstraktionsebene 2) müssen vorhanden sein, und die Beziehung muss sich in der allgemeinen Charakterisierung von anderen Beziehungen unterscheiden (Abstraktionsebene 1). Für Jugendliche von besonderer Bedeutung ist auf der Ebene 1 der Unterschied, dass in der therapeutischen Beziehung keine Sanktionen zu erwarten sind.

Dazu ein Beispiel:

Manuela (14) fällt in der Schule durch schlechte Leistungen, Unkonzentriertheit und Unzuverlässigkeit auf. Es stellt sich die Frage, ob sie den Sprung in die nächste Klasse schafft und ob sie überhaupt an der Schule bleiben kann, denn sie ist oft in Streitereien innerhalb der Klasse und im Schulhaus involviert. Ich merke, dass sie sich kaum Gedanken macht, welche Folgen ein Rauswurf aus der Schule für sie hätte. Sie ist zu stark mit den Aktualitäten in der Mädchengruppe beschäftigt. Manuela hat große Sehnsucht nach Kontakten und braucht die Anerkennung in der Gruppe sehr stark für ihren Selbstwert, nicht zuletzt, weil sie mit den Schulleistungen tatsächlich große Probleme hat. Dieses Erleben muss beachtet und verstanden werden. Gleichzeitig konfrontiere ich sie aber auch sehr direkt mit den möglichen Folgen ihres Verhaltens.

Schon verschiedentlich hatte Manuela sexuelle Kontakte, von denen die Mutter nichts wissen soll. Ich erfahre, dass sie noch kaum informiert ist über Sexualität und Verhütung und auch noch nie bei einer Frauenärztin war. Ich rate ihr dringend, mit ihrer Mutter darüber zu reden. Sie möchte das lieber nicht und wünscht sich, dass ich die Mutter anrufe, in der Hoffnung, dass sie den befürchteten Fragen und möglichen Vorwürfen aus dem Weg gehen kann. Ich übernehme diesen „Auftrag“ nicht, sondern wir üben in einem Rollenspiel, was sie sagen könnte. Wir versuchen auch miteinander zu verstehen, was es ihr so schwer macht, mit der Mutter zu reden.

Manuela ist in ihrem Erzählen wenig spontan, so dass ich sehr oft nachfragen muss. Sie verfügt über einen spärlichen Wortschatz zum Benennen des Erlebens und gebraucht viele unpräzise Formulierungen. Oft kämpfe ich mich durch eine Reihe von Fragen und Vorschlägen, damit ich in einen emotionalen Kontakt komme und mir eine Vorstellung machen kann von dem, was in ihr vorgeht, was sie erlebt und wie es sich in ihrem inneren Bezugsrahmen anfühlen muss.

Die Beziehungen zu Jungs sind in den Therapiestunden oft das wichtigste Thema. Vor kurzem merkte Manuela, dass sie jedes Mal, wenn sie einen sexuellen Kontakt hatte, den Burschen nachher nicht

mehr sehen wollte. In einer bestimmten Stunde schildert sie eine Begegnung mit einem Jungen, der ihr einiges von sich erzählte.

Th: Und du, was hast du ihm von dir erzählt?

Kl: Ich habe ihm gesagt: „Du fragst besser nicht zu viel.“

Th: Du wolltest nicht von dir erzählen?

Kl: Nein.

Th: Warum nicht?

Kl: Es gäbe nichts Gutes zu erzählen. (Sie schaut auf den Boden und ich spüre, wie es ihr unwohl ist.)

Th: Meinst du, weil du vorher dem andern untreu warst? (Davon erzählte sie mir unmittelbar vorher.)

Kl: Ja.

Th: Du willst nicht, dass er das weiß.

Kl: Nein.

Th: Das verstehe ich.

Kl: (schweigt)

Th: Schämst du dich dafür?

Kl: Ja, schon.

In dieser Sequenz wird deutlich, wie durch das direkte Nachfragen und den Vorschlag, wie das Gefühl benannt werden könnte, das Erleben sowohl für die Klientin wie auch für die Therapeutin präzisiert wird. So kann die Klientin sich selbst besser verstehen und der Therapeutin wird es möglich, empathisch zu sein. Hier befinden wir uns auf der Abstraktionsebene 4, dem konkreten Verhalten in einem bestimmten beobachteten Gespräch.

Auf der Abstraktionsebene 3 werden die angewendeten Verhaltensformen wie „Fragen“, „Benennen von Gefühlen“, oder – in anderen Stunden – „Rollenspiel“ und „Konfrontieren“ allgemein beschrieben.

Die übergreifenden Merkmale der Abstraktionsebene 2 wie Empathie, bedingungs-freie Wertschätzung und Kongruenz müssen grundsätzlich vorhanden sein, damit sich die Klientin ihren Erfahrungen zuwenden kann. Dabei gilt die bedingungs-freie Wertschätzung dem inneren Erleben, das wir gemeinsam zu verstehen versuchen, und weniger dem Verhalten. Dass ich im Verlauf der Stunde meine Sorge über ihr Verhalten gegenüber Jungs äußere, ist zur Aufrechterhaltung meiner Kongruenz notwendig.

Auf der Abstraktionsebene 1 unterscheidet sich unsere Beziehung von der Mutter-Kind-Beziehung z. B. dadurch, dass ich keine alltäglichen Situationen mit ihr erlebe. Ich treffe mich mit ihr in einem vorgegebenen Setting eine Stunde pro Woche in meiner Praxis. Von der Lehrer-Schülerin-Beziehung unterscheidet sie sich dadurch, dass es in unseren Gesprächen mehr ums innere Erleben als ums Verhalten geht, und dass ich keine Sanktionen ergreife, da ich keinen pädagogischen Auftrag habe. Von beiden Beziehungen unterscheidet sich die therapeutische Beziehung in diesem Falle auch durch ein hohes Maß an Freiwilligkeit. Diese Unterschiede ermöglichen es Manuela, sich zu öffnen und mir Dinge anzuvertrauen, von denen sie genau weiß, dass sie weder von den Eltern noch von den

Lehrpersonen akzeptiert würden, und dass dies Folgen für sie hätte. Nur wenn sie sich öffnet hat sie die Möglichkeit, ihre Erfahrungen mit Hilfe der Therapeutin zu erkunden und zu integrieren.

Interaktionsresonanz im äußeren Bezugsrahmen

Jugendliche gestalten ihr inneres Erleben in der äußeren Welt. Wie schon weiter oben gesagt, verstehe ich dies nicht nur als Abwehrleistung, sondern auch als Ausdruck einer nicht oder nicht exakt gelungenen Symbolisierung. Was Kinder noch im Spiel gestalten, stellen Jugendliche sehr oft in der realen Welt durch ihr direktes Verhalten dar. Auch das Trotzen des Kindes mit emotionalen Ausbrüchen gegenüber den Eltern verwandelt sich. Es zeigt sich beispielsweise darin, dass die Jugendlichen so gekleidet zur Schule gehen, wie die Eltern es abscheulich finden oder dass sie sich ein Lippenpiercing machen lassen, um die Eltern zu schockieren. Im äußeren Bezugsrahmen werden die wichtigen emotionalen Themen inszeniert und diskutiert. Deshalb drehen sich auch die Gespräche in der Psychotherapie vorerst häufig um äußere Begebenheiten. Die Interaktionen in der Jugendlichentherapie sind oft Diskussionen um Verhaltensweisen und deren Wirkungen, aber auch um Normen und Werte und deren Sinn. Es ist wichtig, darauf einzugehen und auf dieser Ebene in Beziehung zu treten.

In der Kindertherapie, in der das Spiel das Medium der Beziehung ist, schlägt Behr (1996, S. 53) eine Erweiterung und Modifikation der Grundkategorie Empathie vor und spricht von Interaktionsresonanz. Er beschreibt das Verhalten der Therapeutin folgendermaßen: „Sie gibt Resonanz in der Interaktion, Resonanz durch ihr Handeln im Medium. Dabei ist sie auf verbaler Ebene empathisch, ist feinfühlig, stimmt sich auf die Affekte ein, spiegelt zuweilen, allerdings nicht ‚wörtlich‘, das kindliche Handeln – die Therapeutenperson tut mehr als dies, sie gibt durch ihre Interaktion Resonanz auf das Handeln des Kindes“. Interaktionsresonanz bedeutet, dass ich mich, wie Behr schreibt, als präzente Person zeige und mich innerhalb der Beziehung in die Waagschale gebe. Die Jugendlichen handeln nicht mehr im Spiel, aber sie reflektieren noch wenig oder erst in Ansätzen über das eigene innere Erleben. Sie breiten den äußeren Bezugsrahmen vor mir aus und wollen darüber mit mir ins Gespräch kommen. Wir können ihr Verhalten und Handeln in den realen Lebenssituationen als ihr Medium betrachten.

Interaktionsresonanz in der Jugendlichentherapie heißt dann, mit den Klientinnen über die täglichen aktuellen Erlebnisse, über ihre Standpunkte und Werthaltungen zu diskutieren und sich ihnen anzubieten als bedeutsame Andere, damit sie, wie du Bois und Resch (2005, S. 27) es formulieren, „unter Einbezug des Denkens anderer von innen und außen“ ihre Situation betrachten können. In dieser Formulierung ist auch das „Innen“ enthalten. Damit Jugendliche zu einem kohärenten erwachsenen Selbst finden können, müssen sie ihr inneres Erleben immer besser verstehen und akzeptieren. Es braucht also den Schritt vom äußeren zum inneren Bezugsrahmen.

Empathie im inneren Bezugsrahmen

Der innere Bezugsrahmen ist die Gesamtheit der Erfahrungen, „die dem Gewahrsein eines Individuums in einem bestimmten Augenblick erreichbar sind. Dieser Begriff umfasst die gesamte Breite von Empfindungen, Wahrnehmungen, Bedeutungen und Erinnerungen, die der Gewahrnehmung zugänglich sind“ (Rogers, 1959a/1987, S. 37). Es ist die subjektive Welt des Klienten mit den Gefühlen, die die Gefühle machen, mit der Interpretation der Gefühle, mit dem Einverständnis oder Nicht-Einverständnis mit diesen Gefühlen (ebd, S. 37).

Das Vokabular, um das eigene innere Erleben zu formulieren, fehlt den Jugendlichen noch sehr oft. Manchmal dauert es längere Zeit, bis ich eine Vorstellung davon entwickeln kann, wie sich etwas anfühlt. Begriffe wie „das ist ein Ghetto“, „das psycht mich durch“, „da komme ich auf Paranoia“ geben mir zwar zu verstehen, dass es sich um ein heftiges und unangenehmes Erleben handelt. Ich muss aber viel nachfragen und meine eigenen Formulierungen (die meist viel konventioneller sind) finden für das, was ich zu verstehen glaube, ich muss das Erleben präziser erfassen. Es braucht oft viel innere Übersetzungsarbeit, um zu verstehen und das Verstandene so wieder mitzuteilen, dass die Klientin sich auch verstanden fühlt.

Dazu ein Beispiel:

Jasmin (18) erzählt, dass sie an einer Tramstation saß und wartete. Plötzlich passierte mit ihr etwas Intensives, das sie überhaupt nicht verstand und kaum formulieren kann. Sie sagt: „Ich bi döt ghocket und s'hät mi total durepsycht.“ (Ich saß dort und es „psychte“ mich durch.) Sie kann nicht genauer beschreiben, was in ihr vorging, und sie kann noch weniger verstehen, was da mit ihr passierte. Mit Hilfe von Symbolfotos und durch ganz genaues Nachfragen, wie sie da gesessen sei, welche Gedanken, Bilder und Körperempfindungen sie in dem Moment gehabt habe, und welche Erinnerungen sie mit diesem Ort verbinde, beginnen wir miteinander zu verstehen, dass sie mit dem Begriff „es psycht mi dure“ von Angstzuständen redet, die im Zusammenhang stehen mit einer Erfahrung von Gewalt an diesem Ort. Erst jetzt kann sie einerseits die aktuelle Erfahrung genauer symbolisieren und gleichzeitig einen Teil ihrer Geschichte integrieren.

Um empathisch sein zu können, muss ich einen Zugang zum inneren Bezugsrahmen finden können. Rogers (1959a/1987, S. 40) hat dies als eine der sechs Bedingungen für den therapeutischen Prozess beschrieben. Mit Hilfe von konkreten Fragen, Bildmaterial oder meinen eigenen Vorschlägen zum Benennen des Gefühls soll der Zugang zum inneren Bezugsrahmen der Klientin gefunden werden. Hilfreich erweisen sich dazu z. B. Symbolfotos (Lichtensteiger und Spielmann, 1995), die unterschiedlichste Situationen darstellen. Wenn Jugendliche Fotos aussuchen, die am besten zu den von ihnen berichteten Erfahrungen passen, bekomme ich ein Bild von ihrem Erleben, und wir können miteinander nach den passenden Worten dazu suchen.

Damit Empathie therapeutisch wirksam wird, muss sie von der Klientin mindestens in Ansätzen wahrgenommen werden können. Auch diese Bedingung formuliert Rogers (1959a/1987, S. 40) als Voraussetzung für den therapeutischen Prozess. Manchmal genügt es nicht, Empathie mit Worten auszudrücken, sondern es braucht auch Zeichen auf der Handlungsebene.

Dazu ein Beispiel:

Judiths Mutter ist vor zwei Jahren gestorben. Der Vater hatte sie lange gepflegt und ist in seiner eigenen Trauer gefangen. Judith (18) war in der Zeit der Krankheit der Mutter sehr auf sich selbst gestellt. Zwischen Judith und ihrem Vater gibt es aktuell sehr viel Streit, weil er sich nun plötzlich um die Erziehung seiner 13-jährigen Tochter kümmern will und viele Regeln aufstellt. Mit ihrer Trauer aber ist Judith allein gelassen. Der Jahrestag des Todes beschäftigt sie sehr. Sie möchte ohne den Vater zum Grab gehen, fühlt sich dabei aber sehr einsam. Gemeinsam kaufen wir Blumen, und ich begleite sie zum Friedhof. Am Grab erzählt sie mir von ihrer Beziehung zur Mutter und was sie mit ihr so gerne unternommen hat.

Der Besuch am Grab der Mutter erleichtert Judith die Exploration des eigenen Erlebens und den Ausdruck von Gefühlen und Gedanken. Für mich ist er eine gute Möglichkeit, meine Empathie so auszudrücken, dass sie von Judith wahrgenommen werden kann.

Bedingungsfreie Wertschätzung und Kongruenz

Jugendliche erzählen oft von ihren Erlebnissen mit den Kollegen und Kolleginnen, ihren Erfahrungen und Konflikten daheim, den Problemen mit den Lehrpersonen und ihrem Verhalten in der Schule. Da sie wissen, dass ich unter einer Schweigepflicht stehe, erfahre ich vieles, was andere Erwachsene nicht zu hören bekommen. Darunter sind Verhaltensweisen, die ihnen in ihrer Entwicklung schaden können. Jugendliche Klientinnen begeben sich nicht selten in Situationen, in denen sie ihre psychische und physische Gesundheit riskieren, oder sie bewegen sich an den Grenzen der Legalität. Als Therapeutin spüre ich dann (an ihrer Stelle) Sorge und Angst und den Wunsch, sie vor weiteren Risiken zu bewahren. Es beschäftigt mich innerlich die Frage, wie ich mit meinen eigenen Gefühlen umgehen kann, was es bei der Klientin wertzuschätzen gibt und worauf sich meine Empathie richten soll.

Noch deutlicher als in der Arbeit mit den Erwachsenen muss ich mir bewusst sein, dass sich die therapeutische Grundhaltung der bedingungsfreien Wertschätzung auf die Person als Gesamtes bezieht. Bedingungsfreie Wertschätzung bedeutet: Ich schätze dich als Person mit all deinen Erfahrungen, die du machst, seien sie für dich angenehm oder unangenehm, und wir wenden uns gemeinsam deinem Erleben zu. Es bedeutet nicht: Ich akzeptiere alle deine Verhaltensweisen, ohne sie zu bewerten. Diese Unterscheidung scheint mir in der Arbeit mit Jugendlichen von zentraler Bedeutung. Als Menschen

in einer ausgeprägten Entwicklungssituation suchen sie nach neuen Erfahrungen, probieren aus, was für sie förderlich oder hinderlich sein könnte. Und sie wollen nicht nur an ihren eigenen Erfahrungen, sondern auch anhand der Reaktionen der Umwelt spüren und lernen, wie sich etwas anfühlt. Darum ist meine offene, ehrliche und direkte Stellungnahme bedeutsam, und es ist wichtig, diese zu unterscheiden von der bedingungslosen Wertschätzung ihres Erlebens.

Rogers (1959a/1987, S. 41) schreibt, dass der entscheidende Aspekt der therapeutischen Beziehung die Kongruenz oder Echtheit des Therapeuten sei. „Dies bedeutet, dass die Symbolisierungen der Erfahrungen des Therapeuten in der Beziehung exakt sein müssen, wenn die Therapie effektiv sein soll. Wenn der Therapeut Bedrohung und Unbehagen empfindet, sich jedoch nur der Akzeptanz und des Verstehens bewusst ist, ist er in der Beziehung nicht kongruent, worunter die Therapie leidet“. Dabei weist er darauf hin, dass solche Gefühle dann mitgeteilt werden sollten, wenn „der Therapeut ständig auf seine eigenen Gefühle und nicht auf die Gefühle des Klienten konzentriert ist“.

Was ich über die Entwicklung einer Jugendlichen weiß, über ihr persönliches Umfeld, mein Verständnis oder auch Unverständnis für ihre Bedürfnisse, mein Wunsch, sie zu schützen, meine Sorgen und Ängste als erwachsene Frau, meine Empathie für die Eltern, alles soll möglichst exakt gewahr werden. Je mehr davon gewahr wird, desto größer ist die Kongruenz. Als Therapeutin muss ich entscheiden, was ich aus all dem, was bei mir auftaucht, mitteile, ohne zu wissen, wie es aufgenommen wird. Gerade in Psychotherapien mit Jugendlichen, die in ihren Reaktionen oft unberechenbar sind, muss ich bereit sein, ein Risiko einzugehen. Dieses besteht meines Erachtens vor allem darin, dass die Jugendliche sich nicht verstanden oder akzeptiert fühlt, aber auch darin, dass sie mich auf die Seite derjenigen schiebt, die ihr (vermeintlich) für ihre Autonomie im Wege stehen.

Kongruenz als Risiko?

Wenn sich also meine eigenen Gedanken, Ängste, Zweifel oder auch Freuden in den Vordergrund drängen und mir erschweren oder verunmöglichen, die Klientin in ihrem Ausdruck empathisch zu verstehen, oder wenn es mir nicht mehr möglich ist, die bedingungslose positive Beachtung aufrecht zu erhalten, stellt sich die Frage, wie ich mit meinem eigenen inneren Geschehen umgehen kann. Im folgenden Beispiel erlebte ich, dass mich die Erfahrungen, von denen Jasmin berichtete, in meiner Freizeit immer wieder beschäftigten. Ich fühlte mich als Erwachsene in hohem Maße herausgefordert, etwas zum Schutze des Mädchens zu unternehmen und überlegte mir, was ich als Mutter machen würde, wenn ich von meiner eigenen Tochter wüsste, was ich hier als Therapeutin zu hören bekam.

Jasmin verhält sich als noch nicht mündige Jugendliche in hohem Maße riskant und erscheint mir sehr gefährdet, sexuell ausgenutzt zu

werden, Gewalttätigkeiten zu erfahren, aber auch in die Illegalität zu geraten. Aus all ihren Berichten meine ich zu hören, dass die Eltern die Gefährdung unterschätzen und zu wenig tun für die Sicherheit ihrer Tochter. Entgegen dem erklärten Willen von Jasmin lade ich die Eltern zu einem Gespräch ein, stelle ihr aber frei, ob sie dabei sein will oder nicht. Ich befürchte, dass ich die Beziehung zu Jasmin aufs Spiel setze und bin doch überzeugt, dass ich nicht anders handeln kann. Jasmin entschließt sich, schweigend teilzunehmen. Beim gemeinsamen Gespräch teile ich meine Ängste und Sorgen mit, ohne Einzelheiten zu nennen. Ich erschrecke über die Reaktionen des Vaters, was mir die Widerstände von Jasmin für dieses Gespräch sehr verständlich macht. Als die Familie das Therapiezimmer verlässt, bin ich unsicher, ob Jasmin zum nächsten Termin erscheint oder ob sie die Therapie abbricht. Zu meiner großen Erleichterung und auch Überraschung kommt sie zuverlässig weiter. Ihr Vertrauen ist eher größer geworden und hinsichtlich ihrer Beziehung zum Vater ist meine Empathie spürbar gewachsen.

Bei der Entscheidung, im Gespräch mit den Eltern so viel aus der Therapie zu „verraten“, war es wichtig, die Empathie für den inneren Bezugsrahmen, für die widersprüchlichen Erfahrungen, denen die Klientin ausgesetzt war, aufrecht zu erhalten. Dabei verbündete ich mich in diesem Fall (innerlich) nicht mit den Autonomiewünschen, sondern mit der inneren Not der Jugendlichen, die diese selbst nicht wahrzunehmen schien oder nicht zeigen wollte. Da Jasmin sich im Elterngespräch sehr zurückzog, war es schwierig zu erfassen, was in ihr vorging. Meine eigene Kongruenz war das einzige Halteseil auf dieser risikoreichen Tour, an dem ich mich festhalten konnte. Die Erfahrungen, dass die therapeutische Beziehung durch ein eingegangenes Risiko oft gestärkt wird, bestätigen mir, dass Jugendliche ein sehr feines Gespür dafür haben, ob Erwachsene ehrlich sind und dass dies das allerwichtigste ist, um mit ihnen in Beziehung zu bleiben.

Literatur:

Behr, M. (1996). Therapie als Erleben der Beziehung. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1* (S. 41–68). Göttingen: Hogrefe.

Biermann-Ratjen, E. M., Eckert, J. & Schwartz, H.J. (1995). *Gesprächspsychotherapie*. (7. überarbeitete und erweiterte Auflage) Stuttgart: Kohlhammer.

Biermann-Ratjen, E. M. (2006). Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In Eckert, J., Biermann-Ratjen, E. M. & Höger, D. (Hrsg.). (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. (S. 73–91). Heidelberg: Springer.

Binder, U. (2002). Empathie in Bezug auf die Behandlung von Menschen mit schweren Störungen. In C. Iseli, W.W. Keil, N. Nemerski, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. G. Wacker (Hrsg.). *Identität, Begegnung,*

Abschließende Bemerkungen

Psychotherapie mit Jugendlichen bietet die Chance mit Menschen zu arbeiten, deren Selbstkonzept so sehr im Umbruch ist, dass noch zahlreiche Entwicklungsmöglichkeiten offen sind. Das theoretische Konstrukt einer Aktualisierungstendenz „als dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten“ (Rogers 1959/1987, S. 21) erweist sich in der therapeutischen Arbeit als hilfreich, oft gar notwendig, um das Vertrauen in die konstruktiven Entwicklungskräfte der jungen Menschen zu erhalten und die Hoffnung nicht aufzugeben, wenn sich alles in die gegenteilige Richtung zu entwickeln scheint. Wenn die Eltern mit in die Arbeit einbezogen werden – und das ist meistens der Fall – dann brauchen auch sie Empathie und Wertschätzung für ihr Erleben, damit sie ihr Potenzial im Umgang mit ihren Kindern ausschöpfen können. Von der Therapeutin verlangt der Einbezug der Bezugspersonen einen Spagat zwischen den Generationen. Psychotherapie mit Jugendlichen heißt auch, viele Ungewissheiten aushalten zu müssen, nicht nur, ob die Termine eingehalten werden, sondern auch, ob das Beziehungsangebot auch wahr- und angenommen werden und für die persönliche Entwicklung genutzt werden kann. Ein Therapieabbruch ist oft ein Zeichen dafür, dass dies nicht gelungen ist. Es ist ein in konkretes Handeln umgesetztes Erleben, wie es typisch ist für diese Lebensphase. Glücklicherweise gibt es aber auch das Gegenteil: dass Jugendliche regelmäßig und zuverlässig kommen und ich lange nicht genau verstehe, was sie von mir wollen. Vielleicht ist es einfach das, dass sich jemand wirklich für ihr Erleben interessiert und ihnen hilft, sich selbst besser zu verstehen.

Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie an der Jahrhundertwende. (S. 299–320). Köln: GwG-Verlag.

Brandt, Ch. & Heinerth, K. (2006). Symbolisierungsstörungen und emotional instabile Persönlichkeitsentwicklung. *PERSON 1*, 5–13.

Brossi, R. (2006). Krisenintervention. In Eckert, J., Biermann-Ratjen, E. M. & Höger, D. (Hrsg.). (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. (S. 373–391). Heidelberg: Springer.

Du Bois, R. & Resch, F. (2005). *Klinische Psychotherapie des Jugendalters. Ein integratives Praxisbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.

Eckert, J., Biermann-Ratjen, E. M. & Höger, D. (Hrsg.). (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer

Erikson, E. (1966). *Identität und Lebenszyklus*. Zürich: Buchklub Ex Libris.

Fehringer, Ch. (2005). Brauchen wir Störungswissen, um personenzentriert arbeiten zu können? *PERSON 1*, 42–50.

- Gröflin-Buitink, Ch. (2000). Theorie und Praxis – ihre fruchtbare Wechselwirkung in der Personzentrierten Psychotherapie. *Brennpunkt SGGT*, 82, 11–27.
- Gröflin-Buitink, Ch. (2002). Erleben – Benennen – Reflektieren. In C. Iseli, W. W. Keil, N. Nemerski, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid & P. G. Wacker (Hrsg.), *Identität, Begegnung, Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie an der Jahrhundertwende*. (S. 113–144). Köln: GwG-Verlag.
- Höger, D. (1989). Klientenzentrierte Psychotherapie – ein Breitbandkonzept mit Zukunft. In R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie*, (S. 197–221). Heidelberg: Asanger.
- Höger, D. (1995). Unterschiede in den Beziehungserwartungen von Klienten. *GwG-Zeitschrift* 100, 47–54.
- Höger, D. & Wissemann, N. (1999). Zur Wirkungsweise des Faktors „Beziehung“ in der Gesprächspsychotherapie. Eine empirische Studie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, Jg. 47, 374–285.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.M. & Höger, D. (Hrsg.). (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. (S. 37–72). Heidelberg: Springer.
- Keil, W. W. (1998). Der Stellenwert von Methoden und Techniken in der klientenzentrierten Psychotherapie. *PERSON* 1, 32–44.
- Keil, W. W. & Stumm, G. (Hrsg.). (2002). *Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Lichtensteiger, S. & Spielmann, T. (1995). *IMPRO-FOTOS für Beratung, Psychotherapie und Erwachsenenbildung*. CH-5234 Villigen. (vergriffen).
- Monden-Engelhardt, Ch. (1997). Zur personzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & Ch. Monden-Engelhardt (Hrsg.). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 2* (S. 9–70). Göttingen: Hogrefe.
- Rinderknecht, Ch. (2002). *Ein Löffel in der Luft*. Zürich München: Pendo.
- Rogers, C. R. (1959a/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. (3.Auflage) Köln: GwG.
- Schmid, P. F. (2005). Kreatives Nicht-Wissen. Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftskritischen Anspruch des Personzentrierten Ansatzes. *PERSON* 1, 4–17.
- Schmidt, S. & Strauss, B. (1996). *Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie*. Psychotherapeut 41, 139–150.
- Stumm, G., Wiltschko, J. & Keil, W. W. (2003). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Autorin

Anita Holzer Sonderegger, 1954, Dipl. Psychologin FH, Studienrichtung Erziehungsberatung und Jugendpsychologie, Personzentrierte Psychotherapeutin, Supervisorin und Ausbilderin SGGT, tätig in einer Praxisgemeinschaft mit Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern.

Korrespondenzadresse

Anita Holzer Sonderegger
 Adolf Lüchinger-Str. 126
 CH- 8045 Zürich
 E-Mail: holzer.anita@bluemail.ch

Christian Fehringer

Ja, so ist die Jugend heute, schrecklich sind die jungen Leute. W. Busch

Personzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen

Zusammenfassung: Dieser Artikel setzt sich aus einer essayistischen Beschreibung dreier Themenbereiche zusammen. In einer Betrachtung des soziokulturellen Kontextes von Jugend, sollen die Bedingungen dieser Lebensphase beschrieben werden. Anschließend wird ein Überblick über adoleszente Entwicklungsprozesse in diesem Kontext gegeben. Hier versuche ich vor allem zu erläutern, wie adoleszente Gewaltbereitschaft entsteht und wodurch sie begünstigt wird. Abschließend wende ich mich den Möglichkeiten und Bedingungen personenzentrierten Arbeitens in dieser Entwicklungsphase zu.

Stichwörter: Soziokulturelle Veränderungen, adoleszente Entwicklungsprozesse, psychosexuelle Entwicklung, Gewaltphänomene, Identität.

Abstract: Yes, such is youth nowadays, terrible are these young people. Person-Centred Psychotherapy with Youth — Basic principles and conditions, possibilities and limits. This article consists of three essayistic descriptions: Examining the socio-cultural context of adolescence a description of the conditions of this developmental phase is given. Next, I present an overview over adolescent developmental processes. In particular, I try to explain the origin and fostering conditions of a propensity towards violence. Finally, I address the potentialities and requirements of a Person Centered approach for this developmental period.

Key words: Socio-cultural change, adolescent developmental processes, psycho-sexual development, violence, identity.

1. Der soziokulturelle Kontext

1.1 20. Jahrhundert – Jahrhundert der Jugend

Das 20. Jahrhundert wird als Jahrhundert der Jugend bezeichnet. Kindheit und Jugend treten ins Zentrum der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit. Nach 1900 kommt es vermehrt zur Herausbildung einer eigenständigen Kinder- und Jugendwelt. Ein eigener Habitus entwickelt sich. Die Rolle des Kindes entspricht dem Jugendlichen nicht mehr, die Rolle des Erwachsenen noch nicht. Das ist der Ausgangspunkt jugendlicher Bemühungen, sich eine eigene, autonome Rolle in der und auch gegen die Gesellschaft zu schaffen. (Baacke, 1999, S. 64 ff.) Erst vor dieser Hintergrundentwicklung bekommt die Rede vom 20. Jahrhundert als das der Jugend ihren Sinn.

Die Karriere von Jugend als Lebensphase und Jugendlichkeit als Lebenshaltung seit etwa 1900, ist auch die Entwicklung eines Luxusgutes was den verschwenderischen Umgang mit der Ressource

Lebenszeit angeht. Moderne Gesellschaften beginnen ihren Heranwachsenden ein psychosoziales Moratorium zu gewähren. Dieses Moratorium kann als zeitliches Auseinandertreten der physischen, psychischen und sozialen Reife beschrieben werden, die früher einmal alle zum gleichen „Termin“ fällig waren. Während sich die sexuelle Reife ständig nach vorn verlagerte, hat sich die Kindheits- und Jugendzeit gleichermaßen nach hinten verschoben. Die Dauer der Phase zwischen Kindheit und Erwachsenenleben hat sich im Verlauf des 20. Jahrhunderts ständig verlängert.

War das psychosoziale Moratorium erst nur wenigen vergönnt, hat es im Lauf der Zeit immer weitere Kreise gezogen. Während in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts für die große Mehrheit der Jugendlichen tatsächlich noch die frühe Integration ins Erwerbsleben die Regel war, verlässt heute die übergroße Mehrheit der Jugendlichen dieses Moratorium nicht mehr vor oder zu Beginn der Adoleszenz. Weit über die Hälfte von ihnen verbringt darüber hinaus weite Strecken der neu definierten Phase der Postadoleszenz

(18. bis 28. Lebensjahr) in der Ausbildung an Universitäten oder an Fachhochschulen. (Vgl. dazu Ferchoff, 1999 S. 123ff und Hurrelmann Vortrag 2004.)

Wesentlich ist mittlerweile die Frage, wie das jugendliche Moratorium genutzt werden soll? Allein im Interesse der Gesellschaft, die qualifizierten Nachwuchs benötigt oder steht das Eigeninteresse der Jugendlichen im Vordergrund? (Ebd. Hurrelmann 2004.)

Schon bald wird das psychosoziale Moratorium von Jugendlichen als Sonderstellung begriffen und auch vehement verteidigt. Die Beschneidung der Selbstentfaltung, die Zumutung von Zeit- und Handlungsdruck löst Empörung aus. Die Vorstellung, dass Fremdwänge der Gesellschaft das heranwachsende Individuum an der Selbstverwirklichung hindern, ist im Laufe des 20. Jahrhunderts Allgemeingut geworden. (Vgl. dazu auch Brinkmann, 1987, S. 55 ff.) Bislang war das Problem des Selbstwerts in Verbindung mit der Selbstverwirklichung noch gar nicht gesehen, oder als rein individuelles Problem betrachtet worden. Nun aber kann der Mangel an Selbstwert, die Unfähigkeit ein entsprechendes Selbstverständnis zu entwickeln, den gesellschaftlichen Umständen angelastet werden. Diese Vorstellung hat auch ungeahnte mediale Unterstützung erhalten.

1.2 Vom Druck sich zu erschaffen und früher Reifung

Sich zu erschaffen ist aktuell der Anspruch, in der radikalisierten neoliberalen Form, des „Ich-will-alles-und-zwar-Jetzt“. Nicht von diesen Eltern, in diese Gesellschaft, in diese Welt geboren zu sein, war vor einigen Jahrzehnten der politisch orientierte Wunsch. Es ist zugleich der Wunsch nach umfassender Authentizität. Anfangs noch als politische Ambition gelebt, wurde dieser Anspruch inzwischen auf das Geschäft medialer Selbstdarstellung heruntergefahren. In den entsprechenden Fernsehshows ist der Anspruch für jedermann verfügbar geworden.

Dieser Anspruch auf Selbstdarstellung, verbunden mit der Frage nach der Selbstwirksamkeit, ist für jeden Heranwachsenden verbunden mit der Erfahrung der Kontingenz des Selbst. Aufgrund von Umständen die man selbst keineswegs gewählt und auch nicht in der Hand hat, derjenige¹ zu sein, der man ist. Natürlich lässt das den Gedanken schmerzlich virulent werden, auch ein ganz anderer als der sein zu können, als der man sich zufälligerweise vorfindet. Denn wir leben in einer multioptionalen Welt, wo es darum geht, sich ständig neu zu erfinden, sich gut zu vermarkten.

Zwischen dieser Erfahrung der Kontingenz und der Resignation ins Unabänderliche erstreckt sich für Jugendliche ein weites Feld: das des Aus- und Anprobierens von Rollen, Haltungen, Ansichten, Selbstwirksamkeitskonzepten. Die Möglichkeit sich mit Kleidung, Haarfarbe, Piercing, Tätowierung ... äußerlich zu verändern, um zu

erkunden, was einem entspricht, ist verführerisch. Diese Änderung erfolgt aus dem Unbehagen, auf eine Rolle festgelegt zu werden oder aus der Lust am Spiel mit der permanenten Veränderbarkeit seiner eigenen Wirksamkeit. Ein 17-jähriger Klient überprüfte etwa seine Wirkung mit einer absurd martialischen schwarzen Kleidung und war höchst zufrieden, wenn sich in der Straßenbahn niemand traute, sich neben ihn zu setzen.

Dementsprechend hat sich auch das so genannte „Fehlverhalten“, ich bevorzuge den Begriff „Signalverhalten“, von Kindern und Jugendlichen in den letzten drei Jahrzehnten stark verändert. (Siehe Resch et al. 1996, S. 284–294.) Früher gab es die gehemmten, durch autoritäre Erziehung eingeschränkten Kinder und Jugendlichen, die nicht aus sich heraus kamen. Heute finden wir vermehrt solche, die keine Grenzen akzeptieren. Psychosen, deren Ausbildung nach psychiatrischen Theorien eine gewisse Reife voraussetzt, treten heute wesentlich früher auf, als vor zwanzig oder dreißig Jahren. Selbstmordhandlungen nehmen bei 10- bis 14-Jährigen massiv zu. Stark gestiegen sind auch die Sexualstraftaten, bei denen ebenfalls eine Verschiebung nach vorne stattgefunden hat. Kinder werden viel früher „reif“, und erleben diese „Reife“ als Überforderung.

1.3 Der Schutz der Kindheit verschwindet – jugendliche Individualisierung wird immer schwerer

Kindheit, als eigenständige und auch geschützte Lebensphase scheint zu verschwinden. Sie verschwindet auch durch die Verfügbarkeit von modernen Medien und den fast ungehinderten Zugang von Kindern zum Konsum- bzw. Freizeitmarkt. Die lebensgeschichtlichen Grenzen zwischen Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter sind völlig uneindeutig. Schon Kinder erleben die Vor- und Nachteile einer offenen und kommerzialisierten Gesellschaft unmittelbar. Sie bekommen die Veränderungen im Wirtschafts- und Berufsbereich über ihre Eltern zu spüren. Sie nehmen die gestiegenen Anforderungen im Grundschulbereich wahr und erleben einen hohen Originalitätsdruck in der individuellen Lebensführung, der über Peer-Groups, Werbung und Konsumindustrie auf sie einwirkt. (Siehe dazu Weckbecker-Ergelet, 2005.)

Wie gestalten sich jugendliche Individualisierungsprozesse in einer immer komplexer werdenden Welt? Eine aktuelle Grunderfahrung scheint Überforderung in vielfältiger Weise zu sein. Es ist von jedem Einzelnen ständig zu entscheiden, welche Freunde zu haben es sich lohnt, was gelesen/gehört/gesehen/gespielt werden muss, wie die (Marken)Kleidung auszusehen hat. So fragt sich (und mich) beispielsweise ein 12-jähriges Kind sehr niedergeschlagen, wie es die Auswahl seiner 750 Musiktitel am iPod organisieren soll. Die Wahlfreiheit verringert – schon bei Kindern – nicht das Risiko des Misslingens, sondern vergrößert oft nur die Wahrscheinlichkeit dieser Erfahrung. Das setzt sich in der Jugendzeit und Adoleszenz fort,

1 Die weibliche Form ist immer inkludiert.

und wird zur bestimmenden Erfahrung von Kontingenz. In dem Maß wie jeder Einzelne entscheiden kann und muss, lastet er oder sie sich eine Verantwortung von Komplexitätsreduktion auf, die früher noch kulturell, gesellschaftlich mitgetragen wurde.

Mit dieser Individualisierung geht eine große Verantwortlichkeitsüberlastung einher. Es gibt keine berechenbaren Lebensläufe mehr. Die persönliche Biografie wird zum unberechenbaren Risiko, sodass eine persönliche Identität eher als Möglichkeit und weniger als Wirklichkeit antizipiert werden kann. (Beck, 1986, S. 112). Das produziert in einer Welt, die als real erlebt wird, notwendigerweise das ständig mitlaufende Gefühl der Enttäuschung und der Frustration.

Kindheit bedeutet daher oftmals frustrierte Kindheit und ist verbunden mit einem entmutigenden Gefühl des Alleingelassen-seins. Über Fernsehen und Peer-Group werden schon Kinder laufend mit dem Vergleichshorizont besserer Möglichkeiten konfrontiert. In einer multioptionalen Welt zu leben, und keinen Zugriff auf diese Optionen zu haben, frustriert zutiefst. Es gibt immer mehr Aus- als Einschließungen. Jede Erfüllung ist gleichzeitig ein Ende, und jede Entscheidung für etwas ist eine Entscheidung gegen alles andere. Erfüllungen müssen immer schneller realisierbar sein, um die entstehende Leere abzufangen. Die Vertreibung von Langeweile geschieht aus den unterschiedlichsten Beweggründen schon im frühesten Kindesalter. Viele Eltern ertragen es nur schwer, wenn ihr Kind nichts mit sich selbst anzufangen weiß und machen sofort Beschäftigungsangebote. Aber erst wenn das Kind durch das Erleben von Langeweile durchgegangen ist, erfindet es für sich etwas Neues. Kinder und Jugendliche leben nicht in der besten aller möglichen Welten, sondern in einer Welt der besseren Möglichkeiten. Die große Hoffnung ist der Status des Erwachsenen.

Die geschilderten Umbrüche des Lebensrhythmus bringen es mit sich, dass jede Person ihre Eigenleistung zur Gestaltung ihres Lebens deutlich steigern muss. Schon bei den Kindern ist oft ein nahezu unbewältigbarer Originalitätsanspruch zu beobachten. Denn ob sich jemand als selbständig und befähigt erfährt, hängt davon ab, ob er/sie sich für die eigene Lebensführung selbst verantwortlich empfindet, sich selbst als Quelle der eigenen Handlungen und Urteile begreift. Für viele Kinder und Jugendliche ist es schwierig, diese innere Empfindung zuverlässig aufzubauen, die geeigneten Maßstäbe für Selbständigkeit zu entwickeln und umzusetzen. Sie sind sozusagen ständig auf der Suche nach sich selbst als unverwechselbare Persönlichkeit. (Deutsche Shell-Studie 2002, S. 173ff.)

Kinder trifft diese Herausforderung in einer sensiblen Phase der Entwicklung. Wem vertrauen ist die Frage, wo doch alle so zu kämpfen haben. Was hat eine allein erziehende Mutter ihrem Kind an Beziehungsweisen anzubieten, wenn das Kind alle Beziehungsdramen der Mutter hautnah miterlebt? Schon Kindern und in noch größerem Maß Jugendlichen wird die Fähigkeit der Selbststeuerung abverlangt. Das löst bei vielen massive Überforderung aus! Störungen der Persönlichkeitsentwicklung sind beobachtbar,

der Gesundheitszustand ist Besorgnis erregend. Stresssymptome wie bei Managern sind zu beobachten. Essstörungen, denen oft eine Angststörung zugrunde liegt, nehmen auch unter der Gruppe der männlichen Jugendlichen zu.

Bei Jugendlichen die ich in meiner Praxis sehe, lassen sich sehr vereinfacht drei verschiedene Ausprägungsformen beschreiben:

- Als Reaktion auf vielfältige Überforderungen zeigen sich psychische und körperliche Erschöpfungszustände, Nervosität und Unruhe, Magenverstimmungen, Ess- und Schlafstörungen. Es sind Störungen, die mit der Überlastung im körperlichen, seelischen und sozialen Bereich zu tun haben. Diese nach innen gerichtete Form der Problemverarbeitung tritt bei Mädchen häufiger auf als bei Burschen und ist charakteristisch für Stile der Überlastungsregulation.
- In der aggressiven Variante ist die Form der Problemverarbeitung nach außen gerichtet. Sie ist bei männlichen Jugendlichen verbreiteter. Dazu zählen Formen der Hyperaktivität, aber auch die Verbreitung körperlicher, psychischer oder verbaler Gewalt. Diesen Verarbeitungsstil erlebe ich in zunehmendem Maß als ansteigend. Der Hintergrund scheint auch hier in sozialer Desorientierung, familiärer Haltlosigkeit, tiefer Enttäuschung von Bindungserwartungen und Frustration von Selbstwertgefühlen zu liegen.
- In einer dritten Variante, ist der Missbrauch von psychoaktiven Substanzen vorherrschend. Zigaretten-, Alkoholkonsum und auch Medikamentenmissbrauch hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Schon Volksschüler erhalten über den Hausarzt Antidepressiva, und im Zuge der Tatsache, dass immer häufiger und auch sehr schnell ADHS diagnostiziert wird, ist auch in diesem Zusammenhang Medikation weit verbreitet.

2. Adoleszente Entwicklungsprozesse und jugendliche Gewaltphänomene

2.1 Ablösung von den Eltern

Unter welchen Bedingungen finden in diesem soziokulturellen Kontext Entwicklungsprozesse statt? Durch die physische Reife, durch die erlangte Fähigkeit zu sexuellen Beziehungen wird die seelische Organisation des Jugendlichen einer umfassenden Veränderung unterworfen. Es gilt die Sexualität und damit ein neues Lebensgefühl, in das Körperbild zu integrieren. Der Jugendliche muss lernen, neue (Liebes-)Beziehungen zu knüpfen, und sich von elterlichen Autoritäten abzulösen.

In der psychosexuellen Entwicklung des Heranwachsenden kommt es zu einer notwendigen Neubewertung sexueller Regungen. Sexuelle Strebungen, Bedürfnisse, Phantasien der Allmacht, Aggressionen ... werden nun vom Jugendlichen auf Personen außerhalb der Familie gerichtet und damit steht erneut die Auseinandersetzung mit dem Fremden, Unbekannten und auch Angstmachenden

bevor. Ein 19-jähriger Klient mit enormer mathematischer Begabung schwärmt mir vor, wie schön doch eine hyperkonfluente Differentialgleichung ist, im Vergleich zur massiven Irritation und Angst, die er im – nun nicht mehr zu vermeidenden – Umgang mit Mädchen erlebt. Eine 17-jährige Klientin beschreibt mir ihren Konflikt der sich in Panik- und Angstattacken symbolisiert mit folgenden Fragen: Was soll ich tun? Ich liebe meine Familie, aber ich spüre, dass sich meine ganze Lebensorientierung von ihr wegbewegt. Ich hab einen – gegenwärtigen – Freund und der nächste steht schon vor der Tür. Ich erlebe die Lust an der Möglichkeit viele Entscheidungen selbst zu treffen und auch durchzuführen, aber ich hab auch Angst davor, dass meine Familie meine neuen Selbständigkeitsgelüste als Undankbarkeit auffasst und mich verstößt; dabei brauch ich sie aber gerade jetzt in dieser Zeit meiner beginnenden (sexuellen) Unabhängigkeit. Ich kann jetzt alles und getraue mich nichts; ich fühl mich alleingelassen wie nie zuvor. Kann ich von meiner Familie verlangen, dass sie mich „frei“ lässt, mir aber trotzdem die Liebe und Sicherheit nicht entzieht?

Wenn Jugendliche sich von den Eltern lösen – oder die Eltern sich von ihnen, etwa durch Scheidung/Trennung zu früh lösen – verliert ihr Selbstkonstrukt möglicherweise wichtige Unterstützung. Narzisstisches Verhalten und Größenphantasien haben in der Adoleszenz daher eine wichtige Brückenfunktion.

2.2 Zuwendung zu Gleichaltrigen

Die elterliche Stütze wird ersetzt durch den Rückhalt in den Gruppen der Gleichaltrigen, durch Größenphantasien und Tagträume. Das stellt eine wichtige Überleitungsfunktion dar, bis das Selbstwertgefühl durch reale Bestätigungen und reale Beziehungen zunehmend gefestigt wird. Wenn dieser Prozess nicht entsprechend verläuft, kann es zu einer kompensatorischen Fixierung auf Tagträume und Größenphantasien kommen. Zu beobachten ist dann oft die Ausbildung eines egozentrischen (pathologischen) Größenselbst, das sich keiner realen Bestätigung mehr aussetzen kann, sondern zunehmend durch archaische, kindlich-destruktive Gefühle gesteuert wird.

Der Jugendliche braucht die Zugehörigkeit zu Gruppen um die seelischen Veränderungen zu bewältigen, um neue Ich-Fähigkeiten und Wertsetzungen zu erlernen und um seine kulturelle und soziale Einbindung zu fördern. Diese sub-kulturellen Milieus sind notwendige Experimentierfelder, was zu rasch wechselnden Zugehörigkeiten und Identifizierungen mit unterschiedlichen Gruppen führen kann.

Gruppen entfalten ihre eigenen besonderen Verhaltensformen, verbunden mit einer oft aggressiven Herausforderung der Erwachsenenwelt. Die Grenzen zur Delinquenz sind in der Adoleszenz demnach oft fließend. In jugendlichen Gruppen besteht quasi eine Aufforderungshaltung etwas Aggressives zu tun. Dieser Drang wird dann ohne bewusste Zielsetzung ausagiert. Die Wertschätzung von

Gewalthandlungen und brutaler Männlichkeit wird zur Gruppennorm und dient der Schaffung von Macht und Ansehen. Jugendliche loten durch Grenzüberschreitungen aus, wie weit sie gehen können. Sie fordern damit eine Begrenzung heraus, die sie auf Dauer nicht umgehen können, sondern vielmehr benötigen, um sich daran zu orientieren, um soziales Verhalten auch zu verinnerlichen. Wie unverständlich und unerträglich so ein aggressives Verhalten für andere sein kann, spürte ich als mir ein Jugendlicher am Beginn einer (verpflichteten) Therapie erzählte, wie er mit Freunden Obdachlose, die auf Parkbänken schliefen, mit Benzin übergossen und angezündet hat. Nur um sie zu erschrecken, nur um „Spaß“ zu haben.

Eine besondere Bedeutung kommt auch Gruppenideologien zu. Weltanschauungen und Ideologien haben eine besondere Bedeutung bei der Identitätsbildung. Der Jugendliche braucht diese Orientierungen um sich ins gesellschaftliche Leben integrieren zu können. Weltanschauungen sind eine Vermischung von gesellschaftlich vorgegebenen Denk- und Urteilkategorien mit den ganz persönlichen gefühlsabhängigen Erfahrungen aus der eigenen Lebensgeschichte.

2.3 Wert und Gefahr einfacher politischer Ideologien

Politische Ideologien eignen sich in besonderer Weise zur Veräußerlichung von inneren – unlöslichen – Konflikten. Ein inneres Drama wird auf die äußere Bühne verlagert. Geeignet sind dafür Ideologien mit einer eindeutigen Gut-Böse-Zuschreibung, die ein einfaches Freund-Feindbild-Denken favorisieren.

Diese Weltbilder sind doppeldeutig für den Jugendlichen. Einerseits wird er dadurch animiert und herausgefordert, sich von diesen scheinbaren Eindeutigkeiten los zu reißen, eigene Positionen zu beziehen (in den Therapien ist dieses Bestreben auch vehement zu sehen), andererseits droht der Jugendliche auch daran fixiert zu bleiben. Besonders dann, wenn massive Hass- und Enttäuschungsgefühle vorhanden sind, die soziale Einbindung nicht funktioniert und der Jugendliche sich entwertet fühlt. Es braucht dann konkrete Feind- und Hassbilder um die eigene, fragile, zerbrechende Identität mit Gewalt aufrecht zu erhalten.

Diese Ideologien können den Jugendlichen Denk- und Handlungswege liefern, die ihnen als Auswegmöglichkeit aus unlöslichen scheinenden Problemen imponieren, aber den Weg zu einer reifen Individuation abschneiden. Statt dass der Jugendliche sich selbst daran abarbeitet definiert nun die Ideologie bzw. die Gruppe, die sie vertritt, was richtig, was gut oder böse ist. Gruppennormen treten an die Stelle eines individualisierten Wertesystems.

Die adoleszente Entwicklung gerät dadurch in eine Sackgasse. Der schmerzhafteste Weg der Individualisierung unterbleibt, reife seelische Kompromisslösungen und das Ertragen von Ambivalenzen werden verhindert. Stattdessen unterliegt sowohl die innere als auch die äußere Welt einer klaren Trennung. Auf der einen Seite

existieren ideale und geliebte Personen, Vorstellungen und Bilder zu denen man gehören möchte. Auf der anderen Seite befinden sich „Feinde“, die gehasst werden können, auf die eigene schwache, verachtete und ängstliche Anteile der Selbstkonstruktion gerichtet werden, um sie dann dort zu verfolgen und zu zerstören, um in sich selbst nur mehr ein starkes Selbstbild zu dulden.

Wird diese Entwicklung zur Selbsterschaffung nicht aufgehalten, läuft der Jugendliche Gefahr, die innere Verbindung zu den eigenen schwachen Anteilen vollständig zu verlieren. Die entstehende innere Leere wird dann mit künstlichen Versatzstücken gefüllt, wozu sich Gruppenideologien oder rechtsradikale politische Weltanschauungen hervorragend eignen. (Sutterlüty, 2002, S. 94 ff.)

2.4 Gewaltbereite Jugendliche – Rollentausch Opfer-Täter

In der Vorgeschichte gewalttätiger Jugendlicher finden sich in der Regel traumatische Kindheitserfahrungen von Verlassenheit, Vernachlässigung und Gewalt.

Fehlende, abwesende Väter und massiv überforderte Mütter, die oft uneindeutige „partnerschaftliche“ Beziehungen zu ihren Kindern leben, begünstigen sadistisch-masochistisch strukturierte Beziehungen.

Viele Kinder machen schon sehr früh Gewalterfahrungen in der Familie. Entweder sie waren selbst dieser Gewalt (von Züchtigung bis hin zu Misshandlung) ausgesetzt, oder sie waren Zeugen physischer Gewaltausübung der Eltern untereinander. Personen die diese Erfahrungen gemacht haben, lernen Gewalt als Weg zu nutzen, Konflikte zu lösen und den Gebrauch von Gewalt zu rationalisieren. Mit Gewalterfahrungen konfrontierte Kinder werden später als Jugendliche oder Erwachsene, meiner Erfahrung nach, viel wahrscheinlicher gewalttätig als andere. Das heißt nicht, dass innerfamiliäre Gewalt notwendigerweise zu Gewalt führt! Doch es besteht ein Kreislauf von Gewalt, erstens durch Übertragung der in der Herkunftsfamilie erfahrenen Gewalt auf die später gegründete eigene Familie, zweitens durch innerfamiliäre Misshandlung im Kindesalter, die oftmals zu außerfamiliärer Gewaltkriminalität im Jugend- und Erwachsenenalter führt. (Hermann, 2002, S. 111.)

Der Zusammenhang zwischen erlittener Gewalt in der Kindheit und der späteren Gewaltausübung im Erwachsenenalter scheint unstrittig. Die Frage ist aber, welche „Vorteile“ der Jugendliche für sein fragiles Selbstkonzept aus der Gewaltausübung zieht, wie sich das jugendliche Selbst durch Gewalt bewahrt?

Ferdinand Sutterlüty geht davon aus, dass sich für gewalttätige Jugendliche mit Gewaltausübung durchaus positive und sogar lustvolle Erlebnisse verbinden. Die Taten versetzen sie in einen euphorischen Zustand. Die Erfahrung des Triumphes, der physischen Überlegenheit, das Genießen des Schmerzes des anderen und die euphorisierende Überschreitung des Alltäglichen, ist oftmals die entscheidende Motivierung bei Jugendlichen. (Sutterlüty, 2002, S. 41 ff.)

Neben der physischen Wehrlosigkeit, den Angstzuständen und der moralischen Verletzung, nämlich ohnmächtig zuschauen zu müssen ohne eingreifen zu können, verändern vor allem die seelischen Missachtungserfahrungen die Selbstbilder der betroffenen Kinder negativ, und führen in einen weiteren Teufelskreis der Missachtungserfahrung in Familie und Schule. Jugendliche erzählen mir in Therapien, dass sie den (gewalttätigen) Auseinandersetzungen der Eltern so ausgeliefert waren, dass sie sich in ihrem Versteck nicht zu bewegen trauten und aus Angst einnässten oder einkoteten. Dieses Erleben war dann mit massiven Scham- und Hassgefühlen verbunden, die sich einer Symbolisierung entzogen.

Der Hass und die Rachewünsche, die sich durch solche Erlebnisse formen, weisen bereits Konturen eines Identitätsentwurfs auf, eines Selbstbildes, künftig selbst zum Täter zu werden. Macht über andere zu haben und diese Macht zu genießen wird zu einer vorherrschenden Wunschvorstellung.

Herangewachsen erleben diese Jugendlichen dann mit ihrer ersten Gewalttat ein bisher nicht gekanntes Gefühl der Selbstachtung, die in einem diametralen Gegensatz zu der erniedrigenden Gewalterfahrung in der Familie steht. Sutterlüty (ebd. S. 69 ff.) spricht von „turning point experiences“, bei denen diese Jugendlichen in der beeindruckenden Art und Weise des Rollentausches von Opfern zu Tätern werden. In der ersten Gewalttat erleben sie schlagartig die Möglichkeit, ihre eigene Opfergeschichte zu beenden und zu einem neuen Verständnis ihres Selbst durchzubrechen.

Einer meiner Klienten (18 Jahre) beschreibt diese Erfahrung als eine für ihn überlebensnotwendige Handlung, die er wie in Trance durchführte. Aufgewachsen als viertes Kind in einer zehnköpfigen Familie im ländlichen Bereich, erlebt er seinen tyrannischen, gewalttätigen Vater im Familienverband als unüberwindbar. Einschlägige gewalttätige und bloßstellende Internatserfahrungen und eine unglückliche erste Verliebtheit, verbunden mit einer öffentlichen Demütigung, bringen ihn, seiner Aussage entsprechend, an den Punkt, an dem er „entscheiden“ muss: entweder seine Würde als Person gänzlich zu verlieren, als ewiges Opfer zu leben, oder zum Täter zu werden, um sich einen Rest an Würde zu erhalten. Er tötet seine geliebte Katze und zieht ihr das Fell ab. Dann geht er zu seinem schlafenden jüngsten Bruder und versucht ihm die Kehle zu durchtrennen. Der Bruder überlebt, da die älteste Schwester, durch den Lärm geweckt, ins Zimmer kommt und rechtzeitig Hilfe holen kann. Mein Klient erklärt mir, dass er das töten wollte, was er am meisten liebte, um seine Stärke zu demonstrieren.

Diese Jugendlichen entwickeln eine extreme Sensibilität für Handlungen anderer, die sie aus ihrer Sicht wieder in eine ohnmächtige, ausgeschlossene, oder erniedrigte Position zu bringen drohen. Oft genügt nur ein Blick eines anderen in den sie Verachtung oder Aggressionsbereitschaft hineinlesen, ein falsches Wort, um eine gewalttätige Reaktion hervor zu rufen. Dahinter steckt die Furcht wieder entwertet und verachtet zu werden. Deshalb lehren diese Jugendlichen zur Angstabwehr andere das Fürchten. Ihr

neues aufkeimendes, auf Gewalt gründendes Selbstverständnis als Sieger/Täter, möchten sie nicht mehr missen, und wählen Gewalt als dauerhafte Lösung. So wird diese eine positive Eigenschaft ihrer Identität, ihres Selbstbildes. Was damit in den Blick kommt sind schwere Kränkungen und unerträgliche seelische Zustände, die durch Gewalt beendet werden.

2.5 Gewaltbereite Jugendliche – fehlende männliche Identifikationspersonen

Fehlende väterliche, kontinuierliche und kohärente Bezugsperson sind als eines der Hauptprobleme zu sehen. Es bestehen in vielen Fällen schnelle Wechsel zwischen männlichen und weiblichen Identifizierungen, was es schwer macht eine einigermaßen zusammenhängende Identität zu erlangen.

Identifizierung mit einer weiblichen Bezugsperson und die Assoziierung mit Passivität, bildet oftmals einen spezifischen Auslöser für Gewaltreaktionen bei manchen männlichen Jugendlichen. Ein fragiles männliches Selbstbild wird durch wiederholte Gewalttätigkeit aufrechterhalten, womit eine bedrängende Identifizierung mit einer weiblichen (schwachen) Identifikationsfigur vermieden wird. In allen diesen Fällen sind die Identifizierungen instabil und lassen weibliche Identifizierungen zur großen Gefahr werden. Dies gilt im Besonderen für die gewalttätigen Adoleszenten, wo das aggressive, provozierende Auftreten, häufig auch der Abwehr von intensiven Sehnsüchten nach Zuwendung dient.

Einer meiner Klienten wurde immer dann gewalttätig, wenn die Beziehung zu seiner Mutter, die als Gelegenheitsprostituierte arbeitet, zu innig, zu intensiv zu werden drohte. Auch muss erwähnt werden, dass das Beziehungsangebot der Mutter dem minderjährigen Sohn gegenüber eindeutig sexualisiert, und damit natürlich nicht entsprechend war.

2.6 Gewaltbereite Jugendliche – mangelnde Symbolisierungsfähigkeit

Mein Eindruck ist, dass diesen Klienten ein verinnerlichtes Zwiegespräch fehlt, das es ermöglicht, innere Erfahrungen als solche zu erleben, zu symbolisieren und sich damit einen Ausdruck zu verschaffen. In der therapeutischen Beziehung muss diese Form des inneren gemeinsamen Dialogs erst entwickelt werden, denn Klienten stehen – in ihrer Einsamkeit – dieser Aufgabe ratlos gegenüber.

Das was in der Regel bei Klienten nach unterschiedlichen Zeitspannen auftaucht, ist eine vage Ahnung für diese Form des Sich-selbst-Begreifens. Diese Ahnung kleidet sich in Fragen wie: Warum bin ich so? Warum tu ich das? Warum spüre ich Hass meiner Freundin gegenüber, wo ich sie doch liebe und sie für mich unverzichtbar ist?

Symbolisierungsfähigkeit entsteht normalerweise dadurch, dass die Bezugsperson den inneren Zustand des Kindes empathisch erfasst, ihn ausdrückt, d. h. mit Bedeutung versieht und dem Kind zurückspiegelt. Geschaffen wird damit beim Kind die Vorstellung eines intentionalen und wirksamen Selbst. Bei depressiven, selbst misshandelten/misshandelnden Müttern und Vätern misslingt dieser Spiegelungsprozess häufig. Dann wird nicht die eigene Erfahrung des Kindes, gespiegelt durch Mutter/Vater, verinnerlicht, sondern der Gefühlszustand der Mutter oder des Vaters selbst.

Klienten sprechen von gefühlsmäßigen „Fremdkörpern“ in ihrem Selbstempfinden, die oft auch nicht integrierbar sind und häufig wie eine fremde innere Stimme erlebt werden. In einem Zustand der extremen Inkongruenz versuchen diese Menschen verzweifelt, sich selbst zu spüren und zu finden, sich von den inneren Fremdkörpern zu befreien, indem sie diese dann „veräußern“ und mit Gewalt in anderen Personen bekämpfen.

Das Problem bei allen Traumatisierungen besteht in hohem Maß darin, dass die eigene Wut und Aggression durch die traumatische Situation der Scham, Hilflosigkeit und Ohnmacht keinen Ausdruck finden kann. Ihr beschämtes Opferselbst und Opfersein erscheint diesen Menschen als unerträglich, wird dann immer wieder in neue – potentielle – Opfer hinein versetzt und dort bekämpft bzw. vernichtet.

Der Kern aller traumatischen Erfahrungen scheint im Erleben einer katastrophalen Einsamkeit zu bestehen. Es entsteht eine tote Zone, in der keine andere Person empathisch verfügbar ist. Dieser Bereich der Persönlichkeit ist kaum formulierbar und entzieht sich damit einer Versprachlichung; er ist nicht oder nur schwer symbolisierbar und kann damit kaum in eine Lebenserzählung integriert werden. Für den Aufbau dieser Fähigkeiten braucht man emotionale Sicherheit, denn nur diese bringt Ruhe ins Hirn, bedeutet ein Vertrauen-Können in die eigenen Fähigkeiten und Vertrauen, dass es jemanden gibt zu dem man gehen kann, wenn alles daneben geht. (Siehe dazu Hüther, 2004. S. 37.)

2.7 Geringe gesellschaftliche Fähigkeit adoleszente Entwicklung zu begleiten

Gewaltphänomene ziehen natürlich massive Folgen in der sozialen Realität nach sich. Insofern steht immer auch das Verhältnis von innerer und äußerer Realität im Fokus der therapeutischen Beziehung. Es ist mir nicht möglich im Rahmen dieser Arbeit ausführlicher darauf einzugehen. (Siehe dazu auch Beck, 1986, S. 113.)

Die dargestellte Problematik ist nicht über Strafrechtsmaßnahmen lösbar. Vielmehr ist anzuerkennen, dass die Fähigkeit der Gesellschaft adoleszente Entwicklungsprozesse aufzunehmen und zu begleiten völlig unzureichend ist. Darunter ist Aufmerksamkeit, Zuwendung, aufnehmendes und Anteil nehmendes, korrigierendes, empathisches, hilfreiches Verhalten von relevanten Bezugspersonen zu verstehen. (Rogers, 1961, S. 45ff und 277ff.)

Ein solches Vorgehen hat den Sinn und die Funktion, dass wichtige Bezugspersonen und soziale Gruppen in bedeutsamen Beziehungen unerträgliche Affekte der Jugendlichen in sich aufnehmen, dann gemildert und gefiltert wieder zurückgeben. Wenn eine soziale Gemeinschaft wie z. B. die Schule, Aggression und Gewalt nicht aufnehmen, mildern und transformieren kann, die in den Interaktionen von Schülern mit den Schulinstanzen und untereinander ausagiert werden, so verfestigt sich bei vielen Schülern das Bild einer Furcht erregenden Umwelt, die bestimmt ist durch Sinnlosigkeit sowie durch das Fehlen von mitfühlender Gegenseitigkeit und Hilfsbereitschaft. Dies kann ein anhaltendes Gefühl der Schutzlosigkeit nach sich ziehen, verbunden mit einem labilen inneren Zustand, wo sich die Vorstellung einer bevorstehenden Katastrophe mit einer Täter-Opferdynamik mischt und eine Überschwemmung mit – ohnehin latent vorhandenen – Gewaltphantasien zur Folge hat. (Siehe dazu auch W. Bions Containermodell. Den Hinweis erhielt ich in einem Gespräch mit Prof. Dr. Rudolf Ekstein.)

3. Wie kann personenzentrierte Psychotherapie Jugendlichen helfen?

Personenzentrierte Psychotherapie hilft durch die Haltung und die Gegenwärtigkeit des Therapeuten, hilft Mögliches und Gewünschtes in der Realität der therapeutischen Beziehung und in den alltäglichen Beziehungen zu erleben und zu prüfen, hilft Inkongruenzen zu erspüren und ihnen Ausdruck zu geben. Die therapeutische Arbeit erfordert vor allem, sich dem Adoleszenten mit seinen ständig wechselnden Gefühls- und Erlebniszuständen zur Verfügung zu stellen, Miterleben anzubieten und der Konfrontation mit der ständigen Wechselwirkung zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft sowie der Unvorhersehbarkeit von Bedeutungen standzuhalten.

Mein Bestreben ist es, mit Klienten eine reflexive Beziehung zwischen diesen Zeitdimensionen herzustellen, die nicht in linear-kausaler Weise verläuft, und deshalb auch nicht aus der Vergangenheitsperspektive der Zukunft eine deterministische Bindung auferlegt. Im Verlauf des psychotherapeutischen Prozesses soll dem jugendlichen Klienten ermöglicht werden, sich nachträglich zur Vergangenheit so zu verhalten, dass neue, passendere Verhaltensweisen geschaffen werden können, um Gegenwart lebbarer zu gestalten und Zukunft zu ermöglichen. Dann kann etwa ein 18-jähriger Klient plötzlich „erkennen“, wovor er immer geflüchtet ist, dass er trotz „Erfolg aus dem Stand“ im Leben sucht, diesen Erfolg aber immer selbst verunmöglicht, indem er (sehr sorgfältig) perfekte Bedingungen für Misserfolg schafft.

Jede Person, die ein psychotherapeutisches Angebot in Anspruch nimmt, richtet ihr Interesse in spezifischer Weise auf die vergangene eigene Geschichte, und aktiviert in der Auseinandersetzung mit dieser jene Kreativität, derer sie zur Lösung ihrer aktuellen Fragen bedarf. Dieses Vorgehen beinhaltet die Möglichkeit für

den Jugendlichen sich selbst „unter Vorbehalt“ zu setzen, eine Lebensform die in der Adoleszenz der Identitätsfindung zuträglich ist. Das bedeutet essayistisch – in der Sicht der Jugendlichen hat es durchaus die Bedeutung von beliebig – zu leben, gewissermaßen mit einer Identität auf Widerruf. Es beinhaltet die Fähigkeit, sich eigene Traditionen schaffen zu können, die Vergangenheit um-zu-erzählen, bzw. nachträglich diejenigen Traditionen zu gestalten, derer es bedarf, um Chancen in der Gegenwart zu realisieren, oder Hemmnisse für die Zukunft zu neutralisieren.

Hier liegt die Herausforderung in der Therapie mit Adoleszenten. Offene Standpunkte und eine akzeptierende Haltung müssen die Phasen der Instabilität erfassen, müssen die Momente einer Therapie beachten, an denen Veränderungsprozesse am unvorhersehbarsten, aber trotz allem zweifellos vorhanden sind. Wieder ist das Zeitmoment ausschlaggebend. Ereignisse, die eine momentane Synthese im Fluss der Beziehung zwischen Therapeut und Klient bilden, können als kreative Anstöße für eine Weiterentwicklung gesehen und genützt werden, eben auch dann, wenn sie zufällig auftreten und nicht festgehalten werden können.

Wichtig sind Momente, in denen der Klient sich das erste Mal zurücklehnt, in denen der erste Blickkontakt geschieht, in denen der Klient mir die Frage stellt, ob ich nicht praktischerweise für ihn etwas „erledigen könnte“, ob er die drei CD-Player, die er für einen Freund aufzubewahren hat, bei mir zwischenlagern könne. Oder wenn ich einem Klienten auf ein gemurmertes „Ich sag jetzt nichts, ich bin hungrig!“, vorschlage, dass wir heute in der Therapiestunde gemeinsam kochen, oder auch Essen gehen.

Man kann etwas Neues daraus machen, wenn man sich dem „Dunkel des gelebten Augenblicks“ (Bloch) anvertraut, wenn man sich den gedanklichen Brüchen, inneren Differenzen, den Neben- und Unvernünftigkeiten stellt, die den Jugendlichen ausmachen. Wenn man für den zufällig entstehenden Moment einer Begegnungsmöglichkeit bereit ist, wenn es gelingt, den Zufall zu begünstigen.

Personenzentrierte Psychotherapie sieht ihr Wirkungsfeld im Hier-und-Jetzt, in der aktuellen, bedeutsamen Beziehung zwischen Therapeut und Klient. Für die therapeutische Praxis bedeutet es, dass der Klient in seiner Therapie einer Spur oder vielen Spuren seiner eigenen Geschichte folgt, diese aber nicht als Splitter seiner quasi schon in ihm angelegten „Wahrheit“ erkennt, sondern als Splitter seiner möglichen „Wahrheiten“ zu sehen lernt, die erst im Verlauf des therapeutischen Prozesses konstruiert sein werden. Therapie ist kreative Erschaffung neuer Selbst-Erzählungen, ist für den Adoleszenten zugleich auch Möglichkeit seine Körperlichkeit, sein Körperempfinden in Sprache zu fassen. Aber wie schwierig ist es, eine kohärente Selbsterzählung zu erschaffen, wenn die zentralen Konflikte von Woche zu Woche wechseln? Ein scheinbar unüberwindbarer Konflikt ist plötzlich ohne Bedeutung, offenbar gelöst, taucht aber Monate später mit Vehemenz erneut auf. Der Therapeut hat jedoch keine andere Wahl, als sich dem Tempo und dem Rhythmus, der

Problemerlebensbereitschaft des Klienten anzupassen. Nicht dass es mir verwehrt ist, mein Empfinden, meine Einschätzung einer dargelegten Erfahrung kund zu tun, die Aktualität, die Dringlichkeit wird allein vom Klienten bestimmt.

Die Forderungen des Jugendlichen sind oft widersprüchlich. Er wehrt sich dagegen verstanden zu werden, traut es ohnehin keinem Menschen zu, fühlt sich aber verletzt, wenn man sich nicht um ihn kümmert. Er sucht Distanz und Einfühlung. Verschwiegen und zurückgezogen, herausfordernd und aggressiv verlangt er Geduld und Verständnis des Therapeuten. Dieser wiederum läuft Gefahr in der Widersprüchlichkeit und im Chaos der Gefühle und Empfindungen, im „Sturm und Drang“, unterzugehen. Der Adoleszente läßt sich in kein Schema zwängen, weder in der Therapie, noch im täglichen Leben. Und trotzdem, oder gerade deshalb, braucht er beschützende Kräfte, Bezugspersonen, die ihm dann zur Verfügung stehen, wenn er die Notwendigkeit des „Zu-zweit-Seins“ fühlt. Es ist daher oft auch schwierig, ja sogar unmöglich, anfangs regelmäßige Sitzungstermine festzulegen.

Meine Erfahrung geht in die Richtung, dass je konsequenter ich versucht habe, einer (theoretischen wie praktischen) Vorstellung von mir zu folgen, ich umso eher an Grenzen in der Beziehung zum Klienten gestoßen bin. Je mehr es mir gelungen ist, mich dem „Dunkel des gelebten Augenblicks“ anzuvertrauen, mich den Aufträgen und Einflüsterungen von Familienangehörigen und mit Erziehungsaufträgen belasteten Institutionen zu entziehen, mich von Augenblick zu Augenblick, abseits von diagnostischen „Tatsachen“, führen zu lassen, umso eher bot ich meinem Klienten ein „Zu-zweit-Sein“ bei der Betrachtung und dem Erleben seiner konfliktgeladenen Lebensgeschichte an. Umso eher war das möglich, was Beobachter als Veränderung beschreiben können. Interessant ist die unbekannte Geschichte, die Erzählung, die so schwer unmittelbar durch Bilder beschreibbar, die nicht erfragbar ist. Wichtig ist die Erzählung, die innerhalb der therapeutischen Beziehung „lokale“ Mikrogeschichten entstehen lässt, in denen sich das emotionale Zusammenspiel zwischen Therapeut und Klient spiegelt.

Ein kurzes Beispiel dafür soll dieses magische „Dunkel des gelebten Augenblicks“ skizzieren:

Als Therapeut eines sechsjährigen Mädchens, das stationär aufgenommen war, weil es ständig das Haus in dem es mit seiner Familie und dem Großvater lebte verwüstete, war ich mit unterschiedlichsten und vielfältigsten Theorien „über“ das Mädchen konfrontiert. Jede Theorierichtung hatte ihre Diagnose, ihre Wahrheit (in der Regel Defizitmodelle) über das Kind. In meinem Bemühen um therapeutische Effektivität schließlich vollkommen zermüht, gab ich mich geschlagen und begann mit dem Mädchen in den Therapiestunden „einfach“ Märchen zu erfinden. Wir erzählten uns Phantasiegeschichten, wandelten bekannte Märchen ab und hatten ungezwungene Stunden, die aber nichts an der Zerstörungswut des Kindes änderten, wenn es übers Wochenende zu Hause war. Eines Tages entstand zufällig (?)

eine gemeinsame Erzählung, in der ein Großvater ein Haus baut, die Großmutter plötzlich stirbt und der Großvater den Satz sagt: „Wenn ich das Haus jetzt fertig gebaut hab, kann ich auch sterben“. Ab dem Moment war es nicht mehr schwierig dem Kind zu helfen. Die Angst des Mädchens, dass der Großvater stirbt wenn er mit dem Haus fertig ist, war verstehbar geworden, und in dem Moment wo das Kind verstanden wurde, konnte es auch sein Verhalten ändern. Der erlösende Effekt wurde durch eine zufällige kreative Kombination von Unwissenheit und Ungerichtetheit in der therapeutischen Arbeit auf Grundlage einer bedeutsamen Beziehung erreicht.

Therapeutische Überzeugungen mit der Kraft von Glaubenswahrheiten machen dumm. Zu glauben, wenn etwas funktioniert, ist die Theorie dahinter richtig, ist ein Trugschluss. Soziale Realität wird ohne Wissen über das endgültige Ergebnis produziert. Verschiedenste „Nebenprodukte“ menschlichen Strebens und Wollens, sind Bestandteile unserer Aufgabenstellungen und durchkreuzen unsere Pläne, unsere Gewissheiten. Unter Umständen werden die Effekte, um die es in einem Sozialsystem geht, durch die Kombination von Unwissenheit und Ungerichtetheit weit „effektiver“ erreicht, als wenn man sie wissentlich und direkt erreichen wollte.

Zurück zur Adoleszenz. In dieser wird der Heranwachsende „geschichtsfähig“, aber nicht nur dadurch dass er sich eine Geschichte schafft, indem er Vergangenes symbolisiert, sondern auch dadurch, dass die Gegenwärtigkeit, die im Idealfall Therapeut und Klient einander in einer bedeutsamen Beziehung zu bieten lernen, auch Erwartungen, Wünsche, Phantasien und Hoffnungen erzeugt, die die Zukunft des Klienten beeinflussen werden.

Personenzentrierte Theorie stellt konsequent komplexe, ganzheitliche Prozesse in den Mittelpunkt, die von außen zwar angeregt werden können, z. B. durch eine bedeutsame Beziehung oder durch Veränderung von Bedingungen, die aber nicht steuerbar sind, da sie selbstorganisierend person-immanente Strukturen verwirklichen. Wenn der Therapeut Absichten im Sinne von Behandlungsplänen, Behandlungszielen oder Interventionstechniken hat, um den Klienten dazu zu bringen, eine bestimmte Sache zu tun, dann tut der Therapeut dem Wesen der personenzentrierten Therapie Gewalt an, schreibt Bozarth (1992, S. 139–146).

Wie groß die Schwierigkeiten mit dieser radikalen personenzentrierten Haltung umzugehen sind, soll ein weiteres Beispiel illustrieren:

Einer meiner Klienten, ein 15-jähriger Bursche, 185 cm groß, mit der Statur eines Mannes, hatte mit allen Institutionen (Schule, Jugendamt, Gericht) mit denen er in Verbindung kam, den totalen Krieg entfacht. Seine Eltern lebten getrennt, er wohnte bei seiner Mutter, die ihren Sohn für das Leben in einer bürgerlichen Welt verloren hielt.

Nach einer ungewöhnlich kurzen „Kennenlernphase“ (verstehbar auch als Distanzlosigkeit im Bindungsverhalten) erklärte mein Klient mir sehr glaubwürdig, dass eine seiner Stärken darin liegt, „rechtzeitig“ erkannt zu haben, dass der ewige Hinweis aller Erwachsenen, dass

das nun wirklich seine allerletzte Chance gewesen sei, purer Unsinn ist. Seine Erkenntnis war, dass es immer wieder eine letzte Chance gibt.

Als er Gefahr lief, seine Schulausbildung abbrechen zu müssen, da er nach so vielen Schulwechslern und -abbrüchen nirgendwo mehr akzeptiert wurde, vermochte er die dafür Verantwortlichen zu überzeugen, dass er in einer wirtschaftskundlichen Schule seine Schulzeit abschließen werde. Er wurde in eine Schule eingeschrieben, in der es zu dieser Zeit etwa 1000 Mädchen und 20 Burschen gab. Nach 4 Wochen wurde er wegen „moralischer Gefährdung seiner MitschülerInnen und Untragbarkeit“ der Schule verwiesen.

Doch wiederum hatte er sein Publikum, das im Grunde genommen überall dort war, wo er auftauchte, finden können. Seine Prophezeiungen erfüllte er sich immer wieder. Er hatte die Fähigkeit seine Vorstellungswelt für wahr zu halten, jeden dazu zu bringen, ihm wieder eine Chance einzuräumen und seine Rückschläge als lebensnotwendige Erfahrung zu sehen. Woraus die Erfahrung für ihn bestand, war für mich nie wirklich ersichtlich, da sein Leben sich immer nur zu wiederholen schien; zumindest in meiner Beobachtung, in meiner Art und Weise es zu beschreiben.

Nach dem definitiven Ende seiner Schulkarriere arbeitete er für ein paar Monate in einer exklusiven Herrenboutique in der Innenstadt. Er war für einen Lehrling überdurchschnittlich gut bezahlt, ein sehr erfolgreicher Verkäufer, anerkannt und beliebt bei seinem Chef und den Mitarbeitern und hatte zu seiner großen Befriedigung die „Auflage“, sich dem Stil des Geschäftes entsprechend zu kleiden. Meinem Dafürhalten nach hatte mein Klient mit dieser Arbeitsmöglichkeit die Chance, alle seine Neigungen in gewünschter Weise zu befriedigen. Auch er sprach von dem Gefühl, „erstmal festen Boden unter den Füßen zu haben“. Groß war mein Erstaunen, als mich seine Mutter eines Tages anrief und mir mitteilte, ihr Sohn könne nicht zu seiner Stunde kommen, da er in U-Haft sitze. Er hatte mit einem Arbeitskollegen Anzüge im Wert von knapp 7000 Euro unter der Hand in seinem Freundeskreis verkauft. Seine Mutter bezahlte den entstandenen Schaden, mein Klient kam mit einer bedingten Verurteilung davon und begab sich auf die Suche nach seiner nächsten Chance. Nichts hatte für ihn Bedeutung. Nichts konnte seinen Lebensstil verändern, weder Gefängnisaufenthalte in späteren Jahren, noch dass er bei Schlägereien verletzt wurde. Er kam gern und auch freiwillig zu unseren „Therapiestunden“, wenn auch nicht ganz mehr ganz so regelmäßig.

Ich klagte meinem Supervisor, dass ich nicht den Eindruck hätte, dass in den Sitzungen irgendetwas „sinnvoll Therapeutisches“ geschähe. Seinen Hinweis, ich sei die einzige Anlaufstelle, die der Bursche nun seit 5 Jahren relativ regelmäßig frequentiere, konnte ich nur zur Kenntnis nehmen.

Aber gerade durch diesen Klienten wurden mir die Augen für therapeutisches Arbeiten geöffnet. Ich konnte erkennen, dass meine anfängliche Vision, Jugendliche „vor etwas bewahren“ zu können, eine Illusion war. In unseren Sitzungen, die keineswegs oberflächlich verliefen, die Beziehung war sehr tragfähig, versuchte er, Ereignisse die sein Leben bestimmten, zu verstehen. Und wir waren bemüht einander

zu verstehen. Aber eben nicht mehr. „Wirkliche“ Veränderungen, im Sinn einer „Besserung“ fanden aus meiner Perspektive nicht statt. Die letzte Nachricht die ich von meinem Klienten erhielt, berichtete mir, dass es ihm gut geht und er Geschäfte macht.

Ein Therapeut ist aufgefordert den Lebensraum des jugendlichen Klienten nur mit größter Vorsicht zu betreten, was bedeutet, dass er nur das aufgreift, was der Klient ihm anbietet, und dass er gewissermaßen nur dort eintritt, wo der Jugendliche ihm selbst das Tor öffnet. Jedem Therapeuten wird in der Therapie mit Jugendlichen das beigebracht, was ich für unerlässlich in allen therapeutischen Situation halte, nämlich sich Bescheidenheit zu bewahren und sich in der Kunst des Möglichen zu üben. Der Therapeut, als nicht bedrängender, aber präsenter, emotional zur Verfügung stehender Erwachsener, erfüllt zwei grundlegende Funktionen: nämlich die eines sehr vorsichtigen „Resonanzkörpers“ auf die emotionalen Befindlichkeiten des Klienten, und auch die eines Behälters, der das, was in ihn hineinverlegt wird, nicht bewertet, sondern benennt und erklärt, Erfahrungen als Orientierungen anbietet, sich wegen zeitweiliger omnipotenter Triumphe des Adoleszenten nicht „rächt“, die Entwertung oder die Idealisierung, die sich auf ihn bezieht, mit Gelassenheit ein Stück weit zulässt und sich seine Authentizität erhält.

Mit einigen dieser Tugenden hat das nächste Fallbeispiel zu tun:

Moritz, ein 17-jähriger Gymnasiast mit massiven depressiven Phasen, fallweise Stimmen hörend, wurde an mich überwiesen. Eine Gerichtsverhandlung wegen Exhibitionismus vor minderjährigen Knaben stand bevor. Er wohnte mit seiner Mutter und seinem älteren Bruder (24 Jahre) zusammen, sein Vater verließ die Familie als Moritz 3 Jahre alt war. Er war sehr ungepflegt und vermied es, mich anzusehen. Ich hatte das Gefühl, er würde sich am liebsten in die letzte Ecke des Zimmers zurückziehen.

Der Beginn der Therapie gestaltete sich schwierig, weil Moritz von der Schande seiner begangenen Tat nahezu erdrückt wurde. Er weigerte sich darüber zu sprechen, und meinte nur, es komme nicht mehr vor. Etwa 7 Wochen verbrachten wir alleine mit der Besprechung, wie denn die Gerichtsverhandlung verlaufen würde und welches Strafmaß er zu erwarten habe. Es war uns beiden bekannt, dass Moritz nur eine bedingte Verurteilung mit einer Therapieauflage erhalten würde.

Als die Verhandlung vorbei war, schien einiger Druck von Moritz abzufallen und er begann zögernd, über sich und sein Leben zu sprechen. Dass er sich als Versager sieht, dass er seine Mutter in tiefste Depression treiben würde, wenn sie alles über ihn erfährt, wie schmerzlich es für ihn ist, alle so enttäuscht zu haben und letztlich seinem Bruder nachzugeraten, der zwar maturiert hat, aber sonst ein nutzloses Leben führt, seiner Mutter das Geld aus der Tasche zieht und vermutlich homosexuell ist. Überhaupt sei der Kontakt zwischen ihm und seinem Bruder eine Katastrophe, denn sie hassten sich immer schon und seien froh, wenn sie sich aus dem Weg gehen könnten. Was aber beim gemeinsamen, von der Mutter verordneten, Sonntagsfrühstück nicht möglich ist.

Nach ca. 6 Monaten erklärte Moritz mir, dass er die Schule nicht mehr besuchen wolle (7. Klasse AHS) und fragte mich, ob ich das nicht seiner Mutter beibringen könne. Das war der Punkt an dem unsere therapeutische Beziehung Dynamik entwickelte. Durch dieses persönliche Ansprechen seiner hoffnungslosen Zwangslage schien ein erster Bann gebrochen.

Es wurde Moritz' enorme Enttäuschung über sich selbst deutlich. Das Bild von sich, als zumindest braves, bemühtes Kind seiner Mutter, zerbrach. Er sprach darüber es nicht mehr auszuhalten, sich nicht mehr verstellen zu können. Wenn seine Mutter sich jetzt umbringe, dann sei das seine Schuld, denn er sei doch bisher der Sohn gewesen, auf den sie zumindest ein bisschen stolz sein konnte. Sein Bild als Retter und Bewahrer der Familie, war nicht mehr aufrecht zu erhalten. Aber er hörte keine Stimmen mehr.

Ich sehe es als erstes Zeichen einer sehr fragilen Selbstgewissheit in dem übermächtigen Gefühl der Inkongruenz, dass Moritz sich seiner Ausweglosigkeit auslieferte und ihr Ausdruck verlieh. Er sprach sich damit für einen ersten Moment auch von seiner Schuld frei. Und zwar im doppelten Sinn der Bedeutung: indem er sie mir mitteilte, mir ein erstes Mal ein „Zu-zweit-Sein“ anbot und damit seine Verantwortung in der Familie überprüfte.

Als er diesen Schritt gewagt hatte, begann eine erste vorsichtige Phase der „Exploration“ seiner sexuellen Identitätsdiffusion im Sinne einer sehr zaghaften, aber doch aktiven Experimentierhaltung in den diversen Lebensbereichen. Es stellte sich heraus, dass er in totaler Isolation gelebt hatte, sowohl in der Klassengemeinschaft, als auch außerhalb der Schule. Er hasste seine Mutter, die wie ein Engel über ihn wachte, der er nie etwas Böses antun durfte. Ähnliche Hassgefühle brachte er seinem Bruder und auch seinem Vater entgegen, die beide, wie sich später herausstellte, homosexuell sind und seiner Ansicht nach die Schuld an seiner „sexuellen Verwirrung“ tragen. Schuld daran, dass er nicht weiß, welchem Geschlecht er sich zuwenden soll. In einer späteren Phase der Therapie tauchten Erinnerungen an seine Zeit bei den Sängerknaben auf, wo es zu gleichgeschlechtlichen Kontakten mit älteren und jüngeren Knaben gekommen war, die auch sadomasochistische Facetten aufgewiesen hatten.

Moritz wurde in seiner „Experimentierhaltung“ im Verlauf der Zeit immer aktiver und leitete damit eine für mich schwer auszuhaltende Phase der Therapie ein. Er brach vehement aus seiner Isolation aus, hatte rasch wechselnde Bekanntschaften mit immer jüngeren Burschen (ca. 12- bis 15-jährige), die er in Hallenbädern, in U-Bahnstationen oder im Wiener Prater kennen lernte. Er hatte bei seiner Mutter die Schulpause durchgesetzt, um sich „neu zu orientieren“. Diese beschuldigte mich, ihm keinen Halt zu geben, versuchte einen anderen – effektiveren – Therapeuten für ihn zu finden, der ihn wieder unter Kontrolle bringt und ihm sagt, was im Leben wichtig ist.

Aber Moritz hatte einen ungeheuren „Nachholbedarf“, wie er es nannte, und fühlte sich auch zunehmend wohler. Keine Depressionen mehr, schon lange keine Stimmen im Kopf. Dafür jede Menge Bekanntschaften mit Minderjährigen, die für ihn nun noch viel gefährlicher

wurden, da er inzwischen großjährig geworden war. Die Verwirrung hinsichtlich seiner sexuellen Identität bestand weiterhin. Aber sie war gekennzeichnet von einer aktiven Exploration seiner Situation, im Sinne einer bewussteren und intendierten Selbstüberprüfung. Er begann seine Lebensgeschichte neu zu schreiben und zu bewerten. Er zog von zuhause aus.

Moritz bei der Suche nach seiner geschlechtlichen Identität zu begleiten war für mich schwierig, und erforderte verstärkt supervisory-Unterstützung. Schließlich kam der entscheidende Tag. Moritz „berichtete“ mir darüber, indem er einen extra Termin einforderte. Er war am Nachmittag mit einer Frau und am Abend mit einem Mann zusammen gewesen. Beide waren volljährig. Es ist vollbracht, meinte er. Allein, eine Entscheidung darüber welchem Geschlecht er sich nun zuwenden wolle, konnte er nicht treffen. Er begann mit der Situation zu spielen und fühlte sich als absoluter Teufelskerl. Das, was aber zu meiner Beruhigung geschah, war, dass er sich der Altersgruppe der Über-20-Jährigen zugewandt hatte. Er stellte fest, dass er in dieser Altersgruppe Anerkennung fand.

Von seiner neu entdeckten Selbstwirksamkeit gestärkt, begab sich Moritz auf Arbeitssuche. Das Verhältnis zu seiner Mutter war weiterhin durch starke Konflikte gekennzeichnet. Sie verurteilte die Lebensweise ihres Sohnes und schickte mir einen Zeitungsartikel in dem die „Entdeckung“ eines Gens gemeldet wurde, das für Brandstiftung und sexuelle Perversion bei Menschen verantwortlich sei. Sie forderte mich auf, die Therapie dementsprechend zu gestalten.

Mit der Möglichkeit sich verstärkt Ausdruck zu verschaffen, mit der gestiegenen Fähigkeit seine Sprache zu nutzen, konnte Moritz ein beobachtendes, sich selbst beschreibendes „Selbst“ erschaffen und persönliche Erfahrungen bewerten. Diese Bewertungen modifizierten wiederum andauernd und rekursiv seine aktuellen Erfahrungen.

Aber der sich vollziehende Entwicklungsprozess war noch nicht kohärent und kontinuierlich. Moritz beklagte sich, er fühle sich in jeweils unterschiedlichen Kontexten als unterschiedliche Person. Er sagte von sich, dass er das Gefühl habe, sich dauernd zu verändern. „Ich kann nicht sagen, **der** bin ich, sondern ich kann nur wissen, wer ich in einem bestimmten Moment bin, und wer in einem anderen.“ Doch der therapeutische Diskurs unterstützte diese Suche nach neuen Selbstbeschreibungen, neuem Selbstverständnis, neuer Selbstgewissheit.

Jede therapeutische Kon-versation (das Sich-miteinander-Drehen-und-Wenden) erzeugt im Miteinander-Sprechen immer hypothetische Alternativen, die unterscheidbar sind von der eigenen Wahrnehmung. Diese Alternativen sind, wenn auch nicht immer verstehbar, doch zumindest aussprechbar. Als Moritz die Möglichkeit hatte, seine Geschichte in allen Einzelheiten zu erzählen, verändert sich seine Beziehung dazu. Er veränderte Bedeutungen, denn er übernahm die Rolle des Geschichtenerzählers und er konnte erkennen, dass der Geschichtenerzähler und die erzählte Geschichte nicht identisch sind. Anstatt – statisch – seine Geschichte zu sein, begann er – dynamisch – sich eine Geschichte anzueignen.

Personzentrierte Therapie stellt einen Kontext für angstfreies Üben zur Verfügung; sie kann Hoffnung erzeugen. Mögliche, alternative, Lebens-Geschichten sind aus-sprechbar und diskutierbar in dieser geschützten Atmosphäre. Die Auswahl möglicher Lebens-Formen obliegt ausschließlich dem Klienten.

Die Aufgabe des Therapeuten sehe ich demzufolge darin, eine neue Erzählung mitzuentwickeln, die eine Perspektive anbietet, die unterschiedlich genug ist von der alten Lebensgeschichte, aber auch nicht zu verschieden davon, um die Konversation nicht abbrechen zu lassen. Von entscheidender Bedeutung ist die Beziehung zwischen Klient und Therapeut. Der personzentrierte Therapeut übernimmt in diesem Prozess Verantwortung für seine Fragen, seine Meinungen, seine Bedeutungswelt und für die Konsequenzen, die sich in der gemeinsamen Beziehung daraus ergeben. Angesichts dieses Verhaltens kann der Klient seine eigenen Ressourcen erkennen und ihnen vertrauen lernen. Es kommt zu einem Lernen von sich selbst, einem Lernen von gelebten Erfahrungen. Im Wesentlichen soll in einer Therapie mit Jugendlichen möglich gemacht werden, dass sich Klienten als aktive Gestalter ihrer Wahrnehmung (oder besser: Wahrgebung) und somit ihrer Lebenswelt erleben, die durch eine Gefühlsoffenheit gekennzeichnet ist, in der neue Erfahrungen angstfrei gemacht werden können und alte Bedeutungsgebungen revidierbar sind.

Abschließend möchte ich noch auf ein paar wesentliche Punkte hinweisen. Personzentrierte Therapie arbeitet mit dem Verständnis,

dass sich Jugendliche lebensgeschichtlich in einem Möglichkeitsraum aufhalten, der durch die Handlungen der relevanten Bezugspersonen bestimmt wird. Die individuelle Entwicklung, ebenso wie die Entstehung und Aufrechterhaltung von seelischen Krankheiten findet innerhalb sozialer Interaktionsprozesse und gegenüber relevanten Bezugspersonen statt. Nicht das Symptom sondern die Person steht im Mittelpunkt. Verhalten gewinnt in der Regel seine Bedeutung aus dem Kontext in dem es stattfindet; diese Prozesse sind rekursiv. Personzentrierte Psychotherapie bietet mit ihrer Zukunftsorientierung eine große Entsprechung zum Lebensalter von Kindern und Jugendlichen. Diese sind „in Entwicklung“, und dürfen nicht auf ein Verhalten festgelegt werden, nur weil wir gewohnt sind Kausalität als Prinzip und als Instrument zu sehen, das wir als Beobachter benutzen, um dem, was wir sehen, eine Bedeutung zu geben. Wichtig ist es die Komplexität adoleszenter Phänomene zu verstehen um damit arbeiten zu können. Wir sind als Therapeuten von jugendlichen Klienten, mit welcher Problemkonstellation auch immer, herausgefordert. Wir sind in ganz besonderer Weise für Hoffnung, für lebbar Zukunft zuständig. Es geht nicht ums Beobachten, sondern ums Dabei-Sein. Wärme und Verbundenheit, das Anerkennen des So-Seins ist wesentlich. Jugendliche Klienten brauchen die Chance gegen unsere Theorien recht zu behalten. Wir sollen unser Wissen nicht dafür nutzen das letzte Wort zu haben. Es ist vielmehr ständig unsere Phantasie herausgefordert, immer wieder ein nächstes Wort zu finden.

Literaturverzeichnis

- Baacke, D.: Jugend und Jugendkulturen. 3. Auflage. Juventa Verlag, München 1999.
- Beck, U.: Risikogesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt 1986.
- Bozarth, J. In: Perspektiven rogerianischer Psychotherapie. S. 139–146. 1992
- Brinkmann, W.: Kindheit im Widerspruch. Zwischen Selbsttätigkeit und Fremdbestimmung. Würzburg. 1987
- Deutsche Shell, Hurrelmann, K., Albert, M.: 14. Shell Jugendstudie, Jugend 2002. Fischer TB
- Fehring, C., Reisel, B.: Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Keil, W., Stumm, G.: Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Springer, Wien 2002.
- Ferchoff, W.: Jugend an der Wende vom 20. zum 21. Jahrhundert. Lebensformen und Lebensstile. Opladen, 2. Auflage 1999.
- Hermann, J.: Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Junfermann, Paderborn 2003.
- Hurrelmann, K.: Schwindende Kindheit – Expandierende Jugendzeit. Neue Herausforderungen für die biographische Gestaltung des Lebenslaufes. Vortrag bei der Margit Egner Stiftung in Zürich 2004.
- Hüther, G.: Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. Vandenhoeck & Ruprecht, 2005.
- Postman, N.: Das Verschwinden der Kindheit. Fischer, Frankfurt 1987.
- Resch, F. et al.: Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Beltz, Weinheim 1996.

- Rogers, C. R.: Entwicklung der Persönlichkeit. Klett-Cotta, Stuttgart 1961.
- Sutterlüty, F.: Gewaltkarrieren. Campus Verlag, 2002.
- Weckbecker-Ergelet, M.: Von der Befreiung zur Gestaltung. Personzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen vor dem Hintergrund soziokultureller und personaler Veränderung. Theoriearbeit für fachspezifische Psychotherapieausbildung am Institut für Personzentrierte Studien (IPS) 2005.
- Wilk, L., Bacher, J.: Kindliche Lebenswelten. Opladen, 1994.
- Zinnecker, J.: Kindheit Jugend und soziokultureller Wandel in der BRD. In: Büchner, P., Krüger, H. H., Chisholm, L. (Hrsg.): Kindheit und Jugend im interkulturellen Vergleich. Opladen 1990.

Autor

Mag. Christian Fehring, Jg. 1953.

Psychotherapeut, Supervisor, Coach in freier Praxis.

Ausbilder und Lehrtherapeut im IPS der APG.

Korrespondenzadresse

Mag. Christian Fehring

Roten Löwengasse 13/15

A-1090 Wien

E-Mail: fehringer@chello.at

Rezensionen*

Viktor Hobi

Jochen Eckert / Eva-Maria Biermann-Ratjen / Diether Höger (Hrsg.): Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis.

Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2006. 523 Seiten, ISBN-10: 3-540-28463-X, € 34,95 / SFr. 59,50

Im Bereich der Psychologie, insbesondere der Klinischen Psychologie sind in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Lehrbüchern neu auf den Markt gekommen. Dass die Gesprächspsychotherapie (GPT) nun auch mit dabei ist, darf nicht nur modisch interpretiert werden. Mit diesem Band ist inhaltlich eine fachlich begründete Lücke ausgefüllt worden. Bis dahin fehlte nämlich eine solche Gesamtübersicht, da neben den Übersetzungen amerikanischer Literatur, vornehmlich jener des Gründervaters C. R. Rogers, lediglich einzelne Bereiche verfügbar waren, nicht zuletzt durch die gleichen, prominenten Autoren, die nun in diesem Band eine Gesamtübersicht geschaffen haben.

Auf einige Themen dieses neuen Lehrbuches soll im Folgenden kurz eingegangen werden.

Gleich einleitend wird auf die ausführliche Definition der Psychotherapie von Strotzka (1975) (hier S. 4) eingegangen. Dies geschieht mit einer solchen Gründlichkeit, wodurch kein Zweifel mehr besteht, dass es sich hier um eine Therapiemethode handelt, die im Hinblick auf die gesundheitspolitischen Anerkennungsprozeduren die drei Kriterien „Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Wirksamkeit“ (WZW) zu garantieren verspricht. D. Höger (Kap. 2) geht auf die historische, inhaltliche und methodische Entstehung der GPT ein. Deutlich wird, dass Rogers' Konzept geradezu vielfältig abgesichert ist: Er ist eindeutig ein Vertreter der „Dritten Kraft“ zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Er war Kollege von Ed. L. Thorndike, kannte aber – neben dem empirisch-experimentellen – auch den psychoanalytischen Ansatz und er orientierte sich zusätzlich u. a. an der Existenzphilosophie (z. B. S. Kierkegaard

und M. Buber). Höger versteht es, diesen vielschichtigen Komplex durch das Aufgreifen punktueller Aspekte zu durchleuchten und integriert diese gleichzeitig in ein überschaubares und inhaltlich dennoch reichhaltiges Ganzes. So führte Rogers schon sehr früh für die Ausbildung der Therapeuten Tonbandaufnahmen ein, um eine gezielte Supervision zu ermöglichen; er betonte, dass der Mensch im eigentlichen Wesen sozial, konstruktiv und vertrauenswürdig sei (entgegen der Ansicht von Freud) und dass der Patient nicht Patient zu nennen sei, der vom Arzt geheilt werde, sondern Klient, um die Selbstverantwortung, eben des Klienten, *expressis verbis* zu unterstreichen. Ein kurzer Passus ist hier im Original zu zitieren, damit deutlich wird, was viele Außenstehende der GPT nicht zutrauen: „Therapie ist die Erfahrung, in der ich mich subjektiv geben kann. Forschung ist eine andere Form, bei der ich zur Seite trete und versuche, diese reiche subjektive Erfahrung mit Objektivität zu betrachten, all die eleganten Methoden der Wissenschaft anzuwenden, um festzustellen, ob ich mich selbst betrogen habe“. (Rogers, 1973, S. 29 / hier S. 23).

In einem späteren Kapitel (Kap. 10) befassen sich dann alle drei Herausgeber mit der Frage der Evaluation und Qualitätssicherung. Es fällt auf, dass bereits 1994 in groß angelegten Metaanalysen (z. B. Grawe et al., 1994) (hier S. 269/270) beträchtlich hohe Effektstärken (z. B. ES von 1,01) erzielt wurden. Es ist weiter zu vermerken, dass solche Ergebnisse sogar mit RCT-Studien (Randomized Controlled Trial) erreicht wurden. Im anschließenden Kapitel werden klassische Verfahren zur Messung der Therapieergebnisse (Untersuchungsdesigns, Tonbandaufnahmen, diverse Fragenbogen) dargestellt und sehr ausführlich das Problem „Supervision“ erörtert.

* Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden, dzt.:

Franz Berger, Basel, E-Mail: franz.berger@unibas.ch bzw. Gerhard Stumm, Wien, E-Mail: gerhard.stumm@tplus.at

Vorliegende Rezensionen mögen per E-Mail bei einem der beiden eingereicht werden.

Detailinformationen zu Rezensionen siehe hintere innere Umschlagseite (U 3)

Damit zeigt sich, entgegen anders lautenden Bemerkungen, dass sich die offiziellen GPT-Vertreter hinsichtlich der Effizienzkontrollen auf einem hohen methodischen Niveau bewegen.

Die GPT stand längere Zeit wegen des sehr breiten Anwendungsbereiches in der Kritik und wurde nicht zuletzt deshalb im engeren Sinne als klinisch orientierte Psychotherapie eher wenig beachtet. Das hing einerseits mit den publikumswirksamen Großveranstaltungen des „späten“ Rogers und auch mit vergleichbaren Aktivitäten des Ehepaars Tausch zusammen, obwohl gerade letzterem bezüglich GPT große Verdienste attestiert werden müssen. Befragte man beispielsweise Kliniken nach der bevorzugten Therapie-Methode, so hörte man immer wieder „Gesprächstherapie“ und stellte dann bei genauerer Nachfrage fest, dass es sich dabei um sehr zentrale und wichtige ärztlich-psychiatrische Gespräche handelt, aber keineswegs um eine klassische GPT. Hier wird nun (Kap. 11–19) in deutlicher Form der Anwendungs- und der Zuständigkeitsbereich der GPT klargestellt: Der Einsatz bei Kindern und Jugendlichen, die personen-zentrierte Beratung, Krisenintervention, GPT bei Sterbenden, als Gruppenpsychotherapie und GPT im stationären Bereich. In jedem einzelnen dieser Anwendungsbereiche wird auf die geschichtlichen Aspekte, auf die differenzierte Indikationsstellung, die diagnostische Vorabklärung, spezifische diagnostische Prozeduren, die adäquate Vorgehensweise und die Therapie-Effizienz eingegangen. Im Abschnitt über Behandlungsleitlinien (Kap. 23) werden bei der Zuordnung einzelner Diagnosen die klassischen Diagnosen-Kriterien (nach ICD-10 oder DSM-IV) leget artis berücksichtigt, sodass auch hier der Anschluss an die weltweit einheitliche Vorgehensweise garantiert ist. Gleiches gilt für die Kapitel Therapieziele und Indikationsstellung (Kap. 7 und 8). Trotz dieser Angleichung und Einheitlichkeit bleibt die GPT-Spezifität dennoch gewahrt. Dieser letztere Aspekt wird u.a. in den Ausführungen über die Persönlichkeit (S. 37), über die Begriffe Organismus (S. 38) und das Selbst (S. 64) transparent. Letzteres fällt auch im Sachverzeichnis auf, insofern etwa in Verbindung mit dem Begriff „Selbst“ und entsprechenden Konnotationen über vierzig Hinweise in unterschiedlichster Kombination aufgeführt sind.

Da in Deutschland, Österreich und der Schweiz unterschiedliche staatliche Bestimmungen über die Zulassung zur (Psychologischen) Psychotherapie im Rahmen der Versorgung psychisch Kranker auf Basis der Krankenkassen bestehen, ist das abschließende Kapitel „Aus- und Weiterbildung in Gesprächspsychotherapie“ für Lernende und die staatlichen Behörden heute unentbehrlich (vgl. Kap. 25). Es ist unterteilt in einen Abschnitt über die „Ausbildung und Ausbildungsinstitute in Deutschland, Österreich und in der Schweiz“ sowie in einen größeren Abschnitt „Curriculum für die Ausbildung

nach dem deutschen Psychotherapiegesetz zum Psychologischen Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie“. Im ersten Teil sind die „unterschiedlichen“ Bestimmungen der drei Länder festgeschrieben, insbesondere bezüglich des abverlangten und vorgängigen Grundstudiums. Es wird dabei deutlich, dass vor allem Österreich einen sehr weiten, nach meiner Ansicht zu weiten, Voraussetzungskatalog ermöglicht. Erleichternd ist es für den Suchenden, dass auch die Adressen der Kontaktstellen (hier für die GPT) nicht fehlen. Im zweiten Teil folgt das Curriculum für eine Ausbildung nach dem deutschen Psychotherapeutengesetz zum Psychologischen Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie. Detailliert sind folgende Abschnitte ausgeführt: Allgemeines, u. a. Ausbildungskonzeption (Veranstaltungsformen, Methoden, Arbeitsformen, Zulassungsvoraussetzungen sowie Umfang, Dauer und Lehrpersonal). Es sei hier nur noch angefügt, dass die Ausbildungszeit 3 Jahre (6 Semester) als Vollzeitausbildung bzw. 5 Jahre als berufsbegleitende Ausbildung beträgt. Für beide Formen wird insgesamt die stattliche Stundenzahl von 4570 abverlangt und soll mit einer Prüfung abgeschlossen werden.

Abschließend ist auf einige formale Kriterien hinzuweisen. Die insgesamt 25 Kapitel sind insofern bestens gegliedert, als man auf jeder Seite gleich feststellen kann, in welchem Kapitel man sich gerade befindet. Im Anschluss an jedes Kapitel sind Übungsfragen angefügt, so dass vor allem der Lernende sich Rechenschaft geben kann, wie weit er beispielsweise die zentralen Fragepunkte erfasst hat. Ebenfalls nach jedem Kapitel sind weiterführende Literaturangaben aufgeführt und sofern notwendig, wird auf Quervergleiche innerhalb des Buches hingewiesen. Aus ganz persönlicher Erfahrung fehlt mir, z. B. in Kap. 2 oder 3, bei der weiterführenden Literatur die Arbeit von H. Quitmann (Humanistische Psychologie. Hogrefe, 1996³), in welcher noch integraler Rogers' Herkunft und seine Positionierung in einem übergeordneten Ganzen zur Darstellung kommt, weshalb sie sich ganz besonders für interessierte Einsteiger eignen würde.

Eine zusätzliche Orientierungshilfe – neben dem ausführlichen Inhaltsverzeichnis – bietet das im Anhang aufgeführte Sachverzeichnis. Alles in allem ein Lehrbuch, das diesen Namen verdient, das im Gegenstandsbereich Psychotherapie eine Lücke optimal schließt und für Lehrende und Lernende eine wertvolle Hilfestellung bietet.

Viktor Hobi

Ordinarius für Klinische Psychologie,

Universität Basel (em.),

E-Mail: Viktor.Hobi@unibas.ch

Harald Geißler

Dorothea Kunze: Lerntransfer im Kontext einer personenzentriert-systemischen Erwachsenenbildung. Wie Wissen zum (nicht) veränderten Handeln führt.

Köln: GwG-Verlag, 2003. 280 Seiten. ISBN 3-926842-36-9, € 29,90 /Sfr. 52.20

Die von Dorothea Kunze vorgelegte Monographie hat zwei Schwerpunkte: Es ist zum einen die – sehr sorgfältig und systematisch durchgeführte und angenehm lesbare – erwachsenenpädagogische Interpretation der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie von Carl Rogers einschließlich der ideengeschichtlichen Hintergründe einerseits der Theorie von Rogers und andererseits der erwachsenenpädagogischen Interpretation durch die Autorin. Der zweite Schwerpunkt der Arbeit ist die materialreiche Darstellung und differenzierte inhaltliche sowie methodologische Reflexion einer empirischen Untersuchung über den Lerntransfer einer bestimmten erwachsenenpädagogischen Maßnahme. Es handelt sich um eine zweieinhalb-jährige berufsbegleitende Ausbildung in Personenzentrierter Beratung, bei der die Autorin als Co-Trainerin mitwirkte. Die Teilnehmerinnen der Ausbildung waren Personen, die in sozialen Einrichtungen arbeiteten. Die im zweiten Kapitel ihrer Arbeit vorgenommene sehr sorgfältige Darlegung Personenzentrierter Beratung spiegelt insofern den Inhalt der Ausbildung wider.

Offensichtlicher Anspruch der untersuchten und von der Autorin mitgestalteten Ausbildung war, die Prinzipien von Rogers auch zur Grundlage einer entsprechenden erwachsenenpädagogischen Methode für die Vermittlung der Ausbildungsinhalte zu machen. Das ist einer der beiden Gründe für die erwachsenenpädagogische Inter-

pretation, um die sich die Autorin verdient gemacht hat. Der zweite Grund ist, dass die Autorin ihre Untersuchung mit Hilfe qualitativer Interviews durchführte, bei denen sie methodisch ebenfalls auf die Prinzipien von Rogers zurückgriff.

Die Untersuchung wurde in zwei Abschnitten durchgeführt: In einer ersten Interviewrunde sechs Wochen nach Beendigung der Ausbildung ermittelte die Autorin, wie die Inhalte der Ausbildung aus Sicht und im Erleben der vier befragten Kursteilnehmerinnen methodisch gestaltet waren und was in diesem Zusammenhang ihren Lern- und Entwicklungsprozess besonders gefördert bzw. behindert hat. In einer zweiten Interviewrunde, die zweieinhalb Jahre später erfolgte, klärte die Autorin, was die Anwendung des in der Ausbildung Gelernten in der Alltagspraxis besonders erschwert oder erleichtert hat.

Als besonderer Gewinn des vorliegenden Buches kann gewertet werden, dass das von der Autorin erstellte Untersuchungsmaterial mitsamt ihren Interpretationen sehr umfangreich und detailliert dargestellt wird. Der Leser bekommt auf diese Weise einen sehr tiefgreifenden Einblick in die differenzierten – und im Einzelnen teilweise recht unterschiedlichen – Aneignungs- und Entwicklungsprozesse der untersuchten Personen.

Mark Galliker

Inghard Langer / Stephan Langer: Jugendliche begleiten und beraten.

München: Ernst Reinhardt Verlag (Personenzentrierte Beratung & Therapie 1), 2005. 155 Seiten, ISBN 3-497-01760-4, € 18,90

„Nicht mehr Kind und noch nicht erwachsen – viele Erfahrungen und Konflikte können in der schwierigen Phase der Pubertät ernsthafte Krisen auslösen.“ Dieser bekannte Sachverhalt steht auf dem Buchdeckel des im Ernst Reinhardt Verlag in der von der GwG ins Leben gerufenen Reihe „Personenzentrierte Beratung und Therapie“ erschienenen Buches. Es handelt sich um einen Leitfaden aus personenzentrierter Perspektive für alle Personen, die in der psychosozialen Kinder- und Jugendarbeit tätig sind und/oder Töchter oder Söhne haben, die in das angesprochene Alter kommen.

Eine wichtige subjektive Voraussetzung für die Lösung oder wenigstens Entschärfung der Konflikte auf Seiten der Erwachsenen – ob nun Eltern, TherapeutInnen oder BeraterInnen – besteht bekanntlich in der Möglichkeit, sich an die eigene Kindheit und Jugend zu erinnern. So wird beispielsweise erkennbar, wie verletzlich und einsam Kinder- und Jugendliche sein können.

Andererseits sind die eigenen früheren Erfahrungen nicht einfach auf die Gegenwart zu übertragen. So könnte man nämlich leicht zu Aussprüchen wie den folgenden gelangen: „Wir waren doch auch

mal jung. Wir mussten da auch durch. Wir haben das auch überstanden!“ Vieles ist heute anders als früher und in vielen Bereichen sind die Probleme für junge Menschen nicht etwa kleiner, sondern eher größer geworden, als sie damals im 20. Jahrhundert noch waren.

Beispiel TV-Konsum: Je länger ohnedies benachteiligte Kinder und Jugendliche (etwa Migrantenkinder) vor dem Bildschirm sitzen, desto mehr lassen sie sich von den vorgegaukelten Prestigebildern und Fiktionen beeindrucken, desto weniger Zeit und Anreize finden sie, ihr Selbst wirklich zu entwickeln. Reales Selbst und Selbstanspruch klaffen immer mehr auseinander. Im Extremfall kommt es auf der einen Seite zum Stillstand, was die Entwicklung von Fähigkeiten und Persönlichkeit anbelangt, und auf der anderen Seite zur Angeberei und Abhebung von der Wirklichkeit.

Selbstverständlich trauen wir dem Personzentrierten Ansatz zu, uns den Weg weisen zu können, wie Kinder und Jugendliche in Krisensituationen (weitere Auswirkungen sind Depressionen, Risikoverhalten und Gewalt) verständnisvoll und einfühlsam beraten und begleitet werden können. Im Buch werden dann auch entsprechende Wegweiser aufgestellt.

So wird etwa eine ebenso didaktisch einsetzbare graphische Darstellung geboten, in der die LeserInnen im Bereich der x-Achse den Weg finden, *wie andere mich eingespart sehen wollen* und im Bereich der y-Achse den anderen Weg, mit dem *ich mich gerade gegen alle anderen einspuren will*. Der goldene Mittelweg ist dann *mein eigener persönlicher Weg*, dessen Beschriftung – Sie wissen es schon – „Aktualisierungstendenz“ lautet! (vgl. S. 81)

Ein weiteres Beispiel eines Wegweisers ist eine Textstelle zur Bedeutung der Beziehung und der Beziehungsaufnahme mit Jugendlichen, die bisher noch keine tragfähige Beziehung aufbauen konnten:

„Ich-Du-Beziehungen sind unerlässlich zur Entwicklung einer Person. Wenn Kinder und Jugendliche darin unsicher sind, wie eine Person zu ihnen steht, versuchen sie, dies auszutesten, rebellieren oder ziehen sich zurück. Manchmal jedoch genügt ein Blick, eine ausgestreckte Hand, ein Wort einer Bezugsperson und sie reagieren, als wäre in ihnen ein Licht angeschaltet worden: „Ich bin gemeint. Ich bin dieser Person nicht gleichgültig, ich bedeute ihr etwas.“. Sie gehen aus sich heraus und geben – vielleicht nur vorsichtig oder nur einen einzelnen Schritt weit – mit ihrem Blick, ihrer Stimme, ihren Worten, ihren Handlungen zu erkennen: „Du bist mir wichtig oder du könntest mir wichtig werden. Dir kann ich (vielleicht) trauen, dir kann ich – möglicherweise schon das nächste Mal – erzählen, was mich bewegt und dir dazu Fragen stellen.“ (S. 99)

Anhand von ausführlichen Falldarstellungen (Frank, Gaby, Addo, Arne) wird die psychosoziale Arbeit unter Berücksichtigung

des Personzentrierten Ansatzes veranschaulicht. Ungleich verhaltenstherapeutischer und logistischer Ansätze wird das Vorgehen nicht symptomzentriert im Studier- und Beratungszimmer vorbereitet und detailgenau geplant, sondern es entwickelt sich in Begleitung des Jugendlichen und im Erleben mit demselben zusammen im Feld draußen. Bei dieser „Feldarbeit“ steht die reale Beziehung im Vordergrund, das Miteinander und Gegeneinander, die „Aus-einander-Setzung“ der beteiligten Personen. Es wird ein personzentriertes Vorgehen mit all seinen Schwierigkeiten gelebt resp. dargestellt und nicht nur ein schöngestiges.

Erstaunlich ist, dass im Unterschied zum praktischen Teil des Buches, in dem u.a. auch von „Bindung“ und – was im Rahmen eines Personzentrierten Ansatzes weniger selbstverständlich ist – von „Ablösung“ die Rede ist, im folgenden kurzen theoretischen Teil das Konzept *Beziehung* plötzlich keine Rolle mehr zu spielen scheint. Es finden sich nun ausschließlich Begriffe wie „Handlung“, „Vermittlung“ und „Aneignung“, die bisher im Kontext des Personzentrierten Ansatzes ebenfalls selten berücksichtigt wurden.

Schade ist, dass diese Begriffe mit der Beziehung nicht auch theoretisch verbunden werden – um so mehr als dies beispielsweise im Rahmen der Kulturhistorischen Schule, einem Ausgangspunkt des Aneignungskonzeptes, durchaus der Fall war, wenngleich begrifflich anders gefasst und anders ausgedrückt (u. a. Verhältnisbegriff).

Den LeserInnen stellen sich Fragen wie die folgenden: Wie gestaltet sich eine Beziehung zwischen Mutter und Vater, die es dem Kind ermöglicht, sich allmählich von der Mutter loszulösen? Welche Elternbeziehung gestattet es ihm, sich mehr dem Vater zuzuwenden? Ist eine gute Vater-Kind-Beziehung Voraussetzung für die Aneignung gesellschaftlich relevanter Fertigkeiten? Was geschieht, wenn der Vater selten anwesend ist oder fehlt? Inwieweit ist sozial fehlgeleitete Aneignung auf mangelnde persönliche Bindung zurückzuführen? Lässt sich ein reales Selbst tatsächlich vor allem über die *Aneignung* von Kompetenzen aufbauen (und nicht primär über die Freilegung innerer Ressourcen, wie meistens von phänomenologisch und/oder humanistisch orientierten TherapeutInnen angenommen wird)?

Das Buch „Jugendliche begleiten und beraten“ ist leicht verständlich geschrieben, schön ausgestaltet und angenehm im Gebrauch (mit 9 Abbildungen und 4 Tabellen). Es eignet sich für Laien sowie als Einführung für AbsolventInnen von Fachhochschulen und Universitäten, die als JugendberaterInnen tätig sein möchten. Die angeführten ausführlichen Anwendungsbeispiele zeichnen sich durch Realismus und Anschaulichkeit aus.

Hans Schwerzmann

Klaus Sander / Torsten Ziebertz: Personzentriert Beraten – Lehren – Lernen – Anwenden. Ein Arbeitsbuch für die Weiterbildung

Berlin: Frank & Timme, 2006. 256 Seiten, ISBN 3-86596-086-3, € 19,80/SFr. 34,80

Klaus Sander und Torsten Ziebertz präsentieren in diesem Buch die Praxisausbildung in „Beratung“ im Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften der FH Düsseldorf. Die Ausbildung richtet sich an Studierende höherer Semester und umfasst Selbsterfahrung und Supervision. Die Teilnehmenden sollen fähig werden, hilfreiche Gespräche mit Menschen „mit begrenzten Lebensproblemen“ zu führen. Gute Kenntnis der Grundlagenliteratur des Personzentrierten Ansatzes wird von ihnen bereits erwartet.

Die Publikation bietet einen konkreten Einblick in Arbeitsformen, Lernerfahrungen und Lernergebnisse. Die wesentlichen inhaltlichen und methodischen Aspekte des Curriculums werden in drei Kapiteln gezeigt: Theoretische Grundlagen Personzentrierter Beratung – erfahrungsorientierte Übungsmodelle – transkribierte Beratungsgespräche als Lernergebnis.

Im theoretischen Teil legen die Autoren knapp und mit griffigen Zitaten elementare Konzepte des PZA dar. Sie verdeutlichen ihr Verständnis Personzentrierter Beratung und leiten daraus didaktische und methodische Schlüsse für die praktische Ausbildung ab. Sie scheuen sich dabei auch nicht, deutlich Position zu beziehen. Ich fühlte mich dadurch angeregt und zur Diskussion eingeladen. Allerdings wären einige zusätzliche Informationen nützlich: Wie viele Stunden stehen in welcher Zeitspanne zur Verfügung? Wie ist das Studium insgesamt aufgebaut? Welche Kompetenzen und Erfahrungen bringen die Studierenden mit und in welchen Arbeitsbereichen machen sie ihre Praktika?

Das zweite Kapitel umfasst eine ganze Reihe erfahrungsorientierter Übungen für die Gruppenarbeit. Viele davon sind entlehnt (z. B. bei Gudjons), jedoch mit spezifischen Kommentaren wie auch mit kurzen Erfahrungsberichten von Teilnehmenden versehen. Das Lern- und Lehrverständnis der Facilitatoren zeigt folgendes Zitat (S. 86): „Die Teilnehmer einer Beraterausbildung sind motiviert, etwas über Möglichkeiten der hilfreichen Veränderung bei anderen zu erfahren und ihre Kompetenzen in dieser Hinsicht zu verbessern. Aufgabe der Ausbilder ist es, den Teilnehmern zu vermitteln, dass die Antwort darauf wiederum in der Frage liegt: Wie kann Veränderung in mir stattfinden?“ Wer in diesem Sinn ausbilden will, findet hier entsprechende Lernarrangements.

Ausführliche Transkripte von „Beratungsgesprächen mit Menschen in schwierigen Situationen“ dokumentieren zum Schluss die Lernergebnisse. Die Transkripte sind eingebettet in eine Einführung und, oft selbstkritische, Reflexionen der Berater/innen. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse von Nachbefragungen

zum Curriculum wie auch zu den Erfahrungen von Klientinnen und Beratern in den Gesprächen zusammengefasst. Auffallend und für Studierende ermutigend ist, dass die Klienten die Gespräche weitgehend als hilfreich beurteilen, während die Beratenden oft an ihrer Wirksamkeit zweifeln. Woher diese Diskrepanz? Die Beraterinnen richten ihr Augenmerk primär auf ihre, tatsächlich nicht immer geglückten, Interventionen. Die Klientinnen hingegen weisen vor allem auf deren Engagement und Interesse und bestätigen so einmal mehr das Gewicht des personzentrierten Beziehungsangebots.

Bevor ich nun einzelne Inhalte aufgreife, noch eine Anmerkung zur formalen Gestaltung des Buchs: sie ist nachlässig. Die Grafik erschwert die Lektüre, es fehlen gehäuft Punkte, Kommas, Leerschläge und Schriftzeichen und selbst das Ende eines Zitates ist nicht markiert. Es ist sehr zu wünschen, dass der Verlag sorgfältiger gestaltet und korrigiert.

Sander und Ziebertz sprechen sich dezidiert für eine erfahrungsorientierte Ausbildung im Rahmen einer Lerngruppe aus. Sie wollen insbesondere individuelle Lernprozesse ermöglichen und den Transfer in die Praxis erleichtern. Dazu konzentrieren sie sich auf vier Lernbereiche:

- 1) Erfahrung der eigenen Person
- 2) Erfahrung der Person des anderen Menschen
- 3) Erfahrung einer förderlichen Beziehung
- 4) Erfahrung methodisch kompetenter Vorgehensweisen

An einer Hochschule ein solches Modell anzubieten, halte ich angesichts der gegenwärtigen Ausbildungstrends für ebenso couragiert wie sinnvoll.

Didaktische Entscheide fällen die Autoren konsequent aufgrund ihrer Auffassung von Personzentrierter Beratung. Sie definieren sie – in Abgrenzung zur Personzentrierten Psychotherapie – als relativ kurzzeitiges Angebot, das problem- und lösungsorientiert sei. Sie weisen darauf hin, dass Beratung und Psychotherapie nicht eindeutig aufgrund einzelner Kriterien wie Dauer, Beziehung oder Problemstellung voneinander zu unterscheiden seien. Es gebe keine wissenschaftlich bestätigte Klassifikation von Problemlagen von Menschen in Beratung. „Vielmehr suchen Klienten mit anderen Anliegen Berater auf und erfahren auch andere Angebote als Therapie-Klienten“ (S. 57). Wesentlich sei, „von wem die Problemdefinition stammt und wer die Richtung der Lösung und Veränderung anzeigt“ (S. 59), wie eine Institution ihre Aufgabe sehe und wie Beratende ausgebildet seien.

Aus diesen Überlegungen würde meiner Meinung nach folgen, dass Berater/innen sich auch damit auseinandersetzen sollten, wie ein Arbeitsbündnis zustande kommt und welche Vor- und Nachteile es haben kann, wenn es z. B. auf Zielformulierungen, auf einer Themenwahl oder auf der Einigung auf eine bestimmte Methode beruht. Fragen des Settings und wie gute Zusammenarbeit im Dialog entwickelt und unterstützt werden kann, müssten erörtert werden. Dies fehlt mir im Curriculum.

Aus obiger Darstellung entnehme ich weiter, dass die Autoren es ablehnen, Beratungskonzepte auf generelle Annahmen über Eigenschaften von Klienten zu stützen. Genau das tun sie dann doch. So schreiben sie z. B.: „Nicht unbedingt selbst gespürter Leidensdruck führt Beratungsklienten in die Beratung, sondern oft Umweltdruck, drängende Personen, Instanzen und rechtliche Erfordernisse, soziale Defizite und Benachteiligungen“ (S. 73). Mir wird nicht klar, ob sie sich auf eine bestimmte Klientel beziehen (eventuell auf unfreiwillige und wenig motivierte Klienten in der sozialen Arbeit, denen sie ein Kapitel widmen). Dies müsste explizit zum Ausdruck kommen, denn sie bauen ihr Beratungs- und Ausbildungskonzept auf solchen Feststellungen auf.

Am wenigsten überzeugt haben mich Sander und Ziebertz mit einer Abwandlung der Grundlagentheorien. Sie erachten das Inkongruenzerleben als wichtigsten Motor für Veränderungen. Darum

betonen sie, dass in der Beratung nebst der Selbstexploration vor allem auch Fremd- und Lebensweltextploration angeregt und vermehrt „konfrontierende, Spannung schaffende und Unvereinbarkeiten aufzeigende Berateräußerungen“ (S. 73) eingesetzt werden sollen. Die Autoren sehen sich hier in Übereinstimmung mit Rogers (1959/1987, S. 22). Meines Erachtens setzen sie jedoch einen deutlich anderen Akzent als Rogers, der die Aktualisierungstendenz als zentrales Motiv annahm. Bedürfnis- und Spannungsreduzierung erachtete er zwar als Aspekte davon, er wollte jedoch ausdrücklich die Tendenz zum Wachstum und zur Kreativität betont wissen.

Welche Folgen hat dies für die Ausbildung? Meines Erachtens betont sie zu wenig das zentrale Angebot des PZA, wie wir mit Inkongruenzerfahrungen hilfreich umgehen können: mit wohlwollender, aufmerksamer Zuwendung – dem grundlegenden Beziehungsangebot entsprechend. Wie wichtig das ist, haben die Klientinnen in der schon erwähnten Nachbefragung deutlich gemacht. Mein Fazit: Für angehende Personenzentrierte Berater/innen ist entscheidend zu erfahren, wie liebevolle Annahme bei ihnen und bei anderen wirkt. Als Prüfsteine könnten ihnen einige bemerkenswerte Sätze von Rogers (1961/1973) dienen: „Wenn ich mich so wie ich bin akzeptiere, dann ändere ich mich“, oder: „Die Tatsachen sind freundlich“. Wenn sie dies aus eigener Erfahrung erfassen und darauf zu vertrauen beginnen, stehen ihre differenziellen Interventionen auf gutem Grund.

Diether Höger

Die Bindungsmuster von Psychotherapeuten

Zusammenfassung: *Dieser Artikel befasst sich mit den Bindungsmustern von Psychotherapeuten psychodynamischer und personenzentrierter Orientierung. Nach einem Abriss der Bindungstheorie werden die Ergebnisse einer empirischen Untersuchung von Nord (2000) referiert und diskutiert.*

Schlüsselwörter: *Psychotherapeuten, Bindungsmuster*

Abstract: Attachment patterns of psychotherapists. *This article concerns the attachment patterns of psychotherapists (psychodynamic and person centered orientation). After an outline of attachment theory the results from an empirical study by Nord (2000) are reported and discussed.*

Keywords: *Psychotherapists, patterns of attachment*

Im Mittelpunkt der empirischen Psychotherapieforschung stehen zumeist die Klienten¹, der therapeutische Prozess, oft auch die therapeutische Beziehung. Merkwürdigerweise (oder auch nicht) wird die Person des Therapeuten weitgehend ausgespart. Warum dem so ist, soll, obgleich eine wichtige Frage, hier nicht weiter diskutiert werden. *Dass* dem so ist, mag ein Grund dafür sein, sich uns selbst, den Therapeuten, zuzuwenden.

Wir liegen damit auch wiederum nicht völlig außerhalb des gegenwärtigen Trends, denn Kernberg, Dulz und Eckert (2005) haben kürzlich ein Buch mit dem Titel: „Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren ‚unmöglichen‘ Beruf“ herausgegeben. Es enthält viele leistungswerte individuelle Reflexionen von Kolleginnen und Kollegen darüber, wie sie sich in ihrem Beruf erleben.

In diesem Beitrag soll es demgegenüber um Ergebnisse empirischer Forschung gehen, d. h. um allgemeine Aussagen, die auf den einzelnen Therapeuten nicht zutreffen, aber nichts desto weniger Anlass geben können, im Interesse unserer Klienten, aber auch in unserem eigenen Interesse, über unser Verhalten und Erleben im Zusammenhang mit therapeutischen Beziehungen nachzudenken. Im Folgenden sollen zunächst die bindungstheoretischen Grundlagen skizziert werden. Danach geht es um die Ergebnisse einer empirischen Studie mit Überlegungen zu deren Bedeutung für uns Psychotherapeuten.

1 Theoretische Grundlagen

Psychotherapeuten haben es berufsmäßig mit Menschen zu tun, die Hilfe suchen, aber nicht in dem Sinne, wie man z. B. die Hilfe

eines Steuerberaters oder Automechanikers benötigt. Vielmehr ist die Not, um die es bei unseren Psychotherapie Klienten geht, von wesentlich anderer Natur. Sie ist in der Regel existenziell, geht wesentlich tiefer und betrifft die ganze Person, auch wenn das im Verhalten der Klienten nicht immer gleich deutlich wird oder sie selbst es so sehen. Wenn sich Menschen in einer dermaßen großen persönlichen Krise befinden, dass sie die Hilfe eines Psychotherapeuten suchen, kann man davon ausgehen, dass bei ihnen fundamentale Bereiche des Verhaltens und Erlebens angesprochen werden. In der Bindungstheorie wird näher beschrieben, was dann geschieht.

1.1 Das Bindungssystem

Inzwischen hat uns die Psychotherapieforschung gelehrt (Bowlby, 1988, Strauß, Buchheim & Kächele, 2002), dass in der Psychotherapie das so genannte **Bindungssystem** eine ganz wesentliche Rolle spielt, und zwar gleich in mehrerlei Hinsicht. Es handelt sich hierbei um ein angeborenes Verhaltenssystem, das u. a. bei Kummer und Not aktiviert wird (vgl. Bischof, 1985; Grossmann & Grossmann, 2004). Bereits zu Beginn des Lebens sichert der Mensch sein Überleben, indem er mit denjenigen Menschen, die ihn betreuen, eine Beziehung aufbaut und sich an sie wendet. In der Regel sind das die Eltern, zunächst insbesondere die Mutter, die in diesem Sinne zu **Bindungspersonen** werden. Das Bindungssystem bleibt auch für den Rest des Lebens erhalten („from the cradle to the grave“; Bowlby, 1969) und spielt dann in den zwischenmenschlichen Beziehungen eine herausragende Rolle.

Aktiviert wird das Bindungssystem in **bindungsrelevanten Situationen**: bei Kummer und Not oder auch sonst, wenn ein innerer oder äußerer Anlass und damit das Bedürfnis besteht, sich der

¹ Für Klienten und Klientinnen sowie Therapeuten und Therapeutinnen wird hier die übliche Form gewählt.

Zugänglichkeit der Bindungspersonen zu vergewissern. Nach außen wird die Aktivierung des Bindungssystems im **Bindungsverhalten** sichtbar, d. h. solchen Verhaltensweisen, die geeignet sind, die Nähe oder die Erreichbarkeit der Bindungspersonen herbeizuführen oder sich ihrer zu vergewissern. Beim Kind sind das z. B. Rufen, Weinen, Nachlaufen. Erwachsene haben andere und vor allem auch vielfältigere Möglichkeiten, dieses Ziel zu erreichen. In jedem Falle besteht das Ziel des Bindungssystems darin, Sicherheit und Geborgenheit zu finden und zu erleben. Bei der Aktivierung des Bindungssystems entstehen zugleich **bindungsrelevante Gefühle und Bedürfnisse**. Das sind Gefühle im Zusammenhang mit z. B. Nähe, Geborgenheit, Zärtlichkeit, Sehnsucht, Kummer usw.

1.2 Bindungspersonen

Das Bindungssystem könnte seinen Zweck nicht erfüllen, stünde ihm nicht seitens anderer Menschen ein zu ihm komplementäres Verhaltenssystem gegenüber, das ebenfalls angeboren ist, also zur menschlichen Natur gehört. Man kann es als **Unterstützungs-, Fürsorge- oder Hilfesystem** bezeichnen. Einer der wichtigsten Auslöser für das Fürsorgeverhalten ist die Signalwirkung, die von dem Bindungsverhalten anderer ausgeht. Ebenso wie das Bindungssystem ist auch das Fürsorgesystem mit dafür typischen Gefühlen und Bedürfnissen verbunden.

Nicht nur Eltern, auch andere Menschen können zu **Bindungspersonen** werden, vor allem dann, wenn sie Bindungsbedürfnisse befriedigen. Ob jemand für einen bestimmten Menschen eine solche Bedeutung hat, lässt sich am Bindungsverhalten erkennen. Für Kinder hat Bowlby (1975) dafür vier Kriterien genannt:

1. Das Bindungsverhalten des Kindes ist vorwiegend an diese Person gerichtet.
2. Das Bindungsverhalten des Kindes wird am wahrscheinlichsten beendet, wenn sich ihm diese Person zuwendet.
3. Bei einer Trennung von dieser Person wird Bindungsverhalten ausgelöst.
4. Beim Wiedersehen nach einer längeren Trennung von dieser Person wird Freude ausgelöst zusammen mit einem besonderen Begrüßungsritual.

Für Erwachsene lassen sich, folgen wir Allen & Land (1999) sowie Weiss (1982), die folgenden Kriterien festhalten, die sich inhaltlich teilweise mit den für Kinder gültigen überschneiden. Wie für alle Beziehungen, die durch Zuneigung bestimmt sind, gehört zunächst dazu:

1. Das Bestreben, notfalls mit beträchtlichem Aufwand, die Nähe oder Erreichbarkeit der Bindungsperson zu suchen oder aufrechtzuerhalten („*proximity seeking*“) und
2. Bei einer unfreiwilligen Trennung Protest, Kummer und das Erleben von Trennungsschmerz („*separation protest*“). Dies kann

im äußeren Verhalten sichtbar werden, aber auch innere Reaktionen auslösen wie Gefühle (Trauer, Verzweiflung, Sehnsucht) oder kognitive Aktivitäten (Denken an den betreffenden Menschen, Fantasien über ein Wiedersehen usw.).

Über die Zuneigung hinaus haben Bindungsbeziehungen jedoch noch etwas Besonderes, das sich aus Befragungen ergeben hat und durch theoretische Überlegungen gestützt wird.

Mit dem Bindungssystem eng verknüpft ist das für die Entwicklung und Erweiterung von Kompetenzen im Umgang mit der Welt maßgebliche **Explorationssystem** (vgl. Bischof, 1985; Grossmann & Grossmann, 2005). Es wird dann aktiviert, wenn sich das Individuum als hinreichend sicher und geborgen erlebt und zeigt sich im Interesse für Neues, Unbekanntes, dem sich das Individuum zuwendet, um es näher zu erkunden. Solange ihm die Neuartigkeit nicht zu groß und die Situation als nicht zu bedrohlich erscheint, erlebt es die dabei aufkommende Erregung als angenehm. Wird sie jedoch zu groß, schlägt die neugierige Erregung in Ängstlichkeit um und das Bindungssystem mit dem zugehörigen Verhalten und Erleben wird aktiviert mit dem Ziel, die erlebte Sicherheit wiederzugewinnen. Dies betrifft zwei weitere Merkmale für die Qualität einer Bindungsperson:

3. Die *Sichere Basis* („*secure base*“), d. h. die Nähe der Bindungsperson oder das Wissen um ihre Erreichbarkeit führen dazu, dass sich die Person in der Welt freier bewegen und sie erkunden kann.
4. Der *Sichere Hafen* („*secure haven*“), d. h. die Bindungsperson ist der Ort, zu dem das Individuum flüchtet, wenn es sich bei seiner Erkundung der Welt bedroht fühlt. Ist sie nicht erreichbar, sind Unbehagen und Angst die Folge.

Die genannten Kriterien, sowohl die für Kinder als auch die für Erwachsene, mögen für den Leser in besonderer Weise geeignet sein, um sich anhand eigener Erinnerungen an entsprechende Situationen die emotionale Bedeutung von Bindungspersonen zu vergegenwärtigen.

1.3 Strategien des Bindungssystems

Ob überhaupt und – wenn ja – wie eine Person Bindungsverhalten zeigt und was sie in bindungsrelevanten Situationen erlebt, richtet sich nach ihren bisherigen Bindungserfahrungen, also danach, wie andere, in erster Linie ihre Bindungspersonen, auf ihr Bindungsverhalten reagiert haben. Diese Erfahrungen sind in einem **Internalen Arbeitsmodell** (Bowlby, 1975; Main, Kaplan, Cassidy, 1985) repräsentiert.

Internale Arbeitsmodelle gehören zu allen lebenswichtigen und daher angeborenen Verhaltenssystemen; wie z. B. auch zur Nahrungsaufnahme. Würde es sich dabei um feststehende Reaktionsformen handeln, würde das Individuum mit den Gegebenheiten, in

die es hineingeboren wurde, nicht zurechtkommen. Eine Schwalbe kann zwar angeborenermaßen fliegen, sie muss aber, wenn sie flügge wird, erst eine innere Repräsentation von der Beziehung zwischen ihrer eigenen Motorik und den vielfältigen Strömungsverhältnissen der Luft erwerben, um sich schließlich mit der Gewandtheit zu bewegen, die wir an ihr kennen.

Analog muss der Mensch erst lernen, sich in den Bedingungen zurechtzufinden, die er mit seinem Bindungssystem in seiner Umgebung vorfindet. Sein so erworbenes internes Arbeitsmodell des Bindungssystems steuert nicht nur sein Bindungsverhalten. Es bestimmt auch sein Erleben, d. h. wie er bindungsrelevante Situationen wahrnimmt, was er erwartet, welche Gefühle er dabei entwickelt und wie er das alles in seinem Bewusstsein symbolisiert.

Mary S. Ainsworth und ihre Mitarbeiter haben bei Kleinkindern die inzwischen weithin bekannten **Bindungsmuster** („Sicher“, „Unsicher-Vermeidend“ und „Unsicher-Ambivalent“; [Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978]) beschrieben, die in entsprechender Form auch bei Erwachsenen zu finden sind (Höger, 2002; Main & Goldwyn, 1985). Der wesentliche Beitrag von Mary Main war, die Bindungsmuster und die dazugehörigen internalen Arbeitsmodelle als **grundlegende Strategien** aufzufassen, d. h. als Muster des Verhaltens und der Erlebnisverarbeitung, die es dem Individuum in seinem bisherigen Leben ermöglicht haben, angesichts der speziellen Reaktionen, die seine Bindungspersonen auf sein Bindungsverhalten gezeigt haben, ein zumindest relatives Optimum an Zuwendung und Erreichbarkeit und damit an erfahrener Sicherheit zu erlangen (Main, 1990). Berücksichtigt man die Hilflosigkeit des menschlichen Säuglings und Kleinkinds, wird die existenzielle Bedeutung nachvollziehbar. Bindungsmuster sind die maßgeblichen Ergebnisse unserer allerersten Auseinandersetzung mit der Welt, wie wir sie ursprünglich kennen gelernt haben und wie wir in ihr unsere Existenz sichern konnten. Entsprechend gravierend ist ihre Wirksamkeit auch bei Erwachsenen in bindungsrelevanten Situationen.

Bei Strategien handelt es sich im Unterschied zu einfachen Reaktionen um komplexe Grundmuster des Verhaltens und Erlebens. Solche Grundmuster gibt es im Zusammenhang mit dem Bindungssystem genau so viele, wie es Menschen gibt. Vergleicht man sie jedoch untereinander, dann lassen sich dennoch zwischen ihnen gewisse Ähnlichkeiten feststellen und ähnliche Grundmuster zu Gruppen zusammenfassen, die die Orientierung erleichtern. Allerdings sollte darüber die individuelle Vielfalt innerhalb dieser Gruppen nicht aus dem Blick geraten. Die genannten Bindungsmuster nach Ainsworth et al. (1978) sind als solche Gruppen anzusehen.

Das Konzept der Bindungsstrategien von Main (1990) bezieht sich auf diese Bindungsmuster. Es geht davon aus, dass Bindungsbedürfnisse (wie alle Bedürfnisse) in ihrer Umwelt eine letztlich begrenzte Zahl an grundlegenden Reaktionen auf sie vorfinden. Diese sind wiederum maßgeblich für die besondere Art der Strategie, mit ihnen zurechtkommen.

1. Die **Primäre Strategie** des Bindungssystems entwickelt sich dann, wenn bisher die Bindungspersonen die Bindungsbedürfnisse zuverlässig und in vorhersehbarer Weise verstanden und befriedigt haben. Sie besteht in den im Bindungsmuster ursprünglich vorgegebenen Reaktionen, d. h. in bindungsrelevanten Situationen (z. B. in Kummer und Not) direkt nach Menschen, insbesondere Bindungspersonen, zu suchen, die sich einem zuwenden und Nähe oder Hilfe gewähren. Zugleich besteht das Vertrauen, dass sie prinzipiell erreichbar und zugänglich sein werden. Diese Strategie entspricht dem von Ainsworth et al. (1978) beschriebenen „**sicheren**“ Bindungsmuster.

Mit ihr sind entsprechende **Lebenseinstellungen** verbunden wie:

- das Bedürfnis und die Fähigkeit, sich einigen ausgewählten Personen näher anzuschließen, um mit ihnen verlässliche Bindungsbeziehungen zu knüpfen und zu pflegen
- die Erwartung und das Vertrauen, dass verbindliche und damit verlässliche Beziehungen möglich sind, und dass im Falle der Bedürftigkeit auch jemand da sein wird, der Zuwendung, empathisches Verstehen, Trost und Unterstützung gewährt.

2. **Sekundäre Strategien** bilden sich dann aus, wenn eine solche zuverlässige Befriedigung nicht gegeben war, wenn sich die Verhaltensweisen der primären Strategie aufgrund der Reaktionen der Bindungspersonen als vergeblich, also als unangemessen erwiesen haben. Es war dann für das reine Überleben wichtig, sich an die gegebenen Bedingungen, so wie sie sind, anzupassen und sich in einer Weise zu verhalten, die zumindest eine relative Sicherheit erreichbar machte. In solchen Fällen überlagern sekundäre Strategien die primäre und treten mehr oder weniger vollständig an deren Stelle. Zwei Varianten lassen sich dabei unterscheiden, die mit typischen Reaktionsformen der Umgebung korrespondieren:

- a) Wenn Bindungsbedürfnisse vorhersehbar frustriert werden, erweist sich die **Deaktivierung des Bindungsverhaltens** als zweckmäßig. Sie entspricht dem „**unsicher-vermeidenden**“ Bindungsmuster und besteht darin, in bindungsrelevanten Situationen das Bindungsverhalten (z. B. die Suche nach Hilfe, Nähe, Zärtlichkeit, Körperkontakt, Weinen usw.) zu minimieren oder ganz zu unterdrücken, ebenso die dazu gehörenden Gefühle (z. B. Kummer, Not, Hilflosigkeit oder Nähe, Vertrauen) und die damit verbundenen Bedürfnisse, oder sie wenigstens nach Möglichkeit nicht bewusst werden zu lassen. In der Sprache des Personenzentrierten Ansatzes: sie nicht zu symbolisieren. Die dazu gehörende **Lebenseinstellung** besteht in der betonten Demonstration von Unabhängigkeit und Tüchtigkeit, d. h. für sich selbst sorgen zu müssen und deshalb auch zu können.
- b) Werden Bindungsbedürfnisse unvorhersehbar teils frustriert, manchmal aber auch – jedoch unvorhersehbar – befriedigt, besteht die Konsequenz in einer kontinuierlichen **Hyperaktivierung des Bindungssystems** mit einer entsprechend ständigen

Bereitschaft zu Bindungsverhalten. Sie entspricht dem „**unsicher-ambivalenten**“ Bindungsmuster. Nicht nur in bindungsrelevanten Situationen, dann aber besonders, ist das Bindungsverhalten übermäßig gesteigert (z. B. Anklammern, betontes Fordern nach Zuwendung) und die Unsicherheit ist groß, ob eine Bindungsperson überhaupt erreichbar ist bzw. bleibt. Die entsprechende **Lebenseinstellung** besteht im Gefühl der Wertlosigkeit, in Verlassenheitsangst und Misstrauen zusammen mit Wut und Enttäuschung.

2 Bindungsmuster und Psychotherapie

Höger und Müller (2002) haben Möglichkeiten des therapeutischen Handelns erörtert, wenn die unterschiedlichen Strategien der Bindungssysteme ihrer Klienten berücksichtigt werden. Nicht weniger wichtig ist aber auch die Frage nach den Bindungsmustern der Psychotherapeuten: Mit welchen Strategien ihrer eigenen Bindungssysteme bringen sie sich in ihre Beziehungen mit ihren Klienten ein? Die entsprechenden internen Arbeitsmodelle werden maßgeblich beeinflussen, inwieweit Therapeuten frei sind, ihre eigenen bindungsrelevanten Gefühle und Bedürfnisse bewusst wahrzunehmen und die vielfältigen Varianten ihrer Klienten nachzuvollziehen. In der Sprache des Personenzentrierten Konzepts formuliert: Inwieweit sind sie in Bezug auf diese Gefühle und Bedürfnisse selbst kongruent und inwieweit können sie ihre Klienten darin empathisch verstehen und sich ihnen bedingungslos zuwenden?

Davon wird ihre Fähigkeit abhängen, Klienten bei ihrer Selbstexploration angemessen zu begleiten. Denn in dem Maße, in dem sie solche Gefühle und Bedürfnisse abwehren müssen, ist ihre Empathiefähigkeit für diese Gefühle und Bedürfnisse begrenzt. Außerdem geht es darum, mit den oft schwierigen, durch deren Bindungsmuster bedingten, individuellen Beziehungsangeboten der Klienten zurechtzukommen. Auch steht das Hilfeverhalten von Therapeuten, wie das aller Menschen, mit den eigenen Bindungserfahrungen in engem Zusammenhang. Und schließlich können wir fragen, inwieweit Bindungsmuster die Berufswahl von Psychotherapeuten beeinflussen.

2.1 Welche Bindungsmuster finden sich bei Psychotherapeuten?

Carlotta Nord (2000; vgl. auch Nord, Höger & Eckert, 2000) hat sich in einer empirischen Studie der Frage nach den Bindungsmustern von Psychotherapeuten im Vergleich zur Normalbevölkerung gewidmet. Dabei beschränkte sie sich auf psychodynamisch orientierte und klientenzentrierte Psychotherapeuten, denn in diesen beiden Therapierichtungen gilt der Qualität der therapeutischen Beziehung besondere Aufmerksamkeit. Nach den vorliegenden Untersuchungen

unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Persönlichkeit die Vertreter dieser beiden Richtungen nur wenig. Von Verhaltenstherapeuten unterscheiden sie sich hingegen deutlich (Ambühl, Orlinski, SPR Collaborative Research Network, 1997).

2.1.1 Methodik

Um die Bindungsmuster der Therapeuten zu erfassen, wählte Nord den Bielefelder Fragebogen für Partnerschaftserwartungen (BFPE; Höger & Buschkämper, 2002). Partnerschaften sind in der Regel Bindungsbeziehungen, und die Erwartungen an sie lassen Rückschlüsse auf die Bindungsmuster samt den entsprechenden Strategien der Bindungssysteme zu. Der BFPE ist eine Parallelform des Bielefelder Fragebogens zu Klientenerwartungen BFKE (Höger, 1999). Die drei Skalen des BFKE sind das Ergebnis aus Studien, in denen versucht worden war, sich empathisch in das Erleben von Klienten mit einem der drei Bindungsmuster zu versetzen, wenn sie vor dem Beginn einer Psychotherapie stehen. Für den BFPE wurden die auf diesem Wege gefundenen BFKE-Items auf die Situation der Partnerschaft umformuliert. Die Skalen beziehen sich auf:

1. Akzeptanzprobleme: Die Erwartung der Person, dass ihr Partner sie so, wie sie ihrer eigenen Ansicht nach ist, nicht akzeptieren könnte, würde er sie wirklich kennen. Beispielitem: „Manchmal kommt mir der Gedanke, dass es meinem Partner/meiner Partnerin zu viel sein könnte, mich so wie ich bin zu ertragen.“ Oder: „Ich befürchte, dass mein Partner/meine Partnerin auf Distanz zu mir gehen könnte, wenn er/sie wüsste, was wirklich in mir vorgeht.“

2. Öffnungsbereitschaft: Die Erwartung, sich dem Partner gegenüber öffnen und über das eigene Erleben sprechen zu können. Beispielitem: „An sich fällt es mir leicht, mit meinem Partner/meiner Partnerin über das zu sprechen, was in mir vorgeht.“ Oder: „Der Gedanke, mein Partner/meine Partnerin könnte mich tiefergehend auf meine Gefühle ansprechen, ist mir eher unangenehm.“

3. Zuwendungsbedürfnis: Der (bewusste!) Wunsch, dass sich der Partner der Person zuwenden und sich um sie kümmern möge. Beispielitem: „Ehrlich gesagt: am liebsten wäre es mir, wenn sich mein Partner/meine Partnerin möglichst viel Zeit nur für mich nehmen und sich fast ausschließlich um mich kümmern würde.“ Oder: „Vor allem wenn es mir schlecht geht, bin ich sehr darauf angewiesen, dass mein Partner/meine Partnerin sich mir besonders zuwendet und auf mich eingeht.“

Die individuell unterschiedlichen Werte auf diesen Skalen sind bei verschiedenen Menschen in vielerlei Kombinationen zu finden. Clusteranalysen bieten dann die Möglichkeit, Übersicht zu gewinnen, indem Menschen mit hinreichend ähnlichen Skalenkombinationen zu Gruppen zusammengefasst werden. Für den BFPE ergaben sich fünf solcher Gruppen (vgl. Abbildung 1), die als Bindungsmuster

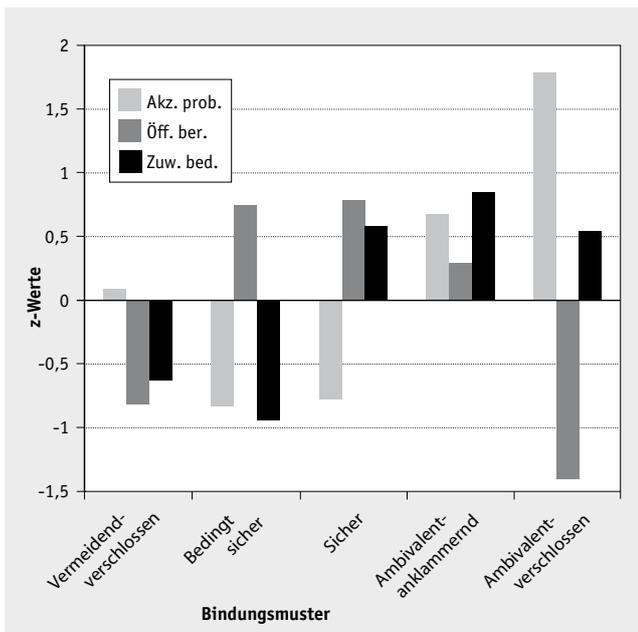


Abb. 1: Kombinationen der Skalenwerte für die fünf Bindungsmuster nach dem BFPE

aufgefasst werden können und sich nach dem Modell der Strategien des Bindungssystems (Main, 1990) interpretieren lassen.

Der Cluster in der Mitte hat hohe Werte bei den Skalen „Öffnungsbereitschaft“ und „Zuwendungsbedürfnis“, dem gegenüber niedrige bei „Akzeptanzprobleme“. Es sind also Personen, die keine Selbstwertprobleme erleben und bereit sind, sich ihrem Partner gegenüber zu öffnen und die erwarten, dass er sich ihnen, wenn sie es benötigen, auch zuwendet. Diese Konstellation spricht für eine primäre Strategie des Bindungssystems, also wird dieses Bindungsmuster als „sicher“ bezeichnet.

Der Cluster rechts daneben hat deutlich erhöhte Werte bei den Skalen „Akzeptanzprobleme“ und „Zuwendungsbedürfnis“, die in dieser Kombination ein Zeichen für Verlassenheitsangst sind (Höger & Buschkämper, 2002), die ein wesentlicher Bestandteil der hyperaktivierenden Strategie des ambivalenten Bindungssystems ist. Angesichts der leicht erhöhten „Öffnungsbereitschaft“ wird dieses Muster als „Ambivalent-Anklammernd“ bezeichnet. Die bei dem Cluster rechts außen geradezu dramatisch hohen Werte bei der Skala „Akzeptanzprobleme“ zusammen mit einem deutlich ausgeprägten „Zuwendungsbedürfnis“ sprechen ebenfalls für eine hyperaktivierende Strategie des Bindungssystems. Berücksichtigen wir dabei die deutlich verminderte „Öffnungsbereitschaft“, dann werden sich die betreffenden Personen mit der direkten Äußerung ihres Bindungsverhaltens entsprechend zurückhalten. Deshalb wird dieses Muster als „Ambivalent-Verschlossen“ bezeichnet.

Beim Cluster ganz links liegen die „Akzeptanzprobleme“ unauffällig im Durchschnittsbereich, hingegen sind die „Öffnungsbereitschaft“ und das „Zuwendungsbedürfnis“ deutlich vermindert, ein deutlicher Hinweis auf eine deaktivierende Bindungsstrategie: Diese Personen mögen in ihrer Beziehung nicht über ihr Erleben sprechen,

sie verspüren auch kein Bedürfnis nach Zuwendung anderer. Deshalb wird dieses Muster als „Vermeidend-Verschlossen“ bezeichnet. Der Cluster zwischen dem „vermeidend-verschlossenen“ und dem „sicheren“ entspricht zwar mit seinen geringen „Akzeptanzproblemen“ und der hohen „Öffnungsbereitschaft“ dem „sicheren“ Bindungsmuster. – Allerdings werden angesichts der deutlich verminderten Werte beim „Zuwendungsbedürfnis“ Menschen mit diesem Bindungsmuster die entsprechenden Erfahrungen abwehren, was gegen eine primäre und für eine deaktivierende Strategie des Bindungssystems spricht.

Der BFPE differenziert somit die von Main (1990) postulierten drei Strategien des Bindungssystems weiter, indem er die beiden sekundären Strategien jeweils in zwei deutlich unterschiedliche Varianten aufgliedert. Vor allem der Skala „Zuwendungsbedürfnis“ kommt dabei eine Schlüsselrolle zu, denn je nach Kontext kommt ihr eine unterschiedliche Bedeutung zu. Allgemein gesehen, gehört das Bedürfnis nach der Zuwendung anderer, insbesondere der Bindungspersonen, zum Wesen eines aktivierten Bindungssystems. Bei Kummer und Not kann uns eine andere Person nur dann Schutz und Geborgenheit gewähren, wenn sie sich um uns kümmert, für uns da ist. Inwieweit und in welcher Weise dieses Bedürfnis (in der Sprache des Personzentrierten Ansatzes formuliert) nicht nur auf der Ebene der Erfahrung besteht, sondern auch im Bewusstsein symbolisiert und im Selbst integriert wird, hängt von dem mit der Strategie des Bindungssystems der jeweiligen Person verbundenen internen Arbeitsmodell ab.

Bei der Interpretation von Fragebögen wie dem BFPE, dessen Items auf Selbstbeschreibungen beruhen, ist stets zu bedenken, dass die Person, die einen Fragebogen ausfüllt, dabei nur auf Bestandteile ihres Selbstkonzepts zurückgreifen kann. Das Ergebnis des Fragebogens kann also nur das wiedergeben, was die betreffende Person zuvor symbolisiert und bewusst erlebt hat. Von Menschen sowohl mit primären als auch mit hyperaktivierenden Strategien ist deshalb anzunehmen, dass sie ihr Zuwendungsbedürfnis deutlich wahrnehmen, es also im Fragebogen als bei sich vorhanden beschreiben, während Personen mit einer deaktivierenden Strategie es als bei ihnen vermindert oder gar fehlend darstellen werden. Außerdem wird die Qualität des bewusst erlebten Zuwendungsbedürfnisses durch den Kontext, in dem es erlebt wird, näher bestimmt. Zusammen mit der Bereitschaft, sich zu öffnen, stellt es sich als ein sinnvoll und notwendig zur primären Strategie gehörendes Bedürfnis dar: „Ich erzähle dir etwas von mir, und dazu gehört natürlich, dass du dich mir zuwendest.“ Anders verhält es sich bei Personen, die sich als inakzeptabel und unerträglich erleben. Bei ihnen hat das Zuwendungsbedürfnis eine andere Funktion und Bedeutung: „Ich bin unmöglich, aber so lange du dich mir zuwendest, kann ich davon ausgehen, dass du mich im Moment noch nicht wirklich verlassen hast.“

An der von Nord untersuchten Stichprobe nahmen von 147 angeschriebenen ausgebildeten Psychotherapeuten N=80 teil. Davon waren 57 % weiblich, 42 % männlich, 75 % waren vom Grundberuf

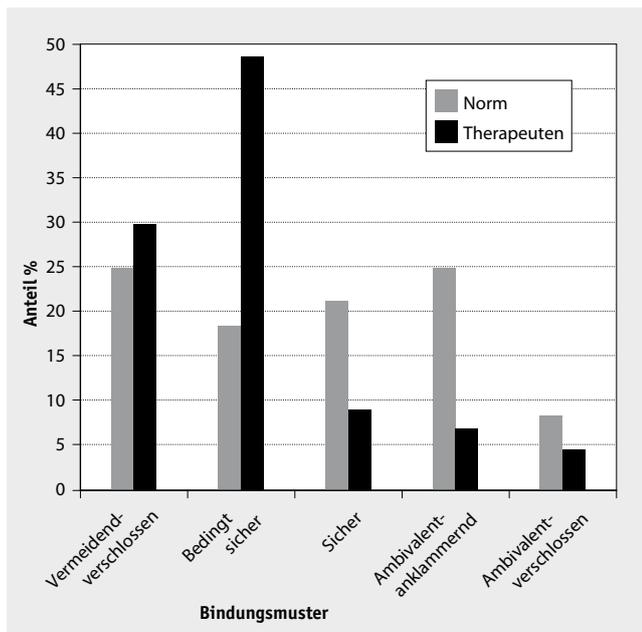


Abb. 2: Vergleich der Häufigkeiten der Bindungsmuster bei Psychotherapeuten und der Normalbevölkerung (Daten nach Nord, 2000)

her Psychologen und 25 % Ärzte, 66 % arbeiteten psychodynamisch, 44 % klientenzentriert orientiert. Als Vergleichsgruppe diente die unausgeselekte Referenzstichprobe aus der Normalpopulation, die der Entwicklung des BFPE zu Grunde lag (Höger und Buschkämper, 2002). Die Ergebnisse zeigt Abbildung 2.

2.1.2 Ergebnisse

Generell unterschieden sich die Psychotherapeuten deutlich von der Vergleichsgruppe, wobei zwischen den Angehörigen der beiden Psychotherapierichtungen keine bedeutsamen Differenzen bestanden. Im Einzelnen fanden sich unter den Therapeuten halb so viele mit einem sicheren Bindungsmuster wie unter der Vergleichsgruppe (9 % gegenüber 21 %), dafür aber mehr als doppelt so viele mit einem bedingt sicheren (49 % gegenüber 19 %), während die Anteile derjenigen mit einem vermeidend-verschlossenen Bindungsmuster etwa in der gleichen Größenordnung liegen (30 % und 25 %). Deutlich unterrepräsentiert sind unter den Psychotherapeuten (mit 7 % vs. 25 % für das ambivalent-anklammernde und 5 % vs. 9 % für das ambivalent-verschlossene Bindungsmuster) diejenigen mit sekundär-hyperaktivierenden Strategien des Bindungssystems.

2.1.3 Was bedeuten die Ergebnisse?

So weit die Befunde. Wenn wir nach ihrer Bedeutung fragen, dann müssen wir uns, wie immer bei solchen Ergebnissen, vergegenwärtigen, dass es „den Psychotherapeuten“ gar nicht gibt. Was wir erhalten, ist das Bild einer Gesamtgruppe, im Sinne der Sozialpsychologie ein Stereotyp, das nur für die Gruppe als Ganze gilt und in

keiner Weise geeignet ist, ein einzelnes ihrer Mitglieder zutreffend zu beschreiben, ebenso wie wir sagen können, dass Franzosen gutes Essen schätzen, was für einen bestimmten Franzosen noch lange nicht gelten muss. In diesem Sinne sagen diese Ergebnisse auch nichts über einen bestimmten (beziehungsorientierten) Psychotherapeuten.

Nichtsdestoweniger können sie Anlass für Fragen sein, die jeder Therapeut für sich stellen kann und wohl auch sollte. Diese Fragen können, betrachtet man das Geschehen in der Psychotherapie bindungstheoretisch, unter zwei Gesichtspunkten gesehen werden.

Zum einen kann sich ein Therapeut fragen, inwieweit sich seine Klienten bei ihm hinsichtlich ihrer Bindungsbedürfnisse und -gefühle verstanden und bedingungslos akzeptiert sehen können. Das gilt nicht nur in dem Sinne, dass er ihr Bedürfnis nach Sicherheit gebendem Schutz und Geborgenheit empathisch verstehen und es ihnen auch bedingungslos gewähren kann. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass Klienten, die zum allergrößten Teil nicht mit primären, sondern sekundären Strategien ihres Bindungssystems in die Therapie kommen, ihre an den Therapeuten gerichteten Bedürfnisse nach Schutz und Sicherheit oft nur verzerrt wahrnehmen können und sie nicht selten in Verhaltensweisen äußern, die für den Therapeuten schwierig, wenn nicht gar befremdlich sein können. In jedem Falle geht es darum, inwieweit der Therapeut für seine Klienten zur Bindungsperson werden kann, die ihnen Schutz und Sicherheit gewährt, damit sie darin ihr Erleben, das ihnen selbst bedrohlich erscheint, explorieren können. Kurz gesagt: Inwieweit kann der Therapeut für seine Klienten zur sicheren Basis und zum sicheren Hafen werden?

Zum anderen geht es um die letztlich nicht weniger wichtige Frage nach der eigenen Psychohygiene des Therapeuten. Entgeht es ihm vielleicht allzu lange, dass er sich mit seinem Fürsorge- und Hilfesystem über Gebühr beanspruchen lässt, ohne sich den dafür nötigen Rückhalt in einem eigenen Unterstützungssystem zu verschaffen. Stellt er die eigenen Wünsche nach der Zuwendung anderer hinten oder nimmt er sie erst gar nicht wahr?

Diese Fragen können sich Psychotherapeuten in Selbstreflexion allein für sich stellen und bearbeiten; ebenso in der Supervision, in einer Eigetherapie oder bei anderen Gelegenheiten. Sie können dies für die Gegenwart tun, desgleichen für die Vergangenheit wie auch für die Zukunft.

Bemerkenswert ist, dass die **hyperaktivierenden Bindungsmuster** bei Psychotherapeuten deutlich unterrepräsentiert sind, d. h. nur wenige Menschen mit übermäßigen Bedürfnissen nach Zuwendung und Schutz oder mit Verlassensängsten werden Psychotherapeut. Anders gesagt: Personen, die in besonderer Weise der Hilfe und Unterstützung in und durch Beziehungen bedürfen, werden nur selten selbst professionelle Helfer. Das ist durchaus realistisch und angemessen, denn sie würden sonst etwas suchen, was sie als Therapeuten nicht bekommen können, und zwar auf Kosten der Klienten.

Ein knappes Drittel der Therapeuten gehört der Gruppe mit einem **vermeidend-verschlossenen Bindungsmuster** an. Ihr Bindungssystem verfügt also über eine deaktivierende Strategie, ihr Bindungsverhalten ist mehr oder weniger deutlich reduziert, ebenso die Symbolisierung ihrer bindungsrelevanten Gefühle und Bedürfnisse. Auch sind sie nur wenig bereit oder in der Lage, sich über ihr eigenes Erleben zu äußern (vgl. Öffnungsbereitschaft). Aufgrund ihres Berufes erwarten sie aber genau das von ihren Klienten. Sie erleben sich selbst als keiner Zuwendung und Hilfe bedürftig, haben es aber zu ihrem Beruf gemacht, dieselbe anderen zu gewähren.

Was daraus folgt, lässt sich eher als Fragen formulieren denn in Feststellungen: Inwieweit können diese Therapeuten die bindungsrelevanten Gefühle und Bedürfnisse ihrer Klienten unmittelbar empathisch, d. h. emotional nachvollziehend verstehen? Oder gehen sie dabei eher kognitiv interpretierend vor? Was bedeutet es für sie, anderen Hilfe zu gewähren, selbst aber keiner zu bedürfen? Manifestieren sich darin möglicherweise indirekt die eigenen, nicht symbolisierten Bedürfnisse? Inwieweit können sie auf die Hilfsbedürftigkeit ihrer Klienten bedingungslos akzeptierend eingehen? Können sie diese Hilfsbedürftigkeit bestehen lassen und dabei auf die eigene Entwicklung ihrer Klienten vertrauen? Oder bemühen sie sich darum, dass Klienten ihre Hilflosigkeit so schnell wie möglich überwinden?

Diese Fragen zu stellen, kann hier wie im Folgenden nicht bedeuten, sie bereits zu beantworten. Erst recht nicht können sie die therapeutische Wirksamkeit dieser Therapeuten in Zweifel ziehen. Es sind vielmehr Fragen an die weitere empirische Forschung, aber auch an die Therapeuten, die sich im Interesse ihrer beruflichen Kompetenz wie auch ihrer eigenen psychischen Hygiene immer wieder mit sich selbst auseinandersetzen.

Mit etwa der Hälfte ist der Anteil der Therapeuten mit **bedingt sicherem Bindungsmuster** am größten, verglichen mit der Normalbevölkerung gut doppelt so groß. Dieses nur mit dem BFPE (oder BFKE) identifizierbare Bindungsmuster wird von anderen Bindungsfragebögen mit dem sicheren Muster zu einer einzigen Gruppe zusammengefasst (Grau, Clashhausen & Höger, 2003; Höger & Buschkämper, 2002). Aus Studien zur Validität des BFPE können wir aber entnehmen, dass die Unterscheidung dieser beiden Muster sehr wohl bedeutsam ist, denn Menschen mit bedingt sicherem Bindungsmuster unterscheiden sich in wesentlichen Merkmalen von solchen mit einem sicheren.

So beschreiben sie ihre Partnerschaften (Hahlweg, 1996) im Vergleich zu allen anderen Bindungsmustern am günstigsten, in der Tendenz sogar noch günstiger als die mit einem sicheren Muster. Sie geben an, dabei weniger Streit, dafür mehr Zärtlichkeit, Gemeinsamkeit und Glück zu erleben. Ihre Kommunikation mit sich selbst

(Tönnies, 1982) beschreiben sie in der Tendenz günstiger (z. B. „Das hast du wieder gut hingekriegt“), als dies bei den anderen Bindungsmustern der Fall ist. Vor allem aber erinnern sie sich deutlich weniger, mit sich selbst unzufrieden gewesen zu sein, Gefühle der Entmutigung und insgesamt negative Befindlichkeiten gehabt zu haben. Dies gilt auch im Vergleich mit dem sicheren Bindungsmuster, bei dem sich hier durchschnittliche, also normale Werte ergeben haben (Clashhausen, 1999). In ihren sozialen Beziehungen (Sommer & Fydrich, 1991) unterstützen sie andere auch im Vergleich mit dem sicheren Bindungsmuster mehr und beschreiben sich als zufriedener. Werden sie aber nach konkreten Personen gefragt, an die sie sich im Notfall selbst wenden könnten, fallen ihnen nur wenige ein (Kuppardt, 1999).

Demnach scheinen Menschen mit einem dem bedingt sicheren Bindungsmuster entsprechenden internalen Arbeitsmodell – anders als die mit einem sicheren – belastende Erfahrungen von der Symbolisierung im Bewusstsein (oder dem Gedächtnis) eher auszuschließen, ebenso Gefühle eigener Hilflosigkeit oder das Bedürfnis nach der Zuwendung anderer. Vielmehr sind sie mehr für andere da, als dass andere für sie da sind. Weil sie aber prinzipiell bereit sind, sich ihrem eigenen Erleben zuzuwenden, sind ihnen bindungsrelevante Bedürfnisse und Gefühle vermutlich nicht fremd – aber für sich selbst fordern sie eher nichts.

Wir können deshalb fragen: Ist für Psychotherapeuten ihr Beruf eine besondere Möglichkeit, für andere da zu sein? Was geschieht dann aber mit ihren eigenen Bedürfnissen? Wer ist für sie da, wenn sie Kummer haben oder in Not sind? Bleiben sie dann alleine? Und was tun sie dann? Verleugnen sie ihr Bedürfnis nach Zuwendung und Unterstützung, weil sie annehmen, dass dann doch niemand für sie da sein wird? Oder ist niemand für sie da, weil sie ihre sozialen Beziehungen so gewählt und gestaltet haben, dass sie die Gebenden sind und die anderen gar nicht auf die Idee kommen, dass auch sie bedürftig sein könnten? Ist die Tätigkeit als Psychotherapeut für sie eine Möglichkeit, ihre nicht im Bewusstsein symbolisierte Sehnsucht nach dem Erleben von Schutz und Zuwendung wenigstens in der Form zu erfüllen, dass sie dies anderen zukommen lassen? Inwieweit sind sie vom „burn out“ besonders gefährdet?

Was bedeutet es schließlich, dass das **sichere Bindungsmuster** unter den Psychotherapeuten so selten vertreten ist, etwa halb so oft wie in der Normalbevölkerung? Wir können vermuten, dass bei diesen Menschen Hilfe und Zuwendung zu gewähren und zu erhalten ganz selbstverständlich zum Alltag ihrer sozialen Beziehungen gehört, einfach so. Deshalb kommen sie vielleicht auch seltener auf die Idee, anderen Hilfe zu gewähren, speziell zu ihrem Beruf zu machen.

Literatur:

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Allen, J. P. & Land, D. (1999). Attachment in Adolescence. In: J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.) (1999). *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (pp.319–335). New York: Guilford Press.
- Ambühl, H., Orlinski, D. & SPR Collaborative Research Network (1997). Zum Einfluss der theoretischen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapeut*, 42, 290–298.
- Bischof, N. (1985). *Das Rätsel Ödipus. Die biologischen Wurzeln des Urkonfliktes von Intimität und Autonomie*. München: Piper.
- Bowlby, J. (1975). *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler (Original: *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books, 1969).
- Bowlby, J. (1988). *A secure Base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Clashausen, U. (1999). *Zur Validierung des „Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartungen“*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Bielefeld.
- Grau, I., Clashausen, U. & Höger, D. (2003). Der Bindungsfragebogen von Grau und der Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen von Höger und Buschkämper im Vergleich. *Psychology Science*, 45, Supplement III, 41–60.
- Grossmann, K. & Grossmann K. E. (2005). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD)*. Göttingen: Hogrefe.
- Höger, D. (1999). Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). Ein Verfahren zur Erfassung von Bindungsstilen bei Psychotherapie-Patienten. *Psychotherapeut*, 44, 159–166.
- Höger, D. (2002). Fragebögen zur Erfassung von Bindungsstilen. In: B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse* (S. 94–117). Stuttgart: Schattauer.
- Höger D. & Buschkämper, S. (2002). Der Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE). Ein alternativer Vorschlag zur Operationalisierung von Bindungsmustern mittels Fragebögen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23, 83–98.
- Höger, D. & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Internationale Zeitschrift für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung*, 6, 35–44.
- Kernberg, O. F., Dulz, B. & Eckert, J. (2005). *Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf*. Stuttgart: Schattauer.
- Kuppardt, A. (1999). *Bindungsmuster und soziale Unterstützung – Eine Validierungsstudie zum Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Bielefeld.
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33, 48–61.
- Main, M. & Goldwyn, R. (1985). *Adult Attachment Classification System*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In: I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing Points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1–2, Serial No. 209), 66–106.
- Nord, C. (2000). *Bindungsmuster und Beziehungserwartungen von Psychotherapeuten*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Hamburg.
- Nord, C., Höger, D. & Eckert, J. (2000). Bindungsmuster von Psychotherapeuten. *Persönlichkeitsstörungen*, 4, 76–86.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1991). Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SOZU). *Diagnostica*, 37, 160–178.
- Strauß, B., Buchheim, A. & Kächele, H. (Hrsg.) (2002). *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse*. Stuttgart: Schattauer.
- Tönnies, S. (1982). *Inventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene*. Weinheim: Beltz.
- Weiss R. S. (1982). Attachment in adult life. In: C. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior* (pp. 171–184). New York: Basic Books.

Autor:

Diether Höger, 1936, Dr., Univ.-Prof. (emer.) für Psychologie an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Bielefeld, Klinischer Psychologe, Psychotherapie, Ausbildung und Qualifikation als Ausbilder in Gesprächspsychotherapie. *Schwerpunkte: Psychotherapieforschung (insbesondere therapeutische Beziehung) und Bindungstheorie.*

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Diether Höger
 Barlachstraße 36
 D-33613 Bielefeld
 E-Mail: diether.hoeger@uni-bielefeld.de

Lore Korbei

Spezifische therapeutische Reaktionen auf unterschiedlich strukturgebundenenes Erleben¹

Zusammenfassung: *In diesem Artikel werden verschiedenen Stufen psychischer Befindlichkeit mehr oder minder strukturgebundenen Erlebens aufgrund der spezifischen therapeutischen Resonanzen verschiedene Vorgehensweisen zugeordnet. Das Hauptaugenmerk liegt auf der Qualität und Intensität der therapeutischen Beziehung.*

Schlüsselwörter: *Klientenzentrierte Psychotherapie, spezifische therapeutische Resonanzen, differentielle Interventionen, Strukturgebundenheit, therapeutische Beziehung.*

Abstract: *Specific therapeutic reactions to differentiated structure-bound „experience“. Five more or less structure-bound stages of the client can be related to different resonances of the therapist – with differential interventions following. The accent lies on the quality and intensity of the therapeutic relationship.*

Keywords: *Client-centered psychotherapy, specific therapeutic resonance, differential interventions, structure-bound, therapeutic relationship.*

Die Klientenzentrierte Psychotherapie wird immer wieder dahin gehend missverstanden, dass sie völlig naiv meinen würde, die unterschiedlichsten Individuen mit ihren äußerst verschiedengestaltigen Leidens-, Störungs- und Lebensformen mit immer der gleichen und „ein“fachen Methode, nämlich mit Wertschätzung und empathischem Verstehen, sinnvoll behandeln zu können. Höger (1989) hat demgegenüber schon lange klargestellt, dass das klientenzentrierte Therapiekonzept bewusst auf einem sehr hohen Abstraktionsgrad formuliert wurde und dass die konkreten therapeutischen Strategien und Vorgehensweisen demnach zwar aus diesem Konzept ableitbar sind, jedoch in jedem Fall von der jeweiligen konkreten Situation her gestaltet werden müssen. Die Klientenzentrierte Psychotherapie stellt daher ein Breitbandkonzept, aber kein Breitbandverfahren dar. Die therapeutischen Vorgehensweisen müssen grundsätzlich der jeweiligen Situation adäquat sein und sind daher von vornherein sehr verschiedengestaltig und differenziert.

Rogers hat keine Systematik von konkreten therapeutischen Verfahrensweisen entwickelt, für ihn war die therapeutische Grundeinstellung, die „operationale Philosophie des Therapeuten“ das Wichtigste. Zum Zusammenhang von therapeutischer Grundeinstellung und Methode schreibt er (1951a/1972, S. 34): „Nach unserer Erfahrung ist ein Berater, der versucht, eine *Methode* anzuwenden, zum Mißerfolg verurteilt, solange diese Methode nicht mit seinen

eigenen Grundeinstellungen übereinstimmt. Auf der anderen Seite kann der Berater, dessen Einstellungen so beschaffen sind, dass sie die Therapie fördern, nur teilweise erfolgreich sein, wenn sich seine Einstellungen nur unzulänglich in geeigneten Methoden und Techniken durchführen lassen.“ Rogers (1957a/1991, S. 183) sieht „keinen wesentlichen therapeutischen Wert in solchen Techniken (...) wie Interpretation der Persönlichkeitsdynamik, freier Assoziation, Traumanalyse, Übertragungsanalyse, Hypnose, Interpretation des Lebensstils, Suggestion und ähnlichem. Jedoch kann jede dieser Techniken ein Kanal werden, um die wesentlichen Bedingungen, die formuliert wurden, zu kommunizieren.“

Es wird im klientenzentrierten Bereich allerdings oft unterschätzt, wie wichtig *adäquate „Kanäle“* für die Kommunikation der therapeutischen Grundeinstellungen sind. Dies hängt sicherlich mit der überaus vorrangigen Gewichtung der Grundeinstellung gegenüber den konkreten Vorgehensweisen zusammen. So hat Rogers (1959a/1987) beispielsweise die letzte seiner sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie so formuliert, dass der Klient² die bedingungslose positive Beachtung der Therapeutin ihm gegenüber und das empathische Verstehen der Therapeutin zumindest in geringem Ausmaß wahr- und annehmen können muss. Die therapeutischen Grundhaltungen können nichts bewirken, wenn sie von den Klienten

1 Bei der Entstehung dieses Artikels ist W. W. Keil maßgeblich Pate gestanden: dafür möchte ich an dieser Stelle herzlich danken.

2 Der einfacheren Lesbarkeit halber verwende ich zumeist *die* Therapeutin und *der* Klient: sinngemäß sind beide Geschlechter gemeint.

nicht als solche erlebt werden. Bei dieser Formulierung kann leicht übersehen werden, dass es sich hier – ebenso wie schon bei den anderen Bedingungen – um eine „Bringschuld“ der Therapeutin handelt: Wie schaffe ich es als Therapeutin, in das Wahrnehmungsfeld des Klienten zu kommen und das Angenommen-Werden und -Sein „drüben“ spürbar zu machen? Das weist darauf hin, dass das therapeutische Vorgehen spezifisch zu gestalten ist, dass eben geeignete „Vehikel“ zu schaffen sind, um Empathie, Wertschätzung und Kongruenz sichtbar und spürbar zu transportieren.

Von daher ist es meiner Meinung nach erforderlich, für bestimmte Formen und Intensitäten des psychischen Seins und Gestört-Seins von Klienten adäquate Vorgangsweisen und Interventionen zu entwickeln. Ich möchte mich dabei jedoch nicht so sehr auf unterschiedliche psychische Störungen im Sinne der üblichen Klassifikationsschemata beziehen und für sie entsprechende störungsspezifische Vorgehensweisen entwickeln. Dafür gibt es im klientenzentrierten Bereich einige Konzepte, z. B. von Finke, Teusch, Keil, Swildens, Binder, Biermann-Ratjen u. a. m.

Ich möchte vielmehr von einer anderen phänomenologischen Perspektive ausgehend, verschiedene *Qualitäten und Intensitäten strukturgebundenen Erlebens* unterscheiden, die davon bestimmt werden, in welchem Bereich auf dem Kontinuum Kongruenz – Inkongruenz der Klient sich gerade aufhält. Die jeweilige Art des strukturgebundenen Erlebens des Klienten bewirkt eine jeweils entsprechende körperlich erlebte Resonanz der Therapeutin. Je „hartnäckiger“ der Klient im strukturgebundenen (Nicht-)Erleben ist, desto stärker wird die Resonanz der Therapeutin „ausschlagen“ und damit die Beziehung zwischen beiden beeinflussen. J. Binder (pers. Mitteilung) hat vorgeschlagen, diese „Hartnäckigkeit“, diese „Inkongruenz“, dieses „Strukturgebundene“ mit dem Terminus „*fremd*“ zu beschreiben: Also je *fremder* das (Nicht-)Erleben des Klienten bei der Therapeutin „ankommt“, sich anfühlt, desto komplexer wird die Störung des Klienten sein.³

Die Qualität der therapeutischen Beziehung wird somit vor allem von der Art des Erlebens des Klienten und der darauf folgenden Resonanz der Therapeutin bestimmt. Ich möchte in diesem Sinne im Folgenden fünf verschiedene Formen der Qualität der von der Therapeutin erlebten Beziehung beschreiben, die auch die jeweils entsprechenden spezifischen therapeutischen Vorgehensweisen einschließen sollen.

In **Stufe 1** geht es um Klienten, deren Erlebens- und Erfahrungsmöglichkeiten offen sind, sodass die Therapeutin in ihrem eigenen inneren Prozess ohne Hemmnis und unmittelbar den Klienten begleiten kann. Wenn dies in großer Kontinuität der Fall wäre, käme man in die Nähe der von Rogers als theoretische Idealform entworfenen „fully functioning person“. Bei **Stufe 2** handelt es sich

um „leichte Verstörungen“ im Leben und Erleben der Klienten, die oft nur leiser therapeutischer Anstöße bedürfen, um wieder mit sich selbst in Übereinstimmung zu kommen. Auf **Stufe 3** befinden wir uns im Bereich der „neurotischen Störungen“. Die Lebendigkeit der Klienten ist in etlichen Bereichen deutlich eingeschränkt, es bedarf professioneller Ausdrucksformen der Resonanz der Therapeutin, um die Wiederherstellung des Experiencingprozesses zu ermöglichen. Den möglichen Umgang mit den Manifestationen und Folgen „früher Störungen“ versuche ich dann auf **Stufe 4** zu skizzieren. Bei **Stufe 5** geht es schließlich um fragile, dissoziative Prozesse von Personen mit kontaktlosem psychotischem (Nicht-)Erleben oder auch von geistig behinderten Personen, und die hier möglichen therapeutischen Reaktionen.

Die Bedeutung des Experiencing-Prozesses bei Rogers und Gendlin

Bevor die verschiedenen Stufen in der Qualität und Intensität des Erlebens im Einzelnen erläutert werden, möchte ich kurz auf das generelle Verständnis des Experiencing-Prozesses bei Rogers und bei Gendlin eingehen. Während in Rogers' Therapiekonzept der Schwerpunkt beim Erleben des Therapeuten liegt, ist für Gendlin das Erleben des Klienten das Wesentliche. Gendlin ergänzt die sechs Bedingungen von Rogers insofern, als er dem Erleben von unbedingter Wertschätzung und empathischem Verstehen auf der Seite der Therapeutin (Rogers' Bedingungen 4 und 5), das Experiencing, den Felt Sense auf der Seite des Klienten gegenüberstellt. So sagte Rogers (1961a *orig.*, p. 150): „Gendlin has called my attention to this significant quality of experiencing as a referent. He is endeavouring to build an extension of psychological theory on this basis.“ Die Basis für Gendlins Veränderungskonzept bildet das Erleben – die für Psychotherapie nötige Art und Tiefe des inneren Erlebens – des Klienten, das angestoßen werden kann – eventuell sogar mit den „*verpönten Focusing-Instruktionen*“. Focusing soll – so angewandt – die Kraft der therapeutischen Beziehung tragen, nicht verhindern. Insofern ist Gendlins Experiencing-Konzept eine unverzichtbare Ergänzung. Er postuliert eine zusätzliche, notwendige Bedingung für Veränderung (durch Psychotherapie), nämlich die Art und Weise, wie der Klient mit seinem Erleben in Beziehung ist und damit umgeht: indem er aus seinem Felt Sense heraus sein gegenwärtiges Erleben expliziert. Generell ausgedrückt kommt damit der Klient vom inkongruenten zum kongruenten Zustand.

Der Begriff der Strukturgebundenheit bei Gendlin

Laut Rogers (1961a *orig.*, p. 131) ist die Entwicklung von gestörtem/verstörtem Erleben und Verhalten zum „gesunden“ Erleben als eine Entwicklung von rigiden Strukturen zum Erlebensprozess zu sehen:

³ Deshalb sind Intervention und Supervision als Schärfung des Handwerkszeugs der Psychotherapeut/inn/en unerlässlich, sowie eine profunde (Lehr-)Therapie.

„Individuals move, I began to see not from fixity or homeostasis through change to a new fixity, though such a process is indeed possible. But much the more significant continuum is from fixity to changiness, from rigid structure to flow, from stasis to process.“

Rogers wie Gendlin verließen also den Strukturansatz zugunsten des Prozessansatzes. Das heißt, Feststellungen wie „Wien bleibt Wien“ oder Wünsche wie „Ich will so bleiben, wie ich bin“ sind als gefährliche Drohungen zu verstehen, denn sie bedeuten Erstarrung. Wie hoch und wie stabil das Integrationsniveau einer Person auch immer sei, ein möglicher Prozess ist immer vorzuziehen, als Erlösung aus der Erstarrung. Wenn mein Erleben von Strukturen bestimmt wird, ist es ohne Farben, die vom Felt Sense ausgehen, bzw. hat es immer dieselbe Farbe – ein Leben wie aus zweiter Hand. „Frozen wholes“ nennt das Gendlin – zu Eis erstarrte Ganzheiten. Strukturgebundenenes Erleben ist wie eine Wiederholung eines ewigen Kreislaufes – eine Schallplatte, die hängen bleibt. „Diese Runde hatten wir schon“, pflegte Friedhelm Köhne, einer der Focusing-Initiatoren in Deutschland, bei dementsprechenden Situationen zu sagen. Das Stocken oder das Überspringen des Erlebens-Prozesses macht das Nicht-Verbundene mit der Situation aus und daher das Second-Hand-Gefühl einer endlosen Schleife der Wiederholung. Ich denke da an den Film „Und ewig grüßt das Murmeltier“. Das rigide, „ewig gleiche“ Erleben und Handeln des Protagonisten lässt ihn eben immer wieder „den gleichen Tag“ erleben, solange bis sich sein Zugang zu den gleichen Szenen und Episoden verändert hat. Nicht die Erlebnisse selbst, die Erlebens-Inhalte, sind dabei strukturgebunden, sondern der Stil des Erlebens, die Art und Weise, wie die Inhalte erlebt werden. „Aus diesem Teufelskreis komme ich nicht heraus, ich kann nicht anders“, ist dazu eine denkbare Formulierung. Dazu passt die Resonanz der Therapeutin: „Was immer mein Klient fühlt oder denkt – die Tonart, in der das zum Ausdruck gebracht wird, bleibt immer dieselbe.“ Parallel zu den vier „gesunden“ ethologischen Reaktionen bei Gefahr werden in schwierigen Situationen „die Ängstlichen“ fliehen, „die Depressiven“ sich tot stellen, „die Zwanghaften“ aggressiv werden, „die Histrionischen“ Täuschungsmanöver einsetzen.⁴ Ich möchte bei all dem darauf hinweisen, dass das „Gestörte/Verstörte“ nicht nur im Erleben des Klienten zu sehen ist, sondern auch in der Unausweichlichkeit, eben der Strukturgebundenheit der Reaktion darauf.

Die Pathologiegrenze ist dort, wo aus dem „I did it my way“ die Erstarrung eintritt, die Rigidität überhand nimmt. Diese Erstarrung, diese Rigidität sind die Indikatoren für eine „Überstrukturierung“ der Person im krankmachenden, krankhaften Sinn – ohne den Wert von Struktur an sich ganz aus dem Auge zu verlieren.

Strukturgebundenenes Erleben im Sinne von Gendlin ist also das Gegenteil von authentischem, von kongruentem Erleben. Es kann sich gegebenenfalls zwar wie eigenes Erleben anfühlen, ist aber ohne Fortsetzungsordnung („carrying forward order“). Der exakte

Symbolisierungsprozess ist eben nicht möglich, er ist entweder blockiert oder er wird übersprungen. So schreiben auch Biermann-Ratjen et al. (2003, S. 98): „Im Symbolisierungsprozess (vgl. Gendlin 1978; 1981) werden Körperempfindungen, Vorstellungen, Gefühle, Gedanken und Worte bewusst, die aufeinander bezogen sind, sich gegenseitig Ausdruck und vor allem Sinn verleihen. Der erfolgreiche Abschluss eines Symbolisierungsprozesses, der Abschluss der Entwicklung des ‚felt sense‘ geht mit einer deutlichen, auch körperlich spürbaren Entspannung einher im Sinne eines: ‚Das ist es, was mich im Moment bewegt‘. Kann ein ‚felt sense‘ nicht zu Ende entwickelt werden, bleibt diese Entspannung aus. Erfahrung wird also bewusst in Körperempfindungen, Vorstellungen, Gefühlen, Gedanken und Worten, und vollständig bewusste Erfahrung ist auch ‚sinnvolle‘ Erfahrung (‚felt sense‘ heißt ‚gefühlter Sinn‘).“

In Focusing-Termini: Selbsterleben ist ausschließlich prozesshaft und wirkt immer implizit. Sobald Selbsterleben in festen Bahnen, in festen Strukturen verläuft, hört es auf Selbsterleben zu sein.

Fünf verschiedene Stufen psychischer Befindlichkeit

Im Folgenden möchte ich nun versuchen, verschiedene Formen mehr oder minder strukturgebundenenes Erlebens von Klienten und die von ihnen ausgelöste Resonanz der Therapeutinnen so zu unterscheiden, dass sich dabei fünf Stufen psychischer Befindlichkeit, die in der Resonanz mehr oder weniger vertraut bzw. mehr oder weniger „fremd“ empfunden werden, ergeben können. Dabei sollen, diesen Stufen entsprechend, spezifische therapeutische Vorgehensweisen aus der jeweiligen Resonanz heraus entwickelt werden.

Stufe 1: Offener Zugang zu implizit wirksamem Experiencing

Wenn der Selbstexplorationsprozess des Klienten ungestört, d. h. selbstempathisch, selbstwertschätzend und kongruent sich entwickeln kann, dann kann die Therapeutin – in Focusing-Termini ausgedrückt – kontinuierlich mit sich selbst fokussieren und so dem Klientenprozess, der die nötige therapeutische Tiefe hat, folgen. Sie kann – angesichts des Erlebensflusses des Klienten – ohne Stocken bei ihrem Erlebensfluss bleiben, sie ist präsent im besten Sinne.⁵ Das heißt übersetzt in Interventionen, dass „Tiefes Hören“ im Sinne von Rogers⁶, bzw. Saying Back als eine der „listening qualities“ von Gendlin ausreichen. Interesse und aufmerksames Zuhören im Sinne des bedingungsfreien Akzeptierens prägen hier die therapeutische Beziehung. Ausgedrückt wird dies eben z. B. durch einführendes Wiederholen.

⁵ siehe dazu Rogers, 1980a/1981, S. 79 f.

⁶ siehe dazu Rogers, 1980a/1981, S. 19 ff.

⁴ siehe dazu Biermann-Ratjen & Swildens, 1993, S. 103f., S. 115f.

Wenn der Klient kontinuierlich kongruent sein kann angesichts der empathischen, unbedingt wertschätzenden und ebenfalls kongruenten Therapeutin, dann ist das zugleich das Ziel und das Ende der Therapie. Schmid (1994, S. 272) resümiert das Ende der therapeutischen Beziehung folgendermaßen: „Ziel des therapeutischen Prozesses bleibt die volle – also wechselseitige und symmetrische – personale Begegnung, bei der beide Personen in tiefer und freier Weise einander als Personen gegenüberreten und somit, einerseits eins werdend, sich andererseits als jeweils Andere anerkennend, einander als Personen gegenwärtig sind und vergegenwärtigen.“

Stufe 2: Der Felt Sense ist noch nicht da, er muss erst angestoßen werden⁷

Wir erleben beispielsweise in einer Stunde mit einem sonst lebendigen Klienten, dass nur mehr Interpretationen oder Schlussfolgerungen aus seinem Erleben „zugelassen“ werden. Es kann aber auch der Fall sein, dass der Klient bloß „unklare, schwammige Gefühle“ hat oder dass er zwischen verschiedenen inneren Positionen „hin- und herhüpft“. Wenn dies der Fall ist, dann sind diese Klienten wieder im strukturgebundenen Erleben gelandet.

Manchmal gelingt es, den Klienten in seiner Problematik (Inkongruenz) durch einfaches empathisches Einfühlen zu verstehen. Meist aber kann auf dieser Stufe die Therapeutin nicht selbstverständlich mitfühlen: Sie empfindet z. B. so, wie der Klient gerade nicht empfindet, oder beispielsweise auch anstelle des Klienten. Das sorgfältige Fokussieren der Therapeutin mit sich selbst rückt hier schon mehr in den Vordergrund.

Meist wird ein einfaches Anstoßen des Felt Sense den ins Stocken geratenen Prozess wieder ins Rollen bringen. Verbale und nicht-verbale erlebensaktivierende Interventionen ermöglichen es in diesem Fall, aus einem „Nicht-Erleben“ Erleben zu entfalten. Guiding-/Leading-Schritte finden neben Pacing-Schritten jetzt Platz – das alles aus dem „listening“ bzw. aus dem „Tiefen Hören“ heraus. Wiltschko⁸ (2003, S. 206ff.) unterteilt „listening“ in Markieren, Partialisieren und Saying Back – teilweise dem Guiding/Leading, teilweise dem Pacing zugeordnet.

Mögliche Interventionen sind beispielsweise:

- Irgendetwas in Ihnen sagt ...
- Was erleben Sie jetzt in Ihrem Körper?
- Wie/wo spüren Sie das in Ihrer Körpermitte?

⁷ Diese Art von Interventionen gilt in der strengen Variante Personenzentrierter Psychotherapie als nicht person- sondern als focusing-orientiert, eben ein Anstoßen des Felt Sense, wenn dieser noch nicht da ist. Siehe Brodley, 1990, S. 87ff; aber auch van Balen, 1994, S. 80ff.

⁸ J. Wiltschko hat zusammen mit E. T. Gendlin 1999 das Buch „Focusing in der Praxis“ herausgegeben. Er ist seit 30 Jahren der Wegbereiter von Focusing im deutschen Sprachraum und hat die Focusing-Therapie mitentwickelt.

- Welche Gedanken, Bilder, Gefühle, Körpergefühle entstehen dazu und passen dazu?
- Wie spürt es sich genau an, das jetzt nicht fühlen zu können?
- Wie wäre der nächste körperlich gefühlte Schritt?
- Was sagt Ihr „Innerer Kritiker“ dazu?
- Erinnert Sie das jetzt Gefühlte an etwas aus Ihrer Kindheit/Vergangenheit, bzw. gibt es das öfters in Ihrem jetzigen Leben?
- Was wäre jetzt gut zu spüren?
- Wie würde es sich anfühlen, „anders“ als sonst zu erleben?
- Um etwas zu vertiefen, zu verdeutlichen, kann ich als Therapeutin auch Angebote machen, etwas körperlich zu verstärken, zu vermindern, zu verlangsamen, zu verdichten. Ich kann auch empathisch mitatmen, um dann einen anderen Atemrhythmus vorzuschlagen (z. B. um mehr Freiraum zu „eratmen“). Ich kann auch „das Gegenteil anbieten“ oder für den Klienten probeweise „einen Teil übernehmen“, z. B. einen Teil seiner Haltung durch ein „Von-mir-gehalten-Werden“ kurzzeitig übernehmen.
- Ich kann auch als Therapeutin „ein angesagtes Experiment“ anbieten, z. B. einen Klienten mit einer belasteten Körperstruktur einladen auszuprobieren, wie es sich anfühlen würde, „anders als üblich dazustehen.“⁹
- Auch Focusing-Instruktionen können hier Platz finden; der Versuch, die Focusing-Fertigkeiten zu lehren.¹⁰

Nach einem Guiding-/Leading-Schritt der Therapeutin ist es dennoch ratsam, rasch wieder das Erleben des Klienten zu begleiten: der Rhythmus, der Duktus der Stunden soll nicht einseitig von der Therapeutin gestaltet oder kontrolliert werden. Auch hier prägen Neugierde und Interesse die Interaktion zwischen Therapeutin und Klient. Leading-/Guiding-Schritte sind als Hilfestellung zur Verdeutlichung der inneren Welt des Klienten gedacht. Interventionen können der Konkretisierung dienen, bzw. einem organismusbezogenen Verstehen – und auch einem selbstkonzeptbezogenen Verstehen. Ebenso kann die Therapeutin in diesem Rahmen biographische Brücken anbieten.¹¹

Das Bild der Klient-Therapeutin-Beziehung, das ich auf diesen beiden ersten Stufen zeige, ist eher das eines Nebeneinanders, eines „Gemeinsam-auf-etwas-Blickens“ – wie etwa bei Daniel Stern, wenn Kind und Mutter einen gemeinsamen Fokus auf etwas legen – in diesem Fall auf das „Innenleben“ der Klienten, deren gefühlte Bedeutungen.

Stufe 3: Experienzielle therapeutische Response als notwendiger Anstoß

Klienten, die intellektualisieren und rationalisieren sind in der freiberuflichen Praxis meist unser „tägliches Brot“. Sie rationalisieren

⁹ siehe dazu Kurtz & Prester, 1979, S. 163 f.

¹⁰ siehe dazu Gendlin, 1997, S. 337

¹¹ siehe dazu Finke, 1994, S. 49

in der Art „mir geht es schlecht – weil ...“, aber das wird eben nicht wirklich erlebt – ohne entsprechendes Experiencing. Wir befinden uns im Bereich der „neurotischen“ Störungen.

Die Strukturgebundenheit ist hier massiver als bei Stufe 2, die Behinderung, zum Erleben zu kommen, größer. Ich nehme hier trotzdem eine prinzipielle Möglichkeit der Selbstexplorationsfähigkeit an, aber diese kann nicht aus sich heraus wirksam werden – und auch nicht mit „leichtem Anstoßen“ im Sinne einer erlebensaktivierenden Intervention. Der Unterschied zur Stufe 2 ist graduell, die Lebendigkeit der Klienten ist aber in weiten Bereichen eingeschränkt – die „Gestörtheit/Verstörtheit“ prägnanter und deutlicher. Es ist jedoch prinzipiell möglich, verleugnete (aber eben abrufbare) oder verzerrte organismische Erfahrungen zu erreichen.

Der Selbstwahrnehmung sind diese Strukturen meist schwieriger zugänglich. Partner/innen bemerken sie und reagieren im täglichen Leben meist so, dass die Strukturen verfestigt werden, die Schutzfunktion ausgebaut wird. Gendlin (1978, S. 41) betont: „Niemand wird besonders durch solche Antworten und Analysen verändert, die ausdrücken, wie es nicht funktioniert.“ Das gilt natürlich auch für Therapeutinnen! Die Therapeutin ist hier als Gegenüber gefragt, das gerade nicht so reagiert „wie alle“, um die Struktur des Klienten nicht noch zu verfestigen. Hier wird die Beziehung zwischen Therapeutin und Klient, die Therapeutin als Gegenüber essenzieller als bei Stufe 2, wo ein „freundliches Nebeneinander“ von Therapeutin und Klient genügt.

In diesem Bereich ist zweierlei wichtig: einführendes Störungswissen und wie immer ein sorgfältiges Fokussieren der Therapeutin mit sich selbst. Das Störungswissen ist aus verschiedenen Quellen möglich: entwicklungspsychologische, klinisch-psychiatrische, körperbezogene, aus der Kunst u. v. a. m. Einführendes Störungswissen steht im Dienste der Empathie, um konstruktive Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Wenn kein empathisches Verstehen möglich ist, dann sind auch Wertschätzung und Kongruenz des Therapeuten bedroht.¹²

Der Akzent in diesem Bereich liegt auf der Person der Therapeutin – einer Art „aufmunternder Konfrontation“. Der Klient benötigt geeignete Antworten („responses“ nennt es Gendlin), um aus den Stereotypen einen Ausweg zu finden.

„Gendlin definiert das ‚Unbewusste‘ als unterbrochene, unvollständige Prozesse des Körpers, die darauf warten, sich fortsetzen zu können. Dazu benötigen sie Selbst-Antworten oder Antworten von anderen – Antworten, die mit dem Körper interagieren und dadurch den nächsten ‚richtigen Schritt‘ (Felt Shift) hervorbringen.“, schreibt Wiltshko (2003, 268). Wir werden also in diesem Zusammenhang an Antworten wie Listening, erlebensaktivierende Interventionen usw., also an die „üblichen Verdächtigen“ denken können. Die *Response*, die Beantwortung ist dabei aber aus dem Focusing-Prozess der Therapeutin entstanden.

Es gilt die eigene Betroffenheit mehr oder weniger „massiv“ zu formulieren. Bei allem geht es darum, nach der Antwort gleich wieder zurück zum Klienten zu gehen und seinen Felt Sense zu erkunden – bis der Prozess wieder „von innen angefühlt wird“ und ins Rollen kommt. Also auch hier ist der Aktualisierungstendenz zu vertrauen. So meint Gendlin (1978, S. 39): „Werden gewisse implizit wirkende Aspekte des Selbsterlebens durch Symbole oder Ereignisse weiterentwickelt, bringt das nachfolgende Selbsterleben immer weitere, bisweilen neu wiederhergestellte Aspekte, die auf diese Art am Prozess teilzunehmen beginnen und implizit in diesem Selbsterleben zur Wirkung kommen.“ Weiters wird auch darauf zu achten sein, das Lebendige, die Bewegung wahrzunehmen – wie Gendlin sagt: „dort wo drive drinnen ist“ – also zu achten auf „das Neue, Einzigartige“, das in der Antwort des Klienten auf die Antwort der Therapeutin liegt. Die Wiederholung, das Stereotype, ist trotzdem meist aufzunehmen und anzuerkennen, gegebenenfalls auch zu betauern oder/und darüber zornig zu sein. Die Ressource, das „Neue“, dort wo „drive“ drinnen ist, ist zu feiern – aber es gilt eben auch dem Defizitären nachzuspüren.

Wie schaut also auf dieser 3. Stufe (natürlich sind die Übergänge nach beiden Seiten fließend) die Hilfe aus, um den erstarrten Klienten-Prozess zu verflüssigen?

Die Therapeutin kann beispielsweise folgende Vorgehensweisen finden:

- Aus dem eigenen Felt Sense heraus die momentane Beziehungsqualität ansprechen.
- Symbolisierungen aus dem eigenen Felt Sense heraus anbieten – Gedanken, Bilder, Gefühle, Körpergefühle etc. – vorzugsweise in der „Lieblingsmodalität des Klienten“, um dann gegebenenfalls auch einen Modalitätenwechsel anzubieten, z. B. von der Kognition zur Emotion.
- Aus einem einführenden Wissen heraus eine Antwort in Form von „Sonden“¹³ anbieten – z. B. für einen histrionischen Patienten: „Ich höre dich!“
- Es kann fallweise auch wichtig sein, mit einem Klienten als Antwort „in die Arena zu steigen“, z. B. im Sinne eines Kräftemesens. Dabei geht es nicht um Gewinnen oder Verlieren, sondern darum, einen Konflikt auch modellhaft durchzutragen, z. B. in der Ablösungsphase. Das ist gegebenenfalls selbstverständlich auch „körperlich“ auszudrücken – wobei die Kognition, die Versprachlichung, unabdingbar ist.

Sorgfältige Focusing-Prozesse der Therapeutin ergeben auf Stufe 3 meist zwei entgegengesetzte Gesichtspunkte, zwei Pole – die auch zu zwei verschiedenen Arten von Interventionen führen. Auch hier wird es auf die „Wohl-Dosiertheit“ ankommen: Bei welchem Klienten? In welcher Therapiephase? Bei welcher Beziehungsqualität? – sind entsprechende Fragen dazu. Einer speziellen Beachtung bedarf auch hier der Freiraum der Therapeutin, der erste der sechs

¹² vgl. dazu Binder, 2002, S. 299 ff.

¹³ siehe dazu Siems, 1986, S. 158 ff.

Focusing-Schritte, der während des gesamten Prozesses beachtet werden soll!

In dieser „bipolaren Beantwortung“ wird der „Opfer-Anteil“ des Klienten betrauert werden müssen, die Wut gegebenenfalls gespürt – das was nicht hätte geschehen dürfen. Es ist auch wichtig, die Sehnsucht nach einer „passenden Antwort“ ins Erleben zu rücken. Wir tragen – laut Gendlin – ein Wissen davon „wie es sein sollte“ in uns, und darauf können wir rekurren. Unser Körper trägt schon immer „Umweltwissen“ in sich. Diesen Punkt werde ich bei Stufe 4 noch genauer ausführen.

Das ist allerdings nur die eine Seite: das (Mit-)Empfinden der Not von damals und auch von jetzt! Das gehört zumeist zum „honey-moon“ von Therapeutinnen und Klienten. Die andere Seite besteht darin, den „handelnden Teil“ im Klienten nicht zu vernachlässigen, dort „wo er was tut“, wo „er es treibt“. Die Therapeutin fokussiert also auch z. B. auf das „Darstellerische“, das „Beifall-Heischende“ eines histrionischen Klienten – auf das, was/wie „der Klient ihr tut“. Wenn der Klient sich dessen gewahr wird, liegt hier seine größte Veränderungschance!

Auf dieser Stufe könnte man etwa nach Finke (2004, S. 47ff., S. 60ff.) zwischen Beziehungsklären (die thematisierte Beziehung) und dem Ausdruck aus dem Therapieprinzip Echtheit (Konfrontieren, Selbstöffnen und Selbsteinbringen) unterscheiden. Die Tiefe eines körperlich spürbaren Erlebens ist jedoch in beiden Fällen zu erreichen, wenn Veränderung stattfinden soll!

Stufe 4: Versperrter Zugang zum Experiencing; Refilling

Dies ist der Bereich der Persönlichkeitsstörungen und der Psychosomatischen Beschwerden. Es gibt selbstverständlich fließende Übergänge zu den Phasen 3 und 5. Die Klientenzentrierte Psychotherapie gilt als besonders geeignet bei „frühen“, schweren Störungen. Auch hat die Praxis des Focusing in der Psychiatrie begonnen. Heinerth (2002, S. 145ff.) spricht von versperrten Räumen, wo bestimmte Selbstaspekte durch einen Mangel an empathischem Verstandenwerden in der frühen Kindheit oder eventuell auch später gar nicht entstehen konnten. Jedenfalls bestehen meist Unzugänglichkeiten zum eigenen Erleben, z. B. bei den meisten psychosomatischen Klienten.

Aber wie schaut eine Antwort aus, wenn die Frage nicht gestellt werden kann? Wenn es „dort drüben“ leer ist und „unbebaut“? Gendlins Überzeugung ist es, dass wir – wie schon erwähnt – ein inneres Gefühl dafür mitbringen, was wir als Antwort der Umwelt erwarten können. Das gilt auch dann, wenn man sich der direkten Frage nach der Antwort gar nicht bewusst ist. In diesem Sinn will getröstet werden, wer des Trostes bedarf; in den Arm genommen werden, wer weint; gestillt werden, wer hungrig ist. Dies wurde übrigens durch die Forschungen zum „kompetenten Säugling“ erhärtet und ist auch ein „Beweis“ für die Aktualisierungstendenz. Ebenso ist uns

in dieser Weise klar, „was nicht hätte passieren sollen“. Der Körper verfügt über sehr komplexe Beziehungsmuster zwischen dem einzelnen Lebewesen und seiner Umwelt. Der kompetente Säugling will und muss folgerichtig auch liebgeliebt werden!

Die Therapeutinnen können auf dieses innere Wissen ihrer Klienten zurückgreifen: *Refilling* heißt hier das Zauberwort des Focusing – wobei Refilling keine spezielle Focusing-Technik ist, sondern etwas, das wir aus verschiedenen Therapieschulen kennen. Aber auch hier ist der Akzent auf der Genauigkeit der Therapeutin mit sich selbst in sorgsamem Focusing-Prozessen. Refilling wird mit vertiefenden Fragen eingeleitet wie etwa:

- Was wäre damals richtig/passend gewesen? Was hätten Sie damals gebraucht? Was hat gefehlt? (Arbeit mit/an dem Inneren Kind – auf die *Vergangenheit* gerichtet)
- Was brauchen Sie jetzt, was ist jetzt passend/richtig? (Arbeit *im Hier und Jetzt*)
- Wie würde es sich anfühlen, wenn das Problem schon gelöst wäre („Zauberfrage“ für die *Zukunft*)?

Das „Wieder-Auffüllen“ bzw. das erstmalige Auffüllen kann in verschiedenen Modalitäten erfolgen:

- Durch das bloße Dabei-Sein; als fühlender „Mit-Mensch“, als „Zeuge“
- Durch passende Imaginationen („Stellen Sie sich vor, Sie wären die Mutter/der Vater dieses Kindes“, „Ich appelliere an Ihren ‚weisesten‘ Teil“)
- Durch Aufträge wie etwa: einen Brief an die Mutter/den Vater zu schreiben – und ihn so zu beantworten, wie man es sich von den Eltern gewünscht hätte
- Durch tatsächliche körperliche Berührungen durch die Therapeutin.

Da ist oft eine delikate Gratwanderung notwendig. Schon die Frage nach einer körperlich gespürten Befindlichkeit kann heikel sein – auch wenn es nicht in der Art eines: „Was will ihr zuckender Fuß mir sagen?“ passiert, was „Ertappt-Werden“ oder Scham des Nicht-Kontrollieren-Könnens auslösen kann. Bedrohung kann hier schon von erlebensaktivierenden Interventionen, von Guiding-/Leading-Schritten ausgehen – ein Verstört-Sein auslösen innerhalb der Beziehung. Es kann auch generell angstausslösend sein, den eigenen Körper wahrzunehmen – z. B. bei psychosomatischen Klienten. Die Intention, die die Interventionen der Therapeutin leitet, ist es, „neu“ zu installieren, nachzuholen, was nicht war – im Sinne eines „work in process“: Hier wird erst gebaut. Es geht um diese oft als „typisch weiblich“ gesehene Qualität der Klientenzentrierten Psychotherapie: das Halten, das (Wieder-)Auffüllen, das (Re-)Filling.

Auch hier ist die Resonanz der Therapeutin eine „bipolare“: Es geht einerseits um das Refilling – auf der anderen Seite um das genaue Wahrnehmen der hartnäckigen, lebensfeindlichen Strukturen der Patienten, ihre pathologischen (Selbst-)Erlebensmuster, z. B. in Form von innerlichen rigiden elterlichen Instanzen. W. Keil (2005/B, S. 7) benennt das so: „Massiv dysfunktionale

Beziehungserfahrungen sind bei Persönlichkeitsstörungen und bei vielen Formen von Sucht zu erwarten: Beziehungspartner werden unausweichlich für die eigenen Bedürfnisse instrumentalisiert.“ Damit taucht der „pädagogische Teil“ in der angebotenen Nach-Entwicklung auf, d. h. es gilt konkret z. B. dem Psychosomatiker zuzumuten, dass „Spüren erlernbar ist“, oder dem Narzissten zuzumuten, dass er über den Selbst-Empathie-Prozess (z. B. für seinen „armen Teil“) zur Empathie für Andere kommen wird („Mitschwingen ist erlernbar!“). Es ist also in dieser Stufe besonders wichtig, sich als Person zur Verfügung zu stellen, die auch bereit ist, im Hier und Jetzt die „Nach-Entwicklung zu fördern“ – die Räume gemeinsam „aufzusperrn“, wobei das eben heißen kann, dass „Substanz“ noch nicht da ist und erst durch die Interaktion entsteht. Einführendes Störungswissen wird hier immer wichtiger.

Stufe 5: Kontakt zu sich selbst erst ermöglichen

Als Verstehensmöglichkeit für Personen auf Stufe 5 zitiere ich eine Passage von Rogers (1959a/1987, S. 54) über den Prozess des Zusammenbruchs und der Desorganisation einer Person. Dieser Prozess ist so vorstellbar: „Einmal ist es das Selbstkonzept, dann wieder die organismische Befriedigung, die die Rückmeldung liefert, durch die der Organismus sein Verhalten reguliert.“ Die Veränderung, die von einer offenen psychotischen Episode bewirkt werden kann, charakterisiert Rogers (1959a/1987, S. 55) so: „Es ist nun ein Selbstkonzept welches das wichtige Thema einschließt: ‚Ich bin eine verrückte, unangepasste, unzuverlässige Person, die Impulse und Kräfte in sich trägt, die jenseits meiner Kontrolle sind.‘ Es ist so ein Selbst, das wenig oder kein Selbstvertrauen vermittelt.“

Auch hier sind Übergänge möglich – von fragilen, dissoziativen Prozessen bis zu kontaktlosem, psychotischem oder geistig behindertem („Nicht-“)Erleben. Gendlin verweist jedoch darauf: „Es ist immer wer drinnen!“.

Als Übergang zwischen Stufe 4 und 5 sehe ich die (Selbst-)Erlebensformen, die schwer traumatisierte Klienten erleiden, wo flashbacks oder Überschwemmt-Werden im Vordergrund stehen, bzw. manche Aspekte des Erlebens sehr schwer zugänglich sind.

Warner (2000) beschreibt, wie sich labiles, fragiles Selbsterleben von traumatisierten/missbrauchten Klienten ausdrückt: nämlich im Überschwemmt-Werden oder/und Fern-Bleiben von Erleben. Für diese Patienten ist es schwierig, die Erfahrungen in einem Gewahrsein mittlerer Intensität zu halten. Auch kennzeichnet oft ein Übermaß an Scham diese Prozesse.

Coffeng (2000) erarbeitet für post-traumatische Klienten ein ganzes Spektrum von möglichen Interventionen – von allgemein selbstverständlichen Regeln wie die Klientin als Expertin oder wie Respekt vor dem Symptom und dem Rhythmus der Klientin, bis zur Arbeit mit dem Inneren Kind. Er kommt auch zu „verschärften Regeln“ wie besondere Achtsamkeit vor den körperlichen Grenzen des Klienten und zu imaginativen Interventionen wie dem Einführen

von „Zeugen“ oder dem Rückgriff auf Idealeitern. Coffeng bezieht sich dabei hauptsächlich auf Gendlin und in seinen präsymbolischen Kontaktreflexionen auf Prouty.

Prouty (1994) hat für psychotisches Erleben bzw. eben Nicht-Erleben eine Reihe von Kontaktreflexionen aufgestellt, die die Funktion haben sollen und auch haben, die Arbeit mit schizophrenen, autistischen und entwicklungsbehinderten Patienten zu ermöglichen: von der Prä-Therapie zur Therapie.

Die Resonanz der Therapeutin wird hier oft verwirrt, ängstlich, chaotisch sein. Wie bleibe ich in Beziehung – wie baue ich Beziehung auf „zu dem, der ‚da drinnen‘ ist“? Expertinnen-Wissen im Sinne eines „einfühlenden Wissens“ ist daher gefragt, ebenso wie ein hohes Maß an Beziehungs-Kompetenz – auch aus den Focusing-Prozessen der Therapeutin. Wie wir aus vielen Veröffentlichungen wissen, geht es hier in erster Linie um die Verwirklichung der ersten Bedingung in Rogers' Therapiekonzept, nämlich um das Bewahren bzw. das Herstellen von psychologischem Kontakt. Einfühlsames Dabei-Sein und -Bleiben der Therapeutin soll die Kontinuität des Erlebens des Klienten gewährleisten. Für die meisten Klienten ist ein „Sich-Spüren(-Dürfen)“ verunmöglicht (worden). Die Therapeutin wird also gegebenenfalls ihr Erleben aus ihrer Resonanz heraus anbieten. Am Anfang wird die Therapeutin gut begreifen, dass das Erleben vom Klienten eben nicht in Aufmerksamkeit gehalten werden kann – später wird es darum gehen, die Klienten vorsichtig zum Kontakt mit ihrem Erleben zu führen. Auf die Dauer gilt es, den Erlebensprozess auf einem erträglichen Niveau zu halten – eben focusing-mäßig nicht zu nah und nicht zu fern: das, was zu Beginn der Therapie noch nicht gelingt.

Ein einfaches vertiefendes Fragen wäre hier selbstverständlich kontraindiziert, aber auch „forscheres“ Intervenieren ist nicht geeignet. Die Verbindung der Teile, die dem Klienten (noch) nicht gelingt, sind von der Therapeutin im Gewahrsein zu halten. Das erfordert eine hohe Qualität von Listening, von Saying Back, um die Beziehung tragfähig zu gestalten. Manchmal wird es darum gehen, offene Fragen zu stellen, manchmal darum, „seitwärts Angesprochenes“ zu hören und aufzugreifen. Immer wieder gilt es, den Bezugsrahmen klarzustellen (z. B. „Aha, das ist so und so, und deshalb schämen Sie sich“), die Bewertung der Klienten für den Moment zu respektieren – auch wenn sie nicht die der Therapeutin ist. „Tiefes Hören“ ist auf allen anderen Stufen auch zentral und drückt sich eben in den verschiedenen Interventionen aus. Hier aber hat es die Funktion einer Boje auf hoher See, bzw. die Funktion der Mutter, der Bezugsperson beim Kleinkind: die Welt zu erklären, Verbindungen zu schaffen – solange bis der Klient diese Funktion wieder für sich selbst übernehmen kann. Ähnliches gilt für dissoziative Prozesse, wo es zentral ist, allen Teilen/Stimmen Raum zu geben.

Zusammenfassung

Ich habe versucht, fünf verschiedene Stufen psychischer Befindlichkeit mit verschiedenen klientenzentrierten bzw. Focusing-Vorgehensweisen in Korrelation zu setzen und dann auch mit konkreten Interventionen zu verbinden. Sie alle sollen dazu dienen, den Selbstexplorationsprozess der Klienten anzuregen, bzw. exakte Symbolisierungen entstehen zu lassen, um (Selbst-)Erfahrung zu ermöglichen.¹⁴

Rogers verweist in allen seinen Veröffentlichungen implizit oder explizit auf den Wert der Qualität der Beziehung für den gesamten therapeutischen Prozess: eben getragen von Empathie, Wertschätzung und Kongruenz. Die verschiedenen Interventionen sind getreu der „Högerschen Pyramide“¹⁵ aus diesem Überbau abgeleitet.

Ich stelle die Hypothese auf, dass bei den zwei ersten Stufen das Selbstregulationsmodell im Vordergrund steht: Hier genügen ein „Nebeneinander“ von Therapeutin und Klient sowie „sanfte“, wenig eingreifende Interventionen wie Tiefes Hören, Saying Back, Partialisieren – Pacing-Schritte eben, oder beispielsweise erlebensaktivierende Interventionen als Guiding-/Leading-Schritte. Der Hauptakzent liegt auf der bedingungslosen Wertschätzung.

Bei den Stufen 3 und 4 wird das Gegenüber immer wichtiger, die aufmunternde Konfrontation, die Kongruenz der Therapeutin, die Zumutung einer Nach-Entwicklung als Möglichkeit. Das Guiding/Leading wird massiver, z. B. in Form von Sonden. Die Rolle der Therapeutin wird aktiver. Antworten und (Wieder-)Auffüllen verlangen nach einem präsenten Gegenüber. Das heißt nicht nur, dass die Genauigkeit der Therapeutin mit sich selbst zentraler wird, das heißt auch, dass einführendes professionelles Wissen dabei unabdingbar ist.

Auf Stufe 5 entspricht das Bemühen um das Aufrechterhalten des psychologischen Kontaktes dem intensiven Kontakt einer Mutter-Kind-Dyade bzw. einer Halt gebenden Beziehung in den ersten Lebensmonaten. Hier ist der Akzent auf empathischen Prozessen, um Kontakt zu gewährleisten. Wohltemperierte „sanfte“ Interventionen sind hier gefragt – aus ganz anderen Gründen als auf Stufe 1. Über die Therapeutin soll es für den Klienten möglich werden, vorsichtig Kontakt zum eigenen Erleben aufzunehmen.

Die Aufgaben der Therapeutin werden immer schwieriger, aber auch immer lohnender. Der genaue innere Prozess des Wahrnehmens des eigenen Felt Sense, das exakte Symbolisieren des Impliziten ermöglicht es der Therapeutin, die (inkongruenten) Abweichungen/Verstörungen der Klienten zu erfassen und entsprechend zu intervenieren: Die Qualität und Intensität der therapeutischen Beziehung ist der Wegweiser.

Literatur:

- Biermann-Ratjen, E.-M. & Swildens, H. (1993). Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts. In: J. Eckert et al. (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd.1.* (S. 57–142). Köln: GWG Verlag.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Binder, U. (2002). Empathie in Bezug auf die Behandlung von Menschen mit schweren Störungen. In C. Iseli, W.W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Owald, P.F. Schmid & P. Wacker (Hrsg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 299–320). Köln: GwG.
- Binder, U. & Binder, J. (1991). *Studien zu einer störungsspezifischen Klientenzentrierten Psychotherapie.* Eschborn bei Frankfurt/M.: Klotz Verlag.
- Brodley, B. T. (1990). Client-centered and experiential: Two different therapies. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (eds.), *Client-centered and experiential therapy in the nineties* (pp. 87–107). Leuven: Leuven Univ. Press.
- Coffeng, T. (2000). Prä-experientieller Kontakt mit Trauma und Dissoziation. In: H.-J. Feuerstein, D. Müller & A. Weiser-Cornell (Hrsg.), *Focusing im Prozess* (S. 51–61). Köln: GWG Verlag.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion.* Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie.* Stuttgart: Thieme.
- Gendlin, E. T. (1978). Eine Theorie der Persönlichkeitsveränderung. In: H. Bommert & H.-D. Dahlhoff (Hrsg.) *Das Selbsterleben in der Psychotherapie* (S. 1–62). München: Urban & Schwarzenberg. (Orig. ersch. 1964: A theory of personality change.)
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing. Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme.* Reinbek: Rowohlt. (Orig. ersch. 1978: Focusing. New York: Bantam.)
- Gendlin, E. T. (1987). *Dein Körper – dein Traumdeuter.* Salzburg: O. Müller. (Orig. ersch. 1986: Let your body interpret your dreams. Wilmette IL: Chiron.)
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebens-bezogenen Methode.* Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta. (Orig. ersch. 1996: Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method. New York: Guilford.)
- Gendlin, E. T. & Wiltshko, J. (1999). *Focusing in der Praxis. Eine schulengreifende Methode für Psychotherapie und Alltag.* Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Heinerth, K. (2002). Verspernte und verzerrte Symbolisierungen. Zum differenziellen Verständnis von Persönlichkeits- und neurotischen Störungen. In C. Iseli, W.W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Owald, P.F. Schmid & P. Wacker (Hrsg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (145–180). Köln: GwG.
- Höger, D. (1989). Klientenzentrierte Psychotherapie – ein Breitbandkonzept mit Zukunft. In: R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der Klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 197–222). Heidelberg: Asanger.
- Kegan, R. (1986). *Die Entwicklungsstufen des Selbst.* München: Kindt Verlag.
- Keil, W.W. (2005). *Klientenzentrierte Therapie-Theorie. Skriptum zum Kompakt-Seminar der ÖGWG.* Unveröff. Manuskript, 5. Aufl.
- Kurtz, R. & Prester, H. (1979). *Botschaften des Körpers.* München: Kösel.
- Prouty, G. F. (1994). *Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy, applications to schizophrenic and retarded psychoses.* Westport (Ct.): Praeger.

14 Biermann-Ratjen et al. (2003, S. 79): Mehr oder weniger bewusste Erfahrung ist mehr oder weniger vollständig symbolisierte Erfahrung, das heißt auch weniger oder mehr abgewehrte Erfahrung.

15 Höger, 1989, S. 197 ff.

- Rogers, C. R. (1951a/1972). *Die klient-bezogene Gesprächstherapie. Client-centered therapy*. München: Kindler; ab 1983 Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M.: Fischer-Tb. (Orig. ersch. 1951: Client-centered therapy. Its current practice, implication, and theory. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1957a/1991). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Personzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165–184). Mainz: Grünwald. (Orig. ersch. 1957: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In *Journal of Consulting Psychology* 21, 2, 95–103.)
- Rogers, C. R. (1959a/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG (Orig. ersch. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch, (Ed.) *Psychology. A study of a science*. Vol. III. New York: McGraw Hill, 184–256.)
- Rogers, C. R. (1961a). On becoming a person. A therapists view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin. (Dt. 1973: *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett.)
- Rogers, C. R. (1980a/1981). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett. (Orig. ersch. 1980: A way of being. Boston: Houghton Mifflin.)
- Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch, Bd. I: Solidarität und Autonomie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Siems, M. (1986). *Dein Körper weiß die Antwort. Focusing als Methode der Selbsterfahrung. Eine praktische Anleitung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Stumm, G., Wiltschko, J. & Keil, W. W. (Hrsg.) (2003). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Van Balen, R. (1994). Klientenzentrierte Therapie und experientielle Therapie: zwei verschiedene Therapien? In W. W. Keil, P. Hick, L. Korbei & V. Poch (Hrsg.), *Selbst-Verständnis. Beiträge zur Theorie der Klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 80–105). Salzburg-Bergheim: Mackinger.
- Warner, M. S. (2000). Person-centred therapy at the difficult edge: a developmentally based model of fragile and dissociated process. In D. Mearns & B. Thorne (2000). *Person-centred therapy today. New frontiers in theory and practice* (pp. 144–171). London: Sage.
- Warner, M. S. (2002). Psychologischer Kontakt, bedeutungstragende Prozesse und die Natur des Menschen. Eine Neuformulierung personzentrierter Theorie. *PERSON* 6,1, 59–64.

Autorin:

Lore Korbei, DSA, MSc. Klientenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis; Supervisorin (ÖGWG, ÖBVP, ÖVS); Lehrtherapeutin und Ausbilderin in der Österreichischen Gesellschaft für wissenschaftliche Klientenzentrierte Psychotherapie und Personorientierte Gesprächsführung (ÖGWG); Gesellschafterin der PCA – Austria; von Gene Gendlin autorisierte Focusing-Ausbilderin und Koordinatorin für Österreich (International Focusing Institute New York). Interessensschwerpunkte und Veröffentlichungen im Bereich Klientenzentrierte Körpertherapie, Supervision und Abgrenzung zu anderen Therapierichtungen.

Korrespondenzadresse:

Lore Korbei
 lore.korbei@vienna.at
 Dornbacher Straße 52
 A – 1170 Wien

**Karsten Schützmann, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Melanie Schacht;
Jochen Eckert (korrespondierender Autor)**

Essstörungen und ihre Psychotherapie aus Klientenzentrierter Perspektive

Zusammenfassung: Vor dem Hintergrund der Weiterentwicklungen innerhalb der Klientenzentrierten Psychotherapie wird eine Übersicht über die bisher veröffentlichten Arbeiten zur Ätiologie, Phänomenologie und Therapie von Essstörungen (Anorexia und Bulimia nervosa) aus Klientenzentrierter Perspektive gegeben. Es werden sowohl Klientenzentrierte Konzepte von Essstörungen als auch Falldarstellungen und Wirksamkeitsstudien vorgestellt. Insgesamt zeigen die Publikationen, dass Anorexie und Bulimie von je her zu den Störungsbildern gehören, die von klientenzentriert arbeitenden Psychotherapeuten mit Erfolg behandelt werden. Es gibt eine Reihe von Klientenzentrierten Konzepten zur Ätiologie und Therapie dieser Störungsbilder. Anhand der Falldarstellungen wird erkennbar, wie sich Entwicklungsprozesse in Klientenzentrierten Psychotherapien etablieren können, die mit einer Minderung der Symptomatik und Heilung der jeweiligen Essstörung einhergehen. Deutlich wird jedoch auch, dass es bisher an kontrollierten Studien zur Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie bei Essstörungen mangelt.

Schlüsselwörter: Gesprächspsychotherapie, Essstörungen, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Ätiologie

Abstract: Eating disorders and their psychotherapy – The client-centered perspective. Referring to recent developments within client-centered psychotherapy, the present article provides an overview of the published work on etiology, phenomenology, and therapy of eating disorders (anorexia and bulimia nervosa) from the client-centered perspective. Client-centered concepts on eating disorders as well as case- and efficacy-studies are discussed. In general, the published work indicates that anorexia and bulimia nervosa have always belonged to the group of disorders being successfully treated by client-centered therapists. There are various client-centered concepts on etiology and therapy of these disorders. The discussed cases show how personality change develops in client-centered therapy, accompanied by symptom reduction and healing in both disorders. However, it also becomes evident that there is still a lack of controlled studies on the efficacy of client-centered therapy of eating disorders.

Keywords: Client-centered psychotherapy, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, etiology

Die Klientenzentrierte Psychotherapie (auch als Personenzentrierte Psychotherapie und in Deutschland als Gesprächspsychotherapie bezeichnet) hat seit ihrer Begründung durch Carl Rogers hinsichtlich ihrer Theorie und Anwendung eine Reihe von Weiterentwicklungen erfahren. Dieser Entwicklungsprozess findet seinen Ausdruck in einer Differenzierung des Konzepts mit zum Teil unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen hinsichtlich theoretischer Auffassungen und praktischer Methoden.

Die Zugehörigkeit einer Entwicklung zum Klientenzentrierten Konzept zeigt sich in der Beibehaltung bestimmter Grundannahmen (vgl. Stumm & Keil, 2002, S. 2 und S. 8), die es eindeutig von anderen psychotherapeutischen Schulen unterscheidbar machen. Dazu gehören vor allem die Annahme einer Aktualisierungstendenz und das damit verbundene Vertrauen in die Selbstregulationsfähigkeiten des Klienten sowie ein Beziehungsangebot durch einen Therapeuten, das sich durch Empathie, Unbedingte Wertschätzung

und Kongruenz/Echtheit auszeichnet.

Die im Folgenden dargestellten Konzepte und Forschungsbefunde zu Essstörungen aus klientenzentrierter Perspektive sind vor dem Hintergrund dieser Differenzierungen zu verstehen. Auf die Besonderheiten und Schwerpunkte der einzelnen Ansätze wird während ihrer Darstellung eingegangen.

Zunächst werden konzeptionelle Beiträge zur Phänomenologie, Ätiologie und Therapie von Essstörungen, danach Erfahrungsberichte und Fallanalysen von Gesprächspsychotherapeuten und abschließend Befunde zum Verlauf und zur Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie bei Essstörungen vorgestellt wie diskutiert. Aufgrund der extremen Heterogenität der Beiträge wird auf eine weiterführende, nach inhaltlichen Kriterien ausgerichtete Anordnung der Arbeiten verzichtet. Die Beiträge werden – innerhalb der jeweiligen Abschnitte – in der Reihenfolge ihrer Veröffentlichung referiert.

Konzeptionelle Beiträge zur Phänomenologie, Ätiologie und Therapie von Essstörungen aus Klientenzentrierter Perspektive

Konzeptionelle Beiträge zu Essstörungen (allgemein)

Grimm (1989) stellt, ausgehend von einer Klientenzentrierten Betrachtung des Erlebens von Patientinnen mit Essstörungen, ein Konzept zu ihrer stationären Behandlung vor. Den spezifischen Beitrag, den die Klientenzentrierte Therapie zur Behandlung von Essstörungen einbringen könne, sieht der Autor in der „Art der Beziehung zwischen klientenzentrierten Therapeuten und essgestörten Patienten“ und in der „Betonung einer phänomenologischen Sichtweise, die sich am Erleben der essgestörten Klientin orientiert und nicht an theoretischen Vorannahmen“ (S. 427).

Der Autor beschreibt folgende Charakteristiken, die bei allen Essstörungen in der klinischen Praxis beobachtbar und für die Erlebnisstruktur der Patientinnen grundlegend seien:

(1) Störungen des „Selbstkonzepts“:

Die Patientinnen haben ein gestörtes oder verzerrtes Bild von sich selbst. Ihr Selbsterleben ist auf den Bereich Essen, Figur und Gewicht beschränkt. Sie berichten alle von Selbstwertproblemen. Sie fühlen sich minderwertig, inkompetent, langweilig und in sozialen Beziehungen hilflos. Sie leben nach den Erwartungen und Ansprüchen anderer. Gleichzeitig suchen sie Anerkennung, Beachtung und Zuwendung durch besondere Leistungen. Zum gestörten Selbstbild gehören auch Körperschemastörungen und konflikthafte Einstellungen zu Sexualität und Weiblichkeit.

(2) Störungen der Symbolisierung und Selbstexploration:

Körpereigene Signale, Empfindungen und Gefühle werden nicht oder nicht adäquat wahrgenommen bzw. verarbeitet (z. B. Hunger- und Sättigungsgefühle). Es besteht Angst, den eigenen Bedürfnissen, Impulsen und Gefühlen zu vertrauen. Die Patientinnen sind deshalb auf externale Reize und Bewertungsmaßstäbe angewiesen. Sie versuchen, sich so vor dem Erleben intensiver Gefühle, die mit dem Selbstkonzept nicht vereinbar sind, zu schützen. Insbesondere negative Gefühle wie Wut und Hass werden häufig „geschluckt“.

(3) Hunger und das Bedürfnis nach bedingungsfreier Wertschätzung:

Alle Essgestörten befinden sich in einem permanenten Hungerzustand, der durch ihr Essverhalten nicht beseitigt werden kann. Der „Hunger hinter dem Hunger“ ist Sehnsucht nach Beachtung, Anerkennung, Verständnis, Zuwendung und danach, um seiner Selbst willen geliebt zu werden.

(4) Aktualisierungstendenz und das Streben nach Autonomie:

Die wahrgenommenen Bedürfnisse sind weitgehend auf den Nahrungsbereich beschränkt. Das Bedürfnis nach Autonomie wird auf den Körper umgelenkt, der oft das einzige Feld darstellt,

auf dem selbstbestimmte und kontrollierbare Veränderungen möglich zu sein scheinen.

Grimm leitet aus diesen Phänomenen Vorschläge für ein konkretes Vorgehen des Klientenzentrierten Psychotherapeuten bei der Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen im Rahmen eines Klinikaufenthaltes ab. Es sei vor allem für eine Atmosphäre der Offenheit und des Vertrauens sowie der gegenseitigen Wertschätzung – anstelle von Kontrolle und Bevormundung – zu sorgen. Ziel der Behandlung sei die Förderung der Wahrnehmungs- und Ausdrucksmöglichkeiten der Patientinnen. Zur Erreichung dieses Ziels soll die Klientin „das bekommen, was sie für ihre Entwicklung braucht“ (S. 428). Ob die Patientin das therapeutische Angebot annimmt, obliege ihrer eigenen Verantwortung. Zum Beispiel sei die Teilnahme an den Mahlzeiten und am Therapieprogramm zwar verpflichtend, das Essverhalten werde aber nicht kontrolliert und es werde kein Druck zur Mitarbeit in der Therapie ausgeübt. Bei mangelnder Mitarbeit gehe es darum, zu verstehen, warum die Patientin nicht essen mag oder sich nicht an der Therapie beteiligt.

Das Therapiekonzept basiert im Übrigen auf Grimms Verständnis der „drei Säulen der Klientenzentrierten Psychotherapie“:

(1) Einführendes Verstehen/Empathie:

Es wird kein (allgemeines) Thema vorgegeben. Vorschläge, Deutungen und Interpretationen werden vermieden. Es wird versucht, nicht zu bewerten und nicht zu urteilen. Die Patientinnen sollen sich verstanden fühlen und Vertrauen entwickeln.

(2) Wertschätzung:

Wertschätzung könne von den Patientinnen aufgrund ihres negativen Selbstkonzeptes zunächst nicht gut angenommen werden. Die Akzeptanz durch den Therapeuten mache es den Patientinnen dann aber möglich, ihre eigene Einstellung zu sich selbst zu reflektieren und in der Folge mit sich selbst empathischer und liebevoller umzugehen. Im Gegensatz zu ihren bisherigen Erfahrungen müssten sie in der therapeutischen Beziehung gar nichts tun, um Beachtung und Wertschätzung zu erfahren. Das bedeute auch, dass sie sich selbst nicht untreu werden und Dinge tun, die sie eigentlich nicht wollen. Auch ihr Bedürfnis nach Ruhe und Distanz sei zu respektieren. Dadurch werde die Angst, bedrängt oder verletzt zu werden, abgebaut und die Patientinnen könnten lernen, ihre Grenzen zu beachten.

(3) Echtheit und Kongruenz:

Der Therapeut werde dadurch zum Modell für die Patientin, dass er sich bemüht, seine eigenen Impulse und Gefühle wahr- und ernst zu nehmen. Der Therapeut versuche, seine Gefühle, seine Betroffenheit und Anteilnahme auszudrücken. Dadurch werde er als Person greifbar. Die Patientinnen seien äußerst sensibel für Fassadenhaftigkeit. Je weniger der Therapeut in den Prozess eingreife und je mehr er sich als Person in den Prozess einbringe, desto besser seien die Behandlungsaussichten.

Im Rahmen seines Konzepts der *Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie* ordnet Swildens (1991) die Essstörungen den von ihm so genannten „Drangstörungen“ (S. 144) zu. Das Gemeinsame dieser Störungen sei auch das, was die besonderen Anforderungen an ihre Behandlung stelle: Ihr „pathologischer Kern“ sei der „... Drang ..., eine mit dem ‚Selbst‘ und mit dem Organismus syntone Tendenz, welcher nach mehr oder weniger Motivkonflikt nachgegeben wird ...“ (S. 144). Aus einem zunächst bestehenden Spannungszustand entstehe ein Bedürfnis. Wenn dem Bedürfnis nachgegeben werde, stelle sich Entspannung ein und danach ein Bedauern, dem Bedürfnis nachgegeben zu haben. Dieses Bedauern beziehe sich zum einen auf die sozialen Folgen des Verhaltens, zum anderen aber vor allem auf die Unvereinbarkeit mit dem Selbstbild, insbesondere mit den Aspekten des Selbstbildes, in denen gerade die Selbstbeherrschung zentral ist. Erschwerend sei zusätzlich, dass die Betroffenen dazu neigten, alles zu verheimlichen, was mit dem Nachgeben gegenüber dem Drang zu tun hat. Trotz vorhandenen Leidensdruckes fehle den Klienten oft eine echte Motivation. Es scheine so zu sein, als würden sie um Hilfe bitten und gleichzeitig den Wunsch ausdrücken, ihnen ihr Symptom zu lassen.

Bezüglich des therapeutischen Verhaltens betont Swildens, dass die verschiedenen Settings – ambulant, tagesklinisch, stationär-medizinisch und psychotherapeutisch sehr unterschiedliche Behandlungen ermöglichten bzw. ihre Durchführbarkeit an bestimmte Bedingungen geknüpft sei: Essgestörte Patientinnen unterschieden sich in hohem Maße darin, wie sehr sie – auch im Verlauf ihrer Psychotherapie – auf medizinische Rettungsaktionen angewiesen sind.

Während des gesamten Therapieverlaufs seien Empathie und Kongruenz von zentraler Bedeutung. Das „Akzeptieren“ sollte vor allem in der Therapieeingangsphase nicht als ein bedingungsloses Hinnehmen des Verhaltens der Klienten aufgefasst werden, sondern als Respekt vor der Person.

Um den stockenden Entwicklungsprozess der Klienten wieder in Fluss zu bringen, sei es notwendig, dass das Drangverhalten ein Ende findet. Denn das für die Therapie zentrale Symptom zeige sich erst, wenn dem Drang nicht nachgegeben werde. Dann nämlich würden sich Spannungen, Depressivität und eine allgemein negative Stimmungslage zeigen. Die Therapie könne dann als eine Suche nach dem Warum dieser negativen Gestimmtheit und als eine Suche nach Lösungsmöglichkeiten angesehen werden, die eben nicht das Drangverhalten beinhalten.

Der prozessorientierte Gesprächspsychotherapeut wird dem Baby erst den Schnuller nehmen müssen; das daraufhin heulende Baby wird nunmehr erfahren müssen, wie unbequem es ohne Lutscher ist (Symptomphase), um schließlich zu entdecken, wie es mit dieser unangenehmen Situation auf andere Weise umgehen kann, so dass es sich zu einem erkundungsfrohen Kind entwickeln kann. (S. 186–187)

Speierer (1994) hat ein *Differentielles Inkongruenzmodell (DIM)* entwickelt. Es beinhaltet die Möglichkeit, umschriebene Störungsbilder auch aus klientenzentrierter Sicht so zu charakterisieren, dass sich eine differenzierte Herangehensweise an ihre Behandlung ergibt. Wie Carl Rogers gehe er davon aus, dass die Ursachen für psychische Störungen Inkongruenzen zwischen dem Selbstkonzept und den organismischen Erfahrungen sind. Die Perspektive auf die Entstehungsbedingungen solcher Inkongruenzen sei jedoch zu erweitern. Neben *sozial-kommunikativen* Quellen, die Rogers in den Mittelpunkt seiner ätiologischen Überlegungen stellt, geht Speierer auch von *dispositionellen* und *lebensereignisbedingten* Quellen der Inkongruenz aus. Aber nur sozial-kommunikativ erworbene Inkongruenz könne durch ein Beziehungsangebot, das durch die Verwirklichung der drei Basisvariablen (Kongruenz, bedingungslose Wertschätzung und Empathie) gekennzeichnet ist, behoben werden. Zur Behandlung von Inkongruenz, die aus anderen Quellen erwächst, müsse über das Basisangebot hinausgegangen werden.

Speierer stellt die Essstörungen in die Nähe der psychosomatischen Erkrankungen und entwickelt auf der Grundlage eigener Forschungen Hypothesen über „die spezifische Inkongruenzdynamik“ solcher Störungen (vgl. S. 356).

Vor diesem Hintergrund hat Voigt (1996) anorektische und bulimische Patientinnen mit dem Ziel untersucht, Informationen zur Inkongruenzdynamik Essgestörter zu bekommen und diese Dynamiken mit denen anderer Störungen zu vergleichen. Sie analysierte die Transskripte von ca. einstündigen Interviews mit jeweils vier Frauen mit Anorexia nervosa und mit Bulimia nervosa und ermittelte so überindividuelle Aspekte der Inkongruenzdynamik von Patientinnen mit unterschiedlichen Essstörungen, von denen an dieser Stelle nur einige beispielhaft aufgeführt werden können:

Als *sozial-kommunikative Basis der Inkongruenz* identifiziert die Autorin bei Frauen mit Essstörungen die Erfahrungen von u. a. Abwertung, Nichtbeachtung, Übergehen und Nichternstnehmen ihrer Wünsche, Bedürfnisse und Gefühle durch die soziale Umwelt, insbesondere durch die Eltern. Die Betroffenen werden in Bezug auf ihre Leistungsfähigkeit verunsichert und entmutigt. Gleiches gilt für ihre Selbstständigkeitsbestrebungen.

Als *lebensereignisbedingte Basis* der Inkongruenz hat die Autorin bei diesen Patientinnen Versagen in Leistungssituationen und Beziehungsabbrüche (reale oder befürchtete) beobachtet.

Die *gegenwärtigen Erfahrungen* der betroffenen Frauen würden durch eine tiefe Unsicherheit gegenüber ihren eigenen Wünschen, Bedürfnissen und Gefühlen beherrscht.

Das *gegenwärtige Selbstkonzept* der Frauen sei dadurch gekennzeichnet, dass sie einen „objektiven“ (externen) Maßstab für die Einschätzung ihrer inneren Befindlichkeit benötigten. Als ihr Handlungsregulativ gelte die Anpassung an die Erwartungen der Umwelt. Versagen der Selbstdisziplin und der Selbstkontrolle,

Insuffizienz in der Kontrolle des Körpers sowie Leistungsversagen seien Erfahrungen, die das Selbst der betroffenen Frauen in extremer Weise bedrohten.

Im Rahmen einer 2002 in Hamburg begonnenen empirischen Untersuchung von ambulanter Gesprächspsychotherapie mit bulimischen Klientinnen sind Leitlinien (siehe Abschnitt zur Bulimia nervosa in dieser Arbeit sowie in Eckert, Biermann-Ratjen & Höger, 2006) auf der Grundlage von Überlegungen zur Ätiologie von Essstörungen formuliert worden. Diese aus eigenen und fremden Beobachtungen – wie den hier referierten – abgeleiteten auch entwicklungspsychologischen Vorstellungen sollen im Folgenden kurz wiedergegeben werden:

In den ersten Lebensjahren kann es zur Entwicklung einer so genannten *primären Inkongruenz* (vgl. Biermann-Ratjen & Swildens, 1993) als Folge mangelnder Empathie, Kongruenz und nicht unbedingter Wertschätzung durch die primären Bezugspersonen kommen. Das Kind kann nur Erfahrungen in sein Selbstkonzept integrieren, die von wichtigen kongruenten Bezugspersonen empathisch verstanden und bedingungslos wertgeschätzt (an-erkannt) werden. Es kann sich also eine Diskrepanz zwischen der Gesamtheit der organismischen Erfahrungen, die das Kind gemacht hat, und denen, die in seinem Selbstkonzept repräsentiert werden, entwickeln. Es kann so ein Selbstkonzept entstehen, das verletzlich ist, denn Erfahrungen, die bei ihrem ersten Auftreten nicht in das Selbstkonzept integriert werden konnten, stellen, wenn sie sich wiederholen, eine Bedrohung des Selbstkonzepts dar. Diese primäre Inkongruenz – es gibt Erfahrungen, die nicht in das Selbstbild integriert werden können – kann in Selbstzweifeln und Minderwertigkeitsgefühlen erlebt werden und zu Einschränkungen im Verhalten sowie in der bewussten Erfahrung führen; bis zur Stagnation der Selbstentwicklung.

Von einer *sekundären Inkongruenz* wird gesprochen, wenn sich früher nicht „anerkannte“ (auch Inkongruenz-)Erfahrungen wiederholen, nicht erfolgreich abgewehrt werden, aber auch nicht oder nicht vollständig bewusst bzw. in die Selbsterfahrung integriert werden können, sich also Symptome bilden: Die Person macht dann Selbsterfahrungen bzw. werden ihr Einschränkungen im Verhalten und in der bewussten Wahrnehmung bewusst, die sie nicht kontrollieren und nicht mit ihrem Selbstverständnis vereinbaren kann. Sie kann sich in ihnen z. B. nicht verstehen und akzeptieren.

Es ist sinnvoll (vgl. Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 2003; Biermann-Ratjen, 2002; Biermann-Ratjen, 2002a) zwischen mehr oder weniger „frühen“ Störungen zu unterscheiden und, dieser Differenzierung entsprechend, zwischen mehr oder weniger frühen Phasen der Selbstkonzeptentwicklung. Biermann-Ratjen (z. B. 2006, S. 88–91) unterscheidet drei Entwicklungsphasen:

Phase 1: Wenn die Bedingungen für die Selbstentwicklung (Kontakte mit Bezugspersonen, die das Kind empathisch verstehen und ohne Bedingungen annehmen und dabei kongruent bleiben) in hinreichendem Maße gegeben sind, werden in einer ersten

Phase Erfahrungen des Angenommenwerdens als erfahrendes und fühlendes Wesen in das Selbstkonzept integriert. Wenn das nicht in hinreichendem Maße der Fall ist, wird die primäre Inkongruenz darin sichtbar, dass jede affektive Erfahrung eine Bedrohung des Selbstkonzepts darstellt bzw. jede affektive Erfahrung, die nicht abgewehrt werden kann, sekundäre Inkongruenz auslösen kann.

Phase 2: In einer zweiten Phase wird der Prozess des Teilens von Erfahrung mit wichtigen Bezugspersonen wesentlich – ebenso bedeutsam wird die Überprüfung von Erfahrungen als das Selbstbild und die Selbstachtung bestätigend oder bedrohend. Das Kind kann nun auch in seiner Erfahrung der Bedrohung seines Selbstkonzepts oder in der Stagnation der Entwicklung, z. B. in der Form von Angst oder Protest oder Depression, empathisch verstanden werden. Auch diese Erfahrungen können „anerkannt“ werden, bzw. auch die Erfahrung von Inkongruenz kann in das Selbstkonzept integriert werden: „So geht es mir bei Erfahrungen, die mich in meinem Selbstverständnis erschüttern.“

Phase 3: Wenn die Phase 2 erfolgreich durchlaufen worden ist, kann sich das Kind seinen spezifischen Entwicklungsmöglichkeiten zuwenden, entdecken, was es sein und werden kann, bzw. nicht sein und werden kann, z. B. und vor allem als männlicher oder weiblicher Mensch. Auch die Integration dieser Selbsterfahrungen ist abhängig davon, dass das Kind in ihnen und in den mit ihnen verbundenen Affekten verstanden und ohne Bedingungen akzeptiert wird.

Die Essstörung als eine spezifische Form der sekundären Inkongruenz, erlebt vor allem als Angst in Beziehungen und im Umgang mit sich selbst, die sich in Vorstellungen über den eigenen Körper ausdrückt, wird in ihrer Genese der dritten Entwicklungsphase zugeordnet. D. h. die *primäre Inkongruenz* entsteht in der dritten (und letzten) Entwicklungsphase, wenn die wichtigen Bezugspersonen die Erfahrungen der eigenen spezifischen Entwicklungsmöglichkeiten z. B. als Junge oder Mädchen und die mit ihnen verbundenen Affekte nicht verstehen und/oder bewerten.

Die *sekundäre Inkongruenz* entwickelt sich in Beziehungen, in denen sich diese nicht anerkannten Erfahrungen bzw. die zu ihnen gehörenden Inkongruenzerfahrungen (bzw. deren Symptomatik) wiederholen, sobald sie dem Bewusstsein nicht mehr vollständig vorenthalten werden können. Das Essstörungs-Syndrom kann als spezifischer Versuch verstanden werden, das Bewusstwerden solcher Erfahrungen (und der damit verbundenen Angst) zu verhindern oder zu begrenzen.

Konzeptionelle Beiträge zur Anorexia nervosa

Zu den ersten klientenzentrierten konzeptionellen Beiträgen bezüglich Anorexia nervosa gehören die Ausführungen von Binder & Binder (1979). Am Beispiel der Anorexia nervosa verdeutlichen sie in ihrem Buch zur Klientenzentrierten Psychotherapie bei schweren

psychischen Störungen einen Begriff, der für ihre Theorie der Person und ihre Therapietheorie von besonderer Wichtigkeit ist: den Begriff der „Intensität“ und deren Störung. Sie liefern damit aber einen wichtigen Beitrag zum Verstehen der bei Anorexia nervosa zu beobachtenden Phänomene.

Die Autoren stellen ein von ihnen entwickeltes „Modell der veränderungsorientierten Person“ den „klassischen“ Personenmodellen gegenüber:

Das Modell besagt, dass jeder Mensch simultan mehr als nur eine Möglichkeit der Selbstverwirklichung besitzt, und dass die motivierende Kraft des Idealbildes der reifen Persönlichkeit [der „klassischen“ Personenmodelle, d. A.] diesen Prozess der Selbstaktualisierung behindert, erschwert oder ganz unmöglich macht. (S. 47)

Entsprechend sind bei einem entwicklungsorientierten Personenmodell nicht „Endziele“ vorzugeben (wie bei klassischen Modellen), sondern die Bedingungen für eine mehrdimensionale Selbstaktualisierung zu beschreiben und zu sichern.

Zu diesen gehört die Intensität von Erleben. Intensitätsstörungen, -verschiebungen, -mängel und -überhöhungen spielen bei psychischen Störungen eine bedeutsame Rolle. Intensives Erleben (vgl. S. 62) hat Gegenwartscharakter und ist nicht verwaschen und verwischt durch relativierende vergangenheitsbezogene oder zukunftsbezogene Qualitäten. Intensität des Erlebens bedeutet, sich nicht vom eigenen Erleben und den zu ihm gehörenden anderen Personen zu distanzieren oder sich dem eigenen Erleben zu entziehen. Es ist verbunden mit Lebendigkeit, Erregung und Bereitschaft. Und es ist vergleichsweise wenig störrisch. Intensives Erleben ist ausschließlich, nicht begleitet von gleichzeitigen Nebenerfahrungen oder -empfindungen. Intensives Erleben hat eine quasi-biologische Ablaufdynamik und ist verbunden mit einer Kompetenzerfahrung. Die Person erlebt sich selbst als die Urheberin ihrer Erfahrung.

Kompetenz-Erfahrung, die verbunden ist mit quasi-biologischer Ablaufdynamik, ist wesentlich für die durch Intensität gegebenen Veränderungsmöglichkeiten. Kompetenz schafft Distanz von externalen wie internal-normorientierten Bezugssystemen. Bio-Abläufe sind mit Motivationsstärken verbunden, die für Veränderung notwendige Personenfreiräume temporär herstellen können (S. 69).

Intensität strukturiert ferner durch die Markierung von Erlebnissen das Erleben und die Erfahrungen u. a. mit der Folge, dass sie die persönliche Vergangenheit lebendig, prozesshaft erfahrbar machen (S. 72).

Zum Verständnis der Anorexia nervosa – mit Hilfe der beobachtbaren Intensität ihres Erlebens – erscheinen den Autoren folgende Gesichtspunkte wesentlich (S. 92–98):

Extreme Selbstkontrolle:

Mit dieser reduzieren die Betroffenen ihren Erlebnisbereich. Der Kampf um Kontrolle bedeutet zwar intensives Erleben, andere

Bereiche oder Gefühlsmöglichkeiten bleiben jedoch unterdrückt, indem nicht gewagt wird, „drauflos zu fühlen oder zu erleben“. Im Hungern wird ebenfalls Intensität erlebt. Gleichzeitig verarmt das Erleben, bleibt undynamisch, einseitig und starr.

Der Ist-Zustand wird als ungültige Vorbereitungsphase erlebt:

Anorektische Personen leben auf einen Zeitpunkt hin, zu dem sie eine bestimmte Veränderungsarbeit geleistet haben werden, an dem das Leben beginnen soll, bestimmte Zielvorstellungen verwirklicht sind, ein anderes Selbstwertgefühl erreicht ist. Das alles ist mit Nahrungsaufnahme und Körpergewicht verknüpft: z. B. „Das Leben beginnt, wenn ich noch 5 kg leichter bin, wenn ich wieder normal essen kann, etc.“

Erlebniskanalisierung auf den Bereich Nahrungsaufnahme und Körpergewicht:

Dieser Bereich dient als Strukturierung, als Orientierung und als Stimmungsbarometer. Dadurch bleibt das Erleben für andere Eindrücke weitgehend blockiert. Dieses überwertige Beschäftigtsein mit Essen ist im Allgemeinen weder mitteilbar noch einfühlbar, so dass Personen mit Anorexie mit den für sie wesentlichsten Gefühlen nur schwer erreichbar sind und damit meist beziehungslos bleiben.

Selbstverwirklichung durch Verweigerung:

Ein Gefühl von Urheberschaft bei Gefühlen und Verhalten wird nur in der Verweigerung erlebt. Das Funktionieren im Leistungsbereich ermöglicht nicht die Erfahrung, Urheberin der eigenen Erfahrungen zu sein, sondern ist lediglich der Versuch, mangelndes Selbstwertgefühl zu kompensieren. Essensverweigerung kann stellvertretend für Beziehungsverweigerung stehen, wenn Beziehung überwiegend so erlebt wird, dass Erwartungen erfüllt werden müssen.

Störungen der Selbstwahrnehmung:

Personen mit Anorexie können ihre Gefühle, ihre Bedürfnisse, ihren Körper nicht adäquat wahrnehmen. Sich nicht empfinden zu können, bedeutet einen Mangel an Intensität, der sich als diffuse Angst, Leere, Entfremdung, Ruhelosigkeit äußert.

Selbstwertprobleme:

Das Selbstbewusstsein ist oberflächlich intakt (Anorektiker funktionieren, organisieren, sind immer für andere da). Sie erleben sich jedoch in hohem Maße als die Erwartungen anderer erfüllend, moralischen Forderungen entsprechend, etc. Das eigentliche Grundgefühl ist Hilflosigkeit, Schwäche und mangelnder Selbstwert.

Hungern und Dünnssein als Kompetenz-Erfahrung:

Im Hungern und Dünnssein kann eine Kompetenz-Erfahrung liegen, die mit Intensität und Hochgefühlen des Durchhaltenkönnens und der Unabhängigkeit verbunden ist. Gleichzeitig werden jedoch Einengung, Unfreiheit und Abhängigkeit vom Durchhaltenkönnen,

Scham- und Schuldgefühle, Ohnmachts- und Minderwertigkeitsgefühle erlebt.

Franke (1981) zeigt anhand theoretischer Überlegungen, dass die Klientenzentrierte Psychotherapie eine zur Behandlung von Patientinnen mit Anorexia nervosa geeignete Methode sein kann. Sie überprüft zunächst die theoretischen Grundannahmen und dann deren praktische Umsetzung.

Die typischen Defizite der Patientinnen, die abgesehen vom Essverhalten beobachtet werden können, seien: eine gestörte Körperwahrnehmung; die Unfähigkeit, Körpersensationen und Emotionen adäquat wahrzunehmen und zu interpretieren; ein gestörtes Selbstkonzept. Aus Klientenzentrierter Sicht bedeute das einen Mangel an Selbstexploration: Unklarheit im Erleben und Fühlen; Mangel an neuen Erfahrungen, ein starres und eingeengtes Selbstkonzept; Angst, das starre, rigide Konzept könnte ins Wanken geraten. Damit entsprächen die Patientinnen genau der Person, wie sie von Rogers für den Beginn einer Therapie beschrieben wird, dem Gegenteil einer „fully functioning person“.

Darüber hinaus findet die Autorin eine hohe Übereinstimmung zwischen den Forschungsergebnissen zur Genese der Anorexie (das Kind erhält keine Möglichkeit, seine eigenen Gefühle kennenzulernen, sich selbst als eigenständige Person zu erfahren) und den allgemeinen Annahmen Rogers' über die Entwicklung psychischer Störungen.

Entsprechendes gelte für das Ziel der Anorexie-Behandlung: Rogers definiere das Therapieziel, dass der Patient lernen müsse, sein eigenes Fühlen, Empfinden und Erleben kennenzulernen und zu akzeptieren, und dadurch ein Selbstkonzept aufzubauen, das es ihm ermöglicht, sein Leben eigenständig zu gestalten. Wenn dieses Ziel erreicht sei, werde der Patient von sich aus die angemessenen Verhaltensweisen zeigen. Auf die Anorexie bezogen, würde das bedeuten: Wenn die Patientin gelernt hat, sich mit ihren Gefühlen als eigenständige Person anzuerkennen, ist der entscheidende Schritt getan, und sie wird ihr Essverhalten von sich aus ändern.

Schwierigkeiten in der Therapie von Patientinnen mit Anorexie ergeben sich nach Franke auch aus folgenden Besonderheiten: Sie empfinden sich nicht als krank und therapiebedürftig; weisen das Beziehungsangebot des Therapeuten zurück; perseverieren auf einem Thema; weisen konkrete therapeutische Vorschläge ab. Der Klientenzentrierte Therapeut sei in der Lage, mit diesen problematischen Verhaltensweisen umzugehen und trage gerade durch sein spezifisches Beziehungsangebot dazu bei, dass die Patientin ihre Defizite überwinden kann:

Dadurch, dass der Therapeut den Inneren Bezugsrahmen der Patientin einzunehmen versucht, könne sich die Patientin als eigene Person erleben, könne ihr deutlich werden, dass sie überhaupt eigene Einstellungen und Ansichten hat. Dadurch, dass der Therapeut auch das Erleben der Patientin akzeptiert, nicht krank zu sein, erhalte die Klientin die Möglichkeit, diese eigene Einschätzung zu

reflektieren und ihre Verteidigungshaltung aufzugeben. Das Festhalten der Patientin am Thema Essen könne vom Therapeuten reflektiert werden, sobald die Schilderungen einen Bezug zum Erleben der Patientin bekommen. Dadurch, dass der Therapeut keine konkreten Verhaltensvorschläge macht, kommt er nicht in die Gefahr, dass seine Vorschläge zurückgewiesen werden. Die Verweigerung des Kontaktes stelle kein wesentliches Hindernis dar, da die Klientenzentrierte Therapie keine offene Beziehung zwischen Patient und Therapeut voraussetze, sondern diese zum Ziel habe. Die Klientenzentrierte Therapie biete die Möglichkeit, dass ungünstige soziale Lernerfahrungen der Patientinnen revidiert werden können, da sie den bisherigen Erfahrungen der Patientinnen zuwiderläuft und damit neue, alternative Verhaltensweisen eher herausfordert, als alte aufrecht erhält. Zum Beispiel werde die Patientin in ihrer Erwartung, dass auch der Therapeut sie zum Essen bringen will, enttäuscht. Hierin sieht die Autorin die Quelle für eine neue, entscheidende Lernerfahrung. Gleiches gilt für Erwartungen bezüglich Fragen und Kontrollen über Essensgewohnheiten und Gegenmaßnahmen.

Trotz dieser optimistischen Einschätzung und offenbar eigener guter Erfahrungen bei der ambulanten Behandlung von Patientinnen mit Anorexie empfiehlt Franke dringend, Anorexia nervosa niemals „als Einzelkämpfer zu behandeln, sondern sich vor Beginn einer solchen Behandlung der Mitarbeit eines Teams oder zumindest einer Supervisionsgruppe zu versichern, die in kritischen Situationen jederzeit konsultierbar ist. Die Kooperation mit einem Arzt ist – wie bei der Behandlung aller psychosomatischen Störungen – eine Selbstverständlichkeit“ (S. 156). Es sei gerade für einen klientenzentriert arbeitenden Psychotherapeuten manchmal schwer zu entscheiden, wie lange er das Vertrauen in die positiven Kräfte der Patientin zur Selbstfindung und Heilung aufrechterhalten kann.

Im Anschluss an seinen oben bereits dargestellten Beitrag zu Essstörungen allgemein, in dem er die Nähe der Anorexie zu anderen Essstörungen, wie der Bulimia nervosa, und zu den Abhängigkeitserkrankungen betont, geht Swildens (1991) auch auf Aspekte der Therapie der Anorexia nervosa ein, die er anhand von Fallvignetten und Auszügen von Therapieprotokollen illustriert und diskutiert.

Zunächst äußert er sich zur Phänomenologie: Das Dasein von Patientinnen mit Anorexie sei auf eine ganz besondere Weise verändert und begrenzt. Er habe einerseits Patientinnen erlebt, die zurückgezogen und scheu sind, zunehmend aber auch Frauen mit Anorexie, die Beziehungen eingehen und verheiratet sind. In der bisherigen Literatur würden die Mütter der Patientinnen stereotyp angeklagt. Swildens bezweifelt ihre herausragende Rolle bei der Entstehung der Anorexie, hebt mehr den aktiven Anteil der Patientinnen an der Entwicklung und Gestaltung ihrer Beziehungen hervor.

Die Patientin manipulierte ihren Körper, „reduziert ihn zu einem Körperding“, auf eine kaum durchbrechbare Art und Weise mit dem Ziel, sich aus ihrer depressiven Gestimmtheit zu befreien. Sie blo-

ckiere ihren existenziellen und biologischen Prozess und mache damit die Zukunft unmöglich (S. 171). Gleichzeitig mache sie sich unschuldig. Um das zu erreichen, sei ihre Mythe notwendig.

Die Mythe schließt die Symptome ein, und die Symptome fügen sich um die Mythe. Die Symptome sind als Körper ein lebendes Mahnmal für die Schuld der anderen ... Der Anklagecharakter der Magerkeit kann nur aufrecht erhalten bleiben, wenn auch ein Angeklagter da ist, und so schließt sich die Mythe um das Symptom.

... nicht die Vergangenheit bestimmt das Auftreten des Symptoms, sondern das Symptom nötigt zu einer bestimmten Interpretation der Vergangenheit, wobei einige Aspekte – Mängel in den Beziehungen – überbelichtet werden, während andere abgeschirmt sind. Das Resultat dieser zum Symptom passenden Interpretation der Vergangenheit ist die individuelle Mythe des Klienten. (S. 172)

Im Zentrum der Mythe der anorektischen Patientin stehe die Geschichte vom „Nicht-gehört-Werden“, „Überflügelt-Werden“, „keinen Raum für sich selbst erhalten“, „beherrscht werden“ durch die dominante Sorge der Mutter. Als Antwort auf das „Selbst-nicht-dasein-Dürfen“ wird mit einem Protest reagiert, der die Bezugspersonen machtlos macht und der die Patientin selbst in ihrer Autonomie bestätigt.

Für Swildens ergeben sich aus der Mythe die Anforderungen an den Therapeuten vor allem in der Prämotivationsphase der Therapie: Er dürfe nicht zur mahnenden Bezugsperson werden und den Kampf mit der Patientin um das Essen fortsetzen. Er müsse die Autonomie der Patientin respektieren, eine wirksame Beziehung schaffen, einen Kontrakt mit der Patientin schließen. In diesem werde das Körpergewicht ein wichtiger Punkt sein. Gerade das Ansprechen des Körpergewichts lasse die Motivation der Patientin wieder sinken. Dieses Problem sei nicht dadurch zu lösen, dass es an ärztliche Kollegen übergeben wird. Und es sei ein „Denkfehler“ anzunehmen, dass die Patientinnen wieder zu essen beginnen, wenn ihre Probleme gelöst sind. Die eigentliche Problematik werde erst dann wahrnehmbar und fühlbar, wenn die anorektische Patientin das Fasten und das Magersein aufgibt. Swildens empfiehlt für die ambulante Therapie: Bei mindestens 25% Untergewicht ist auf eine stationäre Behandlung zu verweisen. Gespräche werden erst möglich, wenn ein akzeptables Gewicht erreicht ist (z. B. 10% Untergewicht) und es kein Erbrechen und keinen Gebrauch von Abführmitteln mehr gibt. Unter stationären Bedingungen empfiehlt er, dass der Therapeut zwar Kontakte mit der Patientin haben sollte, aber die eigentlichen Therapiegespräche erst dann stattfinden, wenn die Minimalbedingungen erfüllt sind.

In der Symptomphase könne das therapeutische Vorgehen dann weitgehend rein klientenzentriert sein. Allerdings habe der Therapeut auch in dieser Phase immer noch die Aufgabe, den Verlauf der Therapie zu überwachen und gegebenenfalls zu lenken. In

der Symptomphase gehe es um das „Durcharbeiten des Alibis, das Aufzeigen neurotischer Mechanismen, welche Wahl und Entscheidung verhindern, und auch das Feststellen und Bearbeiten von Widerständen“ (S. 183).

In der Konflikt-/Problempphase sollte der Therapeut überwiegend klientenzentriert auch im Sinne von „nachfolgend“ vorgehen, da eine Verstärkung der Spannung oder eine Erhöhung des Widerstandes ein Wiederkehren des „Dranges“ zur Folge haben könnte.

In der existenziellen Phase kann die Patientin die Bedeutung des Alleinseins erkennen, Verantwortung tragen und Autonomie bewahren voneinander unterscheiden, die „Last der Freiheit“ anerkennen (S. 184).

In der Abschiedsphase sei mit der „Angst vor echter Selbstständigkeit“ (S. 184) zu rechnen. Die früheren Strategien der Patientin könnten wieder auftauchen. Es empfehle sich, beizeiten ein vorläufiges Datum für das Behandlungsende zu verabreden, ein „Abbauschema“ mit abnehmender Gesprächsfrequenz aufzustellen und dem Thema Abschied so ausreichend Raum zu geben.

Wie bereits bei Franke (1981) und Swildens (1991) anklingt, geht es bei der Anorexiebehandlung immer wieder um das Problem der Gewichtskontrolle. Schützler, Bischof und Wolff (2006) diskutieren unter der bezeichnenden Überschrift „Wenn du zunimmst, mag ich dich so, wie du bist ...“ anhand der Literatur zur Gesprächspsychotherapie der Anorexie Möglichkeiten des klientenzentrierten Umgangs mit diesem Problem. Der körperliche Zustand von Personen mit Anorexie mache symptombezogene Strategien notwendig, vornehmlich Gewichtskontrolle und Kontrolle der Nahrungsmengen wie -mittel. Kontrolle – Überprüfung des Verhaltens einer Person – stehe aber im Widerspruch zum klientenzentrierten Selbstverständnis. Die Notwendigkeit eines Behandlungsvertrages, der die Bedingung Gewichtszunahme stelle, lasse „auf den ersten Blick“ eine Klientenzentrierte Therapie als nicht indiziert erscheinen, denn so ein Vertrag widerspreche dem Prinzip der bedingungslosen Wertschätzung. Rogers gehe davon aus, dass sich Veränderungen im Verhalten fast von selbst einstellen, wenn eine Reorganisation der Wahrnehmungsstruktur erlebt wird. Angesichts der zum Teil lebensbedrohlichen Konsequenzen der Anorexia nervosa „scheint jedoch keine Zeit, darauf zu warten und zu vertrauen“ (S. 21). Das spreche eigentlich gegen die Indikation einer Klientenzentrierten Psychotherapie bei einer Anorexie, auch wenn diese die von Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz (2003) formulierten Indikationskriterien erfülle. Die Autoren zeigen dann anhand der Literatur, wie unterschiedlich klientenzentriert arbeitende Psychotherapeuten mit diesem Problem umgehen. Sie stellen zwei Vorgehensweisen dar, die Gewichtskontrolle und bedingungslose Wertschätzung für miteinander vereinbar halten: Uhde (1986, siehe unten in dieser Arbeit) und Swildens (1991, siehe oben). Für die Gegenposition gehen sie auf die Arbeiten von Petersen (1997, siehe unten) und Grimm (1989, siehe oben) ein. Zusammenfassend stellen sie fest, dass es

innerhalb der Klientenzentrierten Therapie eine große Bandbreite von Argumenten und Erfahrungen sowohl für als auch gegen gewichtskontrollierendes Vorgehen gibt. Für die einen sei es Voraussetzung für eine Therapie, andere würden es als sekundär betrachten. Die Autorinnen verweisen abschließend auf das Prinzip der Kongruenz des Therapeuten. Sie beinhalte, dass der Behandelnde sich über seine Motive – für welches Vorgehen in der Therapie auch immer – im Klaren ist, und schließe die Bereitschaft ein, für das eigene Handeln Verantwortung zu übernehmen, die eigenen Motive zu reflektieren und gegebenenfalls dem Klienten gegenüber transparent zu machen. Kongruenz ist eng verbunden mit bedingungsloser Wertschätzung. Die Autorinnen fassen zusammen: „Wenn jedoch klientenzentriertes Handeln als Beziehungshandeln zu verstehen ist, dann sind auch gewichtskontrollierende Strategien und ihre Indikation – stärker als bislang – im Kontext der Therapeut-Klient-Beziehung zu diskutieren“ (S. 24).

Konzeptionelle Beiträge zur Bulimia nervosa

Hölzle (1986) betrachtet die Bulimie als eine psychische Erkrankung, in der das Erleben u. a. durch Aspekte gekennzeichnet sei, die mit denen anderer Suchterkrankungen vergleichbar sind. In ihrem Behandlungskonzept beschreibt sie drei Phasen der Therapie:

- (1) In der ersten Phase (Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und Entwicklung der Selbstexploration) gehe es darum, das Ausmaß der Essstörung und den Einfluss der „Sucht“ auf Beziehungen, Befinden, Körpererleben und Selbstkonzept mit der Patientin gemeinsam zu durchleuchten. Besondere Schwierigkeiten ergäben sich in dieser Phase daraus, dass in der Klientin zwar Einsichten erwachsen können, die jedoch nicht mit Verhaltensänderungen verbunden sind („Die Therapie bringt ja gar nichts.“).
- (2) In der zweiten Phase (Aufbau der Abstinenz) gehe es darum, das süchtige Essen nach und nach aufzugeben. Wie bei allen Süchten löse die Vorstellung, nie mehr Suchtverhalten zeigen zu dürfen, große Angst aus. Die Autorin empfiehlt eine intensive therapeutische Begleitung in dieser Phase.
- (3) In der dritten Phase (Konsolidierung) mache die Klientin die Erfahrung, dass sie durch die Abstinenz an Lebensqualität gewinnt. Lebendigkeit, Kontaktfähigkeit und Selbstbewusstsein nähmen zu. Der neu erschlossene Gefühlsreichtum solle bestärkt werden. Wichtig sei in dieser Phase, den Umgang mit Rückfällen zu thematisieren.

Die Autorin beschreibt die folgenden besonderen Schwierigkeiten in der Therapie:

Motivation und Krankheitseinsicht: Oft kämen die Betroffenen erst in einer finanziellen und sozialen Drucksituation. Viele seien der Überzeugung, dass sich „etwas“ ändern muss. Der Schritt zur eigenen Motivation und Krankheitseinsicht sei häufig sehr schwer.

Direktivität bzw. Verlassen der Sichtweise der Patientin: Mit der Strategie: „Wenn ich keine Arbeits-, Beziehungs-, Selbstwertprobleme hätte, hätte ich auch keine Essattacken mehr!“ werde die Einsicht abgewehrt, dass erst mit der Aufgabe des Suchtverhaltens gesehen werden kann und muss, welche Probleme wirklich vorhanden sind. Eine Umdeutung der Überzeugungen der Klientinnen sei nach allen Erfahrungen sehr wichtig, bedeute aber auch, dass ihre Sichtweise verlassen werden muss.

Geduld: Die Therapien seien zäh und langwierig. Es sei nicht einfach, in Rückfallphasen die länger anhaltende resignierte und lähmende Atmosphäre auszuhalten und nicht stellvertretend Motivations- und Handlungsimpulse zu geben.

Abschließend gibt die Autorin Hinweise, was sich als hilfreich für den Therapeuten erwiesen habe: Das Therapiekonzept sollte für die Klientin transparent gemacht werden, was eine Konfrontation der Patientin mit dem Suchtmodell und das Herstellen von Konsens über die einzelnen Veränderungsschritte einschließe. Die Patientinnen sollten in Gruppen behandelt werden, da die gemeinsame Betroffenheit offenes Sprechen erleichtere und gegenseitiges Unterstützen fördere. Eigene Omnipotenzwünsche der Behandelnden müssten immer wieder reflektiert werden. Die Angst davor, in den Therapien direktiv vorzugehen, was die Autorin für notwendig hält, wird als Ausdruck einer Omnipotenzphantasie angesehen, die irrtümlicherweise davon ausgehe, Menschen tatsächlich therapeutisch manipulieren zu können.

Bettermann, Finke, Gastpar und Böhme (1996) stellen ein Konzept zur stationären Gesprächspsychotherapie bei Bulimie vor. Das auf 10 bis 12 Wochen Dauer angelegte Behandlungsprogramm sieht Gesprächspsychotherapie mit einer Einzelsitzung und vier Gruppensitzungen pro Woche vor. Weitere Programme ergänzen die Behandlung: Gestaltungstherapie; Konzentrierte Bewegungstherapie; verhaltenstherapeutisch orientierte, soziotherapeutische sowie die Kreativität fördernde Programme. Primäres Ziel der Behandlung sei die affektive Stabilisierung als Voraussetzung für nachgeordnete spezifische Behandlungen der Bulimie. Anhand einer kurzen Fallvignette wird das therapeutische Vorgehen dargestellt. Die gesprächspsychotherapeutische Arbeit wird als eine „einsichtsorientierte, konflikt-aufdeckende und erlebnisaktivierende Arbeit“ (S. 87) bezeichnet.

In der Beschreibung des Therapiekonzepts werden die Bulimie kennzeichnenden Themenkomplexe benannt, und es wird ausgeführt, wie der Therapeut klientenzentriert mit diesen Themen umgehen könnte:

(1) Themenkomplex: *Symptomatik*

Zunächst habe das Symptom thematisch ganz im Mittelpunkt zu stehen. Akzeptanz, Respekt und Wertschätzung seitens des Therapeuten ermöglichten es der Patientin, über ihr maßloses Essbedürfnis, das anschließende Erbrechen und die mit beidem einhergehenden Gefühle zu sprechen.

(2) Themenkomplex: *Bedürfnis nach Geborgenheit, Abhängigkeit und Getragensein*

Der Therapeut sollte durch sein Einfühlerndes Verstehen die Patientin dazu stimulieren, „die verschiedenen Aspekte ihrer Sehnsüchte auszuphantasieren“ (S.92). Auch die in der therapeutischen Beziehung aktualisierten Bedürfnisse und Sehnsüchte der Patientin seien anzusprechen.

(3) Themenkomplex: *Autonomie*

Autonomietendenzen spielten – als die Kehrseite der Wünsche nach Geborgenheit – im Erleben der Patientinnen mit Bulimie eine besondere Rolle, meistens offen und manifest, seltener versteckt. Der Therapeut sollte die Widersprüchlichkeit dieses Erlebens zwar verdeutlichen, sie aber zunächst gelten lassen und die Patientin nicht zu einem konsequenten Handeln auffordern. Diesbezügliches Konfrontieren sollte allenfalls vor dem Hintergrund einer akzeptierenden und nicht-direktiven Haltung geschehen.

(4) Themenkomplex: *Diskrepanzen zwischen einem von der Patientin selbst formulierten Therapieziel und ihrem tatsächlichen Essverhalten*
Auf eine solche Diskrepanz sollte in einer Form hingewiesen werden, „die der Patientin auch hier eine verstehende Auseinandersetzung mit ihrem eigenen Verhalten ermöglicht“ (S. 92). Widersprüchliches Verhalten sollte nicht negativ bewertet oder geahndet, sondern verstanden werden.

Abschließend betonen die Autoren, dass „die akzeptierende und gewährende Haltung in der stationären Gesprächspsychotherapie nie absolute Gültigkeit haben kann“. Dem stünden die Regeln des Zusammenlebens auf einer Station, die Notwendigkeit, Regelverstößen auch disziplinarisch zu begegnen, und die Gefahr, dass das Problemverhalten andernfalls verstärkt würde, entgegen. Im Einzelfall könne es auch erforderlich sein, bestimmte Verpflichtungen, die eine Patientin hinsichtlich ihres Essverhaltens eingegangen sei, zu kontrollieren.

Hummel und Doerr (1996) beschreiben anhand von drei Falldarstellungen ihre Erfahrungen in der ambulanten Behandlung von Klientinnen mit Essstörungen, die in ihrer Kindheit sexuell missbraucht und ausgebeutet wurden. Für sie stehen bei der Behandlung der Essstörungen die Hintergründe des beobachtbaren gestörten Essverhaltens im Mittelpunkt. Der Sinn und die Funktion der Essstörung für die Betroffenen sei von Bedeutung. Das Verstehen dieser Hintergründe eröffne den Weg zur Auflösung der Störung, die hier als Aspekte von Überlebensstrategien bzw. als Teil eines Versuches angesehen werden, mit traumatisierenden Erfahrungen weiterleben und überleben zu können.

Die folgenden Funktionen der Essstörungen als Folge von Traumatisierungen werden beschrieben:

- *Reinszenierungsaspekte*: Ein Teil der Reinszenierung des Traumas kann auch dadurch stattfinden, dass wichtige Lebensäußerungen (z. B. Nahrungsaufnahme) mit Heimlichkeit verbunden werden. Besonders bei der Bulimia nervosa fällt diese Heimlichkeit auf.
- *Entschärfung von Hilflosigkeit* durch Schuldgefühle: Im Zusammenhang mit gestörtem Essverhalten werden starke Scham- und Schuldgefühle erlebt, als habe die Patientin Schuld an diesem Problem und sei nicht sein Opfer.
- *Umgang mit Macht und Ohnmacht*: Essstörungen imponieren sehr häufig als eine Form der Machtausübung am eigenen Körper. Während früher andere Macht über ihren Körper ausübten, tut die Patientin es jetzt selbst.
- *Reinigungsritual*: Massives Erbrechen oder Abführen kann die Funktion eines Reinigungsrituals haben. Der Körper wird von etwas gereinigt, das zuvor in den Körper aufgenommen wurde.
- *Trostfunktion*: Sich mit Nahrungsmitteln voll zu stopfen kann eine betäubende und/oder tröstende Funktion haben.

In den Therapien müssen die Funktionen, welche Essstörungen im Zusammenhang mit Traumatisierungen erfüllen, mit der Lebenssituation und -geschichte in Verbindung gebracht werden. Nach Erfahrung der Autoren verschwindet nach einer Bearbeitung der Traumatisierung die Essstörung ohne weitere Maßnahmen weitestgehend. Zumindest aber kann die Essstörung von der Klientin als Reaktion auf Belastungen reflektiert werden.

Petersen (1996) verknüpft die Darstellung einer Fallgeschichte von Bulimia nervosa mit Überlegungen zur Ätiologie der Störung (vgl. auch Petersen, 1997). Sie stützt sich bei ihren Überlegungen vor allem auf Arbeiten zur Krankheitslehre des Klientenzentrierten Konzepts von Biermann-Ratjen und Swildens (1993), deren Grundannahmen zur Entstehung primärer und sekundärer Inkongruenz wir oben bereits ausgeführt haben.

Im dem von Petersen vorgestellten Fall kam es zur Entwicklung einer primären Inkongruenz, als die Reaktionen des Kindes auf das Verlassenwerden durch die wichtige Bindungsperson (Mutter) ignoriert und negativ bewertet wurden. Das hatte zur Folge, dass das Kind später, anstatt z. B. traurig oder wütend auf ein Verlassenwerden oder die Antizipation eines solchen zu reagieren, mit massiven Ängsten, verlassen oder verstoßen zu werden, reagiert, deren es sich gar nicht bewusst wird.

Die bulimische Symptomatik tritt auf, als die betroffene Frau in Zusammenhang mit einer neuen Beziehung in einen Zustand sekundärer Inkongruenz gerät. In dieser Beziehung und durch diese Beziehung wiederholen sich Erfahrungen der Gefahr des Verlassenwerdens, die die Patientin bereits mit ihrer Mutter gemacht hat. Diese Wiederholung stellt eine massive Bedrohung des Selbstkonzepts und der Selbstachtung dar, die mit Hilfe der Bulimie zugleich ausgedrückt und im Bewusstsein verzerrt oder diesem vorenthalten

wird. „So stellt die Bulimie ein aufsehenerregendes (wenn auch heimlich praktiziertes) Ablenkmanöver von den eigentlichen Gefühlen dar. Es ist der – unvollkommene – Versuch, bestimmter Gefühle nicht gewahr zu werden“ (S. 38).

Wie der von der Autorin vorgestellte Fall verdeutlicht, wird in der Regel die Bulimie im Laufe der Jahre zunehmend selbst zu einer Bedrohung des Selbstkonzepts und der Selbstachtung. Scham- und Ekelgefühle sowie das Gefühl, den Essanfällen ausgeliefert zu sein, führen wiederum zu starken Insuffizienzgefühlen.

Die Autorin beschreibt den Prozess einer fast dreijährigen Therapie (87 Stunden)¹. Abschließend bewertet die Autorin den Therapieverlauf wie folgt:

Da die Therapeutin den Wunsch und die Bereitschaft zur Veränderung habe spüren können, sei es ihr möglich gewesen, ihr Vertrauen in die „Selbstheilungskräfte“ der Patientin aufrechtzuerhalten. Das problematische Essverhalten sei niemals auf Initiative der Therapeutin thematisiert worden. Die Therapeutin vermutet, dass eine Konzentration auf das hinter der Symptomatik stehende Leid verhinderte, dass die Klientin mit ihr „kämpfte“. Die Klientin habe sich schnell ihren eigentlichen Verletzungen zuwenden können. Das Erleben der bulimischen Symptome sei (zunächst zögernd) von der Klientin selbst angesprochen worden. Die Therapeutin hätte nie den Impuls gehabt, regulierend einzugreifen. Mit Interesse und Offenheit sei die Dynamik der Bulimie durch Klientin und Therapeutin betrachtet worden. Da auch diese Erfahrungen nicht korrigiert, sondern bedingungslos wertgeschätzt worden seien, hätte sich die Klientin immer weiter für ihre tiefer liegende seelische Not öffnen können.

In seiner Darstellung der Praxis der Gesprächspsychotherapie geht Finke (2004) in einem eigenen Kapitel auf die Behandlung von Essstörungen ein, wobei er sich auf die Behandlung der Bulimia nervosa beschränkt. Nach einer kurzen Darstellung der diagnostischen Kriterien geht der Autor auf Aspekte der Indikation ein. Die Indikation für eine Gesprächspsychotherapie sei insbesondere bei den Patientinnen gegeben, die ein hohes spontanes Bedürfnis nach Selbstexploration hätten.

Finke empfiehlt ein multimodales Vorgehen, das neben der klärungsorientierten Therapie auch verhaltenstherapeutische, lösungsorientierte, auf das Essverhalten fokussierende und körpertherapeutische Maßnahmen enthalte. Es sei auch bei ambulanter Behandlung anzustreben. Zumindest sollten die Patientinnen zusätzlich zur Gesprächspsychotherapie symptomorientiert arbeitende Selbsthilfegruppen aufsuchen. Der Therapeut hätte dann die Möglichkeit, weitgehend konzeptkonform vorzugehen, sich auf die innere Welt der Patientin zu konzentrieren und müsse sich nicht

ständig um das Essverhalten der Patientin Sorgen machen. Gerade das könne bei der Patientin die Bereitschaft zur Selbstexploration erhöhen. Der Therapeut sollte allerdings nachdenklich werden, wenn trotz scheinbar guter Selbstexploration keine Symptombesserung eintritt.

Anschließend charakterisiert Finke die Inkongruenz bei Patienten mit Bulimie: Sie „besteht in dem Widerspruch zwischen einem auf das Ideal von körperlicher Schlankheit, Attraktivität und absoluter Selbstkontrolle festgelegten Selbstkonzept und dem organismischen Erleben, das von einem Bedürfnis nach rauschhafter Hingabe und Selbstauflösung bestimmt ist“ (S. 142). Die Essgier wird als verzerrte Symbolisierung dieses Bedürfnisses verstanden. Die Essanfälle hätten so auch die Funktion, Gefühle von Einsamkeit, innerer Leere oder Langeweile zu vermeiden. Aufgrund des zwangsläufigen Scheiterns am Ideal der Selbstkontrolle setzten unerträgliche Schamgefühle ein, die das Hungern motivierten, in dem sich der Organismus mit Essattacken wehre. In der Entwicklungsgeschichte dieser Patientinnen finde sich häufig eine Mutter, die in ihrer Wertschätzung und Zuwendung sehr ambivalent war, die Tochter durch Induzieren von Schuldgefühlen an sich zu binden suchte und zugleich auf der Ebene der physischen Attraktivität subtil mit der Tochter rivalisierte. Dadurch hätten das negative Selbstbild, die Neigung zur Selbstentwertung und Schuldgefühle im Selbstkonzept verankert werden können. Die Beziehungserwartungen der Patientinnen mit Bulimie seien einerseits von dem Wunsch nach Anerkennung, Zuneigung und Geborgenheit geprägt, andererseits befürchteten sie, wieder kritisiert und entwertet zu werden. In ihrem Beziehungsangebot seien sie deshalb selbst oft sehr zwiespältig.

Als Schlüsselthemen der Bulimie identifiziert der Autor dementsprechend: Scham und Schuld; Essgier; negatives Körperkonzept; Bedürfnis nach Zuneigung und Geborgenheit; Angst vor Einsamkeit und vor Nähe; „Abstinenz“-Motivation. Anhand von Beispielen für Interventionen des Therapeuten, die sich auf den Umgang mit den Schlüsselthemen in der Therapie beziehen, erläutert der Autor seine Vorschläge zur Behandlungspraxis (S. 145):

Einfühlen und Verstehen: Das Aufgreifen von selbstreflexiven Gefühlen rege zur Klärung und Korrektur des Selbstkonzeptes an, die Verdeutlichung der die Essattacken begleitenden Gefühle zur positiven Beachtung und exakten Symbolisierung des Esserlebens. Die Verdeutlichung der Selbstentwertung (Ekel und Selbsthass) leite eine Umbewertung des organismischen Erlebens ein.

Beziehungsklären: Das Aufgreifen der enttäuschten Beziehungserwartungen an den Therapeuten könne das „Unersättliche“ der Zuwendungswünsche und ggf. auch das Widersprüchliche dieser Wünsche klären.

Reales Zugegensein und Selbsteinbringen: Das Mitteilen von Anteilnahme und Sorge helfe die „Abstinenz“-Motivation zu klären und zu stärken. Durch Mitteilen von Beurteilen und Ratschlägen könne der Aufbau eines normalen Essverhaltens gefördert werden.

¹ Inzwischen ist bekannt, dass für *erfolgreiche* gesprächspsychotherapeutische Behandlungen von Essstörungen in der Praxis durchschnittlich 86,5 Therapiesitzungen aufgewendet werden (Biermann-Ratjen et al., 2003, S. 159).

Der Autor schlägt Gesprächsregeln vor (S. 146):

- Schamgefühle durch Verweisen auf das Übliche bzw. die Häufigkeit von Essstörungen vermindern
- Auseinandersetzung mit dem von bestimmten Idealen geprägten Selbstkonzept anregen
- Zum offenen Sprechen über die Symptomatik mit der nächsten Bezugsperson ermutigen
- Positive Beachtung und Wahrnehmung des Ess-Erlebens vermitteln und zur Auseinandersetzung mit dem Körperkonzept anregen
- Zu Einsichten in den Zusammenhang von Essgier und der Sehnsucht nach Geborgenheit und partnerschaftlicher Nähe anregen und die Näheambivalenz klären

Im Lehrbuch für die Praxis der Gesprächspsychotherapie von Eckert, Biermann-Ratjen und Höger (2006), legen Schützmann, Laleik, Biermann-Ratjen und Eckert einen Leitfaden zur Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Bulimia nervosa vor, der im Rahmen einer Studie zur Wirksamkeit von ambulanter Gesprächspsychotherapie bei Bulimie entwickelt wurde und im Rahmen dieser Studie derzeit evaluiert wird. Nach diagnostischen Leitlinien, Charakteristiken, ätiologischen Modellen anderer therapeutischer Schulen werden Überlegungen zur Ätiologie von Essstörungen und speziell der Bulimia nervosa dargelegt. (Wir verweisen an dieser Stelle auf die Ausführungen im ersten Abschnitt dieser Arbeit und auf die oben dargestellte Arbeit von Petersen, 1997.)

Unter besonderer Berücksichtigung der störungsspezifischen Aspekte der Behandlung werden auf der Grundlage des klientenzentrierten ätiologischen Modells und der Literatur zur klientenzentrierten Therapie der Bulimia nervosa Leitlinien für die Therapie formuliert und Handlungsempfehlungen gegeben. Sie sollen die aus dem allgemeinen klientenzentrierten Therapiemodell resultierenden Therapieelemente nicht ersetzen, sondern ergänzen. Der Therapieprozess wird in drei Phasen eingeteilt, die sich aus einem erwarteten Wechsel der Bedeutsamkeit von Aufgaben und entsprechenden Zielen in der Therapie ergeben: Therapieeingangsphase, mittlere Therapiephase, Therapieausgangsphase.

Das Ziel und die Aufgabe der Therapieeingangsphase werden wie folgt formuliert: „In der Therapieeingangsphase wird es darum gehen, dass die Klientinnen zunächst in ihrer mehr oder weniger bewussten bzw. mehr oder weniger vollständig abgewehrten Angst verstanden werden“ (S. 470). Es wird ein stärker symptomzentriertes Vorgehen als allgemein im Rahmen der klientenzentrierten Therapie üblich vorgeschlagen, bis hin zu Interventionen, die ziemlich direktiv sind. Das wird zum einen mit der Gefahr begründet, dass die für einen Heilerfolg unumgängliche Auseinandersetzung mit der Symptomatik selbst und damit, wie sie erlebt wird, zu lange vermieden werden könnte. Zum anderen wird auf die multifaktorielle Genese der Essstörung verwiesen, die eine Auseinandersetzung mit weiteren Risikofaktoren, immer auch in Bezug zum psychischen

Geschehen, erforderlich mache. Zu den störungsspezifischen Handlungsempfehlungen der Therapieeingangsphase gehören:

- Ansprechen des subjektiven Erlebens der Entstehung der Essstörung und des gegenwärtigen Erlebens der Symptomatik
- Vermittlung von Informationen über Bulimie und damit zusammenhängende Themen
- Einsatz von Tagebuchtechniken
- Vereinbaren von Therapiezielen
- Verständigung über Umfang und zeitlichen Rahmen der Therapie.

Ziel und Aufgabe für die mittlere Therapiephase werden so definiert: „In der mittleren Therapiephase kann und muss es darum gehen, die Klientinnen in den Erfahrungen zu verstehen, die eine Wiederholung von früheren sind“ (S. 476). Es werden die zu erwartenden Themenkomplexe dieser Therapiephase beschrieben und wiederum störungsspezifische Handlungsempfehlungen gegeben:

- Ansprechen des gegenwärtigen Erlebens und des gegenwärtigen Ausprägungsgrades der Symptomatik
- Vorbereitung des Umgangs mit Rückfällen
- Zusammenhänge zwischen thematisierten Erfahrungen und der Symptomatik herstellen.

Ziel und Aufgabe der Therapieausgangsphase werden wie folgt formuliert: „... die bisher in der Therapie frei gesetzten Selbstheilungskräfte der Klientin dazu zu nutzen, angestoßene Entwicklungsprozesse so zu stabilisieren, dass sie durch die Klientin auch nach Abschluss der Therapie selbstständig aufrecht erhalten und fortgesetzt werden können“ (S. 480). Zu den Handlungsempfehlungen dieser Therapiephase gehören:

- Den Abschluss der Therapie mit der Klientin gemeinsam vorbereiten
- Mögliche Rückfälle während der Trennungsphase und nach Abschluss der Therapie vorbereiten
- Bilanz bezüglich des in der Therapie Erreichten ziehen.

Erfahrungsberichte über und Fallanalysen von Klientenzentrierten Psychotherapien bei Essstörungen

Erfahrungsberichte über und Fallanalysen von Klientenzentrierten Psychotherapien bei Anorexia nervosa

Schmitt (1980) (vgl. auch Schmitt, Wendt & Jochmus, 1981; Schmitt & Wendt, 1982) berichtet über Erfahrungen in klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie bei Jugendlichen mit Anorexie in stationärem Setting. Sie geht den Fragen nach, wie sich die Selbstexploration im gruppentherapeutischen Setting entwickelt, wie sich das Gruppenklima gestaltet und ob sich antitherapeutische Gruppen-

prozesse zeigen. Es wurden die Tonbandprotokolle von ca. 30 Gruppensitzungen ausgewertet. Die Gruppen fanden 2 × pro Woche mit einer Dauer von 1 bis 1,5 Stunden statt. Die Gruppengröße lag bei 4 bis 5 Teilnehmerinnen. Die Ergebnisse werden unter den Aspekten: Gesprächsinhalte, Gruppeninteraktion, interpersonale Wahrnehmung des Körpers und individueller Gesundungsprozess dargestellt. Die Autorin stellt fest, dass Jugendliche mit Anorexie in der Gruppe über ihre Probleme sprechen können. Der Widerstand, über angstbesetzte Inhalte zu sprechen, war bei der Mehrzahl der beteiligten Patientinnen wenig ausgeprägt.

Einerseits kann die Gruppensituation die Gesprächsbereitschaft erheblich aktivieren. Andererseits kann das Ausweichen einzelner Gruppenmitglieder vor der Auseinandersetzung mit den eigenen Problemen und den Problemen mit anderen durch die Gruppensituation aber auch begünstigt werden. Auffallend war, dass der Mut und die Kompetenz fehlten, persönliche Konflikte untereinander anzusprechen. Es wurde vermieden, Aggressionen, Ärger und Enttäuschung offen auszudrücken. Als bedeutsames Ergebnis wird hervorgehoben, dass die Jugendlichen ein starkes Vertrauen zueinander entwickeln konnten, was im Gegensatz zum übersteigerten Misstrauen gegenüber Erwachsenen und Therapeuten steht.

Einen mehrdimensionalen Behandlungsansatz für Patientinnen und Patienten mit Anorexia nervosa in stationärem Rahmen stellt Könnig (1984) vor. Neben medizinischen Maßnahmen, Verhaltenstherapie, körperorientierten Verfahren, Familientherapie und Soziotherapie sind auch gesprächspsychotherapeutisch orientierte Einzelkontakte fester Bestandteil des Behandlungskonzeptes.

Im Rahmen dieser Klientenzentrierten Einzelgespräche ist Raum für individuelle Probleme und Themen aus der Biographie der Patienten. Immer wieder geht es dabei um Ängste, Unsicherheiten, fehlende Rollenidentität, Konflikte, Abgrenzung von den Eltern und Schuldgefühle. Als ein Ergebnis der katamnestischen Befragungen der Patienten zeigt sich, dass die Essproblematik mit Hilfe der verhaltenstherapeutischen Elemente zuverlässig positiv beeinflusst werden kann, „daß aber zumindest aus der subjektiven Einschätzung der Patienten der Therapieerfolg im wesentlichen von den gesprächstherapeutischen, körpertherapeutischen, sozialtherapeutischen Therapiebausteinen abhängt“ (S. 9).

Uhde (1986) schildert Erfahrungen als Psychotherapeutin in der stationären Psychotherapie von anorektischen Patientinnen, die sie vor dem Hintergrund verschiedener Erklärungsmodelle einordnet. Dabei geht sie auf die Probleme ein, die insbesondere für die Arbeit jener Therapeuten von Bedeutung sind, die klientenzentriert mit Anorektikerinnen arbeiten. Sie zeigt ein für die Arbeit mit diesen Frauen typisches Dilemma auf: Die Behandelnden müssen immer wieder auch stellvertretend für die Patientinnen handeln, Entscheidungen für diese treffen und sie kontrollieren. Damit laufen die Behandler Gefahr, Teil der „Suchtstruktur“ der Patientinnen zu werden.

Zudem widerspreche es der klientenzentrierten Einstellung, und es sei gerade für die anorektischen Patientinnen sehr gefährlich und bedrohlich, wenn jemand anderer für sie handelt. Die Autorin benennt Voraussetzungen auf Seiten der Behandelnden, die trotz dieses Dilemmas eine gemeinsame Arbeit ermöglichen: Geduld, Erwartungslosigkeit, Ehrlichkeit, die „Bereitschaft, immer wieder zwischen der Patientin und der Sucht zu trennen und, ganz wichtig, zu bestimmten Zeiten sehr konsequent zu sein“ (S. 470–471).

Petersen (1998) stellt in einer Fallanalyse den Verlauf der Klientenzentrierten Behandlung einer anorektischen Patientin dar. Dabei werden psychologische Aspekte der Genese ihrer Essstörung rekonstruiert, als deren Ausgangspunkt ein Mangel an einfühlendem und wertschätzendem Verstehen früher Bindungspersonen benannt wird. Die Patientin erlebte bereits in den ersten Lebensmonaten, dass das Grundbedürfnis nach einer zuverlässigen Bindungsperson immer wieder unzureichend erfüllt wurde. Die damit verbundenen frühen Ängste und das Bedürfnis nach Trost und Geborgenheit wurden von der Mutter nicht anerkannt, abgewiesen und teilweise entwertet. Dadurch scheiterte die Integration sehr belastender Erfahrungen in das Selbstkonzept der Patientin. Hinzu kam, dass auch weitere Selbstgefühle wie die Freude an oder Überraschung über sich selbst von den Eltern nicht anerkannt und wertgeschätzt, sondern entwertet wurden. In Schule und Vorschule setzte sich dieser Prozess fort. In einen Zustand sekundärer Inkongruenz geriet die Patientin, als sie nach ungewollter Schwangerschaft einen Abbruch vornehmen ließ, die Eltern sich trennten, die Partnerschaft der Patientin beendet wurde und sie das Studium abbrach. Die Patientin hatte zwar ein mehr oder weniger konsolidiertes Selbstkonzept entwickelt. Ihre primäre Inkongruenz war nicht besonders groß. Nach dieser Folge von belastenden Lebensereignissen kam es aber zu einer massiven und zusätzlichen Beeinträchtigung der Übereinstimmung zwischen ihrer inneren und äußeren Erfahrung und ihrem Selbstkonzept. Von diesem Zeitpunkt an begann die Patientin anorektische Symptome zu zeigen. Die Autorin berichtet über Inhalt, Verlauf und Ergebnis der insgesamt sechs Jahre andauernden Behandlung (über 170 Stunden). Unter anderem sind folgende Aspekte hier bemerkenswert: Die Patientin war extrem untergewichtig. Trotzdem hat sich die Therapeutin dazu entschieden, eine ambulante Therapie zu versuchen. Das Kriterium „Vertrauen in die Selbstheilungskräfte der Patientin“, das Spüren ihrer „Offenheit und Bereitschaft, sich zu verändern“ (S. 48) war bedeutsamer als der allgemeine Grundsatz, bei einem Körpergewicht unter einer definierten Grenze nicht mehr ambulant zu behandeln. Die Themen Essen und Nahrungskontrolle wurden nicht von der Therapeutin angesprochen. Sie vermutet: „Gerade weil mich eine Gewichtszunahme nicht interessierte, sondern vielmehr das seelische Leid, das hinter all den Essensritualen und -vermeidungen stand, brauchte Lilian [die Patientin, d. A.] auf diesem Gebiet nie mit mir zu „kämpfen“, sondern konnte sich ihren eigentlichen Verletzungen zuwenden“ (S. 48). Und an anderer

Stelle: „Daß ich auch in diesem Bereich keine Angst um Lilian hatte, ihre anorektischen Verhaltensweisen nie korrigierte, sondern bedingungslos wertschätzend annehmen konnte, öffnete Lilian immer weiter für die tieferliegende seelische Not“ (S. 49).

Erfahrungsberichte über und Fallanalysen von Klientenzentrierten Psychotherapien bei Bulimia nervosa

Gerlinghoff und Ploog (1987) beschreiben ein mehrdimensionales stationäres Psychotherapiekonzept zur Behandlung von Anorexia und Bulimia nervosa, bei dem neben verhaltenstherapeutischen Methoden eine Gesprächspsychotherapie in Form von Einzel-, Gruppen- und Familiengruppentherapie zur Analyse und Aufarbeitung der zugrunde liegenden psychischen Probleme angewandt wird. Parallel zur Verhaltensanalyse, dem anschließenden verhaltenstherapeutischen Essprogramm u. a. Maßnahmen werden klientenzentrierte Einzel- und Gruppengespräche durchgeführt. Wenn es möglich und sinnvoll ist, werden Familiengruppengespräche organisiert. Im Anschluss an die stationäre Therapie wird den Frauen die Teilnahme an einer ambulanten Gruppentherapie von 1 bis 2 Jahren Dauer vorgeschlagen.

Zum Grundsatz des vorgestellten Konzeptes gehört die Annahme, dass weder die einseitige Behandlung der Essstörung (Sondenernährung, verhaltenstherapeutische Maßnahmen) noch die alleinige Aufarbeitung zugrunde liegender Probleme zur Überwindung der Essstörungen führt. In dem Artikel werden die diagnostischen, verhaltenstherapeutischen, psychoedukativen u. a. Behandlungselemente vorgestellt. Auf das Vorgehen und die Erfahrungen in den klientenzentriert orientierten Einzel-, Gruppen- und Angehörigen-gesprächen wird (leider) nicht eingegangen.

Auf die ausführliche Falldarstellung einer ambulanten Psychotherapie bei Bulimia nervosa von Petersen (1996) ist oben bereits eingegangen worden.

Hassler (1996) stellt die Analyse des Prozesses einer Klientenzentrierten Psychotherapie einer bulimischen Patientin vor. Die Autorin beschreibt den Prozess anhand der sich in fünf Phasen vollziehenden Veränderungen.

Interessanter- und zunächst einmal ungewöhnlicherweise erscheint in der Therapieanfangsphase die Mutter der Patientin mit zur Therapie. Die Therapeutin entschließt sich, mit der Therapie der Tochter in Anwesenheit der Mutter zu beginnen. Für diese Entscheidung gab den Ausschlag, dass die Patientin so nicht zu einem für die Therapie zu frühen Zeitpunkt in einen Konflikt mit der Mutter eintreten musste, sich nicht zwischen Mutter und Therapeutin entscheiden musste. Nach fünf Sitzungen hatte die Patientin soviel Vertrauen gewonnen, dass die Mutter sie nicht mehr begleiten musste.

In diesem Beitrag werden die Inhalte der Therapiestunden, innere und äußere Veränderungen der Patientin und die Entwicklung der Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin dargestellt. Zusammenfassend stellt die Autorin fest: Die Klientin war anfangs kaum bereit, außer ihrer Bulimie ein Problem zu erkennen. Im Zentrum der Anfangsphase stand ein starker Konflikt mit der Mutter. Das Selbstkonzept der Patientin beinhaltete: „Ich muss tüchtig sein, damit ich die Mutter erfreue und ihr nicht mit meinen Sorgen zur Last falle“ (S. 27). Erst langsam gewinnen eigene Bedürfnisse an Bedeutung. Die Patientin kann sich erst im Verlauf der Therapie gestatten, ein Mensch zu sein, der eigenen Bedürfnissen nachgeht und der Bedürfnisse wichtiger anderer Personen (zunächst der Mutter, später auch anderer Bezugspersonen) zurückweisen kann. Sie muss im Verlauf der Therapie auch immer weniger für die Therapeutin sorgen, kann durch die bedingungslose Akzeptanz und Wertschätzung der Therapeutin Kontakt mit ihren eigenen Bedürfnissen aufnehmen und sich um deren Erfüllung kümmern. Sehr wichtig für den Verlauf war, dass die Klientin früh lernte, mit Rückfällen umzugehen, diese als Signale zu nutzen. Im Verlauf der Therapie mussten alle wichtigen Lebensentscheidungen auf den Prüfstand (Beziehungen zum Partner und zu den Eltern, Studium etc.). Erst langsam konnten auch Erfahrungen in das Selbstkonzept integriert werden, die früher nicht zum Selbstkonzept der Klientin passten. Das persönliche Therapieziel (Überwindung der Bulimie) wird erreicht. Der weitere Lebensweg wird realistischer betrachtet.

Studien zu Verlauf und Wirksamkeit Klientenzentrierter Psychotherapie bei Essstörungen

Insgesamt liegen nur wenige Studien zu Verlauf und Wirksamkeit Klientenzentrierter Psychotherapie bei Essstörungen vor, die über den Verlaufsbericht bei Einzelfallstudien, in denen durchgehend positive Veränderungen dokumentiert werden, hinausgehen.

Seifert (1988) berichtet über die Ergebnisse einer Verlaufsstudie ambulanter Therapien anorektischer Patientinnen, die am Psychologischen Institut der Universität Kiel durchgeführt wurde. Neben der Erfassung von Symptomvariablen wurden die Selbstempathie, Selbstwertschätzung und Selbstkongruenz bei der Klientin (jeweils durch Klientin und Therapeut) sowie Empathie, Wertschätzung und Kongruenz des Therapeuten in der Therapie (jeweils von der Klientin und vom Therapeuten) eingeschätzt.

Über Verlauf und Ergebnisse lässt sich Folgendes zusammenfassend feststellen: Von neun Patientinnen beenden sechs die Therapie nach 13 bzw. 14 Sitzungen, drei Patientinnen brechen nach 3 Sitzungen die Behandlung ab. Die therapeutische Beziehung wird von den Therapeuten und den Klientinnen anfangs sehr unterschiedlich wahrgenommen. Die Klientinnen nehmen die Beziehung oft nicht als empathisch und wertschätzend kongruent wahr, während die

Therapeuten ihr Verhalten jedoch als empathisch und wertschätzend beurteilen. Die Einschätzungen der Klientinnen hinsichtlich ihrer Selbstempathie, Selbstwertschätzung und Selbstkongruenz zeigen gegen Ende der Therapie höhere Werte als am Anfang. Im Verlauf der Therapie schwanken die Werte sehr stark. Der Therapieverlauf hängt nicht mit bestimmten, in den Therapiestunden besprochenen Themen zusammen. Die Gesprächsinhalte sind sehr unterschiedlich, wenn auch soziale Beziehungen als Thema dominieren. Am Ende der Therapien ist die Symptomatik nicht vollständig verschwunden, die Symptombelastung jedoch deutlich gesunken. Viele Probleme im Leben der Klientinnen werden erst nach der Therapie angegangen. Der Autor vermutet eine „Wegweiserfunktion“ der Klientenzentrierten Therapie, d. h. die Hauptarbeit der Veränderung beginne meist erst nach der Therapie. Positive Prognosefaktoren ließen sich aus den erhobenen Daten nicht ableiten (weder aus dem Leidensdruck, noch aus dem körperlichen Befinden, noch aus den angesprochenen Themen, noch aus den Gesprächstherapie-Variablen). Die Abbruchgefahr scheint besonders in den ersten Kontakten hoch zu sein. Der Autor illustriert den Verlauf anhand zweier Fallvignetten aus den Therapien.

Eine für die Klientenzentrierte Behandlung von Anorexia nervosa wichtige Untersuchung stellt Franke (1990) vor, obwohl in dieser Studie Therapieverlauf und Ergebnisse von Gesprächspsychotherapien nicht direkt Gegenstand sind. Die Autorin befragt retrospektiv Frauen mit Anorexia nervosa im Hinblick auf die von ihnen subjektiv erlebten psychotherapeutischen Wirkfaktoren. Dazu untersucht sie mittels Fragebögen 130 Frauen einer nichtklinischen Stichprobe, die an Anorexie erkrankt waren, sich aber zum Zeitpunkt der Befragung als geheilt betrachteten.

Interessant aus Sicht der Klientenzentrierten Psychotherapie sind zunächst die Angaben der Frauen mit Anorexia nervosa über die Behandlungen, die sie in Anspruch genommen haben: 21% der Frauen haben ihre Essstörung ohne die Hilfe einer Therapie überwunden. Zwei Drittel der Stichprobe wurden ambulant behandelt. 52% der befragten Frauen gaben an, dass sie eine Gesprächspsychotherapie erhalten haben.

Die Ergebnisse hinsichtlich der subjektiv erlebten Wirkfaktoren weisen den Variablen, die als Wirkfaktoren der Klientenzentrierten Psychotherapie beschrieben werden, einen hohen Stellenwert zu: Von mindestens der Hälfte der Frauen wurden jene Variablen als *bedeutsam* für die eigene Genesung gekennzeichnet, die sich darauf beziehen, dass sie in der Therapie lernen konnten, *sich in ihren Bedürfnissen und Gefühlen besser zu verstehen* (Zum Beispiel: Der/Die Therapeut/in hat mir genau zugehört. Der/Die Therapeut/in hat mich und meine Gedanken und Gefühle ernst genommen und respektiert. Ich konnte in der Therapie bestimmen, worüber ich sprechen wollte. Die Zuwendung des/der Therapeuten/in war nicht an Bedingungen geknüpft.). Fast alle Frauen (94–100%), die diese Variablen für *bedeutsam* halten, beurteilen sie auch im Nachhinein als

hilfreich. Am häufigsten (von 74% der Frauen) wurde folgendes Item als *bedeutsam* eingeschätzt: „Ich habe selbst entschieden, wann ich wieder gegessen habe.“ 99% der Frauen, die diese Variable als für sich *bedeutsam* markiert hatten, erlebten diese Entscheidungsfreiheit als *hilfreich* für ihren Genesungsprozess. Die Autorin fasst die Ergebnisse ihrer Untersuchung wie folgt zusammen:

Hinsichtlich der Wirkfaktoren zeigen die Ergebnisse überdeutlich, was Patientinnen mit der Krankheit Anorexia nervosa brauchen: Achtung, Anerkennung, Akzeptierung als eine Person, die ihre eigenen Entscheidungen fällen kann und muss. In der Terminologie der Psychotherapieforschung weisen die Ergebnisse die sog. unspezifischen Variablen als die für eine positive Veränderung entscheidenden aus. (S. 414–415)

Zwangmaßnahmen und solche, die kontrollmindernd sind, werden von der Mehrzahl der befragten Frauen auch im Nachhinein als schädlich für den Heilungsprozess bewertet – von Frauen, die sich als heute gesund betrachten, obwohl ihnen therapeutisch Schaden zugefügt worden ist (S. 415).

Arnold (1993) stellt die bisher einzige kontrollierte Studie zur Wirksamkeit Klientenzentrierter Kurzzeit-Psychotherapie bei Anorexia nervosa vor. Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse der ansonsten methodisch qualitativ hochwertigen Studie wird leider durch die relativ kleine Fallzahl (jeweils 10 Patientinnen pro Behandlungsgruppe) eingeschränkt.

Insgesamt nahmen 30 Frauen mit Anorexie an der Studie teil. Jeweils zehn Frauen wurden zufällig einer Klientenzentrierten oder einer Kognitiv-Verhaltenstherapeutischen Behandlung zugewiesen. Zehn Frauen blieben unbehandelt, da sie zum Zeitpunkt der Studie eine Therapie nicht antreten konnten oder diese nicht wollten. Die Behandlung fand ambulant statt. Jede der Klientinnen in den Therapiegruppen erhielt 20 Einzelsitzungen in wöchentlichem Abstand. Mit einer umfangreichen Testbatterie wurden Essverhalten und darauf bezogene Variablen vor und nach Abschluss der Therapie, sowie zu drei weiteren Zeitpunkten während der Behandlung erhoben. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

In beiden Behandlungsgruppen war im Behandlungszeitraum eine deutliche kontinuierliche Gewichtszunahme zu beobachten. Die Gruppen (Kognitive Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie) unterschieden sich im Grad der Gewichtszunahme nicht.

Die Einstellungen zum Essverhalten (gemessen mit dem EAT-26) verbesserten sich im Therapieverlauf in beiden Behandlungsgruppen, wobei sich die Gruppen im Grad der Verbesserung nicht unterschieden.

Das Diätverhalten und das Figurbewusstsein verbesserten sich in beiden Behandlungsgruppen, wobei der Grad der Verbesserung in der Gruppe mit Kognitiver Verhaltenstherapie bedeutsamer war als in der Gruppe mit Gesprächspsychotherapie.

Hinsichtlich der Variablen Angst und Depressivität verbesserten sich beide Behandlungsgruppen. Der Verlauf dieser Verbesserungen war in den beiden Gruppen unterschiedlich.

Das oben vorgestellte stationäre Behandlungskonzept für Frauen mit Bulimia nervosa von Bettermann, Finke, Gastpar und Böhme (1996) wurde durch die Autoren auch hinsichtlich seiner Wirksamkeit überprüft. In diese Untersuchung wurden 14 Frauen mit Bulimia nervosa einbezogen. Es zeigten sich zum Therapieende signifikante Verbesserungen der Depressionswerte. Diese Tendenz wurde in einer durchgeführten Untersuchung zur Ein-Jahres-Katamnese bestätigt. Die Symptome der Essstörung waren zum Zeitpunkt der Entlassung nur bei einer der Frauen ganz zurückgegangen.

Zusammenfassung

Ohne eine erneute Erwähnung der einzelnen Autoren und eine gewissenhafte Unterscheidung der Krankheitsbilder Bulimia und Anorexia nervosa können die hier referierten Konzepte und Erfahrungen der Klientenzentrierten Therapie bei Essstörungen wie folgt zusammengefasst werden.

Die vorgestellten Arbeiten zur Klientenzentrierten Psychotherapie von – in der Regel – Patientinnen mit Essstörungen imponieren nur auf den ersten Blick als heterogen. Bei genauerer Betrachtung zeigen sich erhebliche Gemeinsamkeiten. Und je mehr von diesen Arbeiten man gelesen hat, umso deutlicher werden diese Gemeinsamkeiten.

Die meisten Autoren haben, meistens auf der Grundlage höchstpersönlicher Erfahrungen in der Behandlung dieser Patientinnen in den unterschiedlichsten Settings – eigentlich allen, die es gibt – und in einem Rahmen, in dem gleichzeitig Behandlungen auf der Grundlage anderer Therapiekonzepte als dem Klientenzentrierten durchgeführt werden, ein eigenes Behandlungskonzept entwickelt. Dieses stellen sie zusammen mit der Phänomenologie der Störung – so wie sie diese erlebt haben, und das ist sehr ähnlich – dar und vergleichen es mit ihrem Verständnis des Klientenzentrierten Therapiekonzepts.

Andere Autoren demonstrieren auf der Grundlage eigener Erfahrungen am Beispiel des Erscheinungsbildes der Essstörungen ihre Explikation des Klientenzentrierten Konzepts, der in ihm enthaltenen ätiologischen Vorstellungen oder einzelne Begriffe. Oder sie diskutieren das Klientenzentrierte Therapiekonzept als in ihren Augen mehr oder weniger angemessen oder hinreichend für die Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen. Besonders diese

Arbeiten lesen sich wie Variationen auf ein Thema: Die Vereinbarkeit des Prinzips der Bedingungslosen Positiven Beachtung der Klientin mit den z.T. lebensgefährlichen Ausformungen des Krankheits-symptoms Essstörung bzw. der Verantwortung für die Patientin. Es entsteht der Eindruck, dass in die Variationen auch eingeht, mit wem die Therapeuten zusammenarbeiten, aber auch für wen sie schreiben. Die Ausführungen unterscheiden sich aber vor allem nicht unwesentlich in der Berücksichtigung der Komplexität sowohl des Krankheitsbildes als auch des Klientenzentrierten Therapiekonzepts. In der neuesten theoretischen Auseinandersetzung mit diesem Thema wird – wie sich aber auch in früheren Arbeiten immer wieder finden lässt – nachdrücklich darauf hingewiesen, dass die Umsetzung der sogenannten Therapeutenvariable Unbedingte Wertschätzung nicht sinnvoll erfolgen kann, wenn ihr enger Zusammenhang mit der Kongruenz bzw. der Reflektion der eigenen Motive des Therapeuten übersehen wird. Es geht also auch in der Behandlung der Essstörungen nicht so sehr um die „Akzeptanz“ des Therapeuten, sondern um seine Fähigkeit, die *Abweichungen* seines Erlebens des Verhaltens der Klientin von seiner Unbedingten Wertschätzung gegenüber der Klientin reflektieren zu können.

Die Entwicklung des Prozesses der Therapie der Patientin mit essgestörtem Verhalten wird von den meisten Autoren, die sich dazu äußern, ähnlich dargestellt: Einer Symptomphase folgt eine Problemphase, in der durch die Abstinenz vom symptomatischen Verhalten – viele vergleichen es mit Suchtverhalten – die eigentlichen Probleme sichtbar werden, die in einer weiteren Phase auch in der Beziehung zum Therapeuten erlebt werden, von dem sich die Patientin dann möglichst reflektiert trennen muss.

Aus den wenigen empirischen Arbeiten zur Klientenzentrierten Psychotherapie mit anorektischen Patientinnen erhellt sich vor allem zweierlei:

Zum einen, warum diese so selten sind. Es scheint ungeheuer schwer zu sein, die Patientinnen überhaupt in einen therapeutischen Prozess zu bringen. Die Quote der Therapieverweigerer und der Abbrecher scheint enorm hoch zu sein.

Zum anderen: Wenn die Patientinnen zu einer Psychotherapie bewegt werden konnten und selbst gefragt werden, was ihnen an dieser gut getan hat bzw. wie sie sich deren Wirkung erklären, dann schildern sie einen gesprächspsychotherapeutischen Therapieprozess und betonen vor allem: Patientinnen mit der Krankheit Anorexia nervosa brauchen Achtung, Anerkennung, Akzeptierung als eine Person, die ihre eigenen Entscheidungen fällen kann und muss, also Bedingungslose Anerkennung im Sinne des Klientenzentrierten Konzepts.

Literatur:

- Arnold, J. (1993). *Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia nervosa: Therapieeffekte und Therapieverlauf in der ambulanten Behandlung*. Wuppertal: Universität Gesamthochschule Fachbereich 3 – Psychologie.
- Bettermann, R., Finke, J., Gastpar, M. & Böhme, H. (1996). Stationäre Gesprächspsychotherapie bei Bulimie. In C. Frielingsdorf-Appelt, H. Pabst & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung* (S. 85–93). Köln: GwG-Verlag.
- Biermann-Ratjen, E. M. (2002). Die entwicklungspsychologische Perspektive des Klientenzentrierten Konzepts. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 123–145). Wien: Springer.
- Biermann-Ratjen, E. M. (2002a). Entwicklungspsychologie und Störungslehre. In C. Böck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 1: Grundlagen und Konzepte* (S. 11–34). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Biermann-Ratjen, E. M., Eckert, J. & Schwartz, H. J. (2003). *Gesprächspsychotherapie* (9. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E. M. & Swildens, H. (1993). Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. In J. Eckert, D. Höger & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Band 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts* (S. 57–142). Köln: GwG-Verlag.
- Binder, U. & Binder, H. J. (1979). *Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen: Neue Handlungs- und Theoriekonzepte zur Veränderung*. Frankfurt/M.: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (Hrsg.) (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Finke, J. (2004). Essstörungen. In J. Finke, *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*, 3. Aufl. (S. 141–146). Stuttgart: Thieme.
- Franke, A. (1981). Überlegungen zur Anwendung klientenzentrierter Psychotherapie bei Anorexia nervosa. In R. Meermann (Hrsg.), *Anorexia nervosa. Ursachen und Behandlung* (S. 150–157). Stuttgart: Enke.
- Franke, A. (1990). Hilfreiche Faktoren bei der Bewältigung von Anorexia nervosa aus der Sicht ehemals betroffener Frauen. In M. Zielke & N. Mark (Hrsg.), *Fortschritte der angewandten Verhaltensmedizin. Konzeption, Grundlagen, Therapie, Evaluation. Band 1.* (S. 399–416). Berlin: Springer.
- Gerlinghoff, M. & Ploog, D. (1987). Anorexia nervosa und Bulimie. Eine mehrdimensionale stationäre Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 37(9–10), 312–316.
- Grimm, K. H. (1989). Klientenzentrierte, stationäre Psychotherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa. *GwG Zeitschrift*, 77, 426–430.
- Hassler, B. (1996). Prozessanalyse Monika. *Brennpunkt*, 66, 24–42.
- Hölzle, C. (1986). Bulimie – und klientenzentrierte Psychotherapie? *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 5(4), 457–463.
- Hummel, H. & Dörr, R. (1996). Eßstörungen bei traumatisierten Menschen. *Brennpunkt*, 66, 16–23.
- Könning, J. (1984). Pubertätsmagersucht: Ein mehrdimensionaler Behandlungsansatz im stationären Rahmen – Erfahrungsbericht. *Report-Psychologie*, 9(11–12), 6–9.
- Petersen, H. (1996). Überlegungen zur Ätiologie der Bulimia nervosa – dargestellt an einer exemplarischen Fallgeschichte und gesprächspsychotherapeutischen Behandlung einer bulimischen Patientin. In C. Frielingsdorf-Appelt, H. Pabst & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung* (S. 63–83). Köln: GwG-Verlag.
- Petersen, H. (1997). Bulimia nervosa. In J. Eckert & D. Höger & H. W. Linster (Hrsg.), *Praxis der Gesprächspsychotherapie* (S. 73–90). Stuttgart: Kohlhammer.
- Petersen, H. (1998). Die Anorexia nervosa im Lichte des klientenzentrierten Krankheitskonzeptes – ein Fallbeispiel Anorexia. *Psychotherapeuten-FORUM*, 5(2), 19–20.
- Schmitt, G. M. (1980). Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Behandlung der Pubertätsmagersucht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 29(7), 247–251.
- Schmitt, G. M., Wendt, R. & Jochmus, I. (1981). Stationäre Behandlung magersüchtiger Jugendlicher mit vorwiegend klientenzentrierter Einzel- und Gruppentherapie. In R. Meermann (Hrsg.), *Anorexia nervosa. Ursache und Behandlung* (S. 158–169). Stuttgart: Enke.
- Schmitt, G. M. & Wendt, R. (1982). Die stationäre Behandlung magersüchtiger Jugendlicher unter dem Gesichtspunkt der sozialen Reintegration. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 10(1), 67–73
- Schützler, L., Bischof, J. & Wolff, S. (2006). „Wenn du zunimmst, mag ich dich so, wie du bist ...“: Bedingungslose Wertschätzung und Gewichtskontrolle bei der klientenzentrierten Behandlung von Anorexie-Patienten. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 1, 20–24.
- Schützmann, K., Laleik, S., Biermann-Ratjen, E.-M. & Eckert, J. (2006). Manual zur ambulanten Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Bulimia nervosa. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 464–482). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Seifert, F. (1988). Klientenzentrierte ambulante Behandlung bei Anorexia nervosa. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 1(3), 165–174.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM): Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie* (S. 1–62). Wien: Springer.
- Swildens, H. & de Haas, O. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG-Verlag.
- Uhde, A. (1986). Anorexia nervosa und klientenzentrierte Psychotherapie? *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 5(4), 465–471.
- Voigt, A. (1996). Zur Inkongruenzdynamik bei Personen mit Essstörungen. In C. Frielingsdorf-Appelt, H. Pabst & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung* (S. 37–61). Köln: GwG-Verlag.

AutorInnen:

Dr. phil. Jochen Eckert, geb. 1940, ord. Univ.-Prof. für Klinische Psychologie und Psychotherapie. Geschäftsführender Direktor des Instituts für Psychotherapie der Universität Hamburg. Gesprächspsychotherapeut. Präsident der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG e.V.).

Eva-Maria Biermann-Ratjen, Dipl.Psych., geb. 1939, Klinische Psychologin, Gesprächspsychotherapeutin, Ausbilderin in der GwG und in der DPGG, Gastausbilderin in der Sektion Forum der APG, im Ruhestand, Hamburg.

Dr. phil. Karsten Schützmann, geb. 1963, Projekt: Ambulante Gesprächspsychotherapie der Bulimia nervosa an der Universität Hamburg. Dipl.-Psych. in der Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll in Hamburg.

Melanie Schacht, Dipl.-Psych., geb. 1979, Projekt: Ambulante Gesprächspsychotherapie der Bulimia nervosa an der Universität Hamburg. Dipl.-Psych. in der Asklepios Klinik Harburg in Hamburg.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Jochen Eckert
Universität Hamburg
Institut für Psychotherapie
Von-Melle-Park 5
20146 Hamburg

Monika Tuczai

Dem Entsetzen begegnen. Ein personenzentriertes Konzept von Krisenintervention zur psychotherapeutischen Begleitung vergewaltigter Frauen in der akuten Belastungsreaktion

Zusammenfassung: *Die Ausführungen reflektieren die Tätigkeit der Autorin in einer Beratungsstelle für vergewaltigte Frauen. Es wird die akute Belastungsreaktion von Frauen während und in den Tagen bzw. Wochen nach der Tat aus dem Blickwinkel betroffener Frauen und aus personenzentrierter Sicht beschrieben. Weiters wird ein personenzentriertes Konzept von Krisenintervention als angemessene psychotherapeutische Antwort auf diesen Ausnahmezustand dargestellt. Einer personenzentrierten Haltung, die Interventionen stets auf der Basis von Empathie, unbedingter Wertschätzung und Kongruenz gestaltet und überprüft, kommt dabei besondere Bedeutung zu.*

Stichwörter: *akute Belastungsreaktion, Vergewaltigung, Krisenintervention, Personenzentrierter Ansatz*

Abstract: **Facing dismay. A person-centered concept of crisis-intervention for psychotherapeutic treatment of raped women with acute stress reaction.** *The article reflects the author's practice in a counselling center for raped women. Women's acute stress reaction during the act and the days and weeks later is described from the view of afflicted women and as the person-centered approach sees it. A concept of person-centered crisis intervention as an appropriate psychotherapeutic answer to this state of emergency is shown. The importance of a person-centered attitude, with interventions based on empathy, unconditional positive regard and congruence is emphasized.*

Keywords: *acute stress reaction, rape, crisis intervention, Person-centered Approach*

Basierend auf der langjährigen Tätigkeit in einer Beratungsstelle für vergewaltigte Frauen bietet der vorliegende Artikel einen Überblick über die Ausdrucksformen des Erlebens betroffener Frauen und deren Reaktionen auf die traumatische Erfahrung sowie über notwendige und hilfreiche Interventionen, durch die der Prozess der Verarbeitung unterstützt werden kann.

Der Fokus liegt – im Gegensatz zur bestehenden Literatur über Psychotrauma (z. B. Butollo et al., 1999; Coffeng, 2002; Herman, 2003; Huber, 2004; Mörth, 1994; Reddemann, 2002; van der Kolk et al., 2000; Warner, 2001), die sich vorwiegend mit den langfristigen Folgen und deren Behandlung beschäftigt – auf der Darstellung der akuten Belastungsreaktion in den Tagen und Wochen nach der Vergewaltigung. Das Wissen darüber ist insofern von Bedeutung, als durch das Erkennen bzw. Anerkennen akuter traumatischer Erfahrungen eine Integration derselben ermöglicht und dadurch eine Manifestation des Traumas bzw. die Ausbildung von Folgestörungen verhindert werden kann (Brossi, 2006; Hermann, 2003). Langjährige und kostenintensive Psychotherapieprozesse können vermieden werden, wenn betroffene Personen bereits in ihrem Erleben der

akuten Reaktion verstanden und positiv wertschätzend begleitet werden.

Zunächst wird die akute Belastungsreaktion nach der ICD-10 definiert und aus der Sicht betroffener Frauen phänomenologisch beschrieben. Im Folgenden wird ein personenzentriertes Verständnis des akuten Erlebens und schließlich ein personenzentriertes Konzept von Krisenintervention für die psychotherapeutische Begleitung vergewaltigter Frauen in der akuten Belastungsreaktion dargestellt.

Definition der akuten Belastungsreaktion nach ICD-10

Die ICD-10 der WHO führt Vergewaltigung als eine überwältigende traumatische Erfahrung mit einer ernsthaften Bedrohung für die Sicherheit oder körperliche Unversehrtheit an und beschreibt sie als auslösendes Ereignis für eine *akute Belastungsreaktion* (F43.0; Dilling et al., 1993, S. 168). Typischerweise beginnt diese mit einer „Art von ‚Betäubung‘, einer gewissen Bewußtseinseinengung und

eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sichzurückziehen aus der aktuellen Situation folgen (bis hin zum dissoziativen Stupor) oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität wie Fluchtreaktion oder Fugue. Meist treten vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten auf“ (ebd.). Die Symptome erscheinen im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und klingen innerhalb von Stunden oder Tagen wieder ab.

Vergewaltigung ist jedoch eine sehr außergewöhnliche und einschneidende Lebenserfahrung, die nicht spontan innerhalb weniger Stunden oder Tage verarbeitet werden kann. Bei geeigneter Begleitung durch Personen, die die Reaktionen betroffener Frauen empathisch verstehen und unbedingt positiv wertschätzen, ist eine Integration dieser Erfahrung – abhängig von der Intensität und Un-erträglichkeit der Erfahrung, der individuellen Vulnerabilität und der zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien – zumindest bei bislang psychisch gesunden Personen innerhalb von vier bis acht Wochen möglich (Biermann-Ratjen, 2003, S. 130).

Wenn die traumatische Erfahrung nicht bewältigt werden kann, kann sich die Symptomatik der akuten Belastungsreaktion innerhalb weniger Wochen bzw. Monate (selten mehr als sechs) zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1; Dilling et al., 1993, S. 169) weiterentwickeln. Diese wird in der ICD-10 als verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung definiert, „die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. [...] Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen oder in Träumen, vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Anhedonie sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. [...] Gewöhnlich tritt ein Zustand vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Drogeneinnahme und übermäßiger Alkoholkonsum können als komplizierende Faktoren hinzukommen“ (ebd., S. 169f.).

Die akute Belastungsreaktion aus dem Blickwinkel vergewaltigter Frauen

Überwältigung und Bedrohung: Der Körper reagiert als Erstes

Angesichts des Entsetzens während einer Vergewaltigung strebt der menschliche Organismus nach bestmöglicher Anpassung an das bedrohlichste Ereignis. Die neuesten neurobiologischen Forschungen

unterscheiden zwei unterschiedliche Systeme im Körper, um auf eine bedrohliche Situation zu reagieren, das Furcht- und das Paniksystem (Sachsse, 2003). Zunächst reagiert das Furchtsystem: Auf der körperlichen Ebene kommt es zu einer reflexhaften Anspannung der Muskulatur; der Blutdruck, die Herzrate und die Atmung steigen an. Es kommt zu einer Ausschüttung der Neurotransmitter Noradrenalin und Adrenalin. Initiiert und kontrolliert durch die Amygdala, wird der Körper in maximale Reaktionsbereitschaft versetzt. Er reagiert mit Kampf oder Flucht lange bevor das Frontalhirn die Erfahrung bewusst wahrnimmt und mit Hilfe des Brocaschen Zentrums in kommunizierbare Sprache umwandelt.

Die unausweichliche Bedrohung des eigenen Lebens während der Vergewaltigung bewirkt ein Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit. Obwohl der Körper der betroffenen Frau voll alarmiert ist, ist es angesichts der Ausweglosigkeit nicht mehr möglich, die bereits aktivierten Reaktionen (Kampf oder Flucht) umzusetzen: die normalen Anpassungsstrategien sind überfordert (Biermann-Ratjen, 2003; Hermann, 2003). Die Person gerät in Panik.

Wenn, wie bei einer Vergewaltigung, keine Beruhigung von außen möglich ist, bewirkt die Ausschüttung von Opioiden eine Schmerzunempfindlichkeit und Erstarrung des Körpers; der Herzschlag sinkt und die Atmung verflacht, obwohl der Adrenalinspiegel steigt. Dieser Zustand ist aus dem Tierreich als Totstellreflex oder Freeze-Reaktion bekannt. Beim Menschen gibt es eine Notfall-Reaktion, die über diese Freeze-Reaktion der Panikattacken hinausgeht: die Dissoziation (Sachsse, 2003, S. 6). Der Organismus schaltet zum eigenen Schutz sowohl die Reaktionen nach außen (Kampf, Flucht) wie auch nach innen (Panik) völlig ab. Die betroffene Person versucht, „den erlebten Schrecken zu bewältigen, indem sie diese Inhalte von der bewussten Wahrnehmung abspaltet“ (Butollo et al., 1999, S. 36).

Durch die traumatische Erfahrung einer Vergewaltigung werden beide Systeme gleichermaßen aktiviert: die energieverbrauchende Übererregung im Rahmen des Furchtsystems wird plötzlich abgelöst von der energiebewahrenden Dissoziation im Rahmen des Paniksystems (Sachsse, 2003). Diese gegensätzlichen Erregungszustände bleiben über Tage und Wochen nach der Vergewaltigung erhalten und wechseln einander ab. Sie zeigen sich phänomenologisch in Form von Übererregung, Intrusion und Flashbacks einerseits sowie Konstriktion und Vermeidung andererseits (siehe wie folgt).

Das Entsetzen hält an: Übererregung und Angst

Das Gefühl von Sicherheit ist verloren: alltägliche Situationen, selbst vertraute Personen können von der betroffenen Frau als Bedrohung erlebt werden. Die spezifische Angst vor einer Wiederholung der Tat bestimmt die Tage und Wochen nach dem Übergriff.

Das Bedürfnis sich vor weiteren Angriffen zu schützen, versetzt die Frau in einen Zustand von Übererregung (Herman, 2003). Ihr

Körper ist immer in Alarmbereitschaft und auf neue Gefahren vorbereitet. Die Folgen dieser chronischen Erregung sind Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit.

Die Angst ist häufig generalisiert, sodass alle Männer als potenzielle Täter wahrgenommen werden, selbst der eigene Partner. Kleine Gesten und harmlose Worte können genügen, um die Angst wieder zu aktualisieren. Alltägliche Situationen wie der Weg zur Arbeit oder zur Freundin sind mit Angst besetzt; Angst, wieder in eine ausweglose Situation zu geraten, aus der Flucht nicht möglich ist und in der keine Hilfe von außen zu erwarten ist. Betroffene Frauen fragen sich, ob sie je wieder angstfrei leben und auf andere Menschen – insbesondere Männer – zugehen werden können.

Die Erinnerung bricht herein: Intrusion und Flashbacks

Übererregung und Angst werden auch dadurch aufrechterhalten, dass wiederholt ungewollt Gedanken und Erinnerungen an die Tat bzw. Flashbacks oder „Intrusionen“ (Herman, 2003, S. 58) auftreten, während denen das traumatische Ereignis und die damit verbundenen Gefühle der Angst und Ohnmacht – auch in einer noch so sicheren Umgebung – immer wieder unerwartet und unmittelbar erlebt und durchlitten werden, als ob sie gerade eben geschehen würden.

Der traumatische Augenblick wird nicht als verbale, lineare Erzählung, sondern in Form von intensiven Gefühlen und deutlichen, unauslöschlichen Bildern gespeichert und „gelangt dann spontan ins Bewusstsein, im Wachzustand als plötzliche Rückblende und im Schlaf als angsterfüllter Alptraum“ (ebd.). Flashbacks können auch durch so genannte Triggerreize ausgelöst werden, das sind ganz bestimmte Reize, die an die Vergewaltigung erinnern, aber auch völlig harmlose Reize aus dem Alltag.

Wie blind, wie taub, wie unantastbar: Konstriktion, Dissoziation, Vermeidung

Aufgrund der Ausweglosigkeit lösen sexuelle Übergriffe ein Gefühl absoluter Hilflosigkeit und Ohnmacht aus. Es kommt zum Zusammenbruch des eigenen Selbstverteidigungssystems; die traumatisierte Person flieht, aber häufig nicht durch eine reale Handlung, sondern durch eine Veränderung des Bewusstseinszustandes: der Organismus erstarrt. Die Erlebnisinhalte werden nicht vollständig, sondern nur verzerrt oder gar nicht wahrgenommen.

Betroffene Frauen berichten, dass sie während der Vergewaltigung den eigenen Körper verlassen und die traumatisierende Situation von außen betrachtet hätten, oder als sei der Übergriff ein böser Traum, aus dem sie bald erwachen würden. Derartige dissoziative Bewusstseinsveränderungen sind Ausdruck der „Konstriktion“ (Herman, 2003, S. 65), der Erstarrung, Emotionslosigkeit,

Stumpfheit, Lustlosigkeit, Freudlosigkeit, einer Art inneren Lähmung. Sie werden nicht nur während des Übergriffs als „peritraumatische Dissoziation“ (Butollo et al., 1999, S. 36), sondern auch im Verarbeitungsprozess zu Hilfe genommen, um die überwältigenden, bedrohlichen Gefühle abzuwehren und so ihr Eindringen ins Bewusstsein zu vermeiden.

Nicht alle Frauen reagieren mit Vermeidung durch konstriktive Symptome. Viele Frauen entziehen sich bewusst den Angst machenden Gedanken und Gefühlen: Beispielsweise schlafen sie nachts nicht, um das Auftreten von quälenden Alpträumen zu vermeiden; andere versuchen durch Alkohol oder Drogen die unmittelbaren schmerzhaften Erinnerungen zu betäuben und so den Eingang des Erlebten ins Bewusstsein zu verhindern; oder sie vermeiden bewusst bestimmte Aktivitäten, Orte oder Menschen, die an das Trauma erinnern könnten.

Solange Personen das traumatische Ereignis nicht ins Selbstkonzept integrieren können, fühlen sie sich abwechselnd einem der beiden Erlebenszustände, der Konstriktion oder der Intrusion, ausgesetzt und haben den Eindruck, darüber keine Kontrolle zu haben.

„Sie sind gefangen zwischen zwei Extremen: zwischen Gedächtnisverlust oder Wiedererleben des Traumas“ (Herman, 2003, S. 72), zwischen absoluter Gefühllosigkeit und überwältigenden Gefühlen, zwischen Handlungsunfähigkeit und impulsiven Handlungen, zwischen totaler Abwehr und Zusammenbruch der Abwehr.

Personzentriertes Verstehen des Ausnahmezustandes der akuten Belastungsreaktion

Aus personenzentrierter Sicht wird die Erfahrung des sexuellen Übergriffs organismisch als Bedrohung bewertet (Biermann-Ratjen, 2003), was dazu führt, dass der Körper in Reaktionsbereitschaft versetzt wird, um entweder zu kämpfen oder zu fliehen. Aufgrund der Ausweglosigkeit innerhalb der Situation der Vergewaltigung bewertet der Organismus diese natürlichen Anpassungsstrategien als nutzlos und nicht zielführend, was in der Folge zu einem Erleben massiver Angst und absoluter Ohnmacht und Hilflosigkeit führt.

Die Autonomie der betroffenen Frau wird verletzt. Das Bedürfnis nach positiver Beachtung „als lebenswertes und liebenswertes, nicht mit anderen zu verwechselndes, mit sich selbst identisches Individuum“ (Biermann-Ratjen et al., 1997, S. 83) wird vom Täter missachtet. Während der Vergewaltigung zählen die Bedürfnisse der Frau überhaupt nicht, im Gegenteil: Der Angreifer demonstriert, wie sehr er ihre Autonomie und Würde verachtet; die Frau kann ihren Standpunkt nicht bewahren. Dies beeinträchtigt die positive Selbstbeachtung. Durch die Ignoranz und Geringschätzung, die der Täter mit seinem Verhalten gegenüber dem Bedürfnis nach Selbstbestimmung der Frau zum Ausdruck bringt, wird die Wahrnehmung, ein eigenständiges Selbst zu haben, erschüttert. Viele betroffene Frauen trauen sich danach kaum noch etwas zu, sind ängstlich und unsicher.

Das Selbstkonzept, autonom und unabhängig zu sein, Situationen richtig einschätzen und eigenen Gefühlen vertrauen zu können, Kontrolle über Intimität und Aggression sowie Konfliktkompetenz und Selbstachtung zu haben, wird unerwartet und massiv in Frage gestellt. Nichts ist mehr, wie es war, alles gerät durcheinander, auf nichts ist mehr Verlass. Das gesamte bisherige Leben, die bisherigen Erfahrungen und zwischenmenschlichen Beziehungen werden hinterfragt. Betroffene Frauen empfinden Verunsicherung und Zweifel gegenüber der eigenen Wahrnehmungsfähigkeit. Sie fragen sich, ob sie – wie bisher angenommen – überhaupt noch in der Lage sind, Situationen richtig einschätzen zu können, ob sie Menschenkenntnis haben und ob sie je wieder vertrauen werden, wenn sie sich nicht einmal ihrer eigenen Wahrnehmung sicher sein können. Das Selbstkonzept muss Erinnerungen an Verwundbarkeit, an einen Körper, der überwältigt, von anderen kontrolliert und verletzt werden kann, an ein Selbst, das unterlegen sein kann und sich unterwerfen können musste, integrieren, ebenso wie intensive Gefühle der Angst, der (Mit-)Schuld, des Misstrauens, der Hilflosigkeit, der Ohnmacht und der Verzweiflung.

Personenzentrierte Autorinnen und Autoren (Biermann-Ratjen, 2003; Biermann-Ratjen et al., 1997; Brossi, 2006; Fartacek, 1999; Gutberlet, 1985; Scholl-Kuhn, 1994) beschreiben die akute Belastungsreaktion als (akute) Inkongruenz zwischen der organisierenden Bewertung der traumatischen Erfahrung und dem Selbstkonzept bzw. als „Stressinkongruenz“, die „entsteht, wenn die Person mit überwältigenden Erfahrungen konfrontiert wird, die für ihr Selbst unerträglich sind, es in Frage stellen, es in seiner Existenz bedrohen oder zerstören“ (Speierer, 2002, S. 168). Derartige bedeutsame Lebensereignisse stellen die stärksten „Inkongruenzquellen“ (ebd.) für Personen dar. „Wenn Inkongruenz besteht und das Individuum sich dessen nicht bewusst ist, dann ist es potentiell anfällig für Angst, Bedrohung und Desorganisation. Wenn eine bestimmte neue Erfahrung die Diskrepanz so klar hervortreten lässt, dass sie bewusst wahrgenommen werden muss, wird das Selbstkonzept des Individuums durch widersprüchliche und nicht vereinbare Erfahrungen desorganisiert“ (Rogers, 1959a/1987, S. 29f.). Die bedrohliche traumatische Erfahrung ist nicht vereinbar mit dem bestehenden Selbstkonzept bzw. würde dieses erheblich verändern. Die Person erlebt dies als erhöhte Spannung, Unruhe, Angst, Druck, Hilflosigkeit, Bedrohung etc. Sie ist verletzlich. Um das Selbstkonzept zu schützen und zu erhalten, wird ein Abwehrprozess in Gang gesetzt (Gutberlet, 1985; Scholl-Kuhn, 1994; Speierer, 1997; Brossi, 2006; Fartacek, 1999; Keil, 2002; Biermann-Ratjen, 2003). Die traumatisierte Person versucht, alle Situationen zu vermeiden, die sie in die gleiche Gefühlslage versetzen, und verhindert so ein Eindringen des bedrohlichen Erlebnisses in das Bewusstsein. Im Gegensatz zu dieser aktiven Form der Vermeidung auf der Verhaltenzebene distanzieren sich betroffene Frauen auch häufig auf der Erlebensebene von ihrer Erfahrung: Sie fühlen sich wie betäubt, haben an nichts mehr Freude, fühlen sich innerlich wie gelähmt und

erleben damit die „Generalisierung ihrer Abwehr, die Verslossenheit gegenüber der Gesamtheit der Erfahrung“ (Biermann-Ratjen, 2003, S. 130). Durch Flashbacks bricht die Abwehr aber immer wieder zusammen.

Selbstexploration ist unter diesen Bedingungen nur schwer möglich. Das Verhalten und Erleben in der akuten Belastungsreaktion entspricht dem ungesunden, starren Pol des Prozesskontinuums (Brossi, 2006; Rogers, 1961a/1998). Es besteht nur ein geringes Ausmaß an Offenheit für Selbsterfahrung, Fähigkeit zur Selbstexploration, Kongruenz, kognitiver Flexibilität, Gefühl der Eigenverantwortlichkeit und Kontakt- bzw. Beziehungsfähigkeit. „Der Erfahrungsfluss und damit der Wachstumsprozess sind unterbrochen. Die Gewissheit der Kontinuität des Lebens ist verloren gegangen. Dadurch mangelt es ihr [der Person] auch an Vertrauen, die Krise bewältigen zu können. Deshalb braucht sie Schutz und sucht sie Hilfe“ (Brossi, 2006, S. 382).

Unter besonders günstigen Bedingungen kann die traumatische Erfahrung „in einem Wechsel aus Intrusionen, Angetriggertsein, Alpträumen und Aussprechen (im Kontakt mit Vertrauenspersonen) einerseits und Konstriktionen, Abschalten, Ablenken und Wegdenken andererseits in vier bis acht Wochen ‚integriert‘ sein“ (Biermann-Ratjen, 2003, S. 130). Die Frau kann dann „... daran denken, ohne in einen Flashback abzurutschen ...“ (Reddemann & Sachsse, 1997; zit. nach ebd.). Die Erfahrung und deren organisierende Bewertung können als angemessene Reaktion und Selbsterfahrung ins Selbstkonzept aufgenommen werden und in der Folge zu positiven Veränderungen, Wachstum und Entwicklung im Sinne der Selbstaktualisierungstendenz beitragen (Gutberlet, 1985).

Wenn im Sinne der Selbstbehauptungstendenz das Selbstkonzept die Oberhand gewinnt, muss das Erleben des sexuellen Übergriffs vom Bewusstsein ferngehalten oder verzerrt symbolisiert werden (Gutberlet, 1985). Dadurch wird im Dienste der Erhaltung des bestehenden Selbstkonzepts eine Einengung des emotionalen und sozialen Lebens bewirkt. Es kommt zum Rückzug aus zwischenmenschlichen Beziehungen und zu einer emotionalen Verarmung. Auch Hoffnungen und Zukunftspläne werden beeinträchtigt. „Damit fordern konstriktive Symptome, auch wenn sie ein Versuch sind, übermächtige Symptome abzuwehren, einen hohen Preis für den Schutz, den sie vielleicht gewähren. Sie verengen das Spektrum der Lebensmöglichkeiten, beeinträchtigen die Lebensqualität und perpetuieren letztlich die Auswirkungen des traumatischen Ereignisses“ (Herman, 2003, S. 71).

Ist es nicht möglich, die traumatische Erfahrung ins Selbstkonzept zu integrieren, kann die „Mischung aus: der nach Integration drängenden und sich in Intrusionen immer wieder zeigenden traumatischen Erfahrung, der Erfahrung der Bedrohung des Selbstkonzepts und der Selbstachtung durch traumatische Selbsterfahrung, der Erfahrung der Abwehr der traumatischen Erfahrung und auch der Abwehr der Erfahrung der Inkongruenz“ (Biermann-Ratjen, 2003, S. 130) zu mittel- bzw. langfristigen Beeinträchtigungen, wie

z. B. einer posttraumatischen Belastungsstörung, Angststörung, Sozialphobie, Depression oder andauernden Persönlichkeitsveränderung, führen.

Egal, welchen Verlauf der Prozess der Verarbeitung des Traumas nimmt, die Reaktionen der betroffenen Frau werden vom Personenzentrierten Ansatz auf jeden Fall „als ein sinnvoller, letztlich nachvollziehbarer Versuch verstanden, sich inneren und äußeren Bedingungen so anzupassen, daß der Organismus erhalten wird und – wenn die Erhaltung gesichert scheint – auch wachsen kann“ (Gutberlet, 1985, S. 57). Aus der Sicht des Organismus ist die jeweilige Reaktion „die beste und sinnvollste, die er in diesem Moment treffen kann“ (ebd., S. 58). Nicht die Reaktion der Frau ist außergewöhnlich, sondern die Situation, durch die sie hervorgerufen wurde.

Ein personenzentriertes Konzept von Krisenintervention zur Begleitung vergewaltigter Frauen in der akuten Belastungsreaktion

„Wer mit Krisen konfrontiert wird – mit eigenen und denjenigen von KlientInnen – wird mit dem Dunkel, dem Chaos konfrontiert“ (Brossi, 2006, S. 373). Dieses Dunkel und Chaos verdeutlicht die Grenzen des ‚üblichen‘ psychotherapeutischen Vorgehens, da aufgrund der Intensität der Notlage, aus der sich ein besonderes Schutzbedürfnis auf Seiten der traumatisierten Frau ergibt, auch konkrete Interventionen nötig sind, die auf den ersten Blick die personenzentrierte Haltung in Frage stellen. Wenn Interventionen auf dem Hintergrund der Einschätzung und des Erlebens der Gesamtsituation gesetzt und in Rogers‘ Sinne immer und ausschließlich von einem präsenten, empathischen ‚in Kontakt Sein‘ mit der Klientin und ihren augenblicklich vordergründigen Bedürfnissen geleitet werden, stellt der Personenzentrierte Ansatz in der akuten Belastungsreaktion eine hilfreiche Lichtquelle und einen optimalen Wegweiser dar, um sich sowohl als Psychotherapeutin als auch als Klientin im Dunkeln und im Chaos der Krise besser orientieren zu können. Bevor Interventionen eingeleitet werden, müssen sie zunächst vor allem daran überprüft werden, ob sie auf dem Hintergrund einer personenzentrierten Haltung gestaltet werden (Stumm & Keil, 2002; Keil, 2002; Finke, 2004), ob sie eine adäquate Antwort auf die vielschichtigen Bedürfnisse betroffener Frauen darstellen und ob sie (wahrscheinlich) von der Klientin wahrgenommen werden.

Präsenz als personenzentrierte Grundhaltung in der Begleitung vergewaltigter Frauen

„It helps if another person simply keeps the client company providing simple human contact, taking an existential and human position. The other person can offer understanding of how hard it is to feel or to describe what happened. The helper trusts that this can

happen later. [...] When one is willing to be truly present, human contact is the best that can be offered“ (Coffeng, 2002, S. 157).

Der Präsenz kommt in der Begleitung vergewaltigter Frauen besondere Bedeutung zu. Sie brauchen ein Gegenüber, das in besonders aufmerksamer Weise mit ihnen verbunden ist, das den Kontakt an ihrer Stelle aufrecht erhält und das sie in ihrem Wechselbad der Gefühle ernst nimmt, versteht und positiv beachtet.

Präsenz ist der jeweils persönliche Ausdruck von Kongruenz, unbedingter positiver Wertschätzung und einfühlichem Verstehen sowie die Voraussetzung für deren Verwirklichung (Schmid, 2002; Schmid, 2002a). Präsenz bedeutet im Hier und Jetzt mit der betroffenen Frau zu sein, sie unmittelbar zu erleben, auf ihre Ressourcen zu vertrauen, sich auf der Ebene aller Sinne ansprechen zu lassen und dabei gleichzeitig des eigenen Geworden-Seins, des eigenen Selbst-Verständnisses und der eigenen Befindlichkeit als Psychotherapeutin in Abgrenzung zur Klientin gewahr zu bleiben (Gaul & Macke-Bruck, 2002). Diese Haltung ermöglicht, sich dem Erleben und den aktuellen Bedürfnissen der vergewaltigten Frau anzunähern und empathisch nachzuvollziehen, was sie gerade in diesem Moment am dringendsten braucht.

Kontakt herstellen und Schutz bieten

Je nach Intensität des Erlebens der Frau kann sich die Kontaktaufnahme unterschiedlich schwierig gestalten. Die von Prouty beschriebenen Kontaktreflexionen (Situationsreflexionen, Reflexionen des Gesichtsausdrucks; Wiedergeben der Körperhaltung; Wort-für-Wort-Wiederholungen; Wiederaufgreifen bereits stattgefundenen Kontakte) sind hilfreich, nahe am verbalen oder nonverbalen Ausdruck der betroffenen Person zu bleiben und dadurch den Kontakt zur Wirklichkeit, zu sich selbst und zum Gegenüber wieder herzustellen (Prouty et al., 1998; Coffeng, 2002; Keil, 2002; Warner, 2001).

Das bedeutet ganz konkret, Blickkontakt mit der betroffenen Frau zu halten, ihr mitzuteilen, wo sie ist, dass sie hier sicher ist und nichts gegen ihren Willen unternommen werden wird.

Wenn sie auf der emotionalen und kognitiven Ebene nicht ansprechbar ist, kann versucht werden, über die Körperwahrnehmung der Klientin Kontakt aufzunehmen. „Spüren Sie, wie Ihre Fußsohlen auf dem Boden aufliegen und wie Ihre Oberschenkel, Ihr Gesäß, Ihr Rücken, Ihre Arme und Hände den Sessel berühren?“ – „Contact with the ground“ (Coffeng, 2002, S. 156) – stellt zunächst direkten Kontakt zum Körper her, wodurch wiederum der Kontakt ins Hier und Jetzt und zu den Gefühlen gefördert wird. Die vergewaltigte Frau kann sich selbst wieder besser spüren, sobald sie ‚sicheren Boden unter den Füßen‘ hat. Darüber hinaus helfen Rückmeldungen der Psychotherapeutin darüber, wie sie die Klientin erlebt und deren Gesichtsausdruck oder Körperhaltung wahrnimmt, der Klientin den Kontakt zu sich selbst wieder herzustellen.

Auf der verbalen Ebene ist besonders darauf zu achten, nahe an den Worten der Klientin zu bleiben, diese möglichst exakt wiederzugeben und nichts hinzuzufügen. Dies fördert das Vertrauen und das Gefühl, dass ihre Erlebnisse ein Recht haben so zu sein, wie sie sind. Das exakte Wort, die Phrase oder das Bild ermöglichen, mit dem eigenen Erleben in Verbindung zu bleiben. Die kleinste Veränderung eines Wortes kann die Frau in ihrem Erleben verletzen, verunsichern und verwirren: „It is as if the client were asking if her experience had a right to exist in the world. The therapist’s responding with words that don’t fit can feel like giving an answer of ‚no‘ to that question“ (Warner, 2001, S. 188).

Sich selbst als Psychotherapeutin und reale Beziehungspartnerin auf das Erleben der Klientin einzulassen und die eigene Betroffenheit und Anteilnahme über das Geschehene auszudrücken, ist eine weitere Möglichkeit, Kontakt herzustellen (Finke, 2004; Keil, 2002). Die Mitteilung der eigenen emotionalen Resonanz, von Finke (2004, S. 67) als „Selbstöffnen“ im Zusammenhang mit dem Therapieprinzip Kongruenz beschrieben, tritt dabei in den Vordergrund und kann im Sinne von Rogers’ Therapietheorie auch bei der betroffenen Frau Selbstexploration in Gang setzen und schrittweise ein Kongruent-Werden und somit eine Symbolisierung bewirken (Keil, 2002).

Selbst ganz ‚alltägliche‘ Interventionen sind für die Herstellung von Kontakt und einer Atmosphäre der Sicherheit, des Schutzes und der Geborgenheit förderlich: Dazu gehört beispielsweise, für die Frau eine Tasse Tee zu kochen, sie duschen zu lassen, eine Decke zur Verfügung zu stellen, in die sie sich kuscheln kann, sie eventuell schlafen zu lassen, ausreichend Taschentücher bereit zu halten und Ähnliches mehr.

Für manche Frauen schafft körperliche Nähe ein Gefühl der Geborgenheit und des Aufgehobenseins. Psychotherapeutinnen sollten nicht davor zurückschrecken, ihrem eigenen Impuls, die vergewaltigte Frau schützend zu berühren, nachzugehen. Dabei ist allerdings genau darauf zu achten, ihre Grenzen nicht erneut zu überschreiten, wie es bereits während der Vergewaltigung intensiv passierte, sondern immer genau nachzufragen und auch nachzuspüren, ob die konkrete Berührung tatsächlich gewünscht ist. Ihre Hand zu halten oder sie zwischen den Schulterblättern oder am Unterarm zu berühren, ist unverfänglich und kann sehr viel Nähe, Kontakt und Schutz herstellen. Besondere Aufmerksamkeit ist dabei den eigenen Handlungsmotiven zu widmen: Mache ich etwas, das in meiner eigenen Hilflosigkeit begründet ist oder aber ist es Ausdruck empathischen Verstehens?

Zeitdruck lindern

Die Forderung nach Hilfe kann sehr vehement und dringlich sein und Krisenbegleiterinnen enorm unter Druck setzen. Dann besteht die Gefahr, sich als Psychotherapeutin von der Akutheit und vom

Zeitdruck der Situation ‚anstecken‘ zu lassen, in den Strudel der Krise hineingezogen zu werden und sich in der Folge inkompetent und nutzlos zu fühlen. Großartige Interventionen und Hilfsaktionen sind in dieser Situation ohnehin nicht indiziert. Die vergewaltigte Frau vermittelt nicht nur Dringlichkeit, sondern auch, dass sie in ihrem momentanen Zustand nichts tun kann, weil es ihr an Kraft fehlt. Dass sie ihren unerträglichen Zustand von Angst und Hoffnungslosigkeit beenden möchte, ist nachvollziehbar und verstehbar, aber nicht mit ‚Rettungsaktionen‘ realisierbar. Sofort auf die Dringlichkeit selbst einzusteigen, würde bedeuten, die ambivalenten Bedürfnisse – einerseits der Wunsch, etwas gegen die Gefühle zu tun, andererseits das Bedürfnis, mit diesen Gefühlen gut aufgehoben zu sein und nichts tun zu müssen, wofür es ohnehin an Kraft fehlt – zu ignorieren und in der Folge die Frau mit einem Hilfsangebot, das zu früh einsetzt, zu überfordern.

Die in der Psychotherapeutin ausgelösten Gefühle der Hilflosigkeit und das daraus entstandene Bedürfnis nach ‚rettenden Aktionen‘ sind Ausdruck ihrer eigenen Inkongruenz. Erst wenn diese als solche wahrgenommen und positiv beachtet sowie vielleicht auch deren Auslöser erkannt wird, ist die Wahrnehmung der Psychotherapeutin wieder offen dafür, genau hinzuschauen, was die betroffene Frau braucht (Brossi, 2006). Sie ist nicht weiter mit ihrer eigenen Hilflosigkeit beschäftigt und kann dem Krisenerleben der Frau wieder ihre ungeteilte Aufmerksamkeit bzw. unbedingte positive Beachtung schenken und als spürbares und schützendes Gegenüber erlebt werden.

Subjektives Krisenerleben relativieren durch Information und Parteilichkeit

Betroffene Frauen stehen ihren traumatischen Reaktionen häufig ablehnend gegenüber: Sie machen sich Vorwürfe, dass sie damit nicht besser umgehen können; sie schämen sich, weil sie andere mit ihren Gefühlen belasten, weil sie glauben, damit alleine fertig werden zu müssen; sie haben Angst verrückt zu sein und vieles andere mehr. In solchen Situationen wirkt es entlastend, Vergewaltigung als ein außergewöhnliches und belastendes Ereignis zu benennen und zu vermitteln, dass ihre Gefühle nachvollziehbar und -föhlbar sind und keine kranke, sondern eine völlig normale Reaktion darstellen, um das Erlebte zu verarbeiten. Informationen über die Art und den Verlauf von Belastungsreaktionen vermitteln der betroffenen Frau ein Gefühl der Kontrolle, die Symptome erscheinen nicht mehr so fremd, erschreckend und bedrohlich.

Viele Frauen föhlen sich schuldig, überhaupt in eine solche Situation geraten zu sein und werfen sich vor, sie provoziert zu haben oder sie nicht durch ausreichende Gegenwehr verhindert zu haben. Gesellschaftliche Vorstellungen über Vergewaltigung bestärken diese Einstellungen. Die klare Botschaft, dass keine Frau selbst Schuld hat an einem sexuellen Übergriff, sondern dass die

Verantwortung dafür alleine beim Täter zu suchen ist, schafft Erleichterung ebenso wie das Benennen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und des Heranwachsens als Frau „in einer Kultur, die patriarchal organisiert ist und unter Macht-/Ohnmachtsbedingungen funktioniert“ (Winkler, 2002, S. 69). Diese parteiliche und politische Haltung stellt der verinnerlichten gesellschaftlichen Werthaltung eine frauen- und traumaspezifische Bewertung gegenüber und fördert das Vertrauen der Frau zu sich selbst und das Gefühl des Verstandenseins durch die Psychotherapeutin.

Vorhandene Ressourcen (re-)aktivieren

Um ausreichend Schutz zu gewährleisten, ist es notwendig, vom ersten Gespräch an gemeinsam mit der Frau innere und äußere Ressourcen, die sich in vergangenen belastenden Situationen als hilfreich erwiesen haben, zugänglich zu machen und neue zu eröffnen.

Wie ging die betroffene Frau bisher mit Krisen um? Kann sie irgendwie daraus schöpfen, um die aktuellen Erfahrungen zu verarbeiten? Was macht sie gerne? Kann sie auch trotz ihrer Ängste, Depressionen und Hilflosigkeitsgefühle etwas Gutes für sich tun (Musik hören, Tagebuch führen bzw. Gebete, Sport, Körperpflege, Handarbeiten/Bastelarbeiten ...)? Können Imaginationsübungen helfen, sich von der intensiven Erfahrung zu distanzieren? Die Traumatherapeutin Reddemann (2002) schlägt beispielsweise vor, der Schreckenswelt eine Gegenwelt gegenüberzustellen, bewusst an etwas Anderes zu denken, sei es ein blauer Himmel mit strahlender Sonne, die Erinnerung an den letzten Urlaub oder Ähnliches. Wichtig ist dabei nur, dass dieses Bild – im Unterschied zu den traumatischen Bildern – mit positiven Emotionen besetzt ist. „Wenn ein Gegenbild da ist, gibt es eine Wahl für mich. [...] Etwas machen zu können, nicht mehr ohnmächtig zu sein, ist eine sehr wichtige Erfahrung für Menschen, die extreme Ohnmacht und Hilflosigkeit erlebt haben“ (ebd., S. 30). Die Außenwelt ist nicht veränderbar, aber innere Veränderungen sind herbeiführbar. Nicht immer gelingt es, eine Gegenwelt zu schaffen, aber vielleicht ist es möglich, sich anders von den überwältigenden Gefühlen zu distanzieren, wie z. B. mit der Tresorübung. „Bei ihr geht es darum, etwas, was einen belastet, erst einmal wegzupacken. Da man aber weiß, dass man es doch noch einmal betrachten will, gibt man es in den Tresor. Dort ist es sicher aufbewahrt und kann so lange dort bleiben, bis man sich damit beschäftigen kann und will“ (ebd., S. 51).

Die Aktivierung und Förderung der inneren Ressourcen und das Vertrauen der Psychotherapeutin ins Selbsthilfepotenzial der Klientin geben Kraft und Mut. Sie tragen dazu bei, sich zumindest für eine Weile gut und nicht belastet zu fühlen, geben ein Stück Eigenverantwortung, Kontrolle, Selbstachtung und Selbstvertrauen zurück und verringern das Gefühl des absoluten Versagens.

Die äußeren Ressourcen sind in der akuten Krise von besonderer Bedeutung. Wie sehen die aktuellen Lebensbedingungen der Frau

aus? Lebt sie alleine? Gibt es Vertrauenspersonen? Ist es möglich, diese in die Krisenintervention einzubeziehen? Wo kann sie sich hinwenden, wenn sie sich niemandem aus ihrem sozialen Umfeld anvertrauen will oder es keine hilfreichen Vertrauenspersonen gibt? Ist sie arbeitsfähig oder braucht sie einen Krankenstand? Braucht sie Medikamente? Möchte sie den Täter anzeigen und wer kann sie dabei unterstützen? Kann sie sich das alles selbst organisieren oder braucht sie Hilfe dazu? Wenn ja, welche Art von Hilfe kann sie annehmen? Welche Ressourcen kann die Psychotherapeutin zur Verfügung stellen? Beispielsweise können Telefonzeiten vereinbart werden, zu denen sie sicher erreichbar ist, oder kürzere Abstände zwischen den Therapiestunden. Wenn medikamentöse Hilfe nötig ist, kann die Klientin an eine Psychiaterin vermittelt oder, wenn sie sich gar nicht mehr selbst versorgen kann, bei einer stationären Unterbringung unterstützt werden.

Außerhalb des psychotherapeutischen Kontakts sind der Frau ihre eigenen Ressourcen nicht immer sofort zugänglich. Um dem entgegenzuwirken, kann ein „Notfallplan“ (Reddemann, 2002, S. 28) erstellt werden. Auf einem einfachen Zettel wird schriftlich festgehalten, was jemals in schweren Lebenslagen geholfen hat. Diesen Zettel kann die betroffene Frau zu Hause an einer sichtbaren Stelle anbringen. Dadurch werden die Ressourcen noch einmal konkretisiert und stehen dann im Zustand des Gefühlschaos in ihrer Klarheit zur Verfügung. Die Dinge, die von der Klientin besonders hilfreich erlebt werden, stehen dabei in der Liste ganz oben. Telefonnummern von Einrichtungen, die rund um die Uhr erreichbar sind bzw. vom psychiatrischen Krankenhaus, und die mit der Psychotherapeutin vereinbarten Telefonzeiten sollen in diese Liste aufgenommen werden.

Suizidalität

Im Falle von Suizidgefährdung auf Seiten der Klientin fühlen sich Psychotherapeutinnen zumeist sehr belastet. Dies liegt einerseits am Druck, den Institutionen auferlegen, nämlich Suizidhandlungen von Klientinnen zu verhindern, andererseits an der eigenen Angst und Unsicherheit.

Erst wenn die Psychotherapeutin mit ihrem eigenen Erleben der Panik empathisch umgeht und sich selbst darin positiv beachtet, kann sie wieder wertschätzenden Kontakt zur Klientin herstellen und sich voll und ganz deren Erleben widmen. Dann kann das suizidale Erleben der Klientin angesprochen und ihm ausreichend Raum und Zeit gegeben werden (Fartacek, 1999; Sonneck, 2000; Reimer, 2000). Der Klientin wird vermittelt, dass auch diese Gefühle – selbst wenn sie sehr in Sorge versetzen und betroffen machen – als Reaktion auf ihr traumatisches Erleben ausgehalten, empathisch verstanden und angenommen werden. Rogers (1951a/1992, S. 59) selbst schreibt dazu: „Mir scheint, daß der Therapeut nur dann die große Stärke der Fähigkeit und Kapazität des Individuums zur

konstruktiven Handlung erkennt, wenn er voll und ganz einverstanden ist, daß *jede* Möglichkeit, *jede* Richtung gewählt wird. Wenn er damit einverstanden ist, daß unter Umständen auch der Tod gewählt wird, dann wird das Leben gewählt werden“. Rogers' Haltung betont die Bedeutung, beide Seiten, nämlich den Todeswunsch, in dem sich die Frau im Moment selbst ausschließlich erfährt, wie auch den Wunsch nach Leben positiv zu beachten und zu verstehen.

Lässt sich die Beunruhigung nicht beseitigen, weil kein Kontakt zu den Anteilen, die leben wollen, hergestellt werden kann, hat die unmittelbare Bedrohung des Lebens Priorität und es muss über den Willen der Klientin hinweg eine stationäre Unterbringung veranlasst werden. „Gemäß der personenzentrierten Sichtweise kann man nie Verantwortung *für* den Klienten ergreifen. Im Krisenfall liegt die besondere therapeutische Verantwortung darin, in der Beziehung zum Klienten sowohl für sich als Person als auch für sich in der Rolle als Therapeut die Verantwortung für das eigene Erleben zu übernehmen. Das eigene Erleben der Bedrohung, der Sorge, des Bedürfnisses nach Schutz und Sicherheit kann zu konkreten Verhaltensweisen führen, welche Grenzen des Klienten überschreiten. Der Klientenzentrierte Therapeut, der mit dem Klienten ins Spital fährt, tut das genau genommen nicht *für* den Klienten, sondern *für sich*, als Konsequenz *seines* Erlebens“ (Keil, 2002, S. 367).

Die Bedeutung der ‚Abwehr‘ verstehen

Die Abwehr der traumatischen Erfahrung ist für betroffene Frauen – sowohl während als auch unmittelbar nach dem Erlebnis – überlebenswichtig. Schutz und Stabilisierung stehen daher im Vordergrund der Begleitung von Frauen in der akuten Belastungsreaktion. Dazu kann es auch nötig sein, die Abwehr zunächst bewusst zu bewahren und sogar im Sinne der positiven Selbstbeachtung konstruktiv zu stützen und sich nicht vorschnell „auf die neblige Zone am Rande der Gewährwerdung“ (Rogers, 1977b, S. 24) zu beziehen. Begleitung von Frauen, die einen Teil ihrer Erlebnisinhalte durch Verzerrung, Verleugnung, Abspaltung oder Ähnliches abwehren und vom Bewusstsein fern halten, bedeutet, dem nachzugehen, was es so schwierig macht, dass die traumatische Erfahrung ins Selbstkonzept integrierbar wird, und dies positiv zu beachten (Finke, 2004). Das sind einerseits die häufig widersprüchlichen, das Selbstkonzept bedrohenden Gefühle, andererseits die individuellen Bewertungen und Bedeutungen einer Vergewaltigung und wie es dazu kommen bzw. mit welchem Verhalten Frau eine solche getreu der gesellschaftlichen Vorstellungen vermeiden kann.

Frauen in ihrem persönlichen Ausdruck der Abwehr möglichst genau zu verstehen und unbedingt positiv zu beachten, ist elementar für die Integration der traumatischen Erfahrung. Dadurch wird sichtbar, was die Symbolisierung so schwierig macht bzw. auch verhindert. Erst dann, wenn sich die vergewaltigte Frau in ihrem Abwehrverhalten verstanden fühlt und sich selbst darin versteht,

kann sie sich ihrem traumatischen Erleben zuwenden. Vor allem in der Akutphase besteht die Gefahr einer Retraumatisierung, wenn zu früh an den Inhalten des Traumas gearbeitet wird (Herman, 2003; Reddemann, 2002).

Trauer und Neuorientierung

Die Trauer um das Verlorene ist der letzte Schritt im Verarbeitungsprozess. Dabei geht es um die Trauer über den Verlust der eigenen Grenzen, der Selbstbestimmung und Autonomie, der Sicherheit in Beziehungen zu anderen, des Gefühls der körperlichen Unversehrtheit und Integrität, des individuellen Wertesystems sowie des zursichlicklichen Blicks in die eigene Zukunft.

Sich dem Schmerz über das Verlorene in ihrem eigenen Tempo anzunähern, ihn auszudrücken und über die Verluste zu trauern, ist der „Anfang einer Entwicklung, an deren Ende es wieder möglich ist, sich als Person anzunehmen und zu lieben. Verarbeitung bedeutet, die Gefühle solange durchleben und bereden zu können, bis sie als integraler Bestandteil wahrgenommen werden. [...] Die Befreiung aus der Vergangenheit bringt die Fähigkeit zur Wahrnehmung der Gegenwart wieder“ (Mörth, 1994, S. 172) und ermöglicht die Wiederaufnahme von Plänen für die Zukunft.

Schlussbemerkung

Die Verarbeitung der traumatischen Erfahrung ist gekennzeichnet durch ein Hin- und Herpendeln zwischen Erleichterung und erneutem Aufflackern der quälenden Gefühle. Um die Erfahrung der Vergewaltigung verarbeiten zu können, braucht die betroffene Frau Ansprechpersonen, die ohne Schuldzuweisungen und ohne moralisierende Einstellungen zuhören können, was geschehen ist, und sie in ihrem Erleben begleiten.

Der Personenzentrierte Ansatz bietet durch die Verwirklichung der notwendigen und hinreichenden Bedingungen (Rogers, 1957a/1991) ideale Voraussetzungen, dass sich die betroffene Frau mit ihren Gefühlen von Selbstzweifel, Schuld, Scham, Angst, Erniedrigung, Demütigung, Verzweiflung, Ohnmacht und Hilflosigkeit möglichst angstfrei auseinandersetzen und in der Folge ihre akute Belastungsreaktion als sinnvolle und angemessene Antwort des Organismus anerkennen und verstehen kann. Dem Erleben von Frauen wird von der personenzentrierten Psychotherapeutin nichts hinzugefügt oder weggenommen; so, wie es ist, wird ihm empathisch, unbedingt positiv wertschätzend und kongruent begegnet und emotionale Resonanz entgegengebracht – im Vertrauen auf das „Potenzial zur selbstorganisierten Entwicklung in eine positive Richtung“ (Biermann-Ratjen, 2003, S. 133) im Sinne der Aktualisierungstendenz.

Diese personenzentrierte Haltung ermöglicht es, die akute Belastungs- oder Krisenreaktion – unabhängig davon, wodurch sie

ausgelöst wurde – „als in sich wertvoll zu verstehen. Damit werden Krisen zu einer Quelle, aus der von Gesellschaft und Kultur verletzte Personen die individuell besten Möglichkeiten für ihr Leben in dieser Welt entwickeln können“ (Keil, 2002, S. 375).

Abschließend soll erwähnt werden, dass die Begleitung von Personen in der akuten Belastungsreaktion auch von der Psychotherapeutin ein hohes Maß an Belastbarkeit erfordert und mit den eigenen Grenzen des Aushaltbaren konfrontiert. Die Arbeit mit

traumatisierten Personen sollte daher immer mit Unterstützung im Rahmen von Inter- und Supervision erfolgen (vgl. Brossi, 2006), sodass auch für das Erleben der Krisenbegleiterin unterstützende Ansprechpersonen gesichert sind. Darüber hinaus ist ein wohlwollender Umgang mit sich selbst und „Selbstfürsorge“ (Reddemann, 2005) außerhalb der beruflichen Tätigkeit von großer Bedeutung, um einem Burnout vorzubeugen.

Literatur:

- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1997). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. 8. überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2003). Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *Person, 7, 2*, 128–134.
- Brossi, R. (2006). Krisenintervention. In: J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.): *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 373–391). Heidelberg: Springer.
- Butollo, W., Hagl, M. & Krüsmann, M. (1999). *Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma*. München: Pfeiffer.
- Coffeng, T. (2002). Contact in the Therapy of Trauma and Dissociation. In G. Wyatt & P. Sanders (Eds.), *Contact and Perception* (pp. 153–167). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)* (2. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Fartacek, R. (1999). Aspekte Klientenzentrierter Psychotherapie in der Psychiatrie am Beispiel einer stationären Krisenintervention. *Person, 3, 1*, 25–31.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. 3. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Gaul, S. & Macke-Bruck, B. (2002). Gedanken zum Anspruch „Gegenwärtig zu Sein“. Die Vielfalt der Modelle in der Personzentrierten Psychotherapie aus der Sicht von zwei Praktikerinnen. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Oswald, P. F. Schmid & P. G. Wacker (Hrsg.), *Identität, Begegnung, Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 257–269). Köln: GwG-Verlag.
- Gutberlet, M. (1985). Entwurf zu einem Krisenmodell in der Gesprächspsychotherapie/Klientenzentrierten Psychotherapie. *GwG-info, 61*, 51–62
- Herman, J. (2003). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden* (2. Auflage). Paderborn: Junfermann.
- Huber, M. (2004). *Wege der Trauma-Behandlung. Trauma und Traumabehandlung Teil 2*. Paderborn: Junfermann.
- Keil, S. (2002). Klientenzentrierte Krisenintervention in der Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie*. (S. 353–376). Wien: Springer.
- Mörth, G. (1994). *Schrei nach Innen. Vergewaltigung und das Leben danach*. Wien: Picus.
- Prouty, G., Pörtner, M. & Van Werde, D. (1998). *Prä-Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2002). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren* (6. Auflage). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2005). Selbstfürsorge. In O. F. Kernberg, B. Dulz, J. Eckert (Hrsg.), *Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf* (S. 563–568). Stuttgart: Schattauer.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (1997). Stabilisierung. Traumazentrierte Psychotherapie, Teil 1. Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie 3*, 113–147.
- Reimer, C. (2000). Psychotherapeutischer Umgang mit suizidalen Patienten. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke, *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (S. 577–595). Wien: Springer.
- Rogers, C. R. (1951a/1992). Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt am Main: Fischer. (Orig. ersch. 1951: *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1957a/1991). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165–185). Mainz: Grunewald. (Orig. ersch. 1957: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21, 2*, 95–103).
- Rogers, C. R. (1959a/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG-Verlag. (Orig. ersch. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Eds.), *Psychology. A study of science. Vol. III: Formulations of person and the social context* (pp. 184–256). New York: McGraw Hill).
- Rogers, C. R. (1961a/1998). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. ersch. 1961: *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1977b). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Sachsse, U. (2003). Distress-Systeme des Menschen. *Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie, 7*, 4–15.
- Schmid, P. F. (2002). Presence: Im-media-te co-experiencing and co-responding. Phenomenological, dialogical and ethical perspectives on contact and perception in person-centered therapy and beyond. In G. Wyatt & P. Sanders (Eds.), *Contact and Perception* (pp. 182–203). Ross-on-Wye: PCCS Books.

- Schmid, P. F. (2002a). Anspruch und Antwort: Personenzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 75–105). Wien: Springer.
- Scholl-Kuhn, C. (1994). Die Verweigerung der Wahrnehmung von Vorhersehbarem. Theoretische Überlegungen zum Thema „Krisenintervention“ in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Personzentriert*, 1, 71–79.
- Sonneck, G. (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas.
- Speierer, G. W. (1997). Personenzentrierte Krisenintervention. *Person*, 1, 1, 62–65.
- Speierer, G. W. (2002). Das Differenzielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 163–185). Wien: Springer.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 1–62). Wien: Springer.
- van der Kolk, B., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze*. Paderborn: Verlag Junfermann.
- Warner, M. (2001). Empathy, Relational Depth and Difficult Client Process. In S. Haugh & T. Merry (Eds.), *Empathy* (pp. 181–191). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Winkler, M. (2002). Das Private ist politisch. Aspekte Personenzentrierter Feministischer Therapie. In C. Iseli, W. W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Oswald, P. F. Schmid & P. G. Wacker (Hrsg.), *Identität, Begegnung, Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 66–78). Köln: GwG-Verlag.

Autorin:

Monika Tuczai, 1969, Mag^a, Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (PP) und Supervisorin in freier Praxis in Wien. Mitglied der Sektion Forum der Arbeitsgemeinschaft personenzentrierte Psychotherapie, Gesprächsführung und Supervision (APG). Leitungsteam des Lehrgangs Psychotherapeutisches Propädeutikum der APG. Langjährige Tätigkeit in der Krisenbegleitung vergewaltigter Frauen in einer Beratungsstelle der Stadt Wien sowie in der Aids Hilfe Wien.

Korrespondenzadresse:

A-1170 Wien, Hormayrgasse 5/20

E-Mail: monika.tuczai@gmx.at

Homepage: www.psychotherapie-beratung.net

Susanne Vahrenkamp & Michael Behr

Der Innere Kritiker und der Innere Facilitator – Personzentriert-experienzielle Psychotherapie mit visualisierter Selbstkommunikation

Zusammenfassung: Die Sicht der Person hat sich verändert von einem einheitlichen zu einem pluralistischen Konzept des Selbst. So wurden in verschiedenen Ansätzen Konzepte für die therapeutische Arbeit mit Partial-Egos herausgearbeitet, insbesondere für selbst-entwertende kognitiv-emotional-motivationale Schemata. Das Stuttgarter Konzept für die Arbeit mit Partial-Egos (SKOPE) integriert bekannte personenzentrierte und prozess-experienzielle Strategien mit einigen weiteren Interventions-Ideen. Es will konstruktive Selbstkommunikation fördern. Dazu erweitert es das traditionelle gesprächspsychotherapeutische Vorgehen zu einer Rollenspielarbeit mit mehr als 2 Partial-Egos und es konzeptualisiert einen Inneren Facilitator. Dessen schrittweise Aktivierung ist insbesondere für Personen mit überschwemmenden Gefühlen und extrem dominierenden inneren Stimmen hilfreich. Das Manual führt Therapeuten durch die kritischen Phasen des Klienten-Prozesses: Voraussetzungen prüfen, Selbstberuhigung, Aufmerksam werden, Vorarbeiten, Differenzieren, Herausstellen von Partial-Egos, Grenzen klären, Dialoge modifizieren, Ausgleichen, Üben.

Schlüsselwörter: Klientenzentrierte Psychotherapie, Innerer Kritiker, Selbstbewertungsprozess, Focusing

Abstract: The Inner Critic and the Inner Facilitator — Person-centered experiential psychotherapy via visualized selfcommunication. The view of the person has shifted from a unitary to a pluralistic conceptualization of the self. Thus concepts for therapeutic work with partial egos, especially with self-devaluing cognitive-emotional schemata, have been elaborated in a variety of approaches. The Stuttgart Conception for Work with Partial Egos (SCOPE) integrates well-known process-experiential strategies with some further ideas for interventions. It aims to facilitate constructive inner dialogues and therefore extends the application of basic client-centered counseling skills to work with more than two partial egos, and it conceptualizes an inner facilitator. A manual derived from supervision and therapeutic experience guides therapists through critical stages of the client's process, including assessing pre-requisites, calming down, becoming aware, differentiating, moving out partial egos, clarifying borders, modifying the dialogue and balancing. We also discuss types of clients who will benefit most.

Keywords: client-centered psychotherapy, inner critic, self valuing process, focusing

Destruktive Selbstkritik und Selbstabwertung, irrationale und unverhältnismäßig bedrückende Schuldgefühle sind wichtige Themen in fast allen Psychotherapien. Sie werden angesehen sowohl als Symptome psychischer Störungen, als auch als blockierende Prozesse in der psychotherapeutischen Arbeit. Die Tatsache, dass Schuldgefühle und negative Selbsteinschätzung als psychotherapeutische statt religiöse Probleme bewertet werden und Psychotherapeuten statt Priester auf den Plan rufen, hängt eng zusammen mit der Entstehung und Entwicklung der Psychotherapie und ist Teil des Wandels von traditionellen zu modernen Gesellschaften.

- Sowohl kognitive wie personenzentrierte psychotherapeutische Ansätze behandeln destruktive, abwertende innere Stimmen oder Gedanken. Klassisch kognitive Ansätze zielen auf eine rationale und realistische Selbstkritik, personenzentrierte Ansätze auf eine konstruktive Selbstkommunikation zwischen der

Stimme der Selbstkritik und ihrer blockierten Gegenstimme, die häufig Inneres Kind genannt wird.

- Allerdings unterscheiden sich auch die personenzentrierten Ansätze untereinander. Man kann deren Entwicklung verstehen als eine zunehmende Integration des „Inneren Kritikers“. An deren Beginn steht die Aufforderung „Bring den Inneren Kritiker zum Schweigen“ an deren Ende „Verstehe und moderiere den Inneren Kritiker als eine wichtige Stimme in einer Gruppe von Stimmen“.
- Bei komplizierten Patienten¹ kann ein innerer Konflikt zur Dominanz einer Konfliktseite führen und damit zur Rigidität,

¹ Auch wenn wir, weil es etwas flüssiger lesbarer ist, von Klient, Kritiker, Therapeut schreiben, meinen wir natürlich ebenso Klientinnen, Therapeutinnen, Kritikerinnen.

zu überschwemmenden Gefühlen, Gefühlen der Lähmung und großer Hilflosigkeit, zu einem Zustand in dem viele psychische Funktionen nicht mehr verfügbar sind. Wir sehen die Ursachen dieses inneren Konfliktes seltener in Interessensgegensätzen wie sie Introjekte nahelegen, sondern sehr oft im Nichtverstehen lebensgeschichtlich alter „Überlebensprogramme“. Gefragt ist bei Nichtverstehen *klärende* Moderation, weniger Disziplinierung.

Der Kern unserer therapeutischen Arbeit besteht darin, eine solche moderierende Funktion als Ressource des Klienten systematisch und schrittweise zu aktivieren. Dazu helfen wir dem Klienten, diese Funktion als eine innere Figur zu symbolisieren, die wir „Inneren Facilitator“ nennen. Diese Arbeit mit destruktiven, dominierenden inneren Stimmen stellen wir anhand des Stuttgarter Konzepts für die szenische Arbeit mit Partial-Egos (SKOPE) vor. SKOPE integriert viele bekannte Techniken und erweitert sie auf einer personenzentrierten Basis. Damit ist eine Art Manual entstanden, das Vorschläge für die Überwindung kritischer Situationen dieser Rollenspiel-Arbeit macht. Wir sind allerdings davon überzeugt, dass nicht jeder Therapeut und nicht jeder Patient mit dieser Methode arbeiten muss, sie ist lediglich ein Angebot.

1. Theoretischer Hintergrund

1.1 Von einem holistischen zu einem pluralistischen Konzept des Selbst

Die Suche nach einem so genannten „wahren Selbst“ hat Therapeuten und Klienten stets fasziniert. Auf dem Boden der Narzissmustheorie wird so das Modell eines konsistenten Selbst favorisiert, das möglichst zu entdecken wäre. Obwohl Rogers' Selbsttheorie gleichfalls als holistisch angesehen werden kann, betont er darüber hinausgehend bereits die Dynamik und die fortwährenden Änderungsprozesse innerhalb des Selbst (1959a, 1963c). Sie sind das Entscheidende: nicht ein verstecktes „wahres“ Selbst gilt es zu entdecken, sondern ständige Veränderungen und Entwicklungen im Selbst als „way of being“ zu leben. Viele Psychotherapiekonzepte der folgenden Dekaden bevorzugten demzufolge eine Perspektive, die auf Teile des Selbst und auf die interaktionelle Dynamik dieser Teile fokussiert. Perls, Hefferline und Goodman (1951) entwarfen eine dramatisierte Selbstkonversation in dem berühmten Dialog zwischen Topdog und Underdog, Satir beschrieb eine innere Bühne (1978). Weitere praktisch bedeutsame Theorien sind die Transaktionsanalyse mit ihrer Identifikation von Ich-Zuständen (Berne, 1961), die Systemischen Ansätze mit ihrer Idee von Quasi-Familienmitgliedern als Sub-Selbste oder Teile innerhalb der Person (Gaylin, 2001; Schwartz, 1997); auch einige Aspekte der Objekt-Beziehungs-Theorie sind hier zu nennen. Stern (1986)

verwarf die holistische Selbsttheorie aus einer entwicklungspsychologischen Perspektive und mittels ganzer Kataloge von empirischer Forschung. Er entwarf ein hierarchisches Modell verschiedener Arten von Selbsterfahrung, welches das Selbst ansieht als Cluster von Schemata ähnlich dem Konzept der Arbeitsmodelle in der Bindungstheorie.

Neuere Entwicklungen der personenzentrierten und experienziellen Theorien des Selbst korrespondieren gleichfalls mit der Schematheorie und gründen auf einem elaborierten allgemeinpsychologischen Modell. Wenn Greenberg et al. mit den 2 Stühlen oder mit dem Inneren Kritiker arbeiten (Greenberg, Rice and Elliott, 1993, S. 254), gehen sie von zwei Gruppen konfligierender emotionaler Schemata aus: einerseits jenen, die „gesellschaftliche Sollensforderungen repräsentieren, und andererseits jenen, die organismische Gefühle und Bedürfnisse bewahren“. Mearns und Thorne (2000) nennen die Teile des Selbst „configurations“ und meinen damit „ein kohärentes Muster von Gefühlen, Gedanken und bevorzugten Verhaltensweisen“ (S. 102; siehe auch Mearns, 2002). Eine der Stärken ihrer Theorie ist, dass sie unmittelbare Konsequenzen für Beratungsstrategien vorzeichnet und so bedeutende Entwicklungen der personenzentrierten Selbsttheorie mit einem innovativen Modell für die therapeutische Arbeit verbindet.

1.2 Innere Stimmen oder Partial-Egos als Ausdruck von Schemata

Sowohl in den Selbst-Theorien wie in der therapeutischen Praxis wird die Konzeption von partial egos, ego-parts, inner voices, parts, self-objects, subselves, configurations in breiter Übereinstimmung als hilfreich angesehen. Gendlin beschreibt innerhalb der experienziellen und personenzentrierten Ansätze als erster den Inneren Kritiker als rigide, abwertende innere Stimme (Gendlin, 1981; 1996). Wir folgen in unserem Verständnis vom Inneren Kritiker der Auffassung von Greenberg, Rice und Elliott (Greenberg et al., 1993; 2003), die von emotionalen Schemata ausgehen (zum Begriff „Schema“ vgl. Greenberg et al., 2003, S. 86–88). Elliott (1999, S. 205) betrachtet bei emotionalen Schemata kognitive, körperliche, motivationale und verhaltensbezogene Komponenten. (Vgl. auch M. Leijssen zit. n. Elliott, 1999). Der Grad der Symbolisierung und die Gestalt dieser komplexen Schemata sind fließend und verändern sich als Konsequenz des experienziellen Prozesses. Stinckens et al. (2002c) beschreiben an Hand einer systematischen Fallanalyse die Veränderungen des Inneren Kritikers im Verlauf einer erfolgreichen Therapie.

Die Schemata werden im Verlauf der therapeutischen Arbeit durch Metaphern erweitert. Diese Metaphern sind in der Regel vom Klienten gefundene, visuell, akustisch und kinästhetisch repräsentierte Stimmen oder Figuren.

1.3 Was wir unter einem Inneren Kritiker oder einem Inneren Kind verstehen

Wir sprechen zwar der Einfachheit halber vom Inneren Kritiker. Wir meinen mit diesem Begriff das, was ein Klient selbst als innere kritische, dominierende, vehemente, drängende und selbstabwertende Stimme, Gedanken und Gefühle erlebt. Diese Stimme oder diese Gedanken fassen wir als Komponenten eines entsprechenden emotional/motivational/kognitiven Schemas auf. Dabei gehen wir von dem modalen Schema-Konzept der Neo-Piagetaner aus (Greenberg, 2003).

Im Verlauf des therapeutischen Rollenspiels erfüllt der Klient diese Stimmen mit eigenem Leben und erfährt dadurch unmittelbar, dass er selbst sie verändern kann und dass er im „Als ob“ des Spieles etwas über das Spiel hinaus verändert: immer dann, wenn die therapeutische Arbeit erfolgreich war, ist er sich sicher, dass er seine Handlungsbereitschaft, also ein wesentliches Element des Schemas, geändert hat. Wenn wir im folgenden Text z. B. schreiben, der Innere Kritiker oder das Innere Kind „macht“, „fühlt“ etc., so beziehen wir uns auf die Spielebene, dieses „Als ob“ und seine Wirkungen.

Wir gehen weiterhin davon aus, dass – wenn ein Klient eine kritische destruktive innere Stimme oder einen solchen Gedanken als Inneren Kritiker erlebt – über kurz oder lang ein oder mehrere Gegenüber zu dieser Figur auftauchen, sofern hierfür „Platz“ geschaffen wird. Diese Gegenspieler werden oft als Inneres Kind bezeichnet, sie können aber ebenso wie der Innere Kritiker als ganz andere Gestalten auftauchen. So wie der Innere Kritiker z. B. als „böse Gouvernante“, „gemeiner, besserwisserischer Diktator“, „strenger Lehrer“ erscheint, kann das so genannte Innere Kind als ängstliches oder verletztes kleines Mädchen, als trotziger, verstockter, verzweifelter kleiner Junge, als kleiner Kobold, als unbeschwertes, fröhliches Mädchen, als unersättliches Riesenbaby u. ä. erscheinen. Die „Gegenspieler“ tauchen nach denselben Gesetzmäßigkeiten auf, wie sich *komplementäre Rollen* in einer Kleingruppe, in einem Team oder in einem spontanen Theaterspiel entwickeln.

Wir reden oft von Partial-Egos, inneren Figuren oder inneren Stimmen, sind uns aber bewusst, dass zumindest zu Beginn der Arbeit diese meist nicht als Figuren oder Stimmen repräsentiert werden. Typischerweise wird der Innere Kritiker als innere Stimme erlebt, das depressive Innere Kind eher als Gefühl und Gefühlsausdruck in Mimik und Körperhaltung. Besonders wichtig ist uns, dass diese inneren Figuren aktuell erlebt werden und dabei sich ständig ändern können (Stinckens et al., 2002c). Wenn bestimmte Figuren über längere Zeit unverändert auftauchen, kann dies auf Rigidität hinweisen und ist eher beunruhigend. Deswegen ist unser therapeutisches Anliegen, auf die verbalen und nonverbalen Elemente dieser Ego-Parts aufmerksam zu achten und diesen von Augenblick zu Augenblick empathisch und differenziert zu begegnen. Patienten werden dabei aber nicht mit einem theoretischen Konzept eines Inneren Kritikers oder Inneren Kindes konfrontiert, etwa indem wir ihn

nach „seinem Inneren Kind“ oder „seinem Inneren Kritiker“ befragen. Um übersichtlich zu sein, benutzen wir hier für entsprechende Partial-Egos zwar Begriffe wie Innerer Kritiker, Inneres Kind, in der praktischen Arbeit verwenden wir nur die Bezeichnungen, mit denen die Klienten selbst ihre Ego-Parts charakterisieren.

Psychoanalytisch orientierte Autoren sehen diese inneren Stimmen oft an als Repräsentanten von Introjekten wichtiger Bezugspersonen, bei traumatisierten Personen können es Täterintrojekte sein. Von solchen Introjekten zu unterscheiden sind innere Stimmen, in denen der Klient *nicht die Motivation des Täters* erlebt (wie etwa sadistische Befriedigung), sondern z. B. die *Motivation des Klienten* sich zu schützen durch Gehorsam gegenüber dem übermächtigen Täter. Wir halten beides für möglich, auch innerhalb einer Person, und sogar unklare Übergänge, also Trübung zwischen beiden Phänomenen. Letzteres wäre der Fall, wenn der Klient eine der Tätermotivation ähnliche Motivation hat, wie an der Macht teilzuhaben.

Auch bei Klienten, welche nicht misshandelt wurden, erscheinen nach unseren Erfahrungen innere kritische Stimmen, welche an einen sehr aggressiven oder verächtlichen Elternteil erinnern; oft erscheint den Klienten diese Stimme archaischer, rigider, strenger und aggressiver als die eigenen Eltern in Erinnerung sind. Diese Partial-Egos wirken eher wie Kinder, die eine strenge, strafende Instanz spielen, etwa wie eine Puppenmutter, die mit ihrer Puppe schimpft. Eine mögliche Erklärung ist, dass diese Stimmen Ausdruck kindlicher „Notfallpläne“, alter Überlebensstrategien, alter Skripte, Mythen aus überfordernden Situationen sind, welche besonders in Extremstresssituationen aktiviert werden (vgl. Kap. 2.2.2.). Die Ziele dieser Pläne müssen natürlich anerkannt werden im Gegensatz zu den Zielen der Täterintrojekte.

Der Umgang mit Partial-Egos geht in der Regel von einer blockierenden, dominierenden Stimme aus, welche die anderen Stimmen sozusagen an die Wand drückt und den Klienten damit von wichtigen Ressourcen abschneidet. Diese dominierende Stimme kann auch die eines „inneren Antreibers“ oder eines „Riesenbabys“ oder einer anderen Figur sein. Wir wählen für die folgenden Ausführungen den Inneren Kritiker als Beispiel, da dieses Konzept in der personenzentrierten Literatur eine exponierte Stellung hat.

2. Der Umgang mit dem Inneren Kritiker in Kognitiv-Behavioraler und in Personenzentrierter Psychotherapie

Auch wenn derartige innere kritische Stimmen in sehr vielen therapeutischen Ansätzen „behandelt“ werden, so ist der Umgang mit ihnen sehr verschieden. Er reicht vom Korrigieren über Ausblenden bis zum tieferen Verständnis der zugrundeliegenden Motivation.

2.1 „Klassisch“ kognitiv orientierte Ansätze: „Zeige dem IC, wie er realistisch und logisch denken kann!“

Angemessene wie unangemessene Schuldgefühle werden in der Alltagssprache ebenso wie in der Psychologie als eine Art innerer Dialog verstanden: In der Alltagssprache folgt der *Stimme* des Gewissens das *Schuldgefühl*. Ähnliches wird in der kognitiven Therapie nachgebildet, wenn auf negative Kognitionen wie z. B. „Natürlich hast du dich mal wieder dämlich angestellt“ ein negatives depressives Gefühl wie Niedergeschlagenheit oder Verzagttheit folgt. In der klassischen Kognitiv-Behavioralen Therapie wird eine destruktive Selbstkritik als irrationaler, dysfunktionaler, automatischer Gedanke aufgefasst, z. B. in der Spalten-Technik (Beck et al., 1999, S. 206f).

In vielen humanistischen Therapien entsprechen die negativen Gedanken der Stimme des Inneren Kritikers, und die depressiven Gefühle entsprechen einem verletzten kindlichen Ich.

Dies wird in Tabelle 1 demonstriert.

Tab. 1: Grundmodell der Kognitiv-Behavioralen Therapie:

<i>negative Kognitionen</i>	<i>sind verbunden mit negativen Emotionen</i>
wie irrationale, selbstabwertende, automatische Gedanken, z. B.: „Natürlich hast du dich wieder dämlich angestellt.“	wie Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, sich über- mäßig schuldig fühlen
<i>Alltagssprache:</i>	
„Stimme des Gewissens“	„Schuldgefühl“
<i>Selbst-Konfigurationen:</i>	
Innerer Kritiker	Inneres Kind

2.2 Der Personzentrierte Ansatz als Erweiterung des kognitiven Modells um implizites emotionales, motivationales und kognitives Erleben.

Wenn wir den Patienten, der zu sich selbst sagt „Natürlich hast du dich wieder dämlich angestellt“, genau beobachten, können wir wahrscheinlich feststellen, dass die dysfunktionalen Kognitionen von einer Reihe weiterer Reaktionen begleitet werden, z. B. von einem genervten, gereizten Tonfall, von einem Gesichtsausdruck, den wir als angespannt und vielleicht etwas verächtlich interpretieren, einer angedeuteten Geste, die wie ein erhobener Zeigefinger aussieht oder wie ein angedeutetes sich selbst Schlagen. Es kann allerdings auch sein, dass der Patient eher zusammen gesunken sitzt, nach unten guckt, eher einen schuldbewussten als einen ungeduldig, genervten Ausdruck vermittelt.

Im ersten Fall erscheint der Patient eher wie eine *kritisierende* Person, im zweiten Fall wie eine *kritisierte* Person. Oft wechselt der

Ausdruck des Patienten im Verlauf eines Gespräches von einem zum anderen emotionalen Ausdruck.

Tabelle 2 zeigt, wie man das Schema der kognitiven Therapie dementsprechend erweitern kann. Man gelangt dadurch zum Modell der personzentrierten Arbeit mit dem Kritiker:

Tab. 2: Arbeit mit Partial-Egos in Erweiterung des kognitiven Modells um implizites emotionales und kognitives Erleben.

Ebene des Erlebens	Kritisierendes Partial-Ego <i>(Innerer Kritiker)</i>	Wechselwirkungen ↔	Kritisiertes Partial-Ego <i>(Inneres Kind)</i>
kognitiv	irrationale, selbstabwertende, automatische Gedanken, z. B.: „Natürlich hast du dich wieder dämlich angestellt.“ *	→	Verwirrung, Unklarheit unklare Gedanken oder bedrückte, eher leise Gedanken wie: „Ich bin auch doof.“
emotional	Gefühl der Verachtung und Ungeduld	←	Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Bedrücktheit
körperl. Ausdruck	Geste: erhobener Zeigefinger; Mimik: Verachtung; Tonfall: laut, genervt, ungeduldig; Körperhaltung: aufrecht, gespannt;		Mimik: bedrückt; Tonfall: leise, monoton, verzagt; zusammengesunkene Körperhaltung; verstört

*) eher bewusste Erlebensanteile sind fett gedruckt.

Neben dem expliziten Erleben, mit dem die kognitive Therapie arbeitet (auf sich selbst kritisieren folgt sich selbst kritisiert fühlen), werden weitere, weniger explizite Erlebensweisen deutlich. Wenn der Patient ärgerlich, ungeduldig, verächtlich redet, so sind ihm diese Emotionen in der Regel wenig bewusst. Er ist blind für die Art und Weise, in der er mit sich spricht, d. h. er ist blind für den Beziehungsaspekt seiner Selbstkommunikation: was er zu sich selbst sagt, ist ihm zugänglich, aber wie er es zu sich sagt, merkt er nicht. So erkennt er auch nicht, dass seine Art der Selbstkommunikation destruktiv ist und dass er so einen dysfunktionalen Kreislauf aufrechterhält.

Das depressive Erleben, das auf diese Selbstabwertung folgt oder mit ihr einhergeht, hat ebenfalls neben den im Bewusstseinsvordergrund stehenden depressiven Gefühlen eine weniger beachtete Seite – diese ist eher *kognitiv*, z. B. „na klar, ich bin halt doof“ oder Gedanken wie „ich weiß einfach nicht weiter“. Diese diffusen, hilflos-verwirrten Gedanken sind undeutlich.

2.3 Die motivationale Seite des Inneren Kritikers

Neben diesen emotionalen und kognitiven Komponenten sind es aber vor allem die gleichfalls wenig beachteten motivationalen Aspekte die aus personzentrierter Sicht interessieren. Die Stimme des

Innenen Kritikers wird von Personenzentrierten Therapeuten nicht nur als selbstabwertend sondern außerdem als vehement und rigide beschrieben (Vgl. Stinckens et al., 2002b, p. 43; Vahrenkamp & Behr, 2004, p. 231f). Diese Vehemenz, diese drängende, aufgebrauchte, aufgeregte Art weist auf für die Person wichtige Motive hin, zeigt, dass dieser kritisierende Ego-Part durch wesentliche Motive bestimmt ist. Die personenzentriert-experienzielle Vorgehensweise fokussiert gerade auf diesen inneren Bezugsrahmen des Klienten und ihr Zugang ist der emotionale Ausdruck. Wenn diese Motive verstanden und gewürdigt werden, wird der Klient ruhiger, weniger defensiv und Änderungen gegenüber zugänglicher. So kann er, statt sich wegen Faulheit zu beschimpfen, seine Lernmethoden verbessern. Ein von Akzeptanz geprägtes Verständnis auch für diese mit dem Inneren Kritiker verbundenen Motive ist also meistens (aber nicht immer, s. u.) die Grundlage der personenzentrierten Ansätze. Die dadurch geförderte Selbstexploration ist hilfreich, weil diese impliziten, mit „alten“ dysfunktionalen Überzeugungen verbundenen Motive nicht ohne weiteres abfragbar sind. Kompliziertere Klienten der Alltagspraxis haben oft wenig Zugang zu ihren Leitmotiven (Adler, 1920), Lebensskripten (Berne, 1961), irrational beliefs (Ellis, 1962; Beck, 1967), Mythen (Swildens, 1991, S. 19) oder early maladaptive schemas (Young, 1994). Vgl. dazu Kap. 3.2. dieses Beitrags.

Wenn in der kognitiven bzw. inhaltlich orientierten Therapie die Selbstkommunikation des Inneren Kritikers zunächst ohne Berücksichtigung der wenig bewussten, impliziten Motivation grundlegend korrigiert wird, kann es zu defensiven Reaktionen kommen: der Patient entwickelt „Widerstand“, es mangelt an compliance, in derartigen Fällen fühlt sich der Patient trotz erster Erfolge diffus unwohl, geht in eine „ja aber“ Position oder er versteht selbst nicht, warum er so „negativ“ denkt (KL: „Ich bin zu blöd, um positiv zu denken!“). Im inneren Dialog wird dann oft deutlich, dass der Innere Kritiker „befürchtet“, dass die logischen, realistischen, funktionalen Kognitionen nicht zu seinen impliziten Zielen führen. Auch kognitive Therapeuten führen diese Klärung der Ziele/Motive durch (vgl. Beck & Freeman, S. 268), wenn sie z. B. vorschlagen, mit dem Patienten „die Nachteile der Zielerreichung eingehend zu untersuchen“ (ebd., S. 267) oder wenn sie direkt einen Wechsel zu humanistischen Methoden vorschlagen: „Bei vielen Achse-I-Patienten reichen die bisher vorgestellten ‚rationalen‘ oder ‚intellektuellen‘ Techniken zur Veränderung von Grundannahmen aus. Andere brauchen auch spezielle ‚emotionale‘ oder Erlebnis-Methoden, die ihre Affekte ansprechen.“ (Beck, 1999, S. 188).

In diese Richtung bewegt sich auch die Schematherapie von Young (1994, S. 84). Sie enthält viele humanistische Ansätze, Grawe weist jedoch darauf hin, dass Young in seinem *therapeutischen Vorgehen* an seinem ursprünglich kognitiv-behavioralen therapeutischen Ansatz orientiert bleibt. „Wir haben eine kognitiv-behaviorale Konsequenz aus dem schematheoretischen Ansatz (Goldfried & Robins,

1983; Safran & Safran 1990; Young, 1994), eine humanistische Konsequenz (Greenberg, Rice & Elliott, 1993; Sachse, 1996) und eine psychodynamische Konsequenz (M. Horowitz, 1988a; L. Horowitz 1994).“ (Grawe, 1997, S.113). Dem entspricht zumindest, dass Young sehr an der Veränderung der Inhalte der inneren Dialoge orientiert ist und in vielen Beispielen inhaltlich-direktiv und weniger prozess-direktiv ist. Greenberg et al. (1998) und Kellog (2004) charakterisieren das therapeutische Vorgehen im Personenzentrierten/Experienziellen Ansatz als „*facilitating*“, in dem Kognitiv-Behavioralen Ansatz als „*modifying*“.

Young ist überzeugt davon, dass besonders beschädigte Personen zu wenig gesunde Schemata haben und deswegen *facilitating* nicht ausreicht und inhaltliches Eingreifen des Therapeuten durch *modifying* in einer korrigierenden und konfrontierenden Weise notwendig ist. Man kann jedoch die prozess-direktive Vorgehensweise auch als eher ressourcenorientiert verstehen und sie gerade für Klienten mit stark selbstabwertenden, destruktiven Schemata auswählen. Die personenzentrierten Ansätze könnten also besonders bei vehementer, rigider destruktiver Selbstkritik, bei der implizite Motive die inhaltliche Therapie blockieren, eine interessante Alternative zu den sicherlich sehr erfolgreichen kognitiv-behavioralen Ansätzen sein.

3. Verschiedene Möglichkeiten der personenzentriert-experienziellen Arbeit mit Partial-Egos

Neben diesen Unterschieden zu kognitiven therapeutischen Ansätzen wurden auch innerhalb der personenzentrierten und experienziellen Welt sehr gegensätzliche Standpunkte zum Verständnis und Umgang mit rigider Selbstkritik formuliert. Die Standpunkte reichen von: „Bring den IC (inner critic) zum Schweigen“ bis zu „Verstehe und integriere den IC“ (Stinckens, Lietaer and Leissen, 2002a; 2002b).

3.1 Bring den IC zum Schweigen und achte auf das, was er unterdrückt

Rogers sah rigide Selbstkritik, wie sie in der Stimme des Inneren Kritikers erscheint, als Symbolisierung des Selbstkonzeptes an, das nicht begründet ist im organismischen Erleben. Der Innere Kritiker entspricht dem Teil des Selbstkonzeptes, der durch *conditions of worth* entsteht (Stinckens et al., 2002b, p. 43). So fassen Stinckens et al. (ebd.) das rigide Selbstkonzept „als Wiege“ des Inneren Kritikers auf. In früheren personenzentrierten und experienziellen Arbeiten wurde dementsprechend versucht, diesen als schädlich angesehenen inkongruenten Teil des Selbstkonzeptes direkt oder indirekt zu überwinden.

3.1.1 Bringe den IC direkt zum Schweigen, indem du ihn offen bekämpfst

Gendlin ist vielleicht der Autor, der uns am deutlichsten gezeigt hat, dass man mit dem IC nicht nach einem Schema, sondern sehr flexibel, entsprechend den jeweiligen therapeutischen Erfordernissen, umgehen kann. So sah Gendlin bereits früh sozial vermittelte Werte nicht als grundsätzlich dysfunktional für die persönliche Entwicklung an. Im negativsten Fall jedoch besteht – seiner Meinung nach – Selbstkritik in introjizierten und unreflektierten Werten, die von Verwirrung, Leugnung und Konflikten begleitet werden, und er betont, dass diese den therapeutischen Prozess massiv stören. Um den Patienten von solcher Blockierung zu befreien, besteht eine seiner Vorgehensweisen darin, den Inneren Kritiker wegzuschicken, z. B. indem er ihn lächerlich macht: „Ich sag dann zu meinem Kritiker, o. k. ich weiß schon, was du sagen willst, ich kenn das schon!“ (Situation in einem Workshop, als der IC die therapeutische Arbeit attackierte.)

3.1.2 Bring den IC indirekt zum Verblassen: akzeptiere ihn zunächst, aber lenke die Aufmerksamkeit dann von ihm ab

Im Gegensatz zum Wegschicken besteht die grundlegende personzentrierte Haltung darin, alle Aspekte des Selbst zu akzeptieren, einschließlich der destruktiven inneren Stimmen. Diese werden bei dieser Vorgehensweise zwar zunächst akzeptiert, aber erstaunlicherweise so, dass der Klient selbst sie zum Verschwinden bringt und so die Blockierung aufgehoben wird. Wie geschieht dies? Wie des öfteren in der Klientenzentrierten Psychotherapie zwar indirekt, aber durchaus direktiv: der Therapeut akzeptiert zunächst die Stimme des Inneren Kritikers, um dann die Aufmerksamkeit ganz auf das organismische Erleben zu lenken. Gundrum, Lietaer & Heesmatthijssen (1999) beschreiben eine bestimmte Vorgehensweise von Rogers in einem frühen Video und nannten diese „protective reflection“. In dem Video spiegelt Rogers zunächst die destruktive Selbstkritik, um dann unmittelbar darauf sich auf das abgespaltene Erleben zu konzentrieren, das anscheinend durch die kritische Stimme unterdrückt wurde. In diesen Sequenzen wird durch die Auswahl und Betonung des Therapeuten das „experiencing self“ auf Kosten des Inneren Kritikers unterstützt.

Cl.: I don't like that I feel so impatient about women.

Rogers: And I guess your first reaction is „And I really shouldn't dislike women“, but (...) *you feel* * ...“ugh“!.

An einer anderen Stelle sagt Rogers:

„But even though it's factually impossible, *the feeling** was ...“

* Von den Autoren gesperrt gedruckt (Gundrum et al., 1999).

Auch in Gendlins Arbeiten findet sich oft diese Methode, den Kritiker zu umgehen, indem die Aufmerksamkeit von ihm abgezogen

wird und das entgegengesetzte Empfinden betont wird (Gendlin, 1996, p 247):

Cl: I feel ... (a few words about feeling) ... But that's just stupid (or lazy, selfish etc.) because ...

Th: Something attacks you there and says it's stupid, *but you were feeling** ... (I reflect what was said about the feeling.)

* Vom Autor gesperrt gedruckt.

Greenberg and Paivio (1997) haben dasselbe Ziel, wenn sie die gesünderen Selbst-Schemata aktivieren und die schlecht angepassten Schemata neutralisieren – auch wenn sie andere Techniken verwenden.

3.2 Verstehe, was der IC erreichen will und erkenne seine Aufgaben an (Integration sozialer Normen)

Eine Erweiterung des rogerianischen Konzeptes besteht in der positiven Bewertung sozial vermittelter Normen (Gendlin, 1996; Greenberg et al., 1993; Mearns & Thorne, 2000; Stinckens et al., 2002b). Für die Arbeit mit dem Kritiker bedeutet dies eine radikale Wendung. Auch wenn man annimmt, dass der Innere Kritiker rigide und schlecht angepasste Normen enthält, so können diese doch verbunden sein mit wertvollen Motiven zur Übernahme sozialer Normen. Zum Beispiel, wenn der Kritiker fordert „sei hart, ignoriere Schmerz!“ kann diese Forderung aus dem Wunsch des Klienten entstanden sein, zu einer Peergruppe zu gehören. Es ist oft sehr hilfreich, wenn dieser Wunsch, der ja weiterhin wichtig für den Klienten ist, zunächst identifiziert und akzeptiert wird, bevor er mit widersprechenden Stimmen konfrontiert wird. Diese Akzeptanz für wichtige Aspekte der destruktiven Ego-Parts führt zu frappierenden Wendungen im therapeutischen Spiel: der zunächst um Vorherrschaft kämpfende Kritiker zeigt dadurch oft völlig andere Seiten, er zeigt sich weniger bedroht, er wird nachdenklicher, offener, versöhnlicher. Greenberg et al. (1993, S. 263) stellen fest, dass „die Position der Kritik ... abgemildert wird“, wenn ein Teil des Selbst „die Angst vor Vernichtung eines kontrollierenden Teilaspekts anerkennt und der diesen Teil auf irgendeine Weise zu beruhigen versucht“. Dann beginnt durch diese Erweiterung der Klient seine eigenen Normen auch vom Standpunkt des Kritikers aus zu klären (S. 262).

3.3 Verstehe den IC als eine dominierende Stimme in einer Gruppe von Stimmen (Pluralistisches Selbst)

Eine zweite wesentliche Erweiterung des Personzentrierten Ansatzes, die Auffassung des Selbst als pluralistisch (self pluralism), hat ebenfalls bedeutende Konsequenzen für die Auffassung des Kritikers: er wird gesehen als eine von vielen verschiedenen Stimmen innerhalb einer Familie von Stimmen (Mearns & Thorne, 2000). Mit dieser Entwicklung wird vor allem die dysfunktionale Interaktion

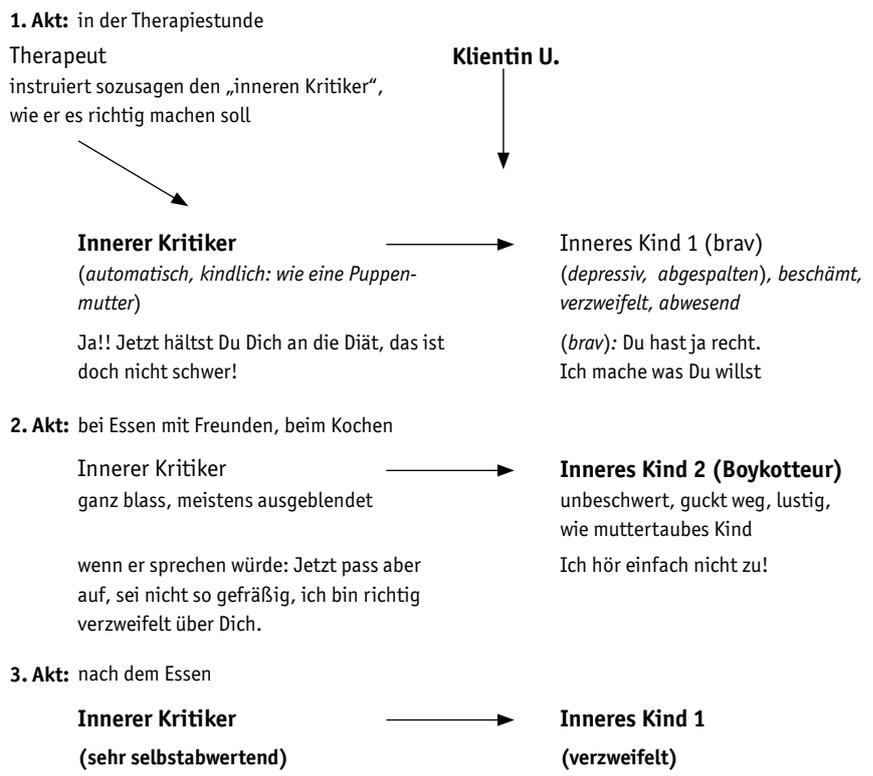
zwischen den unterschiedlichen Ego-Parts als Störung identifiziert und in der Therapie geht es jetzt vor allem darum, diese Interaktion zu verbessern.

Viele, aber nicht alle Autoren dieser Richtung (vgl. Mearns & Thorne, p. 107) glauben, dass die Optimierung dieser Integration durch einen integrierenden Ego-Part z. B. einem so genannten „binding agent“ besonders gefördert wird. Wir werden diese Funktion „**Innerer Facilitator**“ nennen.

4. Der Innere Facilitator

Eine Reihe von Autoren weisen darauf hin, dass ein sehr dominanter Kritiker die Struktur des Selbst mehr oder weniger beschädigt, wenn er die integrierenden Funktionen des „binding-agent“ oder vermittelnder Ego-Parts übernimmt. Andere beschreiben, dass der Innere Kritiker mit der integrierenden Funktion verschmelzen kann. Durch diese Dominanz oder Verschmelzung können im Extrem viele Einzelfunktionen des integrierenden Ichs verlorengehen, sie werden ersetzt durch einen rigiden, autoritären Kritiker. In einem solchen Fall reicht es auch nicht aus, diesen zu bekämpfen oder ihn zu verändern. Es muss die Funktion des integrierenden Ichs rekonstruiert werden (Greenberg & Van Balen, 1998). Nach Stinckens et al. (2002b) durchdringt der Innere Kritiker mehr oder weniger die anderen Aspekte des Selbst, und je mehr er darin fortschreitet, umso stärker wird der Bewertungs- und Anpassungsprozess gestört. Entsprechend seiner fortschreitenden Ausbreitung im Selbstkonzept beschreiben Stinckens et al. (2002b) unterschiedliche Wege, um den Inneren Kritiker in ein pluralistisches Selbst zu integrieren: „Finally, if the inner critic dominates the entire self-system, it is necessary to develop an active and integrating ego that, out of a meta-position, coordinates the dialectically constructivistic process.“ (Stinckens et al., 2002, p. 52). Vahrenkamp und Behr (2004) folgen den zuvor genannten Autoren darin, die Rekonstruktion des integrierenden Ego-Part als wesentlich anzusehen – vor allem bei Patienten mit sehr dominierender und rigider Selbstkritik.

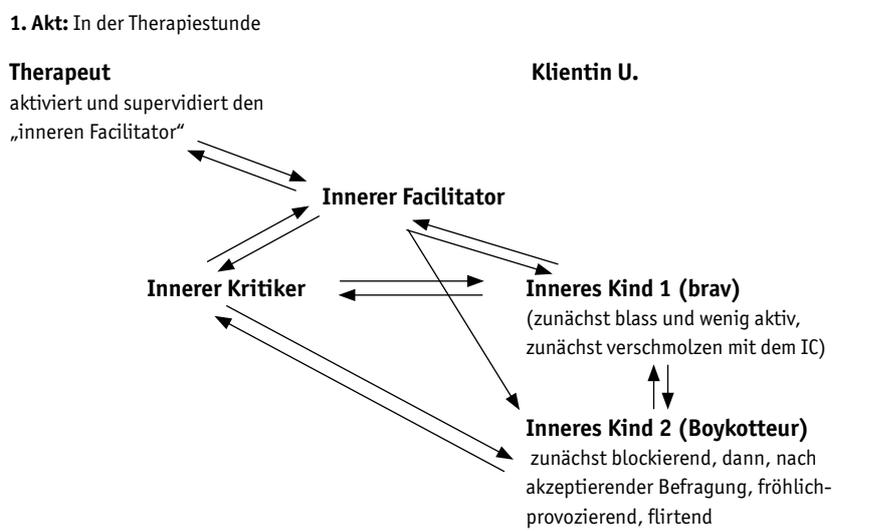
Tab. 3: Beispiel für einen ungünstigen therapeutischen Verlauf



Wir sehen den Grund für blockierende innere Konflikte weniger in einer Interessenkollision, sondern häufiger im Nicht-Verstehen. Dementsprechend bestehen die integrierenden Funktionen weniger in lenkenden Aufgaben wie z. B. die eines „inneren Chefs“, sondern es sind eher Moderationen, Differenzierungen und Begrenzungen im Dienst eines besseren Selbst-Verständnisses gefragt.

Tabelle 4: Beispiel für einen günstigen therapeutischen Verlauf bei derselben Patientin

Die verschiedenen Partial-Egos gelangen in einen konstruktiven Dialog unter Moderation des Inneren Facilitators.



Die Vorteile einer so auf Verständnis und innere Dialoge ausgerichteten Therapie sind in den Tabellen 3 und 4 schematisch dargestellt. Sie zeigen den Fall einer 45-jährigen Patientin mit depressiven Episoden und Übergewicht (ohne Essanfälle, aber mit Phasen von Diät und Phasen von zu viel Essen). Nach mehreren erfolglosen Therapien ist die Patientin immer noch in dysfunktionalen Prozessen, wie in Tabelle 3 dargestellt, verstrickt.

Typisch an diesem Fallbeispiel ist *die Ungleichzeitigkeit der einzelnen Figuren und die gegenseitige Abwertung*. Es fehlte der Patientin die Fähigkeit, das Selbstgespräch zu moderieren, eine Instanz, die vor allem merkt, wenn jemand fehlt, und die fähig ist, gute Kommunikationsregeln einzufordern.

In Tabelle 4 wird gezeigt, wie dann der Therapieverlauf aussehen kann.

In der Arbeit mit dieser Patientin spielte besonders das „Kind 2“, das sie zunächst als trotzig inneren Boykotteur bekämpfte, eine wichtige Rolle. Diese Figur, die zunächst zu allem, was vom Kritiker kam, „nein“ sagte, entwickelte sich im späteren Verlauf der Sitzung nach und nach zu einem lebenslustigen jungen Mädchen, das Spaß an provozierender Kleidung hatte, gerne flirtete und tanzte. Die Patientin hat seit dieser Arbeit ihr Essverhalten bis jetzt andauernd geändert.

4.1 Die schrittweise Aktivierung eines Inneren Facilitators (IF) noch bevor er als Stimme oder Figur symbolisiert wird

Es ist allerdings oft schwierig, den Inneren Facilitator so zu aktivieren, dass der personenzentrierte therapeutische Prozess dadurch nicht gestört wird, u. a. weil dieser „binding agent“ eine andere Qualität hat als die anderen Figuren. Seine Funktionen werden, anders als der Kritiker oder ein Inneres Kind, vom Klienten nicht spontan als eine innere Stimme erlebt, und er kann deswegen auch nicht ohne weiteres als eine Figur visualisiert werden. Er ist in der Regel anders als die anderen Stimmen eine eingeführte Kunstfigur.

Ein weiteres praktisches Problem sehen wir darin, dass oft viele seiner integrierenden Funktionen in schwierigen therapeutischen Situationen nur rudimentär auftauchen. Etwa, wenn in Stresssituationen ein sehr dominierender Kritiker versucht, die Arbeit des IF mit zu übernehmen. Er wirkt dann z. B. wie ein inkompetenter, aufgeregter despotischer Lehrer oder wie eine aufgelöste, verzweifelte, unfähige Mutter. Deswegen werden erst die genannten Funktionen des IF schrittweise aktiviert, bevor wir den Klienten zu seiner Symbolisierung auffordern. Auch der Therapeut selbst übernimmt vorsichtig einige dieser Funktionen, nicht um sie zu ersetzen, sondern um entsprechende Aktivitäten im Klienten hervorzurufen.

Der Charakter der breit gefächerten Aufgaben des IF wird bestimmt von dem Stand, in dem sich die Arbeit mit dem Inneren

Kritiker befindet und von der Art des inneren Konfliktes. Wir sollten also schon etwas über diesen Konflikt wissen, bevor der IF als Figur visualisiert wird. Denn möglicherweise erscheint ein dominierender Teil als ein Tyrann, ein tobender Gorilla oder eine ängstliche, durchdringend piepsende Maus. In diesen Fällen ist der Job des IF eher der eines weisen Priesters oder eines Dompteurs als der eines Mediators oder Chefs.

4.2 Die verschiedenen Aufgaben des Inneren Facilitators

Die therapeutische Aufgabe heißt also: Aktiviere einen präsenten, zuverlässigen, all-parteilichen und kompetenten Facilitator, der Chaos und Willkür verhindert und dafür sorgt, dass jede relevante Stimme zu Wort kommt.

Einige der vielfältigen Aufgaben des IF sind :

1. Beruhigen aller Figuren

Ein dominierender Kritiker kann, wie bereits erwähnt, auch verstanden werden als der Ausdruck einer Stressreaktion bzw. als ein kindliches Notfallprogramm. Unter extrem belastenden Umständen kann das Individuum nicht klar unterscheiden und vermitteln zwischen konfligierenden Schemata, sondern reagiert schnell, dramatisierend, entsprechend dem „Alles oder Nichts“-Denken und es greift zurück auf bestehende Notfallpläne. In solchen Situationen mag ein innerer machtkampftartiger Konflikt selbst wiederum zu zunehmendem Stress führen und existentielle Selbstwertängste auslösen.

2. Identifizieren, Differenzieren und Akzeptieren jeder Figur

Die Beziehungen zwischen den Figuren können beschrieben werden als:

- Trübung (bzw. Kontamination, ungenügende Abgrenzung)
- Abspaltung (bzw. Exklusion oder Undurchlässigkeit, u. U. Ungleichzeitigkeit).
- Durchlässigkeit (bei aufrechterhaltenen Grenzen)

(vgl. dazu Schlegel, 1998, S. 49)

Bei einer extremen Trübung kann es sich um die oben beschriebene Verschmelzung zwischen Innerem Kritiker und dem Selbst handeln. Bei Abspaltung oder Undurchlässigkeit gibt es einen besonders häufigen und wichtigen Fall: der Klient nimmt jeweils nur eine der gegensätzlichen Stimmen zu bestimmten Zeiten wahr.

3. Die richtigen Distanzen zwischen den Figuren suchen und Grenzen klären

Diese Funktion setzt vor allem Ressourcen frei: Aus einem inneren Dialog entwickeln sich oft im Verlauf der Therapie mehr als

ein oder zwei Stimmen. Zum Beispiel hörte eine Klientin neben der verletzten kindlichen Figur eine wilde, rebellische, verstockte kindliche Figur. Diese Empfindungen und Figuren tauchen wie von selbst auf, ohne Intervention des Therapeuten; sie sind wie komplementäre Rollen in realen sozialen Situationen. Sie helfen, die Tendenz zur Rigidität aufzulösen; aktivieren also Ressourcen.

4. Ausgleichen: auffordern zuzuhören, die anderen zu verstehen, Ausgleich suchen

Es sind die Aufgaben, die auch ein Familientherapeut oder der Moderator eines zerstrittenen Teams übernehmen würde.

Gerade durch die vorsichtige, schrittweise Aktivierung des IF unterscheidet sich die Arbeit mit wenig selbstexplorativen, sehr gestressten, von Gefühlen überwältigten Patienten von den wesentlich robusteren Vorgehensweisen im nicht-therapeutischen Kontext. Wenn die Funktionen des integrierenden Egos bereits weitgehend bestehen, ist es unkomplizierter, ein „Oberhaupt“ oder „Chef“ für ein inneres Team als Metapher einzuführen, als wenn ein aufgeregter Kritiker diese Position bereits besetzt hat.

4.3. Der Innere Facilitator im Kontext der klassischen Gesprächspsychotherapie

Rogers bezieht sich in therapeutischen Gesprächen häufiger auf Kognitionen als direkt auf Gefühle (Tausch, 1987). In der therapeutischen Begegnung wirkt Rogers nicht übermäßig fürsorglich und schon gar nicht betulich, sondern vor allem neugierig zugewandt, es erscheint uns, als ob er mit seiner neugierigen, sehr präsenten Art das Denken und Reflektieren, das „Sich seiner selbst gewahr Werden“ anspricht. Er scheint – trotz aller Wärme, Akzeptanz - mit einer gewissen Nüchternheit und forciierend diese Fähigkeit, sich des eigenen Erlebens gewahr zu werden, zu fördern und damit auch die Fähigkeit, Gefühle und Gedanken selbstreflektiv auszudrücken. Indem er den Klienten anregt, sich selbst zu explorieren, verursacht er, dass der Klient eine gewisse Distanz zu seinen Gefühlen erlebt. In diesem Sinne fördert der Klientenzentrierte Ansatz bekanntlich keine Katharsis, es geht nicht darum, Gefühle „rauszulassen“, es geht auch nicht nur darum, sich zu öffnen, sondern Ziel ist es, in eine neue Beziehung zu den eigenen Erfahrungen zu treten (vgl. Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 104–140). Dies sind die Funktionen, die wir dem „Inneren Facilitator“ zuschreiben. Insofern aktiviert die klassische Personenzentrierte Psychotherapie schon immer wichtige Funktionen des Inneren Facilitators.

5. SKOPE: Das Stuttgarter Konzept zur personenzentrierten Arbeit mit Partial-Egos.

Um in der vielfältigen Therapiepraxis ein alltagstaugliches Konzept für Therapeuten anbieten zu können, haben wir ein Manual entwickelt, welches die verschiedenen Schritte für die Rollenspiel-Arbeit mit Partial-Egos beschreibt. Dabei gehen wir davon aus, dass alle in Kapitel 3 beschriebenen Konzepte im Umgang mit dominierenden Ego-Parts je nach therapeutischer Situationen hilfreich sein können. Wir haben sie hier zusammengefasst und um einige weitere Komponenten ergänzt. Tabelle 5 gibt einen Überblick hierüber. Die darin angeführten Komponenten können je nach aktueller Situation übersprungen oder wiederholt werden. Die Komponenten dienen eher zur Beschreibung häufiger Stolpersteine und der Möglichkeiten ihrer Überwindung, als dass sie „abgearbeitet“ werden sollten.

Wie bereits erwähnt, uns ist wichtig, dass wir als Therapeuten Konzepte wie den Inneren Kritiker, das Innere Kind oder den Inneren Facilitator *nicht explizit einführen*, sondern gegebenenfalls aus dem Gespräch wie selbstverständlich entwickeln. Wir selbst fangen grundsätzlich kein Therapiegespräch mit dem Vorsatz an, eine derartige Technik anzuwenden, nur dann, wenn der Klient selbst entsprechende Hinweise gibt, schlagen wir sie vorsichtig vor. In der Ausbildung empfehlen wir unseren Kollegen, frühestens nach etwa 15 bis 20 Minuten klassischer Gesprächspsychotherapie damit zu beginnen.

Tab. 5: Manual SKOPE – Das Stuttgarter Konzept zur personenzentrierten Arbeit mit Partial-Egos.

1. Vorbedingungen, Vorbereitungen und Beruhigen
2. Gewähr werden und differenzieren
 - 2.1. Innere Gegensätze werden deutlich
 - 2.2. Günstige Distanz zu dem Erleben herstellen
 - 2.3. Die verschiedenen Ego-Parts werden charakterisiert
 - 2.4. Namen finden
3. Figuren visualisieren und herausstellen und die stimmige räumliche Anordnung finden
4. Grenzen klären
 - 4.1. Trübung, falsche Identifikation und mangelnde Strukturierung
 - 4.2. Überflutung, Dominanz
 - 4.3. Undurchlässigkeit, Abspaltung, Ungleichzeitigkeit
 - 4.3. Ein Teil gehört nicht länger zur Person
 - 4.4. Notwendiger Schutz
5. Modifizierung des Dialogs
 - 5.1. Aktivierung und Symbolisierung des Inneren Facilitators
 - 5.2. Verbindungen zu allen relevanten Teilen herstellen
 - 5.3. Abschluss
6. Wiederholen

Insgesamt haben wir die Erfahrung gemacht: Je sorgfältiger die ersten beiden Komponenten beachtet werden, umso weniger Vorschläge brauchen Klienten. Wir werden manchmal gefragt, warum unsere Klienten oft wie von selbst und ohne Anweisung die nächsten Schritte machen. Wir führen das u. a. auf zwei Komponenten zurück:

- a) auf die Vorbereitungen oder „**Vorübungen**“
- b) auf das **spontane Auftauchen komplementärer Rollen**, wenn der Therapeut und der Klient hierfür genügend Zeit und Raum lassen.

ad 1. Vorbedingungen und Vorbereitungen

Personenzentrierte Arbeit mit Ego-Parts ist nur sinnvoll, wenn verschiedene Bedingungen erfüllt sind. Eine Checkliste umfasst Fragen wie „Sind die gemeinsamen Ziele klar?“, „Gibt es Spannungen zwischen Patient und Therapeut?“, „Besteht eine klare Arbeitsbeziehung?“. Haben sich also Patient und Therapeut auf gemeinsames Vorgehen in der Therapie abgestimmt, ist der Patient fähig, die Vorschläge des Therapeuten zu überprüfen und, falls sie nicht passen, zurückzuweisen. Das Manual ist auch nur dann hilfreich, wenn die Vorschläge den Patienten nicht aus dem Prozess der inneren Achtsamkeit reißen. Zurückweisung eines therapeutischen Vorschlages, Ausdruck von Irritation oder Besorgnis werden vom Therapeuten begrüßt und sind nicht Gegenstand von Interpretationen oder Spiegelung. Wenn der Klient irritiert auf einen therapeutischen Vorschlag reagiert, sollte er ermutigt werden, seine Vorbehalte zu untersuchen. Möglicherweise verwirft der Therapeut selbst seinen eigenen Vorschlag und nimmt den Faden des vorherigen Gespräches wieder auf.

Sich Beruhigen

Der Patient sollte nicht in Panik oder ganz in einem „Notfall-Programm“ gefangen sein. Wenn er zu aufgeregt ist, beruhigt ihn der Therapeut mit klassischer Gesprächspsychotherapie und vermittelt zusätzliche Methoden wie Progressive Muskelentspannung und Atemtherapie (Tausch, 1996).

Macht ein sehr dominierender Ego-Part, wie z. B. ein extrem höhnischer Kritiker, die aktuelle therapeutische Arbeit unmöglich, kann er ausnahmsweise gleich isoliert und durch Herausstellen auf eine ausreichende Distanz gebracht werden.

ad 2. Gewahr werden und differenzieren

Innere Gegensätze werden deutlich

Durch die meistens lange Phase empathischen Spiegelns des Erlebens des Klienten, einschließlich seines körperlichen emotionalen Ausdruckes, werden innere Konflikte deutlicher. Oft erscheint zunächst nur ein Teil des Gegensatzes, z. B. der Kritiker oder ein kindlicher blockierender Teil.

P.: „Ich weiß ja, es sollte mir wirklich egal sein, wenn meine Schwester so blöd rumtönt, es ist ja wirklich lächerlich, was sie mit ihrem Kind für ein Theater macht.“

Th.: „Obwohl du es weißt, ich sollte sie nicht so wichtig nehmen, sind da noch ganz andere Gefühle – irgendwas in dir nimmt sie wichtig.“

Wenn die Ego-Parts aus dem klientenzentrierten Gespräch heraus entwickelt werden, folgen die therapeutischen Interventionen häufig der Struktur „Obwohl du denkst ..., spürst du“ oder „Obwohl du weißt ..., machst du ...“.

Ein häufiges Problem in diesem Stadium der Arbeit ist, dass der Klient nur einen Angriff von außen sieht und nicht erkennt, dass dieser so beunruhigend für ihn ist, weil er dem äußeren Angreifer irgendwie doch glaubt oder zumindest Angst hat, er könnte Recht haben.

Beispiel:

P.: Also die Nachbarn gucken schon so komisch, als ob ich meine Mutter vernachlässige (äußere Kritiker), dabei ruf ich sie jeden Morgen an, mehr schaffe ich einfach nicht (Inneres Kind, das sich verteidigt).

Th.: Obwohl Sie wissen, dass der Vorwurf unberechtigt ist – irgendwie beunruhigt er Sie.

P.: Ja, das ist doch bescheuert, eigentlich könnte es mir egal sein.

Th.: Sie wissen, es könnte Ihnen egal sein und es ist Ihnen irgendwo doch nicht egal.

P.: (ängstlich, zaghaft) So, als ob ich irgendwie Angst habe, Sie könnten ja Recht haben.

Th.: Da ist so eine ängstliche Stimme, die sagt „Sie könnten Recht haben“ und eine laute Stimme die sagt, „das stimmt nicht“.

Günstige Distanz zwischen dem Klienten und seinem Erleben

Diese Komponente ist vor allem wichtig, wenn der Klient von Gefühlen überwältigt wird oder keine Gefühle empfindet. Der Klient wird als jemand angesprochen, der denkt, spürt, fühlt und der dieses Erleben reflektieren kann, der alles auch von einem Beobachterstandpunkt aus ansieht (Innerer Bezugsrahmen, Funktion des Inneren Facilitators). Wenn der Therapeut in dieser Weise empathisch spiegelt, kann das Erleben des Klienten wechseln von „Ich bin“ zu „Ich fühle es“ (Gendlin, 1981; 1996). Um Distanz zu schaffen, kann man außerdem Metaphern und Bilder benutzen wie „Das ist wie ein Ozean voll Tränen und man kann am Strand entlang gehen“ oder „Wie muss der Schutz aussehen, den du brauchst?“

Wenn der Klient zuviel Distanz zu seinen Empfindungen hat, sehr distanziert über sich redet, hilft natürlich die klassische Gesprächspsychotherapie und dabei besonders die Beachtung des nonverbalen emotionalen Ausdruckes.

Die verschiedenen Ego-Parts werden charakterisiert

Die therapeutische Arbeit stockt oft, wenn die Gegensätze oder einzelne Ich-Teile blass und unkonturiert bleiben.

Beispiel:

P.: (*sachlich*): Der Kopf sagt schon – „jetzt rei dich mal zusammen und lass die doch reden“ .. ich weiß auch nicht, warum ich davon nicht loskomme.

Th.: Wenn der Kopf sagt „ rei dich zusammen“ – wie redet der eher energisch oder eher antreibend, ... oder wie kann man das genauer sagen?

P.: (*wirkt ungeduldig, genervt, schlgt dabei mit der Hand auf den Oberschenkel*): So verärgert.

Patienten achten oft nicht auf das „Wie“ sondern nur auf das „Was“ der inneren Kommunikation. Dadurch, dass der Therapeut beim Spiegeln den nonverbalen emotionalen Elementen der Kommunikation ebenfalls Beachtung schenkt, und auch den nonverbalen Ausdruck „als Zitat“ spiegelt, lenkt er die Aufmerksamkeit des Klienten auf den Beziehungsaspekt der Selbstkommunikation .

Beispiel:

Th.: Diese Stimme die sagt „Du hast es mal wieder nicht geschafft“ (*Th. spiegelt auch den Tonfall*), klingt die eher genervt und wütend?

P.: So ungeduldig und gereizt, „jetzt mach doch endlich mal“.

Th.: Wenn Sie so ungeduldig sagen „jetzt mach doch endlich mal“ – wie fühlen Sie sich dann?

P.: (*kauert sich zusammen*)

Th : (*spiegelt die Haltung*) So?

P.: Ja, als ob man einen Schlag erwartet.

Namen finden

Wir übernehmen die Charakterisierungen der Patienten und versuchen diese Techniken wie selbstverständlich und ohne Erklärungen in das Gespräch einzufügen.

Beispiel:

Pl.: So als wenn man gleich geschlagen wird. ...

Th: Man schtzt sich vor dem Schlagen.

P.: (*langsam, suchend*): Ja, da ist so eine dunkle Person... die macht so (*P. hebt den Arm wie zum Schlag*). Ja sehr bedrohlich und dunkel und groß, aber er droht nur, er schlgt nicht ... ein schwarzer Mann, der droht und irgendwie überlegen ist.

Th.: Er ist überlegen.

P.: (*kauert sich wieder zusammen*)

Th.: So dass der andere so macht (*spiegelt das Kauern*) und sich ausgeliefert fühlt?

P.: Ja, er ist so viel kleiner

Th.: Wie klein?

P.: (*zeigt die Größe mit der Hand*) so groß ...?

Th.: Da ist jemand so klein und versucht sich zu schtzen.

P.: Ja ... wie ein kleiner Junge, der keine Kraft hat.

Th. (*zeigt auf den Platz, auf den der Kl. geguckt hat*): Da ist der kleine Junge, der keine Kraft hat und sich so zusammenkauert und versucht, sich zu schtzen.

P.: Ja ... und da ist der dunkle Mann (*zeigt auf einen anderen Platz*).

Der Klient fasst die Arbeit als einen Prozess auf, der sich im Hier und Jetzt entwickelt, und versteht, dass dementsprechend die symbolisierten Teile sich immer wieder ändern können. Klienten verstehen dann auch, dass es nicht *den* „Inneren Kritiker“ gibt, sondern dass diese Figuren sich mit ihnen im Verlauf der Therapie verändern.

Allerdings, wenn Klienten sehr abwertende Namen vergeben, schlagen wir neutralere Namen vor und arbeiten daran, dass dieser Teil ebenfalls akzeptiert wird.

ad 3. Figuren visualisieren und herausstellen Herausstellen

Wenn ein Klient ein Symbol oder eine Metapher für einen Ego-Part gefunden hat, kann der Therapeut ihm vorschlagen, diesen vor sich hinzustellen wie auf eine imaginäre Bühne. Wir verwenden als Hilfe oft kleine Bauklötze (oder Kissen, Steine, Puppenschuhe). Die Klienten wählen die passenden Gegenstände und beginnen, für jede Figur einen Platz zu suchen. Dabei ermutigen wir sie, sich für diesen Prozess Zeit zu nehmen, um zu spüren, ob der Platz passend ist, besonders wenn die Empfindungen und Gefühle zu einer Figur schwach sind oder verlorengehen. Wenn eine Person sich eine Figur in einer räumlichen Anordnung vorstellt – ihr also einen Platz zuweist – entsteht bei vielen Personen eine körperlich spürbare Empfindung zu dieser Figur, bei dominierenden Figuren oft ein körperlich spürbares Gefühl der Bedrohung. Erst wenn durch veränderte räumliche Anordnungen der Figuren eine deutlich spürbare Erleichterung auftritt, ein Felt Shift, wissen der Klient und der Therapeut, dass der gefundene Platz „stimmt“. Dann fühlt sich der Klient deutlich ruhiger und klarer. Wenn eine Figur zu nah am Klienten steht, kann er sich bedroht fühlen, wenn sie zu weit weg ist, können wichtige Gefühle nicht mehr empfunden werden. Fast immer verändern die Klienten im Laufe der Arbeit die Abstände zwischen den Figuren mehrmals.

Symbole und Figuren suchen und herausstellen ist für manche Patienten sehr ungewohnt, unangenehm oder peinlich. Deshalb ist es wichtig, Konsens hierüber mit dem Klienten zu finden. Aufwrm-Versuche in vorhergehenden Gesprächen sind oft hilfreich, in denen zunächst nur Stimmen charakterisiert wurden oder nur für den

dominierenden Teil die richtige Distanz gesucht wurde. Dennoch: es gibt Personen, für die diese Arbeit fremd und unangenehm bleibt – sie brauchen andere Techniken. Möglicherweise sind es Personen, die nicht zu räumlichen oder bildlichen Vorstellungen neigen.

Wenn Klienten sich nicht in der Lage fühlen, eine abwertende oder antreibende Stimme herauszustellen, überprüfen wir, ob alle wichtigen Ego-Parts benannt wurden. Häufig können Klienten z. B. einen Kritiker nicht von anderen Teilen trennen und dadurch nicht identifizieren.

Beispiel:

P.: Der sitzt mir im Nacken, der kommt nicht hervor.

Th.: Wo sitzt er da?

P.: Da (*zeigt nach hinten, rechts oben*), hinter mir, er sagt so „nicht sehr toll“.
(P. krächzt den letzten Satz etwas.)

Th.: Hört sich so krächzend an?

P.: Wie eine alte Eule hockt er da? (*Duckt sich und streckt den Kopf vor.*)

Th.: (*Spiegelt die Haltung*) So?

P.: Ja eher wie ein Geier, ja so krallt er sich fest.

Th.: Was für einen Platz braucht dieser krächzende Geier?

P.: So eine Stange, an der er sich festkrallen kann und von der er alles beobachten kann ... aber auch geschützt ist.

Es ist günstig, den Patienten für jeden Teil einen Platz aussuchen zu lassen, nach Möglichkeit vor dem Patienten oder seitlich, so dass Blickkontakt möglich ist. Wenn ein Teil hinter dem Patienten ist, möglichst bald hervorholen lassen. Wenn das nicht geht, genauer charakterisieren lassen, fragen, was der Teil braucht, vielleicht kann der Patient auch zurücktreten.

ad 4. Grenzen klären

Während der Arbeit mit Ego-Parts sind die Grenzen zwischen den Teilen oft unklar. Im Allgemeinen treten eines oder mehrere der folgenden vier Probleme auf:

Trübung, falsche Identifikation und mangelnde Strukturierung, Überflutung

Wenn es unklar ist, welche Figur im Moment spricht, kann es sehr hilfreich sein, wenn der Klient sich jeweils auf unterschiedliche Stühle setzt, oder sich hinter den jeweiligen Bauklötz stellt. Diese Differenzierung ist für viele Klienten eine körperlich anstrengende Arbeit.

Wenn eine Figur wie ein Kritiker oder ein innerer Antreiber extrem dominant ist und sein Gegenspieler sozusagen nur noch aus überflutenden Gefühlen von Angst, Scham und Verzweiflung besteht, ist die wichtigste Maßnahme, die dominierende Figur auf die richtige Distanz zu bringen – siehe Punkt 3.

Erst dann, wenn die richtige räumliche Distanz gefunden wurde, können komplementäre Rollen entwickelt werden.

Undurchlässigkeit, Abspaltung und Ungleichzeitigkeit

Oft ist nur ein Antagonist zur Zeit anwesend. In diesem Fall ist es sinnvoll, beide Ego-Parts gleichzeitig als Figuren im Blick zu haben. Typisch ist dann, dass ein Teil nicht hört, was der andere sagt. Der Therapeut verlangsamt und fragt z. B. „Hat der ‚Kleine‘ das gehört, was dieser ‚Teddy-Daddy‘ gesagt hat“ oder „Wie ist das für den ‚Kleinen‘, wenn der ‚Teddy-Daddy‘ das sagt?“ Allerdings kritisiert der Therapeut dabei den Klienten nie, sondern weist nur vorsichtig auf weitere Möglichkeiten hin.

Ein Teil gehört nicht länger zur Person

Es kann passieren, dass der Klient nicht durch rigide Selbstkritik, sondern nach sorgfältigem Abwägen entscheidet, dass ein Teil nicht mehr zu ihm gehört.

Beispiel:

P.: „Oh, das ist das sorgenvolle Gesicht meiner Mutter, das sende ich ihr zurück, es ist überflüssig, wenn ich aufmerksam bin.“

Starke Abwertungen einer Figur und notwendiger Schutz

Wenn der Klient sehr abwertend ist, arbeiten wir daran, dass dieser Teil ebenfalls akzeptiert wird.

KL. (*angeekelt*): Das ewig verrotzte, heulende Kind.

Th.: Das Kind, das Sie sehen, ist vernachlässigt und es weint?

KL.: Wie es schon so da steht, ich kann es nicht leiden.

Th.: Der Teil, der das Kind nicht leiden kann, der klingt so aufgebracht.

KL.: Ja, der könnte es zusammenschlagen, weil es immer so heult, peinlich!

Th.: Dieser Teil, der so wütend ist auf das weinende Kind, wo könnte man den hinstellen?

KL.: Dahin, er will am liebsten auf das verrotzte Kind losgehen.

Th.: Hm ... damit es nicht mehr weint?

KL.: (Lacht) Nee ..., ich pass mal auf, dass er weiter weg kommt und das Kind kommt jetzt etwas zu mir. (*Probiert längere Zeit mit Bauklötzen aus, ordnet zum Schluss drei Bauklötze in einem Dreieck an.*) So, ich muß irgendwie beide sehen, dann wird es besser.

Wenn es notwendig ist, schützt der Therapeut den Klienten vor einem sehr aggressiven Teil. Dabei ist das Ziel, dass der Klient diesen Schutz sobald wie möglich selbst übernimmt.

Hier folgen Beispiele aus Workshops von Gendlin:

Th. (*in klarer anweisender Art*): Kinder müssen geschützt werden. Ich glaube nicht an viel – aber das ist sicher, Kinder müssen geschützt werden.

Oder

Th.: Wir beide schützen die Kleine, wir machen einen Kreis um sie.

Oder

Th.: Du bist freundlich mit dem kleinen Mädchen!

Dieser Schutz ist besonders wichtig bei Klienten, die als Kinder misshandelt wurden (Reddemann, 2001).

ad 5. Modifizierung des Dialogs

Aktivierung und Symbolisierung des Inneren Facilitators

Wie bereits ausgeführt, sollten viele Funktionen des IF bereits bis zu einem gewissen Ausmaß aktiviert sein, bevor der IF als Figur eingeführt wird. Viele Klienten aktivieren diese Funktionen von selbst. Wenn sich die Ego-Parts allerdings stark blockieren und bekämpfen, ist es hilfreich, einen IF vorzuschlagen. Der Therapeut kann z. B. fragen „Was brauchen die beiden?“ oder „Wie kann man ihnen helfen?“ Der IF führt Regeln für eine konstruktive Selbstkommunikation ein.

Beispiel:

Kl. (*hinter dem Inneren Kritiker zu einem kleinen weinenden Jungen*): Der soll weg, der macht sich so breit, ich mag den nicht leiden.

Th.: Was ist jetzt der Job des Moderators, wenn ein Teilnehmer so etwas sagt?

Kl. (*stellt sich hinter den IF zum IC gewandt*): Du musst ihn nicht mögen, aber behandle ihn mit Respekt.

Verbindungen zu allen relevanten Teilen herstellen

Wird der Klient rationalisierend und verliert den emotionalen Kontakt zu Ego-Parts oder spielt nicht mehr aus dem Erleben heraus, kann der Therapeut vorschlagen, dass der Klient sich hinter die Symbole der Figuren stellt und auf die körperlichen Empfindungen, Gesten und Gefühle sorgsam achtet. Der Therapeut selbst bleibt aktiv, neugierig, in einer spielerischen Haltung beteiligt – nicht distanziert beobachtend.

Abschluss

Manchmal bleiben unklare Gefühle, dann ist es wichtig, genug Zeit zu haben, um zu einem vorläufigen Ende zu kommen und rechtzeitig den Abschluss einzuleiten: „Nicken alle?“ oder „Ist jemand unzufrieden, unglücklich?“, „Was braucht der Unzufriedene, um zu einem guten Abschluss zu kommen?“ z. B. „einen Termin für eine weitere Arbeit?“, „Hausaufgaben?“.

ad 6. Wiederholen

Üben und Wiederholungen in verschiedenen Variationen sind sinnvoll, da es um Veränderungen automatisierter Reaktionen geht. Wiederholung bedeutet keinesfalls, dass dasselbe Rollenspiel wiederholt wird, denn wenn der Klient im Kontakt mit seinem Erleben ist und sich entwickelt, erscheinen neue Figuren, auch wenn ähnliche Probleme wiederholt auftauchen. Es kann hilfreich sein, dem Patienten zu erklären, dass die Reaktionen automatisiert sind, deshalb oft noch unwillkürlich auftreten können und einer erhöhten Wachsamkeit bedürfen – so, wie man besonders aufmerksam ist, wenn man beginnt, in England Auto zu fahren. Dann dauert es seine Zeit, bis man wieder ohne besondere Aufmerksamkeit im Linksverkehr auf der richtigen Seite fahren kann.

6. Diskussion

Wie bereits erwähnt, geht es in der personenzentrierten Arbeit immer schon um die Bewertung der eigenen Erfahrung (vgl. Biermann-Ratjen et al., 2003) und um das „Selbstkonzeptbezogene Verstehen“ (Finke, 2004), insofern bewirkt erfolgreiche personenzentrierte Arbeit schon immer eine Veränderung von rigider, vehementer Selbstkritik.

Die von uns vorgestellte Technik der Arbeit mit destruktiven, dominierenden, vehementen inneren Stimmen verstehen wir als eine unter mehreren Möglichkeiten. Wir haben im vorliegenden Beitrag diese Technik so ausführlich dargestellt, wie es für einen Lernprozess sinnvoll sein kann. In der Praxis werden die Komponenten oft nur mitgedacht, es genügen oft sehr verkürzte Formen wie ein lediglich angedeuteter Dialog. Die von uns vorgestellte ausgearbeitete Form ist nach unseren Erfahrungen umso eher angesagt, je mehr ein Ego-Part dominiert und je mehr die klar differenzierenden, akzeptierenden und vermittelnden Funktionen des Inneren Facilitators fehlen.

Das SKOPE versucht so, innerhalb des personenzentrierten Paradigmas unterschiedliche Techniken dramatisierter Selbstkommunikation zu integrieren. Das Konzept stellt eine Technik der personenzentrierten Ansätze dar und zugleich überschreitet es die Standards des kognitiven Modells für emotionale Veränderung. Ein Vorgehen auf der Basis dieses Konzeptes unterstützt den Prozess der Selbstexploration nachhaltig, weil Cluster von Kognitionen und Emotionen auf einer metaphorischen Ebene verankert werden. Sie werden manifest, sie können umfassend in neue Prozesse einbezogen und symbolisiert werden. Das SKOPE integriert prozess-direktive Elemente und gibt zugleich den Möglichkeiten des Klienten, seine Ressourcen zu aktivieren, absolute Priorität. Dieses Prinzip manifestiert sich in erster Linie durch empathische Reflexionen, Spiegeln auch auf einer physischen Ebene, Rollenspiel-Arbeiten mit einer größeren Zahl von Partial-Egos und der Konzeptualisierung eines Inneren Facilitators.

Nach unserer Erfahrung spricht das Konzept vor allem Klienten an,

- die – falls nur Kognitionen betrachtet werden – die motivational-ebene ihrer Selbst-Aggression nicht wahrnehmen können;
- die beschützenden Faktoren des Inneren Kritikers erleben, die sie nicht aufgeben können;
- die eine stimmige Distanz zu ihren Partial-Egos und Differenzierung zwischen ihnen benötigen, aufgrund von überwältigenden Gefühlen oder von zu viel Abwehr,
- die nicht psychotherapieerfahren sind und dadurch einen sehr langsamen und natürlichen Weg zu dieser Methode über lange Phasen empathischer Reflexionen benötigen;

- die so blind gegenüber ihren Ressourcen sind, dass das Triggern der Idee eines Inneren Facilitators einen metaphorischen Anker bereitstellt, mit dem sie tatsächlich umgehen können.

Wenn die Technik so realisiert wird, kann dies nach unseren Erfahrungen zu einer besonders nachhaltigen Modifikation destruktiver innerer Dialoge führen. Indem die Partial-Egos dazu gebracht werden, miteinander zu reden, kann sich etwas substantiell Neues vollziehen und andere Prozesse können beginnen. Klienten erleben ihr gesamtes Selbst oft in einer qualitativ anderen Art. „Das werde ich niemals vergessen.“

Literatur:

- Beck, J. (1999). *Praxis der Kognitiven Therapie*. Weinheim: Beltz PsychologieVerlagsUnion.
- Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York: Grove Press.
- Biermann-Ratjen, E., Eckert, J., Schwartz, H. (2003). *Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Elliott, R. (1999). Process-experiential psychotherapy—An overview. *Psychotherapeut* 4–99, S. 204–213 und *Psychotherapeut* 6–99, S. 341–349.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie – Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Gaylin, N. L. (2001). *Family, Self and Psychotherapy: A person-centred perspective*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Gendlin, E. T. (1981). *Focusing*, Second Edition. New York: Bantam Books.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-Oriented Psychotherapy: A manual of the experiential method*. New York: Guilford.
- Grawe, K. (1997). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S. (1979). *Resolving splits: The two-chair technique*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 310–18.
- Greenberg, L. S. (2004). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through feelings*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press.
- Greenberg, L. S. (2005). *Emotionszentrierte Therapie: Ein Überblick*. *Psychotherapeutenjournal*, 4/2005, S. 324–337.
- Greenberg, L. S. (1993). Emotion and change processes in psychotherapy. In M. Lewis, and J. M. Haviland (Eds). *Handbook of Emotions*. New York: Guilford Press, pp. 499–508.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., and Elliott, R. (1993). *Facilitating Emotional Change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., and Elliott, R. (2003). *Emotionale Veränderung fördern*. Paderborn: Junfermann.
- Greenberg, L. S. and Paivio, S. C. (1997). *Working with Emotions in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S. and Van Balen, R. (1998). The theory of experience-centered therapies. In L. S. Greenberg, J. C. Watson and G. Lietaer (Eds). *Handbook of Experiential Psychotherapy*. New York: Guilford Press, pp 28–57.
- Gundrum, M., Lietaer, G., and Van Hees-Matthijssen, C. (1999). Carl Rogers' responses in the 17th session with Miss Mun: comments from a process-experiential and psychoanalytic perspective. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27 (4), 461–83.
- Kellogg, S. (2004). Dialogical Encounters: Contemporary Perspectives on "Chairwork". *Psychotherapy: Theory, Practice, Training* 2004, Vol. 41. No. 3, 310–320.
- Mearns, D. (2002). Further Theoretical Propositions in Regard to Self Theory within Person-centered Therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 1 (1 & 2), 14–27.
- Mearns, D., and Thorne, B. (2000). *Person-centred Therapy Today. New frontiers in theory and practice*. London: Sage.
- Perls, F., Hefferline, R., and Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy*. New York: Dell.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Pfeiffer/Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1959a). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: The Study of a Science, Vol. 3 Formulations of the Person and the Social Context*. New York: McGraw-Hill, pp. 184–256.
- Rogers, C. R. (1963c). The Concept of the Fully Functioning Person. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1, 17–26.
- Satir, V. (1978). *Meine vielen Gesichter. Wer bin ich wirklich?* München: Kösel.
- Schlegel, L. (1988). *Die Transaktionale Analyse*. Tübingen: A. Franke.
- Schulz von Thun, F. (1998). *Miteinander reden Bd. III. Das „Innere Team“ und situationsgerechte Kommunikation*. Reinbek bei Hamburg: rororo Tb.
- Schwartz, R. (1997). *Internal Family Systems Therapy*. New York: Guilford Press.
- Stern, D. (1986). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- Stinckens, N; Lietaer, G. and Leijssen, M. (2002a). The valuing process and the inner critic in the classic and current client-centered/experiential literature. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 1, 41–54.

- Stinckens, N., Lietaer, G. and Leijssen, M. (2002b). Working with the inner critic: fighting 'the enemy' or keeping it company. In J. C. Watson, R. Goldman & M. Warner (Eds). *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the 21st Century. Advances in theory, research and practice*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books, pp. 415–26.
- Stinckens, N., Lietaer, G. and Leijssen, M. (2002c). The inner critic on move: analysis of the change process in a case of short-term client-centred/experiential therapy. *Counselling and Psychotherapy Research 2 (1) 2002*, 40–54.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Tausch, R. (1996). *Hilfen bei Stress und Belastung*. Reinbek: Rowohlt.
- Tausch, R. (1987). Der Zusammenhang von Emotionen und Kognitionen, Konsequenzen für die personzentrierte Psychotherapie. *Zeitschrift der Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung, 67*, 28–34.
- Vahrenkamp, S. & Behr, M. (2004). The Dialogue with the Inner Critic. – From a Pluralistic Self to a Client-Centered and Experiential Work with Partial Egos. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies 3, (4)*, 228–244.
- Weiser, C. A. (1997). *Focusing. – Der Stimme des Körpers folgen*. Reinbek: Rowohlt.
- Young, J., Klosko, J. & Weishaar M. (2005). *Schematherapie*. Paderborn: Junfermann Verlag.

Autoren:

Susanne Vahrenkamp, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin, Ausbilderin für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierter Beratung in der GwG.

Michael Behr ist Professor für Pädagogische Psychologie an der Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd. Daneben ist er seit 1984 praktisch tätig als Gesprächspsychotherapeut und als Personzentrierter Psychotherapeut für Kinder und Jugendliche sowie als Ausbilder der GwG für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen in Stuttgart.

Korrespondenzadresse:

Susanne Vahrenkamp
 Institut für Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung
 Stuttgart
 Johannesstraße 51, D-70176 Stuttgart,
 E-Mail: susanne.vahrenkamp@gmx.de

Johannes Wiltschko

Was ist Focusing-Therapie?

Zusammenfassung: *Focusing-Therapie wird als komplettes, wenngleich offenes psychotherapeutisches Verfahren innerhalb des Personzentrierten Ansatzes dargestellt und es wird auf ihre Funktion als Metamodell und Metapraxis mit methodenintegrierender Kraft hingewiesen. Einige ihrer essentiellen Aspekte werden ausführlicher beschrieben: die Bedeutung des „Ichs“, der inter- und intrapersonalen Beziehungen sowie der strukturgebundenen Prozesse. Damit wird versucht, den Einseitigkeiten in der Praxis Focusing-orientierter Psychotherapeuten wie auch den traditionellen Vorurteilen unter Klientenzentrierten Psychotherapeuten zu begegnen.*

Schlüsselwörter: *Experienzielle Therapie, Focusing, Focusing-Therapie, Gendlin, Klientenzentrierte Psychotherapie, Personorientierter Ansatz*

Abstract: What is Focusing Therapy? *Focusing Therapy is described as a complete psychotherapeutic procedure within the person-centered approach and as a method which is also open to further extension. Its function as a meta-model and a meta-practice with integrating force is pointed out. Some of its essential aspects are described in more detail: the significance of the “I”, but also of inter- and intrapersonal relationships and of structure-bound processes. It is an attempt to deal with the one-sidedness in the practice of focusing-oriented psychotherapists on the one hand and traditional prejudices among client-centered psychotherapists on the other.*

Keywords: *client-centered therapy, experiential therapy, focusing, Focusing Therapy, Gendlin, person oriented approach*

Entstehung der Bezeichnung „Focusing-Therapie“

Wie alle Bezeichnungen von psychotherapeutischen Richtungen ist auch „Focusing-Therapie“ bloß ein Etikett, das fast nichts über das aussagt, was es bezeichnet. Es weist nur darauf hin, dass Focusing-Therapie etwas mit Focusing zu tun hat und daher auch mit Eugene Gendlin.

Als junger Philosoph suchte Gendlin 1953 im *Counseling Center* der Universität Chicago Carl Rogers auf und brachte seinen ziemlich fertigen Entwurf über eine philosophische und psychologische Theorie des Erlebens mit. Er hatte vor, diesen in der Praxis der Psychotherapie zu überprüfen.

Aus dem „Kreuzen“ seiner philosophischen Konzepte mit der Praxis Klientenzentrierter Psychotherapie ergab sich eine ganze Reihe neuer Aspekte – sowohl in der empirischen Forschung als auch im konkreten therapeutischen Handeln und in der Theoriebildung.

Auch wenn sich die fruchtbare Zusammenarbeit zwischen Gendlin und Rogers nach dessen Übersiedlung nach La Jolla im Jahr 1964 nicht fortsetzte, sieht sich Gendlin selbst nicht in einer Gegenposition zu Carl Rogers. Im Gegenteil: Die *konstitutiven Prinzipien* der Klientenzentrierten Psychotherapie (nicht die Konzepte, in denen diese Prinzipien in verschiedenartiger Weise formuliert wurden) wollte er immer *alle* beibehalten; er nahm sie mit und ging mit ihnen,

mit ihrer Hilfe, auf die Suche – natürlich über Carl Rogers hinaus. Was auch immer er dabei an Neuem fand: bis heute versteht er sich als Klientenzentrierter Psychotherapeut (Gendlin & Wiltschko, 1997, S. 17f; 1999, S. 139f). Gendlin (1966) hat seine Weiterentwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie ursprünglich „experiential psychotherapy“ genannt, diesen Namen aber später aufgegeben, weil er zu unspezifisch ist: Welcher zumindest humanistische Psychotherapeut würde sich nicht als „erlebensbezogen“ bezeichnen? Seit 1996 nennt er deshalb die von ihm begründete Therapieform „focusing-oriented psychotherapy“.

Ich habe 1988 – nach bereits zehnjährigem fachlichem und persönlichem Austausch mit Gene Gendlin – zusammen mit Klaus Renn und unseren Kolleginnen und Kollegen im *Deutschen Ausbildungsinstitut für Focusing und Focusing-Therapie* für das von uns weiter entwickelte Therapiekonzept Gendlins die Bezeichnung „Focusing-Therapie“ gewählt. Diese Bezeichnung ist kurz und einfach, und wir drücken mit ihr unser eigenes Verständnis davon aus, wie die theoretischen und methodischen Arbeiten Gendlins in der Psychotherapie umgesetzt werden können.¹

¹ Neil Friedman (1993) und Kathy McGuire (1995, 1996) haben diesen Begriff ebenfalls vorgeschlagen und bezeichnen damit auch ihre eigenen Versionen der Adaptation von Gendlins Arbeit auf die Psychotherapie.

Unterscheidet sich Focusing-Therapie von anderen Versuchen, Focusing in der Psychotherapie anzuwenden?

Bei den Psychotherapeuten, die Focusing in ihrer Arbeit verwenden, trifft man bisweilen auf ein vereinfachtes und verkürztes Verständnis von Focusing (und manchmal auch von Psychotherapie). Dazu kommt es vermutlich auch deshalb, weil die weiterführenden und komplexen Arbeiten Gendlins nicht oder zu wenig rezipiert worden sind.

Focusing-Therapie ist weder ein „erlebnisaktivierender“ Appendix der Klientenzentrierten Psychotherapie, noch ein Anwenden des Sechs-Schritte-Schemas, das Gendlin aus didaktischen Gründen formuliert hat, und schon gar nicht ein Anbieten von Focusing-Übungen oder ein therapeutisches Gespräch, in dem man ab und zu danach fragt, wie sich etwas im Klienten körperlich anfühlt.

Focusing-Therapie ist ein umfassendes, komplettes psychotherapeutisches Verfahren, verwurzelt im Personorientierten Ansatz und in der Klientenzentrierten Psychotherapie von Carl Rogers und aufgewachsen in der Schule Gene Gendlins mit ihrer methodischen Genauigkeit im phänomenologischen Denken und im therapeutischen Handeln. Sowohl Rogers als auch Gendlin haben uns alle immer wieder aufgefordert, das von ihnen Gefundene nicht einfach nachzubeten, sondern ausgehend von der eigenen persönlichen Erfahrung weiterzuentwickeln – und nicht nur weiterzuentwickeln, sondern frisch und neu zu entdecken und eigenständig zu formulieren. Diese Ermutigung und Herausforderung nehmen wir ernst: Nur „Anfängergeist“ hält Ideen lebendig.

Focusingtherapeutische Spezifika

So haben wir etwa mit Hilfe des *Modells der Erlebens- und Handlungsmodalitäten* die therapeutischen Handlungsmöglichkeiten sehr erweitert: Wir arbeiten nicht nur verbal und sitzend, auch nonverbale körperliche Prozesse, Bewegen und Malen, Ausdruck und Handeln bis hin zu Aufstellungen sind Bestandteile der Focusing-Therapie. Damit haben wir Gendlins Idee der „therapeutic avenues“ (Gendlin, 1996a, S. 170f), der unterschiedlichen Wege in die Person hinein und aus ihr heraus, weiter ausgearbeitet und in der Praxis konkretisiert.

Darüber hinaus ermöglicht uns die Weiterentwicklung von Gendlins Begriff der *Strukturgebundenheit*, mit Erlebens- und Verhaltensweisen zu arbeiten, die über Jahre und Jahrzehnte veränderungsresistent geblieben sind – und die ja eigentlich die Hauptsache jeder Psychotherapie darstellen. Ferner geben wir dem, was wir „Ich“ nennen, theoretisch wie in der Praxis einen zentralen Stellenwert und wir legen großen Wert auf die *Beziehungsaspekte* des therapeutischen Geschehens und darauf, unser *phänomenologisches Verständnis* dessen, was in der therapeutischen Situation vor sich

geht, zu vertiefen. Schließlich ist uns die *Ausbildung* von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein großes Anliegen.²

Focusing-Therapie ist ein Beziehungsgeschehen

Focusing-Therapie findet statt in und mit der Beziehung zwischen dem Klienten und dem Therapeuten, in und mit der Beziehung, die der Klient und – ebenso wichtig – der Therapeut zu sich selbst haben. In dieser komplexen Situation steht die Person des Klienten im Mittelpunkt und ebenso die Art und Weise, *wie* er sich auf das, *was* er erlebt, bezieht. Dieses *Wie*, dieses *Verhältnis von Subjekt und Erlebensinhalt*, ist für uns der entscheidende Faktor im therapeutischen Prozess. Und in Bezug auf das *Was* laden wir den Klienten ein, besonders auf das zu achten, was noch nicht konzeptualisiert ist, noch nicht gedacht, noch nicht gesagt, noch nicht getan. Es ist das, was schon gespürt, aber noch nicht gewusst wird. Diese Art des Erlebens ist selbstredend nicht „unbewusst“; Gendlin hat sie „implizit“ genannt.

Wenn man sich auf etwas im impliziten Erlebensstrom unmittelbar bezieht, entsteht ein sehr interessantes und potentes Erlebensphänomen – bislang unbeachtet und unbenannt. Gendlin hat ihm einen Namen gegeben: Felt Sense. Dieser Begriff bezeichnet etwas, das jeder irgendwie kennt, etwas Selbstverständliches, aber erst dessen Benennung ermöglicht es, das Selbstverständliche an einem Prozess teilnehmen zu lassen, der Erleben erweitert und Erkenntnis vertieft. Etwas noch wortlos Selbstverständliches zu bemerken und es in Sprache zu bringen, das wäre schon eine mögliche Variante zu beschreiben, was mit Focusing gemeint ist.

Ein umfassendes Verständnis von Felt Sense

Gewöhnlich wird unter Felt Sense ein körperliches Empfinden verstanden, das durch „etwas“ ausgelöst wird. In der Psychotherapie ist dieses „Etwas“ in der Regel ein Problem, ein Konflikt, ein Unvermögen. Dieses Verständnis greift allerdings zu kurz.

Der Felt Sense ist ein Beziehungsphänomen

Ein Felt Sense ist sozusagen die „Innenansicht“ einer Situation. Unter *Situation* verstehen wir das (innerliche und äußerliche) komplexe Ganze, in dem eine Person im jeweiligen konkreten Moment existiert. Wenn wir uns unmittelbar darauf beziehen, wie wir diese Situation empfinden, wie wir sie von innen fühlen, wenn wir also

² Mehr über das Modell der Erlebens- und Handlungsmodalitäten siehe Wiltshko, 1996a, 2002; über unser Ausbildungskonzept und weitere Veröffentlichungen des DAF siehe www.focusing-daf.de.

unsere Aufmerksamkeit richten auf das noch wortlose Gespür, wie es uns in dieser konkreten Situation geht, dann können wir das erleben, was wir Felt Sense nennen.

Wenn sich der Klient ein bestimmtes *Thema* vornimmt, wird dieses Thema zu einem bedeutsamen Faktor seiner Situation und es wird wesentlich zu seinem Felt Sense beitragen. Aber selbstverständlich sind auch alle anderen Faktoren der Situation im Felt Sense des Klienten implizit vorhanden. Im Fall der psychotherapeutischen Situation ist das in erster Linie das Erleben der Beziehung zur Person des Psychotherapeuten. Jeder Felt Sense ist naturgemäß ein *Beziehungsphänomen*.

Ein Felt Sense ist mehr als körperlich

Einen Felt Sense als „körperlich“ (im Alltagssprachlichen Sinn) zu bezeichnen, ist eine theoretische Verkürzung und bedeutet für die Praxis eine Einschränkung. Nicht jeder Mensch (z. B. Klienten mit körperlichen Gewalterfahrungen oder solche mit Essstörungen) mag in seinen Körper hineinspüren und fast keiner versteht unter dem Begriff „Körper“ das, was Gendlin damit meint. Das essentielle Merkmal eines Felt Sense ist nicht, dass er sich im Körper manifestiert, sondern dass er über das hinausgeht, was wir schon wissen, denken und sagen können. Dieses *Mehr-als-schon-Gewusste* nehmen wir als eine Stimmung wahr oder als eine Ahnung, als Richtung, in die etwas in uns vorwärts will. Dass wir diese Wahrnehmungen „körperlich“ nennen, liegt daran, dass wir sie unterscheiden wollen vom „Kopfigen“, vom Denken in *schon formierten* Worten und Sätzen. Sich von innen achtsam wahrzunehmen, muss nicht immer bedeuten, etwas körperlich zu spüren. Auch im kreativen Denken, auch im Imaginieren können wir an den Rand dessen gelangen, was uns explizit bewusst ist und dort einen Felt Sense entstehen lassen. Dass all diese Wahrnehmungen zugleich „leiblich“ sind – im Sinn von Gendlins Neudefinition des Begriffs „Körper“ – ist schon richtig, aber das körperliche Spüren muss nicht für alle Menschen der geeignetste Zugang zum impliziten Erleben sein.

Der Felt Sense ist kein „Ding“

Ferner ist es Ausdruck unseres zur Verdinglichung neigenden Denkens, zu meinen, „der“ Felt Sense sei in unserem Körper vorhanden oder entstände in ihm wie ein Gegenstand, der dann da drin irgendwo herumliegt. Das ist eine unzutreffende Vorstellung. Ein Felt Sense wird von uns *geschaffen*, indem wir unsere Aufmerksamkeit auf etwas richten, das wir schon fühlen, aber noch nicht sagen können. Jeder Erlebensinhalt hat etwas, das wir schon benennen und ausdrücken können, aber er hat noch viel mehr, was wir spüren, fühlen, ahnen, aber noch nicht ausdrücken können. Jeder Erlebensmoment ist also sozusagen bipolar, er hat explizite und implizite

Aspekte. Durch die unmittelbare Bezugnahme auf die impliziten Aspekte erschaffen wir eine erlebte Ganzheit, die uns dann als wortloses „...“ gegenübersteht. Für dieses „...“ hat Gendlin das Kunstwort „Felt Sense“ geprägt.

Felt Senses ohne Subjekt existieren nicht

Gewöhnlich wird gesagt: Wenn ein Felt Sense mit so genannten „Symbolen“, also mit Worten oder inneren Bildern interagiert, dann komme es zu einem „Felt Shift“, einer positiv gefühlten Veränderung der Befindlichkeit, verbunden mit tieferer Einsicht und weiterführendem Erkennen. Ein Felt Sense kann aber auch mit körperlichen „Symbolen“ interagieren, etwa mit Berührungen, Gesten, Bewegungen und Handlungen, und durch sie fortgesetzt werden. Wenn man diese Möglichkeiten berücksichtigt, eröffnet sich der Praxis des Focusing sogleich ein weiteres großes (Er-)Lebensfeld.

Aber all diesen Interaktionen des „Felt Sense mit ... (etwas) ...“ geht voraus und liegt zugrunde – und das wird oft nicht bedacht: die Interaktion des Felt Sense mit dem Subjekt. Die allererste Interaktion findet doch zwischen *mir* und dem Felt Sense statt! *Diese* Interaktion ist die Basis für alles weitere. Geschieht sie, stellt sich ein tiefes Gefühl von Zu-sich-Kommen, von „Nach-Hause“-Kommen ein: ein Bei-mir-Sein, In-mir-Sein, Mit-mir-Sein. Das allein schon ist ein „big shift“ – noch bevor all das, was mit „Symbolisieren“ bezeichnet wird, stattgefunden hat.

Das Wechselverhältnis zwischen – und jetzt muss ich einen neuen Begriff einführen – dem „Ich“, das wahrnimmt, und dem Felt Sense, der vom „Ich“ wahrgenommen wird, ist sehr interessant: Das „Ich“ kann dem Felt Sense gegenüberstehen, ihn aus der Ferne betrachten oder um ihn herumgehen und ihn antasten. Der Felt Sense kann sich dem „Ich“ öffnen, es kann in ihn hineingehen, zu seinem Mittelpunkt werden, sich in ihm treiben lassen und vieles mehr.

Das „Ich“ kann dem Felt Sense auch Vorschläge machen, ihn befragen. Das (zunächst) Erstaunliche (aber Selbstverständliche) ist, dass der Felt Sense zurückspricht. Er antwortet auf wohlgeordnete Weise. Es ist eine wortlose Antwort, die einen Schritt impliziert, einen Schritt des „richtigen“ Weiterlebens. Diese dem Wechselverhältnis zwischen „Ich“ und Felt Sense innewohnende Ordnung hat Gendlin *Fortsetzungsordnung* genannt und sie als Ordnungsprinzip des Lebendigen phänomenologisch genau beschrieben (Gendlin, 1996b, 1997; Gendlin & Wiltshko, 1999, S. 178f).

Ein Felt Sense ist also niemals allein für sich da, er ist nicht nur ein *interpersonales*, sondern auch ein *intrapersonales* Beziehungsphänomen, etwas, das aus der Interaktion zwischen „Ich“ und implizitem Erleben hervorgeht.

Exkurs über die Funktion von Begriffen

Es wird oft kritisiert, dass die Verwendung von Begriffen bei Gendlin unscharf und inkonsistent sei. Diese scheinbare Inkonsistenz hängt mit der Funktion von Worten und Begriffen zusammen, mit ihrer Rolle, die sie in Erleben und Sprache spielen. Wenn man das, was wirklich konkret vor sich geht, genau untersucht, beginnen die Begriffe zu verschwimmen und ineinanderzufließen. Das mag zunächst verwirren. Jedoch: Das, was ist, ist natürlich mehr als Sprache, mehr als Worte, Begriffe und Konzepte. Unser Erleben geht über unsere Begriffe und Konzepte hinaus, selbst wenn natürlich unsere Sprach- und Denkformen im Erleben immer wirksam sind. Gendlin hat uns darauf aufmerksam gemacht, dass wir mehr wahrnehmen als unsere Begriffe sagen, dass wir uns auf das, was die Begriffe umgibt und über sie hinausweist, beziehen können und dass dieses Mehr kein wirres Chaos ist, sondern „mehr als geordnet“ (Gendlin, 1986). Es gibt Leute, die dafür gleich wieder einen Begriff aus der Tasche ziehen und das „spirituell“ nennen möchten. Aber es ist doch gar nichts Besonderes. Es ist das Alltägliche, das Gewöhnliche, das Selbstverständliche und hat gar nichts mit Esoterik zu tun.

Begriffe sind Prozessfunktionen

Begriffe sind keine konstanten, lexikalisch definierten Einheiten, sie haben eine Funktion im Fortschreiten des Erlebens- und Erkenntnisprozesses. Sie tragen diesen voran und werden zugleich durch ihn verändert. Letztlich wird genau das mit Focusing beschrieben und durch Focusing erfahrbar: die Wechselwirkung zwischen Erleben und Begriffen/Konzepten schafft Sprache, schafft Konzepte und die verändern das Erleben, was zu weiteren neuen Konzepten führen kann. Deshalb kann und will Gendlin kein feststehendes Begriffsgebäude bauen. Er formuliert „komische“ Konzepte, die sich nur durch und mit Erleben verifizieren lassen und zugleich den Erlebensprozess fortsetzen. Gendlin zu lesen und zu verstehen gelingt nur, wenn man das eigene Erleben „mitarbeiten“ lässt. Das ist für die meisten Menschen ungewohnt.

Worte allein verkünden keine Wahrheiten

Focusing, sagt Gendlin sinngemäß immer wieder, ist ein Sein mit dem, was man als bedeutungsvoll spürt und ahnt, ohne noch zu wissen, ohne noch sagen zu können, was es ist, was es bedeutet; aus diesem Sein mit dem „...“ ergeben sich Schritte, die Denkschritte und Heilungsschritte zugleich sind. Es ist gut, sich an diesen einfachen Satz immer wieder zu erinnern, wenn man im Gestrüpp der Worte und Begriffe verlorenzugehen droht. Denn aus diesem praktizierten Sein mit „...“ folgt schon allmählich alles andere, was man

über Focusing-Therapie sagen kann. Es folgt aber nur, wenn man es sagt (oder schreibt), wenn man also Worte und Begriffe gebraucht. Diese bilden Erleben nicht nur ab, sie verändern es, sie führen es weiter. Und deshalb „halten“ sie oft nur für die nächsten paar Schritte: Wenn man durch sie tiefer in das, was man erlebt und untersucht, eindringt, passen sie nicht mehr und man muss neue finden. Auf diese Weise erkennt man mehr und mehr und hinterlässt dabei eine Spur von Worten. Diese Spur verkündet keine immergültige Wahrheit; sie hilft aber, den Ort wiederzufinden, an dem man weiterarbeiten muss. Wenn man Wortspuren (z. B. die von Carl Rogers oder Gene Gendlin oder auch diese hier) als Verkündung von Wahrheiten missversteht oder sie zur eigenen Profilierung missbraucht, verliert man sich in diesen sinnlosen, exegetischen Debatten, von denen die Bibliotheken voll sind.

Das Ich und sein Erleben

Von manchen Klientenzentrierten Psychotherapeuten wird der Focusing-Therapie vorgeworfen, sie würde nicht die Person, sondern das Erleben in den Mittelpunkt stellen. Das ist ein großes Missverständnis, zu dem allerdings manche Focusing-Leute beigetragen haben. Sie sind zu sehr fixiert auf das, was der Klient erlebt und zu sehr fasziniert von den Veränderungen des Erlebens während eines Focusing-Prozesses. Dadurch geht die Person, das Subjekt dieses Geschehens, häufig verloren.

„Ich“, das Subjekt

Der „Partner“ des Focusing-Therapeuten ist, und das möchte ich deutlich hervorheben, die Person „Klient“. An dieser Stelle macht es wiederum theoretisch wie praktisch Sinn, den Begriff „Ich“ einzuführen. Zur Person gehört alles Mögliche: ihre Rollen, ihre Funktionen, ihr Selbstbild etc. In einer Person, wie man metaphorisch und missverständlich sagen könnte, „wohnt“ das „Ich“. Dieses Ich ist nicht, wie der Begriff leider zwangsläufig impliziert, ein Etwas, ein Objekt, es ist das *Subjekt* schlechthin. Es ist der oder die, die wahrnimmt, die wählt, die handelt, die denkt und fühlt, die erlebt. Hinter dieses Ich kann man nicht zurücktreten und es als Objekt betrachten, denn es wäre doch wieder *jemand*, der zurücktritt und betrachtet. Und diesen „Jemand“, den wollen wir mit „Ich“ bezeichnen.

Das blanke „Ich“

In seiner frühen Fassung der Experiencing-Theorie sagt Gendlin (1964), die Person sei ihr Erleben, sie „bestünde“ aus ihm. Die Vorstellung einer Person als einem in sich abgeschlossenen Ding wird

damit verflüssigt im Strom permanenter Erlebensvorgänge, das Ego wird verabschiedet und löst sich auf in der Vielheit von Interaktionsprozessen. Darin drückt sich ein Paradigmenwechsel aus, der damals in der Luft lag – man denke nur an Gregory Bateson und die so genannte „Palo Alto Gruppe“ – und der große Möglichkeiten eröffnete, in der Theorie wie in der Praxis. In der Experiencing-Theorie kommt kein Begriff für das Subjekt vor, aber natürlich lässt es sich nicht abschaffen, und das hat Gendlin auch niemals vorgehabt – denn er sagt zum Beispiel (Gendlin & Wiltschko, 1999, S. 147f): „Wenn niemand da ist, bin ich nicht interessiert“ oder „In der Therapie muss *jemand* auf dem Therapeutenstuhl sitzen; wer das ist, ist nicht so wichtig“ oder „In jedem Menschen ist *jemand* drin, der versucht sein Leben zu führen“ oder „Es schaut immer *jemand* aus den Augen heraus und schaut dich an; der Vorhang oder die Lampe schaut dich nicht an“. „Jemand“ ist dieser oder jener konkrete Mensch, nicht als ein Rollen-, Funktions- oder Eigenschaftsträger, sondern als lebendiges Subjekt, als „blankes Ich“ (Wiltschko, 1992; 1996a).

Das „Ich“ als Subjekt des Erlebens

Mag die Person ihr Erleben sein, das „Ich“ jedenfalls ist Subjekt des Erlebens und daher von ihm unterschieden: Es *hat* Erleben. Es hat eine immer ganz spezifische Beziehung zu dem, was es erlebt. Oder anders ausgedrückt: dem Ich „*geht es*“ mit dem, was es gerade erlebt, auf bestimmte Weise. Diese Art und Weise bestimmt mit, was erlebt wird. Das ist ein Gesetz der Erlebenswelt: *dass die Qualität der Beziehung zum Erlebensinhalt diesen konstellierte*. Auf diesem Gesetz beruht die Möglichkeit der Erlebensveränderung und damit jeder Psychotherapie.

In der Focusing-Therapie laden wir den Klienten ein, diese Beziehung zu seinem augenblicklichen Erleben zu *bemerken*: „Wie geht es Ihnen mit diesem ... (Erlebensinhalt)?“ „Wie fühlen Sie sich, wenn Sie ... (Erlebensinhalt) ... wahrnehmen?“ „Wie würden Sie am liebsten mit diesem ... (Erlebensinhalt) ... umgehen?“ – Nicht so sehr dem Erleben an sich, sondern wie es dem Klienten (der Person, dem Ich, dem Subjekt) mit seinem jeweils konkreten Erleben geht, wie er sich zu diesem verhält bzw. verhalten möchte, gilt unsere Aufmerksamkeit.

Focusing-Therapie ist Ich-zentriert

Wenn der Klient bemerkt, wie sein Verhältnis zu seinem Erlebensinhalt beschaffen ist, kommt meist *ganz von selbst* die Tendenz auf, dieses Verhältnis in eine *bestimmte Richtung* zu verändern. Dieses „ganz von selbst“ und diese „bestimmte Richtung“ sind ein Geheimnis, ein selbstverständliches Wunder des Lebens; im weiten Sinn vermutlich nicht nur des menschlichen. Aus diesem „Geheimnis“ entspringt der gesamte Personorientierte Ansatz und daher auch

die Focusing-Therapie: Wenn man bemerkt und akzeptiert, wie es ist, verändert sich das Bemerkte in eine *lebensfördernde* Richtung. Es verändert sich die Beziehung und es verändert sich der Bezugspunkt, also das Erlebte. Die Beziehung verändert sich in die Richtung, die Carl Rogers beschrieben hat: Das „Ich“ will annehmen, wertschätzen und verstehen, was ist; es will sich mit dem, was ist, verbinden, es als „meines“ fühlen. In dem Maß, wie das gelingt, verändert sich auch der Inhalt des Erlebten oder genauer: die *Bedeutung*, die das Erlebte für die Person hat (wobei Inhalt und Bedeutung bloß begrifflich getrennte Aspekte ein und desselben Phänomens sind).

Focusing-Therapie ist also nicht in erster Linie erlebenszentriert, sondern Ich-zentriert. Das ist übrigens auch ein Grund dafür, dass wir den Namen *experiential psychotherapy* nicht übernommen haben.

Strukturgebundenes Erleben

Offensichtlich gibt es Erlebens- und Verhaltensweisen, die sich nicht oder nur sehr schwer ändern – sie sind letztlich der Knackpunkt jeder Psychotherapie. Zu diesem Phänomen der Hartnäckigkeit, der Resistenz gegen Veränderung haben fast alle Therapieformen Konzepte gebildet und Methoden entwickelt – nur die Klientenzentrierte und auch die Focusing-orientierte Psychotherapie sind in dieser Hinsicht ziemlich enthalten geblieben. Aus gutem Grund, denn hier öffnet sich das Tor für deterministische, kausale Erklärungen, für Typisierung, Pathologisierung und diagnostische Zuschreibungen – und Carl Rogers hat ja seinen Ansatz im Kontrapunkt dazu entwickelt.

In der Focusing-Therapie haben wir zu diesem wichtigen Thema einen Begriff Gendlins (1964) aufgegriffen, den er selbst nicht weiterentwickelt hat: Die Art und Weise des Erlebens kann *in seiner Struktur gebunden* sein. Das bedeutet, dass die Beziehung zwischen Ich und Erlebensinhalt starr, gleichförmig, stereotyp ist und daher auch die Erlebensinhalte unveränderlich sind. Im besten Fall handelt es sich dabei um Routinen, die den Alltag vereinfachen, im schlechteren Fall um Gewohnheiten, die nicht lebensfördernd sind, und im schlechtesten Fall sind diese Gleichförmigkeiten im Erleben und Verhalten als solche der Person wahrnehmungsmäßig gar nicht zugänglich.

In der Focusing-Therapie ist uns wichtig, dass wir strukturgebundenes Erleben als Phänomen anerkennen und nicht aus falsch verstandenem Optimismus ignorieren, ferner dass wir Kriterien kennen, um es bemerken zu können und drittens, dass wir uns methodische Fähigkeiten aneignen, es der inneren Aufmerksamkeit zugänglich zu machen – als Voraussetzung dafür, dem Ich in Bezug auf das, was strukturgebunden ist, Freiraum zu verschaffen. Freiraum ist der Antagonist der Strukturgebundenheit.

Das „Ego“

Wenn bestimmte Erlebensvorgänge strukturgebunden sind, also „Ich“ und Erleben sozusagen aneinander gefesselt sind, ist kein Freiraum da, aus dem heraus das Ich verschiedene Perspektiven zum Erleben einnehmen kann. Dem Ich „geht es“ dann mit diesem Erleben immer gleich und manchmal geht es ihm gar nicht mehr: Es ist mit dem Erleben identifiziert (oder dissoziiert), in ihm quasi untergegangen (oder abgespalten). Es verliert seine Ichhaftigkeit, seinen Status als Subjekt, und deshalb nenne ich das identifizierte Ich „Ego“ (Wiltchko, 1992). Das Ego verhält sich unreflektiert, automatenhaft. Es gibt immer die gleichen Antworten. Es überspringt die impliziten Aspekte der Situation und kann daher von ihnen nicht modifiziert werden.

Ein alter Streitpunkt zwischen psychotherapeutisch und spirituell Denkenden und Praktizierenden kann so aufgelöst werden: Ja, das Ego wollen wir loswerden, das Ich aber nicht, denn selbst wenn es vorübergehend in einem „Mehr als Ich“, in einem wie immer benannten „Größeren“ aufgeht, ist noch immer jemand da, der lebt, der Subjekt des Aufgehens ist in dem, was unter, über, hinter oder in dem „Ich“ sein mag.

Focusing-Therapie befreit das „Ich“

Therapeutisch geht es also darum, das Ich aus seiner Strukturgebundenheit zu befreien. Diese Befreiung ist wie ein innerer Sonnenaufgang: Das Ich steigt aus dem Ego auf, aus ihm heraus. Auf einmal ist Licht da und Welt und Raum und frische Luft. Das Ich wird beweglich, wahrnehmungs- und handlungsfähig, kann entscheiden und wollen. Dieser Vorgang kann plötzlich geschehen, ist aber niemals „erledigt“. Er muss lebenslang immer wieder vollzogen werden. Dass sich das Ich immer wieder von neuem identifiziert, ist nämlich keine Krankheit, sondern ein notwendiger Lebens- und Lernvorgang: auf diese Weise lernen wir die Welt kennen, die innere und die äußere. Erst aus dem unbemerkten Verhaftetsein (bzw. chronischem Unverbundensein) mit Erlebens- und Verhaltensweisen entstehen Einseitigkeiten, Vorurteile, Illusionen und die so genannten „Störungen“. Focusing – und das ist wiederum eine andere Art, es zu beschreiben – ist der Prozess der Befreiung des Ichs aus dem Ego.

Hoffnungsvolle „Plätze“

Strukturgebundene Phänomene, also etwa Symptome oder so genannte „Widerstände“, „Übertragungen“, im weiteren Sinn auch „Charakterstrukturen“ oder „Persönlichkeitsstörungen“, sind Plätze im Erleben, die zwar besonders störend und unzugänglich sind, zugleich aber äußerst entwicklungssträchtig: hoffnungsvolle Plätze, in denen der Lebensprozess steckengeblieben ist und darauf wartet,

sich endlich fortsetzen zu dürfen. Dazu braucht er geeignete Antworten. Der Therapeut hat die Aufgabe, Bedingungen zu schaffen, die dem Klienten erlauben, diese Antworten selbst zu finden, und manchmal muss sie der Therapeut auch stellvertretend und auf Zeit zur Verfügung stellen, indem er sein eigenes Erleben in Bezug auf den Klienten ausdrückt.

Nicht der Geschichte, sondern dem Geschichtenerzähler, dem „Ich“ des Klienten zuzuhören, es wertzuschätzen, es anzufragen und herauszufordern, ist unser – in wahrsten Sinn des Wortes *personzentriertes* – Hauptanliegen. Focusing-Therapie ist ein emanzipatorisches Unternehmen, das die Person des Klienten unterstützt, zum *Subjekt* ihrer Welt zu werden. In unserem Konzept „Freiraum“ und in unserer Praxis, Freiraum zu schaffen und zu erhalten, kommt das konkret und vielfältig zum Ausdruck.

Unsere Konzepte in Bezug auf so genannte Störungen sind also keine inhaltlichen, sondern prozesshafte Konzepte. Deshalb müssen wir auch keine inhaltlich formulierten diagnostischen und pathologischen Kategorien aufstellen. Das wäre nämlich ein Rückfall ins vorrogerianische Zeitalter.

Werden in der Praxis der Focusing-Therapie Techniken angewandt?

Die Focusing-Therapie kennt Techniken, aber „Technik“ ist vielleicht nicht der richtige Ausdruck dafür. Wir beschreiben therapeutische Verhaltensweisen. Wenn man das sagt, wird man von manchen Klientenzentrierten Therapeuten gleich auf die Abschussliste gesetzt – denn angeblich dürfen nur therapeutische Haltungen gefordert und beschrieben werden. Zumindest meinen das einige.

Haltungen sind sozusagen in der Person versteckt, nicht direkt von anderen wahrnehmbar. Aber, Gott sei Dank, drücken sich Haltungen immer in Verhalten aus. Nur an diesem und an seiner Wirkung können Haltungen überprüft werden. Deshalb beschreiben wir therapeutische Verhaltensweisen. Es ist ein traditionsreicher Unsinn in der Auseinandersetzung zwischen verschiedenen Richtungen des Personzentrierten Ansatzes, Haltung und Verhalten voneinander zu separieren und dann gegen einander auszuspielen.

In der Focusing-Therapie haben wir die hauptsächlichsten therapeutischen Verhaltensweisen in drei Gruppen eingeteilt:

- (1) *Listening* (versuchen zu verstehen, was der Klient meint und ausdrücken möchte, also Bezugnehmen auf sein implizites Erleben),
- (2) *Guiding* (dem Klienten Vorschläge machen in Bezug auf den Prozess, nicht in Bezug auf die Inhalte),
- (3) *Responding* (eigenes Erleben in Bezug auf die Person des Klienten oder auf dessen Erleben ausdrücken).

Innerhalb jeder dieser Gruppen haben wir eine ganze Reihe von therapeutischen Verhaltensweisen beschrieben. Sie lassen sich in allen Erlebens- und Handlungsmodalitäten auf jeweils spezifische Weise

umsetzen. Dadurch entsteht ein sehr umfangreiches Verhaltensrepertoire (Stumm, Wiltschko & Keil, 2003; Wiltschko, 1996a; 1996b; 1998; 2002; 2003).

Die einzelnen Verhaltensweisen haben wir allerdings wohlweislich nicht explizit festgelegt. Sie sind also keine „Techniken“ im üblichen Sinn. In ihnen drücken sich unsere Konzepte über Haltung, Beziehung und Prozess aus, und wir beschreiben sie als allgemeine, formale Muster, die dann jeweils situationsspezifisch angewandt werden müssen. Sie entheben den Focusing-Therapeuten nicht, im konkreten Augenblick präsent, spontan und kreativ zu sein.

Die Beschreibung von Verhaltensweisen hilft Ausbildungsteilnehmern zu lernen und zu üben und dadurch die personenzentrierten Haltungen überhaupt erst konkret zu erfahren und auszubilden. Und sie hilft Psychotherapeuten, sich in der praktischen Arbeit zu orientieren und diese zu reflektieren. Es reicht nicht zu behaupten, man realisiere schon die richtige Haltung, ohne sich selbst auf die Finger zu schauen (und auch schauen zu lassen), was man konkret sagt und tut.

Das Ziel der Focusing-Therapie

Focusing-Therapie hat keine inhaltlichen Ziele. Sie ist offen für einen Prozess, der sich in kleinen Schritten im Klienten sowie zwischen dem Klienten und dem Therapeuten entwickelt. Wir schaffen die Bedingungen dafür, dass diese Schritte *im und aus dem Klienten* kommen. Wir führen den Klienten nicht einen vorbestimmten Weg entlang zu einem schon fixierten Ziel. Gendlin hat detailliert beschrieben, welche Beziehungsbedingungen und welche inneren Handlungen erforderlich sind, dass solche Schritte geschehen können und er hat entdeckt, dass sie einer bestimmten Ordnung, der Fortsetzungsordnung, folgen: Sie nehmen z. B. alles mit, was schon da ist und bringen darüber hinaus etwas wirklich Neues.

Dass etwas Neues kommt, darauf ist jede Psychotherapie angewiesen, denn der Klient hat doch schon – oft jahrelang – probiert, mit den vorhandenen Gedanken, Gefühlen und Handlungen sein Problem zu lösen – ohne Erfolg. In der Focusing-Therapie kommt das Neue nicht durch gute Ideen und Vorschläge des Therapeuten, es kommt aus dem Klienten, aus seinem Körper. Aus dem Körper, den Gendlin als den von innen gefühlten Körper versteht, der immer und immer schon in Wechselwirkung ist mit seiner Umwelt, der diese Wechselwirkung, diese Interaktion *ist*. Deshalb „weiß“ der Körper mehr, als uns begrifflich bewusst ist. Er weiß es vorsprachlich, präkonzeptionell, als ganzheitliches Gespür, als Felt Sense. Dieser ist sowohl die Quelle der neuen Schritte, als auch die Prüfinstanz für Impulse und Ideen – beim Klienten *und* beim Therapeuten. Weil der so verstandene Körper in jeder Situation, und sei sie auch noch so verfahren, immer die beste Möglichkeit des Weiterlebens sucht, sind die Schritte, die Antworten, die der Felt Sense impliziert, lebensfördernd, wohltuend und „lösungsorientiert“ – und überraschend, denn sie entsprechen oft nicht unseren Erwartungen, die

ja nichts sind als das, was wir ohnehin schon gewusst haben. Die Felt-Sense-Antworten zwingen uns manchmal, vorgefasste Ziele zu revidieren. Deshalb kann Therapie nicht darin bestehen, bloß Mittel zur Erreichung schon fixierter Ziele zu sein. Nicht einmal Manager gehen heutzutage so vor, jedenfalls nicht die guten.

Focusing-Therapie als „Experenzialisieren“ von Psychotherapie

Ist Focusing-Therapie ein weiteres psychotherapeutisches Verfahren oder gar eine neue Therapie-Schule? Antworten auf diese Frage hängen von der Perspektive ab. Wenigstens drei sind nützlich zu unterscheiden:

(1) Focusing-Therapie gehört ganz sicher zur Familie der unterschiedlichen psychotherapeutischen Richtungen im Personenzentrierten Ansatz. Sie weist genügend Eigenständigkeiten auf, um als selbständiges Mitglied dieser Familie gelten zu können.

(2) Focusing kann aber auch als methodisches „Stückchen“ in jeder Spielart der Psychotherapie „benutzt“ werden. Auch ein Verhaltenstherapeut oder ein Psychoanalytiker kann bestimmte methodische Aspekte (wie z. B. Freiraum schaffen oder Bezugnahme auf einen Felt Sense) mit Gewinn in seine Arbeit integrieren. Das würde ich dann aber nicht als Focusing-Therapie bezeichnen. Wenn er dies allerdings erfolgreich tut, wird es vielleicht nicht ausbleiben, dass sich seine ganze Praxis mit der Zeit auf subtile Weise ändern wird.

(3) Umgekehrt verwenden wir in der Focusing-Therapie alle möglichen uns persönlich zugänglichen therapeutischen Methoden. Wenn wir Methoden aus anderen „Schulen“ anwenden, geschieht dies aber immer im Dienst des *einen* Prozesses, der durch Focusing erfahrbar und mit Focusing beschrieben wird: dass der interaktionale und situationale Körper die „richtigen“ Schritte des bestmöglichen Weiterlebens impliziert. Dieser Prozess ist vermutlich universal, die Formen jedoch, ihn zu unterstützen und zu begleiten, sind historisch und kulturell bedingt.

Durch die Methoden, die wir anwenden, lässt sich Focusing-Therapie daher nicht beschreiben oder gar definieren. Nicht was wir tun, sondern *wie* wir es tun, bestimmt, ob es sich um Focusing-Therapie handelt oder nicht. In diesem Sinn ist Focusing-Therapie kein neues psychotherapeutisches Verfahren, sondern ein *Metamodell* und eine *Metapraxis*, die eine große integrative Kraft haben. Focusing-Therapie beschreibt und praktiziert, wie das „Integrieren“ vor sich geht: nicht als Addition von therapeutischen Methoden, sondern durch ihr „Experenzialisieren“. Das bedeutet, kurz gesagt, sie ihres schulenspezifischen konzeptualen Kontexts zu entkleiden und sie auf das Erleben zu beziehen, das hier und jetzt in dieser konkreten

therapeutischen Situation geschieht. Kriterium bleibt immer der Klient, sein „Ich“ und dessen Erleben! *Will* er einen Vorschlag des Therapeuten aufnehmen und *kann* dieser Vorschlag den Erlebensprozess weiterführen?

Fast alles, was wir in der Focusing-Therapie entwickelt haben, hat Gendlin schon auf vielerlei Weise gesagt oder zumindest angedeutet: in den Seminaren, die er etwa auf unseren Focusing-Som-

merschulen gehalten hat (Gendlin, 1996b; Gendlin & Wiltschko, 1999) und in zahlreichen, oft nicht leicht zugänglichen Veröffentlichungen. Hier liegt ein reicher Schatz vor uns, und wir tun nichts anderes, als ihn langsam zu heben: Wir versuchen die Details zu verstehen, uns zu Eigen zu machen und in der Praxis umzusetzen. Und wie das eben bei echten Schätzen so ist: wer sie ausgräbt, wird verändert und verändert gleichzeitig das Ausgegrabene.

Literatur:

- Friedman, N. (1993). Focusing Therapy. *The Focusing Connection*, Vol. X, No. 1, 3–4.
- Gendlin, E.T. (1964). A theory of personality change. In P. Worchel, D. Byrne (eds.), *Personality change*. New York: John Wiley, pp. 100–148. Deutsch: (2003²). Eine Theorie des Persönlichkeitswandels. Gekürzt und bearbeitet von Johannes Wiltschko. *Focusing Bibliothek, Studentexte 1*. Würzburg: DAF.
- Gendlin, E.T. (1966). Existentialism and experiential psychotherapy. In C. Moustakas (ed.), *Existential child therapy* (pp. 206–246). New York: Basis Books.
- Gendlin, E. T. (1986). *Let your body interpret your dreams*. Wilmette, Ill.: Chiron. Deutsch: (1987). *Dein Körper – dein Traumdeuter*. Salzburg: Otto Müller.
- Gendlin, E. T. (1996a). *Focusing-oriented psychotherapy. A manual of the experiential method*. New York/London: Guilford. Deutsch: (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Gendlin, E. T. (1996b). *Körperbezogenes Philosophieren. Gespräche über die Philosophie von Veränderungsprozessen*. Focusing Bibliothek, Band 5. Würzburg: DAF.
- Gendlin, E. T. (1997). The Responsive order: A new empiricism. *Man and World*, 30, 383–411.
- Gendlin, E. T. (2003). Beyond postmodernism: From concepts through experiencing. In R. Frie (ed.), *Understanding experience: Psychotherapy and postmodernism* (pp.100–115). Independence: Routledge.
- Gendlin, E. T. Wiltschko, J. (1997). *Brauchen wir eine Focusing-Therapie?* Focusing Bibliothek, Studentexte 3. Würzburg: DAF.
- Gendlin, E. T. Wiltschko, J. (1999). *Focusing in der Praxis. Eine schulübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- McGuire, K. (1995). *Focusing therapy: theory, research, practice, and training*. Eugene OR: Focusing Northwest.
- McGuire, K. (1996). *Focusing therapy: brief therapy humanistically*. Boston: International Conference Gloucester.
- Stumm, G., Wiltschko, J. & Keil, W.W. (Hrsg.) (2003). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Wiltschko, J. (1992). Haben Sie schon einmal ein „Selbst“ gesehen? Zur Phänomenologie des Ich. In W. Keil, P. Hick, L. Korbei & V. Poch (Hrsg.) *Selbst-Verständnis. Beiträge zur Theorie der Klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 13–27). Bergheim: Mackinger.
- Wiltschko, J. (1995). Focusing Therapy. Some basic statements. *The Folio* 14(3), 1–11.
- Wiltschko, J. (1996a). Focusing Therapy. Some fragments in which the whole can become visible. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid, R. Stipsits

- (eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion* (pp. 145–162). Frankfurt: Peter Lang. Deutsch: (1995). Focusing-Therapie. *Focusing Bibliothek, Studentexte 4*. Würzburg: DAF.
- Wiltschko, J. (1996b). Wandel beginnt im Körper – auch in der Gesprächs-Therapie. *Personzentriert* 1/96, 7–33.
- Wiltschko, J. (1998). „Körper“ – was ist das eigentlich? Einführung in einen essentiellen Aspekt der Focusing-Therapie. *Psychotherapeuten-Forum* 5(1), 4–9.
- Wiltschko, J. (2002). Focusing und Focusing-Therapie. In W. W. Keil, G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 231–264). Wien/New York: Springer.
- Wiltschko, J. (2003). Focusing-orientierte Aufstellungen. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* 34(1), 29–33.
- Wiltschko, J., Renn, K. (2005). Alle dienen der Königin! Focusing-orientierte, kollegiale Supervision. *Focusing-Journal* 14. Würzburg: DAF, 23–27.
- Wiltschko, J. (2006). Das Einbeziehen des Körpers ins Focusing und in die Focusing-Therapie. *Psychotherapie im Dialog* 2/06, 9–13.

Einige dieser Artikel sind über www.focusing-daf.de und www.focusing.org zugänglich.

Autor:

Johannes Wiltschko, Dr. phil., geb. 1950 in Wien, ist Klientenzentrierter Psychotherapeut und Ausbilder. 1979 wurde er von Eugene Gendlin zum Koordinator des International Focusing Network berufen. Seither arbeitet er daran, Gendlins philosophische und methodische Konzepte in die Psychotherapie und in das Alltagsleben zu übertragen. 1981 gründete er die Internationale Focusing Sommerschule, 1988 das DAF, 1992 die Schriftenreihe „Focusing Bibliothek“ und 1998 die Zeitschrift „Focusing Journal“. Er veröffentlichte über 60 Artikel in Fachzeitschriften und Fachbüchern.

Korrespondenzadresse:

Deutsches Ausbildungsinstitut für Focusing und Focusing-Therapie (DAF)
Ludwigstraße 8a, D-97070 Würzburg
info@focusing-daf.de
www.focusing-daf.de

Ladislav Nykl

X. International Forum on the Person-Centered Approach, 7. 5.–12. 5. 2007 – Mallorca

Das zehnte „International Forum on the Person-Centered Approach“ fand diesmal in Mallorca mit über 200 TeilnehmerInnen aus 27 Ländern (Spanien, Rumänien, England, Mexiko, Argentinien, Norwegen, USA, Niederlande, Deutschland, Frankreich, Japan, Italien, Brasilien und andere) statt.

Neben dem Community Meeting, das meist bis zu drei Stunden dauerte, waren jeden Tag etwa sieben parallele Vorträge und Workshops anberaumt. Unter den Vortragenden waren etwa John Amodeo (USA) mit „Using focusing in couples therapy“, Paul Wilkins (UK) mit seinem Workshop „What does it mean to be Person-Centered“, Kazuo Yamashita, Professorin an der Mimasaka University (Japan), mit ihrem Vortrag „My experience on the Person-Centered Approach“, Jaime Roy Doxsey (Brasilien) zum Thema „Person-Centered Learning: old and new challenges“, Gert W. Speierer aus Deutschland, der den Workshop „Facilitation and evaluation of Person-Centred Self-Experiencing Groups“ hielt, und viele andere mehr. Die von Rogers' Theorien abweichenden Ansichten von Ernest E. Meadows (USA) wurden in seinem Workshop „Differences“, den er gemeinsam mit seiner Tochter leitete, von den meisten Teilnehmern nicht geteilt.

Ein Höhepunkt der Konferenz war der Workshop von Natalie Rogers und ihre Anwesenheit überhaupt. Es war beeindruckend, wie intensiv sie sich einzelnen Teilnehmern, wenn diese sie persönlich ansprachen, zuwenden konnte.

In unserem Workshop, geleitet von Renate Motschnig-Pitrik (Österreich), Antonio Santos (Kalifornien) und Ladislav Nykl (Öster-

reich) ernteten wir viel Aufmerksamkeit und Anerkennung für unsere Bemühungen, einen personzentrierten Unterricht an den Universitäten mittels Encountergruppen und „person-centered blended learning“ zu verankern.

Ein wunderschönes Rahmenprogramm in Palma de Mallorca (Empfang der Kulturministerin und der Bürgermeisterin, Folkloreabend, Tanz) stiftete viel Freude. Ein großes Problem der Konferenz bildete jedoch die Sprache: Die Mehrheit der spanisch sprechenden Teilnehmer konnte nicht Englisch; für die englisch sprechende Minderheit war es aber nicht akzeptabel, dass bei vielen Vorträgen und Workshops keine Übersetzung gewährleistet war. Der Konflikt wurde durch die Initiative mancher Teilnehmer gelöst, die beide Sprachen und auch Portugiesisch beherrschten und fließend übersetzen konnten. In anderen Belangen war die Konferenz jedoch sorgfältig vorbereitet und die Organisatoren haben zum Schluss die verdiente Anerkennung bekommen.

Veniamin Kolpachnikov, Professor an der Universität Moskau, der über „The modern development of the Person-Centered Approach“ sprach, bot an, die Konferenz in drei Jahren in Moskau oder St. Petersburg zu organisieren, sein Angebot wurde angenommen. Nach dem hervorragenden Eindruck, den diese Konferenz uns bot, können alle Interessenten davon ausgehen, dass sie in Moskau oder St. Petersburg eine außergewöhnliche Erfahrung zu erwarten haben.

Rezensionen*

Sibylle Neidhart

Mark Galliker & Daniel Weimer: Psychologie der Verständigung. Eine Einführung in die kommunikative Praxis.

Stuttgart: Kohlhammer, 2006. 184 Seiten, ISBN 3-17-018848-8, € 25,00/SFr 43,80

Die Einleitung macht neugierig, verspricht viel. Es wird vom Dreischritt der Verständigung, von Ganzheitlichkeit und Kreismodell gesprochen und ich werde im Vorherein beruhigt: Meist gelinge die Kommunikation; Menschen können sich verständigen und verstehen.

Grundlage jeder menschlichen Kommunikation ist das Miteinander. Kommunikationsfähigkeit setzt von Beginn des menschlichen Lebens an eine Ko-Existenz mit bedeutungsvollen Personen voraus. Es geht um intersubjektive und öffentliche Vermittlung von Bedeutung. Zuhören und die Fähigkeit, sich aufeinander zu beziehen, sind die wichtigsten Voraussetzungen für Kommunikation. Wir nehmen uns im Spiegel der anderen Menschen wahr und geben uns selbst und einander so Bedeutung.

Das erste Kapitel nimmt mich mit an die Ausgangspunkte der menschlichen Verständigung aus phylogenetischer, ontogenetischer und historischer Sicht. Hier fasziniert mich im historischen Teil vor allem der Exkurs zu Knigge, dem mir als Lehrer anständigen Verhaltens bekannten Autor vom Ende des 17. Jahrhunderts. Ich erfahre, dass er mit den Begriffen Aufmerksamkeit, Beachtung, Achtung und Achtsamkeit operierte. Er habe ausgeführt, dass Zuhören, Anteilnahme und Mitempfinden ebenso relevant seien wie Wertschätzung und Übereinstimmung mit sich selbst. Damit habe er in gewisser Weise die wichtigsten Haltungen der personenzentrierten Gesprächsführung, Empathie, positive Beachtung und Kongruenz, vorweg genommen.

Das zweite Kapitel erklärt anhand vieler Beispiele aus verschiedensten Lebenssituationen den dialogischen Dreischritt als Grundeinheit des kommunikativen Austausches: Eine Sprecherin äußert das Interpretandum. Eine zweite Sprecherin gibt ihre Interpretation des Interpretandum wieder, d. h. sie paraphrasiert,

was sie verstanden hat. In der darauf folgenden Qualifikation teilt wiederum die erste Sprecherin mit, ob die zweite sie tatsächlich verstanden hat oder nicht. Die Qualifikation dient somit der Verständnissicherung. Da im Alltag diese Qualifikation oft nicht stattfindet, wird nicht immer sofort festgestellt, ob etwas richtig oder falsch verstanden bzw. interpretiert worden ist. Eine Hörerin kann die Mitteilung in einem anderen Sinne aufnehmen. Kommunikative Kompetenz der Senderin besteht demnach darin zu berücksichtigen, was eine Empfängerin aufgrund ihres mutmaßlichen Erfahrungshintergrundes mit der Mitteilung macht. Ideal ist, wenn es ihr gelingt, jene Erfahrung bei der Zuhörerinnen abzurufen, die der gewünschten Interpretation entspricht. Werden Dreischritte nicht abgeschlossen, entstehen Missverständnisse.

Habe ich den verbalen Dreischritt verstanden, bin ich bereit, im dritten Kapitel zu lernen, dass zu der verbalen Form der Verständigung, die schon sehr viele Hürden und unbewusste oder beabsichtigte Kommunikationsverletzungen birgt, auch paralinguale Formen wie Artikulation, Phonation, Intonation etc. und nonverbale Formen kommen. Der Dreischritt enthält demnach verbale, paralinguale und nonverbale Anteile: Schon eine kleine Veränderung der Stimme kann beispielsweise dazu führen, dass sich die Sprecherin verstanden, eine kurze Unterbrechung des Blickkontakts, dass sie sich nicht verstanden fühlt.

Das vierte Kapitel erörtert Abweichungen vom Dreischritt. Durch Manipulation, Kränkung und Diskriminierung wird der Weg der Verständigung verlassen. Manipulation meint eine versteckte Beeinflussung der Gesprächspartnerin. Die Autoren beschreiben verschiedene Arten der Manipulation und deren Grauzonen. Fehl- und Überinterpretationen führen zu persönlichen Kränkungen; der Gesprächspartner wird oder fühlt sich abgewertet. Diskriminierung

* Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden, dzt.:

Franz Berger, Basel, E-Mail: franz.berger@unibas.ch bzw. Gerhard Stumm, Wien, E-Mail: gerhard.stumm@tplus.at

Vorliegende Rezensionen mögen per E-Mail bei einem der beiden eingereicht werden.

Detailinformationen zu Rezensionen siehe hintere innere Umschlagseite (U3)

meint Abwertungen ganzer Gruppen, die Unterscheidung zwischen In-group und Out-group und die damit verbundene Wertdifferenz.

Spannend kündigt sich das fünfte Kapitel an, das verspricht, die Theorie der interpersonellen Verständigung auf die intrapsychische zu transferieren und die Wechselwirkung zwischen Verständigung und den psychischen Funktionen Emotionen, Denken und Gedächtnis aufzuzeigen. Ich verstehe die Auslösung und Einwirkung von Emotionen durch und auf das Gespräch, die Beschreibung des Dialogs als ein Miteinander-Denken und die Wirkung von Gedächtnisinhalten auf die Verständigung. Der angekündigte Transfer interpersoneller Verständigung auf die intrapsychische erschließt sich mir leider nicht.

Das sechste Kapitel ‚Verständigung und Therapie‘ beschreibt die verändernde Kraft des Zuhörens und schildert Kommunikationsbeispiele aus verschiedenen Betreuungs-, Beratungs- und Therapie-situationen, wobei hier keine grundlegenden Unterscheidungen gemacht werden. Die Haltungen des Personzentrierten Ansatzes werden referiert. Empathie beispielsweise wird als sich auf das Vorgegebene einstellen bezeichnet. Eine möglichst genaue Bezugnahme auf das Interpretandum wird Zurückspiegeln oder verbales Reflektieren genannt. Für eine erfolgreiche Gesprächsführung wird ein impliziter Dreischritt mit möglichst genauer Wiedergabe des Interpretandums gefordert. Schon allein die Paraphrasierung entspreche durch kleinste unwillkürliche semantische Verschiebungen einer Interpretation. Die Kommunikation in der Therapie sei ein wirklichkeitsnahes „Übungsfeld“. Durch den möglichst oft vollzogenen Dreischritt der Verständigung werde das Befinden des Klienten verbessert. Es handle sich dabei um ein befriedigendes neuronales Erregungsmuster, das frühere weniger befriedigende und mit der Zeit auch frühkindliche unbefriedigende Muster zu hemmen vermöge.

Grundlegende Erkenntnisse zur Dialogforschung werden im siebten und letzten Kapitel beschrieben: Der Versuchsleiter beeinflusst in jedem Fall die Untersuchung. Erforschung der Kommunikation

wird selbst zu einer Art Kommunikation. Minimale Botschaften, die unwillkürlich erfolgen und oft unterschwellig sind, beeinflussen die Untersuchungen. Beim Arbeiten mit Texten ist Kontextwissen notwendig. Eigentlich braucht es eine nachträgliche Qualifikation der Interpretation durch die beteiligten Personen. Die Validierung ist letztlich ein kommunikativer Prozess.

Das Buch stellt viele Erkenntnisse der Kommunikationspsychologie anschaulich dar. Teilaspekte und interessante Facetten der Verständigung werden beschrieben und an Beispielen aus verschiedensten Bereichen aufgezeigt. Bei aller Genauigkeit der Beschreibung zeugt der Text von großer Humanität. Der häufige Gebrauch weiblicher Formen hat mir das Angesprochenfühlen erleichtert.

Überblicke ich meine Zusammenfassung dieses Buches stelle ich fest, dass es eine große Gedankenarbeit war, diese Essenzen herauszuschälen. Es sind so viele Themen der Verständigung, mit Ausführungen von Poesie über Mobbing bis zur Altenpflege, aber auch der Kommunikationspsychologie, Neurologie und Philosophie eingepackt, dass es schwer fällt, zentrale Aussagen zu bezeichnen. Ich fühle mich etwas ratlos, unzufrieden, verstimmt: Zusammenhänge und Integration bleiben mir ein Rätsel. Was wollten mir die Autoren nun Zentrales mitteilen? Was verstehe ich nicht, dass ich kein Mehrwerts-Aha-Erlebnis habe? Die einzelnen Erörterungen des Buches haben in mir nicht die versprochene Ganzheitlichkeit erreicht.

Ich wäre gerne in den Dreischritt der Kommunikation mit den Autoren eingestiegen. Zur Verständnissicherung hätte ich ihre Aussagen paraphrasiert, aber auch gefragt, was sie mir mit diesem und jenem haben mitteilen wollen und wie sie nun alle diese Teile zusammensetzen.

Vielleicht könnte ein didaktischer Aufbau mit klarer Zielsetzung und ein roter Faden mit Zusammenfassungen den Lesenden die Rezeption und Verarbeitung der vielen sicherlich grundlegenden und interessanten Informationen erleichtern.

Robert Hutterer

Stephen Joseph & Richard Worsley (Eds.): Person-Centred Psychopathology: A Positive Psychology of Mental Health.

Ross-on-Wye: PCCS Books, 2005. 375 Seiten, ISBN 1-898059-69-1, € 29,90/SFr 55,00/£ 19,00

Dieser von PCCS Books unter der Herausgeberschaft von Stephen Joseph und Richard Worsley im Jahr 2005 veröffentlichte Sammelband trägt einen Titel, der auf die zentralen Zielrichtungen dieses Werkes verweist, darüber hinaus aber auch erläuterungsbedürftig ist.

Mit dem Ausdruck „Person-Centred Psychopathology“ wird eine Thematik aufgegriffen, auf die die Herausgeber die Aufmerksamkeit von zumindest zwei relevanten professionellen Subkulturen

lenken wollten: Die Gruppe der Psychologen und Psychiater, welche die „client-centered therapy“ in der Tradition von Rogers immer als einen Ansatz (CCT, PCA) gesehen haben, der für die Arbeit mit schweren und chronischen Störungen nichts Relevantes hergibt. In der Folge wurde dieser Ansatz in Arbeitsbereichen marginalisiert, die speziell in der Diskussion um eine effektive und ökonomische psychosoziale Versorgung eine wesentliche Rolle spielen. „Person-

Centred Psychopathology“ provoziert aber auch jene Gruppen der Klientenzentrierten und Personenzentrierten Psychotherapeuten, die sich gegen die Sprache der Psychiatrie gewehrt haben und damit die ständig drohende Gefahr der Anlehnung an ein medizinisches Modell abwenden oder wenigstens kontrollieren wollten. Mit der Bemerkung „For too long ... the person-centred community has isolated itself and allowed itself to become marginalised“ stellen Joseph und Worsley die langfristigen Konsequenzen dieser tapferen Wehrhaftigkeit fest.

Eine zentrale Zielrichtung dieses Bandes ist also der Versuch, die theoretischen und praktischen Leistungen und Erfolge unseres Ansatzes im Bereich der schweren Störungen jenen schmackhaft zu machen, die in der Logik des medizinischen Modells denken oder dieser nahe stehen, ohne gleichzeitig den Verdacht zu erwecken, sich selber mit diesem medizinischen Modell in einer oberflächlichen Weise zu arrangieren – eine Gratwanderung, die bis jetzt immer auch in Konfliktfelder geführt hat.

Der Untertitel „A Positive Psychology of Mental Health“ bezieht sich auf eine Entwicklung innerhalb der Mainstream-Psychologie der letzten Jahre, die an die Intentionen der Gründer der Humanistischen Psychologie anschließt. Im Jahr 2000 haben Seligman und Csikszentmihalyi in einem programmatischen Artikel im „American Psychologist“ die Jahrhundertaufgabe definiert, eine Wissenschaft der positiven subjektiven Erfahrung, der positiven individuellen Eigenschaften und der positiven Institutionen zu entwickeln. Diese neue Ausrichtung sollte helfen, die psychische Lebensqualität zu verbessern und vor Pathologien zu schützen. Sie kritisierten die exklusive Konzentration der amerikanischen Psychologie auf das Pathologische und forderten dazu auf, die Aufmerksamkeit auf positive Charakteristika des Lebens wie Hoffnung, Kreativität, Mut, Verantwortung etc. zu richten. Die beinahe wortidenten Formulierungen, die sich bereits in den programmatischen Aussagen der Gründerphase der amerikanischen Humanistischen Psychologie um die Mitte des letzten Jahrhunderts finden, haben einen Aufschrei bei jenen Vertretern der amerikanischen Humanistischen Psychologie ausgelöst, die darin nichts anderes als eine epigonale Trivialisierung bei gleichzeitiger Ignoranz bezüglich der ideengeschichtlichen Wurzeln feststellen konnten. Joseph und Worsley sehen in dieser Wiederbelebung vertrauter Ideen im Gewand der Positiven Psychologie die Chance, metatheoretische Annahmen unseres Ansatzes anschlussfähig zu machen. Sie betreten damit aber auch ein weiteres Spannungsfeld. Denn die Einladung der Positiven Psychologie an humanistische Therapieformen bezieht sich auf Phänomene, die vom Pathologischen abgegrenzt werden, während die Herausgeber gerade die Logik des Pathologischen in personenzentriertes Denken sinnvoll integrieren wollen.

Auf dem Hintergrund dieser beiden theoretischen Spannungsfelder lassen sich die Beiträge des Buches gewinnbringend lesen.

Insgesamt 23 Beiträge – 5 Abschnitten zugeordnet (Introductions, Theory, Contexts, Research, Conclusion) – finden sich auf fast 400 Seiten. Sie wurden überwiegend von prominenten Autoren verfasst, deren Hauptthemen hier beispielhaft genannt werden:

Im einführenden Abschnitt sind jene Beiträge versammelt, die die Problematik dieses Sammelbandes differenziert beleuchten: die Brückenbildung zwischen Personenzentriertem Ansatz und Psychopathologie (Joseph & Worsley) und die Implikationen oppositioneller Einstellungsformen gegenüber medizinischer Behandlung (Sanders).

Im Theorie-Abschnitt wird die Relevanz der personenzentrierten Theorie für das Verständnis von Psychopathologie thematisiert (Wilkins), das Verhältnis von Authentizität und Entfremdung von einer anthropologischen Perspektive (Schmid), der Begriff des Bösen als Bezugspunkt für eine Logik des Pathologischen (Worsley). Eine Verbindung von Psychiatrie und Klientenzentrierter Psychotherapie auf der Basis eines neuen Verständnisses von Komplementarität (Sommerbeck) und das Problem der Diagnose in der Personenzentrierten Therapie (Wilkins) sind weitere theorielastige Beiträge.

Der Abschnitt „Sections“ behandelt vor allem therapeutische Anwendungen auf schwere und chronische psychische Störungen: Die Herstellung eines therapeutischen Kontakts mit psychotischen Klienten als Gegenmittel zur psychotischen Entfremdung (Van Werde), die Behandlung von antisozialen Persönlichkeitsstörungen (McCulloch), von post-traumatischen Störungen (Joseph), der Umgang mit langfristigen Leidenszuständen nach Kindesmissbrauch (Hawkins), die Arbeit mit Behinderten (Pörtner) und mit autistischen Kindern (Knibbs & Moran).

Forschung ist ebenfalls ein zentrales Thema dieses Sammelbandes. Ein wichtiger Beitrag ist eine Übersicht und Zusammenfassung jener Forschungsarbeiten, die die kritische Bedeutung von Beziehungsfaktoren für den therapeutischen Erfolg beleuchten. Speziell die Relevanz von Empathie, positiver Wertschätzung und Kongruenz finden sich in der einschlägigen Forschung (Bozarth & Motomasa). Ein weiterer Beitrag versucht jene Missverständnisse zu identifizieren und aufzuklären, die in der Anwendung der CCT auf psychotische Klienten häufig bestehen (Sommerbeck) und kommt zu der Schlussfolgerung, dass CCT besonders passend und angemessen für diese Klientengruppe ist, speziell in Verbindung mit therapeutischen Praktiken der „Pre-Therapy“.

Insgesamt: Die Autoren dieses Sammelbandes sind in der Lage, die intendierten Brücken zu bilden. Sie geben Einblick in ihre Arbeit und zeigen auf, wie sich der PCA mit Psychopathologie befasst, und stellen eine Bandbreite von unterschiedlichen Perspektiven zur Verfügung. Die am Beginn angesprochenen theoretischen Spannungsfelder werden zwar nicht vollständig aufgelöst, aber die Beiträge des Buches enthalten reichhaltige Ressourcen für ein differenziertes Problembewusstsein und für weitere Fragestellungen. Sie sind hervorragend geeignet, das Forschungsinteresse in Bezug auf die Thematik Psychopathologie voran zu treiben.

Jobst Finke

Dave Mearns & Mick Cooper: Working at Relational Depth in Counselling and Psychotherapy.

London: Sage, 2005. 200 Seiten, ISBN 0-7619-4458-3, € 28,00 / SFr 49,80 / £ 18,99

In den ersten Kapiteln dieses Buches stellen die Autoren, D. Mearns als Personenzentrierter und M. Cooper als existentieller und Personenzentrierter Psychotherapeut, ihr Konzept einer betont beziehungs-zentrierten Psychotherapie vor. Die „relational depth“, also die „Beziehungstiefe“, sehen sie als ein besonders durch Unmittelbarkeit und Echtheit gekennzeichnetes Merkmal von Beziehung an, durch das die innersten und eigentlichsten Möglichkeiten und Wirklichkeiten der an dieser Beziehung beteiligten Personen angesprochen werden. Die Autoren berufen sich dabei auf die Dialog- und Begegnungsphilosophie und auch auf die interpersonelle Wende in der Psychoanalyse. Hinsichtlich der Personenzentrierten Psychotherapie stehen sie natürlich vor allem dem späteren Rogers mit seinem dialogischen Prinzip des „person to person“ nahe und sie grenzen sich hier gerade in Bezug auf eine konsequent dialogische Position z. B. von der „Process-experiential therapy“ bzw. „Emotion-focused therapy“ ab.

Als Voraussetzungen für das Entstehen von „Beziehungstiefe“ bzw. für ein „deep encounter“ beschreiben Mearns und Cooper ein besonders intensives Verwirklichen der sechs Kernmerkmale. In durchaus bewegenden Worten schildern sie die Präsenz des Therapeuten als ein unmittelbares, authentisches Zugegensein, in dem der Psychotherapeut mit dem ganzen existentiellen Kern seiner Person dem Klienten zur Verfügung steht und sich diesem mit einer ebenso engagierten wie zutiefst bejahenden Grundhaltung zuwendet. Neben dieser grundsätzlich affirmativen Einstellung bewirkt auch das Bemühen um Empathie, dass der Psychotherapeut den Klienten im Kern seines Wesens berührt und sich in einem permanenten Vollzug von Gegenseitigkeit auch von diesem berühren lässt. So kommt es zu einem wechselseitigen Mitfühlen und Sich-Abstimmen, zu einem unmittelbaren Austausch von existenziellen Erfahrungen und Erwartungen. Dieses Ineinanderschwingen, dieses jeweils in den Anderen Hineingezogensein scheint manchmal fast zu einer Auflösung der Ich-Grenzen zu führen. Jedenfalls berichten die Autoren, dass die Teilnehmer eines solchen „deep encounter“ quasi in einen anderen Bewusstseinszustand geraten, einem Zustand einerseits der Trance, andererseits der erhöhten Wahrnehmungs- und Aufnahmefähigkeit. Der jeweils Andere würde wie ein faszinierendes Rätsel, wie ein Wunder empfunden, und er soll auch so erlebt werden. Die wahrgenommenen Phänomene sollen nicht auf bereits Bekanntes hin interpretiert und reduziert werden, sollen nicht nach vorgegebenen Kategorien, z. B. diagnostischer Art, verortet werden, sollen nicht als „Probleme“ isoliert betrachtet werden.

Diese Beschreibungen wirken auf den Leser als beeindruckender Appell an einen existentiellen Aufschwung, als eindringlicher Aufruf zur kommunikativen Daseinssteigerung und dialogischer „Eigentlichkeit“. Und gleichzeitig fragt er sich betroffen, wie solche existentiell-kommunikative Außerordentlichkeit im Praxisalltag zu verwirklichen sei. Werden Therapeuten hier nicht überfordert? Ist es angemessen, von Therapeuten (gegenüber anderen „Dienstleistern“) ein solches Sondersoll an Moralität und dialogischer „Existentialität“ zu fordern und müssen solche Forderungen, da kaum erfüllbar, auf die Dauer nicht zur Heuchelei führen? Und werden nicht vielleicht auch manche Klienten überfordert, die soviel „Beziehungstiefe“ als beängstigend oder bedrängend erleben könnten? Müsste das Ausmaß dieses vertieften Beziehungsangebotes nicht also diagnosebezogen (störungs-, persönlichkeits- oder prozessdiagnostisch) gehandhabt werden?

Auch ergibt sich die Frage, wie die oben angedeutete Forderung nach Reflexionsverzicht zu bewerten ist. Wenn sich der Therapeut so nachdrücklich und, wie von den Autoren gefordert, ohne die Möglichkeit einer kritisch reflektierenden Distanznahme in die Beziehung „involvieren“ lässt, könnte es dann nicht zu „neurotischen“ Verstrickungen und zu einem undurchschauten „Mitagieren“ des Therapeuten kommen und quasi zu einer „folie à deux“, durch die unangemessene Beziehungserwartungen und dysfunktionale Interaktionsmuster bestätigt und verstärkt werden? Die Autoren versichern zwar, dass bei einem Arbeiten in wirklicher „relational depth“ keine Übertragungen und keine Abhängigkeitsreaktionen, also keine „neurotischen“ Prozesse, entstehen würden, aber darf man dem bei Klienten jedweder Form von Gestörtheit vertrauen? In dem Buch findet sich öfter der Hinweis, dass Therapeuten in ihren Klienten nicht so sehr das Krankhafte sehen, sondern dass sie die ihnen begegnenden Phänomene als im Grunde etwas Gesundes verstehen sollten. So berechtigt die Kritik an einem primär defizitorientierten Wahrnehmen und Denken in der Psychotherapie auch ist (schon weil durch solches Denken die Klienten entmutigt und ihre Ressourcen gerade nicht aktiviert würden), so gibt es doch auch eine problematische Angst vor jeder Form einer „Pathologisierung“, die erkennt, dass die Möglichkeit von Krankheit und Störung gerade auch zur existentiell verstandenen *conditio humana* gehört, und die sich ungewollt identifiziert mit einer Diskriminierung alles Krankhaften.

Die durchaus bewegende Schilderung des innigen Ineinanderschwingens von Therapeut und Klient in der „relational depth“, lässt auch die Frage aufkommen, ob es sich hier wirklich noch um

den Vollzug eines *einfühlenden Verstehens* handelt. Max Scheler hatte strikt zwischen Einfühlung und *Einsfühlung* unterschieden. Beim ersteren bleibt eine innere Distanz bestehen und der Sich-Einfühlende ist sich seines Andersseins stets bewusst. Bei der *Einsfühlung* aber kommt es zu einer identifikatorischen Verschmelzung und zu einer Gefühlsansteckung und insofern kann hier nur noch miterlebt und miterlitten, aber nicht mehr *verstanden* werden. Im vorliegenden Buch ist der Empathie ein längeres Unterkapitel gewidmet, in dem jedoch vom Verstehen des Klienten als einem Erfassen seiner Gefühle, Motive und Erfahrungen kaum die Rede ist. Das Ziel, das Selbstverstehen und die Selbstaufklärung des Klienten zu vertiefen durch Korrektur verzerrter Symbolisierungen, also das emanzipatorische Durchschauen von Selbsttäuschungen, scheint in diesen Schilderungen nicht bedeutsam zu sein.

Dieser Eindruck des Propagierens eines durch Reflexion unbeschädigten und störungsfernen Beziehungserlebens um seiner selbst willen ändert sich jedoch sehr, wenn man sich dem eher behandlungspraktisch ausgerichteten Teil des Buches zuwendet. Die Autoren erweisen sich hier als erfahrene, umsichtige, die Schwierigkeiten und Belastbarkeit ihrer Klienten besonnen einschätzende und durchaus auch „funktional“ denkende Praktiker, die sich aber gerade hierdurch in einen Widerspruch zu ihrer beziehungstheoretischen Rhetorik bringen. Sie erwähnen zunächst die Möglichkeit, dass die Fähigkeit der Klienten, es zu einer wirklich tiefen Begegnung kommen zu lassen, begrenzt sein kann und sie räumen, zumindest implizit, insofern ein, dass man in der Psychotherapie sehr wohl mit so etwas wie Gestörtheit rechnen und (im weitesten Sinne des Wortes) diagnoseorientiert vorgehen muss. Störungstheoretisch erörtern sie Ursachen und Folgen bzw. Äußerungsformen von Störungen tiefer Beziehungsfähigkeit. Zu den Ursachen zählen sie negative Beziehungserfahrungen in der Kindheit, z. B. sehr an Bedingungen geknüpfte und auch sehr ambivalente Zuwendung seitens der Eltern, emotionale Über- und Unterstimulation. Die Folgen dieser Störungen sehen sie in Ängsten und Depressionen, Gefühlen quälender Einsamkeit und Kontaktstörungen, also Symptomen und „Problemen“, die sie in ihrem Verhältnis zur Persönlichkeit vorwiegend aus der Sicht einer personenzentrierten Störungstheorie untersuchen. Auch im weiteren Praxisteil des Buches zeigen die Autoren die Fähigkeit und Bereitschaft erfahrener Therapeuten zur nüchternen Beobachtung und Interpretation des Klientenverhaltens sowie kritischer Bewertung ihres eigenen Tuns.

Es werden zwei Behandlungsfälle von Mearns ausführlich vorgestellt. Im ersten geht es um die Therapie eines Klienten mit einer Alkoholabhängigkeit. Durch das Transkript von Tonbandaufzeichnungen ist es hier möglich, das konkrete Vorgehen, bei dem der Autor/Therapeut sehr geschickt die beiden Seiten der Inkongruenz

des Klienten miteinander ins Gespräch bringt, genau zu verfolgen. Der Autor unterzieht sodann, ganz im Sinne moderner Wissenschaftlichkeit, sein eigenes Vorgehen einer kritischen Analyse, indem er es aus der Perspektive des distanzierten Beobachters auf das Erreichen bestimmter Ziele hin (z. B. Vertiefung des Selbstverstehens des Klienten) beurteilt. Der zweite Fall handelt von einer traumabedingten Störung bei einem schwerstkontaktgestörten Klienten (dieser ist fast mutistisch). Der Autor/Therapeut reflektiert die Abwehr- bzw. Selbstschutzsysteme des Klienten und richtet danach sein Vorgehen aus. Um überhaupt mit dem Klienten in Kontakt zu kommen und langsam eine Beziehung zu etablieren, setzt er, wie er ausdrücklich formuliert, „Strategien“ ein. Eine davon besteht darin, in bestimmten Situationen die Beziehungstiefe nicht zu forcieren, sondern mit dem Beziehungsangebot eher einen Schritt zurückzugehen, um den Klienten nicht zu bedrängen und ihn seinerseits zur Beziehungsaufnahme herauszufordern. Auch in den weiteren Kapiteln geben die Autoren wertvolle behandlungstechnische Ratschläge und Hinweise.

In den Schlussbetrachtungen des Buches rücken sich die Autoren dann aber leider doch wieder in einen absoluten Gegensatz zu sogenannten ziel- und outcome-orientierten Ansätzen, die beklagenswerter Weise sich an Diagnosen orientieren, Strategien und Techniken einsetzen und denen unterschiedslos eine partikularistische, nur problem-isolierende, mechanistische und vor allem nicht prozess- und nicht eigentlich personorientierte Sichtweise unterstellt wird. Der objektivistischen Attitüde moderner Wissenschaftlichkeit stellen sie kategorisch ihre, wie sie schreiben, „postmoderne“, d. h. ganzheitliche, prozessorientierte sowie beziehungs- und erlebens- (anstatt reflexions-)zentrierte Position entgegen. Da ist es tröstlich, durch einen Blick auf das Vorhergesagte zu wissen, dass die konkreten Anforderungen der therapeutischen Praxis die verschiedenen Richtungen (gerade auch innerhalb des personenzentrierten Spektrums) doch viel näher zueinander bringen, als ihr theoretisches Selbstverständnis es jeweils wahrhaben will.

Es wäre schön gewesen, wenn die Autoren die Synthese von „moderner“ und „postmoderner“ Position, die sie faktisch praktizieren, auch ausdrücklich konzeptualisiert hätten. Da aber dieses Buch, wenn auch ganz unausgesprochen, von dieser für die Personenzentrierte Psychotherapie so bedeutsamen und zukunftsweisenden Synthese handelt, ist es schon deswegen lesens- und empfehlenswert. Lesenswert ist es auch wegen der Gründlichkeit der Fallbeschreibungen, die hier auch die Auseinandersetzung mit dem eigenen therapeutischen Vorgehen einschließt. Aus dem Letzteren ergibt sich ein weiterer Gewinn, nämlich die direkten und indirekten behandlungspraktischen Hinweise im Umgang mit schwierigen Klienten.

Robert Elliott¹

Personzentrierte Wissenschaft: Was wir wissen und wie wir mehr über Personzentrierte/Experienzielle Psychotherapien lernen können²

Zusammenfassung: Zwischen der politischen Notwendigkeit einer positivistischen quantitativen Forschung zur Unterstützung der Legitimation von Personzentrierten/Experienziellen Psychotherapien (PCEPs) einerseits und der naturgemäßen Verbindung zwischen qualitativen Forschungsansätzen und PCEPs andererseits besteht eine zentrale Diskrepanz. Die hauptsächlichsten und politisch gut einsetzbaren Ergebnisse quantitativer Wirksamkeitsforschung und Prozess-Wirksamkeitsforschung sowie einige neuere Ergebnisse aktueller qualitativer Forschung zu PCEPs werden besprochen. Die bestehende Forschung ist hilfreich, um die Wirkung des Ansatzes zu erfassen und zu rechtfertigen, dennoch ist mehr quantitative als qualitative Forschung notwendig. Im zweiten Teil dieser Arbeit werden Empfehlungen und Prinzipien der Wirksamkeitsforschung beschrieben und Vorschläge für eine mögliche Erweiterung der Forschung zu PCEPs sowohl bezüglich Quantität als auch Bandbreite gemacht.

Schlüsselwörter: Personzentrierte Psychotherapie, Wirksamkeitsforschung, Qualitative Forschung, Forschungsmethodik

Abstract: Person-centered science: What we know and how we can learn more about Person-Centered/Experiential Psychotherapies. There is a central tension between the political necessity of positivist quantitative research for supporting the legitimacy of Person-Centered/Experiential Psychotherapies (PCEPs) and the natural resonance between qualitative research approaches and PCEPs. The major, politically useful findings of quantitative outcome research and process-outcome research on PCEPs are reviewed, along with some emerging findings from more recent qualitative research on these therapies. The existing research is helpful for justifying and understanding our therapies, but much more is needed, from both quantitative and qualitative research traditions. The latter part of the paper describes recommendations, principles, research genres and recommendations for expanding the amount and range of research on PCEPs.

Keywords: Person-centered therapy, outcome research, qualitative research, research methodology

Carl Rogers war einer der Pioniere der Psychotherapieforschung. Im Wesentlichen begründete er das Gebiet der Therapie-Prozess-Forschung durch seinen innovativen Einsatz anfänglicher Aufnahmetechniken in den 40er Jahren (Rogers, 1946), durch kontrollierte Wirksamkeitsforschung in den frühen 50er Jahren (Rogers und Dymond, 1954) und moderne Prozess-Wirksamkeitsforschung in den späten 50er Jahren (Rogers, 1957; Rogers et al., 1967). Neben vielen Auszeichnungen und Ehrenwürden erhielt er 1984 auch den „Distinguished Career Award“ der „Society for Psychotherapy Research“.

Carl Rogers gab in den frühen 60er Jahren noch vor Beginn der modernen Ära der Psychotherapieforschung sowohl seine Arbeit an der Hochschule als auch seine wissenschaftliche Tätigkeit auf. Sein Rückzug wurde seitdem als ein Faktor für den Rückgang des Ansehens und der Dynamik des Personzentrierten Ansatzes zwischen

1970 und 1990 (vgl. Lietaer, 1990) gesehen. Jedoch begann seit 1990 eine bemerkenswerte Wiederbelebung der Rogerianischen Tradition. Etwa zu dieser Zeit erkannten Personzentrierte und Experienzielle Therapeuten die Tatsache, dass sie systematisch und zunehmend von Ausbildungen und Gesundheitstagungen weltweit ausgeschlossen wurden und dringend etwas unternehmen mussten. Sich wieder in der Forschung zu betätigen, wurde als Schlüssel zur Lösung vorgeschlagen, besonders von denjenigen, die in Europa arbeiteten oder im prozess-experienziellen Teil des Ansatzes (z. B. Elliott, 2002; Greenberg, Elliott & Lietaer, 1994; Lietaer, 1990; Sachse, 2004).

Tatsächlich entstand über die letzten 15 Jahre eine wahre Fülle an Forschung zu Personzentrierten und Experienziellen Therapien, gleichzeitig stieg auch die Akzeptanz qualitativer Forschung rapide an. Nun erscheint es, als ob diese rasante Entwicklung die personzentrierte Forschung in Gefahr bringt, sich in zwei sich gegenseitig ausschließende Strömungen zu teilen. Einerseits wurde

¹ Übersetzung: Dagmar Hölldampf

² Der Autor dankt Pete Sanders für die Anregung zu dieser Arbeit.

die jüngste Serie der quantitativen, positivistischen Forschung, in manchen Fällen unter Anwendung eines randomisierten klinischen Untersuchungsdesigns, von Personenzentrierten Therapeuten als die typische Verkörperung rigider Wissenschaft gesehen (z. B. Bohart, O'Hara & Lietaer, 1998), andererseits ist die Mehrzahl der gegenwärtigen Forschung, wie sie in personenzentrierten Ausbildungskursen und von Praktikern geleistet wird, qualitativ, und qualitative Forschung wird mittlerweile als besser vereinbar mit den Prinzipien des Personenzentrierten Ansatzes gesehen. Es scheint, dass viele, die sich der Tradition des Ansatzes verpflichtet fühlen, quantitative/positivistische Forschung insgesamt ablehnen.

Im Hinblick darauf ergeben sich zwei Probleme: Erstens ist es politisch notwendig, quantitative Wirksamkeitsforschung zu betreiben, um Regierungsaufgaben und die Anforderungen von Berufsverbänden, welche die Aufgabe haben, Psychotherapie und psychologische Beratung zum Schutz der Öffentlichkeit zu reglementieren, zu erfüllen (Elliott, 2002). – Die politischen Entwicklungen in Deutschland und anderen Ländern zeigen deutlich, dass sich Klientenzentrierte und Experienzielle Therapien ohne klare, quantitative Nachweise ihrer Wirksamkeit zu Randerscheinungen entwickeln werden und von evidenzbasierteren Ansätzen, wie der kognitiven Verhaltenstherapie (CBT), ersetzt werden. – Zweitens gibt es die lästige Tatsache, dass Carl Rogers selbst fest an die quantitative Therapieforschung glaubte und einer ihrer Pioniere war. Beispielsweise beinhaltet seine klassische Arbeit von 1957 sorgfältige Beschreibungen darüber, wie die quantitative Überprüfung der Wirksamkeit seiner „therapeutisch hilfreichen Bedingungen“ durchzuführen sei. Man könnte dies seinem Dasein im Schatten des damals dominierenden Positivismus zuschreiben, jedoch würde diese Sichtweise ihn im wissenschaftlichen Sinn zu einem passiven Opfer seiner Zeit machen, eine Vorstellung, die so gar nicht in Einklang steht mit dem Bild des „stillen Revolutionärs“, das wir von ihm haben.

Daraus folgt: Quantitative Forschung ist ein wesentliches Element in der Geschichte der Personenzentrierten Therapie und gleichzeitig auch politisch notwendig. Und qualitative Forschung ist gängig und nimmt zu. In dieser Arbeit werde ich versuchen aufzuzeigen, welchen Nutzen dies hat. Dabei sind meine zwei Leitfragen: Was haben wir aus diesen beiden Forschungsströmungen gelernt? Wie können wir mehr lernen?

Was haben wir gelernt?

Was sagt uns die positivistische Wirksamkeitsforschung?

Allgemeine Effekte humanistisch-experienzieller Therapien

In den letzten 50 Jahren und darüber hinaus waren PCEPs Gegenstand von mehr als 150 Studien, die Prä-Post-Ergebnisse aufzeigen, inklusive mehr als 40 kontrollierte Studien, in welchen eine dieser Therapien mit einer nicht behandelten Kontrollgruppe verglichen

wurde, und über 60 Studien, in denen eine dieser Therapien mit einer anderen Art von Therapie verglichen wurde (Elliott et al., 2004; siehe auch Elliott, 2001). Seit 1994 haben meine Kollegen und ich meta-analytische Methoden eingesetzt, um die Ergebnisse dieser Studien statistisch zu vereinen. In diesen Studien verwendeten wir ein standardisiertes Effektstärkenmaß, bezeichnet als „Cohens d “ und auch als die standardisierte Differenz der Mittelwerte bekannt. (Mit anderen Worten bildeten wir die Differenz zwischen Prä-Therapiemittelwerten und den Post-Therapiemittelwerten und dividierten diese mit der mittleren Standardabweichung. Für Kontroll- und Vergleichsstudien berechneten wir zunächst Prä-Post-Effektgrößen unter der jeweiligen Bedingung und bestimmten dann die Differenz der Veränderungsgrößen unter der jeweiligen Bedingung.)

Aus diesen Analysen können die folgenden Schlüsse gezogen werden (Elliott 2001; Elliott et al., 2004; siehe auch Tabelle 1 für nähere Angaben):

1. Klienten, die an PCEPs teilnehmen, zeigen mit der Zeit große Veränderungen, mit einer durchschnittlichen Effektgröße von etwa einer Standardabweichung (sd) – eine gängige Maßeinheit in Meta-Analysen, die großen Effekten entspricht – (siehe auch Teil 1 von Tabelle 1).
2. Die Wirksamkeit von PCEPs sind nachhaltig stabil: sie wird über frühe und späte Follow-up-Messungen beibehalten (Teil 2 von Tabelle 1).
3. In randomisierten klinischen Versuchsgruppen – gegenüber nicht behandelten Kontrollgruppen – zeigen Klienten, die PCEP erhielten, üblicherweise wesentlich mehr Veränderungen als vergleichbare nicht behandelte Klienten – mittlere Differenz etwa $.9 sd$ – (Teil 3, Tabelle 1).
4. Bei randomisierten klinischen Untersuchungen, die Behandlungen miteinander vergleichen, zeigen Klienten in PCEPs Veränderungen, die statistisch äquivalent sind mit jenen, die bei Klienten beobachtet wurden, die an nicht-experienziellen Therapien, inklusive CBT, teilnahmen – mittlere Gesamtdifferenz etwa Null – (Teil 4a und 4b, Tabelle 1).
5. In stärker fokussierten Vergleichen zwischen Personenzentrierten oder nicht-direktiven Therapien und CBT zeigt sich jedoch bei CBT eine mäßige, aber klinisch belanglose Überlegenheit; nichtsdestotrotz verschwindet dieser Unterschied, wenn die Effekte aufgrund der Schulenzugehörigkeit der Forscher statistisch kontrolliert werden (Teil 4c, Tabelle 1; Zugehörigkeits-Kontroll-Effekt in Klammer angegeben).
6. Prozess-direktive experienzielle Therapien (z. B. prozess-experienziell/emotions-fokussiert, Gestalttherapie) zeigen eine mäßige, aber klinisch belanglose Überlegenheit gegenüber CBT (mittlere Differenz liegt bei etwa $.2 sd$), dies mag aber mit der Forscherpräferenz („researcher allegiance“) einhergehen (Teil 4 d, Tabelle 1; Zugehörigkeits-Kontroll-Effekt in Klammer).

Tabelle 1: Zusammenfassung der Gesamteffekte Personenzentrierter und Experienzieller Therapien

	n	m	sd
1. Prä-Post Veränderungen Gesamteffektstärken (mES)	127	.99	.58
2. Zu folgenden Messzeitpunkten:			
Therapiebeginn	114	.97	.61
Früher Follow-up (1-11 Monate)	53	1.16	.72
Später Follow-up (12 + Monate)	33	1.04	.52
3. Kontrollierte ES (vs. unbehandelte Klienten) Mittelwertsunterschied in Prä-Post ES	42	.89	.71
4. Vergleichende ES (vs. Klienten in anderen Therapien) Mittelwertsunterschied in Prä-Post ES			
4a. PCEP vs. andere Therapien	74	+0.04 ^a	.56
4b. PCEP vs. CBT	46	+0.11 ^a (-0.05 ^c)	.51
4c. PC vs. CBT	20	-0.19 ^b (-0.03 ^c)	.44
4d. Prozessgeleitet vs. CBT	14	+0.20 ^c (-0.09 ^d)	.51

Anmerkungen:

n: Anzahl der Studien; ES: Effektgrößen; mES: ungewichtete mittlere Effektgröße (Cohen's d); PCEP: personenzentriert/experienziell; PC: ausschließlich personenzentriert; CBT: Kognitiv-behaviorale Therapie. Von kontrollierten und vergleichenden Studien wurden Mittelwertsunterschiede in Prä-Post Bedingungen durch Veränderungs-Effektstärken verglichen, außer wenn diese nicht zugänglich waren; positive Werte zeigen pro-PCEP Ergebnisse. In Klammer kursiv dargestellte Werte wurden um die Forscherpräferenz korrigiert. Hochgestellte Zahlen zeigen Ergebnisse aus äquivalenten Analysen (siehe Elliott et al., 2004):

- a Vergleichene Therapien sind „gleichwertig“: signifikant weniger als ±.4sd, aber nicht signifikant größer als Null.
- b Trivialer Unterschied: beide unterscheiden sich signifikant von Null und signifikant weniger als ±.4 sd.
- c Zweideutig: weder ein signifikanter Unterschied noch gleichwertig.
- d Besser: Signifikanter Unterschied von Null, aber nicht signifikant weniger als ±.4 sd.

Diese Ergebnisse basieren auf zwei speziellen statistischen Verfahrensweisen: Erstens wurde eine jüngst entwickelte statistische Methode namens „Äquivalenzanalyse“ benutzt (Rogers, Howard & Vessey, 1993), um zu testen, ob der durchschnittliche Unterschied von +.04 zwischen PCEPs und anderen Therapien, statistisch betrachtet, bedeutsam ist (siehe auch Tabelle 1, Teil 4 und Fußnoten für weitere Einzelheiten), zweitens überarbeiteten wir aufgrund des Ergebnisses, dass die Schulenzugehörigkeit der Forscher die Ergebnisse vergleichender Wirksamkeitsstudien stark beeinflusst (Korrelationskoeffizient $r = .59$), die Daten nochmals und nahmen eine statistische Korrektur der Schulenzugehörigkeit der Forscher vor. Die Ergebnisse (siehe Tabelle 1, kursive Zahlen in Klammer) zeigen einheitlich eine Gleichwertigkeit von PCEPs im Vergleich mit anderen Therapien.

Warum Äquivalenzanalysen und die Korrektur der „Forscher-treue“ wichtig sind, zeigt sich bei näherer Betrachtung der 20 Studien, die CBT mit ausschließlich Personenzentrierter Therapie (PCT) verglichen. CBT-Forscher fahren damit fort, Personenzentrierte Therapie als günstige Kontrollbedingung zu verwenden, in der Hoffnung, dass diese CBT in ein positives Licht rückt. Wie Tabelle 1 andeutet, beträgt die durchschnittliche Differenz der Prä-Post-Veränderungen in diesen Untersuchungen $-.19$ sd, was bedeutet, dass ein Unterschied existiert, jedoch dass dieser für klinische Zwecke als unbedeutend betrachtet werden kann. Das heißt, wenn große Zahlen

von Menschen betrachtet werden, ergibt sich eine kleine Abweichung, jedoch werden in einer beliebigen Situation Merkmale des Klienten, des Therapeuten und deren aufkommende Beziehung diese kleinen Abweichungen weitgehend überdecken.

Jedoch wurde nur eine der 20 Studien von Vertretern der Personenzentrierten Psychotherapie durchgeführt (nämlich Teusch, Böhme, & Gastpar, 1997)! Im Gegensatz dazu wurden 10 Studien von CBT-Anhängern und 9 von neutralen Forschern durchgeführt. Schlüsselt man die Ergebnisse auf, so wird deutlich, dass CBT-Anhänger-Studien einen starken Effekt (mittlere ES: $-.39$) und zwar zu Gunsten von CBT aufweisen, während die von neutralen Forschern durchgeführten Studien keinerlei Unterschied (mittlere ES: $.04$) ergaben. Deshalb ist es auch wahrscheinlich, dass für diese schwach gestützten negativen Ergebnisse fast ausschließlich die Schulenzugehörigkeit verantwortlich gemacht werden kann, und tatsächlich verschwand dieser Effekt vollständig, wenn der Effekt der Forscherzugehörigkeit statistisch entfernt wurde (siehe Tabelle 1). Trotzdem

und insbesondere seitdem Regierungsbeamte eine Tendenz entwickelt haben, statistischen Korrekturen zu misstrauen, ist die offensichtliche Moral daraus, dass PCT-Forscher vermehrt direkte Vergleiche mit kognitiven Verhaltenstherapien durchführen sollten, um dadurch einen gewissen Ausgleich zu schaffen!

Welche Erkenntnisse liefert uns die quantitative Prozess-Wirksamkeitsforschung?

PCEP-Wirksamkeitsforschung hat direkte politische Auswirkungen. Allerdings hat quantitative Prozess-Wirksamkeitsforschung ebenso wichtige Auswirkungen für PCEPs und kann dafür genutzt werden, um diese zu unterstützen. Quantitative Forschung, die darauf gerichtet ist, Therapiewirksamkeit auf Grund des Therapieprozesses vorherzusagen, hat eine lange Tradition und wurde unlängst in mehreren Werken dargestellt (z. B. Sachse & Elliott, 2002; Orlinksky, Rønnestad & Willutzki, 2004; Norcross, 2002). Jedoch ist dieses Vermächtnis Gegenstand grundlegend verschiedener Interpretationen.

Das Glas ist zu zwei Drittel leer

Insbesondere Sachse und Elliott (2002) nehmen als Ausgangspunkt Rogers' (1957) kühne Vorhersage, dass therapeutisch hilfreiche

Bedingungen, inklusive Empathie, „notwendig und hinreichend“ sind, um produktive therapeutische Veränderung und letztlich Wirksamkeit zu erreichen. Wenn dies tatsächlich der Fall wäre, würde man ziemlich große Effekte, beinahe eine perfekte Korrelation von 1.0 erwarten. Angesichts dessen sind die Ergebnisse bislang so weit unter dieser Vorgabe, dass sie Rogers' Vorhersage durchaus widerlegen. Die markantesten Ergebnisse betonen die Empathie des Therapeuten: In ihrer Meta-Analyse stellten Bohart, Elliott, Greenberg & Watson (2002) eine durchschnittliche Gesamtkorrelation (r) von .32 fest; dies ist als mittlere Effektgröße zu betrachten, da sie aber nur 10% der Varianz nachweist, ist sie weit entfernt von 1.0. Das bedeutet, dass es viele Fälle gibt, in denen zwar ein hoher Grad an Empathie beim Therapeuten gegeben ist, sich aber der Zustand des Klienten nicht bessert, und ebenso Fälle, in denen der Zustand des Klienten sich verbessert, obwohl der Therapeut lediglich einen niedrigen Grad an Empathie erreicht. So kann man auf der Basis der Forschungsbefunde folgern, dass Empathie weder notwendig noch ausreichend scheint, um bei Klienten Veränderungen zu bewirken.

Ein Drittel der Varianz ist eine Menge

Andererseits kommen Bohart et al. (2002) und Orlinsky et al. (2004) zu einer ganz anderen Interpretation derselben Daten: Der personzentrierte Prozess, getragen von Empathie, ist eine der stärksten und beständigsten Prädiktoren für Therapiewirksamkeit, gleich auf mit dem „Arbeitsbündnis“ (zu welchem zweifellos eine Verbindung besteht) oder dieses vielleicht schon übertreffend. Tatsächlich kann man angesichts der Komplexität der Therapiesituation und der Schwierigkeiten der Therapieforschung argumentieren, dass .32 in etwa das Maximum dessen ist, was man erreichen kann. Warum ist das so? Dazu folgt in Anlehnung an DeRubeis (2007) ein Beitrag.

Erstens existieren große Unterschiede zwischen Klienten (z. B. Schwere und Komplexität der Probleme), die die Wirksamkeit stark beeinflussen. Beispielsweise verfügt eine beträchtliche Zahl von Klienten über genügend Elastizität, um problemlos in der Lage zu sein, Vorteile für sich selbst aus einem nur mäßig unempathischen, nicht-akzeptierenden und unechten Therapeuten zu ziehen. Zweitens büßt die therapeutische Vorhersagevariable (z. B. Empathie) im Allgemeinen wegen eingeschränkter Reichweite an Wirkung ein, da die meisten untersuchten Therapeuten auf Grund einer Kombination von angeborenen Fähigkeiten, Ausbildung oder Supervision einigermaßen kompetent sein werden (empathisch, sorgend oder echt). Drittens können Empathie und Wirksamkeit nie mit perfekter Reliabilität oder Validität gemessen werden, was bedeutet, dass eine Korrelation zwischen ihnen immer zusätzlich vermindert wird. DeRubeis (2007) präsentiert Ergebnisse einer Simulationsanalyse einer solchen Untersuchung und weist Obergrenzen der Prozess-Wirksamkeitskorrelationen aus, die sich zwischen .2 und .4 bewegen. Anders ausgedrückt, eine Korrelation von .32 ist in etwa die

größtmögliche zu erhoffende Korrelation, was wiederum bedeutet, dass dies tatsächlich eine angemessene, den Realverhältnissen entsprechende Annäherung an eine perfekte Korrelation ist, so wie von Rogers (1957) vorhergesagt.

Was sagt uns die qualitative Forschung?

Die von Rogers (1957) formulierten förderlichen Bedingungen leiten sich tatsächlich aus jahrelanger qualitativer Beobachtung wirksamer und weniger wirksamer Therapiesitzungen ab, eine Arbeit, die lange vor der Ära moderner qualitativer Forschung geleistet wurde. Spät in seinem Leben begann er jedoch die philosophische Seite wissenschaftlicher Themen zu betrachten, was möglicherweise den Weg für die spätere Hochblüte der qualitativen Forschung bereitet hat (Elliott & Farber, im Druck).

Die qualitative Forschung Personzentrierter Therapie beschäftigt sich im Allgemeinen mit einem der folgenden Themen:

- (a) Erfahrungen von Therapeuten in der Arbeit mit unterschiedlichen Klienten (z. B. Klienten mit psychotischen Symptomen; Traynor, 2007),
- (b) Erfahrungen von Klienten und Therapeuten mit unterschiedlichen therapeutischen Prozessen (z. B. Tiefe der Beziehung; Cooper, 2005) und
- (c) Erfahrungen der Klienten mit der Veränderung oder Wirkung (Klein & Elliott, 2006). Die Masse an neuerer Literatur und das breite Themenspektrum erschweren eine Zusammenfassung. Darüber hinaus entwickeln sich jetzt erst meta-analytische Methoden, um qualitative Forschung einzubeziehen. Dennoch gibt es mindestens drei kleine qualitative Meta-Analysen, die sich in erster Linie auf PCEPs beziehen.

Hilfreiche und hinderliche Faktoren

Eine frühe qualitative systematische Meta-Analyse ist der Überblick von Greenberg et al. (1994) über 14 Studien, die entweder qualitative oder quantitative Methoden verwendet haben, um hilfreiche oder hinderliche Faktoren in PCEPs zu bewerten. Sie wählten aus jeder Studie jene fünf Aspekte aus, die am deutlichsten als hilfreich eingestuft oder am häufigsten als hilfreich beschrieben wurden, und drei Aspekte, die am stärksten oder häufigsten als hinderlich klassifiziert wurden. Sie fanden 14 Kategorien unter den hilfreichsten Aspekten, die sie unter vier Hauptbegriffe zusammenfassten: Positive Beziehungsgestaltung (z. B. Empathie, Unterstützung; 7 von 14 Datensätze), therapeutische Arbeit der Klienten (z. B. Selbstöffnung, Exploration; 13 Datensätze), Förderung der Arbeit des Klienten durch den Therapeuten (z. B. Exploration fördern, Rückmeldung geben; 6 Datensätze) und Veränderungen des Klienten oder Auswirkungen (z. B. Bewusstheit, positive Gefühle; 12 Datensätze). Unter den untergeordneten Kategorien waren Verstehen/Einsicht

und Bewusstheit/Erleben die häufigsten, gefolgt von Sich-Einbringen des Klienten und Selbstöffnung. Die Autoren merken an, dass in den Studien durchgehend dem am meisten Bedeutung beigemessen wird, was der Klient in die Therapie einbringt, und dem, was er aus der Therapie mitnimmt, nämlich die Arbeit der Klienten und die Veränderung oder Wirkung, die sie als Resultat davon erfahren.

Während Greenberg et al. (1994) wesentlich weniger Information zu hinderlichen Aspekten ermittelten, berichteten sie, dass das häufigste Problem die Aufdringlichkeit bzw. der Druck des Therapeuten war, sogar bei Personzentrierten Therapien. Letztlich merkten sie an, dass PCEPs ebenso für die Problematik der Konfusion/Ablenkung (den Prozess des Klienten entgleisen lassen) und für unzureichende Lenkung durch den Therapeuten anfällig wären.

Post-therapeutische Veränderung der Klienten

Weiterhin stellten Jersak, Magana und Elliott (2000; zusammengefasst in Elliott, 2002) in einem nicht veröffentlichten systematischen Überblick qualitative Daten zusammen, in denen Klienten post-therapeutische Veränderungen beschrieben, die aus fünf Studien, von hauptsächlich prozess-experienziellen Therapien mit depressiven oder traumatisierten Klienten, abgeleitet wurden. Unter Verwendung sowohl der ursprünglichen Beschreibungen der Klienten als auch der in früheren Analysen entwickelten Kategorien, fassten sie die Analysen in einer ein-kategoriellen hierarchischen Struktur zusammen. Sie ermittelten zwei große, übergeordnete Kategorien:

Die „*Vitalisierung des Selbst*“ bezog sich auf eine umfassende Reihe von Veränderungsprozessen, die ihren zentralen Punkt im inneren Empfinden des Selbst haben. Es bestand aus vier Subprozessen, welche eine allgemeine Bewegung beschreiben, weg von Spannung („*Spannung zurück lassen*“) mittels zunehmender Fähigkeit, die inneren Erfahrungen wahrzunehmen, zu verstehen oder zu tolerieren („*zunehmender Kontakt mit dem emotionalen Selbst*“), hin zur „*Verbesserung der Selbstachtung*“ und zu „*vermehrter Empfindung persönlicher Stärke/Bewältigung/Selbstkontrolle*“. Diese vier Subprozesse scheinen die erste Phase einer Art von metaphorischer Reise zu beschreiben, ausgehend von einem Zustand des Eingeschlossen-Seins im eigenen emotionalen Leid, hin zu einer größeren Bewusstheit hinsichtlich der Fähigkeit, Anforderungen sich selbst und anderen gegenüber effektiver bewältigen zu können.

Die andere übergeordnete Kategorie war „*Veränderungen in der Beziehung des Selbst zu Anderen/zur Welt*“ und beteiligt drei Unterprozesse:

- „*Abgrenzung des Selbst Anderen gegenüber/Unabhängigkeit beanspruchen*“: Dies bedeutet, für sich selbst zu sorgen, indem das eigene Verhalten und die Selbsteinschätzung von der Beurteilung anderer getrennt wird;
- „*sich auf Andere einlassen*“: besser in der Lage zu sein, auf andere zuzugehen und sich mit anderen wohl zu fühlen und

- „*zunehmend die Welt erleben/das Selbst mobilisieren, um an der Welt aktiv teilzunehmen*“: sich darauf einzulassen sich mit der Welt zu befassen und den eigenen Fähigkeiten zu vertrauen, in der Welt zu handeln, selbst wenn dies riskant sein sollte. Dies erscheint eine Fortsetzung der Reise nach außen zu repräsentieren, die in den Subprozessen der Vitalisierung des Selbst begann. Zusätzlich zu diesen theoretischen Implikationen legt die Analyse Bereiche der Klientenveränderungen nahe, die in der quantitativen Wirksamkeitsforschung überprüft werden sollten (z. B. „die Welt erfahren“).

Effekte signifikanter Ereignisse in der Therapie

Erst kürzlich integrierte Timulak (2007) die Ergebnisse aus sieben Studien zu unmittelbaren Effekten von signifikanten Therapie-Ereignissen in eine Mischung von Therapien, einige davon personzentriert oder experienziell. Er erhielt neun Kategorien, die sich über die Studien replizierten. Die vorherrschenden Kategorien waren: „Bewusstsein/Einsicht/Selbst-Bewusstsein“ und „Bestätigung/Unterstützung/Sicherheit“ (beide traten in allen sieben Studien auf), zusammen mit drei anderen Kategorien, welche in mehr als der Hälfte der Studien vorkamen: „Verhaltensänderung/Problemlösung“, „Gefühle erkunden/emotionales Erleben“ und „Sich-verstanden-Fühlen“. Diese unmittelbaren Effekte nehmen eine mittlere Position zwischen signifikanten Ereignissen in therapeutischen Sitzungen und Therapieergebnissen ein, teilweise überschneiden sie sich mit den von Greenberg et al. (1994) als hilfreich aufgezeigten Faktoren, was auf die faszinierende Möglichkeit hindeutet, dass ein integratives Modell entwickelt werden könnte, welches die Ergebnisse der drei qualitativen Meta-Analysen bündeln könnte.

Wie wir mehr lernen können

Sei ein methodischer Pluralist

Angesichts des vorliegenden Dilemmas, wie ich es zu Beginn der Arbeit erwähnt habe, nämlich zwischen der politischen Notwendigkeit, quantitativ-positivistische Forschung zu betreiben, und dem viel versprechenden Entstehen des schnell wachsenden Gebietes der qualitativen Therapieforchung, erscheint mir nur ein sinnvoller Weg nach vorne, nämlich *beide* Forschungsrichtungen zu unterstützen; im Klartext: der Regierung und professionellen Körperschaften („Caesar“) politisch zweckmäßige quantitative Daten zu überlassen, während gleichzeitig Forschung (vielleicht sogar im Rahmen der gleichen Studie) stattfindet, die den Klienten und personzentrierte Prinzipien berücksichtigt (Elliott, 2002). Ich möchte sogar behaupten, dass beide Forschungsrichtungen tatsächlich personzentriert sind: qualitative Forschung auf Grund ihrer

direkten philosophischen Harmonie mit den personenzentrierten Prinzipien und quantitative Forschung kraft ihrer Verbindung zum Personenzentrierten Ansatz, und zwar sowohl historisch als auch politisch, wie ich dies auch schon am Anfang dieser Arbeit dargelegt habe. Im Folgenden werde ich einen methodisch pluralistischen Forschungsansatz zu PCEPs skizzieren. Zunächst jedoch werde ich grundlegende Prinzipien der personenzentrierten Wissenschaft nochmals beleuchten, von denen ich glaube, dass sie eine Grundlage für eine humane und effektive Praxis jeder dieser beiden fundamentalen Gattungen der Forschung darstellen.

Folge den personenzentrierten Forschungsprinzipien

Mehrere Autoren, inklusive Mearns und McLeod (1984) sowie Barineau und Bozarth (1989), haben genau beschrieben, wie personenzentrierte Forschung aussehen müsste, indem sie grundlegende personenzentrierte therapeutische Prinzipien bei der Durchführung von Therapieforschung anwendeten:

- (1) *Empathie*. Der Forscher konzentriert sich auf das Verstehen, und zwar von innen heraus, der erlebten Erfahrung des Probanden (egal ob diese sich in der Klienten- oder Therapeutenrolle befinden).
- (2) *Bedingungslose positive Zuwendung*. Der Forscher akzeptiert und würdigt sogar die Erfahrungen des Probanden und beurteilt diese nicht.
- (3) *Echtheit*. Der Forscher versucht ein authentischer und ebenbürtiger Partner des Forschungsteilnehmers zu sein, indem er diesen als Co-Forscher behandelt, und erlaubt ihm, den Forscher als Mitmenschen zu sehen.
- (4) *Flexibilität*. Der Forscher passt kreativ und flexibel Forschungsmethoden dem Forschungsgegenstand und vorliegenden Fragen an.

Anwendung auf qualitative Forschung

Momentan führen diese Leitlinien PCEP-Forscher typischerweise zu qualitativen Methoden, inklusive empirischer Phänomenologie (z. B. Wertz, 1983), „Grounded Theory Analysis“ (Strauss & Corbin, 1998), Heuristischer Forschung (Moustakas, 1990), Konsensueller Qualitativer Forschung (CQR; Hill, Thompson & Williams, 1977), kooperativer Befragung/teilnehmender Befragung (Heron, 1996) und narrativer oder Diskursanalyse (z. B. McLeod, 2001). Diese klassischen qualitativen Methoden teilen, obwohl sie sich in wichtigen Hinsichten unterscheiden, viele gemeinsame Interessen miteinander und mit dem PCEP-Ansatz. Sie beinhalten, dass der Empathie eine besondere Bedeutung beigemessen wird, die Beachtung des Sinngehaltes, ein Aufheben der gewohnten Haltung, die Natur der Realität zu beurteilen, und das Schätzen von Ermächtigung als Ziel und Prozess der Forschung (Mearns & McLeod, 1984). Zusätzlich

bedienen sie sich eines gemeinsamen Repertoires qualitativer Forschungspraktiken, darunter (vgl. Elliott et al., 1999; Elliott & Timulak, 2005):

- Klären von Erwartungen und anderen möglichen Voreingenommenheiten des Forschers,
- mit dem Informanten in einer transparenten kollaborativen Haltung die Art der Teilnahme aushandeln,
- die Datensammlung in sorgfältiger, zielbewusster Art durchführen und den Informanten dabei unterstützen, fokussiert zu bleiben und die Bedeutung der Daten zu klären, wenn sie versuchen, diese in Worte zu fassen,
- Transkription des aufgezeichneten Interviews in angemessener Detailtreue und Genauigkeit,
- Datenaufzeichnung aufbereiten, indem diese in Bedeutungseinheiten aufgeteilt wird und irrelevantes Material weggelassen wird,
- Kategorien oder Themen zur Beschreibung jeder Bedeutungseinheit erstellen,
- wo diese zutreffen, Bedeutungseinheiten in existierende Kategorien einordnen,
- Cluster oder Verbindungen von Kategorien oder Themen untereinander herstellen, um ein Modell oder eine Geschichte des Phänomens zu entwickeln,
- Fehler-Korrektur-Maßnahmen durchführen, wie beispielsweise mehrere Forscher, Kontrollen, Einholen von Rückmeldungen der Teilnehmer, Vergleiche zwischen unterschiedlichen Datentypen und -quellen (Triangulation).

Anwendung auf die quantitative Forschung

Trotzdem möchte ich darlegen, dass die Prinzipien der personenzentrierten Forschung gleichermaßen auf die quantitative Wirksamkeits- und die Prozess-Wirksamkeitsforschung anwendbar sind. Die Anwendung positivistischer Forschungsmethoden zwingt uns nicht, unsere Klienten unflexibel oder als Objekt, bar jeder Bedeutung oder Absicht, manipuliert für unsere Zwecke zu behandeln. Tatsächlich ist ein unempathischer, liebloser, unaufrichtiger und unflexibler Zugang auf die Teilnehmer eine schlechte Forschung – sowohl unethisch als auch letztendlich selbstzerstörerisch – in jeder Tradition oder Gattung von Forschung. Die Beziehung zwischen dem Forschungsteilnehmer und der Forschung muss immer die Bedürfnisse des Teilnehmers vor die Bedürfnisse des Forschers stellen. Respektlose und unverträgliche Behandlung der Teilnehmer führt zu Ablehnung sowie schlampigen und ungültigen Daten. Ein Fragebogen ist eine Form von Beziehung. Der Forschungsteilnehmer kann sich von einem konfusem Fragebogenlayout oder in einem überheizten oder lauten Forschungsraum unverstanden und lieblos behandelt fühlen. Ein schlecht vorbereitetes Forschungspaket oder ein ängstlicher Interviewer kann einen Mangel an aufrichtigem Einsatz des Forschers verraten. Die Anwendung quantitativer Methoden oder

sogar die Durchführung randomisierter klinischer Untersuchungen verlangt nicht, dass wir unsere personenzentrierten Prinzipien an der Tür der Forschungsklinik abgeben müssen!

Fokus auf die Veränderungsprozess-Forschung durch den Einsatz einer angemessenen Forschungsmethode

Quantitative und qualitative Forschungsmethoden können zum Studium von fast allen menschlichen Erfahrungen herangezogen werden, von der Erfahrung, Opfer einer Straftat geworden zu sein (Wertz, 1983), bis zur Erfahrung von Einsamkeit (z. B. Moustakas, 1990). Dennoch möchte ich für mehr Forschung zu psychotherapeutischen Veränderungsprozessen plädieren, das heißt, Forschung zu den Prozessen der Psychotherapie, die Veränderungen bewirken, einschließlich der Veränderungsschritte und insbesondere der Therapieprozesse, welche die Veränderungen beim Klienten bewirken (Greenberg, 1986). Ein großer Teil der aktuellen Forschung zu PCEPs, sowohl der quantitativen als auch der qualitativen, fokussiert nicht explizit darauf, wie die Veränderung geschieht, was den Wert der Forschung für das Verständnis und die Verbesserungen in der Praxis einschränkt. Derartige Forschung ist eine notwendige Ergänzung zur Wirksamkeitsforschung, die uns zwar sagen kann, in welcher Hinsicht und wie sehr ein Klient sich verändert hat, jedoch nicht, wie oder warum diese Veränderung stattgefunden hat. Das heißt: Die Veränderungsprozessforschung kann uns dabei helfen, ein Verständnis für die Veränderungen im Klienten zu erlangen und dieses zu evaluieren.

Die fundamentalen Gattungen der Veränderungsprozessforschung sind „*quantitative Prozesswirksamkeit*“, „*qualitative hilfreiche Faktoren*“ und „*mikro-analytischer sequentieller Prozess*“. Zusätzliche Gattungen vereinen diese fundamentalen Ansätze zu komplexeren Paketen (z. B. Aufgabenanalyse). Diese verschiedenen Forschungsgenres liefern zusammen mit der „*Wirksamkeitsforschung*“ eine reichhaltige Auswahl an Ansätzen, derer sich PCEP-Veränderungsprozessforscher bedienen können. Ich werde jetzt einen kurzen Überblick zu jedem zur Verfügung stellen.

1. Wirksamkeitsforschung: Welches sind die allgemeinen Effekte von PCT bei spezifischen Klientenpopulationen?

Beide, das traditionelle Gruppendesign wie randomisierte klinische experimentelle Studien, werden auch weiterhin dringend benötigt, sowohl für häufig untersuchte Populationen, wie Depressionen, als auch besonders für wenig erforschte Populationen wie Gesundheitsprobleme (z. B. Umgang mit Krebs) und schwere Probleme (z. B. Schizophrenie). Beispielsweise wäre es auch eine ziemlich gute Idee für Forscher unserer Tradition, Angstprobleme zu erforschen, anstatt dieses Gebiet völlig den kognitiven Verhaltenstherapeuten zu

überlassen (weitere Vorschläge unter Elliott et al., 2004). Wirksamkeitsforschung ist ebenso eine Voraussetzung für mehrere Genres der Veränderungsprozessforschung.

Derartige Forschung braucht weder positivistisch noch groß angelegt zu sein: Man kann Veränderung im Rahmen einer Therapie mit nur einem Klienten erfassen, indem man standardisierte quantitative Methoden (z. B. CORE-Wirksamkeitsmaße; Barkham et al., 2001), individualisierte quantitative Methoden (z. B. Personal Questionnaire; Elliott & Wagner, 2001) oder qualitative Fragebögen oder Interviews oder eine Kombination einsetzt.

Elliott und Zucconi (2006) schlagen eine Strategie zur Auswahl von Wirksamkeitsmaßen vor, die auf einer Prioritätenliste von Schlüsselkonzepten basiert:

- (1) Quantitative Verbesserung des allgemeinen Schweregrads der Probleme/Symptome (Prä-post-Unterschiede in Symptommfrequenz oder psychischer Belastung, gemessen durch standardisierte Instrumente),
- (2) Rückblickende qualitative Betrachtung der Veränderung (Post-Therapieberichte von Veränderungserfahrungen der Klienten),
- (3) Fortschritt bezüglich individualisierter Probleme/Ziele (Verbesserung bei Problemen oder Zielen, die der Klient gewählt hat),
- (4) Verbesserung von Lebensfunktionen (z. B. Verbesserung von zwischenmenschlichen Beziehungen oder Problemen am Arbeitsplatz)
- (5) Lebensqualität (z. B. Verbesserung im subjektiven Wohlbefinden oder Verbesserung der Lebenszufriedenheit)
- (6) Kosteneffektivität (z. B. Verringerung der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen oder Rückgang von Kosten oder der Krankheit)

Elliott und Zucconi machen zudem Vorschläge bezüglich der – innerhalb der verschiedenen Schlüsselkonzepte zur Wirksamkeit – zur Verfügung stehenden Messinstrumente, indem sie beispielsweise eine kurze Übersicht der üblichen Messinstrumente anbieten, mit welchen die Problembelastung beim Klienten gemessen werden kann. Hier sei angemerkt, dass sie einfache standardisierte quantitative Wirkungen bevorzugen, dass darauf jedoch sofort qualitative Auswertungen der Wirkung folgen; tatsächlich kann man an jeder Stelle der Liste beginnen.

2. Prozesswirksamkeitsforschung

Welches sind die Effekte der förderlichen Bedingungen in Bezug auf die Wirksamkeit von PCEP? In einer aktuellen Meta-Analyse der Prozesswirksamkeitsforschung bezüglich der Empathie von Therapeuten fand Bohart et al. (2002) nur sechs Studien der experienziell-humanistischen Therapien, welche diese Beziehung untersuchten! Daraus folgt, dass Rogers' theoretische Schlüsselforderung in der von ihm begründeten Therapie nur selten Anwendung gefunden hat.

Prozesswirksamkeitsforschung (siehe auch Übersicht im vorangehenden Teil dieser Arbeit) beinhaltet die Berücksichtigung von Prozessen, die sich während der Sitzung ereignen, um Voraussagen über die Post-Therapiewirksamkeit zu machen. Hierbei handelt es sich um die am weitesten verbreitete Form der Veränderungsprozessforschung und eine der häufigsten Formen der Therapieforschung überhaupt. Laut Orlinsky et al. (2004) stehen in der Literatur mehrere tausend Prozess-Wirksamkeit-Forschungsergebnisse zur Verfügung, in welchen Prozess und Wirksamkeit mit mehreren Dimensionen gemessen werden, sowohl aus der Klienten- als auch aus der Therapeuten- und der Beobachterperspektive. Beispielsweise kann 30 Klienten einer ambulanten Gemeinde-Klinik, die sich in körperorientierter Personenzentrierter Therapie spezialisiert hat, der Barrett-Lennard Relationship Inventory Fragebogen (BLRI; Barrett-Lennard, 1986) und der CORE Outcome Measure (Barkham et al., 2001) vor und nach der dritten Therapiesitzung gegeben werden. Danach kann man einen bestimmten Typus der statistischen Analyse namens „Multiple Regression“ durchführen, in welcher die psychische Belastung des Klienten vor der Therapie (auf der CORE-OM) zunächst dazu benutzt wird, die psychische Belastung nach der Therapie vorauszusagen, bevor man die Bewertung des Klienten zur Empathie des Therapeuten (eine Unterskala des BLRI) hinzufügt, um zu sehen, ob man damit mehr als nur die Belastung des Klienten nach der Therapie vorhersagen kann. Dies ist wichtig, da Bewertungen der Klienten bezüglich der Empathie des Therapeuten möglicherweise durch das Niveau der Belastung nach der Therapie beeinflusst wird; anders ausgedrückt, stärker belastete Klienten könnten ihren Therapeuten empathischer erleben.

Wie das Beispiel andeutet, ist diese Art der Forschungsfragestellung höchst angemessen für naturalistische Stichproben einer PCEP-Therapie. Jedoch muss man sich an die frühere Diskussion über die strengen Grenzen, betreffend die maximale Größe der Wirksamkeitseffekte, erinnern. Praktisch bedeutet dies, dass eine Stichprobe von 30 viel kleiner ist, als sie sein sollte; eine Stichprobengröße von mindestens 40 (und optimalerweise näher zu 80) würde viel wahrscheinlicher eine Korrelation von .32 erreichen!

3. *Hilfreiche Faktorenforschung*

Auf einer Welle der Popularität von qualitativer Interviewforschung entwickelte sich in den letzten 15 Jahren auch rapide das Interesse an Forschung zu unterstützenden Faktoren (siehe auch Überblick im ersten Teil diese Arbeit). Die Forschung nach unterstützenden Faktoren benutzt typischerweise qualitative Datensammlungen entweder in Form von Fragebögen nach einer therapeutischen Sitzung, wie beispielsweise den „Helpful Aspects of Therapy (HAT)“-Fragebogen (Llewelyn, 1988), oder Interviews im Anschluss an die Therapie, wie beispielsweise das „Change Interview“ (Elliott et al., 2001). Zum Beispiel wird im HAT-Fragebogen der Klient gebeten, die Ereignisse, die in einer gerade beendeten Sitzung am meisten

unterstützend gewirkt haben oder am wichtigsten waren, zu beschreiben, während das Change-Interview Fragen dazu enthält, was der Klient als unterstützend oder behindernd empfand, und auch danach fragt, was nach Meinung des Klienten während der Therapie erlebte Veränderungen bedingt hat.

Eine typische auf Interviewbasis durchgeführte Studie zu unterstützenden Faktoren hat eine Stichprobengröße von 8 bis 12 Probanden, die je zwischen 30 und 60 Minuten interviewt werden, indem eine einfache Liste von 4 bis 8 offenen Fragen zur Anwendung kommt. Die resultierenden qualitativen Darlegungen der Klienten werden dann transkribiert und heutzutage meist qualitativ analysiert, indem man sich einer der bereits beschriebenen Methoden bedient. Die Ergebnisse haben typischerweise die Form eines mehrschichtigen Categoriesystems, ähnlich den in dieser Arbeit bereits beschriebenen.

Qualitative Forschung zu unterstützenden Faktoren ist ansprechend, weil sie intuitiv einleuchtet, zur Bewegung der Konsumenten „psychischer Gesundheit“ passt und von der aktuellen Popularität qualitativer Forschung in professionellen Ausbildungskursen lebt. Obwohl diese Forschung rasch heranreift, sieht sie sich doch mit einigen Herausforderungen konfrontiert, dazu gehören Attributionsfehler der Klienten (Leute beurteilen oft die Ursache von Ereignissen falsch), die Unfähigkeit der Klienten, Zugang zu wichtigen jedoch subtilen Erfahrungen zu finden und diese in Worte zu fassen, und schlechte Interviewtechniken (z. B. Suggestivfragen und bei nur oberflächlichen Beschreibungen von Erfahrungen bleiben). Eine sehr spannende Möglichkeit wäre eine Kombination der Forschung zu unterstützenden Faktoren mit anderen Methoden wie beispielsweise interpretativen Einzelfall-Designs.

4. *Mikro-analytische sequenzielle Prozessforschung*

Weit weniger üblich ist die Erforschung von schrittweiser Interaktion während der Sitzung zwischen Klienten und Therapeuten. Derartige Forschung ist von Natur aus auf niederem Niveau quantitativ – indem Antworten der Klienten und der Therapeuten auf eine relativ kleine Zahl von Kategorien oder Ratingskalen kodiert werden. Das wichtigste aktuelle Beispiel der PCEP-Therapieforschung dazu ist Sachses Forschung (1992; siehe Zusammenfassung in Sachse & Elliott, 2002) zur Beziehung zwischen Bearbeitungsvorschlägen des Therapeuten und der Bearbeitung durch den Klienten: Jeder Sprechakt des Klienten und des Therapeuten wurde parallel auf einer 8-Punkte-Skala bewertet. Danach betrachtete Sachse den Einfluss der Antworten des Therapeuten, die in Bezug auf die vorangehende Antwort des Klienten auf der gleichen Bearbeitungstiefe, darüber oder darunter waren. Er fand heraus, dass Klienten stark vom Grad des therapeutischen Bearbeitungsangebotes beeinflusst wurden, was er als Verstoß gegen das non-direktive Verständnis der klassischen Personenzentrierten Therapie ansah. Da jedoch Sachses kontroverse Ergebnisse bislang nicht vollständig repliziert wurden,

bleibt dies eine wichtige Aufgabe für zusätzliche Forschung (darüber hinaus scheinen die Klienten ihrerseits starken Einfluss auf die Therapeuten gehabt zu haben, was Sachse jedoch nicht untersuchte).

Da sie sehr nahe an der konkreten Handlung des Klienten und Therapeuten bleibt, birgt die mikro-analytische sequentielle Prozessforschung ein großes Potential in sich, Praxis-Theorien zu testen und kausale Einflussprozesse in den Sitzungen direkt zu untersuchen. Unglücklicherweise besteht die größte Einschränkung darin, dass sie schwierig und zeitaufwändig ist. Um derartige Forschung zu betreiben, muss man zunächst relevante Segmente des Therapieprozesses auswählen und transkribieren, danach müssen Bewerter geschult werden, damit diese über ein angemessenes Niveau an Übereinstimmung oder Reliabilität verfügen, und schließlich müssen die Daten unter Verwendung einer speziellen Statistik analysiert werden (die übliche Statistik reicht nicht aus, da die Daten typischerweise übliche statistische Annahmen verletzen). Das mühsame Naturell dieser Forschung bedeutet auch, dass sie sich nicht unbedingt für entdeckungs-orientierte Forschung eignet.

Aus wahrscheinlich genau diesen Gründen konnte sich die sequentielle Prozessforschung nie richtig durchsetzen, und heute gibt es sogar weniger von dieser Art der Forschung als noch vor 20 Jahren. Andererseits wurde die mikro-analytische sequentielle Prozessforschung in komplexere Formen der Veränderungsforschung einbezogen, wie beispielsweise die Aufgabenanalyse (z. B. Rice & Greenberg, 1984) und die „Comprehensive Process Analysis“ (z. B. Elliott et al., 1994). Mir scheint, dass qualitative Ansätze einer sequenziellen Analyse vielversprechende, aber noch nicht voll ausgeschöpfte Möglichkeiten für entdeckungsorientierte Forscher bieten, insbesondere für solche, die ihren Hintergrund in der Diskursanalyse haben (z. B. Siegfried, 1995).

5. *Komplexe Methoden zur Erforschung von Veränderungsprozessen*

Die drei beschriebenen grundlegenden Formen der Erforschung von Veränderungsprozessen haben alle ihre bedeutsamen Grenzen; auf einige habe ich bereits hingewiesen. Aus diesem Grunde haben Forscher komplex zusammengesetzte Ansätze entwickelt, bei denen mehrere Grundformen mit qualitativer und quantitativer Datensammlung kombiniert werden. Dies geschieht im Allgemeinen innerhalb eines interpretierenden theoriebildenden Rahmens. Zwei komplexe Forschungsdesigns von Veränderungsprozessen sind die „Aufgabenanalyse“ (z. B. Rice & Greenberg, 1984) und die „Comprehensive Process Analysis“ (z. B. Elliott et al., 1994).

Was diese beiden Methoden gemeinsam haben, ist der Fokus auf spezielle Momente der Einsicht, der Bewusstheit, der Erleichterung oder anderer Formen persönlicher Veränderung während der Therapie. Dies ist ein Schlüsselthema der Literatur zu PCE-Therapie und geht auf Rogers' Schriften zum Therapieprozess zurück (z. B. Rogers, 1961). Comprehensive Process Analysis nutzt den „Helpful Aspects

of Therapy“-Fragebogen, um signifikante Therapieereignisse zu identifizieren und diese dann intensiver zu analysieren (z. B. Elliott & Shapiro, 1988). Mit dem Einsatz dieser Methode können PCEP-Forscher wichtige Momente aus der Klientenperspektive identifizieren und diese danach untersuchen, um den Veränderungsprozess weiter aufzulösen, einschließlich der zu dem Zeitpunkt präsenten Qualitäten im Erleben des Klienten und des begleitenden Diskurses. Mit dieser Methode wurden Ereignisse, wie die Einsicht des Klienten (Elliott et al., 1994) und dessen Bewusstheit (Elliott, 1989), untersucht. Das Assimilationsmodell von Stiles et al. (1990) entwickelte sich aus der „Comprehensive Process Analysis“.

Mit der Aufgabenanalyse werden andererseits Beispiele von besonders interessanten Arten des Therapieprozesses gesammelt und untersucht, um daraus ein Modell zu entwickeln, wie Klienten spezifische therapeutische Aufgaben lösen (z. B. die Verwirrung der Klienten darüber, wie sie etwas getan oder gefühlt haben). Prozess-experienzielle/emotions-fokussierte Therapie wurde mittels Forschung durch Aufgabenanalyse entwickelt.

Ebenso wie die mikro-analytische Sequenzanalyse waren auch die komplexen Veränderungsprozess-Forschungsgenres nicht sehr weit verbreitet und dies wahrscheinlich aus demselben Grund. In erster Linie sind diese Methoden technisch anspruchsvoll zu erlernen und zeitaufwändig durchzuführen. Der intensive Fokus auf eine kleine Zahl von Schlüsselmomenten der Therapie führte häufig zu Studien bezüglich eines einzelnen signifikanten Ereignisses, welche manchmal schwierig zu publizieren waren. Jedoch haben beide, „Comprehensive Process Analysis“ wie die Aufgabenanalyse, wichtige Beiträge zur PCEP-Praxis geleistet, was andeutet, dass die weitere Anwendung dieser anspruchsvollen Ansätze möglicherweise zu weiteren wichtigen Entwicklungen führt.

Das internationale Projekt zur Effektivität von Psychotherapie und Psychotherapieausbildung

Elliott und Zucconi (2006) fassten die Entwicklungen des „Internationalen Projektes zur Effectiveness of Psychotherapy and Psychotherapy Training (IPEPPT)“ zusammen. Die erste Komponente dieses Projektes schließt die Förderung von praxisbasierter Forschung zur Effektivität von Psychotherapie an Universitäten und Ausbildungseinrichtungen in Europa, Nordamerika und anderswo ein. In diesen Settings sind randomisierte klinische Untersuchungen generell nicht praktikabel, und sie tendieren nicht dazu, etwas zum Verständnis oder zur Verbesserung der Therapie beizutragen. Solche Forschung braucht die Entwicklung eines konzeptuellen Gerüsts, um Therapieprozesse und -wirksamkeit auszuwerten, welches auch über eine Bandbreite von theoretischer Orientierung, von Modalitäten und Klientenpopulationen hinweg eingesetzt werden kann (Elliott & Zucconi, 2006). Der Zweck eines solchen Forschungsgerüsts ist es, die praxisbezogene Therapieforschung in Ausbildungsstätten an-

zuregen, zu fokussieren und zu fördern. Gleichzeitig ist es wichtig, Sammelstellen für die Messergebnisse des Therapieprozesses, der Therapiewirksamkeit und von Veränderungsprozessen einzurichten, die geeignet sind, eine große Bandbreite therapeutischer Ansätze zu bewerten und die Ausbildung wie die Verbreitung von Wissen über nützliche, leicht anzuwendende, praxisbezogene Therapieforschungsmaßnahmen und Konzepte für Ausbildungsinstitute zur Verfügung zu stellen. Künftige Schritte könnten das Erstellen von umfassenden gemeinsamen Datenbanken beinhalten, die wiederum die Möglichkeit für eine kollaborative Forschung über Datenzusammenlegung schaffen würden. Die zweite Komponente des IPEPPTS besteht darin, die Forschung zur Effektivität der Therapeutenausbildung an Universitäten und Ausbildungsinstituten zu fördern. Es ist relativ wenig bekannt über die Effektivität der Therapieausbildung, teilweise auch auf Grund von Schwierigkeiten, wie das Fehlen einheitlicher Maße bezüglich der Funktionsweise von Therapeuten, und der Notwendigkeit, die Veränderung bei den Therapeuten im Längsschnitt über mehrere Jahre der Ausbildung zu messen. Trotzdem ist es wichtig, eine systematische Evaluation der Wirksamkeit im Bereich der Therapieausbildung in Gang zu setzen. Diese Evaluationsaktivitäten sollten sowohl formative als auch zusammenfassende Funktionen zur Verfügung stellen können. Das bedeutet, dass sie Ausbilder in die Lage versetzen sollten, durch die Bereitstellung von Feedback zu effektiven und ineffektiven Ausbildungsprozessen ihr Training zu verbessern; und sie sollten uns auch in die Lage versetzen, die Effektivität von Ausbildungsprogrammen für Akkreditierungsstellen und Institutionen der Forschungsförderung darzulegen. Derzeit wird in einigen Ausbildungskursen in Großbritannien ein Forschungsbericht implementiert (Folkes-Skinner & Elliott, 2007).

Zusätzlich beinhaltet IPEPPT eine internetgestützte Gemeinschaftswebsite für die PCEP-Forschung; PCEP-Partner dieses Projektes befinden sich in UK, Belgien, den USA, Kanada, Irland und Italien. Elliott und Zucconi (2006) präsentierten ein allgemeines Forschungsgerüst, um Forschung anzuleiten und auch eine Reihe von Forschungsberichten, welche ich in einem vorangehenden Teil der vorliegenden Arbeit vorgestellt habe. Holländisch- und englischsprachige praxisbezogene Forschungsberichte wurden entwickelt (Stinckens, 2006; Elliott, 2007). Obwohl das Projekt als Ganzes sich über verschiedene theoretische Orientierungen erstreckt, war

die Personzentrierte Therapie dennoch von Beginn an ein Schlüsselsteiner in dieser Arbeit.

Schlussbetrachtung: Involviert werden in der PCEP-Forschung

Obwohl die Forschung in der Tradition der PCEPs von jeher eine Schlüsselrolle spielt, ist sie heute mehr denn je unerlässlich für ihr kontinuierliches Gedeihen und ihr Überleben. Glücklicherweise gibt es gleichzeitig auch eine größere Bandbreite an Forschungsmöglichkeiten und -werkzeugen, die PCEP-Therapeuten darin unterstützen, forschungsaktiv zu werden. Ich habe über die wesentlichen Ergebnisse berichtet, die aus den vergangenen Bemühungen hervorgegangen sind und auf welche PCEP-Ansätze sich weltweit in ihrer Argumentation für kontinuierliche staatliche und professionelle Anerkennung beziehen können. Ich habe fünf führende Genres von Forschungsalternativen skizziert, mit Hilfe derer das Verständnis von PCEP erweitert und vertieft werden kann. Elliott und Zucconi (2006) bieten weitere Vorschläge für Personzentrierte Therapeuten, die danach streben, sich mehr in die Forschung einzubringen, einschließlich:

- (1) etwas zu Dialogen, die von Angesicht zu Angesicht oder Online darüber geführt werden, wie Therapie- und Ausbildungswirksamkeit gemessen werden kann, beizusteuern;
- (2) einfache Forschungsverfahren mit eigenen Klienten und im eigenen Ausbildungssetting anzuwenden (zum Beispiel, um systematische Fallstudien durchzuführen);
- (3) bei der Übersetzung von Schlüsselinstrumenten der Forschung mitzuwirken oder spezialisierte Forschungsberichte für bestimmte Klientengruppen zu entwickeln (z. B. Menschen, die mit Schizophrenie leben);
- (4) Beiträge zur Erforschung der Entwicklung von Messvorgängen zu liefern, die darauf abzielt, existierende Messinstrumente zu verbessern;
- (5) an der formaleren Zusammenarbeit mit ähnlich ausgerichteten Ausbildungszentren teilzunehmen, um Daten für die gemeinsame Forschung zu generieren.

Literatur

- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., Benson, L., Connell, J., Audin, K. & McGrath, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 184–196.
- Barrett-Lennard, G.T. (1986). The Relationship Inventory now: Issues and advance in theory, method, and use. In L. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *The Psychotherapeutic Process* (pp. 439–476). New York: Guilford.
- Barrineau, P. & Bozarth, J. D. (1989). A person-centered research model. *Person-Centered Review 4*, 465–474.
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 89–108). New York: Oxford University Press.
- Bohart, A.C., O'Hara, M. & Leitner, L. M. (1998). Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. *Psychotherapy Research, 8*, 141–157.
- Cooper, M. (2005). Therapists' experiences of relational depth: A qualitative interview study. *Counselling & Psychotherapy Research, 5*, 87–95.
- DeRubeis, R. J. (June, 2007). *I Can Sense Us Coming to a Consensus, and Other Wishes*. Paper presented at meeting of Society for Psychotherapy Research, Madison, Wisconsin.
- Elliott, R. (1989). Comprehensive Process Analysis: Understanding the change process in significant therapy events. In M. Packer & R. B. Addison (Eds.), *Entering the circle: Hermeneutic investigation in psychology* (pp. 165–184). Albany, NY: SUNY Press.
- Elliott, R. (2001). Research on the Effectiveness of Humanistic Therapies: A Meta-Analysis. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 57–81). Washington, D.C.: APA.
- Elliott, R. (2002). Render unto Caesar: Quantitative and Qualitative Knowing in Person-Centered/Experiential Therapy Research. *Person-Centered and Experiential Psychotherapy, 1*, 102–117.
- Elliott, R. (2007). *Practice-Based Research Protocol*. Unpublished document, Strathclyde Centre for Counselling and Psychotherapy, University of Strathclyde.
- Elliott, R. & Farber, B. (in press). Carl Rogers: Idealistic Pragmatist and Psychotherapy Research Pioneer. In L. G. Castonguay, J. C. Muran, L. Angus, J. A. Hayes, N. Ladany & T. Anderson (Eds.), *Bringing psychotherapy research to life: Understanding change through the work of leading clinical researchers*. Washington, DC: APA.
- Elliott, R., Fischer, C. & Rennie, D. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology, 38*, 215–229.
- Elliott, R., Greenberg, L. S. & Lietaer, G. (2004). Research on Experiential Psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 493–539). New York: Wiley.
- Elliott, R. & Shapiro, D. A. (1988). Brief Structured Recall: A more efficient method for identifying and describing significant therapy events. *British Journal of Medical Psychology, 61*, 141–153.
- Elliott, R., Shapiro, D. A., Firth-Cozens, J., Stiles, W. B., Hardy, G., Llewelyn, S. P. & Margison, F. (1994). Comprehensive process analysis of insight events in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapies. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 449–463.
- Elliott, R., Slatick, E. & Urman, M. (2001). Qualitative Change Process Research on Psychotherapy: Alternative Strategies. In J. Frommer & D. L. Rennie (Eds.), *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology* (pp. 69–111). Lengerich, Germany: Pabst Science Publishers.
- Elliott, R. & Timulak, L. (2005). Descriptive and interpretive approaches to qualitative research. In J. Miles & P. Gilbert (Eds.), *A Handbook of Research Methods in Clinical and Health Psychology* (pp. 147–159). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Elliott, R. & Zucconi, A. (2006). Doing research on the effectiveness of psychotherapy and psychotherapy training: A Person-centered/Experiential perspective. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 5*, 82–100.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 4–9.
- Greenberg, L. S. Elliott, R. & Lietaer, G. (1994). Research on humanistic and experiential psychotherapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 509–539). New York: Wiley.
- Heron, J. (1996). *Co-operative inquiry: Research into the human condition*. London: Sage.
- Hill, C. E., Thompson, B. J. & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist, 25*, 517–572.
- Klein, M. J. & Elliott, J. (2006). Client Accounts of personal change in Process-Experiential psychotherapy: A methodologically pluralistic approach. *Psychotherapy Research, 16*, 91–105.
- Lietaer, G. (1990). The client-centered approach after the Wisconsin Project: A personal view on its evolution. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 19–45). Leuven, Belgium: Leuven University Press.
- Llewelyn, S. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology, 27*, 223–238.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Mearns, D. & McLeod, J. (1984). A person-centred approach to research. In R. F. Levant & J. M. Shlien (Eds.), *Client Centred Therapy and the Person-Centred Approach: New Directions in Theory, Research and Practice* (pp. 370–389). Eastbourne: Praeger.
- Moustakas, C. (1990). *Heuristic research: Design, methodology, and applications*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Norcross, J. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Process and Outcome in Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.) (pp. 307–389). New York: Wiley.
- Rice, L. N. & Greenberg, L. (Eds.) (1984). *Patterns of change*. New York: Guilford Press.
- Rogers, C. R. (1946). Recent research in nondirective therapy and its implications. *American Journal of Orthopsychiatry, 16*, 581–588.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95–103.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. & Dymond, R. F. (Eds.) (1954). *Psychotherapy and personality change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers, J. L., Howard, K. I. & Vessey, J. T. (1993). Using significance tests to evaluate equivalence between two experimental groups. *Psychological Bulletin, 113*, 553–565.

- Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Keisler, D. J. & Truax, C. B. (Eds.) (1967). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- Sachse, R. (1992). Differential effects of processing proposals and content references on the explication process of clients with different starting conditions. *Psychotherapy Research*, 2, 235–251.
- Sachse, R. (2004). From Client-centered to Clarification-oriented Psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 19–35.
- Sachse, R. & Elliott, R. (2002). Process-outcome research in Client-Centered and Experiential Therapies. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 83–115). Washington, D.C.: APA.
- Siegfried, J. (Ed.) (1995). *Therapeutic and everyday discourse as behavior change: Towards a micro-analysis in psychotherapy process research*. Norwood, NJ: Ablex.
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A. & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 411–420.
- Stinckens, N. (July, 2006). *The Leuven systematic case-study protocol*. Paper presented at 7th PCE-conference of the World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy, Potsdam, Germany.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Teusch, L., Böhme, H. & Gastpar, M. (1997). The benefit of an insight-oriented and experiential approach on panic and agoraphobia symptoms. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 66, 293–301.
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17, 305–314.
- Traynor, W. (May, 2007). *A study of the perceived effectiveness of person-centered practice with clients who experience psychotic process: a qualitative interview study*. Paper presented at research conference of the British Association for Counselling and Psychotherapy, York, UK.
- Wagner, J. & Elliott, R. (2001). *The Simplified Personal Questionnaire*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of Toledo.
- Wertz, F. J. (1983). From everyday to psychological description: Analyzing the moments of a qualitative data analysis. *Journal of Phenomenological Psychology*, 14, 197–241.

Autor:

Robert Elliott, Dr., Professor an der Abteilung für Beratung an der University of Strathclyde, Glasgow, Scotland. Co-Autor von „Facilitating Emotional Change“ und „Learning Emotion-Focused Therapy“ und Empfänger des Carl Rogers Award 2008 der Abteilung für Humanistische Psychologie der Amerikanischen Psychologischen Vereinigung (APA).

Korrespondenzadresse:

Robert Elliott
Counselling Unit
University of Strathclyde
76 Southbrae Drive, Glasgow G13 1PP
E-Mail: fac0029@gmail.com

William B. Stiles, Michael Barkham, Elspeth Twigg, John Mellor-Clark & Mick Cooper¹

Wirksamkeit Personzentrierter Therapie im Vergleich zu kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Therapien, wie sie im Rahmen des britischen National Health Service² praktiziert werden

Zusammenfassung:

Hintergrund: Das Äquivalenzparadox der Psychotherapie ist, dass Behandlungen gleichwertig positive Ergebnisse zeigen, obwohl ihre Theorien und Techniken nicht äquivalent sind. Wir verglichen die Ergebnisse verschiedener Ansätze, wie sie in der täglichen Therapiepraxis verwendet werden.

Methode: Klienten ($n=1.309$), die während dreier Jahre in einer von 58 NHS-Erst- und Nachsorgeeinrichtungen kognitiv-behaviorale Therapie (CBT), Personzentrierte Therapie (PZT) oder psychodynamische Therapie (PDT) erhielten, füllten zu Beginn und am Ende ihrer Behandlung den Fragebogen „Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM)“ aus. Ihre Therapeuten gaben auf einem Therapieende-Formular an, welchen Behandlungsansatz sie verwendet hatten. Wir verglichen die Ergebnisse von sechs Gruppen: drei, die ausschließlich mit CBT, PZT oder PDT, und drei, die mit einem dieser Ansätze plus einem weiteren Ansatz behandelt worden waren (zum Beispiel integrativ, unterstützend, Kunst). Letztere wurden entsprechend als CBT+1, PZT+1 oder PDT+1 gekennzeichnet.

Ergebnisse: Alle sechs Gruppen erreichten im Durchschnitt merkliche Verbesserungen (Prä-Post-Effektstärke=1,36). Behandlungsansatz und Reinheitsgrad („nur“ versus „+1“) weisen beide auf statistisch signifikante, aber vergleichsweise geringfügige Varianzanteile bei den CORE-OM-Scores hin (jeweils 1% und .5% im Vergleich zur Prä-Post-Veränderung). Die Verteilungen der Veränderungsmaße waren weitgehend überlappend.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse dieser drei Behandlungsansätze, wie sie routinemäßig in verschiedenen NHS-Settings praktiziert werden, stimmen im Allgemeinen mit früheren Befunden überein, wonach Ansätze, die in ihrer Theorie verschieden sind, dazu tendieren, gleichwertige Ergebnisse zu erzielen. Vorsicht ist angebracht wegen der beschränkten Angaben zur Behandlung, der nicht-zufälligen Zuweisung der Klienten zu den Behandlungsformen, der fehlenden Kontrollgruppe, fehlender Daten und anderer Punkte.

Schlüsselwörter: Wirksamkeit von Psychotherapie, Wirksamkeitsstudie, Vergleich von Ansätzen, Dodos Verdikt

Abstract: Outcomes of Person-Centered Therapy in comparison to Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapies as Practiced in United Kingdom National Health Service Settings.

Background. Psychotherapy's equivalence paradox is that treatments have equivalently positive outcomes despite non-equivalent theories and techniques. We compared the outcomes of contrasting approaches practiced in routine care.

Method. Clients ($n=1,309$) who received cognitive-behavioural therapy (CBT), Person-centred therapy (PCT) and psychodynamic therapy (PDT) at one of 58 NHS primary and secondary care sites during a three-year period completed the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) at the beginning and end of their treatment. Therapists indicated which treatment approaches were used on an End of Therapy

1 Übersetzung: Margarethe Letzel und Christian Korunka

2 Dieser Artikel ist eine verkürzte und übersetzte Version des Artikels „Effectiveness of Cognitive-Behavioural, Person-Centred, and Psychodynamic Therapies as Practiced in United Kingdom National Health Service Settings“, erschienen in *Psychological Medicine*, 36, 555–566 (Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark & Cooper, 2006) und wird mit freundlicher Genehmigung der Cambridge University Press (© Society for the Comparative Study of Society and History) gedruckt.

Michael Barkham und Elspeth Twigg, Mitglieder des Psychological Therapies Research Centre, University of Leeds, wurden unterstützt vom Priorities and Needs Research and Development Levy des Leeds Community Mental Health & Teaching Trust.

Michael Barkham und John Mellor-Clark erhielten Forschungsgelder der UK Mental Health Foundation, um den CORE-OM zu entwickeln, ein Messinstrument, das in dieser Studie verwendet wird. John Mellor-Clark leitet eine Firma, die Training, Software-Support, Datenanalysen und für Anwender des CORE-Systems Benchmarking-Dienste anbietet.

form. We compared outcomes of six groups: three treated with CBT, PCT, or PDT only, and three treated with one of these plus one additional approach (e.g., integrative, supportive, art), designated CBT+1, PCT+1, or PDT+1, respectively.

Results. All six groups averaged marked improvement (pre-post effect size = 1.36). Treatment approach and degree of purity ("only" vs "+1") each accounted for statistically significant but comparatively tiny proportions of the variance in CORE-OM scores (respectively, 1% and .5% as much as pre-post change). Distributions of change scores were largely overlapping.

Conclusions. Results for these three treatment approaches as practiced routinely across a range of NHS settings were generally consistent with previous findings that theoretically different approaches tend to have equivalent outcomes. Caution is warranted because of limited treatment specification, non-random assignment, lack of a control group, missing data, and other issues.

Keywords: Psychotherapy outcome, effectiveness study, comparing of psychotherapy approaches, Dodo's verdict

Einleitung

Die Kognitiv-behaviorale Therapie (CBT), die Personzentrierte Therapie (PZT) und die psychodynamische oder psychoanalytische Therapie (PDT) sind weithin einflussreiche Ansätze für Beratung und Psychotherapie. Jede dieser Richtungen umfasst eine Vielfalt an Techniken und sollte eher als eine ganze Familie von Behandlungsansätzen denn als ein spezifisches Behandlungsvorgehen angesehen werden. Dennoch unterscheiden sie sich voneinander hinsichtlich des Repertoires der üblichen Interventionen sowie ihrer Annahmen über die Natur und die Ursachen psychischer Erkrankungen. Und jede wird von denen, die sie ausüben, als weitgehend geeignet für die meisten der Probleme angesehen, die zur psychotherapeutischen Behandlung anstehen (Feltham & Horton, 2006; Gabbard, Beck & Holmes, 2005). Wir untersuchten die Ergebnisse von Behandlungen, die unterschiedlichen Vorgehensweisen dieser drei Ansätze entsprachen. 1309 Klienten und Klientinnen von 58 Einrichtungen für psychische Gesundheit des National Health Service (NHS) waren während eines Zeitraums von drei Jahren behandelt worden.

Für die Effizienz und Effektivität³ der CBT gibt es für ein breites Störungsspektrum eine Vielzahl von Belegen (z. B., Dobson, 1989; Hollon & Beck, 2004; Westbrook & Kirk, 2005). Demgegenüber wurden die Ergebnisse der beiden anderen Ansätze in weniger Studien systematisch überprüft, jedoch unterstützen die vorliegenden Belege ebenfalls die Effizienz und Effektivität von zumindest einigen Varianten des PZT (Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004; Greenberg & Watson, 1998; Goldman, Greenberg & Angus, in Druck; Ward et al., 2000) und der PDT (Leichsenring, 2001; Leichsenring & Leibling, 2003; Leichsenring Rabung & Leibling, 2004). Klinische Studien, die andere Ansätze vergleichen (z. B. Barkham et al., 1996; Elkin et al., 1989; Shapiro et al., 1994), und breit angelegte Übersichten

(z. B. Roth & Fonagy, 2004; Wampold, 2001) kamen zur Schlussfolgerung, dass *bona fide* Therapien, die häufig untersucht wurden, dazu tendieren, ähnlich effektiv zu sein. Das ist das Äquivalenzparadox: Viele Psychotherapien scheinen vergleichbar gute Ergebnisse zu haben trotz offensichtlich nicht äquivalenter Theorien und Techniken. Das Paradox wird als *Dodo-Verdikt* bezeichnet: „Alle haben gewonnen und alle haben einen Preis verdient“ (Carroll, 1865/1946, S. 28; kursiv im Original), das Psychotherapieforscher seit sieben Jahrzehnten zitieren (z. B., Beutler, 1991; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Rosenzweig, 1936; Seligman, 1995; Stiles, Shapiro & Elliott, 1986).

Trotz dieser Hinweise auf gleichwertige Ergebnisse vieler Behandlungsansätze gab die überwältigende Anzahl publizierter Forschung zur CBT (Roth & Fonagy, 2004; Wampold, 2001) dieser eine größere Glaubwürdigkeit als den anderen Ansätzen. Obwohl CBT eindeutig effektiv ist, ist ihre Dominanz mehr eine Funktion unterschiedlicher Forschungsaufmerksamkeit als ein Beweis für unterschiedliche Effektivität.

Unsere Studie befasste sich mit der Effektivität unterschiedlicher Behandlungsansätze, so wie sie in der Alltagspraxis angewendet werden, und stützt sich auf diejenigen Arten der Behandlung, wie sie von den Praktikern angewendet werden und wie sie die Klienten typischerweise erhalten. Die Logik der Effektivitätsforschung ist, dass die mit der fehlenden Randomisierung verbundene Gefahr einer nicht-zufälligen Zuweisung der Klienten zu den Behandlungsformen sowie die mangelnde Gewissheit, dass die Behandlungen in einer standardisierten Form durchgeführt wurden, ausgeglichen werden durch größere Wirklichkeitsnähe bzw. höhere externe Validität (s.a. Seligman, 1995). Unsere Studie versteht sich als Antwort auf die Forderung nach repräsentativen klinischen Studien (z. B., Shadish, Navarro, Matt & Phillips, 2000; Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph & Brody, 2003; Street, Niederehe & Lebowitz, 2000), die Routinebehandlungen heranziehen und Daten benützen, welche ursprünglich mehr für den administrativen Gebrauch als für Forschungszwecke erhoben wurden.

Unsere Nullhypothese war, dass es zwischen CBT, PZT und PDT, so wie sie in der psychotherapeutischen Praxis angewendet werden,

3 Anmerkung der Herausgeber: Unter "Effizienz" versteht man die Wirksamkeit eines therapeutischen Ansatzes unter den Bedingungen einer kontrollierten Studie, unter „Effektivität“ demgegenüber seine Wirksamkeit unter den Bedingungen des therapeutischen Praxisalltags.

keinen Unterschied in ihren Ergebnissen gibt. Wir überprüften die Effektivität durch Vergleich der Werte des *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* zu Beginn und am Ende der Behandlung (CORE-OM; Barkham et al., 2001, 2005; Evans et al., 2002).

Methode

Teilnehmer

Wir analysierten die Daten von 1309 Klienten, die CBT, PZT oder PDT erhalten und den CORE-OM zu Beginn und am Ende ihrer Behandlung ausgefüllt hatten. Die Daten wurden während des Verlaufs von drei Jahren (Januar 1999 bis November 2001) in 58 National- Health-Service-(NHS)-Einrichtungen erhoben, in denen Beratung und Psychotherapie angeboten wird und in denen die CORE-OM-Daten routinemäßig erhoben werden. Die 58 NHS-Einrichtungen trugen von 1 bis 111 Klienten bei (mdn=16,5; 24 der Einrichtungen trugen 20 oder mehr Klienten bei). Die Mehrzahl der Klienten (n=844; 64,5%) wurde in Beratungseinrichtungen der „primary care“⁴ behandelt, die übrigen in mehr spezialisierten psychologischen Diensten (n=286; 21,8%), in Einrichtungen der „secondary care“ (n=136; 10,4%) oder im tertiären/spezialisierten Bereich (n=43; 3,3%). Therapeutenmerkmale wurden nicht erfasst. Ausgehend von den 878 Klienten, bei denen die Identifizierungsnummern der Therapeuten vorlagen, behandelten 251 Therapeuten von 1 bis 29 Klienten (mdn=2; 15 Therapeuten behandelten 10 oder mehr Klienten).

Von den 1.309 Klienten waren 29,3% (n=383) männlich; 2,8% (n=36) waren jünger als 20 Jahre, 19,6% (n=257) zwischen 20 und 29 Jahre alt, 29,7% (n=389) zwischen 30 und 39 Jahre alt, 24,7% (n=323) zwischen 40 und 49 Jahre alt, 15,2% (n=199) zwischen 50 und 59 Jahre alt und 8,0% (n=105) über 60 Jahre alt. Die Klienten zeigten eine Vielzahl unterschiedlicher psychischer Probleme, wie sie für die Praxis der Dienste für psychische Gesundheit in der *primary care* typisch sind, zumeist Ängste, Depressionen, zwischenmenschliche und Selbstwert-Probleme. Fast die Hälfte der Klienten (n=638; 48,7%) nahmen zu Beginn der Therapie verschriebene psychotrope Medikamente ein, davon 88,7% Anti-Depressiva, 14,7% Anxiolytika/Sedativa und 4,7% Anti-Psychotika (viele nahmen mehr als einen Medikamententyp ein).

Messinstrumente

Outcome-Messung via Selbsteinschätzung: Die CORE-OM umfasst 34 Items, die sich auf Bereiche subjektiven Wohlbefindens, Symptome

(Ängste, Depressionen, körperliche Probleme, Traumata), das Funktionieren (allgemeines Funktionieren, nahe Beziehungen, soziale Beziehungen) und Risiko (Risiko für sich selbst, Risiko für andere) beziehen. Die Hälfte der Items richten sich auf Probleme mit geringerer Intensität (zum Beispiel „ich fühle mich ängstlich/nervös“) und die andere Hälfte auf Probleme hoher Intensität (zum Beispiel „ich empfinde Panik/Entsetzen“). Die Items werden auf einer 5-Punkte-Skala von 0 bis 4 eingeschätzt, bezeichnet mit *überhaupt nicht, selten, manchmal, oft* und *ständig oder meistens*. Die klinischen CORE-Scores werden als die Mittelwerte aller ausgefüllten Items berechnet und mit 10 multipliziert, wodurch klinisch relevante Unterschiede durch ganze Zahlen dargestellt werden (Leach et al., 2006). Damit können klinische CORE-Werte von 0 bis 40 reichen. Die Formulare werden als gültig angesehen, sofern nicht mehr als drei Items unbeantwortet waren (Evans et al., 2002). Die Reliabilitäten (Innere Konsistenz) für die 34-Item Skala der klinischen (n=713) und nicht-klinischen (n=1.009) Fragebögen waren jeweils .94 (Barkham et al., 2001). Die Test-Retest-Korrelation (*Spearman's rho*; mit einwöchigem Abstand) war bei einer studentischen Stichprobe (n=43) .90 (Evans et al., 2002).

Beurteilung durch die Therapeuten: Das CORE-Assessment (Mellor-Clark et al., 1999; Mellor-Clark & Barkham, 2000) enthält den Therapeuten-Beurteilungs-Fragebogen, der zu Beginn ausgefüllt wird, und den Therapieende-Fragebogen. Im Therapeuten-Beurteilungs-Fragebogen gaben die Therapeuten Informationen zur Überweisung, demographische Angaben zu den Klienten und Daten zu Art, Schwere und Dauer der vorgebrachten Probleme, wobei sie die folgenden 14 Kategorien verwendeten: Depression, Ängste, Psychose, Persönlichkeitsprobleme, kognitive/Lern-Schwierigkeiten, Essstörungen, körperliche Probleme, Süchte, Trauma/Missbrauch/Misshandlung, Verluste, Selbstachtung, zwischenmenschliche Probleme, Lebensbedingungen/Wohlbefinden und Arbeit/Studium.

Auf dem Therapieende-Formular gaben die Therapeuten an, welche Art(en) von Therapie angewendet wurde(n) – so viele wie zutreffend. Die Kategorien waren: psychodynamisch, psychoanalytisch, kognitiv, behavioral, kognitiv/behavioral, strukturiert/kurz, personenzentriert, integrativ, systemisch, unterstützend, Kunst und andere. Die Therapeuten vermerkten außerdem die Anzahl der Sitzungen und andere Aspekte der Behandlung.

Studienablauf

Datenerhebung: Alle Klienten, die bei den teilnehmenden Einrichtungen psychologische Begutachtung oder Therapie in Anspruch nahmen, wurden vor Beginn der Behandlung gebeten, einen CORE-OM-Fragebogen auszufüllen. Sie wurden der Behandlung und den jeweiligen Therapeuten so zugewiesen, wie es in diesen Einrichtungen üblich war. Die Einrichtungen wurden instruiert, bei der letzten Sitzung den Post-Behandlungs-CORE-OM-Fragebogen auszuhändigen;

⁴ Anmerkung der Herausgeber: Im englischen Gesundheitssystem werden bei Behandlungseinrichtungen je nach Grad ihrer Spezialisierung mehrere Stufen unterschieden.

das Timing und die speziellen Vorgehensweisen hingen davon ab, was für jede der Einrichtungen organisatorisch am besten geeignet war und wurden nicht eigens vermerkt. Die Therapeuten füllten den Therapeuten-Beurteilungs-Fragebogen nach der ersten Sitzung aus und den Therapieende-Fragebogen dann, wenn der Klient entlassen wurde oder nicht mehr zur Therapie kam. Die Datenerhebung erfolgte gemäß den Datenschutzbestimmungen für die Verwendung von routinemäßig erhobenen klinischen Daten. Die erhobenen Messdaten wurden von einem Datenverwaltungsdienst gesammelt und ohne die Angaben zur Identifizierung der Klienten an die University of Leeds zur Weiterverarbeitung geschickt. Jedem Klienten wurde eine einmalige Codeziffer zugeordnet.

Auswahl der Klienten: Von 10.351 Klienten, die in den genannten Einrichtungen während der drei Jahre der Datenerhebung behandelt worden waren und die mindestens einen CORE-OM oder CORE-Beurteilungs-Fragebogen ausgefüllt hatten, lieferten 3.051 sowohl gültige CORE-OM-Fragebögen, die sie vor und nach der Behandlung ausgefüllt hatten, und außerdem gültige von den Therapeuten ausgefüllte Fragebögen zum Therapieende. Aus diesen 3.051 Klienten bildeten wir anhand der Therapeutenangaben auf dem Fragebogen zum Therapieende sechs Behandlungsgruppen gemäß den angewendeten Therapieform(en). Die meisten Therapeuten gaben mehr als eine der 12 angegebenen Kategorien an ($M=2,06$; Reichweite [Range]=1 bis 10). Für den Zweck dieser Untersuchung klassifizierten wir die drei ins Auge gefassten Ansätze wie folgt:

- CBT = *kognitiv, behavioral* und/oder *kognitiv/behavioral*
- PZT = *personenzentriert*
- PDT = *psychodynamisch* und/oder *psychoanalytisch*.

Mit diesen ausgewählten Ansätzen definierten wir sechs Gruppen von Klienten. Drei bestanden aus den Klienten, deren Therapeuten die Therapie einem – und nur diesem – der Ansätze CBT, PZT oder PDT zugeordnet hatten. Die anderen drei Gruppen enthielten Klienten, deren Therapeuten einen der gewählten Ansätze und außerdem

eine Behandlungsform angaben, die nicht zum gewählten Ansatz gehörte (zum Beispiel *strukturiert/kurz, integrativ, systemisch, unterstützend, Kunst oder andere*), abgekürzt CBT+1, PZT+1 und PDT+1. Wir nahmen an, dass die letzteren drei Gruppen Vergleiche zwischen Ansätzen ermöglichen würden, die zwar sehr ähnlich, aber je nach Sichtweise irgendwie verwässert oder irgendwie erweitert waren.

Von den 3.051 Klienten mit vollständigen Daten erfüllten 1.309 die Bedingungen für eine der angegebenen sechs Gruppen. Die Häufigkeiten jeder Gruppe zeigt Tabelle 1.

Ergebnisse

Ergebnisse der Behandlungen in den NHS-Einrichtungen

Klienten in dieser Behandlungsform zeigten sehr beträchtliche Fortschritte, im CORE-OM-Verbesserungen von durchschnittlich 17,41 ($sd=6,52$; innere Konsistenz [Cronbach Alpha] = .93) auf 8,50 ($sd=6,27$), eine Differenz von 8,9 ($sd=6,81$). Die Effektstärke der gesamten Behandlung, berechnet als die Prä-Post-Differenz der Mittelwerte, dividiert durch die Standardabweichung des Prä-Therapiewerts, betrug 1,36.

Tabelle 1 zeigt für jede der sechs Gruppen die mittleren CORE-OM-Werte vor und nach der Behandlung, die durchschnittlichen im Laufe der Behandlung entstandenen Differenzen sowie die Effektstärken. Eine einfaktorische Varianzanalyse (ANOVA) zum Vergleich der sechs Gruppen vor der Therapie war nicht signifikant, $F(5, 1.303)=0,66$; $p=.654$, $\text{partial } \eta^2=.003$ (eta-quadrirt, ein Maß für Effektstärke, berechnet als Effektvarianz, geteilt durch Effekt- plus Fehlervarianz), was darauf hinweist, dass alle Gruppen die Behandlung bei einem vergleichbaren Ausmaß an Störung begonnen hatten.

Um die Behandlungsergebnisse zu überprüfen, rechneten wir eine ANOVA mit Messwiederholung (Messung vor vs. nach der Behandlung) mit dem Behandlungsansatz (CBT vs PZT vs PDT) und dem Reinheitsgrad (rein vs „+1“) als konstanten Faktoren. Die Ergebnisse zeigten einen sehr ausgeprägten Haupteffekt für die Behandlung der Klienten, $F(1, 1.303)=1.905,70$, $p<.001$, $\text{partial } \eta^2=.594$, was darauf hinweist, dass die Verbesserungen ohne Berücksichtigung der Behandlungsformen einen großen Varianzanteil bei den erhaltenen CORE-OM-Werten erklärt. Ein differenzieller Behandlungseffekt erscheint in der Analyse als Wechselwirkung zwischen Behandlungsform und Messzeitpunkt. Die Ergebnisse zeigen, dass der Effekt zwar signifikant, aber sehr klein war, $F(2, 1.303)=3,94$, $p=.020$, $\text{partial } \eta^2=.006$; keiner der post-hoc-Vergleiche zwischen den Gruppen-Mittelwerten war signifikant.

Der Vergleich der Effektivität der reinen versus den „+1“-Formen der Behandlung (die Wechselwirkung zwischen Reinheitsgrad und Messzeitpunkt) war ebenfalls

Tabelle 1: CORE-OM klinische Scores für Behandlungsgruppen: Prä- und Post-Therapie – Mittel sowie Unterschiede

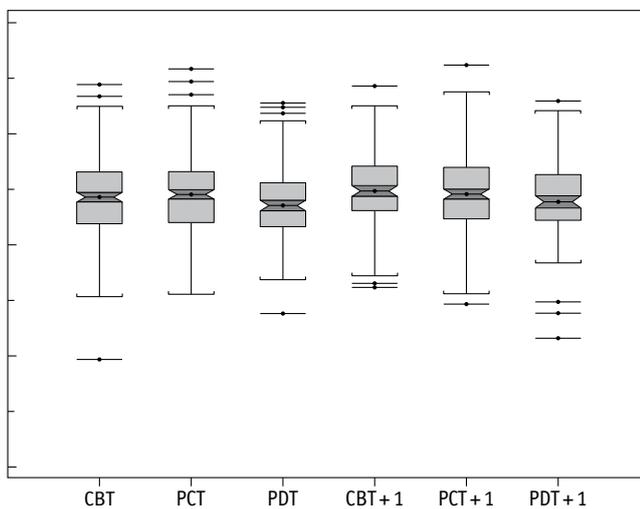
Behandlungsgruppe	n	Prä-Therapie		Post-Therapie		Prä-Post-Unterschied		Effektstärke
		Mittel	Sd	Mittel	sd	Mittel	sd	
CBT	298	16,9	7,0	8,1	6,4	8,9	7,1	1,27
PZT	332	17,6	6,6	8,9	6,1	8,7	6,6	1,32
PDT	122	17,6	6,3	9,9	6,8	7,7	6,4	1,23
CBT+1	181	17,9	6,3	7,9	5,6	10,0	6,5	1,59
PZT+1	249	17,3	6,4	7,8	6,3	9,5	6,9	1,48
PDT+1	127	17,3	5,9	9,1	6,3	8,2	6,9	1,38

Anmerkung: CBT=kognitive, behaviorale oder kognitiv-behaviorale Therapie; PZT=Personenzentrierte Therapie; PDT=psychodynamische/psychoanalytische Therapie; CBT+1=CBT kombiniert mit einer anderen Therapie; PZT+1=PZT kombiniert mit einer anderen Therapie; PDT+1=PDT kombiniert mit einer anderen Therapie.

signifikant, aber die Effektstärken gering, $F(1, 1.303)=4,02$, $p=.045$, $\text{partial } \eta^2=.003$. Die dreifache Interaktion zwischen Behandlungsansatz, Reinheitsgrad und Messzeitpunkt, die (bei Signifikanz) gezeigt hätte, dass je nach Behandlungsansatz dem Reinheitsgrad eine unterschiedliche Bedeutung zukommt, war nicht signifikant, $F(2, 1.303)=1,40$, $p=.248$, $\text{partial } \eta^2 < .001$.

In Abbildung 1 sind die Verteilungen der Prä-Post-Differenzen der klinischen CORE-OM-Werte für jede Gruppe als *Boxplots* abgebildet, die den Median, die mittleren 50% und die Grenzen der Verteilung anzeigen. Obwohl diese Veränderungswerte sich über einen weiten Bereich erstrecken (von -21 bis 32 von den möglichen CORE-OM-Werten von -40 bis 40), waren die Mediane vergleichbar und bei allen sechs Gruppen überschneiden sich die Verteilungen weitgehend.

Abbildung 1: Boxplots zur Darstellung der Prä-Post-Unterschiede in den CORE-OM-Werten



Behandlungsgruppen: CBT = kognitive, behaviorale oder kognitiv-behaviorale Therapie; PZT = Personzentrierte Therapie; PDT = psychodynamische/psychoanalytische Therapie; CBT+1 = CBT kombiniert mit einer anderen Therapie; PZT+1 = PZT kombiniert mit einer anderen Therapie; PDT+1 = PDT kombiniert mit einer anderen Therapie.

Ordinate: Prä-Post-Differenz im CORE-OM klinischen Score (-40, -20, 0, 20, 40).

Die Kerbe zeigt das 95% Konfidenzintervall um den Median. Die Boxen repräsentieren die mittleren 50% der Verteilung. Die Ränder zeigen die obere bzw. untere Grenze der Verteilung, wobei jene Fälle, die um das 1,5fache der quartilen Streuung oder mehr nach unten oder oben von der Box abweichen, als Ausreißer betrachtet werden und getrennt eingezeichnet sind.

Charakteristika der Klienten in den Behandlungsgruppen

Wir untersuchten das Geschlecht, das Alter, die durchschnittliche Zahl von angegebenen Problemen und die durchschnittliche Zahl von Sitzungen für die Klienten jeder Gruppe. Bezüglich des Geschlechts ergab sich eine etwas ungleiche Verteilung über die Gruppen hinweg, $\eta^2(5)=29,07$, $p < .001$, $n=1.309$, mit einem relativ höheren Prozentsatz männlicher Klienten in der CBT Gruppe (40,9%

versus 22,9–29,3% in den übrigen fünf Gruppen). Das Durchschnittsalter war in den sechs Gruppen ähnlich; eine einfaktorielle Varianzanalyse ANOVA war nicht signifikant $F(5, 1.303)=0,72$, $p=.607$, $\text{partial } \eta^2=.003$. Die Anzahl der Probleme der Klient/innen variierte über die Gruppen hinweg signifikant $F(5, 1.270)=13,76$, $p < .001$, $\text{partial } \eta^2=.051$, wobei etwas größere Häufigkeiten von Problemen den Klient/innen in den PDT und PDT+1 Gruppen zugeschrieben wurden (4,20 und 4,23 versus 3,13–3,86). Weiters fand sich eine kleine, aber signifikante Abweichung in der Zahl besuchter Sitzungen $F(5, 1.266)=8,90$, $p < .001$, $\text{partial } \eta^2=.034$, da Klienten der PDT durchschnittlich eine etwas höhere Zahl von Sitzungen aufwiesen als Klienten in anderen Gruppen (8,53 versus 5,62–6,52). Es wurde eine weitgehend ähnliche Verteilung von Problemen in jeder Gruppe behandelt, obwohl Klienten des Personzentrierten Ansatzes eine besondere Wahrscheinlichkeit aufwiesen, dass ihnen deren Therapeuten eine interpersonale Problemstellung zuschrieben.

Diskussion

Die untersuchten Therapien stellten sich als wirksam heraus, im Durchschnitt mit Effektstärken auf der CORE-OM, die vergleichbar sind mit solchen aus früheren Messungen bei Versuchen zur Wirksamkeit und Effektivität (Barkham et al., eingereicht). Die durchschnittlichen Unterschiede der drei untersuchten Ansätze, CBT, PZT und PDT, waren, obwohl statistisch signifikant, klein, insbesondere wenn man sie in Beziehung setzt zu den substantiellen Veränderungen im Verlauf der Behandlungen insgesamt. Die durchschnittliche Verbesserung – ungeachtet der Behandlung – erklärte in den CORE-OM-Scores – im Vergleich zu den differenzielleren Effekten der drei Ansätze – das Hundertfache der Varianz ($\text{partial } \eta^2$ von .594 versus .006). Wie Abbildung 1 zeigt, überlappten sich die Verteilungen der Veränderungs-Scores weitgehend, mit kleinen Unterschieden in den Gruppenmedienen. Alle Behandlungsgruppen hatten substantielle RCSI-Rates⁵, obwohl es einen fast signifikanten Trend zu einer niedrigeren Rate in der PDT-Gruppe gab. Zusammengefasst lässt sich sagen: Unsere Ergebnisse tendieren dazu, den Dodo-Effekt für diese drei Behandlungsansätze, wie sie üblicherweise über das Spektrum der NHS-Einrichtungen praktiziert werden, zu bestätigen.

Die verwässerten/erweiterten („+1“) Behandlungsgruppen wiesen im Durchschnitt geringfügig bessere Ergebnisse auf als die reinen Behandlungsgruppen dieser Stichprobe (siehe Tabelle 1), obwohl die Größe dieser Effekte ebenfalls sehr klein war ($\text{partial } \eta^2=.003$). Bezüglich des unterschiedlichen Grads an Reinheit, wie er in dieser Vergleichsstudie erhoben wurde, scheint die Verwässerung

⁵ Anmerkung der Herausgeber: „RCSI“ steht für „reliable and clinically significant improvement“. „RCSI-Rate“ gibt also den Anteil an Klienten wieder, deren Verbesserung sowohl statistisch verlässlich als auch klinisch bedeutsam ist.

von CBT, PZT oder PDT keine schlechteren Ergebnisse zu erbringen. Gleichzeitig lässt sich sagen, dass der Gewinn durch Erweiterung, obwohl nominell signifikant, zu klein war, um daraus klinische Empfehlungen abzuleiten. Die Ergebnisse innerhalb jeder Gruppe variierten stark (siehe Abbildung 1), was im Gegensatz zu den kleinen Unterschieden zwischen den Gruppen steht.

Unsere Ergebnisse erweitern die Forschungsergebnisse von Ward et al. (2000) und Barkham et al. (1996), die zeigten, dass die Gleichwertigkeit dieser Behandlungen innerhalb des NHS sowohl in der Alltagspraxis als auch in randomisierten Versuchsanordnungen beobachtet werden kann. Unsere Ergebnisse sind vielleicht für die Praktiker von PZT und PDT insoweit von besonderem Interesse, als ihre mit CBT vergleichbare Effektivität in der Alltagspraxis bisher wohl nicht gewürdigt wurde.

Einschränkungen

Die Grenzen unseres Designs, obwohl sie bei der Erforschung von Routinebehandlungen gang und gäbe sind, setzen der Interpretation der Ergebnisse Grenzen (Shadish et al., 2000; Westbrook & Kirk, 2005).

Beschränkte Spezifikation der Behandlungen

Wir hatten keine unabhängige Kontrolle darüber, ob oder wie die Therapeuten die von ihnen angegebenen Behandlung durchführten, und allerdings auch keine genauen Beschreibungen, was diese Behandlungen enthielten oder Angaben zu den Qualifikationen der Therapeuten. Die beobachteten, ungefähr gleichwertigen Ergebnisse könnten grundsätzlich an einem Mangel an Unterschieden in der Art, wie diese Behandlungen durchgeführt wurden, liegen. Ebenfalls könnte ein systematisches Versagen, eine Behandlung korrekt durchzuführen, der Grund dafür sein, dass sie sich nicht als überlegen erweisen konnte.

Andererseits wüssten wir keinen Grund, weshalb die Therapeuten den theoretischen Ansatz, nach dem sie arbeiteten, hätten falsch auslegen sollen. Die plausibelste Annahme ist unserer Ansicht nach, dass sie sich alle darum bemühten, den von ihnen angegebenen Ansatz umzusetzen. Um es anders auszudrücken, was auch immer dahinter stehen mag, diese Behandlungen repräsentieren die Art, wie CBT, PZT und PDT zur Zeit in diesen Settings innerhalb des britischen NHS praktiziert werden.

Natürlich sind sogar von Manualen geleitete Psychotherapien weit davon entfernt, standardisiert zu sein. Mehr noch als die meisten medizinischen Behandlungen müssen Psychotherapien den auftretenden Bedürfnissen verschiedener Klienten in einer Weise angepasst werden, wie dies in keinem Manual festgelegt ist, aber von der Fähigkeit und dem interpersonalen Reaktionsvermögen des Therapeuten abhängt (Hardy, Stiles, Barkham & Startup, 1998; Stiles, Honos-Webb & Surko, 1998).

Nicht-randomisierte Zuordnung der Klienten zu Behandlungsgruppen

Wir ordneten die Klienten den Behandlungen nicht randomisiert zu. Daher können wir selektive Zuweisungen als Erklärung für die Ergebnisse nicht ausschließen. Grundsätzlich könnte die beobachtete ungefähre Gleichwertigkeit der Therapieansätze eine nicht-randomisierte Zuordnung widerspiegeln, bei der die schwierigsten Klienten den effektivsten Therapien zugewiesen wurden und umgekehrt. Das könnte Ergebnisunterschiede ausgeglichen haben, die sich sonst gezeigt hätten. Allerdings gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen auf dem Prä-Behandlungs-CORE-OM, was darauf hindeutet, dass die Gruppen mit einem vergleichbaren Grad an Störung begannen (Tabelle 1).

Es gab Unterschiede in der Zusammensetzung der Klienten zwischen den Gruppen, bestehend in einem relativ größeren Anteil von Männern in der CBT-Gruppe, einer relativ größeren Anzahl interpersonaler Probleme in der PZT-Gruppe und einer relativ größeren Gesamtzahl von Problemen in der PDT-Gruppe. Wenn Klienten mit mehr Problemen eher der PDT zugewiesen worden wären, könnte das vielleicht die Tendenz erklären, dass sie mehr Sitzungen als die Klienten in den anderen Gruppen erhielten. Natürlich leiteten wir die Daten über die Anzahl und die Art der Probleme aus den Berichten der Therapeuten ab, und das könnte Unterschiede in der Fallkonzeptualisierung zwischen den verschiedenen Ansätzen wiedergeben.

Fehlen einer Kontrollgruppe

Obwohl die Prä-Post-Veränderungswerte wesentliche Verbesserungen anzeigen (siehe Tabelle 1 und Abbildung 1), gab es keine Vergleichsgruppe unbehandelter Klienten. Folglich können wir die Verbesserungen nicht mit Sicherheit der Behandlung zuordnen.

Kontrollgruppen sind in Alltagssettings oft nicht machbar. Es wäre ethisch schwer zu rechtfertigen, vergleichbaren Klienten, die beim NHS Hilfe suchen, die Behandlung vorzuenthalten. Und wenn man nur diejenigen Klienten in Betracht zöge, die damit einverstanden wären, sich randomisieren zu lassen, würde das die klinische Repräsentativität untergraben. In dieser Hinsicht ist es ermutigend, dass die Prä-Post-Effektstärken in diesen Therapien vergleichbar waren mit jenen, die in Effektivitätsstudien beobachtet wurden und bei denen die Überlegenheit zu Vergleichsgruppen beobachtet wurde (z. B. Ward et al., 2000). Man kann unsere Ergebnisse als ergänzend zu solchen Studien ansehen.

Fehlende Daten

Wie es in der alltäglichen Praxis typisch ist (z. B. Gilbert, Barkham, Richards & Cameron, 2005; Greasley & Small, 2005; Stiles et al., 2003), kamen viele Klienten, die einen Prä-Therapie-CORE-OM

ausgefüllt hatten, dann nicht zur Behandlung oder sie füllten nach der Behandlung keinen Fragebogen aus. Es gibt Belege dafür, dass von den Klienten, die behandelt wurden, diejenigen, die die Post-Behandlungsfragebögen ausfüllten, (a) mit ihrem Therapeuten mit größerer Wahrscheinlichkeit darin übereinstimmten, wann die Behandlung zu Ende sein sollte (Barkham et al., 2006) und (b) wahrscheinlich größere Verbesserungen während der Behandlung erzielten (Stiles et al., 2003) als Klienten, die die Fragebögen nicht ausfüllten. Unsere Ergebnisse sind daher vielleicht nicht übertragbar auf Klienten, die die Behandlung beenden, ohne einen Post-Behandlungsfragebogen auszufüllen.

Beschränkung auf eine einzige Messung per Selbsteinschätzung

Grundsätzlich sind auf der Selbsteinschätzung beruhende Messinstrumente anfällig für Verzerrungen. Klienten könnten vor der Behandlung ihre Störung übertrieben haben oder die Verbesserung aufgrund der Behandlung übertreiben. Das CORE-OM ist ein Breitband-Messinstrument und fokussiert nicht auf die spezifischen Probleme. Qualitativ verschiedene Ergebnisse der verschiedenen Behandlungen hätten sich vielleicht mit Hilfe spezifischerer Messinstrumente zeigen können.

Man könnte jedoch einwenden, dass in den meisten Fällen subjektive Symptome und Spannungen die Notwendigkeit für psychotherapeutische Behandlung begründen; in diesem Sinn könnte eine Selbsteinschätzung als ein Kriterium betrachtet werden. Wir stellen fest, dass der CORE-OM mit anderen Selbsteinschätzungsmessinstrumenten und Ratings von Klinikern, die weithin für die Messung von Psychotherapieeffekten verwendet werden, hoch korreliert (Leach et al., 2005, 2006; Cahill et al., 2006; Evans et al., 2002). Es wäre natürlich hilfreich und informativ, bei künftigen Forschungen zusätzlich „objektive“ Messungen zum Funktionsniveau zu berücksichtigen.

Zugehörigkeitsgefühl der Forscher

In einem Überblick zu Psychotherapie-Outcome-Studien berichteten Luborsky et al. (1999) dass das Zugehörigkeitsgefühl des

Untersuchenden zu einer therapeutischen Richtung (die Loyalität), wie sie durch Ratings früherer Publikationen, Ratings durch Kollegen und Selbsteinschätzungen erfasst worden waren, hoch mit den Ergebnissen der Behandlungen in den veröffentlichten Forschungsberichten korrelierte ($r = .85$, $p < .001$, $n = 29$ Studien). Der Erstautor der vorliegenden Studie hat Arbeiten zum Äquivalenzparadox veröffentlicht, so passt dieser Bericht gewissermaßen in das genannte Muster. Er hat gemeinsam mit dem fünften Autor ein besonderes Interesse am PZT-Ansatz. Der zweite Autor ist ein zugelassener CBT-Therapeut, der manualisierte Versionen von sowohl CBT als auch PDT in randomisierten Effektivitätsstudien veröffentlichte. Der dritte und der vierte Autor sind keine Therapeuten mit Abschluss, obwohl einer von ihnen zu einer Organisation gehört, deren Mitglieder vorwiegend PZT-orientiert sind.

Dodos Urteil und die Ansprechbarkeit

Ähnliche Ergebnisse, wie wir sie beobachtet haben, werden oft allgemeinen Beziehungsfaktoren zugeschrieben, wie zum Beispiel dem therapeutischen Bündnis, der Empathie und dem gemeinsamen Engagement (Norcross, 2002). Selbstregulationsprozesse können sich über Behandlungsansätze hinweg auswirken und äquivalente Ergebnisse ergeben, da Therapeuten und Klienten angesichts beschränkter Zeit und Ressourcen wechselseitig Verbesserungen optimieren (Stiles et al., 1998). Beispielsweise scheinen die Beteiligten die Therapiedosis so zu regulieren, dass eine gemeinsam als hinreichend angesehene Güte des Therapieergebnisses erreicht wird, indem sie entweder – sofern dazu die Möglichkeit besteht – die Anzahl der Sitzungen entsprechend anpassen (Barkham et al., 2006) oder indem sie, wenn die Anzahl der Sitzungen begrenzt ist, die Prozesse beschleunigen (Barkham et al., 2006). Diese Logik der angepassten Reaktionsbereitschaft spricht nicht gegen die theoretischen Darstellungen. Stattdessen spricht sie dafür, dass von ihnen allen brauchbare Vorstellungen und Verfahrensweisen zur Verfügung gestellt werden, die die Beteiligten verwenden, um angesichts der gegebenen Möglichkeiten und Grenzen das zu erreichen, was sie suchen – oder womit sie sich zufrieden geben.

Literatur

- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W.B., Miles, J.N.V., Margison, F., Evans, C. & Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 160–167.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Luccock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., Benson, L., Connell, J., Audin, K. & McGrath, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Towards practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 184–196.
- Barkham, M., Gilbert, N., Connell, J., Marshall, C. & Twigg, E. (2005). Suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings. *British Journal of Psychiatry, 186*, 239–246.
- Barkham, M., Rees, A., Shapiro, D.A., Stiles, W.B., Agnew, R.M., Halstead, J., Culverwell, A. & Harrington, V.M.G. (1996). Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: Replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1079–1085.
- Barkham, M., Stiles, W.B., Twigg, E., Connell, J., Leach, C., Luccock, M., Mellor-Clark, J., Bower, P., King, M., Shapiro, D.A., Hardy, G.E., Greenberg, L.S. & Angus, L. (eingereicht). Effects of psychological therapies in randomised trials and practice-based studies. Manuscript submitted for publication.
- Beutler, L.E. (1991). Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al.'s verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 226–232.
- Cahill, J., Barkham, M., Stiles, W.B., Twigg, E., Hardy, G.E., Rees, A. & Evans, C. (2006). Convergent validity of the CORE Measures with measures of depression for clients in cognitive therapy for depression. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 253–259.
- Dobson K. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 414–420.
- Elliott, R., Greenberg, L.S. & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 493–539). New York: Wiley.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., Mellor-Clark, J., McGrath, G. & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry, 180*, 51–60.
- Feltham, C. & Horton, I.E. (Eds.) (2006). *Handbook of counselling and psychotherapy*, second edition. London: Sage.
- Gabbard, G.O., Beck, J.S. & Holmes J. (Eds.) (2005). *Oxford textbook of psychotherapy*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Gilbert, N., Barkham, M., Richards, A. & Cameron, I. (2005). The effectiveness of a primary care mental health service delivering brief psychological interventions: A benchmarking study using the CORE System. *Primary Care Mental Health, 3*, 241–251.
- Goldman, R.N., Greenberg, L.S. & Angus, L. (in press). The effects of adding emotion-focused interventions to the therapeutic relationship in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*.
- Greasley, P. & Small, N. (2005). Evaluating a primary care counseling service: Outcomes and issues. *Primary Care Research and Development, 6*, 124–136.
- Greenberg, L.S. & Watson, J.C. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy-Research, 8*(2), 210–224.
- Hardy, G.E., Stiles, W.B., Barkham, M. & Startup, M. (1998). Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 304–312.
- Hollon, S.D. & Beck, A.T. (2004). Cognitive and cognitive behavioral therapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Garfield and Bergin's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 447–492). New York: Wiley.
- Leach, C., Luccock, M., Barkham, M., Noble, R., Clarke, L. & Iveson, S. (2005). Assessing risk and emotional disturbance using the CORE-OM & HoNOS outcome measures. *Psychiatric Bulletin, 29*, 419–422.
- Leach, C., Luccock, M., Barkham, M., Stiles, W.B., Noble, R. & Iveson, S. (2006). Transforming between Beck Depression Inventory and CORE-OM scores in routine clinical practice. *British Journal of Clinical Psychology, 45*, 153–166.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review, 21*, 401–419.
- Leichsenring, F. & Leibling, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1223–1232.
- Leichsenring F., Rabung, S. & Leibling E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry, 6*, 1208–1216.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D.A., Rosenthal, R., Krause, E.D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J.S. & Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 95–106.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that „Everyone has won and all must have prizes“? *Archives of General Psychiatry, 32*, 995–1008.
- Mellor-Clark, J. & Barkham, M. (2000). Quality evaluation: methods, measures and meaning. In C. Feltham & I. Horton (Eds.), *Handbook of counselling and psychotherapy* (pp. 225–270). London: Sage.
- Mellor-Clark, J., Barkham, M., Connell, J. & Evans, C. (1999). Practice-based evidence and standardized evaluation: informing the design of the CORE system. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health, 2*, 357–374.
- Norcross, J.C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Reynolds, S., Stiles, W.B., Barkham, M., Shapiro, D.A., Hardy, G.E. & Rees, A. (1996). Acceleration of changes in session impact during contrasting time-limited psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 577–586.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2004). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (second edition). New York: Guilford.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*, 412–415.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *American Psychologist, 50*, 965–974.

- Shadish, W. R., Navarro, A. M., Matt, G. E. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512–529.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S. & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioural and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 522–534.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J. & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies as practiced in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36, 555–566.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L. & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439–458.
- Stiles, W. B., Leach, C., Barkham, M., Lucock, M., Iveson, S., Shapiro, D. A., Iveson, M. & Hardy, G. (2003). Early sudden gains in psychotherapy under routine clinic conditions: Practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 14–21.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. & Elliott, R. (1986). „Are all psychotherapies equivalent?“ *American Psychologist*, 41, 165–180.
- Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P. & Brody, P. E. (2003). Are samples in randomized controlled trials of psychotherapy representative of community outpatients? A new methodology and initial findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 963–972.
- Street, L., Niederehe, G. & Lebowitz, B. (2000). Toward greater public health relevance for psychotherapeutic intervention research: An NIMH workshop report. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 127–137.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ward, E., King, M., Lloyd, M., Bower, P., Sibbald, B., Farrelly, S., Gabbay, M., Tarrier, N. & Addington-Hall, J. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: Clinical effectiveness. *British Medical Journal*, 321, 1383–1388.
- Westbrook, D. & Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: Outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1243–1261.

Autoren

William B. Stiles, Professor für Klinische Psychologie an der Miami University in Oxford, Ohio, USA; lehrte zuvor an der University of North Carolina at Chapel Hill, Gastlehraufträge an den Universitäten von Sheffield und Leeds in England, an der Massey University in Neuseeland und an der Universität von Joensuu in Finnland; früherer Präsident der „Society for Psychotherapy Research“ und Nordamerikanischer Herausgeber von „Psychotherapy Research“. Mitherausgeber von „Person-Centered and Experiential Psychotherapies“ und Associate Editor des „British Journal of Clinical Psychology“.

Michael Barkham, Professor für Klinische und Beratungspsychologie und Direktor des Psychological Therapies Research Centre an der Universität Leeds; Gastprofessor an den Universitäten von Sheffield und Northumbria in Newcastle; Präsident der Britischen Sektion der „Society for Psychotherapy Research“ (1993–96), Fellow of the British Psychological Society und zurzeit Mitherausgeber des „British Journal of Clinical Psychology“.

John Mellor-Clark, 15 Jahre lang aktiv tätig bei der Evaluation psychologischer Therapien und Beratungen; leitete die Entwicklung des CORE-Systems im Rahmen des Psychological Therapies Research Centre an der Universität Leeds; nach seinen Forschungsarbeiten nun Direktor of CORE Information Management Systems Ltd.

Mick Cooper, Professor für Beratung an der Universität von Strathclyde und UKCP-anerkannter Psychotherapeut, seine Arbeit ist von personenzentrierten, existenziellen, interpersonellen und postmodernen Ideen beeinflusst.

Kontaktadresse

William B. Stiles
Department of Psychology
Miami University
Oxford, OH 45056, USA
E-Mail: stileswb@muohio.edu

Maria McMillan & John McLeod¹

Der Prozess des Loslassens: wie Klientinnen Beziehungstiefe schaffen²

Zusammenfassung: Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung als einem zentralen Faktor in der Effektivität von Psychotherapie wird durch eine ansehnliche Zahl von Forschungsergebnissen unterstrichen. Jedoch wissen wir relativ wenig darüber, wie Klientinnen³ eine optimale therapeutische Beziehung erfahren. Das Modell der Beziehungstiefe, das Mearns und Cooper (2005) entwickelten, stellt einen wertvollen Rahmen zur Verfügung, um diesen Therapieaspekt zu erklären. Ziel der vorliegenden Studie war es, das Wissen über Beziehungstiefe zu erweitern, indem sie die Klientinnen-Perspektive untersucht. Es wurde eine qualitative Studie durchgeführt, basierend auf den Erfahrungen von 10 Beraterinnen als Klientinnen über einen Zeitraum von 33 verschiedenen Therapieepisoden. Die Analyse der Daten erfolgte unter Anwendung der „grounded theory“. Die Klientinnen-Perspektive, so wird aufgezeigt, unterscheidet sich beträchtlich von früheren Forschungsergebnissen, die sich mit der Therapeutinnen-Perspektive beschäftigten. Das, was diese Klientinnen über die erreichte Beziehungstiefe berichten, legt nahe, dass wirklich förderliche therapeutische Beziehungen durch die Bereitschaft gekennzeichnet sind, als Klientin „loszulassen“ und eine dauerhafte Beziehung mit der Therapeutin einzugehen. Die Beschreibungen der Klientinnen machten Aspekte von Verbundenheit in Beziehungen sichtbar, die Praktikern oft verborgen bleiben. Die Implikationen dieser Befunde für die Theorie der Beziehungstiefe und für die Praxis von Beratung und Psychotherapie werden diskutiert.

Schlüsselwörter: Klientinnen-Erfahrung, grounded theory, Beziehungstiefe, qualitative Forschung

Abstract: The process of letting go: client formation of relational depth. The significance of the therapeutic relationship, as a central factor in the effectiveness of psychotherapy, has been supported by a substantial amount of research. However, relatively little is known about how clients experience optimal therapeutic relationships. The model of relational depth, developed by Mearns and Cooper (2005), provides a valuable framework for making sense of this aspect of therapy. The aim of the present study was to widen the knowledge of relational depth by exploring it from the client's perspective. A qualitative study was carried out using ten counsellors' experiences as clients over a total of 33 different therapy episodes. Data were analyzed using a grounded theory approach. The client's perspective is shown to differ considerably from the findings of previous research into the therapist's perspective. The account of relational depth generated by these clients suggested that deeply facilitative therapy relationships are characterized by a willingness to 'let go' on the part of the client, and enter into an enduring relationship with their therapist. Clients' descriptions disclosed aspects of relational connectedness that may often be hidden from practitioners. The implications of these findings for the theory of relational depth, and for the practice of counselling and psychotherapy, are discussed.

Keywords: client experience, grounded theory, relational depth, qualitative research

In der heutigen Theoriebildung zu Beratung und Psychotherapie ist weithin anerkannt, dass die Beziehung zwischen der Therapeutin und der Klientin einen wesentlichen Anteil an der Effektivität von Therapie hat. Beziehungstiefe ist ein relativ neuer Begriff für einen Aspekt der therapeutischen Beziehung, den Mearns (1996) in die Debatte brachte und den er verwendete, um einen hohen Grad an „psychologischem Kontakt“ zu beschreiben: eine von Rogers' (1957)

notwendigen und hinreichenden Bedingungen für eine Veränderung durch Therapie. Beziehungstiefe ist daher konzeptuell zu unterscheiden von der Idee des „Arbeitsbündnisses“, die von Bordin (1979) eingeführt und durch die Forschungen von Horvath und anderen ausformuliert wurde (Martin et al., 2000). Die Theorie des Arbeitsbündnisses legt nahe, dass die Therapeutin-Klientin-Beziehung mit Hilfe dreier Dimensionen erfasst werden kann: Bindung, Ziele und Aufgaben. Er stellt die Beziehung als eine Form von Vertrag

1 Übersetzung: Margarethe Letzel

2 Eine frühere Version dieses Artikels wurde 2006 unter dem Titel „Letting go: The client's experience of relational depth“ in *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 4, 277–292 veröffentlicht.

3 Für einfachere Lesbarkeit wurde – statt der Doppelnennung von männlicher und weiblicher Form – die weibliche Form bei den Begriffen „Klient“ und „Therapeut“ gewählt. Es sind beide Geschlechter gemeint.

zwischen der Therapeutin und der Klientin dar, wobei es genügend Vertrauen braucht, damit ein Austausch von Rechten und Pflichten stattfinden kann.

Im Gegensatz zum Arbeitsbündnis-Modell gab es viele Therapie-theoretiker, die argumentierten, dass zwar manche Aspekte der Klientin-Therapeutin-Beziehung einen Vertrag zwischen Verbündeten enthalten, dass aber die Beziehung in vielen Fällen mehr ist als das (Clarkson, 1990; Gelso & Carter, 1985; Schmid, 2001). Und obwohl es viele kontroverse Vorstellungen darüber gibt, was es über das Bündnis hinaus noch gibt, ist doch all diesen Texten über die therapeutische Beziehung gemeinsam, dass die Intensität der Therapeutin-Klientin-Beziehung beiden Teilnehmenden gestattet, tiefere Facetten dessen zu erfahren, was es heißt, Mensch zu sein. Diese Perspektive ist es, die in der Theorie der „Beziehungstiefe“ formuliert wurde, die Mearns & Cooper (2005) entwickelt haben. In einer Reihe von Publikationen (Mearns, 1996; Mearns & Cooper, 2005; Cooper, 2005) schlagen sie vor, dass man Beziehungstiefe als einen Zustand tiefen Engagements und Kontakts verstehen kann, worin jede Person ganz real mit der anderen ist und dazu fähig, die Erfahrung der anderen zu verstehen und wertzuschätzen. Dazu kommt, dass sich Beziehungstiefe in einem dauerhaften Gefühl von Kontakt und Verbindung zwischen Klientin und Therapeutin widerspiegelt.

Der Gedanke der Beziehungstiefe gibt ein potenziell wertvolles Mittel zur Konzeptualisierung an die Hand, wie Therapeutin und Klientin auf ihrem Bündnis aufbauen können, um ein tieferes Ausmaß an Verbundenheit zu erreichen. Wichtig ist jedoch, zu sehen, dass, wie in der Arbeit von Mearns & Cooper (2005) ausgeführt, dieses Modell von einer Erfahrungsbasis getragen wird, die sich auf Therapeutinnen-Berichte zu Beziehungstiefe stützt und in erster Linie eine Konstruktion der Therapeutinnen-Erfahrung darstellt, die implizit Behauptungen zu den Erfahrungen der Klientinnen macht. Wenn man einen etwas breiter gefächerten Blick auf weitere Forschungsliteratur zur Klientinnen-Erfahrung der therapeutischen Beziehung wirft (z. B. Bachelor, 1995; Lietaer, 1992; Rennie, 1994; Bedi et al, 2005), wird offensichtlich, dass es bisher keine Forschung gab, die sich spezifisch mit der Erfahrung der Klientinnen von Beziehungstiefe oder dieser tiefen Verbundenheit auseinandersetzt. Das Ziel der vorliegenden Studie war es daher, die Sicht der Klientinnen zur Beziehungstiefe zu erforschen. Wir wollten herausfinden, ob Klientinnen in der Lage waren, ihre Beziehung mit ihren Therapeutinnen auf eine Art zu beschreiben, die das Vorhandensein von Tiefe erkennen lässt. Wir waren auch neugierig, ob die Erzählungen der Klientinnen über ihre Beziehungen zu Therapeutinnen eine neue Sicht auf das Phänomen der Beziehungstiefe ergeben würden.

Methode

Da es bisher keine Forschung zur Klientinnen-Erfahrung von Beziehungstiefe gibt, stellten wir uns unsere Studie als eine erste heuris-

tische Untersuchung dieses Phänomens vor. Es schien angemessen, zu versuchen, einige Konturen dieses Aspekts der Klientinnen-Erfahrung zu skizzieren, indem wir Leute, die Therapie erhalten hatten, baten, so geradeheraus wie möglich über ihre therapeutische Beziehung zu reden. Es war uns jedoch bewusst, dass die Erfahrung von Beziehungstiefe sich vielleicht direkter Beobachtung entzieht und als Teil der „unausgesprochenen“ Beziehung (Mearns, 2003) schwer in Worte zu fassen sein würde. Wir beschlossen daher, einen Weg zu finden, wie wir unsere Informantinnen darin unterstützen könnten, ihre Aufmerksamkeit auf dieses Phänomen zu richten. In einer Studie über die Therapeutinnen-Erfahrung zu Beziehungstiefe begann Cooper (2005) seine Interviews, indem er den Teilnehmenden eine Definition zu Beziehungstiefe vorlegte. Wir erwogen, diese Strategie zu übernehmen, entschieden uns dann aber dagegen, weil wir Gefahr laufen könnten, Annahmen über Beziehungstiefe zu suggerieren. Wir beschlossen daher, die Interviews so zu beginnen, dass wir die Teilnehmenden dazu einluden, ihre therapeutische Beziehung in allgemeinen Begriffen zu schildern, um zu sehen, ob die Beschreibung von Beziehungstiefe spontan erfolgte, und gingen dem nach, indem wir nach spezifischen Aspekten von Beziehungstiefe fragten, die Mearns & Cooper (2005) spezifiziert hatten. Details des Interviewplans werden weiter unten gezeigt.

Teilnehmende

Um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, Klientinnen-Berichte zu Beziehungstiefe zu erhalten, waren alle Teilnehmenden in dieser Studie Beraterinnen oder Psychotherapeutinnen, die zumindest zwei Phasen von Therapie absolviert hatten. Es gab eine Reihe von Gründen, wieso wir gerade diese Gruppe für die vorliegende Studie ausgewählt hatten. Erstens nahmen wir an, dass Therapeutinnen sensible Beobachter ihrer persönlichen Therapieerfahrung sein würden und daher in der Lage, über mögliche subtile Aspekte ihrer Wahrnehmung zur therapeutischen Beziehung zu berichten. Zweitens wären Informantinnen, die bei mehr als einer Therapeutin oder Beraterin in Therapie waren, in einer günstigen Position, „tiefe“ und „nicht tiefe“ Therapiebegegnungen zu vergleichen. Da dies drittens eine explorative Studie in einem möglicherweise sehr sensiblen Bereich war, wäre es auch vom Ethischen her sinnvoll, eine Gruppe von Teilnehmenden einzusetzen, die sehr gut in der Lage wäre, mit jeglichen aufwühlenden Folgen einer Interviewteilnahme fertig zu werden. Die Teilnehmenden wurden via Einladungen rekrutiert, die in den beruflichen Netzwerken der Forscher zirkulierten. 10 Beraterinnen nahmen an dieser Studie teil (vier Männer und sechs Frauen). Ihr Alter lag zwischen 39 und 64 Jahren, ihre Erfahrung als Beraterinnen reichte von „in Ausbildung“ bis zu 21 Jahren, und sie repräsentierten ganz verschiedene therapeutische Ausrichtungen. Zwei Teilnehmende beschrieben sich selbst als personenzentriert, eine Teilnehmerin als integrativ. Zwei weitere beschrieben sich als

personenzentriert, aber auch andere Richtungen einbeziehend. Eine Teilnehmende verwendete Transaktionsanalyse als grundlegende Methode und eine andere eine psychodynamische Orientierung. Die verbleibenden drei beschrieben sich selbst als Therapeutinnen bzw. Beraterinnen, die eine ursprünglich personenzentrierte Ausbildung in Richtung anderer Beratungsmodelle verändert hatten (wie narrative Therapie, Transaktionsanalyse und experienzielle Therapieformen). Alle Teilnehmenden waren Weiße mit typisch britischem Kulturhintergrund.

Fünf Teilnehmende hatten zwei Episoden persönlicher Therapie erlebt, eine Teilnehmende hatte drei erlebt, eine vier Episoden, während die restlichen drei fünf oder mehr Therapien erlebt hatten. Die Teilnehmenden erhielten Informationen über die Studie und füllten ein Formular aus, wodurch sie der Studienteilnahme zustimmten. Die Zustimmung einer Ethikkommission erhielten wir von einem University Research Ethics Committee. Wir schickten den Teilnehmenden zur Überprüfung Transkripte der Interviews zu, und wir gestatteten ihnen, Material zu löschen, das sie nicht im Rahmen der Studie analysiert haben wollten. Alle Namen und identifizierenden Informationen wurden in den Zitaten des vorliegenden Artikels verändert.

Vorgehen

Die Teilnehmenden wurden an verschiedenen Örtlichkeiten interviewt (universitäres Forschungszentrum; Beratungsräumlichkeiten, die die Teilnehmenden für die Arbeit mit Klientinnen verwendeten; das Zuhause der Informantinnen). Der Zweck der Studie wurde erläutert: eine Untersuchung, um herauszufinden, wie sich eine wirklich gute, tief verbundene Beziehung in einem Beratungskontext aus der Perspektive der Klientinnen anfühlt. Die Interviews waren halb strukturiert, es wurde eine Reihe offener Fragen, kombiniert mit Rückfragen, verwendet. Die Rückfragen sollten das Vorhandensein oder andere spezifische Aspekte von Beziehungstiefe untersuchen. Die Teilnehmenden wurden zuerst gebeten, eine Zeitlinie zur Geschichte der therapeutischen Episoden in ihrem Leben zu erstellen. Dann wurden sie gebeten, jede dieser therapeutischen Beziehungen, an denen sie teilhatten, zu beschreiben. Schließlich fokussierten wir im Detail auf die beste oder bedeutsamste dieser therapeutischen Beziehungen. An diesem Punkt des Interviews baten wir jede Teilnehmende, bedeutsame Momente intensiver Nähe und Verbundenheit dieser besonderen Beziehung zu beschreiben. Mit Hilfe von vertiefenden Fragen wollten wir eine weitere Exploration potenzieller Dimensionen von Beziehungstiefe in diesen besonderen Therapiebeziehungen fördern: wie sie sich selbst in der Beziehung erfuhren; ihr Bewusstsein über die Beziehung; ihr Gefühl von Verbundenheit; die umgebende Energie; Bewusstseinsveränderungen. Schließlich forderten wir sie auf zu vergleichen, wie sie eine solche Erfahrung von Beziehungstiefe als Klientin erlebten und wie

sie eine solche Erfahrung in ihrer Arbeit als Beraterin/Psychotherapeutin erfuhren. Das Ziel der Interviewstrategie war vor allem, detaillierte Berichte zu Beziehungstiefe aus dem Kontext anderer Therapieerfahrungen zu erhalten, an denen die Informantinnen teilgenommen hatten. Die Interviews wurden aufgezeichnet und dauerten zwischen 37 und 63 Minuten (Durchschnitt: 50 Minuten) und wurden vom ersten Autor transkribiert, dann von den Teilnehmenden bezüglich Genauigkeit überprüft.

Die Forschenden

MM war Studentin eines Master Programms im Personenzentrierten Ansatz für Beratung und hatte zwei Jahre Erfahrung als Beraterin. JM war ein personenzentrierter Berater und Tutor des Kurses. Er hatte 18 Jahre Erfahrung als Therapeut und war Forschungssupervisor für MM. Beide Forscher waren motiviert, diesem Thema nachzugehen, weil sie an diesem Modell zu Beziehungstiefe von Mearns & Cooper (2005) interessiert waren. Ihrer Erwartung, die auf ihren eigenen Erfahrungen beruhte, war, dass Beziehungstiefe sich als weniger wichtig für Klientinnen herausstellen könnte, als es für einige Therapeutinnen zu sein schien. Die Forscher arbeiteten als gleichberechtigte Co-Partner an der Datenanalyse.

Analyse

Die Analysemethode der „grounded theory“ wurde auf die Interviewtranskripte angewendet (Strauss & Corbin, 1990; Rennie et al., 1988). Ziel dieser Methode ist es, Rahmenbedingungen für das Verständnis der Klientinnen-Erfahrungen zu entwickeln; induktiv durch besondere Aufmerksamkeit gegenüber den Erfahrungen zur Bedeutung derselben zu gelangen. Der Forscher liest das Transkript sorgfältig, um die Einheiten potenzieller Bedeutsamkeit zu identifizieren, und ordnet dann diesen Einheiten mögliche Bedeutungen zu (offenes Kodieren). Die Codes, die sich daraus ergeben, werden durch einen Prozess konstanten Vergleichens in Hauptkategorien und Unterkategorien geordnet. Schließlich wird die thematische Einheit des Kategoriensystems als Ganzes in eine Kernkategorie gefasst, die den Gesamtzusammenhang des Phänomens für die Teilnehmenden trifft. In dieser Studie führte jeder Forscher das offene Kodieren der Transkripte für sich durch und konstruierte einen ersten Satz von Kategorien. Beide trafen sich dann, um Überschneidungen und Unterschiede in ihrer Analyse zu vergleichen. Nach diesem Gespräch arbeitete jeder Forscher das Interviewmaterial noch einmal durch und erstellte erneut einen modifizierten Satz von Kategorien. Dieser Zyklus wurde viermal wiederholt, bis ein akzeptabler Grad an Konsens erreicht war. Während dieses Prozesses wurden die Analysen Kollegen gezeigt, deren Kommentare weiteren Austausch und erneute Analyse anregten.

Resultate

Die 10 Teilnehmenden an dieser Studie beschrieben ihre Beziehungen mit insgesamt 33 Therapeutinnen. Die Dauer dieser Therapien reichte von drei Sitzungen bis zu vier Jahren. Einige dieser Therapien lagen schon 30 Jahre zurück, einige liefen gerade und viele hatten stattgefunden, bevor die Klientinnen in die Therapieausbildung eingetreten waren. Die Therapien wurden mit sehr verschiedenen Methoden durchgeführt. Die Mehrheit der Therapiephasen, die beschrieben wurden, hatten die Teilnehmenden deshalb begonnen, um mit persönlichen Sorgen und psychischen Problemen fertig zu werden, und weniger, weil es eine Ausbildungsvoraussetzung war.

Es zeigte sich ein Kontinuum von Beziehungen, das grob in drei Kategorien eingeteilt werden kann: *inadäquat – funktioniert nicht; adäquat – funktioniert, aber etwas fehlt; tief greifend förderlich*. Sieben der 10 Teilnehmenden berichteten, dass sie eine Beziehung erlebt hatten, die als *tief greifend förderlich* charakterisiert werden kann. Die restlichen drei berichteten von *adäquaten* Beziehungen, aber mit dem Empfinden, dass *etwas fehlte*. Es ereigneten sich jedoch „bedeutsame Momente von Tiefe“ in diesen Beziehungen, die für die Beziehung als ganz Ganzes atypisch empfunden wurden. Alle 10 Teilnehmenden berichteten zumindest von einer Therapiebeziehung, die von ihnen als *inadäquat* empfunden wurde.

Das Wichtigste und Bedeutsamste daran, wie wir Beziehungstiefe verstehen, wird ersichtlich, wenn man die Erfahrungen einer *tief greifend förderlichen* Beziehung untersucht und wie diese erreicht wurde. Daher konzentriert sich die Analyse, die unten dargestellt ist, auf diesen Bereich. Im Verlauf der Interviews sprachen die Teilnehmenden auch über eine Reihe anderer wichtiger Dimensionen ihres Engagements als Klientin: über ihre Erfahrungen mit Therapien, einschließlich derjenigen, die sie als *inadäquat/nicht funktionierend* oder *funktionierend, aber etwas fehlt* betrachteten; über ihre Erfahrung, interviewt zu werden und über ihre Erfahrungen mit Beziehungstiefe, während sie in der Rolle der Therapeutin, der Ausbilderin oder Supervisandin waren. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Kategorienstruktur nach der in dieser Studie vorgenommenen „grounded theory“-Analyse.

Die Bedeutungen, welche die Teilnehmenden in den Forschungsinterviews angaben, lassen sich kaum auf ein statisches Bild reduzieren, vielmehr spiegeln sie einen klaren, aber unausgesprochenen relationalen Prozess wider. Die Teilnehmenden schufen hoch nuancierte Berichte ihrer Therapieerfahrung. Insgesamt zeigen die Resultate, dass die Klientinnen sich auf einer Suche nach „Tiefe“ befinden, obgleich diese Beziehungsqualität wohl manchmal ebenso gleichermaßen gewünscht wie gefürchtet wird. Es wurde ein Prozess sichtbar, in welchem die Klientin aktiv versucht, genügend Sicherheit innerhalb der Beziehung für sich selbst zu schaffen, um es sich im Weiteren zu ermöglichen, „loszulassen“ und eine tiefere, verbundener Form, in Beziehung zu sein, zu erreichen.

Tabelle 1. „Grounded theory“-Analyse von Klientinnen-Erfahrungen zur therapeutischen Beziehung

Kernkategorie: Loslassen	N
<i>Kategorie 1. Eine tief förderliche therapeutische Beziehung erleben</i>	7
Bereit sein, sich auf die Therapeutinnen einzulassen	7
Von Anfang an wissen	4
Mit einem Satz glauben	4
Lernen, was ich von der Therapie will	3
„Herunter-Fahren“ hinderlicher Faktoren	3
Wissen, dass die Therapeutin bereit ist, sich auf mich einzulassen	7
Die Therapeutin als real sehen und nicht in einer Rolle	6
Die Therapeutin ist offen und anpassungsfähig	5
Die Therapeutin als fähig ansehen, mit meinem Material umgehen zu können	5
Die Therapeutin als kompetent ansehen	5
Die Therapeutin als eine Eltern-/Mutter-Figur sehen	6
Mit jemandem zusammensein, für den ich zähle	6
Unaufdringlicher Beratungsstil	4
Ihre ganze Aufmerksamkeit ist bei mir – sie ist präsent	4
Keine Mühe scheuen, um für mich da zu sein	2
Ein Gefühl, geliebt zu werden	2
Meine Bedürfnisse werden erfüllt	2
Nach innen schauen und sich mit persönlichen Themen auseinandersetzen	7
Eine einzigartige Erfahrung	6
Gefühl eines lebensverändernden Prozesses	5
Ehrlich sein	5
Lernen über mich/Momente der Erkenntnis	5
„Flow“-Erfahrung	4
Veränderter Bewusstseinszustand	3
Etwas, das schwer in Worte zu fassen ist	2
Auf einer intuitiven Ebene kommunizieren	2
Dauerhafte Präsenz	4
Gespräch mit der „Therapeutin im Kopf“ zwischen den Sitzungen	4
In einer nicht hilfreichen intensiven Beziehung sein	2
Extreme Emotionen gegenüber der Therapeutin empfinden	2
Die Beziehung zur Therapeutin ist zum zentralen Fokus der Therapie geworden	2
Die Therapeutin gibt mir nicht, was ich will	2
<i>Kategorie 2. Eine inadäquate Therapiebeziehung erleben</i>	10
Beschließen, aus der Beziehung zu gehen	10
Ärgerlich auf die Therapeutin sein	8
Ambivalenz in Bezug auf das, was geschah	8
Nicht über eine oberflächliche Ebene der Beziehung hinauskommen	8
Überkontrollierende Therapeutin	6
<i>Kategorie 3. Eine angemessene therapeutische Beziehung erfahren – funktioniert, aber etwas fehlt</i>	10
Grundlegende Beziehungskompetenzen von Therapeutin erhalten (Sicherheit, Akzeptanz, Unterstützung)	10

Beobachten, was ich sage und wie die Therapeutin antwortet	8
Der Therapeutin vertrauen	6
Die Therapeutin als distanziert erleben, in einer professionellen Rolle	6
Testen – riskieren, sich zu öffnen	5
Kategorie 4. Beziehungstiefe erfahren, in der Rolle als Therapeutin oder Ausbilderin	5
Sich über die Unterschiede zwischen Klientinnen- und Therapeutinnen-Erfahrung von Tiefe gewahr sein	3
Beziehungstiefe schätzen	2
Theoretisieren über das Konzept der Beziehungstiefe	2
Kategorie 5. Die Erfahrung, interviewt zu werden	10
Die Schwierigkeit, die richtigen Worte zu finden, um die Erfahrung von Tiefe zu beschreiben	8
Das Interview als eine Gelegenheit zu reflektieren	8
In Frage stellen, ob die Erfahrung von Beziehungstiefe stimmt	3

N – Anzahl der Teilnehmenden, die etwas zu dieser Kategorie beitrugen

Die Erfahrung von *adäquater* und *inadäquater* Therapiebeziehung

Die Beziehung, die als *angemessen, aber etwas fehlt* beschrieben wird, ist im Allgemeinen eine gute Arbeitsbeziehung, in der die Klientin all die grundlegenden Beziehungskompetenzen wie Wärme, Sicherheit, Fürsorge, Vertrauen und Unterstützung erfährt. Die Klientin fühlt sich in dieser Beziehung genügend sicher, um etwas zu riskieren und wird „testen“, indem sie sich der Beraterin versuchsweise zu dem Thema öffnet, über das sie am dringendsten sprechen möchte, aber welches sie gleichzeitig auch am meisten fürchtet. Es hängt davon ab, wie die Beraterin in dieser Situation wahrgenommen wird, wie sie auf das versuchsweise Risiko der Klientin und den Inhalt dieser Eröffnung reagiert, ob schließlich eine therapeutische Beziehungstiefe erreicht wird. Wenn die Beraterin als distanziert wahrgenommen wird und als jemand, der nicht in diese wechselseitige Dynamik mit einsteigt, dann scheitern die Verhandlungen, und die Klientin lernt, den Inhalt ihres Sich-Öffnens zu beschränken und zu überwachen. Eine Teilnehmende beschrieb das folgendermaßen: „ich war mir bewusst, dass ich in dem Zimmer saß und dass ich bewusst Dinge nicht zu ihr sagte, weil ich dachte, sie würde sie auf eine bestimmte Art interpretieren“ (Teilnehmerin 1). Es kann der Beziehung zunehmend an Ehrlichkeit mangeln und sie tendiert dann dazu, auf einer oberflächlichen oder demonstrativen Ebene abgehandelt zu werden, obwohl es Momente von Tiefe geben mag, wo die Achtsamkeit der Klientin nachlässt. In *inadäquaten* Therapiebeziehungen fühlten sich die Klientinnen von ihren Therapeutinnen typischerweise dominiert und kontrolliert oder sie empfanden ihre Unterhaltungen als im Grund oberflächlich. Unangemessene Beziehungen waren von Ärger und Frustration in Bezug auf die Therapeutin charakterisiert sowie durch ein frühes Therapieende.

Eine *tief greifend förderliche* therapeutische Beziehung erfahren

Nur sieben der 10 Teilnehmenden der Studie waren in der Lage, eine therapeutische Beziehung zu beschreiben, die sie als *tief greifend förderlich* erfahren hatten. Die Mehrheit der therapeutischen Beziehungen, an denen die Einzelnen teilgenommen hatten, waren daher nicht auf diese Art bedeutsam wahrgenommen worden (oder aktuell bedeutsam).

Es gibt signifikante Hinweise von mehr als der Hälfte derjenigen, die eine *tief greifend förderliche* therapeutische Beziehung erfahren hatten, dass sie von *Beginn an* wussten, dass sie eine spezielle Verbindung mit ihrer Therapeutin empfanden: im Extrem kann die Entscheidung, „loszulassen“, wie ein Vertrauensvorschuss empfunden werden. Zum Beispiel sagte eine der Teilnehmenden, dass „ich einfach ... entschied, dass ich vertrauen würde und ... diesen Kerl irgendwie lieben würde ... und mit den Konsequenzen leben würde“ (Teilnehmerin 1). Bei allen Teilnehmenden gab es dieses überwältigende Gefühl, dass die Klientin selbst eine Entscheidung treffen musste, sich dieser Beziehung zu überlassen und die Schutzmechanismen weg zu lassen: „als ob ich mein Misstrauen beiseite lassen könnte. Ich vermute, wenn ich mir überlege, dass ich das kann ..., ist es wie ein Gefühl von Ausdehnung, aber die Grenzen verschwinden ein klitzekleines bisschen und ich kann einfach ‚sein‘“ (A). Die Entscheidung, sich auf einer tiefen Ebene mit einer Therapeutin einzulassen, hängt vom Wechselspiel zweier Hauptfaktoren ab: *der Bereitschaft der Klientin, sich einzulassen, und der wahrgenommenen Fähigkeit/Bereitschaft der Therapeutin, sich einzulassen*. Die Bereitschaft sich einzulassen, bedeutete den entscheidenden Unterschied zwischen einer Beziehung mit Tiefe und Nicht-Tiefe: Wenn die Klientin nicht bereit, nicht willens oder nicht fähig war, sich auf eine Beziehung mit Tiefe einzulassen, oder wenn die Therapeutin als jemand wahrgenommen wurde, der nicht willens oder fähig war, dies anzubieten, dann schien sich das, was Klientinnen als hinderliche Faktoren beschrieben, „aufzuschaukeln“ – die Klientin fand Gründe, dass die Beziehung nicht funktionierte. Andererseits, wenn das Bedürfnis der Klientin, sich einzulassen, hoch war, dann beschrieb sie sich als jemand, der nach Gründen suchte, warum es funktionieren würde, und die hinderlichen Faktoren wurden „heruntergefahren“.

Innerhalb *tief greifend förderlicher* therapeutischer Beziehungen wurde die Therapeutin eher als *real und menschlich* als in erster Linie in einer professionellen Rolle wahrgenommen: „ich meine, ich muss wissen, dass die Person wirklich eine Verbündete ist und nicht einfach so tut als ob, vermute ich.“ (I) Die Therapeutin wurde auch als jemand wahrgenommen, *der bereit ist, keine Mühe zu scheuen*, indem er sich frei und auf einzigartige Weise innerhalb der Beziehung verhielt und bereit war, einfach das zu tun, was nötig war, die Klientin zu motivieren und auf ihre Bedürfnisse einzugehen.

„... es gab Zeiten, als ich über wirklich schwierige Dinge sprach und sie meine Hand hielt, und das war ... ich denke, ich stelle mir vor, dass das eine ziemlich riskante Sache für eine Beraterin ist, so etwas zu tun, da ich selbst eine Beraterin bin, wie Sie wissen, ich weiß, dass es eine riskante Sache wäre, so etwas anzubieten ... ähm ... und wissen Sie, sie ist eine solch professionelle Art von Mensch ... ähm ... ich weiß nicht, es war, ich weiß nicht, also, es war ... es ... ich hatte wirklich das Gefühl, dass sie sich um mich sorgte.“ (B)

Eine weitere therapeutische Schlüsselkompetenz war die, dass eine Therapeutin in der Lage war, für die Klientin das zu sein, was diese von ihr brauchte. In den Beziehungen, die durch Tiefe charakterisiert waren, wurden die Therapeutinnen als offen, empfänglich, anpassungsfähig und flexibel beschrieben, mit einem offensichtlich *unaufdringlichen Beratungsstil*. Im Gegensatz zu der Erfahrung des Nicht-Aufdringlichseins stand Über-Kontrolle: Eine dominierende Therapeutin scheint für ihre Klientinnen die Möglichkeit zu Tiefe zu zerstören.

Über die Hälfte der Informantinnen berichtete von einem *überdauernden Gefühl der Anwesenheit der Therapeutin* oder von einem überdauernden Gefühl von Verbundenheit mit der Therapeutin zwischen den Sitzungen. In den meisten Fällen wurde es so empfunden, dass diese bleibende Verbindung für die Klientin als *eine innere Ressource* zugänglich war, wenn sie schwierige Situationen zu meistern hatte:

„sogar wenn ich nicht bei ihr war, war es fast als ob ... wissen Sie ... sie war im Hintergrund bei mir, und wenn ich in schwierigen Situationen war, zum Beispiel erinnere ich mich, dass ich meine drei Kinder für die Ferien irgendwo in den Süden fahren musste, und dass ich wirklich ziemlich Angst davor hatte und ... ähm ... die Art, wie ich damit fertig wurde, weil ich sie ... irgendwie ... in meinen Gedanken und ... und ... ähm ... ähm ... das gab mir die Art von Anstoß, die Art von ... ähm ... wann immer ich meine Angst ansteigen spürte. Und ich diese zweiseitigen ... entlangfuhr ... tatsächlich waren es drei verschiedene Arten von zweiseitigen Fahrspuren, Sie wissen schon, wie es da unten im Süden ist, auf diesen zweiseitigen Straßen zu fahren, ... ich fand es grässlich ... aber einfach indem ich an meine Beraterin dachte, entspannte mich das ... und versetzte mich in die Lage, damit fertig zu werden.“ (F)

„Ich höre manchmal immer noch ihre Stimme, in meinem Kopf ... wissen Sie, ich denke immer noch, ‚was Jane sagen würde‘.“ (A)

Das Phänomen eines überdauernden Gefühls von Verbundenheit ist ein wesentliches Unterscheidungs- und Qualitätsmerkmal zwischen den therapeutischen Beziehungen, die zwar als *funktionierend* erlebt wurden, *aber* bei denen *etwas fehlte*, und jenen, die durch das

Vorhandensein von Beziehungstiefe charakterisiert waren. Bei Ersteren berichteten Teilnehmerinnen, dass sie sich daran erinnerten, was ihre Therapeutin während der Sitzungen gesagt hatte, wohingegen in Letzteren die Therapeutin als eine aktive, lebendige Ressource zwischen den Sitzungen wahrgenommen wurde (und dies sogar noch nach Therapieende).

Zwei der sieben Teilnehmenden, die Therapieerfahrungen mit Beziehungstiefe schilderten, berichteten, dass diese Beziehungen mit der Zeit für sie problematisch wurden, und zwar in dem Sinn, dass sie in einer *nicht hilfreichen Weise intensiv* wurden. In diesen Therapien wollten die Personen mehr von ihrer Therapeutin und nahmen die Therapeutin als jemanden wahr, der ihnen etwas vorenthielt. Diese Erfahrungen wurden mit starkem Gefühlsausdruck in Verbindung gebracht und mit einer Veränderung, was den Fokus der therapeutischen Arbeit anging, so dass die Beziehung selbst das Hauptthema der Gespräche wurde. In einem der Fälle wurde die Spannung, die innerhalb der Beziehung entstand, schließlich aufgelöst. Im anderen Fall wurde die Spannung nie ganz aufgelöst, und das ließ bei dieser Person ein Gefühl von Unzufriedenheit mit dem Ergebnis der Therapie zurück.

Loslassen

In vielen der Interviews bezeichneten die Teilnehmenden das Erreichen von Beziehungstiefe als einen Prozess. Verschiedene Informantinnen beschrieben sich selbst während der Therapie als häufig „an der Grenze“ zu tiefer Verbundenheit. Bevor sich die Klientin jedoch in eine *tief greifend förderliche* Beziehung mit der Therapeutin begeben kann, so zeigt die Forschung, muss sie zuerst in der Lage sein, „loszulassen“. Obwohl es nicht immer konkret benannt wird, was „Loslassen“ ist, haben alle Teilnehmenden das überwältigende Gefühl, dass die Klientin, um Tiefe zu erreichen, die Entscheidung treffen muss, sich der Beziehung zu überlassen, die abwehrbereite Haltung aufzugeben und sich dem Vertrauen in die Therapeutin zu überlassen.

„Aber mit ihr fühlte ich ... damals ... irgendwie... eine Art von Aufgeben ... irgendwie total ... fast wie wenn ... es war mehr als wenn sonst jemand zuhört ... und einfach sagt ... oh ja, es ist in Ordnung, es ist alles gut ... es war mehr als das.“ (D)

„es ist, als ob ich meine Schutzstrategie fallen lassen kann. Ich nehme an, wenn ich so darüber nachdenke, kann ich ... es ist wie ein Gefühl der Ausdehnung, aber die Grenzen verschwinden ein klitzekleines bisschen und ich kann einfach ‚sein‘ ... mhmhm ja.“ (A)

„Fast wie wenn ich auf eine Art etwas loslassen würde, wie wenn ich ein wirklich schmerzliches Gefühl rauslassen würde ... ähm, es war eine intensive Körpererfahrung ... äh ich fühlte mich danach erleichtert. Ich fühlte mich leichter.“ (C)

Die Entscheidung

Die Entscheidung „loszulassen“, scheint vom Wechselspiel zweier Hauptfaktoren abzuhängen: „der Bereitschaft der Klientin, sich einzulassen“ und „der wahrgenommenen Fähigkeit/Bereitschaft der Therapeutin, sich einzulassen“. Es gibt allerdings deutliche Hinweise, dass diese Entscheidung sehr früh getroffen werden kann und oft bereits in der ersten Sitzung fällt, wenn die Klientin zur Überzeugung gelangt oder intuitiv erfasst, dass die Therapeutin fähig ist, sich mit ihr zu verbinden. Über die Hälfte der Teilnehmenden, die von Beziehung mit Tiefe berichteten, beschrieben, dass sie „von Anfang an wussten“, dass sie mit der Therapeutin in Verbindung waren, bis zur extremen Erfahrung, dass diese Entscheidung, „loszulassen“, wie ein Vertrauensvorschuss sein konnte.

„Es gab keinen Paulus auf dem Weg nach Damaskus ... es sei denn, es war der Beginn ... als ich mich einfach ... entschloss, dass ich vertrauen würde und ... diesen Kerl irgendwie lieben würde ... und mit den Konsequenzen leben würde.“ (E)

„Ich wusste einfach instinktiv, dass sie in der Lage sein würde, mit all dem fertig zu werden, es irgendwie schaffen würde und für mich hilfreich sein würde. Und wie ich das wusste, das weiß ich nicht ... ich weiß es nicht.“ (F)

Sicherheit finden

Die Entscheidung „loszulassen“ hat ihren Ursprung sowohl in der Bereitschaft der Klientin, sich einzulassen, als auch darin, dass die Therapeutin als jemand wahrgenommen wird, der geeignet ist. Allerdings zeigt diese Forschungsuntersuchung, dass bei Klientinnen, die nicht bereit, willens oder fähig sind, sich in eine Beziehung mit Tiefe einzulassen, die hinderlichen Faktoren „hinauf-geschaukelt“ werden – die Klientinnen scheinen dann Gründe zu finden, dass es nicht funktioniert. Andererseits, wenn das Bedürfnis der Klientin, sich einzulassen, hoch ist, scheint sie nach Gründen zu suchen, warum es funktionieren sollte. Es gibt dann ein Empfinden, dass die Klientin wünscht oder will, dass es eine Verbindung mit der Beraterin gibt und dass die Beraterin die richtige Person für ihre Bedürfnisse sein soll. Nur dann, wenn die Therapeutin etwas tut, um „die Sache zu stören“ oder diesen Glauben zu verhindern, nur dann scheitert diese Verbindung.

„Ich wollte ... ich meine, ich ging in die Therapie um ... wissen Sie ... äh ... einen guten Vater zu finden ... und ... wissen Sie ... er ... das ist, was ich suchte ... und er schloss die ... er passte irgendwie, die Situationen, in denen er kein guter Vater war, waren ... waren offensichtlich ... unzählige, aber es ist nicht klar, was er machte ... dass dies möglich wurde ... ich glaube ... es war vielmehr das ... dass ich es glauben wollte.“ (E)

„Sie war meine Mutter und sie war wie ... ich meine, ich habe keine Ahnung, wie sie war ... wissen Sie, in ihrem persönlichen Leben ... aber ich hatte sie als eine ideale Mutter ... eine ideale Großmutter.“ (G)

Es gibt zwei wesentliche und eng miteinander verwandte Charakteristika, welche die Klientin in der Therapeutin sieht, die sie befähigen, „loszulassen“; das erste Charakteristikum ist, dass die Therapeutin viel eher als real und menschlich, denn als in einer professionellen Rolle erfahren wird: die Therapeutin wird als jemand gesehen, der frei und einzigartig innerhalb der Beziehung handelt, der bereit ist, das zu tun, was immer die Klientin braucht, um sich einzulassen und ihr all das zu geben, was sie braucht.

„ja ... aber auch akzeptiert zu werden ... wirklich wohl in meiner Haut zu sein ... ich meine, ich muss wissen, dass die Person wirklich eine Verbündete ist und nicht einfach schauspielert, vermute ich.“ (J)

„ich gebe viel, aber sie gibt auch viel von sich selbst ... ohne dass sie etwas über sich selbst sagt ... aber auf eine Art ist sie bereit ... ähm ... mit mir an einen wirklich tiefen Ort zu gehen.“ (C)

„wenn ich heute zurückschaue ... gibt es ein Gleichgewicht zwischen meinem Willen und meiner Bereitschaft ... aber das könnte wahrscheinlich ... ganz unabhängig davon, wie bereit oder wie sehr ich willens bin ... sie muss ... sie muss das irgendwie zurückgeben.“ (D)

Das zweite Charakteristikum ist mit dem ersten dahingehend eng verwandt, was anscheinend nötig ist, damit die Klientin sich einlässt, und was nötig ist, um ihren Bedürfnissen gerecht zu werden. Auf Seiten der Therapeutin heißt das, in der Lage zu sein, „das zu sein, was die Klientin von der Therapeutin braucht“. In der Beziehung, die durch Tiefe charakterisiert ist, wurden die Therapeutinnen als offen, empfänglich, anpassungsfähig und flexibel beschrieben – mit einem unaufdringlichen Beratungsstil. Eine dominierende Therapeutin zerstört anscheinend für die Klientinnen die Möglichkeit zu Tiefe.

Wie die Mutter

Eines der bemerkenswertesten Ergebnisse in dieser Studie ist, dass mit Ausnahme einer der Informantinnen alle die Therapeutin als „Elternteil“ beschrieben. Über die Hälfte aller Informantinnen sagten über die Therapeutin, dass sie wie eine gute oder ideale Mutter sei. Dieses Resultat – so kann man interpretieren – entsteht aus der Beziehungsdynamik, in der beide Parteien dazu beitragen, dass die Klientin die Therapeutin als Mutter wahrnimmt. Die natürlichen Fähigkeiten und die Menschlichkeit der Beraterin leisten sehr viel,

um die Wärme, Sicherheit und die Unterstützung zur Verfügung zu stellen, die die Klientin braucht, um Sicherheit zu finden. Es scheint jedoch so, dass die Klientin ebenfalls aktiv daran beteiligt ist, die eigene Sicherheit zu gestalten. Wie oben beschrieben, gibt es Hinweise, dass die Klientin ihre eigenen Bilder, Wünsche und Fantasien bezüglich Bedürftigkeit, Erfüllung und Sicherheit in die Beziehung mitbringt, und diese werden dazu verwendet, um die Lücken zu füllen oder das Bild zu komplettieren. Wenn die Therapeutin als offen, empfänglich und anpassungsfähig wahrgenommen wird, wird die Klientin nicht daran gehindert, für sich selbst die Bedingungen optimaler Sicherheit zu finden, die ihr ermöglichen, „loszulassen“.

„... ähm, es ist nichts, was einfach von der Therapeutin kommt ... ähm, mir ist klar, dass es für mich wichtig ist, dass ich die Dinge bei der Therapeutin finde, die es mir ermöglichen, mich in Verbindung zu setzen und mich sicher zu fühlen und damit aufzuhören zu schauspielern oder damit aufzuhören, eine Rolle zu sein oder damit aufzuhören, mir Sorgen zu machen, wohin das alles führt und einfach zu sein ...“ (J)

„also ... ich glaube, ich sah in ihm ... ich sah ... ich nahm an oder sah ihn als jemanden ... sowohl sicher und geborgen ... und als ... so einhüllend wie mein ... wie mein Großvater war.“ (E)

Keine der Informantinnen verglich die Therapeutin mit der eigenen realen Mutter, mehr mit einem Bild von der Mutter, die man sich wünschte, und mit der ein tiefes Gefühl von Sicherheit, Fürsorge, geliebt, verstanden und unterstützt zu werden, einhergeht.

„Ich vermute, dies sind die Momente, die sich warm und sicher und ähm ... gehalten ... ähm ... emotional ... ähm ... ja ... ja es ist irgendwie ... fühlt sich an wie eine ...

... eine gute Mutter ist da, wissen Sie ... die liebe Mama ist da, um dich sicher und warm zu halten ... was vielleicht nur eine Fantasie ist und überhaupt nicht das, was gerade passiert ... dann.“ (J)

„... ich sehe sie als eine Art Mutterfigur ... nur dass ich in Tat und Wahrheit keine solche habe ... also ist das die ideale Art von Mutter.“ (B)

„Ich sehe sie weiterhin wie eine Mama ... die Mama, die ich gerne hätte ... und daher war es wirklich hilfreich.“ (G)

Es dreht sich alles um mich

Was zu geschehen scheint, ist, dass man in die Sicherheit und Geborgenheit in der Beziehung zu vertrauen scheint, vielleicht weil sie durch die eigenen Bilder der Klientin ergänzt wird. Sie wird als garantiert angenommen und muss nicht ständig von der Klientin überprüft werden. Weil die Klientin von allen Sorgen und Ängsten in Bezug auf die Therapeutin und die Beziehung losgelassen hat,

kann ihre Aufmerksamkeit voll auf ihre Aufgabe in der Therapie fokussiert sein – nach innen zu schauen und sich mit ihren Themen zu beschäftigen.

„Ich gebe mir selbst Platz ... es ist, als ob ich mich erweitere, denke ich, und es ist o.k., auf meinen eigenen Kram zu schauen und mir selbst diese Zeit zu geben, ... und es ist seltsam, da ist diese andere Person da draußen, aber das umfängt mich auch, den Raum ... es ist, als könnte ich meinen Schutzschild weglassen.“ (A)

„... in dem Moment, bin ich mir der Beziehung oder irgendwelcher Gedanken überhaupt nicht bewusst, weil ich einfach in der Emotion und in den Gefühlen, die mit dieser Emotion verbunden sind, gefangen bin ...“ (C)

Obwohl die Beziehung für die Therapiearbeit von vitaler Bedeutung ist, zeigen die Resultate, dass sie ziemlich eindeutig nicht Teil des Aufmerksamkeitsschwerpunkts der Klientin ist, außer wenn die Beziehung nicht gut ist oder wenn die Art der Klientin, in Beziehung zu treten, zum Fokus der therapeutischen Arbeit wird. Vielleicht, weil die Aufmerksamkeit der Klientin nach innen gerichtet ist, schildern ohne Ausnahme alle Teilnehmenden, wenn sie nach einem bezeichnenden oder bedeutungsvollen Moment intensiver Verbindung in dieser Beziehung gefragt werden, dann einen Moment der Selbsterkenntnis. Die Teilnehmenden erfuhren die Therapeutin als jemanden, der die Tiefe der Verbindung zu ihren eigenen Themen förderte. Wie es eine Teilnehmende beschrieb: „ich würde sagen, dass die Beziehung, die wir hatten, von vitaler Bedeutung dafür war, was geschah. Wenn wir diese nicht gehabt hätten, wäre es ein Rohrkrepierer gewesen.“ (D)

Tiefe Verbundenheit

Es gibt deutliche Aufschlüsse, dass die Klientin in dieser Beziehung tiefe Zustände von „flow“ erreicht; es gibt Hinweise, dass die Klientin einen veränderten Bewusstseinszustand bezüglich Zeit, Realität und der Grenzen des Selbst erleben kann, und weiters ein Gefühl, in den eigenen Themen aufzugehen, sowie auch das Bewusstsein, auf einer „anderen“ Ebene mit der Therapeutin zu kommunizieren. Von allen Informantinnen wurde diese Art von Erfahrung als schwer in Worte zu fassen beschrieben. Obwohl die Beziehung und die Therapeutin nicht mehr Teil des bewussten Fokus der Klientin sind, sobald die Klientin Tiefe erreicht hat, bedeutet dies nicht, dass die Therapeutin nicht Teil davon wäre, was sich für die Klientin – in weiterer Folge – ereignet. Informantinnen zeigten durch nahe und spezifische Fragen entlang der erlebten Grenzlinien ihrer eigenen Existenz in diesem Zustand von „flow“ eine sehr tiefe Verbindung zur Therapeutin und ein Bewusstsein über deren Präsenz.

„Wenn Sie sagen, dass ich eigentlich meine ... dass wir die beiden einzigen Menschen in der Welt waren ... dass wir einfach zusammen eingeschlossen waren ... und dass sie für mich da war ... und ... da ... war ... *niemand anderer* da ... ich war total in diese kleine Welt mit ihr versunken ... also ... also ... alles andere ... nichts anderes geschah sonst ... da waren nur ich und sie ... im Zimmer.“ (G)

„es ist schwierig zu beschreiben. ... ich kann diese andere Person sehen, ... aber es gibt ein Gefühl von Unterstützung, das durch alles hindurch geht. ... es ist nicht wie Reden zum Beispiel ... so ist es nicht ... Sie sind dort und ich bin hier. Wir sind beide zusammen' *da* ... ähm ... ja, mehr fällt mir dazu nicht ein.“ (A)

„... ja, es muss wie ein Fließen von ... von ähm ... Verbundenheit ... ein Fließen von ihrem Gefühl und meinem Gefühl ... tatsächlich gibt es nicht viel Unterschied. Irgendwie gibt es ein Verstehen.“ (D)

„... fast wie wenn die Grenzen wegschmelzen würden ... und ... ähm ... man redet miteinander ... miteinander ... ähm ... auf einer anderen Ebene.“ (F)

Dieses Gefühl von Bewusstheit, welches die Klientin von der Gegenwart der Therapeutin hat, während sie auf ihre eigenen Themen konzentriert ist, scheint über die Zeit hinweg noch eine weitere Dimension zu haben. Über die Hälfte der Informantinnen berichteten von einem dauerhaften Empfinden der Gegenwart der Therapeutin oder von einem dauerhaften Gefühl von der Verbindung zur Therapeutin zwischen den Sitzungen. In den meisten Fällen wurde dieses dauerhafte Gefühl von Verbindung als eine innere Ressource der Klientin empfunden, zu der sie Zugang hatte, wenn sie mit schwierigen Situationen konfrontiert war. Vor allem ist diese Beziehung von Tiefe anscheinend durch Ehrlichkeit und Verstehen charakterisiert; die Beziehung wurde von allen, die sie erfuhren, als einzigartig wahrgenommen und als etwas, das einen das Leben erweiternden intrinsischen Wert hat, der weit über den offensichtlich funktionalen und unmittelbaren therapeutischen Wert hinaus reicht.

Diskussion

Es ist wichtig, die Grenzen dieser Studie zu sehen. Sie wurde mit einer relativ kleinen Stichprobe durchgeführt, die aus einer kulturell homogenen Gruppe von Menschen im Osten von Schottland gezogen worden war. Verschiedene Stichproben von Klientinnen hätten wahrscheinlich eine weitere Zahl von Geschichten der Erfahrungen mit therapeutischer Beziehung ergeben. Die Strategie, Studienteilnehmerinnen zu rekrutieren, die mehrere Erfahrungen mit Therapie gemacht hatten, und diese einzuladen, die Geschichte ihrer Therapieerfahrungen in Form einer Zeitlinie darzustellen, erwies sich als

eine effektive Methode, um bedeutsame oder optimale Therapiebeziehungen zu identifizieren, die die Person festmachen konnte, indem sie sie mit weniger effektiven Therapieerfahrungen verglich. Diese Methode war vergleichbar mit dem Ansatz, den Geller, Norcross & Orlinsky (2005) gewählt hatten, um reichhaltige Berichte über Therapieerfahrungen von einer Gruppe prominenter Exponenten der Therapieszene zu erhalten (Dryden, 2005; Geller, 2005; Hill, 2005). Dass Therapiepraktiker sich von Nicht-Therapiepraktikern unterscheiden könnten, was ihre Gründe angeht, sich auf eine Therapie einzulassen, und was die Art ihrer Aktivität im Therapieraum betrifft, ist ebenfalls durchaus wahrscheinlich. Daher ist es vielleicht am besten, die vorliegende Studie als eine heuristische, erste Erforschung von Klientinnen-Erfahrungen zu Beziehungstiefe anzusehen. Es ist klar, dass es dazu mehr Forschung braucht und dass es darüber noch viel herauszufinden gibt.

Der zentrale Beitrag dieser Studie liegt in einem ersten Skizzieren der Natur tiefer therapeutischer Beziehungen aus der Sicht der Klientinnen.

Es gibt einige Themen in dieser Analyse, die die Ergebnisse früherer Studien bestätigen und unterstreichen, in denen man Klientinnen aufgefordert hatte, über die Erfahrungen mit ihrer Beziehung zu Therapeutinnen zu reflektieren.

Die Resultate der vorliegenden Studie unterscheiden sich in signifikanter Weise von den Resultaten der Forschung und der Theorie von Cooper (2005) und Mearns & Cooper (2005) zu Beziehungstiefe aus der Perspektive der Therapeutinnen. Wahrnehmungen von Gegenseitigkeit und Symmetrie sowie die Beschreibungen des Zustandes von „Ich-Du“-Kontakt sind in den Arbeiten von Mearns & Cooper (2005) und Cooper (2005) durchgängig zu finden und sind in ihrer Arbeitsdefinition zu Beziehungstiefe eingeschlossen: „ein Zustand von tiefem Kontakt und diesem Engagement zwischen zwei Menschen, wobei jede Person vollkommen real mit dem Anderen ist und fähig ist, die Erfahrungen des Anderen in einem hohen Maß zu verstehen und wertzuschätzen.“ (Mearns & Cooper, 2005, S. xii). Im Gegensatz dazu fand sich in den gesammelten Berichten der Klientinnen-Erfahrungen zu Beziehungstiefe der vorliegenden Studie kein starker Beweis von „Wechselseitigkeit“ oder „Symmetrie“. Es gab auch keinen Hinweis, dass die Klientin die Gefühle oder die Bewusstseinszustände der Beraterin *tief greifend* erkennen würde (Cooper 2005). Die Art der Befunde scheinen mit denen von Bachelor (1995), Bedi (2005b) und Lillien-gren (2005) übereinzustimmen, die herausfanden, dass die Beziehung für die Klientinnen keinen Interessenschwerpunkt bildete, sondern als eine „Anwesenheit im Hintergrund“ erfahren wurde, ausgenommen wenn, wie Rennie (1990) ausführt, die Beziehung keine gute ist. Rennie zeigt, dass die Aufmerksamkeit der Klientinnen auf die Beziehung gelenkt wird, wenn die therapeutische Beziehung nicht gut ist; andererseits kann die Klientin, wenn die Beziehung gut ist, sich voll auf sich selbst und ihre eigenen Themen konzentrieren.

In einiger Hinsicht können die Beschreibungen von Tiefe, wie wir sie von Informantinnen in der vorliegenden Studie erhielten, am besten folgendermaßen interpretiert werden: Sie umfassen Zustände von Versunkenheit oder „flow“, die von den Klientinnen erreicht werden. Csikszentmihalyi (1992) hat eine Theorie des „flow“ formuliert, worin er einen „Zustand des Seins“ beschreibt, der mit einem vollständigen Versunkensein in der gegenwärtigen Aufgabe assoziiert wird; „das Bewusstsein über sich selbst verschwindet und das Zeitgefühl wird verzerrt“ (S. 71). Solche Bedingungen werden als hochgradig angenehm, befriedigend, bedeutungsvoll und erinnerungswürdig erfahren. „Flow“ wird in der Forschung von Geller & Greenberg (2002) „Präsenz“ genannt, wird von Grafanaki & McLeod (2002) in deren Studie über Klientinnen- und Therapeutinnenkongruenz erwähnt und wird von Cooper (2005) verwendet, um Beziehungstiefe als „co-flow“ zu beschreiben. Cooper (2005) betonte in seiner Bezugnahme auf „flow“, dass diese Art von Erfahrung nicht auf die therapeutische Begegnung beschränkt ist und nicht einmal auf zwischenmenschliches Bezogensein. Schmid (2002) stellt in seinen Ausführungen zur therapeutischen Begegnung ebenfalls fest, dass „der eigentliche Kern der Begegnung derselbe für Personen wie der für andere Realitäten“ ist (S. 195). Athleten erfahren es als „in der Zone“ sein. Hepburn (1984) spricht von „Wunder“, eine Art von Verbundensein mit der Natur und der Ästhetik, die ihre Wurzeln in Ehrfurcht, Respekt und der Anerkennung des intrinsischen Werts dessen hat, dem man begegnet. Diese Art von Erfahrung kann man in verschiedenen Gebieten menschlicher Aktivität wiederfinden, und die gegenwärtige Forschung zeigt, dass sie in der Dynamik der therapeutischen Begegnung ein spezifisches Muster aufweist.

Es erscheint daher klar, dass das, was in einer therapeutischen Sitzung geschieht, nicht für beide Seiten symmetrisch sein muss, damit man Beziehungstiefe erfahren kann. Schmid (2002) stellt fest: „für eine Begegnung muss eine Beziehung nicht wechselseitig sein“ (S. 195). Obwohl sich daher die Resultate dieser Studie von den Studienresultaten Coopers in der Beschreibung von Tiefe unterscheiden, gibt es bedeutsame Ähnlichkeiten darin, dass jede Stichprobengruppe eine sehr reale Tiefe der Erfahrung bei der eigenen „therapeutischen Aufgabe“ erreicht. Daher wird eine Synthese der Resultate der vorliegenden Studie und der von Cooper (2005) möglich, wenn wir das Konzept von „flow“ verwenden: Beziehungstiefe kann vielleicht als ein Moment von „flow“ beschrieben werden, der von der Beraterin als „wechselseitig“ erlebt wird, weil die Verbindung mit der Klientin der erlebte Kontext dieses Phänomens ist. Das heißt, die Beziehung wird der interpretative Rahmen, um die Erfahrung zu beschreiben, weil die Beraterin mit erhöhter Aktivität external (auf die Klientin) fokussiert ist. Andererseits ist die Klientin internal fokussiert, und obwohl es vorkommen kann, dass die Beraterin und die Klientin beide in einer Art „flow“ „in Resonanz sind“, kann die Klientin diese optimale Erfahrung aus ihrem eigenen Blickwinkel und Schwerpunkt heraus interpretieren und es eher in Begriffen von „Erkenntnis über sich selbst“ beschreiben

als in Begriffen der Beziehung. Eine interessante Forschungsperspektive könnte sein, wie „Präsenz“ (Geller, 2002) „flow“ (Csikszentmihalyi, 1992) und „Resonanz“ (Larson, 1987) bei Beziehungstiefe interagieren, um den therapeutischen Prozess zu fördern.

Ein weiteres Mittel, den Unterschied zwischen den Erfahrungen der Klientin und der Therapeutin zu Beziehungstiefe zu verstehen, verlangt, den sozialen Kontext der Beziehung in Betracht zu ziehen. Für die Therapeutin spielt sich eine Beziehung mit einer Klientin im Wesentlichen innerhalb der Therapiestunde ab. Für eine Klientin andererseits bedeutet die Absicht, sich auf eine therapeutische Beziehung einzulassen, im Alltag eine Veränderung zu erreichen. Die Theorie über „aktive Klientinnen“, wie sie von Bohart & Tallman (1999) vertreten wird, erinnert uns daran, dass die Klientin das, was in der Therapie angeboten wird, selektiv für ihre eigenen Zwecke adaptiert und anwendet. Und dies manchmal auf unerwartete Weise. In der vorliegenden Studie gelang es jenen, die mit ihren Therapeutinnen eine tief förderliche Beziehung erlebten, die Präsenz der Therapeutin als eine dauerhafte, aktive therapeutische Ressource auch außerhalb der Therapiestunde aufrechtzuerhalten.

Die dauerhafte Tiefe von Verbindung, die sogar dann anhält, wenn die Therapeutin physisch abwesend ist, stimmt mit der Formulierung von Mearns & Cooper (2005) zu Beziehungstiefe überein. Dieses Phänomen – was die Rolle der „internalen Repräsentation“ von Klientinnen bezüglich ihrer Therapeutinnen betrifft – wurde auch bei Lilliengren (2005) festgestellt und findet sich in den Forschungsergebnissen, die Knox et al. (1999) durchführten, sowie bei Wzontek, Geller & Farber (1995). Wie in der vorliegenden Studie, gelangten auch diese früheren Untersuchungen zu der Erkenntnis, dass Klientinnen Bilder ihrer Therapeutinnen verwenden, „um selbstreflektierte Prozesse fortzusetzen ... und als eine Art imaginären Gefährten, mit dem sie privat sprechen können“ (Knox et al, 1999, S. 250). Dieser Befund stimmt auch mit den Resultaten von Levitt et al. (2006) überein, was die fortlaufende Bedeutung für Klientinnen angeht, zu glauben, dass ihre Therapeutin ihnen gegenüber *Fürsorge zeigte*.

Diese Fähigkeit, die Therapeutin als eine lebendige Ressource außerhalb der Sitzung aufrechtzuerhalten, stellt einen wesentlichen Unterschied zwischen den therapeutischen Beziehungen dar, die als *funktionierend, aber etwas fehlt* erlebt worden waren, und denjenigen, die die Anwesenheit von Beziehungstiefe charakterisierte. Daher kann man es so sehen, dass die Fähigkeit, die Therapeutin als eine aktive Ressource innerlich bei sich zu haben, mit der Fähigkeit der Klientin zusammenhängt, sich in den Prozess einzulassen, die eigene Sicherheit aktiv zu gestalten, indem sie in mancher Hinsicht ihre eigene Therapeutin schafft. Indem sie ihre eigenen Bilder von Sicherheit in die Beziehung mitbringt, scheint die „aktive Klientin“ (Bohart & Tallman, 1999) in der Lage, sich genau die Person zu schaffen, die sie zu diesem Zeitpunkt braucht. Es ist besonders bemerkenswert, wie häufig das Bild der „idealen Mutter“ in der Forschung auftaucht. Dieses Resultat bestätigt die Resultate

einer Studie, die von Stuhr & Wachholz (2001) durchgeführt wurde, in der Klientinnen in einer 12-Jahres-follow-up-Studie über ihre Gefühle zu den Therapeutinnen befragt wurden, sowie auch die Studie von Bachelor (1995), in der „nährend“ als ein Kernthema in den Beschreibungen der Klientinnen über ihre Therapeutinnen auftauchte. Lilliengren (2005) fand ebenfalls dieses „erwünschte“ gute Mutterbild. In der gegenwärtigen Forschung werden sowohl Patientin als auch Therapeutin als an der Konstruktion dieses Bildes beteiligt gesehen.

Die Resultate der vorliegenden Studie zeigen einige Ähnlichkeiten mit den Forschungsbefunden, die von Grafanaki & McLeod (2002) erhoben wurden, und zwar darin, dass es Hinweise auf eine unausgesprochene Dynamik gibt, in der die Handlungen der Klientin davon abhängen, wie die Therapeutin wahrgenommen wird, und wie die Reaktionen der Therapeutin auf die Klientin und ihre Eröffnungen wahrgenommen werden. Aus der gegenwärtigen Forschung geht klar hervor, dass für die Klientin etwas erforderlich ist, das weit über die grundlegenden Beziehungskompetenzen hinausgeht, um Beziehungstiefe zu erreichen. In den Beziehungen, in denen Tiefe erreicht wurde, wurden die Therapeutinnen als offen, anpassungsfähig und flexibel wahrgenommen. Diese Befunde legen nahe, dass in Beziehungen, die von Beziehungstiefe charakterisiert sind, die Therapeutinnen in der Lage waren, der aktiven Suche der Klientinnen nach Sicherheit gerecht zu werden oder sich dieser zumindest „nicht in den Weg zu stellen“. Diese Therapeutinnen wurden auch als „echt oder real“ wahrgenommen. Dieser Befund bestätigt Hinweise bei Bedi (2005a; 2005b) und Lietaer (1992), was Mearns' (2005) Position verifiziert, dass, wenn die Therapeutin als „real“ wahrgenommen wird statt in ihrer Berufsrolle, dies ein Hauptfaktor dafür ist, dass Beziehungstiefe stattfinden kann. Es entstand auch der Eindruck, dass Klientinnen die Fähigkeit ihrer Therapeutin, „real“ zu sein, evaluierten (siehe Wrad, 2005) und mit einer höheren Wahrscheinlichkeit die Therapie beendeten, wenn die Therapeutin den Test nicht bestand.

Obwohl Liebe kein Konzept war, das mit irgendeiner Signifikanz aus den Untersuchungsbefunden aufgetaucht wäre, wurde sie doch immerhin von zwei Antwortenden erwähnt, deren Erfahrungen mit Beziehungstiefe schließlich problematisch wurden. In beiden Fällen war die Klientin nicht in der Lage, die Beschränkungen zu akzeptieren, die durch die professionelle Natur der Beziehung

gegeben war. Die Therapeutin wurde als Person erfahren, die beziehungsweise auf sehr positive Art verfügbar war, aber auch als jemand, der etwas vorenthielt. Diese Beziehungen wurden durch Gefühlsextreme charakterisiert, beide Antwortenden drückten Liebe und Ärger aus. Es ist schwierig, in diesen beiden Fällen zu wissen, ob die Therapeutin von der Klientin als nicht willens erfahren wurde, die Beziehungstiefe zuzulassen, die die Klientin suchte und brauchte, oder ob diese Therapeutinnen tatsächlich eine intensive Tiefe des Kontakts anboten, die dann verwirrte und chaotische Gefühle in Klientinnen auslöste. Die Befunde, dass die Intensität der Verbundenheit in der unausgesprochenen Beziehung von Klientinnen als nicht hilfreich erfahren werden kann, ist etwas, das in der Praxis oder in den theoretischen Konstruktionen über Beziehung nicht immer sichtbar ist. Ähnliche Befunde machte Lott (2004) sichtbar, dessen Studie 274 weibliche Teilnehmer umfasste. Ihre Ergebnisse deckten etwas auf, was auf Klientinnen-„Liebesaffären“ mit ihren Therapeuten hinauslief und das Ausmaß von Verwirrung beleuchtete, das für Klientinnen rund um Tiefe und intensive Gefühle innerhalb der Therapie vorhanden sein kann. Sie beschreibt diesen Typ von Beziehung als echt, aber als eine *Annäherung* an Liebe, eine Beziehung „die zwischen der Alltagsrealität und dem Symbolischen balanciert“ (S. 9). Diese Befunde scheinen nahe zu legen, dass Beziehungstiefe nicht immer das uneingeschränkt „Gute“ darstellt. Weitere Forschung könnte die Faktoren erkunden, die mit dieser Form von Über-Engagement zusammenhängen.

Zusammengefasst können die Resultate dieser explorativen Studie in zwei Bereichen Implikationen für die Praxis haben. Erstens dienen sie dazu, Praktikerinnen daran zu erinnern, dass Klientinnen ziemlich andere Wahrnehmungen darüber haben können, was in der therapeutischen Beziehung geschieht, als sie selbst: Der Blickwinkel der Klientinnen basiert auf einem anderen Set von Zielen. Zweitens: Obwohl Theorie und Forschung zum therapeutischen Bündnis immens wertvoll sind, liefern sie keinen genügenden Rahmen, um verstehen zu können, was geschieht, wenn eine Klientin dazu bereit wird, „loszulassen“ und eine Beziehung mit gewisser Tiefe herzustellen. Nicht alle Klientinnen suchen nach Beziehungstiefe. Aber als Therapeutinnen müssen wir verstehen, wie man Tiefe in einer Beziehung wachsen lassen kann, und wie man Klientinnen nicht enttäuscht, die sie suchen, und wie man effektiv damit umgeht, wenn sie blüht.

Literatur

- Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 323–337.
- Bedi, R., Davis, M. & Avary, J. (2005a). The client's perspective on forming a counselling alliance and implications for research and counselling training. *Canadian Journal of Counselling, 39*(2), 71–85.
- Bedi, R. P., Davis, M. D. & Williams, M. (2005b). Critical incidents in the formation of the therapeutic alliance from the client's perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*, 311–323.
- Bohart, A. C. & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: the process of active self-healing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, 16*, 252–260.
- Clarkson, P. (1990). A multiplicity of psychotherapeutic relationships. *British Journal of Psychotherapy, 7*(2), 148–63.
- Cooper, M. (2004). Towards a relationally-orientated approach to therapy: empirical support and analysis. *British Journal of Guidance and Counselling, 32*, 451–460.
- Cooper, M. (2005). Therapists' experiences of relational depth: A qualitative interview study. *Counselling and Psychotherapy Research, 5*, 87–95.
- Csikszentmihalyi, M. (1992). *Flow: the psychology of happiness*. London: Rider.
- Dryden, W. (2005). The personal therapy experiences of a rational emotive-behavior therapist. In J. D. Geller, J. C. Norcross & D. E. Orlinsky (Eds.), *The psychotherapist's own psychotherapy: patient and clinician perspectives* (pp. 98–113). New York: Oxford University Press.
- Elliott, R. (1986). Interpersonal Process Recall (IPR) as a psychotherapy process research method. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 503–528). New York: Guilford Press.
- Geller, S. & Greenberg, L. (2002). Therapeutic presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 1*(1&2), 71–86.
- Geller, J. D. (2005). My experiences as a patient in five psychoanalytic psychotherapies. In J. D. Geller, J. C. Norcross & D. E. Orlinsky (Eds.), *The psychotherapist's own psychotherapy: patient and clinician perspectives*. (pp. 81–97). New York: Oxford University Press.
- Geller, J. D., Norcross, J. C. & Orlinsky, D. E. (2005). *The psychotherapist's own psychotherapy: patient and clinician perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: components, consequences and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist, 13*, 155–244.
- Gladwell, M. (2005). *Blink: the power of thinking without thinking*. New York: Little Brown.
- Grafanaki, S. & McLeod, J. (2001). Experiential congruence: Qualitative analysis of client and counsellor narrative accounts of significant events in time-limited person-centred therapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 2*, 20–32.
- Hepburn, R. W. (1984). *Wonder and other essays*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Hill, C. E. (2005). The role of individual and marital therapy in my development. In J. D. Geller, J. C. Norcross & D. E. Orlinsky (Eds.), *The psychotherapist's own psychotherapy: patient and clinician perspectives*. (pp. 129–144). New York: Oxford University Press.
- Knoz, S., Goldberg, J. L., Woodhouse, S. S. & Hill, C. E. (1999). Clients' internal representations of their therapists. *Journal of Counseling Psychology, 46*, 244–256.
- Larson, V. (1987). An exploration of psychotherapeutic resonance. *Psychotherapy, 24*(3), 321–324.
- Levitt, H., Butler, M. & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 314–324.
- Lietaer, G. (1992). Helping and hindering processes in client-centred/experiential psychotherapy: A content analysis of client and therapist postsession perceptions. In S. Toukmanian & D. L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: paradigmatic and narrative perspectives*. (pp. 134–162). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lott, D. (2000). *In session: the bond between women and their therapists*. New York: Freeman.
- Martin, D., Garske, J. & Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438–450.
- Mearns, D. (1996). Working at relational depth with clients in person-centred therapy. *Counselling, 7*, 307–311.
- Mearns, D. (2003). *Developing person-centred counselling* (2nd ed.). London: Sage.
- Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at relational depth in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Rennie, D. (1990). Towards a representation of the client's experience of the psychotherapy hour. In G. Lietaer, Rombauts, J. & Van Balen, R. (Eds.), *Client-centred and experiential therapy in the nineties*. (pp. 155–172). Leuven: Leuven University Press.
- Rennie, D. L., Phillips, J. R. & Quartaro, J. K. (1988). Grounded theory: a promising approach for conceptualization in psychology? *Canadian Psychology, 29*, 139–150.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95–103.
- Schmid, P. (2002). Presence: Im-media-te co-experiencing and co-responding. Phenomenological, dialogical and ethical perspectives on contact and perception in person-centred therapy and beyond. In G. Wyatt & P. Sanders (Eds.), *Roger's therapeutic conditions: Contact and perception* (Vol. 4). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2001). Authenticity: the person as his or her own author. Dialogical and ethical perspectives on therapy as an encounter relationship. And beyond. In G. Wyatt (Ed.), *Congruence* (pp. 217–232). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stuhr, U. & Wachholz, S. (2001). In search for a psychoanalytic research strategy: the concept of ideal types. In J. Frommer & D. Rennie (Eds.), *Qualitative Psychotherapy Research: Methods and Methodology* (pp. 152–168). Lengerich: Pabst.
- Ward, E. C. (2005). Keeping it real: a grounded theory study of African American clients engaged in counseling at a community mental health agency. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 471–481.
- Wzontek, N., Geller, J. D. & Farber, B. A. (1995). Patients' posttermination representations of their psychotherapists. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 23*, 395–410.

Autoren:

John McLeod, Professor für Beratung an der University of Abertay Dundee, personzentrierter Berater; Autor u. a. von „Narrative and Psychotherapy“ (1997), „Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy“ (2001), Mitherausgeber von „The Handbook of Narrative and Psychotherapy“ (2004); Schwerpunkt: die soziale Bedeutung von Beratung und Psychotherapie.

Maria McMillan, personzentrierte/integrative Beraterin, Teilnehmerin am Graduate Certificate programme an der University of Abertay Dundee.

Korrespondenzadresse:

John McLeod
Tayside Institute for Health Studies
University of Abertay Dundee
Bell St, Dundee DD1 1HG
Scotland
E-Mail: j.mcleod@abertay.ac.uk

Margot Klein & Mark Galliker

Der Dreischritt als Untersuchungseinheit der Therapieforschung

Zu einer gegenstandsangemessenen Evaluation Person- zentrierter Psychotherapie, veranschaulicht am Gespräch von Rogers und Gloria

Zusammenfassung: Zur Untersuchung Personzentrierter Psychotherapien ist auch ein personzentriertes Verfahren der Evaluation und Qualitätssicherung notwendig. Voraussetzung eines solchen Verfahrens ist eine Untersuchungseinheit, die dem beziehungsmaßigen und dialogischen Geschehen der Therapie angemessen ist. Die kleinste Einheit des Verständigungsprozesses besteht aus drei Schritten: Präsentation (z. B. durch den Klienten), Repräsentation (durch den Therapeuten) und Qualifikation der Repräsentation (wiederum durch den Klienten). Diese Einheit wird anhand des Gesprächs, das Rogers und Gloria geführt haben, eingeführt und erläutert. Methodologische sowie praktische Konsequenzen werden diskutiert.

Schlüsselwörter: Dialogisches Therapieverständnis, Therapieforschung, Untersuchungseinheit, Dreischritt, „Zurücksagen“, Empathie, Beziehung, Selbstexploration, Supervision

Abstract: The triple step as an investigation unit in therapy research. Towards an object oriented evaluation of person-centered psychotherapy illustrated by the discourse between Rogers and Gloria. In the investigation of person-centered psychotherapies it is necessary that the procedure for the evaluation and quality assurance of such therapies be person-centered as well. A precondition for implementing such a procedure is an investigation unit which is appropriate to the relational and dialog-related conduct of the therapy. The smallest unit of the communication process consists of three steps: presentation (e.g. on the part of the client), representation (on the part of the therapist) and qualification of the representation (again on the part of the client). This unit is introduced and explained in the context of the discourse conducted by Rogers with Gloria. The methodological and practical consequences are discussed.

Keywords: dialogical understanding of therapy, therapy research, investigation unit, triple step, saying back, empathy, relationship, self-exploration, supervision

Psychotherapeuten mögen die Zufriedenheit der Klienten in und mit der Therapie schon immer beachtet haben, um die Qualität ihrer Arbeit im Interesse der Klienten zu sichern und auch in Zukunft weiter zu verbessern. Viele Psychotherapeuten stehen jedoch Qualitätssicherungsmaßnahmen und Instrumenten der Evaluation skeptisch gegenüber. Diese Skepsis besteht vielleicht zurecht. In der Regel handelt es sich um von außen angelegte Maßstäbe, die der klientenzentrierten Vorgehensweise der Therapeuten nicht angemessen sind. Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, einen Beitrag zu einer Qualitätssicherung zu leisten, die für Gesprächspsychotherapeutinnen und -therapeuten praktisch relevant ist und auch hinsichtlich einer gegenstandsangemessenen Psychotherapieforschung von Bedeutung ist. Theorie und Praxis werden

nicht voneinander getrennt und verselbständigt, wie dies in der bisherigen Forschung meistens der Fall gewesen ist.

In den letzten Jahren rückte ins Zentrum des Therapieverständnisses und schließlich auch der empirischen Therapieforschung nicht nur das Konzept der persönlichen Beziehung zwischen Klient und Therapeut, sondern auch die Verknüpfung dieses Konzeptes mit dem Begriff der *Empathie*. So wird Empathie nicht mehr einfach nur als Einstellung oder Kompetenz einer Person betrachtet, sondern vielmehr als *Ereignis zwischen Personen*: „Empathy is something that exists between therapist and client, not within one or the other“ (Bohart & Greenberg, 1997, p. 12). Dieses „etwas“ ist mehr ein *Prozess* als ein *Zustand* (vgl. u. a. Brodley, 2001). Empathie wird als konstitutives Moment der Beziehung aufgefasst; ja, es wird ihr

u. a. auch eine Contact-building-Qualität zugeschrieben (Schmid, 2001). Aktive Zuwendung zum Klienten, genaue Einstellung auf den Klienten sowie Einstimmung auf ihn, konstituieren therapeutische Beziehung. *Communicative Attunement* ist der Grad, in dem sich der Therapeut auf den Klienten einstimmt. Einige empirische Untersuchungen weisen darauf hin, dass nicht nur die therapeutische Beziehung für die Therapie erfolversprechend ist (vgl. u. a. Stucki, 2005), sondern dass es mehr noch interaktiv ausgeführtes und aufgefasstes empathisches Verhalten ist, das mit der Therapieeinschätzung des Klienten im postsession-outcome positiv korreliert (vgl. u. a. auch Orlinsky, Grawe & Parks, 1994), doch existieren noch nicht viele Studien, in denen die therapeutischen Effekte dieser Variablen empirisch untersucht und genau nachgewiesen wurden (vgl. Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004).

Ein Therapeut kann vom Klienten unter den gegebenen Bedingungen sprachlich Aktualisiertes bzw. Präsentiertes wirklich aufnehmen oder eher eigene Ziele verfolgen. Auf der anderen Seite kann der Klient das vom Therapeuten Angesprochene und im Moment Verbalisierte bzw. Präsentierte aufnehmen und es im Weiteren mehr oder weniger berücksichtigen oder einfach ignorieren. Auf fügsame und kooperative Klienten vermögen sich Therapeuten besser einzustellen als auf solche, die auf den Therapeuten nicht eingehen (Ham, 1987). Mit der Bezugnahme und Einstimmung auf den Gesprächspartner scheint allerdings der interaktionale Aspekt des Ansatzes noch nicht vollständig realisiert zu sein. Von einigen Therapieforschern wird die Rückmeldung durch den Gesprächspartner ins Auge gefasst. So wurden mit *empathic checking responses* Meinungen der Klienten zu den therapeutischen Einstimmungen untersucht (Brodley & Brody, 1990). Damit rückten die Reaktionen des Klienten ins Zentrum der Aufmerksamkeit: „The client is the one who determines, and communicates through his responses to the therapist, what he has intended and what is accurate understanding“ (Brodley, 2001, p. 18). Eine Reihe neuerer empirischer Untersuchungen weist ebenfalls darauf hin, wie bedeutsam – allgemein ausgedrückt – des Patienten *Responsiveness* auf das Verhalten des Therapeuten ist (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004). Auf die Veränderung der therapeutischen Beziehung haben in den letzten Jahren auch erfahrene Psychotherapeutinnen hingewiesen. Demnach betrachte die Klientin im Verlaufe einer Therapie die Therapeutin zunehmend als ein Gegenüber, deren Reaktionen interessierten (Brossi, 2003).

Fragestellung

In den letzten Jahren hat zwar die Therapieforchung im Sinne der Process-Outcome-Research einige Fortschritte erzielt (vgl. u. a. Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004; Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004). Kritiker der herkömmlichen Ergebnisforschung forderten jedoch schon seit längerer Zeit mehr Prozessdenken und Verlaufs-

analysen (vgl. hierzu u. a. auch Fäh & Fischer, 1996). Diese Kritik scheint immer noch berechtigt zu sein, wenn auch in der Zwischenzeit tatsächlich mehr relevante Untersuchungen von der Form der *Temporal-Sequence-Studien* vorgelegt wurden (vgl. u. a. Znoj, Grawe & Jeger, 2000). Doch häufig wird versucht, den Prozess durch die zeitlich gestaffelte Auszählung von einfachen Untersuchungseinheiten (wie Wörter, Sätze, Äußerungen, Problemfelder) zu erfassen. Untersuchungen zu dem, was in der Therapie im Einzelnen tatsächlich geschieht (so genannte *In-Sessions Impacts*) werden nach wie vor eher selten durchgeführt und sie werden meistens auf quantifizierbare Ereignisse auf Seiten des Klienten reduziert. Einige dieser Ereignisse scheinen einigermaßen leicht bestimmbar zu sein, doch ist dies keineswegs bei allen der Fall (vgl. u. a. *insight vs. confusion; feeling better vs. feeling worse*). Zudem handelt es sich selten um so genannte flächendeckende Ereignisse. Evaluationen sämtlicher Ereignisse therapeutischer Prozesse, neutraler sowie hilfreicher, sind nach wie vor selten, wenngleich keineswegs neu (vgl. u. a. Bastine, Fiedler & Kommer, 1989).

Bei einer wissenschaftlichen Beschäftigung mit Psychotherapie geht es darum, den *Gesamtprozess* möglichst *detailgenau* zu untersuchen. Um dem Beziehungsmuster zwischen Therapeut und Klient zu entsprechen, ist die Therapie als wechselseitiger Prozess der Beteiligten systematisch zu untersuchen. Gerade auch hinsichtlich von Vergleichsmöglichkeiten verschiedener Therapien müssen wir zu einem einheitlichen Verständnis des im Wesentlichen *interaktiven* Prozesses gelangen. Die Therapien werden aber meistens immer noch von außen objektivierend betrachtet und über alles hinweg global evaluiert, so dass es verständlich ist, dass der ursprünglich für die Therapieforchung bahnbrechende Personzentrierte Ansatz sich in dem in der Gegenwart vorherrschenden nomologischen Paradigma nie richtig situieren konnte und entsprechend relativ selten positive Ergebnisse vorweisen konnte (vgl. hierzu u. a. auch die Übersichtstabellen von Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004, pp. 326–360).

Allerdings wird nun schon seit einiger Zeit von verschiedenen Seiten, wenngleich meistens eher am Rande der Therapieforchung, vorgeschlagen, den interaktiven Prozess des Gesprächs tatsächlich zu analysieren und zwar in so genannten *Dreischritten*, manchmal auch *Triples* genannt (vgl. u. a. Hörmann, 1976, Käsermann, 1980, Foppa, 1984, Heritage 1984, Sachse, 1992). Ein Triple ist eine Einheit, die aus drei Teilen besteht. Der Klient präsentiert eine Aussage, der Therapeut reagiert auf diese Aussage, worauf eine erneute Aussage des Klienten folgt. Die zweite Klienten-Aussage kann nun mit der ersten verglichen werden. Es wird festgestellt, ob und wenn ja, inwieweit die zweite Aussage sich gegenüber der ersten verändert hat. Sachse (1992) sieht diese Veränderung in Richtung „Vertiefung“ oder „Verflachung“ des Originals. Die Verschiebung in die eine oder andere Richtung wird von ihm auf die „Intervention“ des Therapeuten zurückgeführt. Innerhalb des Triple wird also eine zweite Aussage des Klienten mit seiner ersten Aussage verglichen.

Die Qualifikation der Verschiebung erfolgt durch außenstehende Raters, die vorgängig in den Gebrauch von vorab definierten Kategorien eingeübt werden und nun von Fall zu Fall entscheiden müssen, welche sie jeweils gerade „am passendsten“ finden. Diese externen Beurteiler vergleichen Aussagen des Klienten und sie entscheiden, ob überhaupt eine Verschiebung erfolgt und ob diese als „verflachend“ oder „vertiefend“ festzuhalten ist. Demnach wird ein Verhältnis von Klienten-Äußerungen qualifiziert und der Therapeut erst sekundär beurteilt. Eine Qualifikation *durch* den Klienten ist in dieser Untersuchungseinheit nicht vorgesehen.

Evaluation und Qualitätssicherung von Therapien haben den humanistischen Verfahren der Psychotherapie wie beispielsweise der Personzentrierten Gesprächspsychotherapie zu entsprechen, sonst kann der Wert dieser Verfahren gar nicht bestimmt werden. Es ist kein Geheimnis, dass die durch das Psychotherapeutengesetz und die Psychotherapierichtlinien favorisierten Methoden einem klientenzentrierten Verständnis der Therapie gerade in wesentlichen Punkten nicht adäquat sind (vgl. hierzu auch Zurhorst, 2005), ungeachtet der Tatsache, dass es immer wieder Ansätze zu einem mehr dialogischen Verständnis der Therapie und der Therapieforschung gegeben hat (vgl. u. a. Sachse, 1992).

In der vorliegenden Arbeit möchten wir insbesondere der Frage nachgehen, ob bei einem genuin personenzentrierten Therapeutverständnis nicht auch die Evaluation und Qualifizierung des interaktiven Prozesses eines therapeutischen Gesprächs selbst *personenzentriert* erfolgen sollte. Welche Möglichkeit bietet sich, die gegenseitige persönliche Bezugnahme von Therapeut und Klient *systematisch* zu untersuchen? Erste Voraussetzung hierzu ist die Bestimmung einer *Untersuchungseinheit*, die dem interaktiven Prozess entspricht. Es handelt sich bei dieser Fragestellung sicherlich um eine primär methodologische, doch glauben wir, dass die Beantwortung unserer Frage auch von unmittelbar praktischer Bedeutung ist und Therapeuten sowie Supervisoren interessieren könnte, gehört doch die Wahrnehmung der Empathie des Therapeuten durch den Klienten zu den unabdingbaren Voraussetzungen des Therapieerfolges (vgl. u. a. Tudor, 2000).

Methode

Foppa (1984) hat zur Klärung von Redeabsichten und Verständigung auf der Grundlage von Hörmann (1976) sowie von Käsermann (1980) festgestellt: so schwierig einerseits das Forschungsvorhaben erscheint, Äußerungen adäquat semantisch zu beurteilen, so leicht fällt dies andererseits in der Regel den in ein Gespräch involvierten Sprechern und Hörern selbst. Dies bedeutet, dass die Forscherin gleichsam in den Prozess einsteigt und in diesem der Konstitution der Bedeutungen und deren Klärung folgt. Um zu verstehen, was damit genau gemeint ist, sei ein Beispiel aus dem im Jahre 1969 aufgenommenen Gespräch von Rogers (vgl. u. a. 1977b/2004) und

Gloria angeführt, in dem die Klientin vom Therapeuten vor allem wissen wollte, ob es sich auf ihre neunjährige Tochter Pammy negativ auswirken würde, wenn sie ihr weiterhin die Wahrheit über ihre sexuellen Zufallskontakte vorenthalten würde:

K.: (...) Aber wenn mir die Dinge so falsch vorkommen und wenn ich den Drang verspüre, sie zu tun, wie kann ich das akzeptieren?

Th.: Was Sie möchten, ist, sich selbst mehr zu akzeptieren, auch wenn Sie Dinge tun, die Sie für falsch halten. Stimmt das?

K.: Ja, das stimmt.

(Rogers, 1977b/2004, S. 174 f.)

Offensichtlich hat der Therapeut an dieser Stelle des Gesprächs richtig verstanden, was die Klientin ihm zu verstehen geben wollte. Demnach kommt eine *Verständigung* zustande. Foppa (1984, S. 76) betrachtet die Verständigung als eine Abfolge von *drei* Schritten (bzw. als Dreischritt) bestehend aus *Interpretandum*, *Interpretation* und *Qualifikation*.

Der Dreischritt

Die Darlegung eines *Interpretandums* ist der Beginn oder erste Schritt des Dreischritts. Eine erste Sprecherin verbalisiert ihre Gedanken und Gefühle gegenüber einem Hörer. Umgekehrt: Einem Hörer werden Gedanken und Gefühle in verbaler Form unterbreitet bzw. präsentiert. *Präsentation* meint eine Aktualisierung unter Berücksichtigung der gegebenen äußeren Voraussetzungen, die im Moment zu beachten sind. Mit anderen Worten: Das Interpretandum ist der methodologische Ausdruck für eine Präsentation, die von einem Sprecher momentan unter Beachtung externer Bedingungen, u. a. des Hörers, demselben zur Kenntnisnahme angeboten wird. Handelt es sich bei diesem Sprecher um einen Klienten oder Patienten, wird auch der englische Ausdruck *Patient Presentation* verwendet. Natürlich könnte auch eine Präsentation des Therapeuten das Interpretandum und damit den Ausgangspunkt eines Dreischrittes bilden. Bei der Therapieforschung liegt aber naturgemäß die Priorität bei Präsentationen der Klienten. Der Umfang einer Präsentation wird durch den Sprecher-Wechsel bestimmt. Vorliegendes Beispiel für ein Interpretandum: „*Aber wenn mir die Dinge so falsch vorkommen und wenn ich den Drang verspüre, sie zu tun, wie kann ich das akzeptieren?*“

Mit dem zweiten Schritt des Dreischrittes, der *Interpretation*, bezieht sich der Hörer auf das Interpretandum, das er als Interpretandum zu verstehen versucht bzw. interpretiert. Beispielsweise ist es ein Therapeut, der mit seiner Repräsentation des Präsentierten das anbietet, was er verstanden hat („*therapist understanding*“). Jede Umschreibung des vom Klienten Präsentierten, auch eine eigentliche Paraphrase, wird als (zumindest minimale) „Interpretation“ wahrgenommen. Wie bei der Präsentation des Interpretandums

bleibt damit auch bei der Repräsentation bzw. bei der Interpretation in der Regel eine gewisse Distanz zu einer unmittelbaren Verbalisierung bestehen, doch kann die Interpretation natürlich nicht mit einer eigentlichen „Deutung“ etwa im psychoanalytischen Sinne identifiziert werden. Schon der Redner-Wechsel an sich bewirkt aber semantische Änderungen des „Ganz-genau-gleich-Gesagten“ durch die jeweils sprechende Person, was etwa mit dem Scherz „Ich weiß nicht mehr weiter“ (Klientin) – „Ich weiß nicht mehr weiter“ (Therapeut) zum Ausdruck gebracht werden kann. Beim vorliegenden Beispiel („*Was Sie möchten, ist, sich selbst mehr zu akzeptieren, auch wenn Sie Dinge tun, die Sie für falsch halten?*“) ist die Interpretation eine *Paraphrasierung* des Interpretandums und keine eigentliche Wiederholung der Vorgabe (Paraphrase). Der Satz wird umgestellt und auch lexikalisch leicht verändert. Wörter wie „akzeptieren“, „Dinge“ und „falsch“ werden integriert, während „Drang verspüren“ durch „mögen“ substituiert wird und „selbst“ hinzukommt.

Bei der *Qualifikation*, dem dritten und letzten Schritt innerhalb des Dreischritts, wird die Interpretation mit dem zu Interpretierenden verglichen und zwar wiederum *durch die erste Sprecherin*. Demnach wird unter Qualifikation die positive oder negative Stellungnahme der ersten Sprecherin zur Interpretation des Hörers verstanden. Beispielsweise ist es die Klientin, die dem Therapeuten mitteilt, ob er ihre Präsentation verstanden hat oder nicht – offenbar eine besondere Art der „*Patient Responsiveness*“. Vorliegendes Beispiel: „*Ja, das stimmt*“. Weitere positive Qualifikationen: „*Ja, so habe ich es gemeint*“, „*Richtig*“, „*Stimmt*“, „*Genau*“, „*Ganz genau!*“ (eine Liste von *strong confirmations* bietet Brodley, 2001, p. 22). Bei einem Missverständnis wird etwa wie folgt qualifiziert: „*Nein, so habe ich es nicht gemeint*.“ (Hörmann, 1976, S. 202).

Im halbstündigen Gespräch von Rogers und Gloria gibt es 47 Dreischritte in vollständig verbalisierter Form, wovon 35 von der Klientin eindeutig positiv qualifiziert und nur zwei von ihr ausdrücklich zurückgewiesen wurden. Die übrigen Dreischritte wurden in der Mehrzahl der Fälle ebenfalls – wenngleich etwas weniger stark – positiv qualifiziert oder nicht ausdrücklich qualifiziert und erst in der Fortsetzung der Rede qualifiziert (s. u.).

Die Sequenz *Interpretandum – Interpretation – Qualifikation* ist die kleinste Einheit oder die Grundeinheit der Verständigung in einem Gespräch und damit eine von externen Ratern unabhängige Form der Evaluation innerhalb eines jeden Triples. Mit den Dreischritten wird die Verständigung gesichert. Es wird Bedeutung übertragen und zugleich den Beteiligten Bedeutung beigemessen und zwar beidseitig mit jedem ausgeführten Dreischritt. Damit handelt es sich immer auch um Wertschätzung, um ein Ja-Sagen zum Gesprächspartner als *anderer* Person (vgl. u. a. auch Schmid, 2001).

Dreischritt für Dreischritt ergeben sich soziale sowie semantische „*Mikrobindungen*“. Dieser nun interaktiv aufgefasste Prozess führt u. a. zu einem gegenseitigen Verhältnis der Gesprächsteilnehmer zur Wirklichkeit, das – zumindest vorübergehend – übereinstimmend sein kann. Es liegen bereits einige Indizien dafür vor,

dass es diese Verständigung ist, die mit einem positiven Therapieergebnis in einem besonders engen Zusammenhang steht (vgl. u. a. auch Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004).

Selektion

Ein Problem kann der Umfang des Interpretandums sein. Wie geht der Therapeut vor, wenn die Präsentation über den Moment hinaus ausgedehnt ist? Die Interpretation wird bei längeren Darbietungen seitens des Sprechers i. d. R. auf emotionale Aspekte oder Ausschnitte der verbalisierten Gedanken und Gefühle zentriert. Rogers (1942/1985, S. 124–139) hat die Auswahlmöglichkeiten bei der therapeutischen Zuwendung wie folgt eingeschränkt:

- *Zentrierung auf die Darbietungen des Klienten*: Der Therapeut konzentriert sich auf die vom Klienten gebotenen Äußerungen und wiederholt deren Gehalt.
- *Zentrierung auf Emotionen*: Der Therapeut beachtet insbesondere den Gefühlston des Dargebotenen, wobei negative sowie positive emotionale Inhalte verbalisiert werden.
- *Zentrierung auf Ambivalenzen*: Der Therapeut beachtet widersprüchliche Gefühle, die gegebenenfalls eine Konfliktquelle ausdrücken.

Bei Auswahlmöglichkeiten geht also der Interpretand auf besondere Stellen des Interpretandums ein. Ein Beispiel für die Zentrierung auf Ambivalenzen ist, wenn Rogers (1977b/2004) bezüglich eines Interpretandums von Gloria das Verlangen *und* das ihm widersprechende Wissen heraushebt:

K.: *Als Geschlechtsleben möchte ich sagen, ist das nicht normal. Denn etwas sagt mir, daß es nicht richtig ist – mit jemandem zu schlafen, bloß weil man sich körperlich zu ihm hingezogen fühlt oder ein körperliches Bedürfnis hat oder so was. Irgendwie weiß ich gut, daß das jedenfalls nicht richtig ist.*

Th.: *Sie haben das Gefühl, daß Sie manchmal etwas tun, was mit Ihren inneren Maßstäben nicht übereinstimmt.*

K.: *Stimmt. Ja, das stimmt genau.*

(Rogers, 1977b/2004, S. 173).

Die von Rogers vorgeschlagene Selektion ist für Gesprächspsychotherapeuten während der ganzen Therapie relevant, doch besonders zu Beginn einer Therapie, wenn das Gespräch oft noch nicht einen ausgeprägten dialogischen Charakter hat, drängt sie sich auf. Ohne diese Selektion wäre es nicht möglich, auf das vom Klienten Verbalisierte personenzentriert einzugehen. Hinsichtlich einer Veränderung der Gesprächssituation oder gar der Person ist sie jedoch *nicht* intentional. Die ausschließlich anvisierte Akzeptanz ist für selektive Wiedergaben von (immer auch emotional relevanten und getönten)

Gedanken und Vorstellungen genauso möglich wie von Affekten, wengleich sich im Einzelnen je nach Voraussetzungen (u. a. Stand der Therapie) durchaus Differenzen in der relativen Frequenz ergeben (vgl. u. a. Brodley, 2001). Versuche, den Experiencing-Prozess in seiner Qualität zu hierarchisieren (vgl. u. a. Korbei, 2007), lassen sich zwar nicht mit Rogers ursprünglicher Intention, insbesondere das nicht-direktive Vorgehen betreffend (Rogers 1942a/1985), sicherlich aber mit Rogers späteren Intentionen vereinbaren (u. a. Rogers, 1961/2006). Gleichwohl bedeutet die Anwendung entsprechender Skalen, auch wenn sie häufig implizit erfolgt, eher „Wertschätzung des Klienten“ als „Wertschätzung für den Klienten“ (zur ursprünglichen Bedeutung des Wortes Wertschätzung bei Knigge siehe Galliker, Klein & Rykart, 2007).

Sequenzen von Dreischritten

Ein einziger Dreischritt genügt oft nicht, um zu einer positiven Qualifikation zu gelangen und Verständigung zu erreichen. So gelangt auch Rogers im Gespräch mit Gloria in etwa einem Viertel aller Fälle nicht schon nach einem einzigen Durchgang zu einer eindeutigen Annahme der Interpretation. Eine ausdrückliche Ablehnung ist zwar bei Rogers äußerst selten, doch manchmal kommt es vor, dass Gloria die Interpretation mit einem Ausdruck wie „nun ja“, einem nicht ganz überzeugt klingenden „stimmt“ oder manchmal einfach durch Fortsetzung der Rede ohne ausdrückliche Qualifikation quittiert (s. u.). Beim folgenden Beispiel stimmt die Klientin dem Therapeuten bereits nach dem ersten Dreischritt annähernd zu, doch erst nach einem zusätzlichen Dreischritt erfolgt eine volle Zustimmung:

K.: Wissen Sie, er (ihr ehemaliger Ehemann und Vater ihrer Kinder) ist so freundlich und unkompliziert, und darum beneide ich ihn. Ich möchte, daß mich die Kinder für ebenso liebenswert halten wie ihn, und doch weiß ich, daß er nicht so aufrichtig zu ihnen ist. So aber hat es den Anschein, als müsste ich das eine für das andere eintauschen. Ich weiß, daß mir das eine wichtiger ist, aber ohne den Glanz des anderen fehlt mir etwas.

Th.: Irgendwie meinen Sie: Sie (die Kinder) sollen von mir ein ebenso schönes Bild haben wie von ihrem Dad; und wenn sein Bild etwas überzogen ist, nun, dann muß es eben auch das meine sein. Aber vielleicht ist das etwas zu hart ausgedrückt.

K.: Nein, das kommt der Sache recht nahe. Genau das meine ich. Aber ich weiß, daß sie von mir kein so glänzendes Bild haben können, wenn ich aufrichtig wäre. Außerdem weiß ich, daß ich ein bißchen widerborstiger bin als ihr Daddy. Wahrscheinlich tue ich mehr Dinge, die sie verurteilen würden.

Th.: Es fällt Ihnen schwer zu glauben, daß Ihre Kinder Sie wirklich lieben würden?

K.: Das stimmt. Ja, genau das ist es (...).

(Rogers, 1977b/2004, S. 178)

Es kommt auch vor, dass eine erste Interpretation des Therapeuten durch den Klienten überhaupt nicht ausdrücklich qualifiziert wird. Erst die Weiterführung der *Selbstexploration*, das heißt der Auseinandersetzung des Klienten mit dem eigenen Erleben und den eigenen Erfahrungen (vgl. Stumm, Wiltshko & Keil, 2003, S. 282) kann dann – zumindest implizit – zustimmend sein. Eine Untersuchung von 102 Gesprächen ergab, dass die Verständigung häufig erst allmählich mit der Fortsetzung der Rede erfolgt. Ausdrückliche Qualifikationen kommen relativ selten vor. Diese empirische Studie zeigt auch auf, dass Gesprächspartner mit all ihren anderen („gewöhnlichen“) Beiträgen, ja auch mit ihren Verständnisfragen, ebenfalls demonstrieren können, was sie bereits vom Dialogpartner verstanden haben und inwieweit sie mit dem Vorgegebenen einverstanden sind (Galliker, 1991). Der Klient kann also die Interpretationen des Therapeuten indirekt bestätigen, wobei der prozentuale Anteil im Verhältnis zu den direkten und ausdrücklichen Bestätigungen von diversen Bedingungen abhängt, u. a. von der Person des Klienten und der Person des Therapeuten (vgl. u. a. auch Brodley, 2001).

Arten der Zustimmung

Es mag nun die Frage auftreten, ob eine Interpretation nicht auch trotz Ablehnung zutreffend oder trotz Zustimmung abwegig sein könnte. Im ersten Fall könnten negative Übertragungen und Widerstände, im zweiten Fall positive Übertragungen, vielleicht ganz einfach nur Gleichgültigkeit oder Höflichkeit und Freundlichkeit eine Rolle spielen.

Wenn in einer Personenzentrierten Gesprächspsychotherapie die jeweilige Präsentation der Person zentriert wird, ist entscheidend, wie diese Person die Interpretation des Therapeuten *im Moment* erlebt und wie sie unmittelbar darauf gedanklich und gefühlsmäßig reagiert, unabhängig davon, wie ihre Reaktion sonst noch gedeutet werden könnte. Die für die Personenzentrierte Gesprächspsychotherapie spezifische *Moment-by-moment empathy* (Lietaer, 2002) bezieht sich nicht zuletzt auch auf die Qualifikation der Therapeuten-Interpretation. Der Therapeut nimmt diese Reaktion des Klienten auf jeden Fall in ihrem kognitiven und emotionalen Gehalt ernst (und zwar *nominell* ernst) und versucht diese Reaktion zu verstehen.

Der Therapeut achtet aber gewiss ebenso darauf, was die Reaktion bei ihm auslöst, um nötigenfalls, nicht zuletzt um kongruent zu bleiben, sofort darauf einzugehen oder wenn dies aus irgendeinem Grund nicht möglich sein sollte (z. B. bei einer Kränkung, auf die momentan nicht angemessen eingegangen werden kann), bei einer späteren Gelegenheit auf die betreffende Reaktion zurückzukommen.

Rogers (1977b/2004, S. 24 ff.) hat das angedeutete Problem erkannt und auf den Grad des Verstehens je nach Art der Zustimmung geschlossen:

- *Oberflächliches Verstehen*: Die Äußerung des Therapeuten hilft dem Klienten bei seiner Selbstexploration nicht viel weiter. Beispiel: „*Natürlich. Das habe ich ja gerade gesagt*“.
- *Einführendes Verstehen*: Die Äußerung des Therapeuten hilft dem Klienten bei seiner Selbstexploration weiter. Beispiel: „*Ja, das stimmt genau! Ich hätte nicht gedacht, dass jemand versteht, was ich eigentlich sagen wollte*.“
- *Verstehen am Rande der Gewährwertung*: Der Therapeut vermag vom Klienten noch nicht verbal ausgedrückte Sinngehalte zu erfassen. In diesem Fall gelangt der Klient oft erst nach einer Pause allmählich zu einer Anerkennung des vom Therapeuten ausgedrückten Sinngehaltes. Beispiel: „*Das habe ich vielleicht gemeint. Ja, vielleicht ist es das, was ich gemeint habe*“.

Im Gespräch von Rogers und Gloria kommt das *einführende Verstehen* weitaus am häufigsten vor. Oberflächliches Verstehen kommt in diesem Gespräch nie vor. Doch auch Verstehen am Rande der Gewährwertung ist wider Erwarten selten nachweisbar. Betrachten wir aber das folgende Beispiel, das von den Herausgebern des Gesprächs wie folgt kommentiert wird: „Er erfasst genau die subtile Bedeutung gerade am Rande ihres Bewußtseins“ (vgl. Rogers, 1977b/2004; Anmerkung 16, S. 175):

K.: (...) Ich will meine Schuldgefühle loswerden und das wird mir helfen, aber ich will sie nicht ihr (der Tochter Pammy) aufladen (Einschub Th.: Das ist richtig). Glauben Sie, daß sie das verletzten könnte?

Th.: Ich glaube ... ich bin überzeugt, daß Ihnen das jetzt wie ein Ausweichen vorkommt, doch mir scheint, daß Sie selbst die Person sind, der gegenüber Sie nicht völlig aufrichtig sind. Denn ich war sehr betroffen davon, daß Sie gesagt haben: „Wenn ich das, was ich getan habe, als richtig empfinde, ob ich nun mit einem Mann zu Bett gehe oder was sonst ist, wenn ich das als wirklich richtig empfinde, dann mache ich mir keine Sorgen über meine Beziehung zu Pam oder darüber, was ich ihr erzählen soll.“

K.: Stimmt. Stimmt genau. Jetzt verstehe ich, was Sie sagen wollen (...).

(Rogers, 1977b/2004, S. 174).

Die Repräsentation des Therapeuten ist hier deutlich länger als die Präsentation der Klientin und diese Repräsentation wird danach von der Klientin eindeutig positiv qualifiziert. Der Therapeut macht vorher die Klientin darauf aufmerksam, dass seine Antwort auf die von ihr gestellte Frage von ihr (und eben nicht von ihm) stammt. Dabei bezieht sich der Therapeut allerdings nicht ausschließlich auf das unmittelbar vorgegebene Interpretandum. Die Interpretation ist – wie von Rogers selbst angesprochen („*Denn ich war sehr betroffen davon, daß Sie gesagt haben ...*“) – ein Rückbezug auf einen früheren Redebeitrag der Klientin in diesem Gespräch. Es handelt sich um eine „Wieder-gabe“ des von der Klientin schon vorher in diesem Gespräch verbal „Vor-gegebenen“. Dasselbe ist in der bis

anhin konstituierten Beziehung, mithin im aktuellen Interpretandum bzw. im Präsentierten, implizit „mit-gegeben“ und damit auch explizierbar. Ansonsten besteht beim „Verstehen am Rande der Gewährwertung“ zumindest die Gefahr, dass der Therapeut etwas *jenseits* der Grenze dieser Gewährwertung gerät (vgl. dazu auch Rogers, 1977b/2004, S. 169-172).

Rogers hat verschiedentlich darauf hingewiesen, dass es *nicht* Aufgabe des Therapeuten sei, vom Klienten noch nicht ausgedrückte oder gar noch unterdrückte Emotionen zu verbalisieren (vgl. u. a. Rogers, 1942/1985). Seiner Meinung nach greift der Therapeut eigenen Gefühlsäußerungen des Klienten genau so wenig vor, wie er diesen Gefühlen ausweicht oder sie weniger erlebnisnah ausdrückt, beispielsweise indem er sie objektivierend beschreibt oder gar erklärt. Sicherlich kann der Therapeut den Klienten ermutigen, seine Selbstexploration fortzusetzen, doch gelangt dieser nicht von sich aus zum Ausdruck eines Gefühls, nämlich *seines* Gefühles, wird er es später auch nicht wirklich als solches akzeptieren und fortan auch nicht zu einer Reorganisation seines Wahrnehmungsfeldes gelangen. Nach Rogers besteht die primäre Aufgabe des Therapeuten eben ausschließlich darin, der Person der Klientin ganz genau zu folgen und ihr in einer nicht professionellen Sprache, die jener der Klientin möglichst nahe kommt, das wiederzugeben, was sie erlebt und wie sie es erlebt und ausdrückt, wobei Rogers gelegentlich auch früher im Gespräch geäußerte Erlebnisse mit einbezieht (siehe obiges Beispiel eines so genannten Verstehens am Rande der Gewährwertung).

Themenwechsel

Je nachdem wie eine Klientin eine Wiedergabe des Therapeuten emotional aufnimmt, wird sie dieselbe mehr oder weniger stark bekräftigen. Manchmal verzichtet sie jedoch auch auf eine ausdrückliche Bestätigung und findet einen unmittelbaren Anschluss an das Verstandene oder differenziert das von ihr vorher Präsentierte. In diesem Fall stellt sich i. d. R. erst im Nachhinein, oft erst über mehrere Triples hinweg, heraus, *wie* die Klientin qualifiziert (s. o.). Sind hingegen aktuelle Wiedergaben des Therapeuten ihren Verbalisierungen offensichtlich *nicht* „ent-sprechend“, führt dies bei der Klientin zu einem offenen Widerspruch („Oh nein“) oder direkt zu einer angemesseneren Interpretation (ohne vorgängige negative Qualifikation). Noch häufiger realisierte Optionen sind aber Verstummen (längere Pause und späterer Neubeginn mit einem anderem Thema oder Beantwortung einer Frage des Therapeuten), Ablenken vom Thema und abrupter Wechsel des Themas (Rennie, 1990).

Bei einem *Themenwechsel* wird die Selbstexploration des Klienten nicht fortgesetzt durch Anschluss eines weiteren, nun klärenden Dreischritts, sondern es wird beispielsweise über ein weniger heikles Thema des Klienten gesprochen oder über ein Thema, das von der Therapeutin nach einer Pause nahegelegt worden ist.

Entscheidend ist, dass das Interpretandum eines Dreischritts, welcher zu keiner Verständigung geführt hat oder eine solche auch nicht in Aussicht stellt, oft sofort verlassen und nicht wie üblich in ein mehr oder weniger verändertes Interpretandum übergeführt wird. Dieser Abbruch oder Unterbruch der Selbstexploration scheint in inhaltlicher sowie formaler Hinsicht von größerer Bedeutung zu sein, als bisher angenommen wurde (Näheres zu den methodologischen Konsequenzen, s.u.).

Test des Protokolltextes

Rogers (1942/1985, S. 118) hat einen Test des Protokolltextes vorgeschlagen, der u. a. auch hinsichtlich des Problems, wie eine Therapiestunde *insgesamt* auf ihre Personzentriertheit hin, von den Beteiligten ausgehend, *immanent* eingeschätzt werden kann, relevant ist. In einem Gesprächsprotokoll können abwechslungsweise ausschließlich die Klienten-Beiträge oder nur die Therapeuten-Beiträge gelesen und jeweils die Beiträge des Gesprächspartners abgedeckt werden. Dabei sah Rogers folgende Möglichkeiten:

- *Klientenzentriertheit*: Wenn das Lesen der Klienten-Beiträge allein ein adäquates Bild des Gesprächs als Ganzem vermittelt, dann ist diese Vorgehensweise entschieden nicht-direktiv (heute wird die Attribution *non-imposing* präferiert) oder klientenzentriert, wie Rogers diese Vorgehensweise damals auch schon nannte (heute ist *personzentriert* gebräuchlich).
- *Therapeutzentriertheit*: Wenn das Lesen ausschließlich der Therapeuten-Beiträge genügt, um den Kern und den allgemeinen Trend des Gesprächs erkennen zu lassen, dann ist diese Vorgehensweise direktiv bzw. therapeutzentriert.
- *Inhärenz*: Wenn abwechselndes Lesen der Beiträge beider am Gespräch beteiligten Personen nichts als Verwirrung hinterlässt, dann handelt es sich weder um eine klientenzentrierte noch um eine therapeutzentrierte Vorgehensweise.

Für Klientenzentriertheit wesentlich ist, „that the process remains in the hands of the client“ (Lietaer, 2002, p. 10) und nicht in jener des Therapeuten, wie dies bei der Therapeutzentriertheit der Fall ist. Bei der dritten von Rogers angeführten Möglichkeit richten sich beide Gesprächspartner wenig aneinander aus. In der Klienten-Therapeuten-Interaktion kommt es zu keiner oder nur zu einer geringen Übereinstimmung zwischen den Beiträgen der Gesprächsteilnehmer. Demnach muss es noch eine vierte Möglichkeit geben:

- *Kohärenz*: Wenn abwechselndes Lesen der Beiträge beider Gesprächspartner ein adäquates Bild des Gesprächs als Ganzem hinterlässt und offen lässt, welche Rede wessen Rede ist, handelt es sich um ein in sich übereinstimmendes Gespräch.

Bei der vierten Möglichkeit wird es sich um ein Gespräch handeln, in dem sich mit der Zeit auch der Klient häufiger nach Interpretationen oder sogar nach Interpretanden des Therapeuten richtet. Wie lassen sich diese vom Klienten integrierbaren therapeutischen Präsentationen charakterisieren? Bei den Interpretationen handelt es sich um Paraphrasierungen und zugleich um *mehr* als bloße Paraphrasierungen. Diese Interpretationen sind Wiedergaben, die zwar weitgehend vom Klienten ausgehen, aber sich zusätzlich als kleine „Zutaten“ erweisen, die als solche den Klienten „zusagen“ – es sind sozusagen echte „Bei-träge“ mit sich selbst *sowie* mit dem Gesprächspartner übereinstimmender Therapeuten. Verstehen, das sich nicht wie Paraphrasierung auf Begleitung reduziert, wird erreicht, wenn der Therapeut etwas von sich innerhalb des Systems der Klientin in deren Sprache an die Klientin zurückzugeben vermag. Eine solche Wiedergabe ist als Paraphrasierung eine Bestätigung des Klienten-Beitrages und darüber hinausgehend ein persönlicher Beitrag des Therapeuten, der als solcher von der Klientin meistens angenommen werden kann, weil er in ihrem Erlebnisfeld ausgetragen wird. Die Klientin nimmt diese „Wieder-gabe“ an, indem sie dieselbe positiv qualifiziert und sie im Folgenden weiter verwendet und ausgestaltet. Dieser besondere therapeutische Beitrag bietet als solcher mit der Empathie *und* Akzeptanz (s.o.) auch ein Moment von *Kongruenz* des Therapeuten mit den Klienten – eine *dialogische Transformation*, die nicht nur eine minimale Umstrukturierung der ursprünglichen Äußerung der Klientin und damit ihres unmittelbaren Wahrnehmungsfeldes darstellt, sondern der Klientin Bedeutung verleiht und ihre Beziehung zum Gesprächspartner verstärkt.

Quantifizierung

Auf der Basis von Rogers' (1942/1985, S. 118) Test des Protokolltextes sowie der Gedanken zum Themenwechsel (s.o.) wird evaluierbar, ob (und im Weiteren auch inwieweit) innerhalb des transkribierten Textes eines aufgenommenen therapeutischen Gesprächs Übereinstimmung vorliegt. Da nach den bisherigen Ausführungen im Grunde genommen jede Äußerung hinsichtlich der folgenden Äußerung des Partners Interpretandum und bezüglich der vorausgegangenen Interpretationsangebot bzw. Qualifikation sein kann (Foppa, 1984), spielt es in systematischer Hinsicht keine Rolle, welche Form ein bestimmter Redebeitrag hat. Das heißt aber auch, dass unabhängig davon, welche besonderen Redebeiträge (Interpretanden, Interpretationen, Qualifikationen) gerade in die Analyse einbezogen werden, diese Beiträge als sich überlagernde Signifikantenketten behandelt werden können. Damit ergeben sich in methodologischer Hinsicht folgende Vorteile:

- Es müssen keine Ausgangspunkte identifiziert werden, bei denen die Analyse des Gesprächs jeweils neu einsetzt.

- Einstimmungen auf den Gesprächspartner lassen sich aus der Perspektive beider Partner betrachten.
- Es lässt sich in fortgesetzter Reihenfolge feststellen, welche Bedeutungseinheiten des Redners jeweils mit solchen des Vorredners übereinstimmen.
- Das gesamte Sprachkorpus kann sozusagen in einem Zuge bezüglich verbaler Übereinstimmungen analysiert werden.
- Der Übereinstimmungsgrad wird ausschließlich aufgrund der inneren Übereinstimmung der am therapeutischen Prozess direkt Beteiligten bestimmt.
- Der Übereinstimmungsgrad kann für das Gesamtkorpus sowie für bestimmte Bereiche des Korpus berechnet werden.

Demnach sind sämtliche Beiträge der Gesprächsteilnehmer auf verbaler Ebene systematisch miteinander abgleichbar. Elektronisch aufgenommene und gespeicherte Therapien können auf ihre Kohärenz hin flächendeckend computerunterstützt untersucht werden (s. u.). Auf diese Weise wird auch unabhängig von ausdrücklichen Qualifikationen durch den Klienten nachvollziehbar, wie sich die Therapeutin auf den Klient einstimmt und der Klient auf die Therapeutin und wie diese gegenseitige Einstimmung im Verlauf der Therapie (oder verschiedener miteinander verglichener Therapien) sich verändert.

Verbale Übereinstimmung

Bei Gesprächen bietet sich als Zählereinheit für die elektronische Abgleichung die Redesequenz von einem Redewechsel zum nächsten an. Vergleicht man den Redebeitrag eines Sprechers mit jenem seines Gesprächspartners vor dem Redewechsel, ist erkennbar, wie viele verbale Einheiten des zweiten Beitrages mit jenen des ersten Beitrages übereinstimmen. Mit dem automatischen Verfahren lässt sich Schritt für Schritt feststellen, welche Wörter des einen Sprechers vom anderen unmittelbar übernommen werden. Zur Illustration sei folgendes einfache Beispiel aus dem Gespräch von Rogers (1977b/2004) mit Gloria angeführt:

K.: Ich fühle mich so hoffnungslos. Ich meine, das sind alles Dinge, die ich irgendwie selbst spüre, und ich fühle – nein, was eigentlich?

Th.: Sie fühlen: Das ist der Konflikt, und er ist einfach unlösbar. Deshalb ist es hoffnungslos. Und Sie schauen mich an, und ich scheinkeinerlei Hilfe zu geben.

K.: Genau (...).

(Rogers, 1977b/2004, S. 176)

Die Redebeiträge der Gesprächspartner decken sich in den Ausdrücken „fühlen“ und „hoffnungslos“. Der erste Ausdruck (das Verb „fühlen“) kommt im Beitrag der Klientin zweimal vor und im Beitrag des Therapeuten einmal, der zweite Ausdruck (das Adverb/Adjektiv

„hoffnungslos“) in beiden Beiträgen jeweils nur einmal. So verfahren wird auch innerhalb in quantitativer Hinsicht nivellierter Dreischritte.

Bei der auf den gesamten Text ausdehnbaren quantitativen Analyse werden jeweils alle Flexionen (Beispiel: fühle/n) berücksichtigt. Bezugnahmen mit ungleichen Wörtern können ebenfalls erfasst werden. In diesem Fall bezieht sich die Zählung auf Wortkategorien, die neben dem in der Kategorie genannten Wort und dessen grammatisch bedingten verbalen Variationen auch Synonyme und familienähnliche Wörter enthalten und damit ganze *Bedeutungsfelder* umfassen, was für das empathische Verstehen besonders relevant ist (vgl. hierzu u. a. auch Brodley, 2001). Ähnlich vorgegangen wird bei Wortkombinationen und ihren Mutationen (z. B. wiederkehrende Redensarten und Redeteile), wodurch die lexikalische Semantik überschritten und auch syntaktische Gesichtspunkte berücksichtigt werden. Durch die Bildung von Wortkategorien können im Prinzip alle Wörter eines Korpus in die Analyse einbezogen werden. In der Forschungspraxis werden jedoch vor der Zuordnung der Wörter in einzelne Diktionärkategorien die Funktionswörter (Artikel, Präpositionen, Konjunktionen u. ä.), die Hilfs- und Modalverben sowie einige weitere unspezifische Wörter als semantisch irrelevant ausgeschlossen. Hingegen werden die Pronomina, als Substitute der Nomina, als relevant erachtet und durch dieselben manuell substituiert. Wörter, die positive und negative Qualifikationen ausdrücken, werden besonders berücksichtigt und als Elemente der als neue Interpretanden weitergeführten Qualifikationen betrachtet.

Ausrichtungen

Das in quantitativer Hinsicht relevante gemeinsame Vorkommen von Einheiten gleicher Wortkategorien innerhalb mehrerer Redeinheiten wird *Co-Occurrence* genannt. Im Unterschied zur horizontalen Co-Occurrence-Analyse, die zur quantitativen Untersuchung von Bedeutungszusammenhängen diskriminierender Äußerungen vorgenommen wird, ist die *vertikale* Co-Occurrence-Analyse für die interaktive Prozessanalyse relevant, wird doch mit ihr das gemeinsame Vorkommen von Einheiten gleicher Wortkategorien in *zwei* aufeinanderfolgenden Redeeinheiten erfasst. Hierbei werden jeweils folgende Ausrichtungen betrachtet:

- *Ausrichtung des Therapeuten auf den Klienten:* Wie viele semantische Einheiten übernimmt der Therapeut von der Verbalisierung des Klienten?
- *Ausrichtung des Klienten auf den Therapeuten:* Wie viele semantische Einheiten übernimmt der Klient vom Therapeuten?

Bei einer Ausrichtung des Therapeuten auf den Klienten firmiert ein Redebeitrag des *Klienten* als Interpretandum. Durch einfache

Verschiebung um jeweils einen Redebeitrag werden die Interpretationen des Klienten zu Interpretationen. Somit tritt ins Blickfeld, was der Klient vom Therapeuten wiedergibt. Beim folgenden Beispiel (Rogers, 1977b/2004, S. 173) übernimmt Gloria *erstmal*s das Wort „selbst“ von Rogers (selbständig verwendet Gloria dieses Wort dann erst auf S. 176, hier in einem Redeausschnitt weiter oben dargestellt):

K.: (...) Aber dann ärgere ich mich über die Kinder. Warum sollen die mich von dem, was ich tun möchte, abhalten? Und ist das wirklich so schlimm?

Th.: Aber mir war, als höre ich Sie sagen, daß es nicht bloß die Kinder sind, sondern daß Sie selbst es nicht mögen, wenn es nicht wirklich...

K.: Stimmt. Ich bin sicher, dass ... ich weiß, das stimmt, und zwar mehr noch als ich mir dessen bewusst bin. Aber ich merke das erst richtig, wenn ich durch die Kinder darauf stoße. Dann bemerke ich es auch in mir selbst.

(Rogers, 1977b/2004, S. 173)

Auszählung

Gezählt wird, wie viele gemeinsame Elemente jeweils von einem Redebeitrag zum nächsten erscheinen. Um *Sequenzen von Dreischritten* (s. o.) zu berücksichtigen, kann die Zähleinheit auf zwei oder mehr Redebeiträge des Klienten bzw. des Therapeuten vergrößert werden. Damit wird berücksichtigt, dass bei einem schnellen Redewechsel auch Rückbezüge auf nicht unmittelbar vorangegangene Redewechsel erfolgen. Dies kommt bei einem dialogisch ausgestalteten Gespräch, in dem die Redezeiten der Beteiligten ungefähr gleich lang sind (Beispiel: Rogers und Gloria) relativ häufig vor.

Um die direkten und die mehr indirekten verbalen Bezüge, wie sie bei Rückgriffen auf frühere Verbalisierungen im betreffenden Gespräch vorkommen, zu berücksichtigen, werden systematisch verschiedene Ebenen einbezogen (d. h. Zähleinheiten, die sich aus n Redebeiträgen zusammensetzen). Bei dieser hierarchischen Vorgehensweise wird die größte Zähleinheit durch alle zusammengezogenen Beiträge von Therapeut bzw. Klient innerhalb einer Sitzung gebildet. Eine Auswertung ist möglich für das Gesamtkorpus sowie für einzelne Teilabschnitte (i. d. R. einzelne Therapiestunden).

Mit Hilfe des Software-Pakets TEXTPACK und des Wörterbuches bestehend aus den einzelnen Wortkategorien kann der gesamte Text der Gesprächsfolge co-occurrence-analytisch erfasst werden. Aus dieser Analyse resultiert eine numerische Matrix mit den Wortklassen als Spalten und den Redesequenzen als Zeilen. Diese Matrix bildet die Grundlage der statistischen Analyse sowie weiterer Vergleiche (vgl. u. a. Galliker & Herman, 1994).

Vergleiche

Der Verlauf der Therapie wird co-occurrence-analytisch von Sitzung zu Sitzung erfasst. Es können auch mehrere Therapien miteinander verglichen werden (je nach Therapeut, Klientengruppe, Therapie usw.). Beim Testen von über bloße Paraphrasierungen hinausgehenden therapeutischen Maßnahmen kann die Reduktion auf dieselbe als *Vergleichsbasis* dienen, hat sich doch die Robustheit der genuin personenzentrierten Vorgehensweise immer wieder bestätigt (vgl. u. a. Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004).

Auf diese Weise werden auch Ergebnisse von Therapien verschiedener Richtungen vergleichbar, soweit diese Therapien in vollständig transkribierter Form vorliegen. Es kann u. a. detailgenau überprüft werden, ob informelle therapeutische Vorgehensweisen oder eigentliche therapeutische „Strategien“, die über die bloße Verständigung hinausreichen, tatsächlich mehr (oder gleich viel oder weniger oder gar nichts) erbringen als die grundlegende Verständigung.

Voraussetzung der Evaluation personenzentrierter sowie anderer Therapien ist eine einheitliche, interaktiv ausgerichtete Untersuchungseinheit, andernfalls sind Vergleiche *auf gleicher Basis* nicht möglich. Ferner muss auch der Vergleich zu entsprechend strukturierten und zeitlich begrenzten *gewöhnlichen* Gesprächen über bestimmte Probleme gesucht werden (z. B. Gespräche unter Freunden). Auf diese Weise kann die spezifische Relevanz *therapeutischer* Gespräche wissenschaftlich abgeklärt werden.

Ergebnisse

Im Folgenden kann auf erste vertikale Co-Occurrence-Analysen nur kurz verwiesen werden, indem ein Beispiel eines relevanten Ergebnisses herausgestellt wird und mit ihm nochmals auf die Bedeutung der rückwirkenden Einstimmung des Klienten auf den Therapeuten hingewiesen wird. Bei einer ersten nach der skizzierten Methode durchgeführten Evaluation einer 28-stündigen Psychotherapie (vgl. Galliker & Herman, 1994) wurden sämtliche Übereinstimmungen und damit indirekt auch Abweichungen von einem Sprecherbeitrag zum nächsten registriert und mit dem Postsession-Outcome korreliert. Letzteres bestand in einer Reihe von Klienten-Einschätzungen nach jeder Therapiestunde (einerseits die Therapie, u. a. die therapeutische Beziehung, andererseits den therapeutischen Erfolg im Alltagsleben betreffend).

Als Ergebnis dieser prozessorientierten Untersuchung stellte sich u. a. heraus, dass die Bezugnahme des Therapeuten auf vom Klienten verbalisierte Emotionen (insbesondere negativ besetzte Gefühle wie Ängste) mit einer günstigen Einschätzung der therapeutischen Beziehung durch den Klienten statistisch bedeutsam korreliert. Umgekehrt lässt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der im Verlauf der Therapie zunehmenden Bezugnahme

des Klienten auf negativ besetzte Gefühle betreffende Verbalisierungen des Therapeuten auf die Klienten-Einschätzung der therapeutischen Beziehung nachweisen. Die Bezugnahme auf positiv besetzte Emotionen wirkte sich jedoch vorerst weder in der einen noch in der anderen Ausrichtung auf die Einschätzung der Beziehung aus, und hinsichtlich der Klienten-Einschätzung des Therapieerfolges außerhalb der therapeutischen Situation war in beiden Fällen kein Zusammenhang nachweisbar.

Das Befinden des Klienten außerhalb der therapeutischen Situation verbesserte sich in signifikanter Weise erst, als nicht nur der Therapeut auf positive Gefühlswörter des Klienten einging und ihnen entsprach, sondern in der Folge der Klient sich auf eben solche in den Verbalisierungen des Therapeuten einstimmt und sie wiedergab. Dialogisch ausgedrückt bedeutet dies, dass sich der Therapeut auf ein ansatzweise positiv konnotiertes Interpretandum des Klienten bezieht, und der Klient diese einfache und somit akzentuierte Interpretation des Therapeuten positiv qualifiziert, indem er sie referiert und sie zumindest partiell in einem neuen Interpretandum wiederum dem Gesprächspartner präsentiert (Näheres zu diesem therapeutischen Diskurs siehe Galliker, Herman & Weimer, 1998).

Diskussion

In der vorliegenden Arbeit konnte die Methode der Co-Occurrence-Analyse nur angedeutet werden. Obgleich noch in Entwicklung begriffen, wird sie sich wahrscheinlich in Zukunft auf semantische Verständigung und gegenseitiges Verstehen in Bedeutungsfeldern unter Berücksichtigung des in ein und derselben Therapie Vorverstandenen, mithin auf das aktuelle empathische „Aufeinander-Eingehen“ der Gesprächspartnerinnen konzentrieren. Allerdings können mit diesem weitgehend quantifizierbaren und automatisierbaren Verfahren einige wichtige therapeutische Gesichtspunkte *nicht* berücksichtigt werden, worauf im Folgenden noch kurz hingewiesen werden soll.

Sinnverständigung

Die referierte Verständigung bezieht sich primär auf die Verständigung über das semantische Feld einer Mitteilung. Gesprächspartner versuchen jedoch nicht nur Bedeutungen von Mitteilungen zu verstehen, sondern weitergehend auch deren Sinn. Bei der *Sinnverständigung* geht es v.a. um das gegenseitige Verstehen von unterschiedlichen persönlichen Bedeutungen, Bedürfnissen und Interessen (Galliker & Weimer, 2006). Sinnverständigung ist nicht nur die Voraussetzung für die generelle Akzeptanz Personenzentrierter Therapie durch die Klientin, sondern auch im Besonderen der Akzeptanz der Person des Therapeuten, mithin der Wahrnehmung dessen

empathischer Bemühungen und der Bereitschaft, Beiträge des Therapeuten zu übernehmen. Manchmal kommt dabei auch die gegenseitige Beziehung der Gesprächsteilnehmerinnen zur Sprache. Im Gespräch von Rogers (1977b/2004) und Gloria ist die personenzentrierte Vorgehensweise des Therapeuten der Klientin keineswegs von Anfang an klar. Gloria ist zunächst überhaupt nicht damit einverstanden, dass Rogers ihr nicht einfach die Entscheidung abnimmt, ob sie Pammy weiterhin etwas verschweigen soll oder nicht:

K.: Ich habe das Gefühl, daß Sie bloß dasitzen und mich schmoren lassen; ich möchte mehr haben. Ich möchte, daß Sie mir helfen, meine Schuldgefühle loszuwerden (...).

Th.: Ich würde gern sagen: „Nein, ich will Sie nicht in Ihren Gefühlen schmoren lassen!“, doch habe ich andererseits das Gefühl, daß es sich hier um eine so persönliche Angelegenheit handelt, daß ich unmöglich (betont) an Ihrer Stelle antworten kann. Aber ich möchte jedenfalls versuchen, Ihnen zu helfen, daß Sie sich zu Ihren eigenen Antworten hinarbeiten. Ich weiß nicht, ob Sie darin einen Sinn erkennen, aber ich meine es ernst.

K.: Nun, ich bin Ihnen dankbar, daß Sie das sagen. Es klingt, als meinen Sie es wirklich ernst.

(Rogers, 1977b/2004, S. 170f.)

Nach dem Eingehen auf Glorias Wunsch betont Rogers, dass er nicht an ihrer Stelle die Entscheidung übernehmen könne, räumt aber ein, dass er Gloria bei der Entscheidungsfindung helfen möchte und fragt seine Klientin schließlich, ob sie darin (auch) einen *Sinn* erkenne. Dieses Beispiel zeigt nicht nur, dass Sinnverständigung schließlich zu einem *Einverständnis* (und nicht nur zu einer positiven Qualifikation wie bei einer bloß semantischen Verständigung) führen wird, sondern dieselbe vermag auch zu verdeutlichen, dass sie nicht global quantitativ, sondern allenfalls qualitativ unter Berücksichtigung einzelner Dreischritte erfasst und analysiert werden kann, wenn gleich der messbare Grad der gegenseitigen Übereinstimmung ein Indiz für eine Art Sinnverständigung in einem allgemeineren Sinne sein könnte. Eine qualitative Analyse kann aber computergestützt nur vorbereitet werden (u. a. durch Eingabe aller möglichen Qualifikationen ohne Redefortsetzungen und Einigungen). Die eigentliche Mikroanalyse erfolgt dann nach hermeneutischen Interpretationsregeln. Sie ist bedeutend aufwendiger als die quantitative Analyse, kann aber auch auf Ausschnitte bezogen und beispielsweise für Therapieberichte oder die Supervision verwendet werden (Näheres zur qualitativen Analyse Galliker & Weimer, 2006).

Paralinguales Verhalten

Sinnverständigung erfolgt meistens nicht ausdrücklich, sondern über paralinguale Aspekte der Kommunikation. Dieselben können zwar mit einem Tonbandgerät erfasst und später in der Supervision

berücksichtigt werden, sind jedoch der beschriebenen quantitativen Analyse nicht zugänglich. Rogers (1977b/2004) bezieht sich im Gespräch mit Gloria nur vereinzelt direkt auf paralinguale Aspekte der Interpretanden:

K.: Ich weiß nicht, aber ich möchte, daß mich Pammy voll als Frau sieht, mich aber trotzdem akzeptiert.

Th.: Ich finde, daß Ihre Worte gar nicht so zweiflerisch klingen!

K.: Wirklich nicht? Wie meinen Sie das?

Th.: Ich meine, daß Sie hier sitzen und mir eben gesagt haben, was Sie – was Pam angeht – gern tun möchten.

K.: Ja, das möchte ich zwar, aber ich möchte nichts riskieren, solange mir keine Autorität sagt, daß...

Th. (dessen Augen feucht werden): Was ich sehr stark spüre, ist, daß es eine verdammt riskante Sache ist zu leben. Sie wollen also die Gelegenheit in dieser Beziehung ergreifen, Sie wollen es riskieren, Ihrer Tochter zu sagen, wer Sie wirklich sind.

K.: Ja. Denn wenn ich diese Gelegenheit nicht ergreife und ich fühle mich trotzdem von ihr geliebt und akzeptiert, dann ist mir dabei nie mehr wirklich wohl.

(Rogers, 1977b/2004, S. 177)

Rogers hört auf die Stimme von Gloria und interpretiert dieselbe als „nicht so zweiflerisch“. Explikation paralingualer Momente ist Verstehen am Rande der Gewährwerdung, bei der die Gefahr einer Grenzüberschreitung minimalisiert ist (vgl. auch die weiter oben angeführten Definitionen verschiedener Arten des Verstehens bei Rogers, 1977b/2004, S. 24 ff.). Gloria ist zunächst etwas irritiert, gelangt aber bald zur Anerkennung des von Rogers ausgedrückten Sinngehalts und macht dann in unmittelbarer Folge große Fortschritte in Richtung einer Entscheidung, der sie bislang ausgewichen ist.

Nonverbales Verhalten

Rogers äußert beim soeben angeführten Beispiel gerade jenseits seiner Worte, gleichwohl mit offenkundiger Intensität, was er als Person in der problematisierten Erlebniswelt der Klientin fühlt und ist mithin auch im Fluss seines Erlebens (vgl. Rogers, 1977b/2004, Anmerkung 19, S. 180 f.). Hierbei ist offensichtlich nonverbales Verhalten relevant.

Nonverbales Verhalten wird schon seit Jahren mit großem Aufwand untersucht. Dies geschieht ethnographisch, sozialpsychologisch und klinisch-psychologisch (u. a. Schefflen, 1974; Kendon, 1990; Frey, 1999; Streeck, 2004). Einige Verfahren orientieren sich an der Säuglingsforschung. Dieselben sind in unserem Zusammenhang von besonderer Bedeutung. So führten mikrokinetische Videoanalysen zum Ergebnis, dass sich (nicht durch negative Einflüsse gestörte) Säuglinge schon kurze Zeit nach der Geburt in einem

präzisen *Synchronismus* zur Artikulationsstruktur der Sprache der Erwachsenen bewegen (Condon & Sander, 1974).

Im Gespräch von Rogers und Gloria *verbalisiert* der Therapeut nur an wenigen Stellen nonverbales Verhalten der Klientin. Dennoch spielt das nonverbale Verhalten bei dieser Begegnung eine wichtige Rolle. Rogers verhält sich sehr wohlwollend. Er begleitet die Präsentation der Klientin oft durch ein Zunicken, und auch die Klientin bestätigt manchmal eine Wiedergabe ihres Therapeuten durch ein Kopfnicken. Dabei handelt es sich um Dreischritte, die teilweise nonverbal ausgeführt wurden. Als solche können sie natürlich nicht als eigentliche Dreischritte im Gesprächsprotokoll erscheinen. Nonverbales Verhalten wird oft erst durch Mikroanalysen zugänglich, für welche Videoaufnahmen erforderlich sind. Letztere werden allerdings von den Klienten häufiger abgelehnt als Tonbandaufnahmen (Grimmer & Spohr, 2006).

Implikationen für die Praxis

Der von vielen Gesprächspsychotherapeuten bewunderte Rogers hat zumindest in *verbaler* Hinsicht nichts anderes getan als das, was in der vorliegenden Arbeit ausführlich beschrieben worden ist. Das ist auf den ersten Blick gesehen sicherlich eine einfache Vorgehensweise, sofern dieselbe – wie hier geschehen – *strukturell* gesehen wird, weshalb sie sich auch leicht operationalisieren und in seriöse Therapieforschung umsetzen lässt. Andererseits wurde im Verlaufe unserer Untersuchung für uns immer deutlicher, wie *außerordentlich schwierig* es sein muss, präzise, das heißt den Klienten *genau* entsprechende Wiedergaben zu produzieren. Dies zeigt sich schon in rein kognitiver, noch nicht einmal kommunikativer und humanpsychologischer Hinsicht. Die Anforderungen an die Konzentration sowie an das Kurzzeitgedächtnis und an das mittelfristige Gedächtnis sind enorm und es braucht viel Übung, Therapieerfahrung und Lebenserfahrung um ähnlich schnell, genau und entspannt widerspiegeln zu können, wie dies Rogers getan hat. Rogers hat eigentlich nur etwas einfach Strukturiertes immer wieder getan, aber er hat es außergewöhnlich virtuos getan. Das skizzierte Verfahren könnte sicherlich dazu beitragen, die aufwendige Aneignung notwendiger, wenngleich möglicherweise noch nicht hinreichender therapeutischer Kompetenzen zu erleichtern.

Die *Supervision* therapeutischer Gespräche könnte dann, mehr noch als dies sowieso schon vielerorts der Fall ist, im Takt des Dreischritts erfolgen. Wenngleich es nicht darum gehen wird, die Supervision, das klassische Mittel der Qualitätssicherung, nochmals zu evaluieren, möglicherweise sogar durch das Anlegen externer Maßstäbe, werden wir in Zukunft nicht umhinkommen, auch das Geschehen in der Supervision etwas näher zu betrachten. Das Paradigma des Dreischritts könnte es Supervisorinnen und Supervisorinnen erleichtern, Mikrostrukturen der therapeutisch geförderten Selbstexploration zu erkennen.

Einige Fragen, welche die einfachsten Voraussetzungen der Möglichkeit der Wahrnehmung solcher Mikrostrukturen betreffen, seien hier abschließend noch angeführt: Geht die Therapeutin auf ein für die Klientin wichtiges Interpretandum überhaupt ein oder gleitet sie gleichsam an ihm vorbei? Vermag sie ein bestimmtes Interpretandum auch präzise wiederzugeben? Werden die empathischen Bemühungen der Therapeutin von der Klientin gewöhnlich ausdrücklich wahrgenommen bzw. qualifiziert oder ist dies meistens nicht der Fall? Handelt es sich bei Sequenzen mehrerer Dreischritte um weiterführende Selbstexplorationen oder sind zusätzliche Bemühungen nur deshalb erforderlich, weil anfänglich nicht genügend präzise auf die Klientin eingegangen wurde? Wird eine über die Paraphrasierung hinausführende Interpretation von der Klientin aufgenommen, oder ist dies nicht der Fall? Wie reagiert die

Therapeutin auf einen Klienten, der sich im Verlaufe der Therapie mehr auf sie einstellt?

Es wird sich anhand unzähliger Beispiele im Einzelnen konkret zeigen, wie Therapeutin und Klient aufeinander eingehen, in welcher Beziehung sie sich jeweils befinden und was zur Intensivierung der Beziehung möglich sein wird. Oft wird in der Supervision mehr die Kongruenz als die Empathie des Therapeuten im Vordergrund stehen. In diesem Fall beziehen sich die Interpretationen der Anwesenden mehr auf die momentanen Interpretanden desselben. Der Supervisand qualifiziert nun bezüglich eigener Beiträge und nicht jener seines Klienten. Nur in diesem Fall ist das evaluative Vorgehen nicht mehr primär auf den Klienten zentriert. Es ist nun therapeutenzentriert, aber auch in diesem Fall primär auf die *Person* der Therapeutin oder des Therapeuten bezogen.

Literatur

- Bastine, R., Fiedler, P. & Kommer, D. (1989). Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandesaufnahme und Systematisierung der psychotherapeutischen Prozessforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 18, 3–22.
- Bohart, A. C. & Greenberg, L. S. (1997). Empathy and psychotherapy: An introductory overview. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 3–31). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Brodley, B. T. (2001). Observations of Empathic Understanding in a Client-Centred Practice. In G. Wyatt (Ed.), *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice. Volume 2: Empathy* (pp. 16–37). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Brodley, B. T. & Brody, A. F. (1990). Understanding client-centered therapy through interviews conducted by Carl Rogers. *Papers presented at the annual convention of the American Psychological Association, Boston, MA*.
- Brossi, R. (2003). Unzeitgemäß? Gedanken einer Praktikerin zum Thema Langzeittherapie. *Person*, 7, 57–65.
- Condon, W. S. & Sander, L. (1974). Neonate movement is synchronized with adult speech. *Science*, 183, 99–101.
- Elliott, R., Greenberg, L. S. & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M. L. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 493–539). New York: Wiley.
- Fäh, M. & Fischer, G. (Hrsg.) (1998). Sinn und Unsinn der Psychotherapieforschung. *Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Foppa, K. (1984). Redeabsicht und Verständigung. *Manuskripte*, 23, 73–76.
- Frey, S. (1999). *Die Macht des Bildes*. Bern: Huber.
- Galliker, M. (1991). Wer A sagt, muss auch B meinen. Ein empirischer Beitrag zur Spontaneität des Sprechvorgangs auf der Grundlage des „Berliner Dreischritts“. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, 45, 2345–2457.
- Galliker, M. & Herman, J. (1994). Verbales Reflektieren im therapeutischen Diskurs. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 42, 42–59.
- Galliker, M., Herman, J. & Weimer, D. (1998). Mutual Reference in Dialogue. Vertical Co-Occurrence-Analysis of a Conversation Series. In S. Cmejcková, J. Hoffmannová, O. Müllerová & J. Svetlá (Eds.), *Dialog-analysis VI* (pp. 111–116). Tübingen: Niemeyer.
- Galliker, M. & Weimer, D. (2005). *Psychologie der Verständigung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Galliker, M., Klein, M. & Rykart, S. (2007). *Meilensteine der Psychologie. Die Geschichte der Psychologie nach Personen, Werk und Wirkung*. Stuttgart: Kröner.
- Grimmer, B. & Spohr, E. (2006). Der unsichtbare Dritte. In V. Luif, G. Thoma & B. Boothe (Hrsg.), *Beschreiben – Erschließen – Erläutern* (S. 193–212). Lengerich: Pabst.
- Ham, M. A. (1987). Client behavior and counselor empathic performance. In G. A. Gladstein (Ed.), *Empathy and counseling: Explorations in theory and research* (pp. 31–50). New York: Springer.
- Heritage, J. (1984). *Garfinkel and Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.
- Hörmann, H. (1976). *Meinen und Verstehen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Käsermann, M.-L. (1990). *Spracherwerb und Interaktion*. Bern: Huber.
- Kendon, A. (1990). *Conducting interaction. Patterns of behavior in focused encounters*. Cambridge: University Press.
- Korbei, L. (2007). Spezifische therapeutische Reaktionen auf unterschiedlich strukturgebundenes Erleben. *Person*, 11, 13–21.
- Lietaer, G. (2002). The united colors of person-centered and experiential psychotherapies. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1, 4–13.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270–378). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research. Continuity and change. In M. L. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307–389). New York: Wiley.

- Rennie, D. L. (1990). Toward a representation of the client's experience of the psychotherapy hour. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered an experiential therapy in the nineties* (pp. 155–172). Leuven, Belgium: Leuven University Press.
- Rogers, C. R. (1942a/1985). Die nicht-direktive Beratung. München: Kindler. (Original erschienen 1942: Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice).
- Rogers, C. R. (1961/2006). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1977b/2004). *Therapeut und Klient*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Schefflen, A.E. (1974). *How behavior means*. Garden City/New York: Anchor Books.
- Schmid, P. F. (2001). Comprehension: The art of not knowing. Dialogical and Ethical Perspectives on Empathy as Dialogue in Personal and Person-centred Relationships. In G. Wyatt (Ed.), *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice Volume 2: Empathy* (pp. 53–71). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Streeck, U. (2004). *Auf den ersten Blick. Psychotherapeutische Beziehungen unter dem Mikroskop*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stucki, Ch. (2005). Die Therapiebeziehung differentiell gestalten – Intuitive Reaktionen, Patientenwahrnehmung und Beziehungsverhalten von Therapeuten in der Psychotherapie. Institut für Psychologie der Universität Bern: Dissertation.
- Stumm, G., Wiltschko, J. & Keil, W. W. (Hrsg.) (2003). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Tudor, K. (2000). The case of the lost conditions. *Counselling*, 11, 33–37.
- Znoj, H.J., Grawe, K. & Jeger, P. (2000). Die differentielle Bedeutung des Handlungskontrollmodus für klärungs- und bewältigungsorientierte Therapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 53–59.
- Zurhorst, G. (2005). Evaluierungsmethoden aus der Pharmaforschung gehen am Kern Humanistischer Psychotherapien vorbei. Interview mit Ursula Reinsch. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 36, 13–16.

Autoren:

Margot Klein, Dipl.-Soz., geb. 1957, Mitglied der GwG. Leitung der Beratungsstelle Viva für ältere und verwirrte Menschen und ihrer Angehörigen in Mannheim, Lehrbeauftragte an der Hochschule Mannheim, Fortbildnerin für Kommunikation mit älteren und verwirrten Menschen.

Mark Galliker, Prof. Dr. phil., geb. 1948, Mitglied der SGGT und Psychotherapeut FSP, lehrt an der Universität Bern Gesprächsführung und Beratung sowie Geschichte und Paradigmen der Psychologie. Studien zu qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden. In der zusammen mit Daniel Weimer veröffentlichten „Psychologie der Verständigung“ wird der Dreischritt als elementare Einheit der Psychologie begründet.

Korrespondenzadressen:

Margot Klein
G 7/10, D-68159 Mannheim
E-Mail: magklein@web.de

Mark Galliker
Institut für Psychologie der Universität Bern, UniTobler
Muesmattstr. 45, CH-3000 Bern 9
E-Mail: mark.galliker@psy.unibe.ch

Rosina Brossi und Eva-Maria Biermann-Ratjen

„Es ist so weiter oben und weiter hinten“ – Darstellung der Entwicklung des therapeutischen Prozesses einer Patientin, die an einer Selbststrukturschwäche leidet

Zusammenfassung: *Wir berichten über den Verlauf der Psychotherapie einer Patientin mit einer Strukturschwäche, der sich sowohl mit den Begriffen des Prozesskontinuums von Rogers als auch mit der Strukturachse der OPD abbilden lässt. Der Therapieverlauf wird in Phasen, illustriert durch diesen entsprechende Ausschnitte aus Tonbandprotokollen, vorgestellt, die ursprünglich für die Supervision hergestellt worden waren.*

Schlüsselwörter: *Selbststruktur, Strukturveränderungen, Prozesskontinuum, Strukturachse der OPD*

Abstract: *„It is somewhere above me and behind of me“ — Demonstration of the therapeutic process of a client suffering from a weak structure of self. We report on the psychotherapy process of a patient suffering from a weak self-structure, which may be documented by means of Rogers process continuum as well as on the structural axis of the OPD. The psychotherapeutic process is divided into phases and there are corresponding segments of the tape protocol, which had originally been produced for supervision.*

Keywords: *self-structure, changes of self-structure, process-continuum, structural axis of the OPD*

Wir berichten im Folgenden¹ über die Psychotherapie einer Klientin mit einer Strukturschwäche im Verlauf von 120 Gesprächen (mit Rosina Brossi) innerhalb von vier Jahren, die auch mehrmals Thema von Supervisionsgesprächen gewesen ist. Bei der Auswahl der Themen und der entsprechenden Therapiemitschnitte und ihrer Transkripte für die Supervision hat die Strukturschwäche der Patientin – die mit ihr verbundenen Probleme und ihre Entwicklung im Therapieverlauf – eine Rolle gespielt. Wir möchten im Folgenden demonstrieren, dass sich sowohl eine Selbststrukturschwäche als solche als auch ihre Entwicklung im Verlauf einer Psychotherapie mit den Begriffen des Prozesskontinuums von Rogers beschreiben – und damit kommunizieren – lässt, und zwar in einer ganz ähnlichen Art und Weise wie durch die Strukturmerkmale des Selbst, entsprechend der Strukturachse der OPD (Rudolf, 1996). Es geht uns nicht um eine vollständige Darstellung des Prozesskontinuums und/oder der Strukturachse der OPD und auch nicht um eine systematische im Sinne von lückenlose Einordnung des Funktionierens der Patientin zu irgendeinem Zeitpunkt ihrer Entwicklung auf diesen Skalen. Und es geht auch nicht um einen Vergleich dieser

beiden Beschreibungssysteme. Es geht darum, zu zeigen, dass Entwicklungen im psychotherapeutischen Prozess in einer Art und Weise beschrieben werden können, dass sie nachvollzogen und beurteilt werden können – auch von anderen als Gesprächspsychotherapeuten.

Rogers' Prozesskontinuum

Rogers hat wiederholt darauf hingewiesen, dass die Entwicklung des Klienten im psychotherapeutischen Prozess in einem hohen Maße davon abhängig ist, dass es dem Therapeuten gelingt, ihm mit vorurteilsfreier Offenheit für seine Erfahrungen und in keiner Weise bewertend zu begegnen. Dementsprechend war er sehr zurückhaltend mit der Anwendung von Diagnosen und Krankheitsbegriffen jeder Art. Dennoch hat er z. B. 1961/1973b in seinem Buch mit dem Titel „On becoming a person“, das im Deutschen „Entwicklung der Persönlichkeit“ heißt, die „persönliche“ Entwicklung des Klienten im Verlauf einer erfolgreichen Therapie als eine Bewegung von einem – so könnte man sagen – ungesunden Pol des Umgangs mit der Erfahrung (Rogers spricht auch vom Inneren Bezugsrahmen, in dem Erfahrung gemacht werde) zu einem – dann eher – gesunden Pol beschrieben. Und zwar so:

¹ Der Bericht basiert auf einer Vorstellung dieses Therapieverlaufs auf dem Großen Forum der DPGG in Hamburg im April 2006, dessen Thema das „Selbst“ und seine Struktur war.

1. Zu Beginn der Therapie sind die Gefühle wenig gegenwärtig. Der Klient gesteht sie sich kaum ein und behandelt sie wie Objekte außerhalb seiner Person. Sie machen Angst.
2. Die Erfahrungsweise ist starr, die Bedeutung (das ist vor allem die emotionale Bedeutung) der Erfahrung spielt kaum eine Rolle, wird nur selten symbolisiert und in Bezug zur Vergangenheit interpretiert.
3. Der Klient ist kaum in der Lage, sich seine Erfahrung bewusst zu machen und versteht und akzeptiert sich nicht in ihr.
4. Der Klient teilt sich nur widerwillig über sich selbst mit.
5. Die kognitiven Funktionen stehen im Dienst einer starren Deutung der Erfahrung. Sie wird nicht als aktuell und neu bewertet und in Bezug auf sich selbst interpretiert.
6. Der Klient nimmt seine Probleme wenig differenziert und eher als Fakten außerhalb seiner Person wahr.
7. Dementsprechend besteht kein Wunsch nach persönlicher Veränderung und
8. Enge Beziehungen zu anderen Personen werden als bedrohlich erlebt und gemieden.

Der Umgang mit der Erfahrung sieht nach einer erfolgreichen Therapie im Gegensatz dazu so aus:

1. Die Gefühle stehen in engem Bezug zum unmittelbaren Erleben. Sie werden als unmittelbar gegenwärtig und immer wieder neu erlebt und mitgeteilt.
2. Der Klient kann sich seiner Erfahrung zuwenden und sich auf sie beziehen. Er kann frei und sich selbst verstehend und akzeptierend im Fluss seiner Erfahrungen und ihrer Bedeutungen leben, die sich auch wandeln können und immer symbolisiert werden können, so dass
3. sie korrekt im Bewusstsein abgebildet werden und Kongruenz erreicht wird. Das Selbstkonzept bedrohende Erfahrung muss nicht mehr abgewehrt werden.
4. Am Ende einer erfolgreichen Therapie kann sich der Klient auch anderen bezüglich seiner Erfahrung mitteilen.
5. Die kognitiven Funktionen stehen im Dienste einer flexiblen Interpretation der jeweils neuen aktuellen Erfahrung. Das Verständnis der eigenen Situation wird durch jede neue Erfahrung modifiziert.
6. Probleme werden differenziert und als die eigenen wahrgenommen.
7. Das gilt auch für die Verantwortung für die eigenen Probleme.
8. Die Person kann ihre Beziehungen zu anderen frei und offen erleben und aufrichtig sein

(vgl. Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 1979, S. 75 f.; Biermann-Ratjen, 2006).

Wir wollen im Folgenden zeigen, dass es auch heute noch ausgesprochen hilfreich ist, bei der Verfolgung und Beschreibung der Entwicklungsschritte eines Patienten im Verlauf einer Psycho-

therapie dieses Prozesskontinuum von Rogers zur Hilfe zu nehmen, bzw. nicht nur zu beobachten, ob und dass die Selbstexploration zunimmt, sondern auch, wie sie sich verändert: wie z. B. im dargestellten Fall

- die Klientin ihre Erfahrungen und deren Bewertungen zunehmend genauer und eingehender ins Auge fasste,
- dabei Neues über sich selbst entdeckte, das ihr bisher nicht bewusst war;
- sie sich zunehmend mehr akzeptieren konnte, in sich hinein hören und aufhorchen konnte, wenn sie Neues entdeckte, vor allem neue Bewertungen von Erfahrungen;
- es in ihrem Erleben zunehmend um ihre Selbsterfahrungen ging,
- sie sich neu und anders mitteilte,
- unmittelbarer erlebte;
- sie sich in den Therapiegesprächen zunehmend auf das konzentrieren konnte, was jetzt im Moment in ihr vorging,
- sie wohlwollender mit sich selbst wurde,
- sich selbst in ihren Erfahrungen mehr respektierte, freier von Prinzipien und Vorurteilen bzw. Vorverurteilungen auch von sich selbst wurde;
- sie sich zunehmend angstfreier und unmittelbarer auf die Therapeutin einlassen konnte
- und dann auch auf das eigene Urteilsvermögen und die eigene Fähigkeit, Schlussfolgerungen zu ziehen.

Die Strukturmerkmale des Selbst

Die psychische Stabilität einer Klientin und deren Entwicklung lassen sich auch – und zwar in einer mit dem Klientenzentrierten Konzept kompatiblen Art und Weise – unter dem Aspekt der *Strukturmerkmale des Selbst* (vgl. Arbeitskreis OPD, 1996, sowie Eckert 2006) ins Auge fassen.

Struktur wird im diagnostischen System OPD definiert als Struktur des Selbst und seiner Beziehungen zu den Objekten. Die Betrachtung der Struktur beinhaltet in diesem System die Betrachtung bestimmter Fähigkeiten, struktureller Dimensionen. In Abhängigkeit von der Qualität des Funktionierens in diesen Dimensionen wird das Integrationsniveau bestimmt: von gut integriert über mäßig, zu gering integriert und schließlich desintegriert.

Es wird davon ausgegangen, dass die strukturellen Funktionen in frühen Lebensabschnitten – in der frühen Kindheit – unter dem Einfluss interpersoneller emotionaler Erfahrungen heranreifen. Dementsprechend gelten sie in großen Teilen als Abbilder dieser frühen interpersonellen emotionalen Erfahrungen. Damit hängt zusammen, dass sie spezifische Erwartungen des Subjekts (das ist die Person) an die Objektwelt (das sind die anderen Menschen) spiegeln, und diese Erwartungen wiederum einen großen Einfluss auf die Gestaltung des Umgangs mit sich selbst und anderen Menschen haben.

Die Dimensionen der Struktur sind:

- Die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung: zur Selbstreflexion, zur Gewinnung eines Selbstbildes und eines Gefühls von Identität, und die Fähigkeit zur Affektdifferenzierung.
- Die Fähigkeit zur Objektwahrnehmung: zur empathischen Einfühlung in andere, die Fähigkeit, andere realitätsgerecht (d. h. so wie sie sind oder wie sie auch von anderen wahrgenommen werden) und ganzheitlich (das Gegenteil wäre nur als bedürfnisbefriedigend bzw. verfolgend) wahrzunehmen, und die Fähigkeit zum Erleben objektbezogener Affekte, z. B. Dankbarkeit, Schuld, Trauer.
- Die Fähigkeit zur Selbststeuerung: Affekte, Impulse und das Selbstwertgefühl steuern zu können. Bei niedriger oder mangelnder Integration herrschen impulsives Verhalten, Selbstbestrafungstendenzen, Intoleranz für negative Affekte, große Kränkbarkeit bzw. Größenvorstellungen vor bis hin zu unzureichenden Vorstellungen von der Urheberschaft des eigenen Handelns und massiven Störungen der Selbststeuerung, wie z. B. Impulskontrollverlust und psychotische Erregung.
- Die Fähigkeit zur Abwehr: Bei der Betrachtung der Abwehr im Hinblick auf die Frage nach dem Integrationsniveau wird deren Stabilität und Flexibilität ins Auge gefasst und vor allem zwischen der sogenannten intrapsychischen und der interpersonellen Abwehr unterschieden. Die Fähigkeit zur Abwehr kann nicht z. B. direkt erfragt werden. Sie wird aus der Selbststeuerung und der Gestaltung der Beziehungen zu anderen erschlossen.
- Die Fähigkeit zur Kommunikation beinhaltet die Fähigkeit, sich anderen gegenüber bezüglich seines (vor allem des emotionalen) Erlebens mitteilen zu können und auf die Mitteilungen anderer empathisch und emotional reagieren und sie entschlüsseln zu können, anderen nahe sein zu können.
- Die Fähigkeit zur Bindung ist nicht identisch mit dem, was in der Bindungsforschung unter Bindung und Bindungsstilen verstanden wird. Im Rahmen der Betrachtung der Struktur einer Person ist die Fähigkeit gemeint, sich an andere zu binden und differentielle innere (positive) Bilder von wichtigen anderen zu entwickeln und diese (auch bei negativen Erfahrungen mit ihnen) aufrechterhalten zu können. Die Fähigkeit zur Bindung beinhaltet auch die Fähigkeit sich zu lösen und zu trennen.

Auch mit Hilfe der Strukturachse der OPD lässt sich also einschätzen, ob im Verlauf eines Psychotherapieprozesses:

- die (Selbst-)Wahrnehmung der Klientin bezüglich ihrer Erfahrungen und deren (vor allem emotionaler) Bewertung genauer und differenzierter und ihr selbst wichtiger wird
- die Patientin sich zunehmend auf ihr unmittelbares Erleben – auch anderer Personen – hier und jetzt konzentrieren kann
- und dabei angstfreier sein kann
- sich unmittelbarer auf den Kontakt mit der Therapeutin einlassen kann, d. h. auch sich über sich selbst mitteilen

- und dabei wohlwollender und respektvoller mit sich selbst umgeht, zunehmend frei von Selbstvorverurteilungen.

Darstellung der Therapie

Der Verlauf der Therapie wird im Folgenden so dargestellt, dass zunächst aus der Sicht der Therapeutin berichtet wird, wie sie die Patientin und ihre Problematik und sich selbst im Umgang damit in den einzelnen Zeitabschnitten erlebt hat. Im Zusammenhang damit wird auf einige der Besonderheiten des Integrationsniveaus der Patientin in den Begriffen des Prozesskontinuums von Rogers bzw. der Dimensionen der Struktur entsprechend der OPD hingewiesen. Dieser Kommentar endet jeweils mit einem Vorschlag der Autorinnen, auf welche Aspekte der Struktur der Klientin der Leser im nachfolgenden Therapieausschnitt achten könnte. Diesem folgt dann wiederum ein kurzer Kommentar, der ebenfalls nicht als systematische und vor allem nicht als vollständige Einordnung des Funktionierens der Klientin auf den Skalen des Prozesskontinuums bzw. den Dimensionen der Struktur nach OPD missverstanden werden möchte, sondern als Hinweise der Autorinnen auf das Erleben der Klientin, unter strukturellen Gesichtspunkten betrachtet.

Die Therapeutin berichtet

Zu *Beginn der Therapie* ist die – deutlich jünger wirkende – Klientin 29 Jahre alt. Sie ist hübsch und zierlich und hat eine angenehme und natürliche Ausstrahlung.

Sie berichtet, dass sie in einer Krise sei: „Es geht nichts mehr!“ Sie lebe vorübergehend von ihrem Partner getrennt und zusammen mit dem gemeinsamen zweijährigen Sohn. Ihr Partner habe noch einen Sohn aus einer früheren Beziehung.

Sie hätten sich am gemeinsamen Arbeitsplatz – einer Kindertagesbetreuungsstätte – kennen gelernt. Die Beziehung sei von Anfang an schwierig gewesen. Sie hätten viel Streit gehabt. Ihr Partner neige zu Gewaltausbrüchen, sei jähzornig. Sie sei auch deswegen so „mit den Nerven am Ende“, weil die Tagesstätte geschlossen worden und sie jetzt arbeitslos sei.

Sie habe keine Ausbildung gemacht. Sie habe auch kein Abitur, obwohl sie dazu fähig gewesen wäre. Ihre Lehrerin habe sie „gedrückt“, weil ihre Mutter allein erziehend gewesen sei. Ihren Vater kenne sie kaum. Das mache ihr aber nichts aus. Sie habe mit ihrer Mutter bei deren Eltern gelebt. Sie habe eine besonders enge Beziehung zu ihrem Großvater gehabt, der Künstler gewesen sei. Sie habe viel Zeit bei ihm im Atelier verbracht.

Die Klientin spricht in den ersten Stunden stockend, oft nur auf Nachfrage. Ihre Selbstexploration bleibt meist ganz diffus und im Allgemeinen. Sie zeigt wenig sichtbare emotionale Beteiligung,

während sie über ihr Gewordensein spricht. Gefühle, vor allem Wut und Scham, werden eher spürbar, wenn sie über ihren Partner und ihren Sohn spricht.

Sie erlebt die Gespräche als entlastend und wendet sich auch schambeladenen Themen zu, z. B. ihren gewaltsamen Gefühlen ihrem Sohn gegenüber.

Die *Themen*, die den weiteren Therapieverlauf bestimmen werden, klingen schon in den ersten Stunden an:

- die Beziehung zum Freund, zum Sohn und zur Mutter (letztere wird erst nach sechs Monaten Thema);
- ihre berufliche Situation, die Arbeitsstelle, das Thema einer fehlenden Ausbildung;
- ihr mangelndes Selbstwertgefühl.

Erst ab der achtzigsten Stunde werden als weitere Themen dazu kommen:

- ihr Sohn im Kindergarten,
- die Beziehung zu den Großeltern und zum Vater
- und ihr Durchsetzungsvermögen.

Ihre Persönlichkeitsveränderung wird vor allem darin spürbar werden, dass sich der *Umgang* mit diesen Themen im Verlauf der Therapie sehr verändert.

Der Therapieverlauf lässt sich in vier Phasen unterteilen (in Klammer die Sitzungen):

1. Phase: „Kann ich Ihnen trauen?“ Absturz (1–21)
2. Phase: Isolation und Stagnation (22–61)
3. Phase: „Ich kann doch nichts, auch wenn ich es versuche!“ (62–90)
4. Phase: Krise und danach: „Ich kann mich bewegen.“ (91–120)

1. Phase: Kann ich Ihnen trauen? Absturz (1–21)

In der 4. *Stunde* erzählt die Klientin einen Traum: Sie fährt in einem Bus. Mit ihr reisen eine türkische Frau, ein arabischer Mann und eine jüdische Familie. Sie versteht wenig, das meiste nicht. Das macht nichts, sie lässt sich einfach treiben. Sie weiß weder, wo sie ist, noch wohin der Bus fährt.

„Nichts Besonderes“ empfindet sie zum Traum. Damit, dass ich eine Art Beklemmung empfinde, dass er bei mir Fragen aufwirft, kann sie nichts anfangen.

Dieser Traum erweist sich als ein Symbol für eine lange Zeit der Therapie bezüglich ihres Inneren Bezugsrahmens: Bei vielem, was die Klientin erzählt, gibt es keine Bezugnahme zu ihrem Erleben. Sie findet vieles „normal“, sagt: „Es stört mich nicht“. Wenn sie sich über etwas beklagt, dann über ihren Partner, ihr Kind, über ihre Gefühle der Leere und Langeweile. Wenn ihr etwas zu nahe kommt, dissoziiert sie. Sie schweigt dann viel in der Stunde, sie driftet weg. Dazu kommt es aber auch, weil sie sich nicht vorstellen kann, dass

ich mich für sie interessiere. Dann muss immer ich den Faden wieder knüpfen, sonst ist sie total verloren. Auch zu Beginn der Stunde muss ich ihr deshalb oft helfen. Vieles wird nicht spürbar, oft ist es für mich wie ein Stochern in einem Heuhaufen, ein Herumirren im Nebel.

Sie nimmt ihre Stimmungen ganz losgelöst von Ereignissen wahr. Es ist immer eine intensive Arbeit, bis sie gewisse Bezüge zumindest zu aktuellen Erfahrungen herstellen kann. Zum Schluss der Stunden fühlt sie sich jeweils beruhigt.

Nach einem erneuten Gewaltausbruch ihres Freundes, mit dem sie zwischenzeitlich wieder zusammengezogen ist, (er schlägt sie, zerrt sie an den Haaren, drückt sie an die Wand), ist sie wie betäubt. Sie erlebt sich auf einem Rad, das sich immer schneller dreht. Sie hat Angst „durchzuknallen“. Die Therapie findet sie überlebenswichtig: „Ich muss besser zu mir schauen, sonst überlebe ich nicht, alleine kann ich’s nicht.“

In dieser Zeit will sie auch über ihre Störung reden: Dass sie unter einem traumatischen Schock stehe, stimme. Vieles dreht sich um Integritätsverlust. Sie fühle sich klein und wehrlos. Auch Depression stimme: Alles sei so abstrakt. Sie beschäftige sich im Kreise und fruchtlos mit allem.

Immer deutlicher wird ihr verzweifelt Bemühen um Kontakt mit ihrem Sohn, ihrem Freund und ihrer Mutter. Sie erlebt sich als ständig scheiternd in diesem Bemühen. Sie möchte für den Sohn da sein, ist aber nur ungeduldig und unzufrieden.

Sie sitze wie auf einem Deckel, der ihre Wut im Topf hält, und: „Ich mag einfach nicht, es soll mir jemand helfen!“ Es taucht die Frage nach Medikamenten und/oder einem Klinikaufenthalt auf. Beides will sie aber letztlich nicht.

Schließlich nimmt sie eine eigene Wohnung und trennt sich vom Partner.

Kommentar zur ersten Phase

Die Therapeutin sagt: „Der Traum erweist sich als ein Symbol für eine lange Zeit der Therapie bezüglich ihres Inneren Bezugsrahmens.“ Die Patientin erlebt ihre Erfahrungen wie die Personen im Bus als Objekte außerhalb ihrer Person. Sie scheint sich nicht darüber im Klaren zu sein, dass sie diese träumt, etwas über sich selbst erzählt, wenn sie über sie berichtet. Sie versteht sie nicht, macht sich keine Gedanken darüber, was sie zu sagen, zu bedeuten haben. Sie findet ihre Erfahrungen einfach „normal“, beschäftigt sich kaum mit ihnen, und es ist auch nicht ihr Anliegen, die Therapeutin mit ihnen zu beschäftigen. Sie betrachtet sie wie ihre Probleme als nicht zu ihrer Person gehörend.

Unter dem Gesichtspunkt der Strukturmerkmale des Selbst betrachtet, stellt sich die Patientin als ausgesprochen strukturschwach

dar, aber interessiert daran, in ihrer Integrationsschwäche, ihrer Störung, gesehen zu werden: dass sie Angst hat durchzuknallen, sich als unfähig zur Selbststeuerung empfindet, klein und wehrlos, dass ihr durchaus klar ist, wie wichtig es wäre, „besser zu mir schauen zu können“, fähig zur Selbstwahrnehmung zu sein bzw. zur Kommunikation, „alleine kann ich's nicht.“

Die Unfähigkeit, sich auf das eigene Erleben und seine Bedeutung für sie zu konzentrieren und sich Gedanken darüber zu machen, wie sie also mit sich umgehen könnte, wird sehr deutlich im folgenden

Ausschnitt aus der 15. Stunde:

Klientin (K): ... vielleicht ruft noch irgendjemand an ...

Therapeutin (T): Was bedeutet denn dieses Telefonieren so für Sie?

K: Ich habe mich manchmal so in Verdacht, es ist gar nicht diese Person, sondern aus Langeweile, schon auch dieses Nicht-allein-Sein. Aber ich glaube, es geht wirklich mehr um Langeweile: „Was mache ich dann mit mir allein?“ Man kann so bequem sitzen zum Telefonieren.

T: Das ist ein bequemer Ort in ihrer Wohnung (K: mhm). Also, dass das Telefonieren damit zu tun hat, nicht allein zu sein und die Zeit herzubringen?

K: Zeit herumbringen, das ist sehr treffend. Das habe ich sowieso viel, das Gefühl in letzter Zeit, wie einfach Zeit herumbringen.

T: Und wie ist das, dass das so ist, dass Sie versuchen, vor allem die Zeit herumbringen?

K: Sehr unbefriedigend, denn einerseits ist dann das Gefühl, der Wunsch in mir, dass möglichst schnell Zeit vorbei geht. Das spüre ich so, dass ich das will, möglichst schnell: „Au, was könnte ich auch mit dem Sandro?!“ Also mit Sandro bin ich sehr ähnlich wie mit mir allein, eigentlich: „Was könnte ich jetzt noch machen, damit es schnell Abend wird?“ Ich tue ihn in die Badewanne oder irgendwie so. Das ist so ein Sehnen, also irgendwie, und gleichzeitig zieht es wie in die andere Seite, wo ich ja eher das Gefühl habe, ich habe zu wenig Zeit, ich kann doch nicht Tag für Tag einfach versuchen herzubringen, weil ich möchte ja noch so viel! Und dann kommt so die Angst, dass mir die Zeit so davonrennt, wie so im Größeren.

T: Also im Größeren ist es so: Angst, dass die Zeit davonrennt. Im Kleinen ist es so: „Wie bringe ich die Zeit herum?“

K: Ja, ja es ist genau das. Im Größeren bin ich eigentlich immer so unter Druck, schon wenn ich an Sandro denke. Der kommt jetzt schon in zwei Jahren in den Kindergarten. Bis dann muss ich an einem Ort wohnen, wo es mir wohl ist, wo ich das Gefühl habe, ich finde es gut, wenn er in den Kindergarten geht. Und dann, was ist, wenn ich nochmals ein Kind möchte, irgendwann irgendwie noch eine Ausbildung machen? Das sind eigentlich alles Sachen (T: Hu, so viel, ja) ja, die ich auch möchte, wo ich dann denke: „Au, wenn ich nur die Zeit anhalten könnte!“

T: Aber ist das dann wie aufgeschoben, oder was macht es dann, dass im Kleinen wie die Zeit nicht herumgeht oder dass sie die Zeit totschlagen müssen?

K: Ich glaube, das andere ist wie so weit weg von mir.

T: Ist so weit weg von Ihnen. Wo ist dann das etwa?

K: Wenn ich mir das so richtig räumlich vorstelle, habe ich so das Gefühl, es ist so weiter oben und weiter hinten.

T: Weiter oben und weiter hinten, schon noch so sichtbar im Raum?

K: Ja, aber es ist wie so weit weg, es gibt so keinen Gummizug.

T: Also keinen Gummizug, wie so kein wirklicher Kontakt dazu? Sie sehen es zwar, es ist weiter oben und weiter hinten

K: Ja es ist nichts, was konkret direkt wirkt. Ich denke, es sind für mich eher so positive Sachen, also, es sind jetzt nicht Sachen, die ich jetzt so in weiter Ferne sehe und dann: bäh.

T: Es ist eher schwierig; dass das nicht mehr spürbar ist, so wenig Kontakt?

K: So unkonkret.

T: Was ist das für ein Gefühl, dass das so unkonkret ist, wo es doch so schön wäre oder wichtig?

K: Also ich denke: erstens rege ich mich auf über mich selber. Ungeduldig und unzufrieden bin ich.

T: Es macht Sie ungeduldig und unzufrieden sich selber gegenüber.

K: Und ich denke, je mehr Zeit vergeht, desto unangenehmer ist mir das. Es ist ja eine Art Lösung, es ist ja etwas, wenn ich das so sehe, wenn ich mal eine Ausbildung habe, dann habe ich vielleicht auch nicht mehr so Geldprobleme und habe eine Aufgabe, die mich erfüllt und eine Arbeit. Oder wenn ich mal an einem Ort wohne, wo ich das Gefühl habe, doch da möchte ich wirklich, dass Sandro aufwächst. Aber dann habe ich so das Gefühl, es ist vielleicht ähnlich, wie Sandros Geburtstagsfest, es ist etwas, das ich toll finde, wo ich mich freu' eigentlich, aber das mich total überfordert.

T: Also das gehört so zu dem, die Vorstellung das zu können oder das zu haben: einen Beruf, einen Ort, an dem es ihnen gefallen würde, wo Sie es gut finden würden für Sandro, dass das so etwas ist, da würden Sie sich zwar freuen, das finden Sie toll, aber irgendwie überfordert sie etwas daran, oder viel.

K: Ja, ich merke vor allem so, es ist so kurzfristig auf eine Art, wie ich lebe, also es ist so: Am morgen stehe ich auf, und dann merke ich schon, irgendwo habe ich wieder so einen Klumpen, ich weiß eigentlich nicht so recht von was, es ist ja eben nichts so konkret, dann merke ich, ja dann hole ich ihn wieder in der Kindertagesstätte ab, und dann schläft er, und dann: Was mache ich heute? Und dann denke ich: „Ja, ich muss halt etwas abmachen!“ Das ist dasselbe wie das Telefonieren. Tolle Sachen mache ich mit Sandro eigentlich nur, wenn ich mit jemandem etwas abmache, obwohl ich dann oft denke, mit ihm allein wäre es eigentlich viel schöner. Ich würde ihn viel besser spüren und er mich auch, und er hat irgendwie genug Kinder sonst. Und dann machen wir das und dann geht er ins Bett. Es fehlt so wie der Verknüpfungspunkt. Es hat gar nichts zu tun, der Tag jetzt mit einer Ausbildung.

Kommentar zur ersten Bandstelle

Der Klientin fehlt der Kontakt zu ihrem Erleben. Das Telefonieren, ihr Umgang mit ihrer Zeit, die sie versucht herumbringen, zeigt, wie weit sie von ihrer Erfahrung entfernt ist. Es gelingt ihr mit Hilfe der Therapeutin, genau das in einer räumlichen Vorstellung zu symbolisieren. Es bedeutet, sich Erfahrungen nicht bewusst zu machen, deren emotionale Bedeutungen nicht zu symbolisieren, die in ihnen enthaltenen Gefühle nicht gegenwärtig werden zu lassen. Die Klientin hat Mühe, sich zu akzeptieren. Es besteht ein Wunsch nach Veränderung, allerdings drückt sie gleichzeitig Überforderung damit aus.

Die Therapeutin versucht hier ein möglichst nicht bedrohliches, akzeptierendes Gesprächsangebot zu machen und zu verstehen, wie das für die Klientin ist, Erleben zu vermeiden. Dies gelingt ihr nicht immer, was dann bei der Klientin jeweils ein auch den Kontakt mit der Therapeutin vermeidendes Verhalten auslöst.

2. Phase: Isolation und Stagnation (22–61)

Nach der Trennung vom Freund ist die Patientin erleichtert, fühlt sich sicherer, atmet auf. Sie erlebt die Trennung als etwas großes, welches sie ohne Therapie nicht geschafft hätte.

(Die Beziehung zu ihrem Freund bleibt in der Folge sehr verstrickt. Sie spricht aber über lange Phasen in der Therapie kaum darüber. Über drei Jahre später beginnen die beiden eine Paartherapie, um die Beziehung zu klären, nicht zuletzt im Bezug auf ihr Elternsein.)

Mit ihrem Sohn hat sie es in dieser Phase sehr schwer. Sie weiß sich kaum zu helfen. Er reagiert vehement auf die Situation der Trennung. Er provoziert sie, sie wird wütend, schämt sich: „Er ist daneben, weil ich daneben bin!“ Ich versuche ihr das Positive an seinem Verhalten zu vermitteln: er äußere sich, wehre sich!

Sie sucht und findet eine neue Arbeit. Wir sprechen davon, dass Entscheidungen ihr schwer fallen. Wenn sie etwas entschieden hat, dann hat sie das Gefühl, es sei das Falsche gewesen. Sie habe perfektionistische Ansprüche und niemand verstehe sie darin. Sie nimmt einen großen Zwiespalt zwischen „Ich bin begabt – ich kann nichts“ wahr. Sie sagt: „Ich sollte immer alles können, sonst fühle ich mich wie ein Nichts!“ „Ich darf nicht etwas nicht können, deshalb ziehe ich mich zurück, dass man nicht sieht, was ich nicht kann.“ Keinen Beruf zu haben, sei gleich bedeutend mit niemand zu sein.

An der neuen Arbeitsstelle, wieder in einer Kindertagesstätte, erlebt sie sich ihrer Chefin gegenüber als wehrlos. In dieser Zeit sagt sie: „Ich stehe allein in der Wüste, ungeschützt und ohne Orientierungspunkt.“

Die Beziehung zu ihrer Mutter wird nun das vorherrschende Thema. Sie kann nun besser hinschauen, muss die Mutter nicht mehr so sehr schützen. Ihr wird vor allem deutlich: Was auch immer sie machte und macht, es ist das Falsche. Ihre Mutter mische sich

zwar ständig ein, interessiere sich aber nicht wirklich für sie. Ihre Mutter sei ständig gespannt. Sie habe immer das Gefühl, ihr lästig zu sein. Sie selbst sei auch ständig gespannt und gebe die Spannung an ihren Sohn weiter, der dann aggressiv reagiere. Dieser Teufelskreis sei zum verzweifeln.

Ich lade den Sohn zu einer Stunde mit ein, in der Hoffnung, dass mein Interesse an ihm und meine Wertschätzung für beide ihr mehr Sicherheit gibt. Sie braucht lange, bis sie das Angebot annimmt. Ich erlebe das Kind als sehr ernst. Wir spielen zusammen Eisenbahn, fahren immer von neuem in die Ferien, es dürfen nicht alle mit in den Zug, die Mutter gibt uns Anweisungen. Sie berichtet mir später, dass Sandro seit unserer Stunde in seinen Rollenspielen oft eine „Rosina“ einbaue.

Immer mal wieder ist Thema, dass der Vater des Kindes ihr nicht gut tut, dass sie sich aber nicht „heraus nehmen“ kann.

Am Ende des Jahres sagt sie: „Ich wage mehr hinzuschauen, wie überfordert ich mich fühle.“ Sie kündigt ihre Stelle. Sie zieht in das Dorf, in dem sie aufgewachsen ist und in dem ihre Mutter noch immer lebt.

Kommentar zur zweiten Phase

In dieser zweiten Phase kommt die Patientin ihrer Selbststeuerschwäche im Sinne der OPD und deren Quellen in der Beziehung zur Mutter näher: vor allem ihrer Unfähigkeit, ein Selbstwertgefühl aufrechtzuerhalten. Die Zusammenhänge dieser Dimension der Selbststruktur mit den anderen Dimensionen: Abwehr, Kommunikation, Bindung, Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Fähigkeit zur Objektwahrnehmung zeigen sich auch eindrücklich in der Beziehung zur Therapeutin im

Ausschnitt aus der 40. Stunde (neun Monate nach der 15. Std.):

Die Klientin spricht davon, wie sie sich behindert, dass sie fast nichts anfasst, aus Angst, es werde nicht gut genug, oder dass sie sehr lange braucht, bis sie etwas beendet, wenn sie es wirklich beenden muss.

T: Ist das hier eigentlich auch so, dass Sie lange nichts sagen, ist das etwas Ähnliches oder was ist das? (K: Wenn ich lange nichts sage?) Ja, hat das auch eine solche Qualität? Es ist ja wohl auch nicht immer gleich – dass es wie zu wenig ist, was Sie sagen möchten?

K: Das eine ist, manchmal, zum Beispiel vorhin war es jetzt grad so anstrengend, und dann bin ich wie (macht eine Geste)

T: Weggetreten?

K: Weggetreten und dann ist es auch so: Da ist zuerst nichts, und dann beginne ich zu studieren, und dann ist es wie: „Das könnte ich jetzt eigentlich sagen, aber für was auch? (mhm) Ich weiß es ja und

so, wie: ‚ja und‘ oder ‚und jetzt?‘ (mhm). Es macht dann gar nicht so Sinn.“

T: Hat es dann doch etwas mit dem zu tun oder so wie (K: wie jetzt genau) also, vielleicht ist es weniger die Qualität von: es ist nicht gut genug, aber gleich etwas, das: es nichts wert – also ich bin mir jeweils nicht so sicher, ob Sie sich ein Stück nicht auch behindern. Deshalb komme ich drauf, also vorher zum Beispiel – es ist nicht immer gleich, vorher habe ich gedacht: „Soll ich Sie jetzt wieder ansprechen oder soll ich einfach warten?“ Ist es etwas, wo bei Ihnen etwas Produktives passiert, oder etwas, wo Sie das Gefühl haben, es lohnt sich nicht, oder, und das scheint mir etwas ähnlich, wenn Sie das Gefühl haben, Sie seien so behindert durch Ihre Ansprüche. Ich frage mich: „Es lohnt sich nicht!“ hat vielleicht auch etwas von: „Es ist nichts wert“, vielleicht weniger im Sinn von gut und nicht gut.

K: Zum Beispiel am Anfang der Stunde ist es zuerst leer. Und dann kommt irgendwie etwas, und es geht irgendwie weiter, und dann bin ich schon da mit dem Denken. Und dann ist es wie einen Rapport abgeben müssen. Und das kommt mir irgendwie komisch vor. Es ist dann wie schon gedacht, nicht mehr dringend. Dann ist es schon wieder weg, und ich habe keinen Bezug mehr dazu.

T: Dass es irgendwie noch schwierig ist, in Kontakt zu kommen jetzt mit mir?

K: (nach 3 Minuten) Das ist jetzt grad so ein Brei.

T: Ein Brei.

K: das ist so wie ein wunder Punkt. (T: mhm)

T: (nach 2 Minuten) Ich spreche es an, weil ich selber immer wieder unsicher bin, wie ich darauf reagieren soll, auch weil es etwas mit dem Thema von vorher mit ihrer Mutter und ihren Freundinnen zu tun hat, was Sie erzählt haben. Sie sagen, Sie hätten es so vermisst irgendwie, dass Ihre Mutter greifbarer gewesen wäre und gesagt hätte: „gopf so oder so“, wo Sie nicht so aufgelaufen wären. Ich habe das Gefühl, Sie können sich gar nicht vorstellen, dass man sich für Sie interessiert.

K: (leise) oder mich auch versteht. Bei meinen Freundinnen zum Beispiel, die sagen: „Du kannst doch das mit diesem Kurs.“ Aber das ist für mich so das Äußerliche, nicht das Innere.

Kommentar zur zweiten Bandstelle

Die Klientin kann jetzt viel konkreter spüren, wie sie anstatt zu erleben, ihre Erfahrung „bewältigt“. Sie dissoziiert, sie „tritt weg“, auch aus dem Kontakt mit der Therapeutin, wenn sie meint, sich äußern zu sollen, aber ohne Hoffnung auf Empathie ist. Die Therapeutin versucht, von sich aus mit der Klientin in Kontakt zu treten, und erlebt das als schwierig, sucht nach Worten, die umschreiben, was sie bei der Klientin als Erleben vermutet. Die Klientin berichtet daraufhin mehr über ihre Mühe und ihre Unlust, sich mitzuteilen und stößt dabei auf ihre Angst nicht verstanden zu werden und lässt dieses Gefühl einen Augenblick lang zu.

3. Phase: Ich kann doch nichts, auch wenn ich es versuche (62–90)

Die Klientin nimmt ihre Stimmungsschwankungen immer noch als unabhängig von den Umständen wahr, kann keine äußeren Auslöser sehen. Wenn ich nachfrage, werden solche dann aber langsam spürbar. Zum Beispiel kommt sie in die Stunde, sagt, es gehe ihr schlecht, sie wisse nicht warum. Im Laufe der Stunde wird klar, dass sie eine Absage für eine Stelle erhalten hat, für die sie sich beworben hatte.

Im April besteht sie die Führerscheinprüfung. Sie fragt sich, ob das Zufall sei, oder deswegen, weil sie eine „Herzige“ sei?

Sie beschäftigt sich weiter mit dem Thema Mutter. Sie sagt: „Es sollte immer alles richtig sein, es war aber nie richtig, da meine Mutter immer ihre Meinung änderte.“ Dass sie mehr zulassen kann, wie sie ihre Mutter erlebt hat, wie unzuverlässig, ändert etwas in der Beziehung zu ihrem Sohn: Sie wird geduldiger.

Als die Mutter eine Ausstellung zu Leben und Werk ihres Vater organisiert und die Klientin sich vergebens einzuklinken versucht, die Mutter lässt es nicht zu, wirkt sie wieder sehr blockiert und durcheinander. Mich schmerzt immer mehr, dass sie bei Erfahrungen, die ihr wehtun, Bedeutungen nicht zuordnen und einordnen kann. Sie erlebt dann stattdessen eine enorme Desorientiertheit. Ich versuche das anzusprechen, und wir tasten uns heran an die Erfahrung, dass ihre Mutter sich stets über sie genervt hat und nervt und sie gar nicht an ihrer Seite haben will.

Ihr Sohn kommt in den Kindergarten. Das ist für beide eine große Sache. Sie hat Mühe, ihn ziehen zu lassen, Angst, er falle unangenehm auf.

Sie kümmert sich um eine Berufsausbildung im erzieherischen Bereich. Sie fühlt sich aber in konkreten Situationen immer ganz klein, so dass sie die Möglichkeiten alle verwirft. Es wird ihr auch bewusst, wie wenig konkrete Unterstützung sie hätte, um das Projekt einer Ausbildung überhaupt zu realisieren. Es plagen sie finanzielle Sorgen.

Im Dezember erleidet die Klientin erneut eine massive Krise, wie eine verzögerte posttraumatische Belastungsstörung. Sie hat Angst vor Gewalt, zieht sich ganz zurück. Sie ist erschöpft von den letzten 2 Jahren, in denen sie sich von allen im Stich gelassen fühlte.

Kommentar zur dritten Phase

Die Patientin dissoziiert jetzt weniger, empfindet mehr und differenzierter, kann dieses Empfinden der Bedeutung der Erfahrung für sie selbst aber immer noch nicht sicher zuordnen. Sie erlebt ihre Erfahrung immer noch mehr als Objekte außerhalb ihrer selbst. Es wird deutlicher, wie sehr die Angst vor der Bewertung bzw. Entwertung durch die Mutter sie in ihrer eigenen Zuwendung zu ihrem eigenen Prozess der Bewertung von Erfahrung noch behindert. Sie ist darauf angewiesen, „dass es irgend jemand sieht, was läuft, und nachher

noch einmal ein Wort darüber verliert“ (s.u.). Das führt zu ausführlichen bis weitschweifigen Situationsschilderungen im

Ausschnitt aus der 88. Stunde (weitere 16 Monate später):

K: Sandro hatte Geburtstag am Samstag ... (unverständlich) ... und jetzt haben wir es gestern, sind wir mal dran gegangen, aber schon dort merke ich, da habe ich eine Liste mit Fotos: „Ist es wohl richtig oder doch nicht? oder?“ Es ist unglaublich, Andi ist das Gegenteil: „Ja komm, jetzt nehmen wir doch den mal!“ und ich bei allem: „äähm, schon gut!“ Ich merke, dass ich bei allem Angst habe, es ist nachher falsch. So wie bei Sandros Kindergarten, da ist es nicht: „Super, jetzt haben wir das hingekriegt!“ Ich bin überhaupt nicht mehr sicher.

T: Ist wahr?

K: Ja, ich muss immer noch sagen, sie ist mir wahnsinnig sympathisch, die Frau, ich weiß nicht, an was es liegt, zum Teil Sachen, die sind wahnsinnig altmodisch. Sie müssen immer so Sachen anfertigen, einen Baum machen, mit Neocolor den Stamm malen, dann alle mit Märchenwolle die Krone grün, dann drei rote Äpfel, ein Igelchen kann man entweder links oder rechts, und dann gibt es einfach so wie in einer Fabrik: tschutshschi und dann aus Ton müssen sie alle ein Igelchen machen, es gibt nicht einfach einmal Ton, und das ist so das eine, das Kreative, das mir schon ein bisschen Bauchweh macht.

T: Wie geht denn Sandro damit um?

K: Er ist einfach nicht fertig mit seinem Baum. Ich versuchte das herauszufinden, und er sagt: „Weißt du, ich muss morgen noch weiter machen.“ Und da wird es mir schon halb schlecht, dass er etwas Kreatives muss.

Das ist das Eine, und das Andere: Ich habe konstant Mühe, sie ist einfach nicht wach, was in der Gruppe läuft, und das finde ich eigentlich noch schlimmer, weil, das Andere kann er zu Hause, von mir aus einen Klumpen Ton nehmen, dann lernt er halt dort (T: einen Igel machen) oder das herstellen. Und das macht mir schon Sorgen. Und ich finde, sie provoziert es auch noch sehr. Sie lässt zum Beispiel, wenn sie alle Schaltjahre mal rausgehen, darf immer ein Kind ein anderes wählen und dann: „Bitte wähl mich!“ Und ich bin einmal mitgegangen ... unverständlich ... nicht gewählt worden, und das bricht mir das Herz, weil ich das Gefühl habe: „Muss man das denn so machen, dass die Kinder immer so (T: im Wettbewerb sind), immer, ja!“ Oder dann war ich dabei, und dann war gewählt worden, und dann hätte Sandro mit Toni laufen sollen, und der bekam einen Anfall: „Mit dem Sandro lauf ich nicht!“ Und dann sagte sie so: „Ja dann gehst du mit Mami, hä Sandro?“ Und für ihn, ich habe gemerkt, ihm ging der Laden runter. Erstens wollte er nicht mit Mami laufen, und zweitens habe ich gedacht: Warum nimmt sie sich nicht 30 Sekunden und fragt: „Toni, weshalb möchtest du nicht mit Sandro?“ Dann kann er sagen: „Sandro hat mich geschlagen.“ Dann muss Sandro mit dem umgehen: „Wenn ich Toni schlage, dann will

er nicht mehr.“ Oder man findet heraus, der Toni ist heute schlechter Laune, und dann kann Sandro sagen: „Gut, das ist so bei Toni.“ Aber so ist es so grundsätzlich irgendwie, (T: mhm) und ich habe jetzt viele solche Sachen gesehen, einzelne. Dass so eine Horde von Kindern dasteht und sagt: „Julia ist zu spät!“ So wo ich denke: „Das Kind ist noch nicht mal über die Schwelle und ist alleine, und da hat es zehn Kinder, die irgendwie: „Du bist zu spät!“ und sie merkt es nicht. Und das macht mir im Moment Sorgen, und ich meine, es gibt ja immer, also ja, dann sind sie halt mal gemein, sie müssen das ja auch irgendwie lernen, aber es muss irgendwie getragen werden (T: mhm). Ich lasse die Kinder auch streiten, sogar dass das eine dem andern mal eines haut. Aber ich habe das Gefühl, mir ist es wichtig, dass es irgend jemand sieht, was läuft, und vielleicht nachher noch einmal ein Wort drüber verliert (T: mhm), dass sie eine Gesprächsrunde macht einmal pro Woche (...)

ca. 10 Minuten später:

K: Ich weiß nicht, es entmutigt mich einfach, mich für etwas einzusetzen (T: mhm). Bin ich einfach, sehe ich es so schwarz, ich weiß nicht, ich erlebe so viel, wenn ich mich bewerbe, und dann kommt einfach keine Antwort, das ist ja auch, mich für etwas einsetzen, und dann ist es nicht gut.

T: Ja, ich glaube, Sie verbuchen es dann immer als etwas, das jetzt wieder Ihnen passiert: Beides das Sie jetzt gerade erwähnten, das mit dem Kindergarten und dem Bewerben kann andern auch mal passieren. Aber der haut dann vielleicht eher mal auf den Putz und ruft an, ich meine, es gibt einen Haufen Komisches. Doch Sie haben ja dann die Vorstellung: Das passiert natürlich jetzt wieder mir!

K: Ja, ich denke auch. Ich habe die Verwaltung angerufen vor einer Woche, denn ich habe Schimmel im Schlafzimmer, und der hat sich in den letzten paar Tagen jetzt ziemlich vermehrt, und das muss jetzt schnell, ich schlafe ja dort drin. Es passiert einfach nichts, zweieinhalb Wochen passiert gar nichts! (T: mhm). Jeden Tag denke ich, jetzt kommt der Anruf von der Malerfirma. Da bin ich dann jeweils so perplex und denke: „Ah, vielleicht ist das einfach so, dass man sowieso bei allem dreimal anrufen muss.“ Aber wenn es mir dann nicht so gut geht, dann sind das alles so Sachen, wo ich denke: „Ah, das muss mit mir zu tun haben!“

Kommentar zur dritten Bandstelle

Die auffälligste Veränderung – vgl. das Rogers'sche Prozesskontinuum – ist, dass die Klientin wesentlich mitteilungsfreudiger geworden ist. Sie betreibt aber nach wie vor wenig Selbstexploration, sondern beklagt Situationen.

Die Therapeutin bleibt eher im Hintergrund. Sie sagt, „weil ich es sinnvoll finde, die Klientin berichten zu lassen, manchmal aber auch, weil ich mit der klagenden Art und dem unausgesprochenen Ärger schlecht umgehen kann; mich selbst ärgere und es mir nicht immer gelingt angemessen darauf zu reagieren“.

Unter dem Gesichtspunkt der Strukturmerkmale des Selbst betrachtet, wird deutlich, dass sich die Kommunikationsfähigkeit der Klientin entwickelt hat. Kommunikationsabrisse kommen nicht mehr vor. Dadurch gibt es weniger Verwirrung und Missverständnisse.

4. Phase: Krise und danach: „Ich kann mich bewegen“ (91–120)

Die Klientin ist vollkommen blockiert. Sie ist kaum mehr fähig, Alltägliches zu verrichten. Ich fühle mich nun selber hilflos und erlebe schwierige Gefühle ihr gegenüber. Ich sehe sie manchmal mit dem Blick einer enttäuschten Mutter, die ihr unfähiges Kind anschaut, das nichts auf die Reihe kriegt und dem man nicht helfen kann. Dann wieder tut sie mir leid. Es macht mir Mühe, zuzulassen, wie elend sie sich wirklich fühlt.

Die Klientin ist bereit, einen Serotoninwiederaufnahmehemmer einzusetzen. Damit kommt sie aus der schlimmsten Stagnation heraus. Schwierig seien die Spannungen, die sie nun wieder erlebe.

Im Frühling entscheidet sie sich ziemlich unvermittelt, mit ihrem Sohn für einen Monat nach Tunesien zu fahren. Sie besucht dort Bekannte.

Sie erlebt den Aufenthalt zwar als schwierig, „ihre Nerven seien so schwach“ gewesen. Die Reise stellt aber eine Art Wendepunkt dar.

Wieder zu Hause, beginnt sie alltägliche Aufgaben anzupacken. Sie setzt sich für ihren Sohn im Kindergarten ein. Sie wird aktiv in der Wohngenossenschaft, wo sie erreicht, dass sie ihren Garten nach ihrem eigenen Geschmack bestellen kann.

Die Beziehung zum eigenen Vater wird ein Thema. Sie trifft ihn nun öfter, wird ihm gegenüber mutiger, sie sagt „frech“. Ihm scheint das zu behagen.

Mit ihrem Ex-Partner und Vater ihres Sohnes beginnt sie eine Paartherapie.

Kommentar zur vierten Phase

Die Klientin beginnt, sich Gedanken darüber zu machen, wie sie ihr Empfinden benennen könnte und wie es ausgelöst worden sein könnte und wie sie beides mitteilen könnte. Und sie ist damit zunehmend erfolgreich.

Ausschnitt aus der 104. Stunde (weitere neun Monate später):

Nach ca. 5 Minuten Schweigen:

T: Was sind Sie am Hirnen?

K: Es geht eigentlich darum, wie ich gewisse Dinge anpacke. Ich habe (unverständlich), ich habe gestern gemerkt, ich bekomme dann so etwas wie Heimweh.

T: Nach Tunesien?

K: Nein, einfach so nach Heim. (T: nach Heim). Das kenne ich so, das Gefühl. Ich kann nicht in die große Welt hinaus, arbeiten gehen. Ich weiß noch, einmal habe ich mich bei einer Bäckerei beworben, ich dachte: „Ja komm, so ein Jöbli!“ Und da hatte ich das auch.

T: Also daheim, so bei der Mutter oder irgendetwas, das so ein Gefühl wäre von daheim, weil sie sich so verloren fühlen?

K: Ich habe einfach gestern gemerkt, ich habe so ein komisches Gefühl in mir. Plötzlich ist es mir eingefallen, es ist so ein ähnliches Gefühl wie Heimweh.

Ich weiß auch nicht, es ist nicht so etwas Konkretes, es ist: Ich fühle mich einfach so verloren und alleine.

T: Dass, wie das Anpacken oder das Gefühl, dass es darum geht, Dinge zu tun, so schwierig ist, es sich zu schwierig anfühlt: Ich fühle mich so verloren?

K: Ich weiß auch nicht. Die letzten paar Tage vorher habe ich so da drum herum gedacht, an der Theorie: „Das sollte ich, das wäre gut.“ Dann werde ich vielleicht hässig oder nervös, es ist wenigstens etwas Konkretes: „Das schaffst du jetzt nicht, das ist jetzt mehr ... Ich kriege ja doch nie etwas zu Stande!“ (T: mhm). Ich glaube nicht, dass es mit dem zu tun hat, eher: Ich habe Streit gehabt mit Andi.

T: Dass dieses Gefühl mehr daraus entstand.

K: Ja, ich habe gemerkt, ich habe so das Bedürfnis nach einem Streit mit Andi, etwas ganz Konkretes zu machen, etwas, am liebsten ... Ich habe dann den Keller aufgeräumt, das war super! Am Anfang hat es mir Spaß gemacht, dann war ich einfach so lange in dem Loch unten, geordnet und Dinge fortgeworfen, das ist ja sonst etwas, was ich sehr angenehm finde, belebend. Ich war aber mehr wie völlig erschlagen.

T: Wie ist es denn jetzt gerade?

K: Ich habe das Gefühl, es ist nicht mehr ganz so schlimm wie gestern (unverständlich) ... Ich glaube, das Schlimme daran ist: Es ist so nicht konkret, das Gefühl: „Es geht eh nichts, ich kann gar nichts!“

T: Und das war gestern ganz stark, im Gegensatz zu den Tagen, an denen Sie dachten: „Ich möchte das, ist sollte das?“

K: Ja, wo ich auch merkte, ich kann es nicht einfach, aber wo es eine Form hatte, das Gefühl, ich muss dran bleiben, auch wenn es Ameisenschrittchen sind, das muss ich jetzt! Das ist etwas so Konkretes, Kleines. Das Andere ist so umfassend: „Es geht nicht, ich kann es nicht!“

T: Dass der Streit mit Andi, so das Stück Boden, das Sie sich erarbeiten, das so weggezogen wird?

K: (Nach längerem Schweigen): Vielleicht hat es auch schon vorher begonnen. Am Tag vorher hatten wir schon Streit: Wir waren am Sonntag eingeladen bei Freunden. Und dann sollte Sandro zu ihm heim wieder. Der wollte nicht. Ich fand, dass er schon zu mir kommen kann, einfach mit der Bedingung, dass er dann von gestern auf heute Nacht zu Andi kann. Und ich weiß auch nicht, das ist dann wieder Andi, ich merke grad, ähnlich wie meine Mutter:

Er ist dann davon ausgegangen, dass er auch zu mir kommt. Und das war dann so. Und am Abend haben wir dann diskutiert. Ich hatte das Gefühl: Sandro geht es einfach nicht gut. Die Unruhe, die er hat, hat auch mit dem Hin und Her zu tun. Und er sieht uns doch immer wieder streiten. Und dann versuchte ich das anzusprechen. Ich hatte das Gefühl, das ist das Gute an Tunesien, dass ich Dinge so von Außen sehe, einfach. Wenn man Sandros Situation anschaut, ist sie nicht gut. Wir hatten damals überlegt, ob Andi nach B... zieht. Und dann sagten wir, er sucht jetzt. Und er hat dann auch mit einer, die gerne seine Wohnung gehabt hätte, einen Deal gemacht, dass sie ihm suchen hilft. Und das war so die letzte Abmachung. Natürlich ist es dann versandet. Er hat dann stillschweigend für sich entschieden, dass er nicht nach B... zieht. Ich finde: „Das musst du mir doch sagen, dass das so ist, das kannst du doch nicht einfach entscheiden!“ Es ist schon ein bisschen versandet, aber das ist doch ein Thema! Vielleicht nicht, dass man groß sucht ... Ich habe nicht gedacht (unverständlich). Das Schlimme, am Tag vorher hatte ich so das Gefühl: Wir diskutieren. Aber eigentlich schwatze immer ich. Ich tat Sandro ins Bett und kam raus und sagte: „Also Sandro hat mir erzählt, er fände das einfach nicht toll, eben, dass wir so weit auseinander wohnen.“ Er hat noch gute Sachen gesagt, dass Andi doch hierher ziehen könnte. Ich sagte, dass ich das nicht will in derselben Wohnung. Ich wolle überhaupt nicht mit jemandem in derselben Wohnung, außer mit ihm. Er fand dann, das Hin und Her fände er nicht toll. Deshalb bin ich überhaupt auf dieses Thema gekommen (...). Das habe ich ihm erzählt, weil das beschäftigt mich einfach, wenn Sandro das sagt. Dann steht er auf und holt etwas zu trinken, und das ist einfach die ganze Reaktion. Und ich glaube, das ist etwas, das mir so schwer fällt: Also, wir haben ihn zusammen und ich erwarte auch, dass er einen Teil der Verantwortung übernimmt, und es kommt einfach nichts.

Kommentar zur vierten Bandstelle

Der Umgang der Klientin mit Erfahrung – ihr Innerer Bezugsrahmen – hat sich in vielen Bereichen verändert: die Klientin spricht nun über sich selbst. Sie kann sich einen ganzen Therapieabschnitt lang mit einem Gefühl befassen, sie kann es sich eingestehen, als etwas in ihr selbst erleben. Sie bemüht sich, sich zu explorieren, ihre Erfahrung möglichst klar und differenziert zu symbolisieren, sich darin zu akzeptieren und ihren Bezug zur Gegenwart zu erfassen. Sie versteht sich selbst besser, und Ihre Interpretation neuer Erfahrungen erweist sich als flexibler. Sie möchte sich auch mitteilen. Sie kommt schließlich zu dem Schluss, dass ihre Selbsterfahrung Teil einer komplexen Beziehungserfahrung ist, und denkt darüber nach, dass sie sich in dieser aktiver und erfolgreicher einbringen möchte.

Die Therapeutin erlebt Pausen nicht mehr als Belastung, sondern produktiv. Sie fühlt sich aber auch freier nachzufragen, Einführendes Verstehen ist möglich.

Die Patientin erscheint nunmehr besser integriert: Sie ist fähig zur Selbstreflexion, hat ein klareres Selbstbild, kann andere differenzierter wahrnehmen. Auch die Art ihrer Kommunikation ist nochmals vielfältiger geworden.

Kommentar zur derzeitigen Situation

Während das Erleben der Klientin über Jahre diffus und allgemein und nur unter großem Aufwand auch meinerseits – der Therapeutin – einzuordnen war, ist das heute ganz anders. Die Klientin wirkt lebendig, klar und konturiert. Sie kommt nun in die Stunde und beginnt zu erzählen. Vor allem spricht sie nun endlich von konkreten Situationen, wie sie diese erlebt, wie sie mit ihnen umgeht und wie sie ihre Erfahrungen einordnet. Sie kann in der jeweiligen Situation wahrnehmen, was mit ihr geschieht, was sie stört, ärgert, traurig macht. Davon will sie der Therapeutin berichten. Sie ist in Kontakt mit sich und mit der Therapeutin.

Auf der Handlungsebene hat sie ihre Probleme noch kaum verändern können. Ihr innerer Umgang damit ist jedoch auf eindrucksvolle Art und Weise ein anderer geworden.

Ausschnitt aus der 120. Stunde (weitere 9 Monate später):

Nach einer Viertelstunde: (Sie spricht über Konflikte mit dem Vater ihres Kindes, über die Aufteilung der Aufgaben bezüglich Sandro, über ihre gemeinsame Paar-Therapie):

K: Und ich merke, es ist mir irgendwie zu anstrengend, dauernd zu kämpfen, alle Sachen im Kopf zu behalten, in der Paartherapie, ich mag jeweils gar nicht mehr. Die Momente, als ich mir so die Abläufe merken konnte, sehen, wo dort die Probleme sind, da war es gut. Aber jetzt habe ich das Gefühl, ich mag gar nicht so kämpfen dafür (T: also ... [unverständlich, es reden beide]) also, dann kommt wieder Andi und sagt, er habe so viel und er sei mit den Kindern in die Ferien und so, dann denke ich, dann hast du halt viel, so.

T: Sie können sich nicht wirklich verständlich machen, Sie können versuchen, es besser aufzuteilen, aber Sie haben das Gefühl, Sie können nicht landen?

K: Die Gespräche kippen dann irgendwie so, am Schluss hat er so viel gehabt, und ich weiß nicht was, und dann müsste ich anfangen aufzuzählen von der Woche, was ich alles gemacht habe: Dann habe ich das und dann das, und dann bist du wieder davongelaufen, und dann hast du wieder vor dem Kind einen Riesenkrach gemacht, und das will ich nicht mehr, und ich mag nicht mehr. Ich mag mich schon gar nicht mehr erinnern, es ist mir zu anstrengend

T: sich wie immer zu verteidigen.

K: Ja, es funktioniert schon. Wenn ich die Kraft habe, dann kann ich meinen Platz nehmen und dann finde ich, es wird an dem gearbeitet, was mir irgendwie wichtig ist. Ich weiß, ich lasse dann zu, dass ein völlig falsches Bild im Raum steht.

T: Und das stört Sie dann, dass das falsche Bild entsteht?

K: Ja ich habe einfach das Gefühl, so kommen wir nicht weiter, mir bringt es dann einfach nichts. Andi hat auch extrem die Tendenz immer zu sagen: "wir".

„Wir“ sind so. Ich bin nicht wie du, ich bin ich! „Warum wir wohl immer wieder einen Streit anzetteln?“ „Das machen wir doch gar nicht!“ ... Es sind immer solche Sachen, wo ich dann auch nicht weiß, wie damit umgehen. Zum Beispiel haben wir letzte Woche, hatten wir so davon gesprochen, wie wir es machen wollen an Fasnacht. Andi sagte, es sind vier Abende und so, und dann nachher habe ich gesagt, dass ich gerne Montag/Dienstag hätte. Am Dienstag würde ich gerne zur Laternenausstellung gehen, das gefällt mir total. Und dann hat er gefunden, ja nein, ein Freund habe ihn schon gefragt für Dienstag. Und da habe ich noch irgendwie gesagt, dann müssten wir halt noch schauen, meine Mutter könnte ja das Kind hüten am Dienstag. Aber soweit kam ich gar nicht mehr. Es war ein Tumult, er total wütend, hängt mich am Telefon ab. Da denke ich: ja super!

T: Es ist so die Frage: Wie wollen wir es machen? Er hat aber schon entschieden, wie er es machen will?

K: Und es ist vielleicht dann aus schlechtem Gewissen, dass er es schon entschieden hat, keine Ahnung, es macht dann einfach: räm-pämpämpäm, und irgendwie das Gespräch ist fertig, abgebrochen. Da habe ich einfach gefunden: „Ok, ich schaue für mich!“ Ich habe meine Mutter gefragt, das hat sie dann auch gemacht.

Kommentar zur fünften Bandstelle

Sowohl unter den Gesichtspunkten des Rogers'schen Prozesskontinuums als auch unter denen der Strukturmerkmale des Selbst betrachtet, hat sich bestätigt, was schon in der vierten Bandstelle deutlich geworden war: Die Klientin ist wesentlich flexibler und integrierter, nimmt sich und die Anderen besser, das heißt auch in ihrer Unterschiedlichkeit, wahr, sie kann Konflikte aushalten, auch wenn sie das sehr anstrengt. In Beziehungen ist sie weniger wunschgeleitet, was sich hier insbesondere in derjenigen zum Vater ihres Kindes zeigt.

Die Therapeutin fühlt sich nicht mehr verantwortlich dafür, dass überhaupt ein Explorationsprozess zustande kommt, sondern dafür, ihr ein spürbares Gegenüber zu sein, das sie verstehen möchte.

Konklusion

Die Supervision ist ein Raum, in dem sich die Therapeutin ihrem Erleben bezüglich der Klientin zuwenden und sich dadurch darin besser verstehen kann. Das zusätzlich zum Einfühlenden Verstehen der Supervisorin gemeinsame reflektierende Verstehen anhand des Rogers'schen Prozesskontinuums und der Strukturmerkmale des Selbst kann eine weitere Unterstützung bezüglich der Empathie für

die Klientin sein. Diese Einordnungen helfen, das therapeutische Geschehen mit etwas mehr Distanz zu begreifen und dadurch deutlicher wahrzunehmen, wie stark die Klientin beeinträchtigt ist, und sie jeweils wieder dort abzuholen, wo sie wirklich ist – und in diesem Fall war, und diesen langen, über lange Zeit durch Stagnation gekennzeichneten Weg mit ihr zu gehen

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (1996). *OPD. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual*. Bern: Hans Huber.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen* (9., überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 93-116). Heidelberg: Springer.
- Eckert J. (2006). Indikationsstellung. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 149–217). Heidelberg: Springer.
- Rogers, C. R. (1961/1973b). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett (Original erschienen 1961: *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin).

Autorinnen:

Rosina Brossi, lic. phil., 1952, Psychotherapeutin und Ausbilderin SGGT, arbeitet in eigener Praxis.

Eva-Maria Biermann-Ratjen, Dipl.-Psych., 1939, Klinische Psychologin, Gesprächspsychotherapeutin, Ausbilderin in der GwG und in der DPGG, Gastausbilderin in der Sektion Forum der APG, im Ruhestand, Hamburg.

Korrespondenzadressen:

Rosina Brossi
Grenzacherstrasse 10, CH-4058 Basel
E-Mail: rosinabrossi@bluewin.ch

Dipl.-Psych. Eva-Maria Biermann-Ratjen
Loehrsweg 1, D-20249 Hamburg
E-Mail: Biermann-Ratjen@web.de

Interview mit Anna Auckenthaler

anlässlich 50 Jahre „Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie“¹

geführt von Diether Höger (D. H.) am 20. 2. 2007 in Berlin

D. H.: Vor genau 50 Jahren ist der viel zitierte und berühmte Artikel von Rogers erschienen, der eine wesentliche Grundlage für das Personenzentrierte Konzept bildete. Das gibt Anlass zum Rückblick und zu der Frage, was inzwischen daraus geworden ist.

A. A.: Da fällt mir natürlich ein, dass die „Prinzipien“ von Rogers inzwischen als allgegenwärtig gelten, und dass es heißt – ich glaube, es steht in dem Buch von Miller und anderen² –, der Artikel habe die Psychotherapieforschung und die klinische Praxis für immer verändert, also der Artikel sei bahnbrechend gewesen, und seither sei nichts mehr wie vorher. Und man könnte auch sagen, dass tatsächlich in den meisten therapeutischen Ansätzen bestimmte Begriffe, die aus diesem Artikel stammen, eine große Rolle spielen. Aber ich frage mich immer, ob wirklich die Wirkannahmen präsent sind oder ob es nur diese Begriffe sind. In letzter Zeit mehren sich die Hinweise darauf, dass die Kernkonzepte von Rogers trivialisiert worden sind und dass das, was noch vorhanden ist, meistens nur eine abgespeckte Variante ist.

D. H.: Du hast gesagt, „trivialisiert worden sind“. Dazu fällt mir ein, dass man bei Therapeuten anderer Richtungen ein müdes Lächeln erntet, wenn man über diese Begriffe spricht, und dass das wohl etwas mit dem Trivialverständnis zu tun hat.

A. A.: Nein, ich glaube, es ist sogar eher umgekehrt. Ich glaube, dass man dann, wenn man sich bereit erklärt, diese Trivialisierung mitzumachen, und ebenfalls nur von „Therapeutenvariablen“ spricht, inzwischen eher so etwas erntet wie „Das wissen wir natürlich, dass Therapie ohne das nicht geht, das wollen wir ja alle“. Aber ich denke, wenn man diese Trivialisierung *nicht* mitmacht, sondern das *Ganze* haben will, *dann* kommt dieses milde Lächeln. Wobei manche auch die drei „Variablen“ für das Ganze halten. Ich habe das in jüngster Zeit wieder mit zwei Kollegen erlebt, die voll und ganz überzeugt davon sind, dass Gesprächspsychotherapie (GPT) aus drei „Variablen“ besteht.

D. H.: Das ist ja auch eine Form der Trivialisierung, denn es werden zumeist nur „Empathie, Akzeptanz, Echtheit“ verbreitet, obwohl es eigentlich ja sechs Bedingungen sind, von denen vielleicht die erste, nämlich das Bestehen eines Kontaktes zwischen Therapeut und Klient, trivial sein mag. Gut, schön. Aber dann geht es schon los mit der – im Original – zweiten Bedingung, der Inkongruenz seitens des Klienten als Hintergrund seiner Problematik, die als Hinweis auf die Indikation anzusehen ist. Und vor allem fehlt die sechste Bedingung, wobei mich immer wieder erschüttert, dass sie selbst in Kreisen von Gesprächspsychotherapeuten vergessen worden ist, nämlich, dass beim Klienten das bedingungsfreie Akzeptieren und empathische Verstehen des Therapeuten „ankommen“ muss.

A. A.: Genau! Und das konnte ich von dem Zeitpunkt an überhaupt nicht mehr nachvollziehen, seit im *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* von Garfield und Bergin immer wieder betont wird, dass sich die Qualität der therapeutischen Beziehung, wahrgenommen aus der Perspektive des Klienten, als der beste Prädiktor für den Therapieerfolg erwiesen hat. Das steht, ich glaube seit 1978, in jeder Auflage genau so drin. Und die meisten Gesprächspsychotherapeuten waren nicht fähig, immer wieder darauf hinzuweisen, dass wir genau das in unserem therapeutischen Ansatz haben, dass es dort sogar das Zentrale ist.

D. H.: Wobei ich auch den Eindruck habe, dass viele Therapeuten, nicht die der klientenzentrierten Richtung (vielleicht die auch?), gar nicht richtig wissen, was Beziehung ist.

A. A.: Das ist anzunehmen. Das hat sicher mit dem Variablendenken zu tun. Jedenfalls kriege ich in der akademischen Welt mit, dass immer alles, was auch nur in Richtung Interaktion geht, wieder zergliedert werden muss. Und in dem Moment, in dem ein Psychologe oder ein Therapeut ins Spiel kommt, ist auch ganz klar, dass er die unabhängige Variable sein muss und dass alles andere nur die Reaktion ist auf das, was wir machen.

D. H.: Nur so passt es in die geläufigen Forschungsmethoden.

A. A.: Ja, das wird häufig überhaupt nicht gesehen, wie sehr die Forschungsmethodik die Entwicklung der Psychotherapie bestimmt.

D. H.: Wo die gängige Forschungsmethodik bestimmt hat, was dann als anerkannte Therapiemethode seinen Niederschlag gefunden hat. Und dass Beziehung – dafür lassen sich Beispiele finden –

1 Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103. [Deutsch (1991): Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*. (S. 165–184). Mainz: Matthias Grünewald Verlag].

2 Miller, S. D., Duncan, B. L. & Hubble, M. A. (2000). *Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett.

verwechselt wird mit „Einstellung“. Und nach dem Klienten als einem am therapeutischen Prozess maßgeblich beteiligten Individuum wird dann gar nicht gefragt.

A. A.: Ja, genau. Aber immerhin gibt es in den letzten Jahren wieder relativ viel Literatur, die den Klienten als den eigentlichen „Helden“ der Therapie herausstellt und damit betont, dass es in der Psychotherapie vor allem auf den Klienten ankommt. Das wird allerdings innerhalb der akademischen Psychologie nicht aufgegriffen. Und es wird natürlich auch im Versorgungskontext nicht aufgegriffen, weil es da auch nicht hinpasst. Denn da sind wir ja bei der Behandlung von Störungen oder bei der Versorgung von Störungen – das ist auch so ein schöner Begriff! Was soll da Beziehung?

D. H.: Wenn es das Ziel ist, einen Übelstand zu beseitigen, wird die Person nur noch zum Träger des Übelstandes.

A. A.: Also da heißt es „Versorgung von ...“, und dann kommt eine Störung. Und die meisten haben sich auch schon daran gewöhnt zu sagen: „Wir behandeln bzw. wir beseitigen Störungen“. Und das ist es, wenn ich nochmals zurück auf deine Ausgangsfrage komme, was aus den Inhalten dieses Artikels geworden ist. Mich interessiert derzeit weniger, was aus den dort beschriebenen Bedingungen geworden ist. Mich interessiert inzwischen viel mehr, und das ist meiner Meinung nach ein ganz wichtiger Punkt: Was ist aus dem Psychotherapieverständnis geworden, das in diesem Artikel enthalten ist? Da geht es ja um Persönlichkeitsentwicklung – oder heute würde man vielleicht lieber von Selbstentwicklung sprechen. Aber so wird heute Psychotherapie nicht mehr verstanden.

D. H.: Vielleicht hat das etwas mit der Medikalisierung der Psychotherapie zu tun, über die du ja einiges geschrieben hast. Medikalisierung heißt Beseitigung von Krankheiten, und wenn ich Krankheiten beseitige und dafür von Krankenkassen bezahlt werde – und Krankenkassen sind dazu da, um die Beseitigung von Krankheiten zu bezahlen –, dann spielt die Person eigentlich keine Rolle mehr.

A. A.: Aber ich finde, es wäre dann einfach gut, wenn man sagen würde, o. k., es gibt bestimmte Psychotherapien, die von den Krankenkassen finanziert werden, und es gibt noch Psychotherapie darüber hinaus. Es ist aber anders gelaufen. Es ist z. B. in Deutschland nur noch das Psychotherapie, was von den Kassen finanziert wird. Und das Makabre daran ist, dass dort ein Ansatz mit enthalten ist, der eigentlich immer stolz darauf war, *keine* Psychotherapie zu sein, also wenn man daran denkt, dass Eysenck ja die Verhaltenstherapie als *Alternative* zur Psychotherapie einführen wollte. Und jetzt gilt die Verhaltenstherapie als ein psychotherapeutisches Verfahren, aber jene Psychotherapie, die bei Rogers vorgesehen war oder – zumindest ansatzweise – auch noch in der Strotzka-Definition³, dass

es eben nicht nur um die Beseitigung von Störungen geht, sondern *auch* um die Entwicklung der Persönlichkeit oder um Verhaltensänderung, das ist nicht mehr vorgesehen. Und das wird, wenn wir über diesen Artikel reden, viel zu wenig bedacht, finde ich.

D. H.: Es gibt ja bei uns in Deutschland Stimmen, nach denen das Problem mit der Anerkennung der GPT nicht bestünde, wenn die Krankenkassen Psychotherapie nicht bezahlen würden – was natürlich sozialpolitisch ketzerisch ist.

A. A.: Ja, kann sein.

D. H.: Rogers hat für seine Arbeit seinerzeit viel Kritik geerntet, aber auch Anerkennung erfahren. So wurde er 1954 für die Amtszeit 1956/57 zum Präsidenten der APA (American Psychological Association) gewählt, der repräsentativen wissenschaftlichen Vereinigung der Psychologen in den Vereinigten Staaten von Amerika. Und die hat ihm auch 1956 zusammen mit Kenneth W. Spence und Wolfgang Köhler den erstmals vergebenen „Distinguished Scientific Contribution Award“ (Preis für herausragende wissenschaftliche Leistungen) verliehen. Inzwischen werden die von Rogers in seinem Artikel formulierten Bedingungen für Veränderungen durch Psychotherapie – wie wir gerade besprochen haben – von so gut wie allen anderen Richtungen der Psychotherapie als notwendig anerkannt. Entschieden bestritten wird jedoch, dass sie auch hinreichend seien. Da könnte man fragen, ob Rogers mit dieser seiner Behauptung nicht zu weit vorgeprescht ist?

A. A.: Ja. Also ich denke, in *vielerlei* Hinsicht ist er mit dieser Behauptung zu weit vorgeprescht. Das ist etwas, was mich zur Zeit sehr beschäftigt. Ich würde sagen, er hat viele Spielregeln verletzt, die es im akademischen Bereich gibt. Also ich glaube, der Anspruch, zu sagen, ich stelle jetzt die sechs Bedingungen auf, die in jeder Therapie notwendig sind, also ganz jenseits irgendeiner bestimmten therapeutischen Schule ...

D. H.: Er wollte ja eine allgemeine Theorie der Psychotherapie formulieren ...

A. A.: Genau. Er hat den Anspruch gehabt, die wichtigen Bedingungen für Veränderungen durch Psychotherapie zu benennen. Und dass jemand so unbescheiden ist, also für Psychotherapie *generell* spricht und nicht einfach nur einen eigenen Ansatz neben vorhandenen Ansätzen kreiert, das erklärt für mich manchmal, warum man das alles so wegwischen muss. Eine Parallele hatten wir auch bei Klaus Grawe mit seiner Allgemeinen Psychotherapie⁴. Er ist anders herangegangen, aber es war wieder der Anspruch, ich gründe keine Schule, sondern ich sage etwas über Psychotherapie generell. Ich glaube, das ist wirklich ein ganz wichtiger Punkt. Und möglicherweise ist noch entscheidender, dass Rogers es einfach zu *früh* zusammengefasst

3 „Psychotherapie ist ein bewußter und geplanter interaktioneller Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch a verbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder

Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.“ (S. 4); aus: Strotzka, H. (1975). Was ist Psychotherapie? In H. Strotzka (Hrsg.), *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen* (S. 3–36). München: Urban & Schwarzenberg.

4 Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen [u. a.]: Hogrefe.

hat. In den 50er Jahren gab es ja erst die allerersten Versuche von Psychologen, sich auch im Bereich der Psychotherapie ein bisschen herumzutummeln. Die Verhaltenstherapie ist 1958/59 zum ersten Mal aufgetaucht, und da hatte jemand schon 1957 die Idee, zu sagen, *darauf* kommt es an. Also ich denke, da könnte der Wissenschaftsbetrieb ja schon zu Ende sein, da könnte man sagen, o. k., jetzt wissen wir es schon. Was machen wir denn jetzt noch? Im Wissenschaftsbetrieb muss man schließlich ständig in Aktion bleiben, immer wieder *Kleinigkeiten* verändern und die nächste Frage angehen.

D. H.: Also letztlich habe ich schon Verständnis dafür, dass er es so gesagt hat, wenn man anschaut, wie er überhaupt dazu gekommen ist, sein Konzept zu formulieren. Er hat sich ja in den bestehenden Konzepten umgeschaut und weil er überall unbefriedigt geblieben ist, hat er sich dann bemüht, die Quintessenz davon zu formulieren, wo sich das Gelesene und Ausprobierte in der Therapie als tatsächlich wirksam erwiesen hat.

A. A.: Ja. Ich meine, das war konsequent, keine Frage, natürlich hat er es fast so machen müssen, aus seiner Position heraus.

D. H.: Ich meine, es ist nicht nur verständlich, dass er es so machte. Ich möchte doch auch noch die Frage stellen: Was fehlt eigentlich bei den sechs Bedingungen, um hinreichend zu sein?

A. A.: Du meinst jetzt, für die anderen oder aus meiner Sicht?

D. H.: Aus deiner Sicht schon einmal. Für die anderen vielleicht auch.

A. A.: Na ja, es liegt natürlich quer zu dem, wie wir uns gerne sehen, wenn wir z. B. in der Rolle eines Therapeuten sind. Wenn man sich wirklich genau anschaut, was mit diesen sechs Bedingungen ausgedrückt ist, dann verweist das ja auch immer wieder auf Konzepte, die nicht unbedingt etwas mit einer Psychologie zu tun haben, die wir gerne hätten. Es ist Begleitung, es ist Präsenz, also lauter Aspekte, die sich nicht sehr professionell anhören. Und wenn wir uns professionell vorkommen wollen oder wissenschaftlich, dann bedient dieser Therapieansatz nicht unser Denken, da *muss* doch etwas dazukommen – so ungefähr. Ich spreche jetzt für die anderen, mir selbst geht es nicht so, aber ich kann es nachvollziehen. Ich kann nachvollziehen, dass man dann sagt, das kann's nicht gewesen sein.

D. H.: Ich denke, dass es eben abstrakte Formulierungen sind, die in konkretes Handeln umzusetzen sind. Und was dann in der Tat fehlt, sind Anweisungen für die Umsetzung.

A. A.: Ja, das ist sicher ein Punkt. Aber ich glaube, das hätte man mit Operationalisierungen hinkriegen können. Ich glaube aber, dass es nicht nur abstrakte Formulierungen sind, es ist auch die Nähe von Rogers zu bestimmten philosophischen Wurzeln. Das ist auch nicht unbedingt etwas, was eine begeisterte Aufnahme garantieren konnte. Die Konzepte, die er verwendet, sind ja nicht unbedingt genuin psychologische Begriffe. Es sind abstrakte Begriffe, aber es sind auch Begriffe, die auf eine Psychologie verweisen, die viele gerne überwunden wissen möchten. Vermutlich ist es vor allem das, was den Widerstand ausmacht. Du hast natürlich schon Recht, dass

es schwer ist, Abstraktes in konkretes Handeln umzusetzen. Und ich muss mir nur das technologische Verständnis von Psychotherapie anschauen oder auch Kandidaten in der Ausbildung, die gerne konkrete Verhaltensregeln hätten. Aber von Wirkannahmen oder von einer Therapietheorie würde ich mir doch nichts anderes erwarten als eine abstrakte Formulierung.

D. H.: Ja, anders geht es auch gar nicht, weil alle Theorien abstrakt sind. Aber die Frage ist immer, wie schaut es in der Realität aus? Wie sind Handeln und Theorie einander zuzuordnen?

A. A.: Ich fand es ja gerade bestechend, dass er diese Begriffe verwendet hat, um das zusammenzufassen, was er in der Praxis vorgefunden hat. Also es waren ja *zuerst* empirische Befunde, und dann kamen diese Begriffe, die natürlich auch nicht nur aus den Daten heraus generiert worden sind. Aber ich glaube nicht, dass man sagen kann, deshalb wird diese Therapietheorie schlechter angenommen, oder deshalb werden diese Wirkannahmen als nicht hinreichend wahrgenommen, weil sie so abstrakt sind. Es fällt mir schwer, das so zu sehen. Da hast du jetzt wahrscheinlich etwas mitgedacht, was mir gerade nicht präsent ist.

D. H.: Woran ich dabei denke, das ist das Bild der Landkarte, das immer wieder in Bezug auf eine Theorie verwendet wird. Eine Landkarte gibt stets nur einen Ausschnitt der Realität wieder. Man kann sich zwar mit ihr in der Gegend orientieren, aber deswegen noch lange nicht wandern. Was dazu kommen muss, ist die Fähigkeit, sich in der realen Landschaft zu bewegen. Und dass das Unbehagen vielleicht daher kommt, dass bei den sechs Bedingungen nach Rogers darüber gar nichts steht.

A. A.: O. k., jetzt kann ich etwas damit anfangen, und da ist, glaube ich, auch wirklich ein entscheidender Unterschied zwischen verschiedenen Therapeuten. Das sehe ich auch immer wieder in Ausbildungen, ich beobachte es aber auch immer wieder in Gesprächen mit Kollegen. Also mir hat genau das immer gefallen! Mir hat es gefallen, dass Rogers eben auf einer sehr abstrakten Ebene bleibt, und dass ich Vorgaben nicht auf der *konkreten* Handlungsebene bekomme. Ich weiß nicht, ob du dich erinnerst, ich habe das einmal als Konzept der offen individualisierten Planung bezeichnet⁵. Damit ist gemeint, dass nur über komplexe Handlungen etwas vorgegeben ist – also: du musst dich um ein bestimmtes Beziehungsangebot bemühen –, aber wie ich das *genau* mache, das wird eben nicht gesagt. Für mich war das immer eine wünschenswerte Freiheit, mir hat es immer die Möglichkeit gegeben, mich wirklich auf den Klienten einzulassen und mich nicht an bestimmten Regeln zu orientieren. Aber ich weiß, dass es auch bei Gesprächspsychotherapeuten zum Teil Unbehagen hervorgerufen hat, dass sie sich zum Teil schlechter gefühlt haben als Vertreter anderer Ansätze.

5 Auckenthaler, A. (1996). Open rules and open individualized planning. An alternative to a reductionist understanding of therapist actions. In U. Esser, H. Pabst, G.-W. & Speierer (Eds.), *The power of the person-centered-approach. New challenges, perspectives, answers* (pp. 55–64). Köln: GwG-Verlag.

D. H.: Ja! Vielleicht hat das damit zu tun, dass es dabei auf die eigene Souveränität ankommt, die ein Lernender gar nicht hat, nicht haben kann, weil er eben erst anfängt. Aber ich könnte mir denken, dass manche Menschen gar nicht so weit kommen, diese Souveränität zu entwickeln, Verantwortung zu übernehmen.

A. A.: Da kann ich jetzt kaum zustimmen, weil ich mir natürlich nicht selbst bescheinigen will, dass ich so ein souveräner Mensch bin. Aber ich sehe es tatsächlich so. Ich habe mich oft einerseits auf Waldenfels berufen⁶ und andererseits auf die Expertiseforschung. Bei Waldenfels kommt dieser souveräne Mensch vor, wo es eben um Handeln in offenen Systemen geht. Also Handeln in komplexen Räumen braucht immer diese Souveränität, eine Distanz auch gegenüber bestimmten Vorgaben und Regeln. Und die Expertiseforschung hat mir geholfen zu verstehen, warum möglicherweise dieser Ansatz tatsächlich nur für bestimmte Leute geeignet ist, also vielleicht wirklich nur für die Experten, wo es mehr braucht als Kompetenz.

D. H.: Was mir dazu einfällt, ist ein Verhaltenstherapeut, der sich nach einem Manual richten will, aber dann plötzlich feststellt, dass sich dieses im konkreten Fall nicht umsetzen lässt, und der dann notgedrungen davon abweicht. Mit dem können wir uns dann sehr gut verständigen darüber, dass wirklich brauchbare Manuale letztlich nur Prinzipien bieten können und keine konkreten Handlungsanweisungen.

A. A.: Ja, um eigene Entscheidungen kommt auch ein Therapeut, der mit einem Manual arbeitet, nicht herum. Aber ich glaube, der Klientenzentrierte Therapeut muss tatsächlich noch mehr selbst entscheiden. Und das bedeutet meiner Meinung nach, dass der Klientenzentrierte Psychotherapeut ganz besonders aktiv ist. Es wird ja häufig unterstellt, dass Gesprächspsychotherapeuten nur Einstellungen oder Haltungen transportieren müssten. Das, finde ich, ist eines der großen Missverständnisse. Ich habe in der letzten Woche in einem Kurs über psychotherapeutische Basiskompetenzen mit Studierenden das Videoband von Rogers mit Gloria gesehen, und die fanden es wieder so beeindruckend zu sehen, wie aktiv Rogers ist. Es scheint in den Köpfen vieler Leute überhaupt nicht drin zu sein, dass die GPT ein sehr aktiver Ansatz ist. Und ich finde, gerade weil diese sechs Bedingungen so abstrakt bleiben und nur betont wird, dass der Therapeut ein Beziehungsangebot machen muss, *bin* ich doch immer aktiv, *muss* ich aktiv sein, muss ich doch *suchen* – gemeinsam mit dem Klienten.

D. H.: Ich glaube, „Einstellungen“, „Haltungen“ sind vom unmittelbaren Wortsinn her etwas Statisches. Aber wenn man sich an der Begrifflichkeit der Sozialpsychologie orientiert, ist doch mit „Einstellung“ die Trias aus der kognitiven, der emotionalen und nicht zuletzt eben auch der konativen, d. h. der handlungsbezogenen Komponenten gemeint. Damit sind die Handlungsintentionen konstituierender Bestandteil von Einstellungen. Es hätte

also genügt, sich die Grundlagen der Psychologie genauer anzuschauen.

A. A.: Stimmt.

D. H.: Man könnte ja auch fragen, ob nicht auch Vertreter des Klientenzentrierten Konzepts bzw. der GPT zu den Missverständnissen und Verkürzungen der Aussagen von Rogers wesentlich beigetragen haben?

A. A.: Eine gefährliche Frage!

D. H.: Eine gefährliche Frage, ich weiß es. Deswegen stelle ich sie auch.

A. A.: Also, eine kurze Antwort: natürlich, klar. Ich würde auf keinen Fall sagen, es sei immer nur die böse akademische Psychologie gewesen, die uns nicht verstanden hat, oder es seien die Verhaltenstherapeuten oder Analytiker, die uns nicht zur Kenntnis nehmen oder schlecht machen wollen. Aber ich merke schon, dass ich da immer vorsichtig bin, Fehler von bestimmten Kollegen und Kolleginnen zu benennen. Ich glaube auch, man kann ihnen zunächst einmal ganz viele gute Absichten unterstellen. Und man muss auch bedenken, dass wir alle ja in bestimmte Kontexte eingebunden sind. Und wenn man jetzt einfach einmal den Import der Klientenzentrierten Psychotherapie in den deutschen Sprachraum betrachtet, wo sie dann ja zur „Gesprächspsychotherapie“ geworden ist, was häufig auch kritisiert worden ist, muss man sagen: Hätte es den Reinhard Tausch und seine GPT nicht gegeben, wäre diese Psychotherapie nie und nimmer an die Uni gekommen. Diesen Ansatz in eine Sprache zu übersetzen, die für die Kollegen erträglich ist und die sich in den Forschungskontext einfügt, das war historisch nötig. Das war übrigens nicht nur in Deutschland so, sondern auch in den USA. Ich habe das immer als wichtige Übergangslösung gesehen. Aber was für mich schwer zu akzeptieren ist: dass uns dann eigentlich nichts mehr eingefallen ist. Ich habe den Eindruck, wir haben uns dann zu sehr darauf ausgeruht, dass es eine tolle Forschung *gab*. Wir konnten immer sagen, Rogers ist der Pionier der Psychotherapieforschung, er war der Erste, der das Therapiezimmer geöffnet hat für Aufzeichnungen usw., und dann noch die Hamburger Schule, also Tausch & Co.: Es war wirklich so, dass wir uns auf den Lorbeeren ausgeruht haben. Und dann haben wir in der Folge nicht nur zu wenig geforscht, sondern ich glaube, dass wir vielleicht auch nicht die Phantasie hatten, die man gebraucht hätte, um andere Forschung zu machen. Ich glaube, es wäre schön gewesen, wenn wir eine Forschung jenseits der Trampelpfade gehabt hätten. Wir haben natürlich auch zu *wenig* Forscher gehabt. GPT ist tatsächlich nicht unbedingt das Lieblingsthema in der akademischen Psychologie. Und die Gesprächspsychotherapeuten haben dann nicht nur nicht geforscht, sondern da gab es dann wieder etwas, worauf man stolz sein konnte: der größte Psychotherapieverband Deutschlands zu sein. Das waren die Zeiten, in denen die GwG 7000 Mitglieder und mehr hatte. Die GwG war da, sie war stark, Ausbildungen haben geboomt, und dann, glaube ich, ist tatsächlich weder bezüglich der Forschung noch bezüglich der Theorieentwicklung – das ist ja jetzt

6 Waldenfels, B. (1980). *Der Spielraum des Verhaltens*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

im Zusammenhang mit dem 57er Artikel vielleicht wichtiger – genug geschehen. Und wir haben es eben lange Zeit sogar verschlafen, die Befunde der Psychotherapieforschung als Beleg für die Wirkannahmen von Rogers zu interpretieren.

D. H.: Ja, irgendwie war es „Wir sind so toll, wir sind so viele, die Forschung brauchen wir nicht“. Das ist ein wesentlicher Punkt. Auf der anderen Seite ist auch die eingefahrene Forschung, wie sie in der Psychologie üblich ist, oft auf die Fragestellungen des Klientenzentrierten Konzepts nicht anwendbar. Ich würde sagen, was uns gefehlt hat, war ein Kurt Lewin. Was ich damit meine, ist: Lewin war jemand, der völlig neu an die Forschung herangegangen ist und eine experimentelle Methodik entwickelt hat, die der heute üblichen überhaupt nicht entspricht. Seine Kreativität bestand darin, Probleme und Fragestellungen in originelle experimentelle Arrangements umzusetzen. Heute ist es ja so, dass man die Fragestellungen an die Schemata der vorhandenen Methoden anpasst.

A. A.: Genau. Das wäre natürlich auch schön gewesen, aber es ist wohl noch viel schlimmer. Wir haben nicht einmal die *etwas* neueren anderen Methoden benutzt. Gerade neulich bin ich von einem Psychoanalytiker darauf angesprochen worden, warum es z. B. in der GPT keine konversationsanalytischen Untersuchungen gibt. Da kann man natürlich sagen, vielleicht stehen die der Psychoanalyse näher als der GPT. Aber ich glaube, als diese Methoden ein bisschen verbreiteter waren und den Forschern ein bisschen mehr Sicherheit gegeben haben, da war schon die Hochzeit der GPT an den Unis vorbei, und da hatten wir schon nicht mehr so viele, die sich da drangesetzt hätten.

D. H.: Da war so ein Doppeleffekt, der zwei Quellen hat. Die eine – da muss ich auch mir den Schuh anziehen, zumindest für früher – war die Hochnäsigkeit der Psychologie, die meinte, die empirische Forschung gepachtet zu haben und anderen Disziplinen wie Soziologie oder Linguistik eigentlich überlegen zu sein; diese Arroganz mag uns vieles verschlossen haben. Der zweite Punkt war der, dass die zahlreichen Gesprächspsychotherapeuten an Forschung kaum interessiert waren.

A. A.: Da haben aber beide Seiten etwas versäumt, und ich denke, eher sogar die Forscher. Denn die müssten ja an die Praktiker ganz anders herantreten und sie auch motivieren, mitzumachen. Was übrigens bei den wenigen Forschungsprojekten, wo ich etwas mit Praktikerinnen und Praktikern gemacht habe, immer ganz einfach gelungen ist. Also, die Praktiker *sind* kooperationsbereit, wenn man sie richtig anspricht. Da haben wir aber auch nicht mehr genügend Leute gehabt. Ich weiß nicht, wie es dir da gegangen ist, aber ich selbst hatte dann andere Aufgaben und einfach nicht mehr die Zeit, eigene Forschungsprojekte zu machen, und in Bezug auf die Nachwuchsförderung, Diplomarbeiten und Doktorarbeiten usw., da habe ich mich sehr oft gar nicht getraut, die Leute auf gesprächspsychotherapeutische Themen anzusetzen, weil ich – vielleicht in übertriebener Verantwortungsübernahme – gedacht habe, dass ich denen nicht die Wege verstellen will. Das wird mir jetzt, wenn ich

mit dir darüber rede, so bewusst. Ich selber habe mir gedacht, ich versuch's, auch wenn alle gesagt haben, mit Gesprächspsychotherapie wirst du dich nie habilitieren können. Für mich selber habe ich es ausprobieren wollen, da wollte ich es einfach wissen. Aber für meine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, da war ich vielleicht sogar manchmal eher etwas bremsend.

D. H.: Du hast ja auch die Verantwortung gehabt.

A. A.: Na ja gut, aber trotzdem denke ich mir jetzt: Nun ist es passiert. Was kann man jetzt noch machen?

D. H.: Ja, was mich betrifft, so dachte ich, dass Therapieforschung sehr viel Zeit benötigt. Und Diplomarbeiten müssen binnen einer begrenzten Frist fertig sein. Aber wenn du die Promotionen und Habilitationen nimmst, da trifft das schon zu, das ging mir auch so. – Aber was macht es eigentlich so schwer, in der akademischen Psychologie, die Texte von Rogers in ihrem eigentlichen Sinn zu verstehen?

A. A.: Du meinst, warum das nicht gesehen wird mit der Bedeutung der Beziehung, warum so auf Variablen gesetzt wird?

D. H.: Zum einen das, dann aber auch beispielsweise das Thema „Empathie“. Warum da von den Kritikern nicht entdeckt worden ist, dass dieser Begriff in der Sozialpsychologie im Zusammenhang mit der sozialen Wahrnehmung bereits geläufig ist, oder warum das Begriffspaar Kongruenz/Inkongruenz offenbar so schwer verstehbar ist. Oder auch die Bedeutung von bedingungsfreier Akzeptanz. Sie ist so trivialisiert worden, als müsse der Therapeut alles gut finden, was der Klient sagt und tut.

A. A.: Gut. Aber wir müssen natürlich auch zugeben, dass es nicht so leicht ist mit Rogers' Wirkannahmen. Das ist mir neulich wieder so aufgefallen, als ich einen kurzen Text darüber abfassen sollte, was GPT ist. Da ist mir wieder bewusst geworden, wie schwer es ist, die Konzepte so darzustellen, dass man auch von „normalen“ Alltagsmenschen verstanden wird. Da habe ich gemerkt, dass ich mich selber über unsere Sprache und über diese Begriffe geärgert habe. Ich finde es richtig schwer, das, worauf es in der GPT ankommt, in einfachen Worten so wiederzugeben, dass man sicher sein kann, es getroffen zu haben. Interessant ist ja auch die unterschiedliche Verwendung von Begriffen wie „bedingungslose Wertschätzung“, „unbedingte Wertschätzung“, „bedingungsfreie Wertschätzung“ in gesprächspsychotherapeutischen Kreisen. Es hat ja jeder von uns seinen Lieblingsbegriff, und jeder versucht, in dem, wie er oder sie Rogers wiedergibt, das Eigentliche zu treffen. Und offenkundig gibt es da tatsächlich nicht diese Klarheit, die man sonst mit Begriffen hat. Also ich glaube, es ist nicht nur die akademische Psychologie, die sich schwer tut, das zu verstehen, sondern es *ist* tatsächlich schwer zu verstehen, was eigentlich gemeint ist.

D. H.: Also wenn ich das aufgreife, was du sagst, dann könnte man es doch so sehen: In der akademischen Psychologie kommen diese Begriffe als solche nicht vor. Was tut ein akademischer Psychologe, wenn er sie hört? Er versteht sie in der Alltagsbedeutung.

A. A.: Ja, zum Beispiel bei der Empathie oder bei der Akzeptanz.

D. H.: Und Empathie hat im Alltag auch so eine Bedeutung, dass mir jemand sympathisch ist und dass ich mich dann in ihn einfühle im Sinne von: „Es ist schon gut“.

A. A.: Ja, genau, und Empathie heißt eben im Alltag manchmal nicht mehr als nur „Verständnis zeigen“. Und da gibt es schöne Zitate dazu. Ich habe mich u. a. deshalb damit beschäftigt, weil ich auch bei Verhaltenstherapie-Ausbildungen mitmache, und da muss ich mich ja auch verständlich machen. Und wenn ich den Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten dann von den sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen nach Rogers erzähle, dann kommt fast zwangsläufig die Reaktion: „Wir sind ja auch empathisch“ und „Wir akzeptieren auch den Klienten“. Und dann habe ich in der entsprechenden Literatur, die einem dann genannt wird, nachgelesen, was dort steht, und da heißt es „verständnisvoll sein“, „zustimmen“, fast „abnicken“, und es wird sehr stark mit Stillstand, Stagnation, verbunden. Oder „Ich habe Phasen in der Therapie, in denen ich dem Klienten einmal zugestehe, dass er ablenkt, und ich nicke verständnisvoll“, so ungefähr wird es verstanden. Ich möchte jetzt nicht sagen, dass alle Verhaltenstherapeuten es so sehen, aber so wird es wirklich zum Teil verstanden. Es stimmt, die verstehen es so im Alltagssinn. Aber wenn wir selbst die Übersetzungsarbeit leisten, dann kommt manchmal etwas heraus, bei dem ich merke, ich habe auch Schwierigkeiten, es so stehen zu lassen, weil es dann manchmal überhaupt nicht mehr theoretisch wirkt, sondern *sehr* bescheiden. Also ich denke jetzt gerade daran, wie ich in Ausbildungen versuche, die Kongruenz des Therapeuten zu erläutern. Ich sage dann gern, das heißt einfach, dass ich weder mir noch dem Klienten etwas über mich vormache. Und das wird dann ganz gut verstanden. Aber wenn ich einen kurzen Text über GPT schreiben soll und dann schreibe: „Der Klientenzentrierte Therapeut zeichnet sich dadurch aus, dass er sich und dem Klienten nichts vormacht.“, so kann ich nicht GPT darstellen.

D. H.: Ja, das stimmt. Wenn man zum Verständnis die Persönlichkeitspsychologie von Rogers aufblättern müsste, dann geht das in der Kürze eben nicht.

A. A.: Und das, denke ich, ist wirklich ein Problem mit dem Ansatz. Das liegt nicht an den Rezipienten. Also da müssen wir noch etwas tun.

D. H.: Aber wir könnten auf der anderen Seite sagen, das muss ja nicht unbedingt ein Argument gegen den Ansatz sein, denn die Realität *ist* eben schwierig. Ich wüsste keine Lösung, wie man es so einfach macht, dass es jeder versteht, wo es doch andererseits so kompliziert ist, um einer Realität gerecht zu werden, die eben kompliziert ist.

A. A.: Wobei mir jetzt wieder auffällt, wir reden ja selber immer von dem *Ansatz*. Und wenn wir zurückgehen auf das, was wir am Anfang hatten, wir meinen damit doch Psychotherapie generell. Es ist ja nicht nur ein bestimmter Ansatz, sondern diese Art des Denkens über Psychotherapie ist es, was so schwierig ist. Wir haben ja selbst schon mitgemacht bei diesem Zurechtstutzen auf einen

therapeutischen Ansatz, auf eine psychotherapeutische Richtung, die man dann ausgrenzen kann. Wenn wir viel stärker von Anfang an dabei geblieben wären: nein, das ist nicht eine bestimmte Schule, ein bestimmter Ansatz, sondern jede Therapie, die zu Persönlichkeitsveränderungen, zu Persönlichkeitsentwicklung führen will, ist auf diese Bedingungen angewiesen, dann könnten wir vielleicht auch mehr Gesprächsbereitschaft von anderer Seite kriegen, denn dann wäre es sozusagen unser gemeinsames Problem. Wenn wir uns mit Psychotherapie in diesem Sinne beschäftigen und uns nicht nur als die Störungsbeseitiger verstehen, dann ist es tatsächlich so verhält, so komplex, so „interaktionell“.

D. H.: Was Rogers für mich so vorbildlich macht, das ist seine geradlinig wissenschaftliche Haltung, entsprechend der absoluten Forderung nach strikt empirischem Vorgehen, mit der Konsequenz einer ständigen Bereitschaft, seine theoretischen Vorstellungen zu revidieren. Wie viel davon ist bei den Vertretern des Personenzentrierten Konzepts erhalten geblieben?

A. A.: Ja, dieser Punkt ist wirklich wichtig. Weil so, wie die Gärtlein gehegt und gepflegt oder verteidigt werden – das stört mich keineswegs nur in der Klientenzentrierten Psychotherapie, sondern überhaupt: Alle wollen das, was einmal gut war, bestätigt bekommen. Und ich fand dieses Offensein dafür, dass man korrigiert wird, die Idee, dass die eigenen theoretischen Annahmen eines Tages wieder umgeschrieben werden, wirklich beeindruckend. Diese Haltung hätte ich gern öfter, die finde ich weder unter Gesprächspsychotherapeuten noch sonst wo genügend ausgeprägt. Im 59er Artikel⁷ gibt es einen Exkurs zum Selbstkonzept. Der ist für mich ein wunderschönes Beispiel. Da wird deutlich, dass Rogers und seine Mitarbeiter lange darüber diskutiert haben, wie man das Selbst am besten konzipieren sollte. Da ist schon so viel angelegt an „Kritisiert mich ruhig! Also, ich habe mich jetzt für diese Art der Konzeptualisierung des Selbst entschieden. Aber ich bin nicht sicher, dass das die beste Entscheidung war“. So habe ich das immer gelesen. Das hat mir wirklich gut gefallen, und wenn man sich bestimmte Debatten, auch in der deutschen GPT-Szene über die Jahre hinweg angesehen hat, da gab es nicht nur das Verteidigen eines bestimmten Ansatzes der GPT, sondern da gab es auch die diversen Ausformulierungen, und jeder war gegen jeden und jeder fand seinen Ansatz, seine Interpretation von GPT am besten. Und dieses sich *selbst* in seinen Annahmen von anderen korrigieren lassen wollen, durch Forschung, das finde ich kaum irgendwo.

D. H.: Wobei ich sagen würde, dass es eine solche Forschung eben kaum gegeben hat. Man muss sich eben erst in eine solche Forschung begeben. Und wenn es immer nur um die Interpretation geht, dann fällt ja genau der Punkt weg.

⁷ Rogers, C. R. (1959a). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client centered framework. In S. Koch (Ed.). *Psychology: A study of a science*, Vol. 3 (pp. 184–256). New York: McGraw Hill. [Deutsch: (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG].

A. A.: Also es ist, glaube ich, wenig übrig geblieben von dieser Haltung, und das fand ich auch bei Rogers selbst enttäuschend, wenn auch nachvollziehbar, der ja für mein Empfinden den anderen auch zu sehr gezeigt hat, dass sie ihn nicht verstehen wollen, und er war auch verbittert und gekränkt und hat sich halt dann aus der akademischen Welt zurückgezogen. Man fragt sich natürlich auch, wie hätte er es aushalten können? Aber da kam dann für mich nicht mehr nur dieses Sich-korrigieren-lassen-Wollen durch. Gut, er hat versucht, Begriffe besser zu erläutern, beispielsweise das Empathiekonzept. Da hat er schon versucht: „Jetzt bin ich missverstanden worden, also muss ich es noch einmal ausformulieren.“ Aber, ich meine, dass er sich wirklich von einer seiner früheren Annahmen distanziert hätte, das habe ich dann auch nicht mehr so wahrgenommen, oder?

D. H.: Ja, er hat dann in dem Sinne auch keine Therapieforchung mehr betrieben und er hat ja dann etwas Missionarisches bekommen.

A. A.: Ja. Leider.

D. H.: Wobei ich Rogers dafür auch nicht tadeln möchte, denn wenn er beispielsweise versucht hat, verfeindete Gruppen einander näher zu bringen, dann hat das natürlich seinen eigenen Wert. Aber speziell für die Therapieforchung hat es halt nichts gebracht.

A. A.: Und das ist ja das, worüber ich die ganzen Jahre schon ins Grübeln komme: Wie ist das eigentlich wirklich, wenn man sich mit so einem Ansatz in der akademischen Welt behaupten möchte? Am Anfang sah das gut aus, da war ja diese Begeisterung. Wenn ich den Studierenden heute erzähle, Rogers war APA-Präsident und er hat den Wissenschaftspreis der APA bekommen, dann schauen sie mich mit solchen Kulleraugen an, wo gibt's denn so was, wie konnte das sein? Das sind natürlich auch historische Zufälligkeiten, oder nicht nur Zufälligkeiten, also das war eben diese Forschung, die war ja auch toll.

D. H.: Er war ja auch damals vor allem enorm innovativ!

A. A.: Genau, damals!

D. H.: Aber wie soll so etwas über 50 Jahre innovativ bleiben!?

A. A.: Sicher. Und dann gibt man sich eigentlich eher damit zufrieden: Immerhin ist das einer der meistzitierten Aufsätze. Da könnten wir sagen: „Da hatten wir einen Großen.“, aber das kann's ja natürlich nicht wirklich gewesen sein. Man muss sich nicht wundern, dass es so ist, wie es im Moment ist. Wobei ich sagen würde, das kann man ganz bestimmt nicht nur diesem Ansatz anlasten. Ich möchte einfach noch einmal auf die Medikalisierung der Klinischen Psychologie und der Psychotherapie zurückkommen oder auch auf die Biologisierung der Psychologie, auf die Bestrebungen der Klinischen Psychologie, möglichst vom Makel des Anwendungsfaches wegzukommen. Das geht einfach nicht zusammen. Dann finde ich es auch nur folgerichtig – das findet man ja manchmal in der Literatur so –, wenn die Klinischen Psychologen sagen „Überlassen wir Psychotherapie anderen Berufsgruppen und konzentrieren wir uns auf klinisch-psychologische Interventionen und Behandlung.“ Das

gehört vielleicht auch zu deiner Frage danach, wieso dieser Text so schwer verständlich ist, wieso da noch etwas dazukommen muss, warum das nicht reicht. Ich glaube, über diesen Hintergrund müsste man sich klarer werden. Also innerhalb der Klinischen Psychologie gilt Psychotherapie ja als eine Form der Intervention. Und Psychotherapie im Sinn von Rogers liegt quer zur Intervention. Es ist eben gerade nicht der intervenierende Therapeut, der irgendetwas „setzt“.

D. H.: Sondern der Therapeut, der sich in eine Beziehung begibt.

A. A.: Ja, weder ist sein Handeln im Detail planbar, noch ist es professionell in diesem herkömmlichen Sinn. Ich glaube, dieses „Es reicht nicht“ hängt auch damit zusammen, dass man eigentlich dieses Interventionskonzept im Hintergrund hat.

D. H.: Ja, aber hier wäre auch wieder das Expertisekonzept anwendbar, weil es hier um Experten geht, die als Therapeuten handeln.

A. A.: Aber Experten setzen auf Intuition und auf nachträgliche Reflexion. Und sie vertrauen darauf, dass ihnen dieses nachträgliche Reflektieren dann wieder beim weiteren Handeln hilft. Aber das darf irgendwie nicht sein, das wird heruntergemacht. Der Begriff der Intuition ist ja immer so negativ besetzt.

D. H.: Das gilt als unwissenschaftlich ...

A. A.: Genau. Und wenn ich in Diskussionen mit Kollegen – vielleicht von verhaltenstherapeutischer Seite – sage, für mich ist ein Experte eine Stufe weiter als ein kompetenter Therapeut, dann stützen viele zuerst. Aber Kompetenz ist wirklich die „Unterstufe“. Also der kompetente Therapeut ist zwar weiter als der Anfänger, aber er ist eben noch nicht der Experte.

D. H.: Steht da nicht die inzwischen anerkanntermaßen – zumindest bei vielen Wissenschaftlern – überholte Denkweise in linearen „Ursache-Wirkung-Relationen“ dahinter? „Ich will etwas weg haben, dann mache ich etwas, damit es wegkommt, dann ist es weg, und das war dann die Wirkung meiner Intervention.“ Wo eigentlich die Wissenschaft, wenn sie sich auf sich, auf ihren Gegenstand, besinnen würde, längst schon in Rückkopplungsprozessen und in vernetzten Systemen denken müsste.

A. A.: Das ist für mich wirklich auch schwer verständlich, weil ich mich oft frage, wo alles geblieben ist, was wir z. B. auch einmal in Wissenschaftstheorie oder Methodologie gelernt haben. Ich habe den Eindruck, im Moment ist die Entwicklung in der Psychologie wieder da, wo sie war, als ich noch studiert habe. Ich habe im Studium eine ganz ähnliche Psychologie vermittelt bekommen, wie sie jetzt wieder vermittelt wird. Dazwischen gab es einmal ein paar Jahrzehnte – Stichwort „sozialwissenschaftliche Klinische Psychologie“ –, in denen eine Bereitschaft zu komplexem Denken da war, zu anderen Vorstellungen von Methodologie, wissenschaftstheoretischen Auffassungen usw. Und jetzt geht das ganz stark zurück, und das hat einerseits mit den Entwicklungen in der Psychologie zu tun und andererseits, glaube ich, auch wieder mit der Psychotherapie als Kassenleistung. Weil dort jetzt wieder so ein nosologisches

Denken gefragt ist. Und das wird wieder so von uns in der Praxis übernommen und hat wieder Einflüsse auf die Wissenschaft. In den neuen Lehrbüchern zur Klinischen Psychologie jedenfalls findet man es auch, dass das wieder ganz stark zurückgeht in dieses Ursache-Wirkung-Denken.

D. H.: Dass das in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie gar nicht reflektiert und zurückgewiesen wird, vor lauter „Wir wollen auch mitspielen“. – Dann habe ich noch die Frage: Was können wir für die Zukunft erwarten?

A. A.: In Bezug auf die Wirkannahmen von Rogers oder auf die Entwicklungen von Psychotherapie?

D. H.: In Bezug auf den Klientenzentrierten Ansatz, der seinen Ausgangspunkt in diesem Artikel hat.

A. A.: Also im Moment gibt es den Klientenzentrierten Ansatz meiner Meinung nach eher im Untergrund. Jedenfalls in Deutschland und in der akademischen Psychologie. Er ist in anderen therapeutischen Ansätzen drin, es wird auf ihn Bezug genommen und irgendwie kann man sagen, die Prinzipien von Rogers sind aufgegriffen worden, zumindest ansatzweise. Und wenn es um die ansatzübergreifenden Wirkfaktoren geht, also z. B. im Kontextuellen Modell der Psychotherapie, das Wampold⁸ ausformuliert hat, ist ebenfalls ganz viel drin von dem, was wir vom Klientenzentrierten Ansatz kennen. Man hört auch immer wieder, dass es z. B. in Beratungsstellen und in Kliniken ganz viel klientenzentriert arbeitende Leute gibt. Das ist die Gegenwart. Aber wenn du fragst, wie soll es weitergehen, und wenn ich mich dabei wieder auf *meinen* Hintergrund beziehe: In den Lehrbüchern gibt es den Klientenzentrierten Ansatz fast nicht mehr. Da gibt es zum Teil noch so etwas wie gesprächspsychotherapeutische *Methoden* oder so. Aber nicht mehr so eine *Richtung* wie die verhaltenstherapeutische Richtung.

D. H.: Da spricht man dann vom humanistischen Paradigma, wie bei Davison & Neale.⁹

A. A.: Ja, aber das wechselt ja auch. Das war auch schon herausgeschmissen worden, ist jetzt aber wieder drin. Da zeigt sich wieder die Verwobenheit von Versorgungspolitik und Wissenschaft. Wenn man es jetzt z. B. in Deutschland verfolgt: Seit die GPT vom Wissenschaftlichen Beirat als wissenschaftliches Verfahren anerkannt worden ist, ist sie auch in einigen Lehrbüchern wieder drin. Ich würde die Prognose wagen, wenn die GPT auch als Richtlinienverfahren anerkannt würde, wird sie auch wieder in die Lehrbücher hineinkommen, weil sie dann den Psychologen immer noch lieber ist als die Psychoanalyse. Und wenn es dann wieder quasi „auf dem Markt“ stimmt, könnte man sie auch wieder in den Lehrbüchern finden. Andererseits muss man sich auch klar machen, dass es derzeit in Deutschland an den Universitäten kaum noch Professuren gibt, auf

denen Gesprächspsychotherapeuten sitzen. Für die Zukunft könnte ich mir vorstellen, dass die GPT an den Fachhochschulen eher überlebt als an den Universitäten. Die Wirkannahmen werden aber, meiner Meinung nach, nicht so leicht verloren gehen. Man muss sich ja nur überlegen, was jetzt gerade passiert mit den so genannten Erhaltungstherapien und mit dem zunehmenden Wissen darüber, dass Kurzzeittherapien nicht reichen oder dass die klassische Verhaltenstherapie eben verbesserungswürdig ist. Da wird dann von den Wirkannahmen etwas aufgegriffen. Meine Prognose ist, sie werden nicht unter der Überschrift „GPT“ auftauchen, sondern es wird einfach die neue erweiterte Form der Verhaltenstherapie sein. Man muss ja nur an die ganzen Entwicklungen wie z. B. die Achtsamkeitsbasierte Verhaltenstherapie denken. Oder wenn man sieht, wie jetzt die erlebnisorientierten oder emotionsfokussierten Ansätze in die Verhaltenstherapie hineingenommen werden. So ähnlich können auch die Wirkannahmen von Rogers – allerdings wahrscheinlich nur in trivialisierter Form – weiter bestehen. Aber als eigener Ansatz wird die GPT in der *nahen* Zukunft zumindest in Deutschland, glaube ich, kaum Chancen haben. Das könnte sich natürlich sofort ändern, wenn es zur sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie käme, d. h. wenn die Kosten für die Gesprächspsychotherapie genauso von den Krankenkassen übernommen würden wie die Kosten für eine Psychoanalyse oder für eine Verhaltenstherapie.

D. H.: Also wenn ich Dich recht verstanden habe, dann ist das eine recht skeptische Sicht.

A. A.: Das trifft es nur teilweise. Inzwischen verfolge ich diese ganzen Entwicklungen eher entspannt und vor allem sehr neugierig – so ähnlich, wie ich einen Krimi lese. Ich bin ja glücklicherweise nicht darauf angewiesen, dass es die GPT gibt. Ich sage auch nicht, es muss sie weiter geben. Ich betrachte es allerdings mit großem Unbehagen, wenn ich sehe, dass die Perspektivenvielfalt eingeschränkt wird. Ich bin nicht eine, die das Gärtlein GPT so pflegt, aber ich möchte gerne, dass Psychotherapie unterschiedlich gesehen werden kann, dass verschiedene Klienten unterschiedliche Psychotherapien kriegen können, dass also das Angebot nicht unnötig eingeschränkt wird. Wenn meine Art, Therapie zu machen, unter einem anderen Begriff auftaucht, soll mir das recht sein. Allerdings fällt es mir schwer, zu glauben, dass der Klientenzentrierte Ansatz in der Verhaltenstherapie gut aufgehoben ist, und zu akzeptieren, dass nun alles, was empirisch gut belegt ist, *Verhaltenstherapie* heißen soll. Aber wenn die *Psychotherapie* der Zukunft ohne Zusätze wie „Rogerianisch“, „klientenzentriert“ oder „GPT“ auskommt: damit könnte ich gut leben.

D. H.: Auch ohne „personenzentriert“?

A. A.: Ja, erst recht. „Personenzentriert“ ist doch für Leute, die von woanders kommen, noch viel belasteter als „klientenzentriert“. Ein „personenzentrierter“ Ansatz könnte deshalb aus meiner Sicht nie mehr sein als ein Ansatz *neben* anderen Ansätzen. Aber ich kann mir eine Klientenzentrierte Psychotherapie vorstellen, in der sich Verhaltenstherapeuten, die jetzigen Gesprächspsychotherapeuten

8 Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings* Mahwah, NJ [u. a.]: Erlbaum.

9 Davison, G. C. & Neale, J. M. (2002). *Klinische Psychologie: ein Lehrbuch* (6. vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz: PVU.

oder Personenzentrierten Therapeuten und dynamisch orientierte Psychotherapeuten, vielleicht nicht die klassischen Psychoanalytiker, aber wirklich Vertreter unterschiedlicher Richtungen zusammen tun können, wenn der gemeinsame Nenner ist, am Klienten anzusetzen, im Sinne von: vom Erleben des Klienten ausgehen und nicht von der Störung, vom *einzelnen* Klienten ausgehen, also individualisierte Psychotherapie ...

D. H.: Mit der Beziehung im Zentrum?

A. A.: Ich könnte Psychotherapie nicht anders machen.

D. H.: Als unter dem Aspekt Beziehung.

A. A.: Ja. Zumindest dann, wenn wir Psychotherapie als Möglichkeit zur Persönlichkeits- oder Selbstentwicklung verstehen, geht es, glaube ich, nur über Beziehung. Und wenn ich mir für die Zukunft etwas wünsche, ist es daher auch, dass es neben dem, was ja schon ist und was wahrscheinlich auch in Zukunft noch sein wird – nämlich Psychotherapie im Sinne von bestimmten Behandlungspaketen für bestimmte Störungen – auch Psychotherapie in einem heute als altmodisch geltenden Sinn gibt: als Hilfe zur Selbsthilfe. Und da muss man eben meiner Meinung nach wirklich auf Beziehung setzen.

Interviewpartner:

Anna Auckenthaler, Prof. Dr., Hochschullehrerin für Psychologie an der Freien Universität Berlin; Leiterin des Arbeitsbereichs Klinische Psychologie und Psychotherapie; Psychologische Psychotherapeutin; Supervisorin; Ausbilderin in Gesprächspsychotherapie.

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Ausbildungs- und Versorgungsforschung; Wirkfaktoren von Psychotherapie; Klientenzentrierte Psychotherapie; Paartherapie; Supervision.

Diether Höger, 1936, Dr., Univ.-Prof. (emer.) für Psychologie an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Bielefeld, Klinischer Psychologe, Psychotherapie, Ausbildung und Qualifikation als Ausbilder in Gesprächspsychotherapie.

Schwerpunkte: Psychotherapieforschung (insbesondere therapeutische Beziehung) und Bindungstheorie.

Korrespondenzadressen:

Prof. Dr. Anna Auckenthaler

Freie Universität Berlin

Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie

Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie

Habelschwerdter Allee 45, D-14195 Berlin

E-Mail: auckenth@zedat.fu-berlin.de

Prof. Dr. Diether Höger

Barlachstraße 36, D-33613 Bielefeld

E-Mail: diether.hoeger@uni-bielefeld.de

Rezensionen*

Martina Gross

Michael Lux: Der Personzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften.

München: Ernst Reinhardt Verlag, 2007. 166 Seiten, ISBN 978-3-497-01902-1, € 19,90 / SFr 35.90

Die Erkenntnisse der Neurowissenschaften und vor allem deren Bedeutung für die Psychotherapie sind in den letzten Jahren zunehmend in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit vieler PsychotherapeutInnen gerückt.

Wenn wir in der Geschichte der Psychotherapie ein Stück zurück gehen, so gab es „Gründerväter“, die ihre Menschenbilder, ihre Sicht von Symptomen und nicht zuletzt ihre Vorstellungen von „Heilung“ in die von ihnen postulierten Prämissen und Richtlinien einbrachten und so psychotherapeutische Haltungen und Interventionen prägten. Viele dieser – oft aus praktischer Erfahrung und intellektueller Auseinandersetzung entstandenen – Theorien zeugen heute, aus Sicht der Neurowissenschaften, von einer erstaunlichen Weitsichtigkeit und Klugheit.

Die Sprache der Neurowissenschaften ist eine ganz andere als die psychotherapeutische Sprache. Diese Fremdheit ermöglicht jedoch in den letzten Jahren zunehmend jeder therapeutischen Schule, ihre eigene Übersetzung zu definieren.

Aus meiner Sicht, einer Systemischen Psychotherapeutin mit großem Interesse an den Neurowissenschaften, pendeln die Schwerpunkte von Michael Lux' Ausführungen zwischen den beiden Sprachen in abwechslungsreicher Weise und ermöglichen der Leserin dadurch Einblicke in die Grundannahmen der Personzentrierten Psychotherapie und zugleich in die aktuellen Ergebnisse und Interpretationen der modernen Gehirnforschung. Michael Lux gelingt es dadurch, eine schöne Brücke zwischen zwei sehr unterschiedlichen Disziplinen zu bauen.

Jedes Kapitel schafft die Möglichkeit, die Sichtweisen eines bestimmten Neurowissenschaftlers, der sich mit der jeweiligen Thematik besonders auseinandergesetzt und seinen Forschungsschwerpunkt dort definiert hat, genauer kennen zu lernen. Besonders den Ideen Antonio Damasio, einem der wichtigsten Neurowissenschaftler der Gegenwart, der sich vor allem mit Bewusstseinsforschung beschäftigt, ging Michael Lux aus personenzentrierter Perspektive auf den Grund. Damasio Werke „Descartes' Irrtum“, „Ich fühle, also bin ich“ und „Der Spinoza-Effekt“ werden in erstaunlicher Klarheit und

Kürze für die Untermauerung oben genannter Brücke genützt. Dies wird schon im ersten Kapitel deutlich, in welchem Michael Lux die 19 Thesen Carl Rogers' als Basis des Buches darlegt.

Im zweiten Kapitel – diesmal richtet Michael Lux seinen Blickwinkel mehr in Richtung Neurobiologie – hat die Leserin die Möglichkeit, Gerald Hüther und die Interpretationen seiner Forschungsergebnisse kennen zu lernen. Entdeckungen wie die lebenslange neuronale Plastizität stehen im Mittelpunkt der Ausführungen. Dass Menschen unter emotionalen Bedingungen leichter und schneller „lernen“, wird hier im ungünstigen Fall – der Symptomentwicklung – als auch im günstigen Fall – der Heilung bzw. der Stärkung des Individuums – aufgezeigt und auch mit interessanten Forschungsergebnissen weiterer Neurobiologen versehen.

Im dritten Kapitel widmet sich Michael Lux der Gedächtnisforschung und zitiert vor allem aus Daniel Schacters Werk „Wir sind Erinnerung“. Erfahrungen, die im impliziten und expliziten Funktionsmodus gespeichert werden, haben unterschiedliche Auswirkungen auf unser Erleben und Verhalten. Besonders interessant gestaltet Michael Lux die Ausführungen zur Bedeutung impliziter Gedächtnissysteme. Carl Rogers scheint hier, ebenso wie andere Pioniere der Psychotherapie, schon vor vielen Jahren aufgrund seiner Erfahrungen und ohne neurowissenschaftliche Grundlage und bildgebende Verfahren von der großen Bedeutung dieser unbewussten Phänomene gewusst zu haben. Meiner Ansicht nach wird in diesem Kapitel die unterschiedliche Sprache der beiden Fachgebiete besonders deutlich.

Dass das Zusammenwirken von explizitem und implizitem – bewusstem und unbewusstem – Erleben Auswirkungen auf die Lebensgestaltung eines Menschen hat und ihn stärken, aber auch schwächen kann, ist in Psychotherapiekreisen schon lange bekannt. Die Neurobiologie unterstützt nun dieses Wissen und erweitert es. Michael Lux hat sich im vierten Kapitel ein Modell gewählt, welches die unterschiedlichen Aspekte dieses Wissens zu vereinen sucht: die „Global Workspace Theory“ von Bernard Baars. Achtsamkeit, Gegenwärtigkeit, Freiraumschaffen und die Arbeit mit inneren Dialogen

* Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden, dzt.:

Franz Berger, Basel, E-Mail: franz.berger@unibas.ch bzw. Gerhard Stumm, Wien, E-Mail: gerhard.stumm@tplus.at

Vorliegende Rezensionen mögen per E-Mail bei einem der beiden eingereicht werden.

Detailinformationen zu Rezensionen siehe hintere innere Umschlagseite (U3)

stellen aus Sicht des Autors sowohl aus personenzentrierter als auch aus der Perspektive dieses Theatermodells sinnvolle therapeutische Konzepte dar.

Wie stark unser Gehirn und der Rest unseres Körpers miteinander interagieren und sich gegenseitig beeinflussen, ist erst seit dem Einsatz moderner bildgebender Verfahren so deutlich sichtbar geworden und ist Thema im fünften Kapitel. Die Regulation unterschiedlichster Prozesse verläuft ohne unser bewusstes Zutun und ermöglicht so unser Überleben. Dies gilt jedoch nicht nur für die Aufrechterhaltung rein körperlicher Funktionen, sondern auch für unser soziales Interagieren. Hier spielen Emotionen und Gefühle – die Definition dieser Begriffe übernimmt Michael Lux von Antonio Damasio und Joseph LeDoux – eine große Rolle. Antonio Damasio bezeichnet das „Bauchgefühl“, das in uns in bestimmten Situationen spürbar wird, als den so genannten somatischen Marker. Ohne diese emotionalen Bewertungen sind Menschen in ihrer individuellen Lebensgestaltung stark eingeschränkt. Michael Lux sieht die Grundannahmen der Personenzentrierten Psychotherapie hier in großer Übereinstimmung mit Antonio Damasios Interpretationen seiner Forschungen.

Auf den Bereich der Bewusstseinsforschung geht Michael Lux im sechsten Kapitel ein. Zunächst stellt er die diesbezügliche Theorie Antonio Damasios gekonnt dar und setzt diese dann mit Konzepten des Personenzentrierten Ansatzes in Beziehung: Selbst und Symbolisierungsprozesse, „fully functioning person“, Intensionalität, organismische Erfahrung und organismischer Bewertungsprozess, exakte Symbolisierung und Inkongruenz. Aus dem Blickwinkel einer psychotherapeutischen Fachrichtung gibt er hier einen sehr interessanten Überblick, der zum Nachlesen einlädt.

Im nächsten Kapitel steht die Grundlagenforschung im Mittelpunkt der Auseinandersetzung und hier vor allem die Kongruenztheorie. Michael Lux zeigt neuere Untersuchungen auf, die diese

Theorie untermauern, und stellt sie dann anderen Konzepten wie der „Neuropsychotherapie“ von Klaus Grawe und dem „Zürcher Ressourcenmodell“ von Maja Storch und Frank Krause gegenüber.

Beide Modelle versuchen, die wissenschaftlichen Befunde der letzten Jahrzehnte in ihr Konzept zu integrieren. Aus der Perspektive des Autors erfüllt das „Zürcher Ressourcenmodell“ mehr diese Ansprüche, vor allem, weil Antonio Damasios Konzept des somatischen Markers eine größere Bedeutung beigemessen wird und somit dieses Modell dem Personenzentrierten Ansatz näher steht.

In den letzten beiden Kapiteln des Buches befasst sich der Autor mit der praktischen Anwendung der vorher erläuterten neurowissenschaftlichen Erkenntnisse. Zunächst verdeutlicht er die neurobiologischen Grundlagen der personenzentrierten Grundhaltung und sieht diese vor allem durch die Entdeckung der Spiegelneuronennetzwerke bestätigt. Die Annahmen und Interpretationen von Joachim Bauer werden hier von ihm, vor allem im achten Kapitel, zur Unterstützung herangezogen.

Im letzten Kapitel fasst Michael Lux seine Ausführungen noch einmal zusammen und stellt sie auf theoretischer Ebene unter den Blickwinkel einer „Neurowissenschaftlich fundierten Personenzentrierten Psychotherapie“. Auf praktischer Ebene zeigt er drei Zugangswege, die das Umsetzen in die Praxis ermöglichen können: „Das ‚wahre Selbst‘ werden“, „die Annahme des ‚inneren Kindes‘“ und „Dem Grauen entgegen treten“.

Michael Lux sind mit seinem Buch zwei Überblicke und deren sinnvolle Verbindung gut gelungen. Das Niveau der Ausführungen ist vor allem auf neurowissenschaftlicher Ebene hoch. Die betreffenden Bücher schon vorher gelesen zu haben, erleichtert das Verständnis der komplexen neurobiologischen Zusammenhänge, steigert aber auch die Neugier, jene Werke nachzulesen, die noch unbekannt sind.

Gerhard Stumm

Pete Sanders (Ed.): The tribes of the person-centred nation. An introduction to the schools of therapy related to the Person-centred Approach.

PCCS Books, Ross-on-Wye, 2004, ISBN 9781898059608, 169 pages, € 20,- / SFr. 36.80

Wie der Herausgeber eingangs schreibt, ist der Band geografisch betrachtet aus einer United-Kingdom-Perspektive verfasst und will Personen „aufklären“, welche an einer Psychotherapieausbildung personenzentrierter Orientierung interessiert sind. Hinter dieser „Mission“ (p. vii) steht die Idee, die verschiedenen psychotherapeutischen Ansätze, die sich als personenzentriert verstehen oder expliziten Bezug auf den Personenzentrierten Ansatz nehmen, zu vernetzen und in einen Austausch miteinander zu bringen.

Pete Sanders hat folgende Vertreter von fünf unterschiedlichen „tribes“ der „personenzentrierten Nation“ versammelt, die in einem aufeinander abgestimmten Diskurs sukzessive (Kap. 2–6) ihre Ansätze darstellen:

- Klassische Klientenzentrierte Psychotherapie (Barbara T. Brodley)
- Focusing-orientierte Psychotherapie (Campbell Purton)
- Experienzielle Psychotherapie als Mischung von Rogers, Gendlin,

Gestalttherapie und kognitiver Psychologie (Nick Baker)

- Existenzielle Psychotherapie auf der Basis existenzphilosophischer Auffassungen (Mick Cooper)
- Integrativer personenzentrierter Ansatz auf der Grundlage von jeweils personenzentrierten Werthaltungen, philosophischen Positionen und theoretischen Konzeptionen (Richard Worsley).

Dies macht den Hauptteil des Buches aus.

Im *Vorwort* stellen sich der Herausgeber und die 5 Autoren in ihrer persönlichen Entwicklung gerade auch in Hinblick auf den Personenzentrierten Ansatz vor. Darin gibt sich auch Pete Sanders als Vertreter einer klassischen klientenzentrierten Position zu erkennen.

Die *Einleitung* ist der Lesart des Buches, zugrundeliegenden Definitionen und Kriterien gewidmet. Damit ein Ansatz Aufnahme in die Darstellung finden konnte, musste er folgende vier von Sanders formulierten Kriterien erfüllen:

- 1.) Es muss sich um einen grundlegend eigenständigen therapeutischen Ansatz handeln;
- 2.) die theoretische Basis muss einerseits einen Bezug zur klassischen Klientenzentrierten Psychotherapie haben, andererseits muss sie sich davon abheben;
- 3.) es müssen Ausbildungsmöglichkeiten in United Kingdom vorhanden sein und
- 4.) es muss Literatur verfügbar sein, die die Grundsätze des Ansatzes ausweist.

Sanders räumt aber ein, dass nicht alle fünf Ansätze all diese Voraussetzungen (z.B. Ausbildungsgänge) zur Gänze erfüllen. An dieser Stelle argumentiert er auch, warum er Garry Proutys *Pre-Therapy* und „*Expressive Therapy*“ nach Natalie Rogers oder auch „*Arts Therapy*“ nach Liesl Silverstone nicht als „tribe“ in dem von ihm definierten Sinn ansieht. Die kreative Arbeit sieht er nicht als grundlegend eigenständigen Ansatz, sondern als einen speziellen Ausdrucks- und Kommunikationsmodus auf der theoretischen Basis des Personenzentrierten Ansatzes. *Pre-Therapy* ist aus der Sicht von Pete Sanders deswegen kein eigener „tribe“, weil ein in sich geschlossener Ausbildungsgang fehle und es ja in erster Linie um prätherapeutische Zielsetzungen gehe. In der Einleitung selbst stellt Sanders übrigens diese drei Konzeptionen kurz vor.

Im Kapitel 1 gibt Sanders auf 19 Seiten einen *historischen Überblick* über die Entwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie und des Personenzentrierten Ansatzes. Hier werden die Phasen in seinem weiteren Verlauf und der Wandel in der Begrifflichkeit im Zuge der Entfaltung des Ansatzes erörtert: nicht-direktiv, client-centered, experiential und person-centered. Der letztgenannte Terminus wurde von Rogers übrigens ab Ende der 70er Jahre im Zusammenhang mit „Person-centered Approach“, also der Anwendung der

klientenzentrierten Prinzipien über den psychotherapeutischen Bereich hinaus, gebraucht. Mit Gendlins „experiential theory“ und Focusing als Methode (ca. 1958–1964) erfolgt die erste Aufspaltung in zwei „Stämme“ (nicht-direktive Klientenzentrierte Psychotherapie und Focusing), die auch schon den Keim für die Bildung eines dritten Zweiges in sich trägt, den der „experientiellen Richtung“, die auf Interventionen abstellt, die den experientiellen Prozess des Klienten aktiv unterstützen. Schließlich stellt Sanders einige neuere Konzeptbildungen vor, die er aber nicht als neue Ansätze verstanden wissen möchte: noch einmal *Pre-Therapy*, weiters das Konzept des „pluralistic-self (vor allem Mearns’ „configurations of self“), „fragile and dissociated processes“ (Warner), dialogisches und ethisches Verständnis (Schmid), Spiritualität (Thorne).

Im Nachspann des Buches, den Sanders als eine Art politische und handlungsorientierte Deklaration zur Identitätsklärung der „Personenzentrierten Psychotherapie“ angelegt hat, greift er u.a. erneut Art Boharts Beitrag aus 1995 auf, in welchem dieser bereits von „Person-centered therapies“ schreibt (p. 150; siehe auch p. IX). Obwohl Rogers selbst keinen Unterschied zwischen „klientenzentriert“ und „personenzentriert“ machte, geht Sanders von einem Begriffsverständnis aus, das „personenzentriert“ als eine spezifische Ausprägung im Sinne des späteren Rogers ansieht (p. 157, p. 160). Die klassische Position ist mit dem Begriff „klientenzentriert“ und Rogers’ Publikationen aus 1951, 1957 und 1959 bzw. einem eingegrenzten Verhaltensspektrum, das der Umsetzung der Grundhaltungen dient, assoziiert. Obwohl von ihnen der Begriff „personenzentriert“ verwendet wird, stehen z. B. Brodley und Bozarth – neben u. a. Merry und Raskin – für die klassische „klientenzentrierte“ Richtung. Der spätere Rogers mit einer stärkeren Akzentuierung auf Begegnung bzw. Kongruenz und Selbsteinbringung des Psychotherapeuten „erlaubt“ gleichsam mehr Verhaltensspielräume auf Seite des Psychotherapeuten. Heute wird der Begriff „personenzentriert“ auch deswegen gerne verwendet, um sich von „klientenzentriert“ als trade-mark für fundamentalistische und orthodoxe Positionen abzugrenzen (p. 14). Im Gegensatz dazu wird von einigen mit voller Absicht wieder der Begriff „klientenzentriert“ propagiert, um eben diese klassische Position zu besetzen (z. B. Merry, Sommerbeck).

Hauptelemente der inhaltlichen Diskussion sind jedenfalls die Nicht-Direktivität und die Frage, ob die sechs therapeutischen Bedingungen hinreichend sind (p. 17). Aus dieser Perspektive sind vor allem die über Rogers hinaus reichenden Entwicklungen (z.B. Gendlin, Rice, Greenberg) einzuordnen. Auch von daher ist, wenn diese Ansätze nicht von vornherein als „experiential therapies“ exkludiert werden sollen, der Plural „Person-centered therapies“ i. w. S. gerechtfertigt, auch als Dach (nation) für die verschiedenen Ansätze in der Psychotherapie (tribes). Allerdings ist ja durch die Titel der englischsprachigen Zeitschrift (*Person-Centered and Experiential Psychotherapies*) und des Weltverbandes (*World Association for*

Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling) auf der berufspolitischen Ebene bereits eine Art Vorentscheidung getroffen, die allerdings aufgrund relativierender Präambeln noch keine inhaltliche Festlegung mit sich bringen.

Vorschläge von Sanders in Bezug auf die Identitätsklärung der personzentrierten Gemeinschaft umfassen *primäre und sekundäre Prinzipien*, eine Sprachregelung und ein strategisches Procedere, wie die Klärung in Angriff genommen werden könnte.

Die primären (1.) und sekundären (2.) Prinzipien lauten:

- 1.) Primat der Aktualisierungstendenz, Unabdingbarkeit der aktiven Gestaltung der sechs therapeutischen Bedingungen, Primat der Nicht-Direktivität, zumindest auf der Inhaltsebene.
- 2.) Autonomie und Selbstbestimmung des Klienten entlang seines inneren Bezugsrahmens, Ablehnung einer Expertenhaltung von Seiten des Psychotherapeuten, Primat der Nicht-Direktivität auf allen Linien (d. h. vor allem Ablehnung einer systematischen Prozesssteuerung), Ausreichen der sechs therapeutischen Bedingungen und ganzheitliche Orientierung (Organismus als Ganzes, inkl. Selbst).

Sanders gibt auch gleich Beispiele, was aus seiner Sicht zu inkludieren bzw. zu exkludieren wäre. Für mich erstaunlich dabei ist, dass letztlich alle verbreiteten Ansätze – wenn auch abgestuft – einbezogen wären: klassische Klientenzentrierte Psychotherapie, Personzentrierte Psychotherapie (siehe oben), Focusing-orientierte Psychotherapie, Process-experiential Psychotherapy (nach Greenberg) und personzentrierte integrative Ansätze. Der Grund für die Abstufung liegt darin, dass manche nur die Erfordernisse der primären Prinzipien, die in jedem Fall als „sine qua non-Prinzipien“ zu verstehen sind, erfüllen. Hiermit bzw. auch mit den Beispielen, die er als nicht einbeziehbar anführt (p. 160–162), wird deutlich,

dass vor allem eklektische, theoretisch nicht fundierte und intuitiv argumentierte Ansätze, die sich aber als personzentriert gerieren, sozusagen außerhalb der Familie gehalten werden sollen.

Insgesamt erachte ich die Veröffentlichung als verdienstvoll, weil sie die verschiedenen Ausformungen der personzentrierten Richtung in der Psychotherapie auslotet und die Frage aufwirft, was unter diesem Kategoriendach Unterschlupf finden soll. Ich teile zur Gänze weder die von Sanders aufgestellten Kriterien für die Auswahl der Ansätze, die im Buch berücksichtigt wurden, noch die im Anhang postulierten Prinzipien, die zur personzentrierten Kennung beitragen sollen. Hier wird auch der geografische und sprachliche Rahmen seines Diskurses sichtbar. Aus meiner Sicht, u. a. die eines „kontinentaleuropäers“, liegen die Dinge etwas anders. Meines Erachtens birgt bereits der Titel einen Widerspruch in sich, wenn zunächst mit Margaret Warner von „tribes“ einer „nation“ die Rede ist, schon im Untertitel aber nur mehr von „related schools“. Aber die offensive Suche nach identitätsbildenden Kriterien und nach einer Definition von „personzentriert“ i. w. S. sowie die mit Nachdruck vorgetragene Absicht, eine nachhaltige und verbindliche Strategiediskussion darüber zu führen, die auch konkrete Ergebnisse mit berufspolitischer Relevanz nach sich ziehen soll, halte ich für wichtige Schritte auf dem Wege der personzentrierten Identitätsfindung und eines „Identitätsausweises“.

Zum Abschluss sei noch ein Hinweis auf einen hochinteressanten Gestaltungsaspekt des Buches angebracht: Der Herausgeber operiert mit zwei Spalten. Unmittelbar neben dem Fließtext ist Platz für Literaturhinweise, Anmerkungen, Erläuterungen und auch für vertiefende oder weiterführende Kommentare. Dies zeichnet die Publikation in didaktischer Hinsicht aus. Hier liegt ein einmaliges dialogisches, noch zutreffender polylogisches Unternehmen vor, das Nachahmung verdient.

Margarethe Letzel

Josef Giger-Bütler: Endlich frei. Schritte aus der Depression.

Weinheim: Beltz Verlag, 2007. 330 Seiten, ISBN 978-3-407-85769-9, € 19,90 / SFr 35,50

Bereits Josef Gigers erstes Buch („Sie haben es doch gut gemeint“, siehe auch Rezension in Person 2/2003) bestach dadurch, wie nahe der Autor an den Erfahrungen Depressiver bleibt und wie einfühlsam er das quälende Leiden beschreibt, welches eine Depression bedeutet. Sein zweites Buch zum Thema Depression macht erneut augenfällig, wie unspektakulär diese gravierende psychische Erkrankung in ihrer Symptomatik zunächst daherkommt und sie deswegen oft lange Zeit weder vom Betroffenen selbst noch von seiner

Umgebung entdeckt wird – und daher unbehandelt bleibt. Zu den spannenden „Nebenwirkungen“ von Gigers neuem Werk gehört übrigens, dass sich gesellschaftskritische Gedanken aufdrängen, nicht nur, was die Begünstigung depressiver Erkrankungen betrifft. Unter anderem weist der Autor darauf hin, welch vitales Interesse unsere Gesellschaft daran haben müsste, die Volkskrankheit Depression ernst zu nehmen – nicht nur aus ethischen Überlegungen oder ökonomischen Erwägungen wie explodierenden Gesundheits-

kosten, sondern weil diese um sich greifende Erkrankung gesellschaftliche Errungenschaften wie unser demokratisches System ernsthaft bedroht.

Doch bei diesem – zweifellos interessanten – Gedankengang handelt es sich nicht um das Kernanliegen, welches Giger mit seinem neuen Buch verfolgt. Als Psychotherapeut Verbündeter der Betroffenen, geht es ihm erneut darum, für die Betroffenen selbst die Mechanismen depressiver Erkrankung transparent zu machen und ihnen diesmal vor allem Ansatzpunkte aufzuzeigen, wie der Ausstieg aus der Depression gelingen kann.

Eine Schwierigkeit beim Lesen sind zweifellos viele Wiederholungen, die ermüden und es schwer machen, den Leitgedanken mitzuverfolgen. Zu befürchten ist, dass der Autor die Aufmerksamkeit seiner Rezipienten zeitweise überstrapaziert und manche seiner Anregungen dadurch auf der Strecke bleiben (weil man darüber hinwegliest). Gleichzeitig muss man einräumen: Giger demonstriert handfest etwas Wesentliches der Ausstiegsproblematik, das wohl viele seiner psychotherapeutischen Berufskolleginnen und -kollegen aus ihrem Berufsalltag nur zu gut kennen: Der Ausstieg aus der Depression ist für den Klienten nur zum Preis einer beharrlichen Millimeterarbeit zu haben. So gesehen lohnt es sich, beim Lesen – zumindest zeitweise – ebenfalls diese Technik anzuwenden. Im Grunde veranschaulicht der Autor mit seinen Wiederholungen

auch die therapeutische Praxis bei der Behandlung von Depressionen: Geduld ist gefragt; eine unablässig wiederkehrende Botschaft gegen die ständig nachwachsenden Zweifel Depressiver, *worum* es in diesem Prozess eigentlich geht und *warum* es langsam gehen *muss*, damit es gelingt.

Den schwierigen Ausstieg einfach zu erklären, das gelingt Giger zweifellos. Der Autor zeigt aber auch, dass es – so sehnsüchtig es der unter hohem Leidensdruck stehende Depressive auch erwarten mag – keine Abkürzung auf diesem so holprigen und steinigen Weg gibt. Erneut weist er auf die Problematik des Einsatzes von Antidepressiva hin und führt mit dem gesamten Buchinhalt äußerst differenziert aus, worin genau diese Problematik besteht. Die erfolgreiche Behandlung einer Depression läuft nur, indem man sich auch gegen den Zeitgeist vom schnellen und effizienten Funktionieren stellt – eine Art von unbequemer Wahrheit, wobei Giger gerade dadurch psychotherapeutischen Fachpersonen wertvolle Argumentationshilfe liefert.

Welch riesige Anstrengung und welche enorme seelische Schwerarbeit die depressiv erkrankte Person leistet, wenn sie sich in einer Psychotherapie mit ihrer Erkrankung auseinandersetzt, indem sie zunächst einmal „nicht handelt“, sondern sich Zeit gibt, um zu sich selbst zu kommen – diese Darstellung gehört wohl mit zum Feinsten, was es zur Bewältigung von Depressionen zu lesen gibt.

Monika Holzbecher & Andreas Wittrahm

Ethik in psychosozialen Berufsfeldern: Ein Thema für die Ausbildung im personenzentrierten Ansatz

Zusammenfassung: *In allen sozial- und humanwissenschaftlichen Disziplinen wächst der Diskussionsbedarf über verantwortliches Handeln. Dies gilt auch für Psychotherapie und Beratung. Im personenzentrierten Ansatz lässt sich allerdings zu Recht fragen, ob die ethischen Grundsätze nicht innerhalb des Konzeptes hilfreichen Handelns zu finden sind.*

Dann wäre es unnötig, auf formale ethische Maßstäbe Bezug zu nehmen. Die Ethik-Kommission in der GwG geht einen Mittelweg. Sie hat Ethik-Richtlinien etabliert, setzt aber vor allem auf Bewusstseinsbildung und Training in der Aus- und Weiterbildung. Auf diese Weise werden diejenigen Ressourcen innerhalb des Ansatzes für ein therapeutisches Handeln gestärkt, die dem Klienten eine korrekte und gute Behandlung sichern.

Schlüsselwörter: Berufsethik, Ethik-Kommission, Ethik-Richtlinien, Grenzverletzungen

Abstract: *Ethics in psycho-social professional fields: a topic essential to vocational training in the person-centred approach. There is an increasing demand for discussion about a responsible treatment of clients/patients in social and human sciences. This applies also to psychotherapy and counselling. However, one should ask if the required ethical principles can be found within the concept of giving occupational support.*

In this case it wouldn't be necessary to refer to ethical standards. The commission for ethics in the GwG favours a balance between these two positions. It has established ethical guidelines, but attaches great importance to the development of awareness and to more specialised training courses and advanced vocational training. Thus those resources ensuring a correct and appropriate treatment of the client/patient within the approach of therapeutic care are strengthened.

Keywords: professional ethics, ethics commission, ethics guidelines, boundary violations

Ist eine personenzentrierte Ethik möglich und notwendig?

Ethik hat Konjunktur. Leitende Manager werden an ihre ethische Verantwortung erinnert, Ethik-Kommissionen entstehen überall im Gesundheitswesen. Das mag ein gutes, aber auch ein schlechtes Zeichen sein. Die fragwürdige Dimension: Wo man Ethik so ausdrücklich thematisieren muss, scheint das Wissen um das rechte Tun und erst recht die Bereitschaft zum verantwortlichen Handeln nachgelassen zu haben.

Dagegen die ermutigende Seite: In einer pluralen Kultur, in der Selbstverständlichkeiten ihre Bedeutung verloren haben, besinnt man sich darauf, dass nur in der Kommunikation und in der Verständigung Maßstäbe des Handelns entwickelt werden können, die den Beteiligten im Handeln miteinander Verlässlichkeit ermöglichen. Die spätmoderne, differenzierte und plurale Gesellschaft scheint also ohne Reflexion auf das, was man einander schuldet bzw. miteinander zu tun gewillt ist, nicht mehr auszukommen – und ohne verbindlichen Ausweis über die Ergebnisse solcher Reflexion (Wittrahm, 2001).

An dieser Stelle muss jedoch aus personenzentrierter, wahrscheinlich insgesamt aus humanistisch-psychologischer Sicht ein Einwurf erfolgen: Die Vertreter des Dritten Weges in der Psychologie verstehen sich als diejenigen, die sich am entschiedensten mit der modernen Gesellschaft auseinandergesetzt haben und sich der Aufgabe stellen, Verständigungsprozesse zwischen Menschen zu ermöglichen, die ein starres Denken und Agieren in Regeln gerade überwinden – weil es der aktuellen Lebenswirklichkeit nicht mehr zu entsprechen scheint. Somit muss man als Vertreter gerade des personenzentrierten Ansatzes entschieden fragen, ob kodifizierte, eindeutig benannte ethische Richtlinien und personenzentrierte Beratung resp. Therapie überhaupt zusammen gehen können (vgl. Arnold, Illhardt & Wittrahm, 2006).

Es gibt im personenzentrierten Ansatz eigentlich (nur) zwei Prinzipien, die über die Angemessenheit von Verhalten in zwischenmenschlichen Beziehungen, über das „richtige“ Umgehen des Menschen mit sich selbst, mit seiner belebten und letztlich auch seiner unbelebten Umwelt entscheiden (Rogers, 1957a/1991).

Das erste Prinzip strebt die Kongruenz zwischen Selbst und Erfahrung an: Lebensfeindlich ist alles Verhalten, das Kongruenz

verhindert bzw. Inkongruenz hervorruft oder verfestigt, das also einen Menschen zwingt, seine Erfahrungen zu unterdrücken, weil er fürchtet, dass sie ihm schaden könnten. Wenn dagegen Selbst und Erfahrung übereinstimmen, wenn also das aktuelle Erleben ungehindert symbolisiert bzw. in Verhalten ausgedrückt werden kann bzw. umgekehrt das Verhalten real in seiner Bedeutung für die Person wahrgenommen und eingeschätzt werden kann, dann ist das Leben stimmig. Auch wenn Carl Rogers selbst optimistisch davon ausgeht, dass ein solches kongruentes Erleben und Verhalten im Idealfall immer konstruktiv ist, dass also ein Mensch, der Kongruenz erlebt, die Kongruenz seines Mitmenschen nicht behindern kann, sollte man diesen gewünschten Indikativ doch besser als Imperativ formulieren: Zu einer kongruenten Selbstaktualisierung gehört, auf das Lebensrecht und das Recht auf leibliche und psychische Unversehrtheit des anderen, das heißt also, auf seine Kongruenz Rücksicht zu nehmen.

Das zweite Prinzip betrifft helfende Beziehungen im Besonderen und fordert hier die möglichst weitgehende Realisierung der Grundbedingungen einer förderlichen Beziehung – und die Bereitschaft, sich in der Realisierung dieser Bedingungen im beruflichen Kontext jederzeit supervidieren zu lassen. Beides miteinander gewährleistet eigentlich, dass beratende, therapeutische oder pädagogische Beziehungen nicht aus dem Ruder laufen können – ebenfalls im Idealfall.

Wenn wir uns nun dennoch auch im personenzentrierten Bereich seit gut einem Jahrzehnt über Ethik-Richtlinien Gedanken machen und solche in der GwG in Deutschland etwa auch kodifiziert haben¹, wenn wir weiterhin explizit eine stärkere Berücksichtigung ethischer Leitlinien in der Ausbildung einfordern, so ist das wohl auf zwei Faktoren zurückzuführen:

Zum einen gibt es personenzentrierte Beziehungen nicht pur, sondern immer in menschlicher, und das heißt unvollkommener Realisierung. Unvollkommenheit an sich ist keine Schande, aber sie erfordert Grenzziehungen und Sicherungen, die unter idealen Bedingungen nicht notwendig wären.

Zum anderen findet sich der personenzentrierte Ansatz nicht im luftleeren Raum, sondern in einem gesellschaftlichen und kulturellen Umfeld, das angesichts nicht abzustreitender Verfehlungen in allen helfenden und therapeutischen Berufen zunehmend sensibel auf Grenzverletzungen, unprofessionelles Handeln und Ausnutzen der Notlagen von Schutzbefohlenen reagiert. Angesichts einer solchen gewachsenen Sensibilität, auf die viele Standesorganisationen

und Berufsverbände mit einem mehr oder weniger transparenten Regelwerk reagiert haben², stehen auch die personenzentrierten Organisationen vor der Herausforderung, die ethischen Grundsätze ihres Handelns transparent, konkret und allgemein verständlich darzustellen. Wir werden im Folgenden zunächst allgemein die Notwendigkeiten und Möglichkeiten ethischer Richtlinien in helfenden Berufen diskutieren, diese sodann noch einmal in personenzentrierter Perspektive beleuchten und schließlich anhand eines unlängst abgeschlossenen Projektes der Ethik-Kommission der GwG vor allem erläutern, wie wir uns eine Sensibilisierung für ethische Fragen gerade auch in der Ausbildung vorstellen.

Ethische Herausforderungen in helfenden Berufen

Notwendigkeit ethischer Richtlinien

Wenn Menschen Überforderungen und Konflikte erleben, die sie alleine nicht bewältigen können, sind sie darauf angewiesen, kompetente Personen zu finden, die ihr fachliches Wissen nutzen, um bestmögliche Unterstützung zu bieten. Eine fundierte Ausbildung und entsprechende Rahmenbedingungen (Schutzmaßnahmen) sollen in den helfenden Berufen sicherstellen, dass die Notlage eines Menschen nicht ausgenutzt wird. In der Pflege alter Menschen etwa oder in der Krankenhausbetreuung werden ethischen Fragen im Interesse der Sicherung eines menschenwürdigen Lebens und einer dementsprechenden Versorgung zunehmend diskutiert. Wachsendes Gewicht erhalten dabei Konflikterfahrungen der dort professionell Tätigen, die ihren eigenen moralischen Anspruch permanent mit Rationalisierungsbestrebungen und Kostensenkungsmaßnahmen abwägen und nicht selten dahinter zurückstellen müssen (Wilken, 2000).

Aber auch andere Berufsfelder, wie z. B. die Seelsorge, die ärztliche oder psychotherapeutische Betreuung, erfordern von den dort professionell Tätigen ein besonders hohes Maß an sozialer und kommunikativer Kompetenz – und Kriterien, an denen die Verwirklichung dieser Kompetenz zu messen und zu überprüfen ist.

Die meisten Organisationen, Berufsverbände und Vereine, denen solche Berufsgruppen angehören, haben sich in der Vergangenheit mit ethischen Maßstäben für das professionelle Handeln befasst. Der Berufsverband Deutscher Psychologen (1986) nennt beispielsweise in der Präambel zur Berufsordnung zwei Grundprinzipien, nämlich zum einen die soziale Verantwortung, das Vertrauen von Ratsuchenden nicht zu missbrauchen und die Autonomie des Individuums zu achten, sowie zum zweiten die Verpflichtung, höchstmögliche Kompetenz in seinem Tätigkeitsbereich anzustreben und Aufträge, die die eigenen Kompetenzen überschreiten, abzulehnen. Damit werden zwei Bezugspunkte angesprochen, die als Maßstab für Berufstätige im psychosozialen Kontext gelten können: zum

1 Die deutsche Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) hat sich 2001 eigene Ethische Richtlinien gegeben (vgl. <http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?fileid=222>, Zugriff v. 4. 3. 2008). Die Schweizerische Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (SGGT) regelt in Art. 13a ihrer Statuten die Verfahrensordnung ihrer „Kommission für Ethik und Beschwerden“ (vgl. http://www.sggg-spccp.ch/resources/sggt_statuten7.PDF, Zugriff 4. 3. 2008). Die Ethik-Kommission der ÖGWG stellt sich vor unter <http://www.psychotherapie.at/oegwg/>, Zugriff 4. 3. 2008).

2 Ein umfassendes Handbuch für den Bereich der Psychotherapie-Ethik hat Hutterer-Krisch (2007) vorgelegt.

einen die Rechte und Bedürfnisse derjenigen, die eine solche Arbeit in Anspruch nehmen und zum anderen die Erfordernisse, die sich aus dem aktuellen Stand des jeweiligen fachspezifischen Wissens ergeben.

In erweiterter Weise formuliert die American Psychological Association (APA) für ihre Ethik-Richtlinien (1992) sechs Grundprinzipien für professionelles Handeln:

- Kompetenz
- Integrität
- Fachliche und wissenschaftliche Verantwortung
- Respektieren der Menschenrechte und der Menschenwürde
- Sorge um das Wohl anderer
- Soziale Verantwortung

In den meisten psychosozialen Berufsfeldern wurden in den letzten zehn Jahren berufsethische Grundsätze oder Richtlinien verabschiedet, die sich an diesen oder ähnlichen Prinzipien orientieren. Diese Vereinbarungen erfüllen einen doppelten Zweck. Sie sollen den Mitgliedern Orientierungshilfe für ihr professionelles Handeln geben und darüber hinaus die Öffentlichkeit darüber informieren, welche „Spielregeln“ Psychotherapeuten³ und Beraterinnen im professionellen Kontakt einhalten müssen. Berufsethische Richtlinien bieten den Ethik-Kommissionen oder Schlichtungsstellen innerhalb der Verbände zusätzlich eine Handhabe, um Beschwerden gegen ihre Mitglieder nachzugehen und Sanktionen bis hin zum Ausschluss aus dem Verband durchsetzen zu können. Ethikrichtlinien, die in vielen Verbänden zugleich gut zugänglich als Informationsbroschüre oder Faltblatt veröffentlicht werden, geben zusätzlich den Rat- und Hilfesuchenden einen detaillierten Überblick über ihre Rechte und die Pflichten der Therapeuten (z. B. den Umgang mit der Schweigepflicht), die Vertragsgestaltung (z. B. die Höhe von Ausfallhonoraren bei versäumten Therapieterminen) und über Umgangsweisen, die für ein respektvolles Miteinander kennzeichnend sind. Dazu gehören etwa die Einhaltung intimer Grenzen und der Schutz vor Ausnutzung der besonderen Notlage, in der sich Hilfesuchende befinden.

Ethische Kompetenz

So wichtig Ethik-Richtlinien als (öffentlicher) Ausweis des Konsenses sind, was in einer Therapie-Richtung als angemessenes und hilfreiches (und im Extremfall justitiales) Handeln betrachtet wird, so wenig können solche Richtlinien die tatsächliche Missachtung der Klientenwürde und das Verfehlen eines am Klientenwohl orientierten Handelns verhindern. Daher ist es wichtig, die ethische Kompetenz besonders in drei Bereichen zu stärken:

3 Im beraterischen und therapeutischen Feld begegnen sich Frauen und Männer in allen beteiligten Rollen. Um der Lesbarkeit willen verwenden wir in den vorliegenden Ausführungen die weibliche oder männliche Form in zufälliger Abwechslung und meinen jeweils die Angehörigen beider Geschlechter.

Ethik ist die Reflexion auf die allgemein-menschliche Angemessenheit des eigenen Handelns. Eine solche Reflexion bedarf zwar auch der Maßstäbe, vor allem aber braucht sie die Kompetenz, allgemeine Prinzipien auf konkrete Handlungssituationen zu beziehen und gerade in Zweifelsfällen und im Widerstreit verschiedener ähnlich wichtiger Prinzipien in einer transparenten Weise zu entscheiden.

Therapeutisches und beraterisches Handeln spielt sich in sehr komplexen Prozessen ab. Die Kunst besteht dabei darin, an verschiedenen Stellen in diesem Prozess die professionelle Stimmigkeit der Beziehung und die Angemessenheit der Interventionen zu überprüfen. Außerdem haben auch die Schäden, die durch mögliches Fehlverhalten angerichtet werden, eine besondere Qualität: Sie verhindern nämlich im schlimmeren Falle, dass der Klient ein böses Spiel durchschaut und seine Rechte offensiv wahrzunehmen vermag. Je nach Störung und Intervention wird es ihm gerade nicht möglich sein, sein Erleben auf das Handeln des Therapeuten zurückzuführen und eine entsprechende Korrektur einzufordern.

Wenn Grenzverletzungen und Übergriffe stattgefunden haben, ist es jedoch häufig zu spät für eine konstruktive Auflösung. Die betroffenen Klientinnen und Klienten, häufig Menschen, die ihre eigenen Rechte nur vage spüren und benennen können, sehen nicht selten bei sich selbst die Schuld für ihr Unbehagen oder den Konflikt. Dem professionell Arbeitenden trauen sie umgekehrt ein so hohes Maß an Kompetenz zu, so dass ihnen (zumindest zunächst) auch solche Verhaltensweisen legitim erscheinen, die eindeutige Grenzen verletzen. Welche Interventionen und Eingriffe hilfreich sind, welche Detailfragen erlaubt sind, welche körperlichen Berührungen angemessen sind, um das Leiden zu lindern, kann eine hilfesuchende Person nicht eindeutig entscheiden. Sie ist darauf angewiesen, dass der „Profi“ weiß was er tut und die fachliche Unterlegenheit des Gegenübers nicht ausnutzt.

Schließlich kann man personenzentriert formulieren, dass das zentrale ethische Postulat „Achtsamkeit“ lautet, also die Kompetenz, Inkongruenzen bei sich selbst als Beraterin, beim Klienten und vor allem in der Beziehung wahrzunehmen. Diese Achtsamkeit lässt sich kaum anhand von Regeln ausreichend beschreiben; bestenfalls bietet die Einhaltung von Regeln einen oberflächlichen Schutz; das Eigentliche einer personenzentrierten professionellen Beziehung geht wesentlich weiter und muss auf andere Weise als durch das Erarbeiten eines Regelkanons erworben werden (vgl. Schmid, 1994).

Mögliche Quellen von Kunstfehlern

Psychodynamische Prozesse zwischen Klient und Therapeut

Das Wissen um ethische Prinzipien und die beste an den fachlichen Inhalten orientierte Qualifikation kann nicht verhindern, dass es – wie in anderen Berufsfeldern auch – zu Kunstfehlern kommt oder

die angewandten Methoden und Verhaltensweisen trotz guter Absicht eher schaden als nützen.

Verfügt eine geschädigte Person über ausreichend Persönlichkeitsstärke und das erforderliche Unrechtsbewusstsein, um sich zu beschweren, was auf Grund der zuvor genannten Gründe lediglich sehr selten der Fall ist, verhindern typische Abwehrstrukturen oftmals eine adäquate Auseinandersetzung. Der Vorwurf wird entkräftet, entweder dadurch, dass die Beweislage als nicht ausreichend angesehen wird oder es wird der anklagenden Person eine Fehleinschätzung vorgeworfen. Insbesondere im Umgang mit sexuellen Übergriffen finden sich alle Formen der Abwehr von Leugnung, Schuldumkehr bis hin zur Pathologisierung der Opfer.

Kaum eine in helfenden Berufen tätige Person kann sich selbst davon freisprechen, dass – auch im Blick auf die Beurteilung des eigenen Verhaltens – entschuldigende und verharmlosende Argumentationen auftauchen, wenn ein bislang geschätzter Kollege z. B. eines Übergriffs beschuldigt wird. Die Vermutung, dass da eventuell doch eine Anschuldigung aus Rache, falsch verstandener Liebe oder Beziehungswahn erhoben wird, scheint sehr wahrscheinlich zu sein.

Themen wie Machtmissbrauch in helfenden Berufen, Umgang der Beraterinnen, Therapeutinnen mit eigenen sexuellen Wünschen und Bemächtigungsphantasien, mit Verliebtheitsgefühlen, mit Nähe und Intimität, mit Gefühlen der Omnipotenz oder Schwäche, aber auch mit eigenen Denkgewohnheiten und Vorurteilen müssen daher zum selbstverständlichen Ausbildungsrepertoire gehören.

Grenzüberschreitungen werden aus unterschiedlichen Motiven begangen, u. a. aus Unwissenheit und unzureichenden fachlichen Kenntnissen über die Auswirkungen des Handelns. Zu Grenzverletzungen im Bereich der Gestaltung von Nähe und Distanz kommt es oftmals dann, wenn sich Professionelle selbst in einer „bedürftigen“ Lebenssituation befinden, sei es aufgrund von persönlichen Krisen oder Einsamkeitsgefühlen. Ein hoher Anteil der sexuellen Übergriffe wird von Wiederholungstätern/innen verübt. Hier liegt oftmals eine Ich-Störung (z. B. im narzisstischen Bereich) mit Zwangs- und Suchtstrukturen zugrunde, wie es auch für Kindesmissbrauch exemplarisch ist.

Praktische und methodische Fallen – Spezielles Beispiel: Rollendiffusion

Neben solchen psychodynamischen Prozessen sowie Solidarisierungen unter Kolleginnen machen es allerdings auch ganz normale Auslegungsspielräume, Interpretationsunterschiede und Wertedifferenzen in einer pluralen Gesellschaft und in einer pluralen Therapiegemeinschaft schwer, übergeordnete Prinzipien mit Inhalt zu füllen. Selbst wenn bezüglich der Kernkonflikte Übereinstimmungen bestehen, welche Interventionen den professionellen Kontakt stören oder sogar problem- bzw. krankheitsverstärkend wirken können, zeigen sich in der praktischen Umsetzung immer noch Differenzen in der Bewertung.

So existieren beispielsweise bezogen auf die Frage der Honorargestaltung im freiberuflichen Bereich als auch hinsichtlich der Einschätzung, wie nah sich Therapeut bzw. Berater und Patientin während der Behandlung kommen dürfen, ob überhaupt ein Körperkontakt (abgesehen von einem Händedruck) erlaubt ist, durchaus legitime konträre Positionen, die sich auch unter Berücksichtigung der ethischer Richtlinien nicht eindeutig aufheben lassen. Körpertherapeutische Verfahren wären weder erlaubt noch hilfreich, wenn der Kontakt als solcher bereits grenzverletzend wäre.

Was in diesem speziellen Kontext wiederum als heilsam angewandt wird, könnte jedoch in einem anderen Setting als eindeutige Grenzverletzung interpretiert werden. Doch nicht nur in körperorientierten Verfahren, sondern auch in Therapien, die die verbale Kommunikation in den Vordergrund stellen, verwischen sich durch Rollendiffusionen und Überscheidungen in den Lebenswelten nicht selten klare Grenzen.

Verhaltensweisen erscheinen zunächst als legitim und sogar hilfreich und angemessen, die sich später als Fehler herausstellen: Wie weit dürfen sich private und berufliche Kontakte überschneiden? Darf z. B. eine Therapeutin einen Freund behandeln? Welche Konflikte können zusätzlich entstehen, wenn verschiedene professionelle Rollen miteinander im Widerspruch stehen? Ist es legitim, dass eine Therapeutin, die eine Ausbildungsgruppe leitet, gleichzeitig ein Mitglied dieser Gruppe therapeutisch begleitet? Und darf ein Arzt mit therapeutischer Zusatzqualifikation körperliche Untersuchungen und Therapie bei einer Patientin anwenden? Wann in und welchem beruflichen Kontext ist es erlaubt, dass sich eine weitere Annäherung bis hin zu sexuellen Kontakten ergibt?

Wird die Antwort, insbesondere auf die letzte Frage, in den Medien gesucht, z. B. in Romanen oder Filmen, so scheint es keine Einschränkungen zu geben, Klientinnen verlieben sich in ihren Anwalt, Polizisten in die Mordverdächtige oder Zeugin, Sozialarbeiter in die zu betreuende Drogenabhängige.

Ärzte und Therapeuten verlieben sich in ihre Patientinnen und verstricken sich hierbei in erotische Romanzen und Affären, ohne dass daran Anstoß genommen wird. Doch sind sexuelle Kontakte in solchen Personenkonstellationen wirklich unproblematisch?

Wissenschaftlich ist bereits seit langem bewiesen und kann an unzähligen Beispielen belegt werden kann, wie schädlich sexuelle Kontakte nicht nur zwischen Therapeut und Patient sind, auch solche, die im beidseitigem Einverständnis und nach Beendigung der Therapie/Behandlung zustande gekommen sind (vgl. Tschan, 2001, Rutter, 1991). Doch auch in anderen Berufsfeldern, z. B. im Kontakt eines Professors zur Studentin, eines Arztes zur Patientin, etc. entsteht unter Umständen ein ähnliches Machtgefälle, so dass die Frage aufgeworfen wird, warum es hier keine diesbezüglichen Begrenzungen gibt! Warum ist in manchem helfenden und betreuenden Berufen ein Verhalten erlaubt, welches in anderen laut Ethikrichtlinien zum Verbandsausschluss oder sogar zur Aberkennung der Behandlungserlaubnis führen würde?

Therapeutinnen, Beraterinnen und andere professionell arbeitende Personen in helfenden Berufen haben im Laufe ihrer Entwicklung ebenso wie jeder Mensch Denkgewohnheiten in sich verankert, die mit dem Fachwissen kollidieren. So erscheint etwa im Geschlechterverhältnis die Frau noch rasch als Verführerin, denen auch der „Profi“ machtlos ausgeliefert scheint. Idealisierungen, Abhängigkeiten, eingeschränkte Handlungsspielräume, die beim „Profi“ liegende Definitionsmacht etc. werden bei der Bewertung der Situation nicht angemessen berücksichtigt. Es begegnen sich, so wird angenommen, zwei erwachsene Menschen, die beide selbst die Verantwortung dafür tragen, wie der Kontakt gestaltet wird. Kompliziert wird es dort, wo z. B. eine Studentin, eine ehemals drogenabhängige Frau etc. sich in ihr betreuendes Gegenüber (einen Professor, bzw. Sozialarbeiter) verliebt. Gemäß alltagsethischer Vorstellungen kann es ja, diese Interpretation bietet sich an, nicht schädigend sein, wenn diese Liebe erwidert wird. Erst die Detailbetrachtung wirft Bedenken auf: Wie sieht die so genannte „Schadensbilanz“ aus? Ist nicht durch Konzentration auf die „Liebesbeziehung“ das eigentliche Ziel aus den Augen verloren worden, nämlich die Konzentration der Frau darauf, eigene Wege zu erkunden und zu erproben? Wie erlebt es die Studentin, wenn sie, was häufig vorkommt, später erfährt, dass sie nur „eine von Vielen ist/war“ und ihr Interesse viel ernsthafter ist als das des Gegenübers? Und ist es wirklich eine „reife Form der Liebe“, die sich entwickelt hat, mit gleichen Handlungsfreiheiten auf beiden Seiten oder folgt die Frau eventuell dem Muster, ihrem Betreuer „um jeden Preis gefallen zu wollen“. Die fehlende Nähe zu sich selbst wird dann durch die Beziehung nicht aufgelöst, sondern weiter zementiert. Wie kann aber ein schädigendes Verhalten durch Beraterinnen und Therapeuten verhindert werden bzw. wie ist ein angemessenes, d. h. transparentes, klienten-zentriertes Handeln in diesen Settings eher zu gewährleisten, wenn die Vermittlung von Regelwissen nicht ausreicht bzw. die Realität menschlicher Beziehungen in personenzentrierter Perspektive eindeutig verfehlt?

Ausbildungsziele für ethisch korrektes Verhalten

Die einzige angemessene Lösung scheint uns darin zu liegen, den Umgang mit allen Fragen eines korrekten, fairen, personenzentrierten Umgangs zwischen Berater und Klient in der persönlich-professionellen Entwicklung der Therapeuten zu verankern. Wir schließen uns grundsätzlich damit dem Bildungsoptimismus der humanistischen Konzepte an, der Veränderungen im menschlichen Erleben und Verhalten letztlich nur als Ergebnis von Einsicht (im kognitiven und emotionalen Sinne) auf der Basis von **Erfahrungen** als möglich ansieht. Diese Erfahrungen wiederum können durch die Gestaltung entsprechender Erfahrungsräume und -beziehungen (und nichts anderes ist pädagogisches Handeln) ermöglicht werden. Wir kombinieren damit Vorstellungen, die bereits Carl Rogers (1969a/1974)

hinsichtlich der Grundlegung von Lehr- und Lernprozessen aus dem personenzentrierten Ansatz abgeleitet hatte, mit Überlegungen zum **ethischen Lernen** nach dem „progressiven Modell“, wie sie Lawrence Kohlberg in den USA und später Fritz Oser im mitteleuropäischen Sprachraum vorgelegt haben (Oser & Althoff, 1992). Lernen in der „Just Community“ fördert ethische Entwicklung anhand von Kommunikation über Dilemmata in einer möglichst guten Kommunikationsgemeinschaft. Lernen, das die nachhaltige selbstständige und je individuelle Verwirklichung von „Respekt“, „Empathie“, „Gerechtigkeit“ und „Fürsorge“ zum Ziel hat, bedarf einer bestimmten **Qualität des Diskurses**: Die Lernenden brauchen die Gelegenheit, ihre Wertvorstellungen, ihre Situationseinschätzungen, ihre Mutmaßungen über die Einstellungen und Motive anhand strittiger Situationen (aus der unmittelbar eigenen Erfahrung oder auch vermittelten Erfahrungen) zu qualifizieren. Also kommt es darauf an, dass die künftigen Beraterinnen und Therapeutinnen sich während der Ausbildung mit den Folgen des eigenen Denkens, Fühlens und Handelns in der reflektierenden Lerngruppe auseinandersetzen. Besondere Aufmerksamkeit erfordern professionelle Beziehungen, in denen eine ständige Herausforderung und Gefahr besteht, zum „Komplizen“ destruktiver Muster zu werden, z. B. im Umgang mit Menschen, die unbewusst die Bestätigung suchen, dass ihre bisherigen negativen Erfahrungen auch der zukünftigen Wirklichkeit entsprechen und diesem Ziel folgend, Situationen hergestellt werden, die den Beweis liefern, dass man auch professionellen Betreuern nicht vertrauen kann. In der professionellen Arbeit mit diesbezüglich „geschädigten“ Kindern, Jugendlichen und insbesondere auch sexuell traumatisierten Erwachsenen ist ein hohes Maß an Wachsamkeit und Reflexion erforderlich, um solche „**Fallen**“ **rechtzeitig zu erkennen** und dementsprechend gegensteuern zu können.

Themen wie Machtmissbrauch in helfenden Berufen, Umgang der Berater/innen, Therapeut/innen mit eigenen sexuellen Wünschen und Bemächtigungsphantasien, mit Verliebtheitsgefühlen, mit Nähe und Intimität, mit Gefühlen der Omnipotenz oder Schwäche, aber auch mit eigenen Denkgewohnheiten und Vorurteilen müssen daher zum selbstverständlichen Ausbildungsrepertoire gehören.

Konkreten ethischen Konflikten, die in der professionellen Arbeit zu „Kunstfehlern“ führen können, wird jedoch in den Ausbildungen noch zu wenig Raum gegeben. Da die Thematik nur vereinzelt in den Ausbildungsplänen als eigenständiges Lehrthema ausgewiesen ist, obliegt es den Lehrenden selbst, welchen Stellenwert sie der Problematik einräumen und welche Facetten des weit reichenden Themenkomplexes angesprochen werden.

Schlussfolgerungen und Konsequenzen

Auf der Basis dieser Überlegungen haben wir im Ausschuss für ethische Angelegenheiten und Beschwerden in der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie der GwG vorgeschlagen,

Ethik in Beratung und Therapie als Ausbildungsgegenstand fest in den einzelnen Aus- und Fortbildungsgängen zu verankern und auch inhaltlich ausreichend zu berücksichtigen.

Damit sollen folgende **Kompetenzen** in der Ausbildung gestärkt werden:

- Sensibilität für ethische Fragen /Probleme, die in der professionellen Arbeit aufgeworfen werden
- Fähigkeit, berufliche Situationen unter ethischen Aspekten zu durchdenken
- Fähigkeit, in der Planung professionellen Handelns ethische Kriterien gegenüber anderen Argumenten abzuwägen
- Fähigkeit, aus ethischen Erwägungen getroffene Entscheidungen auch gegen Widerstände durchzuhalten
- Bereitschaft, das eigene Verhalten zu überprüfen und sich zu öffnen (Supervision)

Die ethische Qualifizierung der Auszubildenden soll neben der Vermittlung von Richtlinien vor allem in der differenzierten Einschätzung von ethisch relevanten Situationen und Handlungen bestehen. Um den Auszubildenden Material an die Hand zu geben, wie eine methodische und inhaltliche Umsetzung der Thematik erfolgen kann, haben wir ein Handbuch, insbesondere für den beratenden und therapeutischen Bereich, erarbeitet, das neben Fachaufsätzen im „Bausteinprinzip“ methodische Ideen für unterschiedliche ethische Themenfelder liefert (Arnold et al., 2006). Eine umfangreiche Sammlung von Fallvignetten bietet zusätzlich die Chance, erlebensnahe Situationen aus der beruflichen Praxis als Diskussionsbasis für eine inhaltliche Auseinandersetzung und Klärung zu nutzen.

Um ein möglichst breites Spektrum an ethischen Aspekten abzubilden und in die Thematisierung innerhalb der Ausbildungen einzubeziehen, werden Konflikte in folgenden Bereichen vorgestellt:

- bei unterschiedlichen Interessenslagen/Rollenkonflikten (Methoden, Überschneidung von Ebenen: beruflich, privat etc.)
- bei Missachtung von Regeln (z. B. Vereinbarungen)
- bei unrealistischen Erwartungen/Versprechungen (z. B. bzgl. des Behandlungserfolges)
- bei empfundenen Verletzungen/Kränkungen etc. (des „Profis“), die das Handeln erschweren
- wenn andere intensive Gefühle entstehen, die mit der Beziehung unvereinbar sind oder scheinen.
- wenn ich von Regelverstößen anderer Kollegen/innen erfahre.

Wir beantworten also zum Schluss die eingangs gestellte Frage nach der Kompatibilität einer rechtlich formulierten beruflichen Ethik und dem personenzentrierten Ansatz mit dem folgenden „Ja – mit einer gewichtigen Einschränkung“: Wir sind uns sicher, dass personenzentrierte Beratung und Therapie sich einer ethischen Qualifizierung ihrer Tätigkeit nicht entziehen kann. Wir sind aber davon überzeugt, dass es einen spezifischen personenzentrierten Weg gibt,

der komplexen, immer fließenden und unwiederbringlich pluralen Realität ethischer Anforderungen einer spätmodernen Gesellschaft gerecht zu werden. Deshalb ermutigen wir Ausbilder und Ausbilderinnen sowie in der Ausbildung tätige Organisationen und Verbände, „Ethik“ als eigenständiges und breit gefächertes Thema in die eigene Arbeit zu integrieren. Die detaillierte Reflexion und Selbsterfahrung innerhalb einer fachlichen Ausbildung kann besser als jede rechtliche Verankerung von Ethikstatuten verhindern, dass Behandlungsfehler begangen werden, und stellt somit eine wirkungsvolle Schutzmaßnahme zur Einhaltung eines respekt- und würdevollen Umgangs in professionellen Vertrauensverhältnissen dar.

Literatur

- Arnold, E., Franke, B., Holzbecher, M., Illhardt, F.-J., Lezius-Paulus, R. & Wittrahm, A. (Hrsg.) (2006). *Ethik in psychosozialen Berufsfeldern. Materialien für Ausbildung und Praxis*. Köln: GwG-Verlag.
- Arnold, E., Illhardt, F.J. & Wittrahm, A. (2006). Ethische Grundlagen für personenzentriertes Handeln in Psychotherapie und Beratung. In: E. Arnold et al. (Hrsg.), *Ethik in psychosozialen Berufsfeldern. Materialien für Ausbildung und Praxis* (S. 9–19). Köln: GwG-Verlag.
- American Psychological Association (APA) (1992). Ethical Principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist* 47, 1597–1611.
- Berufsverband deutscher Psychologen (BDP) (1986). *Berufsordnung für Psychologen*. Bonn: BDP.
- Hutterer-Krisch, R. (2007). *Grundriss der Psychotherapie-Ethik. Praxisrelevanz, Behandlungsfehler und Wirksamkeit*. Wien & New York: Springer.
- Oser, F. & Althoff, W. (1992). *Moralische Selbstbestimmung*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Rogers, C.R. (1957a/1991). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In: C.R. Rogers & P.F. Schmid (Hrsg.), *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165–184). Mainz: Grünewald.
- Rogers, C.R. (1969a/1974). *Lernen in Freiheit. Zur Bildungsreform in Schule und Universität*. München: Kösel.
- Rutter, P. (1991). *Verbotene Nähe*. Düsseldorf: Econ.
- Schmid, P.F. (1994). *Personenzentrierte Gruppentherapie – ein Handbuch. I. Solidarität und Autonomie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Tschan, W. (2001). *Missbrauchtes Vertrauen – Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen*. Basel: Karger.
- Wilken, U. (Hrsg.) (2000). *Soziale Arbeit zwischen Ethik und Ökonomie*. Freiburg: Lambertus.
- Wittrahm, A. (2001). *Seelsorge, Pastoralpsychologie und Postmoderne*. Stuttgart: Kohlhammer.

Autoren:

Monika Holzbecher, geb. 1956, Diplom-Psychologin und psychologische Psychotherapeutin, arbeitet seit ca. 18 Jahren in eigener Praxis in Essen.

Zum Themenkomplex „*Psychosoziale Belastungen und Grenzverletzungen im Arbeitsleben*“ arbeitete sie in zahlreichen wissenschaftlichen Projekten (u. a. zur sexuellen Belästigung, Mobbing, Diskriminierung etc.). Neben daraus resultierenden Veröffentlichungen ist sie als Mitglied des Ausschusses für ethische Angelegenheiten und Beschwerden in der GwG Mitautorin des 2006 erschienenen Handbuchs „*Ethik in psychosozialen Berufsfeldern*“.

Dr. Andreas Wittrahm, geb. 1958, Dipl.-Psych./Dipl.-Theol., Ausbildung in personenzentrierter Gesprächspsychotherapie, Geschäftsführer der Caritas-Akademie Köln-Hohenlind, Mitglied der Ethik-Kommission der GwG

Publikationen: *Seelsorge, Pastoralpsychologie und Postmoderne*. Stuttgart: Kohlhammer 2001; *Handbuch der christlichen Altenarbeit* (hrsg. zusammen mit Martina Blasberg-Kuhnke) Kösel: München 2007.

Korrespondenzadresse:

Dr. Andreas Wittrahm
Geschäftsführer Caritas-Akademie Köln
D-50935 Köln, Werthmannstr. 1a
Wittrahm@t-online.de

Laurent Rossier & Laurence Defago¹

Das ‚Supervision Perceived‘ Collaborative Project: Ein humanistisches Konzept der Qualitätssicherung

Zusammenfassung: In der Schweizerischen Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung (SGGT) wird zurzeit ein Projekt zur Qualitätssicherung entwickelt, das in Form eines auf der Praxis beruhenden Netzwerks die Verbreitung einer kooperativen und validierenden Evaluationskultur innerhalb der SGGT zu fördern beabsichtigt. Mit Hilfe von spezifisch erarbeiteten Evaluationsinstrumenten zur Praxisreflexion möchte das ‚Supervision Perceived‘ Collaborative Project zumindest im Bereich der Supervision der postgradualen Ausbildung die mannigfaltigen professionellen Kompetenzen der sich in Ausbildung befindlichen Mitglieder und der Ausbilderinnen² selbst im Personenzentrierten Ansatz (PZA) aufzeigen. Das Projekt soll dazu beitragen, die Bedeutung des PZA für die akademische Forschung sichtbar und verfügbar zu machen und ihn im kompetitiven Markt der Akkreditierungen zu stärken.

Schlüsselwörter: Qualitätssicherung, Evaluation, praxisorientiertes Forschungsnetzwerk, Supervision, Personenzentrierter Ansatz

Abstract: The ‚Supervision Perceived‘ Collaborative Project: How quality assessment becomes humanistic. *As a quality assurance methodology, the ‚Supervision Perceived‘ Collaborative Project – a Practice Research Network Project currently developed in the Swiss Society for Person-Centred Approach – aims to facilitate the diffusion of a collaborative and empowering evaluation within the Society. Through the use of tools for reflexive practice, the Project will allow to highlight the diversity of trainees‘ and trainers‘ professional competencies in the person-centred approach, at least in the supervision area of the Society’s postgraduate program. This should contribute to a better visibility and availability of the person-centred approach to the academic research and to its sustainability in the accreditation competitive market.*

Keywords: quality assessment, quality assurance, evaluation, practice-based research network, supervision, person-centred approach

Als Psychologinnen und Teil des Gesundheitswesens sind wir es gewohnt, an reflexiven Lern- und Evaluationsprozessen teilzuhaben. Solche Prozesse leiten uns an, uns selbst in Frage zu stellen und dazu auch unsere Klientinnen einzuladen. Wenn uns professionelle und gleichzeitig persönliche Schwierigkeiten des klinischen Alltags beschäftigen, ermöglicht uns die postgraduale Ausbildung oder die kontinuierliche Weiterbildung eine fruchtbare Auseinandersetzung mit unseren Fragen und Unsicherheiten. Das ‚Supervision Perceived‘ Collaborative Project (nachstehend SPC-Projekt³ genannt) versteht sich gerade in diesem Sinne. Wir vertreten die Meinung, dass es möglich ist, eine Kultur der Qualitätssicherung und Qualitätsverpflichtung ohne Überwachungstechnologie zu etablieren, d. h. ohne die strukturelle Autonomie oder die Kultur einer freiheitlichen Praxis zu verletzen, die das Wesen des Personenzentrierten Ansatzes ausmachen.

Wir möchten unser Thema nun in einer Weise präsentieren, die wir als reflexiv bezeichnen. Wir gehen im Folgenden von unserer eigenen Erfahrung bei der Entwicklung unserer Überlegungen aus und wollen so den Leser anregen, bei seiner Lektüre die gleichen reflexiven Prinzipien selbst kennen zu lernen. Dies könnte ihm das Wesentliche des Projekts näher bringen. Zu diesem Zweck ist es zweifellos besser, unsere je verschiedenen Positionen im Projekt nicht zu verwischen und auch unsere unterschiedlichen Wahrnehmungen bezüglich der erörterten Fragen aufzuzeigen. Dafür scheint uns die Form eines reflexiven Dialogs am besten geeignet zu sein. Einer der Gesprächspartner (**LR**), Psychotherapeut (SGGT), hat das Projekt initiiert und entwickelt, während seine Gesprächspartnerin (**LD**), die als Mediatorin zwischen den verschiedenen Teilnehmenden wirkt, notwendigerweise und absichtlich eine beobachtende Haltung einnimmt, aber dem Projekt und dem Personenzentrierten Ansatz gegenüber positiv eingestellt ist.

1 Übersetzung aus dem Französischen: Beatrice Amstutz und Franz Berger

2 Im Interesse einer guten Lesbarkeit wird in diesem Beitrag in der Regel statt der Doppelnennung von männlicher und weiblicher Form zufallsalternierend nur eine der beiden Formen angeführt, die andere ist mitgemeint.

3 SPCP ist auch die französischsprachige Abkürzung des Namens der SGGT (Société Suisse pour l’approche et la psychothérapie centrées sur la personne).

Die Projektidee

LD: Die schweizerische Gesetzgebung wird demnächst von den Instituten, die eine postgraduale Ausbildung für Psychotherapeuten anbieten, die Evaluation der Qualität ihrer Ausbildungsprogramme fordern. Meines Wissens ist unser Projekt nicht aufgrund eines offiziellen Auftrags der SGGT zur Qualitätsevaluation entstanden, sondern aufgrund einer latenten Sorge, die bei verschiedenen Mitgliederversammlungen auftauchte, woraufhin, wie Sie mir sagten, gewisse Mitglieder und auch Sie vorschlugen, zusammen mit der neu gegründeten Kommission ‚Forschung und Entwicklung‘ das Thema zu reflektieren.

Es bestand nicht direkt der Wunsch, eine klassische Evaluation durchzuführen, wie zum Beispiel zu der Frage, wie die Mitglieder das globale Funktionieren ihrer Gesellschaft wahrnehmen. Angeregt durch universitäre Forschungsarbeiten, etwa durch Arbeiten vor Ort wie die meinige (Reicherts & Defago, in Druck) oder durch das *International Project on the Effectiveness of Psychotherapy and Psychotherapy Training* (IPEPPT; Elliott & Zucconi, 2006), beschäftigte Sie eher die Repräsentanz des Personenzentrierten Ansatzes in der akademischen Diskussion. Betraf dies auch die Qualität des Ansatzes? Die Tatsache, dass Sie sowohl Angehöriger der Universität als auch Mitglied der SGGT sind, hat möglicherweise zu einer Konfusion zwischen den Zielen einer Evaluation und denjenigen eines Forschungsprojekts geführt. Auch wenn die Forschungsarbeiten zum Personenzentrierten Ansatz noch so zahlreich sind, ist damit die Qualität der Wirksamkeit keines einzigen postgradualen Ausbildungskurses belegt. Und ist es außerdem nur aus dem Inneren der Gesellschaft her möglich, Fragen der Qualitätsevaluation zu beantworten, und falls ja, mit welchem Ziel und mit welcher Begründung?

LR: Das Konzept der Qualität impliziert ‚Zwecktauglichkeit‘ (*fitness for purpose*, Ball, 1985) und wirft somit unweigerlich Fragen der kontextbezogenen Zweckmäßigkeit und der Macht auf. Es ist jedoch zu unterscheiden zwischen sogenannten ‚intrinsischen‘ Evaluationen, die die Akkreditierung durch äußere Instanzen vorbereiten, und ‚extrinsischen‘ Evaluationen durch letztere, die in einem Audit festhalten, ob die Dienstleistungen einer Organisation den Kriterien von Wirksamkeit i. S. von erreichten Effekten (*efficacy*) und von Nützlichkeit i. S. eines adäquaten Gebrauchs der Mittel (*efficiency*) genügen. Ich mache diese Differenzierung allerdings nicht, um Ihrer Bemerkung auszuweichen. Die Beantwortung von Qualitätsfragen ausschließlich von innen her, ohne Einbeziehung einer unabhängigen Evaluationsperson, erscheint mir ebenso fragwürdig wie die Selbsttherapie oder die Selbstsupervision. Eine institutionelle Pseudoverpflichtung, wie sie Kassirer (2001) beschreibt, die unter dem Deckmantel von Verpflichtung mehr den Interessen der Organisation als ihren Mitgliedern oder ihren Klientinnen dient, würde denjenigen, die Dienstleistungen im Bereich von Beratung und Psychotherapie beanspruchen, nicht zeigen, dass wir deren Vertrauen und Engagement sehr ernst nehmen. Gleiches

gilt auch für die individuelle Ebene: Wenn ich mich als professionell betrachten will, ist meine Verpflichtung eine ethische und somit nicht delegierbar.

Wir können alle Institutionalisierungselemente einer Ausbildungsinstitution, also die theoretischen und praktischen Ausbildungskurse, die Reglemente und Anforderungen, kurz alles, was die Mitglieder mit ‚ihrer‘ Gesellschaft verbindet, unter dem Begriff ‚Programm‘ zusammenfassen und davon ausgehen, dass diese Gesellschaft aufgrund ihrer institutionellen Reife die Akkreditierung ihres dokumentierten Programms erlangen wird. Unser Projekt beabsichtigt, einen Beitrag zum Aspekt einer faktischen Dokumentation zu leisten, die eng verbunden ist mit einer (individuellen) Verpflichtung. Der konkrete Nachweis der eigenen therapeutischen Kompetenz als Mitglied in Ausbildung oder als Ausbilder erfordert weder ein komplexes Material noch hoch entwickelte Analysen oder eine zusätzliche Ausbildung, sondern das Sammeln vieler kleiner Ereignisse des Praxisalltags, die möglicherweise gar nicht ins Blickfeld gerieten, würde man sie nicht in ihrer Gesamtheit sichten. Erst so vermögen sie ihre signifikante Rolle für die professionelle Entwicklung aufzuweisen. Diese retrospektive Sichtung ist ein Akt der Qualitätssicherung.

LD: Darauf werden wir sicher noch zurückkommen, aber wie steht es mit der Forschung, welchen Platz nimmt sie ein?

LR: Die universitären Wissenschaftlerinnen sind natürlich mehr an Forschung interessiert als die Praktikerinnen. Mein Anliegen als Praktiker ist, aus dem, was meine Kollegen in komplexen klinischen Situationen in adäquater Weise tun, für ähnliche Situationen meines Praxisalltags einen Nutzen ziehen zu können. Wenn das Projekt nur den akademischen Forschungsansatz verfolgte, wäre seine Wirkung geringer: Dieser untersucht methodologisch gut isolierte Interventionen; solche Ergebnisse sind aber nur bedingt in die Praxis übertragbar und bedürfen einer ‚Übersetzung‘, was manchmal für beide Seiten unbefriedigend ist. Wenn der Reichtum der Forschung der tatsächlichen Praxis dienen soll (*evidence-based practice*), braucht sie selbst eine Gebrauchsanweisung (z. B. Rubin, 2008).

Die Praktikerin bedarf eines Qualitätskompasses für ihre individuelle Arbeit in praktischen klinischen Situationen. Dessen Konstruktion besteht in einer Sammlung von Fakten aus dem Praxisalltag, die sich auf Verlauf und Abschluss des Prozesses in Beratung, Therapie und Ausbildung bezieht.

Der Ansatz eines auf der Praxis beruhenden Forschungsnetzwerks (*Practice-Based Research Network*), wo eine Gruppe von Praktikern versucht, Fragen zu beantworten, die direkt ihrer praktischen Arbeit entspringen, befindet sich genau an der Schnittstelle zwischen Forschung und Qualitätsverbesserung (Audin, Mellor-Clark, Barkham, Margison, McGrath et al., 2001; Mold & Peterson, 2005): Als ‚Forum eines intellektuellen Austauschs‘ kreiert diese ‚Lerngemeinschaft‘ Wissen und speist dieses mittels eines Publikationsprozesses an seine Mitglieder zurück. Das IPEPPT, das innerhalb der humanistischen Ansätze gemeinsame Forschungspläne entwickeln

will, ist ein solches Netzwerk; unser Projekt könnte später – falls erwünscht – einen Beitritt unserer Gesellschaft erleichtern.

Damit das auf einem praxisorientierten Ansatz beruhende Projekt als ‚Facilitator‘ für die Praxis funktionieren kann, war es notwendig, zwischen der Gesellschaft (SGGT) und einem universitären Institut eine Partnerschaft zu bilden; wenn demnach die Mitglieder der Gesellschaft, die das Netz bilden, eine ihnen wichtige klinische Frage aufwerfen, werden ihre universitären Partner darauf eine wissenschaftlich valide Antwort zu geben versuchen; sie beziehen sich dabei soweit wie möglich auf kontrollierte Situationen. Dies erfordert vom universitären Team die Schaffung minimaler Übermittlungsformate, die als valide Ausgangsbasis dienen können, wie es unsere noch zu beschreibenden reflexiven Instrumente sind. Ich hoffe, dass die Partnerschaft mit dem Departement für Psychologie der Universität Fribourg dazu beitragen wird, dem alarmierenden Verschwinden des Personenzentrierten Ansatzes im regulären Lehr- und Forschungsbetrieb der schweizerischen Universitäten entgegenzuwirken.

Nebst dem allgemeinen Ziel, in der SGGT eine Kultur kooperativer Evaluation zu fördern, will das Projekt die Vorstellung erweitern, wie die Mitglieder in Ausbildung die verschiedenen Ausbildungselemente nutzen können, und beabsichtigt so, ihre Entwicklung zum Therapeuten oder Berater innerhalb des personenzentrierten Ansatzes zu unterstützen. Zudem soll – wie es in der Gruppe um Nicholas Ladany der Fall ist (Ladany, Friedlander & Nelson, 2005; Ladany, Walker, Pate-Carolan & Evans, 2008) – das Projekt ermöglichen, das Ausbildungsprogramm zu dokumentieren, um denjenigen, die sich für die Ausbildung interessieren oder die in Ausbildung sind, einen guten und realistischen Einblick in die Hintergründe der Ausbildungsprozesse und der Ausbildungspraxis aus der Sicht der verschiedenen Beteiligten zu vermitteln. Schließlich gilt es, die Informationen über die Wirksamkeit und Nützlichkeit (*efficacy* und *efficiency*) des Ausbildungsprogramms unter den Entscheidungsträgern, Behörden, Dritten und Evaluationsorganen zu verbreiten. Das globale Projekt, angeregt durch das SPC-Projekt, soll eine offene Ressource für die Mitglieder der SGGT werden, wobei letztere die Freiheit haben soll, die schon bestehenden reflexiven Elemente zu integrieren.

LD: Dies klärt nur teilweise meine Frage nach den Vorannahmen und Methoden der Evaluation. In der Literatur zur Evaluation finden sich zwei Ansätze qualitativer Art, die mit Ihrer Position übereinstimmen scheinen: Erstens der Ansatz nach Eisner (2000), bei dem eine anerkannte Expertin – wie ein *Connaisseur*⁴ – eine Übersicht mit Fragen zu den Grundlagen des Programms oder der Programme erstellt, und zweitens ein partizipativer Ansatz, der sich an die

Gesamtheit der Personen richtet, die von einem Programm betroffen sind, wobei außenstehende Expertinnen diese Partizipation leiten. Ihr Projekt scheint am ehesten aus einer Mischung dieser beiden evaluativen Positionen zu bestehen und zwar in dem Sinn, dass versucht wird, eine Qualitätsevaluation durch alle Teilnehmenden zu etablieren und gleichzeitig Informationen zuhanden der zuständigen Autoritäten zu generieren.

LR: Ganz genau. Und außerdem soll jede Teilnehmerin des Netzes die Gelegenheit erhalten, Kenntnisse der evaluativen Praxis zu erwerben. Bei der partizipativen Evaluation ist der „Evaluierende ein Facilitator, ein Mitarbeiter und eine Ressource des Lernens“ (Patton, 1997, S. 100). Ich ziehe den Begriff ‚kooperativ‘ von Rita O’Sullivan (1998) vor, der beinhaltet, dass die Gesamtheit der an der Evaluation partizipierenden Personen an der Verantwortung und am Entscheidungsprozess des Projekts teilhaben.

Es gibt gewiss nicht das ‚beste‘ oder ‚zutreffendste‘ evaluative Verfahren. Aber man muss, wie ich schon sagte, die Qualitätssicherung, welche eine retrospektive Wirksamkeitsbewertung eines Programms anstrebt, vom Prozess einer prospektiv ausgerichteten Qualitätssicherung unterscheiden, die zum Ziel hat, die Qualität zu erhalten und zu fördern. Beim ersten Verfahren tragen die Evaluationen oft dem einzigartigen Charakter des Kontexts des Arbeitsfeldes der Teilnehmenden und den täglichen spezifischen Anforderungen ihres besonderen Lernklimas nicht genügend Rechnung. Unser Projekt entspricht dem zweiten Verfahren. Es ist so konzipiert, dass es den Teilnehmenden dienen kann. Unsere Absicht ist nicht, eine ‚Studie‘ zu fabrizieren, deren Ergebnisse nicht gelesen werden, weil die Ausgangsdaten ohne das Einverständnis der Teilnehmenden erhoben wurden, oder die verfälscht sind, weil sie nicht den Überzeugungen der Teilnehmenden entsprechen. Wir wollen vielmehr ein Ereignis durch Aushandeln konstruieren. Alle Teilnehmenden sollen die Möglichkeit haben, sich aktiv im Evaluationsprozess selbst zu engagieren, so dass sie ihrerseits sich ein Expertenwissen über Evaluation aneignen, d. h. eine größere Fähigkeit erlangen, ein solches Programm durchzuführen.

Ein derartiges Projekt kann nur sequenziell sein. So ist das SPC-Projekt auch Grundlage für eine bewusste Praxis der Evaluation und damit ein Probelauf, also ein Projekt, das per se periodischer Revisionen und aufmerksamer Rückmeldung durch alle bedarf. In diesem Rahmen ist die Evaluation ein spiralförmiger Prozess mit folgendem Ablauf:

1. Identifikation einer Vision,
2. Entwicklung von Evaluationsfragen,
3. Konzeption und Einführung eines Informationssystems, das diese Fragen beantwortet, und schließlich
4. eine Zusammenfassung, die es ermöglicht, das Projekt weiter zu entwickeln.

LD: Ich teile Ihre Sicht von Evaluation. Evaluation ist kein ‚controlling‘ und auch nicht zwingend eine Selektion, obwohl sie oft damit verwechselt wird. Die Kontrolle, welche etwa in einer Schule

4 „Von einem *Connaisseur* [wird] gesprochen, wenn man damit ausdrücken will, dass sich eine Person durch jahrelange Erfahrung und besondere Hingabe einen feinen Geschmack und beste Kennerschaft erworben hat“ (Definition von Wikipedia, gefunden am 6.7.08 unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Connaisseur>).

herrscht, ist ein wiederholter, bewertender Akt, und die Selektion – als Konsequenz der Kontrolle – ist ein abschließender Akt. Im Gegensatz dazu ist die Evaluation eine Handlung, welche den Teilnehmenden zur Orientierung und Entdeckung ihrer eigenen Position und Richtung dient. Dennoch: Sind wir berechtigt, von Zusammenarbeit zu sprechen? Die Kolleginnen und Außenstehenden werden mit dem zur Verfügung gestellten Material zweifellos auf eigene Art umgehen oder empfehlen, auf die eine oder andere Weise zu handeln, was unweigerlich zu Widerständen führen wird.

LR: Es gibt effektiv einen möglichen Unterschied des Evaluationsklimas zwischen einer Situation, wo – wie in unserem Projekt – die Benutzung der Evaluationsinstrumente als Antwort auf einen Evaluationsauftrag gefordert wird und daher als Zwang erlebt werden kann und einer Situation, wo diese Instrumente schon als Teil des Ausbildungsprogramms existieren, wie zum Beispiel die Berichte, die zu verschiedenen Zeitpunkten der Ausbildung erstellt werden müssen. Da die kooperative Evaluation die Mitglieder der SGGT progressiv in den Prozess einbinden will, sind die Widerstände dem Verfahren inhärent.

Jedes Mitglied einer großen Ausbildungsinstitution bringt eine Reihe unterschiedlicher, guter oder weniger guter Evaluationserfahrungen mit sich. Ich kann mich an Gelegenheiten erinnern, bei denen ich Fragen beantworten musste, die in keinem Verhältnis zu der aufgewendeten Anstrengung standen, wo ich Informationen über mich gab, auf die ich nie eine Rückmeldung erhielt, wo ich Evaluationsberichte las, die mich nicht anregten, an einer weiteren Evaluation teilzunehmen, oder Evaluationen erfuhr, die mir sinnlos erschienen.

Die Art und Weise, wie in einer Organisation Evaluationen durchgeführt werden, prägen die Erwartung für zukünftige Evaluationen. Wenn z. B. eine Ausbildungsinstitution nach jeder Ausbildungseinheit Fragebogen abgibt, ohne dass je eine Rückmeldung auf diese Evaluationen erfolgt, ohne dass dazu Stellung genommen und auf ihre Konzipierung eingewirkt werden kann, dann wird die Bereitschaft, an zukünftigen Evaluationen teilzunehmen, nicht gefördert. Es werden – je nach Bedeutung für die Mitglieder – Misstrauen über die Ergebnisse sowie Geheimniskrämerei genährt. Das ist das Gegenteil von dem, was unser Projekt anstrebt. Die Befürchtung allerdings, in diese Falle zu treten, ist durch vorangegangene Erfahrungen geweckt worden. Manche mögen an dem Punkt sein, wo sie sich zweifelnd fragen: „Mache ich mit oder nicht?“ oder: „Was soll’s, ich weiß ja, dass ich gute Arbeit mache“, oder: „Aber so mach’ ich’s ja schon“ (Reid, 1993). Andere werden sich bemühen, bei der Evaluation mitzumachen, könnten es aber vorziehen, sich nicht oder nur wenig zu engagieren: „Jetzt reicht es aber.“ Wieder andere werden soweit sein, dass sie mehr darüber wissen möchten, wie man mit all den Fakten, die sie liefern, umgehen werde, und wären bereit teilzunehmen, bräuchten aber noch technische Unterstützung.

Das Projekt kann nicht gegen, sondern nur *mit* all diesen Unterschieden und Widerständen laufen. Wie auch immer: Die Existenz

der Gesellschaft SGGT kann durch die Ergebnisse des Projekts nicht in Frage gestellt werden: Es ist klar, dass das, was das Projekt evaluieren wird, ein schon vorhandener Erfolg ist. Das Projekt hat den Ehrgeiz, diejenigen Qualitätsmomente hervorzuheben, die schon in unserer Ausbildungserfahrung als SGGT-Mitglieder vorhanden sind, ihnen Raum zu geben und Aufmerksamkeit zu schenken, und sie, wenn das nicht der Fall ist, noch mehr zu unterstützen. Die Bewusstwerdung dieses Prozesses braucht jedoch Zeit. Es gibt keinen Vertrauensvorschuss.

Die spezifischen Evaluationsfragen des Projekts und das entsprechende Dokumentationsmaterial

LD: Es wird Zeit, auf den Anwendungsbereich dieses kooperativen Ansatzes und auf die Gründe, warum Ihre Wahl gerade auf die Supervision gefallen ist, einzugehen. Es gibt in der Tat erstaunlich wenige Untersuchungen über den Einfluss der Anzahl von Supervisionsstunden auf die Qualität der Beratungs- und Therapiepraxis zugunsten der Klienten (Milne, Pilkinton, Gracie & Jones, 2003). Trotz einiger Jahrzehnte Forschung über Supervision konnte man noch kürzlich bei Ladany lesen: „Der Zusammenhang zwischen Supervisionsprozess und Erfolg einerseits und zwischen Therapieprozess und Erfolg andererseits ist gering. Wenn die praktizierte Supervision sozusagen keinen empirischen Nachweis eines Erfolgs erbringt, dann scheint es gerechtfertigt anzunehmen, dass die Supervisionserfahrungen den Auszubildenden kaum Gewinn bringen“ (Ladany, 2004, S. 14).

Die hauptsächlich anglo-amerikanische Forschung, auf die sich diese Feststellung bezieht, unterscheidet sich in puncto Kontext aber deutlich von Ihrem Projekt, was ein erschwerender oder auch ein mildernder Umstand sein mag. Das ‚Verhalten‘ der Auszubildenden und ihrer oft noch unerfahrenen Supervisorinnen wird im Rahmen klinischer Universitätsprogramme während der Praktika im akademischen Umfeld evaluiert. Die Ergebnisse zeigen eine Mischung von entscheidenden und für Sie weniger relevanten Aspekten, wobei letztere den Druck der universitären Situation widerspiegeln (z. B. nimmt das Kriterium, dass „eine Supervisionssitzung mindestens eine Stunde dauert“, in der Liste der hilfreichen Charakteristika den ersten Rang ein) (Cushway & Knibbs, 2004). Segeln Sie da nicht auf Sicht, wenn Sie das Projekt in einem so komplexen Feld verwirklichen: Die Dokumentation wird doch innerhalb eines Rahmens erstellt, der noch ganz andere Werte umfasst, wenn zum Beispiel die Supervisoren auch Prüfende sind, wenn es neben Gruppensupervision auch Einzelsupervision gibt, wenn die Supervisorinnen bei ihrem Supervisor die ‚Meisterklasse‘ zu suchen scheinen?

In der Personzentrierten Supervision (siehe die umfangreichen Darstellungen von Bryant-Jefferies, 2005) liegt der Akzent bei der Art, wie sich Empathie, Kongruenz und positive Beachtung im Kontakt mit dem Klienten entwickeln. Die Rolle einer Personzentrierten

Supervisorin dürfte wohl darin bestehen, einen natürlichen Prozess zu unterstützen, auf dessen Entwicklung sie vertraut. Somit stelle ich mir vor, sie bringt wenig eigene Vorschläge zur Bearbeitung der Problematik ein, vielmehr wird sie auf solche Äußerungen ihrer Supervisandinnen aufmerksam machen, die noch nicht ausreichend bearbeitet wurden. Sie wird möglicherweise ihre Beurteilung als *einen* möglichen Gesichtspunkt darstellen, aber letztlich kein o.k. erteilen.

LR: Macht sie es wirklich so? In welchem Umfang haben die Supervisanden Einfluss auf die Gestaltung der Supervision? Inwieweit diskutieren sie ihre therapeutische Praxis offen in der Supervision? Wie setzen sie das, was in der Supervision auftaucht, in der Praxis um? Wann tun sie es und mit welchem Erfolg? Und kann man alle Ereignisse der Supervision, die sich auf die Ausbildung auswirken, erfassen und aufzeigen oder nur diejenigen, die theoretisch wünschbar sind? Welche Ereignisse werden sich als die wichtigsten für die professionelle Entwicklung der Supervisandinnen und die Beziehung zu ihren Klientinnen erweisen? Welche Fortschritte machen die Supervisanden während ihrer mehrjährigen Ausbildung? Bryant-Jefferies bedauert, dass es in der Literatur keine konkreten Berichte⁵ darüber gibt, was in den Supervisionen passiert: „[...] dies weist auf die Notwendigkeit hin, vermehrt Forschung zu betreiben und der Forschung über die Praxis und Wirksamkeit des Personenzentrierten Modells der Supervision Beachtung zu schenken“ (Bryant-Jefferies, 2005, S. 1).

Ich wiederhole, dass ich persönlich nicht an der Wirksamkeit der Personenzentrierten Supervision zweifle, aber es besteht die Gefahr, dass wir uns mehr auf Überzeugungen verlassen als auf Fakten: „Wo es an Fakten mangelt, wimmelt es von Experten“ (Oxman, Chalmers & Liberati, 2004, S. 1461). Das ist der Grund, warum es notwendig ist, das Charakteristische der Supervision im Personenzentrierten Ansatz aufzuzeigen. Allerdings zeigt die bisherige Forschung, dass gerade diejenigen Faktoren am wirksamsten sind, die auch der Personenzentrierte Ansatz hervorhebt, und zwar in erster Linie die Existenz eines guten Arbeitsbündnisses zwischen den an der Supervision Beteiligten. Deshalb kann uns diese Forschung – entgegen dem ersten Eindruck – als Anhaltspunkt dienen. Sogar der von Cushway und Knibbs erwähnte Aspekt, in einer Supervisionsgruppe genügend Zeit zu bekommen (s. o.), ist ohne Zweifel für die Supervisanden prioritär.

Die Supervision, bei der eine Vielfalt persönlicher Vorgehensweisen ausgetauscht und auch in Frage gestellt wird, ist ein ideales Beobachtungsfeld. Sie bietet die Gelegenheit, unsere persönlichen und eventuell bisher noch nicht offen gezeigten Angewohnheiten

zu reflektieren und so die Gefahr eines geschlossenen Systems zu vermeiden, der letztlich jede Praktikerin ausgesetzt ist. Wie die Therapeuten selbst sagen, gehört die Supervision nebst der persönlichen Therapie und der Beziehung zum Klienten zu den einflussreichsten Erfahrungen ihrer professionellen Entwicklung (Orlinsky, Botermans, Rønnestad & The SPR Collaborative Research Network, 2001; Rønnestad & Orlinsky, 2005). Supervision fördert das Verantwortungsbewusstsein und sichert die Qualität der Beziehung zu den Klienten. Supervisanden sind gleichzeitig Klienten (ihres Supervisors) und Therapeuten (ihrer Klienten), Lernende und Lehrende zugleich. Dasselbe gilt für die Supervisoren. Der Gewinn der Supervision ist, aus erster Hand zu lernen, ‚wie es die ändern anpacken‘. „Supervision kann als ein persönliches Forschungsprojekt gesehen werden, dessen Forschungsfrage lautet: ‚Wie kann ich im Kontakt mit meinen Klientinnen wirksamer sein?‘, also ein Projekt, bei dem der Menge ausgedrückter, analysierter, verstandener und integrierter ‚qualitativer Daten‘ Beachtung geschenkt wird.“ (Merry, 2004, S. 193; Thompson, 2007)

LD: Sich innerhalb und außerhalb so zahlreicher Rollen zu bewegen erfordert eine erhebliche Flexibilität, was für unerfahrene Supervisandinnen und Supervisorinnen wahrscheinlich schwierig ist. Die klinische Supervision ist eines der anspruchsvollsten Ausbildungselemente, aber auch ein sehr bedrohliches, da sie zusätzlich selektive Funktionen hat, wie etwa beim Übergang zwischen Ausbildungsstufen. Wenn man dem Supervisor seine Misserfolge zeigt, riskiert man, als ungenügend bewertet zu werden. Gefühle von Unbehaglichkeit oder gar ‚politischem Suizid‘ können entstehen. Bekannt ist, dass Supervisandinnen es manchmal aus diplomatischen Gründen oder aus Rücksicht auf die Hierarchie vermeiden, ihre Gedanken zu äußern (Kagan, 1980). Der Supervisand kann der Supervisorin Informationen über seine negativen Reaktionen ihr gegenüber vorenthalten. Und die Supervisorin kann dem Supervisanden verschweigen, wie sie auf dessen ‚Leistung‘ reagiert. Noch hinderlicher für Ihr Projekt wäre, wenn die Supervisanden ihre klinischen Fehler, ihre Beunruhigung über ihre Evaluation, Gegenübertragungsfragen oder auch Störungen bezüglich des Supervisionssettings etc. nicht äußern würden. Das persönliche Interesse der Supervisorin am Erfolg ihrer Supervisanden wiederum kompliziert das Ganze noch zusätzlich. Die Supervisoren, die sich durch die Supervision selbst weiterbilden, werden mit Unerwartetem konfrontiert, fühlen sich eingeengt, unverstanden, nicht wertgeschätzt und unzufrieden. „Wenn es leicht wäre, würde man es nicht Supervision nennen“, meinen Ladany, Friedlander & Nelson (2005, S. 79). Wie kann das SPC-Projekt in diese komplexe und heikle Realität eingeführt werden, ohne noch mehr Schwierigkeiten zu schaffen, weil unter Umständen Konflikte aufgedeckt werden, die man lieber verschwiegen hätte?

LR: „A therapist and a counselor can have twenty years of experience or one year of experience twenty times. What makes the difference? A key component is reflection.“ (Skovholt, Rønnestad

5 Anm. d. Übers.: Außerhalb des deutschsprachigen Raums sind offenbar die einschlägigen Arbeiten von Anna Auckenthaler nicht bekannt (siehe u. a. Auckenthaler A., 1995: Supervision psychotherapeutischer Praxis. Organisation – Standards – Wirksamkeit. Kohlhammer: Stuttgart. Und: Auckenthaler, A.: Supervision von Psychotherapie. Behauptungen – Fakten – Trends. Psychotherapeut 1999, 44, S. 139–152).

& Jennings, 1997, S.365; cf. Schön, 1983) Die reflexive Position ermöglicht es, diejenigen unklaren Bereiche der professionellen Praxis zu erfassen, die durch einzigartige, unerwartete Ereignisse gekennzeichnet sind und Anlass zu möglichen Wertkonflikten geben. Die reflexive Praxis beruht auf einer Methodik der Aufhebung von Blockaden; sie hilft den Supervisandinnen, sowohl die Divergenzen zwischen der Ideologie ihres Berufes und den aktuellen, realen Situationen ihrer professionellen Praxis wahrzunehmen, als auch klarer zu sehen, was zu tun ist. Die Reflexivität ist eine Entwicklungsstrategie, die im Hier und Jetzt der professionellen Erfahrung der Therapeutin beginnt (Brookfield, 1992; Gallo-way, Webster, Howey & Robertson, 2003; Kinsella, 2000). Eine Reflexion über allgemeine Supervisionsfragen, die von der Person des Therapeuten abgetrennt werden können, ist von der persönlichen Erfahrung in der Supervision zu unterscheiden. Supervisandin und Supervisorin handeln in unserem Sinne reflexiv, wenn sie gemeinsam dem Bedürfnis folgen, in persönlicher Weise über ihr Erleben in der Supervision nachzudenken oder, vom Erleben ausgehend, ihre eigenen Fragen stellen und dazu ihre eigenen Antworten suchen. So gesehen ist die reflexive Praxis weder eine weitere zusätzliche ‚Neuheit‘, die unseren Personenzentrierten Praxisalltag zusätzlich belastet, noch eine von ihm unterschiedene Aktivität. Die Person-zentrierte Supervision ist per se ein reflexiver Prozess, der darin besteht, seinen eigenen konkreten beruflichen Erfahrungen und dem damit verbundenen Erleben einen Spiegel vorzuhalten. Die Reflexivität in der Supervision transformiert das simple Aufnehmen und Darstellen der Ereignisse aus der Praxis in einen sinnstiftenden Prozess.

Auch wenn es noch wenige empirische Forschungsergebnisse über die Auswirkung reflexiver Handlungen auf die klinische Praxis gibt (Bennett-Levy 2001; 2003), kommt der Reflexivität bei der Definition und Evaluation professioneller Kompetenz eine große Bedeutung zu. So hat in Großbritannien das *Committee on Training in Clinical Psychology* der *British Psychological Society* (2001) kürzlich das Modell des „reflexiven Praktikers“ als Akkreditierungskriterium der postgradualen Weiterbildung in klinischer Psychologie anerkannt. Ebenso hat der *General Medical Council* (die britische FMH) bestimmt, dass die graduierten Mediziner die Fähigkeit erlangen müssen, ihre eigene praktische Tätigkeit zu reflektieren sowie sich selbst und ihre Kollegen in Frage zu stellen.

LD: Die reflexive Aktivität bedarf des Nachweises von Fakten. Eine Qualitätssicherung erfordert eine faktisch nachprüfbare Dokumentation der therapeutischen Praxis. Diese beginnt mit einer einfachen Sammlung von Beweismaterialien.

LR: Ganz genau. Die reflexive Aktivität muss in Instrumente umgesetzt werden, die zu dieser faktischen Dokumentation eine positive Haltung unterstützen, und zwar im Gegensatz zu den sporadischen Anstrengungen beim Ausfüllen von Fragebogen, die den vielfältigen Kompetenzen der Therapeutinnen und Beraterinnen in Ausbildung und ihrer professionellen Entwicklung nicht Rechnung tragen.

Um die konkreten Handlungsmomente der professionellen Entwicklung eines Supervisionsteilnehmers zu sammeln und zusammenzufassen, wurden spezifische Instrumente entwickelt, die auf dem standardisierten Konzept des ‚kritischen Ereignisses‘ beruhen (Gould & Master, 2004). In einem späteren Artikel werden diese Instrumente im Detail beschrieben. Zwei der Instrumente bestehen aus Abreißblöcken mit anonym kodierte Talons. Das Kohlepapier der Talons ermöglicht es den Teilnehmenden, ihre Reflexionen selbst zurückzuverfolgen; die Originale werden in einem Rücksendumschlag an die Forschungsgruppe der Universität geschickt, die sie anonym bearbeitet.

Das erste dieser reflexiven Instrumente, der „Re-flex SGGT“, erlaubt, wie in einem Reisejournal, kleinere oder größere Momente, sogenannte ‚bedeutsame Ereignisse‘ aus der Supervisionssitzung zu notieren und sich so einen Moment zur Reflexion seiner persönlichen Wahrnehmungen Zeit zu nehmen, welche sonst weder formuliert noch präzisiert würden. Ein ‚bedeutsames Ereignis‘ ist ein Moment von besonderer positiver oder negativer Erlebensqualität in der Supervision. Dies kann eine banale Tatsache sein, wie zum Beispiel ein Supervisor, der während eines Focusing einschläft, oder etwas Unerwartetes wie die Abwesenheit eines Gruppenmitglieds, womit sich vielleicht das Gruppenklima verändert. Es kann aber auch ein Moment sein, der die eigenen Werte und Überzeugungen spiegelt, ein Ereignis, welches das Können einer Teilnehmerin offenbart, oder auch ein grundsätzlich entscheidender Moment, eine Konfrontation etwa mit dem eigenen blinden Fleck.

Supervisanden und Supervisoren halten auf dem „Re-flex SGGT“ auf einigen Zeilen das faktische Ereignis und die zum Verständnis notwendigen Kontextelemente fest sowie das, was das Ereignis zu einem ‚bedeutsamen‘ macht, d. h. seine momentane subjektive Bedeutung.

Der Re-Flex-Block soll immer zu den Supervisionen mitgebracht und es soll immer Zeit für das Ausfüllen des Talons reserviert werden, etwa kurz vor Ende der Supervisionssitzung oder während der Pause. Auf diese Weise werden Dutzende von Eindrücken und Überlegungen gesammelt, so dass langfristig persönliche Themen und allfällige Verbindungen zwischen den Therapie-situationen und den bedeutsamen Ereignissen entdeckt werden können, auch wenn diese einen nicht direkt betreffen. Im Einverständnis mit allen Teilnehmern einer Supervisionsgruppe kann der „Re-Flex SGGT“ auch gemeinsam benutzt werden, z. B. für periodische Rückblicke und Standortbestimmungen zum Gruppenklima, zu den Erwartungen und zum Erreichten, o. Ä. Die Gruppe verfügt mit Hilfe dieses Instruments über eine ‚Fundgrube‘, deren Inhalte sie nach Bedarf benutzen kann. Es ist anzunehmen, dass Gruppen, die wenig positive oder negative Momente mit bedeutsamen Erfahrungen erleben, eher Aspekte der Theorie und des Lernens behandeln, die zwar auch wichtig sind, aber nicht direkt dem subjektiven Erleben entspringen. Die Frage ist, ob man mit fortschreitender Entwicklung in der Begegnung von Supervisanden

Re-Flex ^{SGGT®} SGGT-SPCF.CH	Code: BAL31	Supervision: Individuell <input type="checkbox"/> In Gruppen <input checked="" type="checkbox"/>
	Datum: 03/09/07	Dauer: 1 Std <input type="checkbox"/> 2 Std <input type="checkbox"/> 3 Std <input type="checkbox"/> 4 Std <input checked="" type="checkbox"/> + 4 Std <input type="checkbox"/>
Original in das Rücksendeküvert legen. Danke!		
Während der heutigen Supervision habe ich folgendes Thema/ folgende Situation vorgebracht: Ich kann meinen Klienten „Paul“ nicht mehr akzeptieren; trotz meiner Bemühungen ist er immer noch ängstlich und blockiert		
Beschreibe in kurzen Sätzen ein „kritisches Ereignis“ aus der heutigen Supervision, das sich dir eingepreßt oder dich herausgefordert hat. Warum wurde diese Supervisionssituation für dich zum „kritischen Ereignis“? Keiner wollte zur Frage „wer beginnt“ Stellung nehmen. „S“ (Supervisor) hat uns gebeten, unsere unsere Situation mit einer Körperhaltung auszudrücken. Ich habe mich nach hinten fallen lassen. „A“ hat sich den Kopf gehalten. „B“ war in fötaler Position. Dann hat jede/r gesagt, in welcher Reihenfolge es am besten wäre, anzufangen und warum (wir haben „A“ gewählt). Es hat mich erleichtert und beruhigt, dass „S“ die Fähigkeit besitzt, unserer Gruppe die Struktur Struktur zu geben, die ich im Fall von unklaren Momenten brauche.		

Abb.: Reflexives Instrument „Re-flex“. Das Beispiel ist adaptiert nach Proctor (2000).

und Supervisorinnen immer mehr solcher Erlebnismomente wird beobachten können.

Bryant-Jefferies (2005) zeigt, dass ein erfahrener Praktiker über eine Vielzahl von Beispielen mit verschiedenartigsten wichtigen Ereignissen oder Momenten aus der Personzentrierten Supervision verfügt und so einen reichen Überblick dazu vermitteln kann. Ein Beispiel unter vielen: „In einer Supervision kann es wichtig sein, wirklich anzuerkennen, was der Klient selbst durchmacht. Manchmal ist das Berichten über Therapiesitzungen, das therapeutische Spekulieren oder die Exploration der Qualität und Art der therapeutischen Beziehung zu unterbrechen, um einem Moment respektvoller Stille für den Klienten Raum zu geben. Dieses Innehalten, um all das Unermessliche, was der Klient erfährt, anzuerkennen, ist wesentlich. In unserer geschäftigen Zeit verlieren wir leicht den Sinn für die Notwendigkeit solcher Momente und gehen rasch dazu über, vom nächsten Klienten zu reden. Berater und Supervisoren brauchen Zeiten geteilter Stille, die bei der Exploration der Arbeit mit einem Klienten auftauchen; Zeit, um das, was plötzlich ganz real, gegenwärtig und erschreckend geworden ist, aufzunehmen.“ (Bryant-Jefferies, 2005, S. 136)

Ein allen zugängliches und von allen weiterentwickeltes Projekt

LD: Braucht es aber ein partnerschaftliches Abkommen mit der Universität, wenn unter den SGGT-Mitgliedern schon fähige Forscherinnen sind, die aus dem gesammelten reflexiven Material neue Fragestellungen entwickeln können? Welchen Sinn hat meine Mitarbeit im Projekt sowie – Ihrem Wunsch entsprechend – die von Masterstudentinnen?

LR: Dafür gibt es zwei wesentliche Gründe. Der erste, schon erwähnte, entspricht der Grundidee des Projekts. Der zweite ist ein ethischer Imperativ. Erstens ist das Projekt nicht eine Ad-hoc-

Rechtfertigungsstrategie, um die SGGT-Ausbildung zu legitimieren. Wenn die Evaluation hauptsächlich der SGGT-Gruppe ‚Forschung und Entwicklung‘ anvertraut würde, befürchte ich, dass es auf die erwähnte Pseudoverpflichtung hinauskäme. Die Analyse von Institutionen zeigt, dass diese keine völlig rationale Struktur haben, aufgrund derer sie die angemessenen Evaluationsinstrumente anwenden, sondern dass sie eher im Dienst der Selbsterhaltung eine Reihe von vielleicht kreativen, aber nicht sachgerechten Anpassungen zusammenschustern. Wir wählen entschieden ein Vorgehen der Qualitätssicherung, das nicht von institutionellem Opportunismus geleitet ist. Darum ist das

Risiko unvermeidlich, uns dem Blick von außen auszusetzen. Es geht um eine echte, aber geschützte Öffnung. Weder soll sich die SGGT der Universität wie etwa ein Patient dem Willen des Arztes unterziehen, noch soll die Kooperation mit der Universität ein bloßes Alibi sein. Die SGGT hat nicht zum Ziel, sich mit einer anderen, noch so wertvollen Institution zu vereinen, aber sie kann sich auch nicht ausschließlich auf ihre eigene Qualität berufen. Sie hat deshalb die Aufgabe, das erhobene Material zu verarbeiten, einer außenstehenden, wohlwollenden, aber doch kritischen Person zu überlassen, einer Expertin, die nicht mit der SGGT im Bunde ist, die weder ein Zahnrad noch der Motor des Getriebes ist, sondern eine Promotorin von Qualität. Es scheint mir außerdem wichtig, dass Studierende des Grundstudiums, die an einer postgradualen klinischen Ausbildung interessiert sind, mit ihrer späteren professionellen Realität in Kontakt kommen. Qualität hängt auch von einer adäquaten Vorbereitung ab. Die Arbeiten der Studierenden werden hoffentlich dazu beitragen, das Projekt zu dokumentieren, und ihnen außerdem eine Vorstellung über den Reichtum des Ansatzes vermitteln. Das sollte uns gerade im Hinblick auf die universitäre Situation des PZA in der Schweiz beschäftigen.

Die Partnerschaft mit der Universität ergibt sich auch aus der Notwendigkeit ethischer Vertrauenswürdigkeit. Supervisanden und Supervisoren können nicht dazu gezwungen werden, kongruent zu sein und Notizen zu exponieren, die vor der Einführung des reflexiven Projekts nur als private, individuelle Gedanken existierten. Deshalb muss nicht nur gesichert sein, dass die Gruppe frei entscheiden kann, ob sie sich über das eigene Material im Re-flex (mit Hilfe der zurückbehaltenen Kopien der Talons) austauschen will, sondern auch, dass weder Supervisorin noch Supervisandin das Material der anderen Gruppenmitglieder je in irgendeiner Art einsehen können. Ein Mitglied der SGGT darf deshalb in keinem Fall Zugang zu diesen sensiblen Daten von Supervisionsgruppen haben. Außerdem gehört das Material einer Supervisionsgruppe, auch wenn sie sich darüber austauscht, seinem Autor: Wenn ein Gruppenmitglied sich

in seinen Notizen auf die Erfahrungen anderer bezieht, geht das Recht auf Vertraulichkeit deren eventuellem Wunsch vor, zu wissen, was über sie geschrieben wurde.

Die reflexive schriftliche Dokumentation kann sich nur in einem geschützten Rahmen entwickeln. Dies bedingt eine systematische und klare Strukturierung der Bearbeitung des Materials und vor allem eine Organisation, die dieses Vorgehen unterstützt. Deshalb war es notwendig, dass Ihnen die SGGT die Bearbeitung der Notizen der Supervisanden und Supervisoren überließ. Die Daten, die Sie erhalten und auf einer Datenbank sammeln werden, sind mittels eines persönlichen Codes, den sich die Teilnehmerinnen, einer allgemeinen Instruktion folgend, selbst geben, schon anonymisiert. Nachdem Sie die für die Gewährleistung der Vertraulichkeit evtl. nötigen Anpassungen vorgenommen haben, hat jedes Mitglied über das Internet Zugang zum gesamten in der Schweiz produzierten Material. Unter diesen Bedingungen kann das reflexive Projekt unseren Wunsch, ‚Geschichten‘ zu erzählen und zu teilen, befriedigen: „Mir ist dies oder jenes passiert, was denkt ihr darüber?“

Das SPC-Projekt ist effektiv eine Kartografierung bedeutsamer Ereignisse in der Personzentrierten Supervision, um gemeinsam und in geschützter Weise eine Standortbestimmung über die Stärken und Schwächen der Ausbildung zu machen. Das Projekt erfasst noch ein anderes reflexives, zwischenzeitliches Moment: Nachdem in der Supervision die bedeutsamen Ereignisse im Re-flex festgehalten wurden, kann es später beim Schreiben der Notizen nach den Therapie- oder Beratungsstunden hilfreich sein, auf allenfalls auftauchende Supervisionsinhalte zurückzukommen. Dazu dient das zweite reflexive Instrument, das „Re-bound SGGT“, das ebenfalls die Form eines Abreibblocks hat. Den Supervisandinnen wird empfohlen, die Talons dann auszufüllen, wenn ihnen etwas aus der vorangegangenen Supervision einfällt, was ihnen in der Therapie-sitzung geholfen hat. Dieser Rückblick beantwortet direkt eine Qualitätsfrage und kann auch die Erwartung der Supervisandin für die nächste Supervisionssitzung erhöhen und präzisieren. Ein dritter reflexiver Schritt wird durch den Zugang zur Datenbank als konsultativer Plattform ermöglicht. Der Rückblick kann mit Hilfe der Erfahrungen aller anderen – Supervisanden und Supervisoren unabhängig von deren Erfahrung – fortgesetzt und vertieft werden.

LD: Das ist dann die dritte Etappe, bei der das gesammelte Material nach sorgfältiger Bearbeitung auf einer gesicherten Internetseite erscheint. Diese allgemeine Retrospektive ermöglicht es, sich in der Landschaft der Personzentrierten Supervision wie in einer Riesensupervisionsgruppe der Schweiz zu situieren. Der Zugang zur Datenbank ist nach verschiedenen Kriterien möglich: z. B. nach Ausbildungsstand, nach Supervisionsthema, nach dem Verhalten der Supervisoren zu bestimmten Themen, nach Umfang der in der Supervision behandelten Thematik, nach Fragen, die nicht direkt mit dem PZA zu tun haben.

Je nach den Dimensionen der Qualitätsevaluation, die den Mitgliedern der SGGT zur Verfügung stehen und auf die sie auch

Einfluss nehmen können, wird ihnen eine solche Standortbestimmung die Gelegenheit geben, ihre eigene Sicht der Ausbildung und der Ereignisse in der Supervision zu evaluieren. In der Tat werden Sie die Teilnehmenden regelmäßig dazu auffordern, in dem so genannten ‚lebendigen Museum von Supervisionereignissen‘ ihre Meinung nach verschiedenen Gesichtspunkten der Ereignisse zu äußern. Meine Aufgabe wird es sein, diese Reaktionen qualitativ und quantitativ zu analysieren und die wissenschaftlichen Arbeiten zu liefern, deren der PZA in der Schweiz bedarf. Auch wenn es nicht ein formuliertes Ziel ist, wird dieses Vorgehen erlauben, die Motivation und Offenheit der Auszubildenden zu erfassen. Wer von ihnen wird regelmäßig Informationen auf der Datenbank einholen, und können wir sicher sein, dass die Datenbank genutzt wird?

LR: Nein, das können wir nicht. Einzelne Teilnehmende werden sicher das Interesse aufbringen, auf der Datenbank die Insider-Informationen zu entdecken: „Alles, was ihr über die Ausbildung wissen wolltet und was ihr euch nicht getraut habt zu fragen.“ Wir können aber sicher sein, dass die Datenbank häufiger genutzt wird, wenn die SGGT als Gesellschaft entscheidet, dass ihre formalen Ausbildungsanforderungen (z. B. Anzahl Ausbildungsstunden) über die abgesicherte Datenbank abgewickelt werden, insbesondere die Anerkennung von Ausbildungsstunden, die aufgewendet wurden, um sich mit Fragen auseinanderzusetzen, die durch die Datenbank aufgeworfen wurden. Es ist auch vorstellbar, dass Theoriearbeiten (wie sie die Auszubildenden im ersten Zyklus der Ausbildung abzuliefern haben), die Aspekte oder Konzepte des Projekts streifen, als ergänzende Elemente in die Datenbank aufgenommen werden. Das Projekt wurde mit Absicht nicht als ‚Fertigprodukt‘ entwickelt. Es soll vielmehr zunehmend von den Zielen und der Praxis der Ausbildung assimiliert werden. Es geht darum, eine Basisbewegung der humanistischen Befragung unserer Ausbildungspraxis auszulösen. Indem die SGGT für das SPC-Projekt Zeit, Energie und Finanzen aufwendet, zeigt sie, dass sie die Qualitätssicherung ernst nimmt.

Damit ein Lernprozess überhaupt entstehen kann, muss man über eine große Menge reflexiver Einzeldaten verfügen, um darin Themen und Muster erkennen zu können. Damit die reflexive Praxis erfolgreich ist, muss jeder die Möglichkeit haben, wichtige Momente seiner Ausbildung auf die eine oder andere Weise festzuhalten. Unsere professionelle Tätigkeit findet oft in einem wechselnden und von Zeitdruck geprägten Umfeld statt. Die reflexive Praxis hilft uns, einen regelmäßigeren, quasi meditativen Rhythmus zu finden, wie bei einem Gang durch ein Labyrinth. Ich hoffe, dass die regelmäßige Anwendung der Instrumente des SPC-Projekts die Kultur eines befriedigenden und kongruenten Austausches in den Supervisionen unterstützt.

LD: Im Personzentrierten Ansatz sind das Selbst, die therapeutische Beziehung und Empathie zentrale Begriffe. Ziel des SPC-Projekts ist die Konzipierung einer Qualitätssicherung, die Evaluation ohne Einschränkungen ermöglicht. Wie Sie anlässlich der Seminartagung 2007 – dem Startschuss für das Projekt – betont haben,

erfordert eine psychologische Evaluation, die diesen Namen auch verdient, von den Teilnehmenden ein umfassendes Verständnis des Evaluationskonzepts sowie ein Engagement bei der Durchführung der Evaluation. Dieses gemeinsame Engagement der Evaluierten zur Ermittlung der Bedeutung und zur Validierung der Evaluation

hat mannigfache Implikationen, z. B. dass der Meinung jedes Teilnehmenden unabhängig von der Person und Funktion das gleiche Gewicht zukommt. Evaluieren heißt nicht einfach die Forschung der Praxis einverleiben, sondern die Qualitätsevaluation so durchführen, dass sie dem Wesen der Personenzentrierten Supervision entspricht.

Literatur

- Audin, K., Mellor-Clark, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Lewis, S., Cann, L., Duffy, J. & Parry, G. (2001). Practice Research Networks for Effective Psychological Therapies. *Journal of Mental Health, 10*, 241–251.
- Ball, C. (Ed.) (1985). *Fitness for Purpose: Essays in Higher Education*. London: Taylor & Francis.
- Bennett-Levy, J., Lee, N., Travers, K., Pohlman, S. & Hamernik, E. (2003). Cognitive therapy from the inside: Enhancing therapist skills through practising what we preach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 31*, 143–158.
- Bennett-Levy, J., Turner, F., Beaty, T., Smith, M., Paterson, B. & Farmer, S. (2001). The value of self-practice of cognitive therapy techniques and self-reflection in the training of cognitive therapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*, 203–220.
- Brookfield, S. (1992). Uncovering assumptions: The key to reflective practice. *Adult Learning, 3*(4), 13–18.
- Bryant-Jefferies, R. (2005). *Person-centred counselling supervision: Personal and professional*. Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Cushway, D. & Knibbs, J. (2004). Trainees' and supervisors' perceptions of supervision. In I. Fleming & L. Steen (Eds.), *Supervision and clinical psychology: Theory, practice and perspectives* (pp. 162–186). New York: Brunner-Routledge.
- Eisner, E. (2000). Education connoisseurship and criticism: their form and function in education evaluation. In G.F. Madaus, M. Scriven, & D. Stufflebeam (Eds.), *Evaluation models: Viewpoints on educational and human services evaluation*. (13. Aufl., pp. 335–347). Boston: Kluwer-Nijhoff.
- Elliott, R. & Zucconi, A. (2006). Doing research on the effectiveness of psychotherapy and psychotherapy training: A person-centered/experiential perspective. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 5*, 82–100.
- Galloway, A., Webster, R., Howey, L. & Robertson, W. (2003). Reflection and development: an integral part of clinical training. *Clinical Psychology, 21*, 27–30.
- Gould, B. & Masters, H. (2004). Learning to make sense: The use of critical incident analysis in facilitated reflective groups of mental health student nurses. *Learning in Health and Social Care, 3*(2), 53–63.
- Kagan, N. (1980). Influencing human interaction – eighteen years with IPR. In A. K. Hess (Ed.), *Psychotherapy Supervision: Theory, research and practice* (pp. 262–283). New York: Wiley.
- Kassirer, J.P. (2001). Pseudoaccountability. *Annals of Internal Medicine, 134*(7), 587–590.
- Kinsella, E. A. (2000). *Professional development and reflective practice: Strategies for learning through professional experience*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Ladany, N. (2004). Psychotherapy supervision: What lies beneath. *Psychotherapy Research, 14*(1), 1–19.
- Ladany, N., Friedlander, M. L. & Nelson, M. L. (2005). *Critical events in psychotherapy supervision: An interpersonal approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ladany, N., Walker, J. A., Pate-Carolan, L. M. & Evans, G. (2008). *Practicing counselling and psychotherapy: Insights from trainees, supervisors, and clients*. New York: Routledge.
- Merry, T. (2004). Supervision as heuristic research inquiry. In K. Tudor & M. Worrall (Eds.), *Freedom to practice: Person-centred approaches to supervision* (pp. 189–199). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Milne, D. L., Pilkington, J., Gracie, J. & James, I. (2003). Transferring skills from supervision to therapy: A qualitative and quantitative n = 1 analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 31*, 193–202.
- Mold, J. W. & Peterson, K. A. (2005). Primary care Practice-Based Research Networks: Working at the interface between research and quality improvement. *Annals of Family Medicine, 3*, 12–20.
- O'Sullivan, R. G. & O'Sullivan, J. M. (1998). Evaluation Voices: Promoting evaluation from within programs through collaboration. *Evaluation and Program Planning, 21*(1), 21–29.
- Orlinsky, D. E., Botermans, J.-F., Rønnestad, M. H. & The SPR Collaborative Research Network. (2001). Towards an empirically grounded model of psychotherapy training: Four thousand therapists rate influences on their development. *Australian Psychologist, 36*(2), 139–148.
- Oxman, A. D., Chalmers, I. & Liberati, A. (2004). A field guide to experts. *British Medical Journal, 329*, 1460–1463.
- Patton, M. Q. (1997). *Utilization-focused evaluation: The new century text*. Thousand Oaks: Sage.
- Proctor, B. (2000). *Group supervision: A guide to creative practice*. London: Sage.
- Reicherts, M. & Defago, L. (in Druck): Kognitive und affektive Prozesse bei der Realisierung klientenzentrierter Interventionen – Zusammenhänge mit der Interventionsqualität, der Therapeutenerfahrung und dem Explikationsniveau von Klienten. Eine experimentelle Studie. In R. Sachse, *Fortschritte Klärungsorientierter Psychotherapie*.
- Reid, B. (1993). 'But we're doing it already!' Exploring a response to the concept of Reflective Practice in order to improve its facilitation. *Nurse Education Today, 13*(4), 305–330.
- Rønnestad, M. H. & Orlinsky, D. E. (2005). Therapeutic work and professional development: Main findings and practical implications of a long-term international study. *Psychotherapy Bulletin, 40*, 27–32.
- Rubin, A. (2008). *Practitioner's guide to using research for evidence-based practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Skovholt, T.M., Rønnestad M. H. & Jennings, L. (1997). Searching for expertise in counselling, psychotherapy and professional psychology. *Educational Psychology Review, 9*(4), 361–369.
- Thompson, G. (2007). Hoops, hurdles and thresholds: Supervising therapists through training and qualification. In K. Tudor & M. Worrall (Eds.), *Freedom to practice, volume II: Developing person-centred approaches to supervision* (pp. 189–199). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Autoren:

*Dr. Psych. **Laurent Rossier** ist Fachpsychologe für Psychotherapie FSP und führt eine psychotherapeutische Praxis nach dem Personenzentrierten Ansatz. Er ist Lektor und Lehrbeauftragter am Departement Psychologie an der Universität Freiburg i.Ue.*

*Dr. Psych. **Laurence Defago** ist Lehrbeauftragte und promovierte Assistentin am Departement Psychologie der Universität Freiburg i.Ue.*

Korrespondenzadressen:

*Laurent Rossier, dr. psych.
CH-1470 Estavayer-le-Lac, à 2 pas du Centre
E-Mail : laurent.rossier@unifr.ch*

*Laurence Defago, dr. psych.
Université de Fribourg, Département de psychologie
CH-1700 Fribourg, Faucigny 2
E-Mail : laurence.defago@unifr.ch*

Peter F. Schmid

Resonanz – Konfrontation – Austausch

Personzentrierte Psychotherapie als kokreativer Prozess des Miteinander und Einander-Gegenüber

Zusammenfassung: *Der Aufsatz untersucht phänomenologisch die bipolare Natur der personzentrierten Beziehung in Psychotherapie und Beratung und beschreibt sie als dialektischen Prozess des Seins miteinander und einander gegenüber. Der Fokus liegt dabei auf dem bislang für die Praxis weniger untersuchten konfrontativen Aspekt der Begegnung und dem personalen Austausch des zugrunde liegenden Dialogs. Dabei werden verschiedene Arten der Resonanz untersucht, mit denen der Therapeut auf das Geschehen in der Therapie reagiert, und es werden Kriterien entwickelt, wann Konfrontation und Austausch in der Therapie personzentriert sind und wann nicht.*¹

Schlüsselwörter: *Resonanz, Konfrontation, Austausch, Dialog, Empathie.*

Abstract: **Resonance — confrontation — exchange. Person centered psychotherapy as a co-creative process.** *This exploration of the bipolar nature of the person-centred relationship in psychotherapy and counselling describes such a relationship as being-with and being-counter. The focus is on the confronting aspect of the encounter — so far much less investigated for the therapeutic practice — and on the personal exchange as an expression of dialogue. Different forms of resonance are explored as the reaction of the therapist to what is going on in therapy. Finally, criteria are developed, when confrontation and exchange in psychotherapy and counselling are person-centred and when they are not.*

Keywords: *resonance, confrontation, exchange, dialogue, empathy.*

Die zunehmende Bedeutung der Beziehung in der Psychotherapie

Generell hat in Theorie und Praxis von Psychotherapie und Beratung, gestützt durch Erfahrung und Forschung, die Bedeutung der Beziehung als zentrales therapeutisches Element zugenommen. Eine Vielzahl von Theorien ist dazu entstanden, gleich, ob es sich um die Bedeutung der Übertragung oder um Rapport, um eine Vorbedingung für neue Lernprozesse, um eine systemische (und daher notwendigerweise an Beziehungen orientierte) Sichtweise, um therapeutische Allianz oder um existenzielles Miteinander handelt.

Viele therapeutische Orientierungen haben ihr Verständnis des Selbst und der Beziehung als wichtiges therapeutisches Instrument

in den letzten Jahrzehnten weiter entwickelt, z. B. die Selbstpsychologie und die intersubjektive Psychoanalyse (Stolorow et al., 1987; Bartosch, 2003; cf. Psyche 9/10, 2004), humanistische (z. B. die Gestalttherapie, etwa Hycner & Jacobs, 1995) und existenzielle Therapierichtungen (Spinelli, 1997; 2005: „selves in relation“; Cooper, 2003), ja sogar die Verhaltenstherapie (Parfy, 1999). Neue, sogenannte „dialogische“ oder „Beziehungs-“Therapierichtungen sind entstanden („dialogic therapy, relational therapy; Belege bei Cooper 2004b, S. 452–453). Im Personzentrierten Ansatz wurde die Bedeutung der Beziehung von Anfang an betont, und im Lauf der Zeit, beginnend bei Rogers selbst, immer deutlicher herausgearbeitet.

Mit großem Erstaunen, mit ungläubiger Verwunderung und mit ironischem Stolz konnte man beispielsweise beim 1. Weltkongress für Psychotherapie 1999 in Wien hören, wer aller für sich reklamierte, die Bedeutung der realen Beziehung in der Psychotherapie, zum Teil „neuerdings“, entdeckt zu haben – von analytischer, systemischer, verhaltenstherapeutischer Seite. Dass Carl Rogers die vorrangige Bedeutung der gegenwärtigen Beziehung bereits um die Mitte des vorigen Jahrhunderts als den zentralen Heilungsfaktor in der Beziehung herausgearbeitet hatte, also immerhin vor nunmehr

¹ Überarbeitet und weiter entwickelt auf der Basis mehrerer Vorträge, darunter zweier Hauptvorträge am 4. Weltkongress für Psychotherapie (WCP) in Buenos Aires, 2005, einer Präsentation beim Personzentrierten und Experienziellen Weltkongress 2006 in Potsdam (beide Male zusammen mit Dave Mearns [publiziert: Schmid & Mearns, 2006 sowie Mearns und Schmid, 2006], wobei die hier verwendeten Teile ausschließlich von mir stammen), sowie beim Theorieworkshop des Instituts für Personzentrierte Studien (IPS der APG) 2005 in Wien.

gut sechzig Jahren, blieb dabei wenig überraschend geflissentlich unerwähnt.

Man kann sich darüber ärgern und die Kollegen und Kolleginnen² der Ignoranz oder Geschichtsfälschung zeihen oder man kann das Phänomen genauer unter die Lupe nehmen und dann erkennen, dass es vielleicht nicht bloß Desinteresse, Ahnungslosigkeit oder (un-)wissenschaftliche Fahrlässigkeit ist, sondern dass es doch einen guten Grund gibt, warum der Bezug auf Rogers und den Personzentrierten Ansatz fehlt. Es ist bei genauem Hinsehen etwas anderes mit dieser „Neuentdeckung“ der Bedeutung der Beziehung gemeint; ein entscheidender Paradigmenwechsel ist nämlich nicht vollzogen worden: Die Klient-Therapeut-Beziehung wird da zwar als wichtig angesehen, aber sie wird in den allermeisten Fällen als wichtiges Instrument gesehen, als ein Um-zu, eine Vorbedingung für die eigentliche therapeutische Arbeit. Dies steht in einer langen Tradition. So wird die Übertragungsbeziehung als Vorbedingung für die Heilung in der Psychoanalyse oder, um noch einen Schritt zurück zu gehen, der Rapport als Vorbedingung für die Motivation zur Trancearbeit in der Hypnose gesehen, „um der suggestiven Führung zu folgen“ (Mende, 2000). Beziehung ist also ein Mittel zum Zweck.

Einen sehr illustrierenden Vergleich zitiert Art Bohart (2008): Er schreibt, Marv Goldfried, ein amerikanischer Kognitiver Verhaltenstherapeut, merke in Vorträgen zur Verdeutlichung an, dass in der Verhaltenstherapie die Beziehung als Anästhesie angesehen werde, welche die korrekte Operation (die Therapie also) erst ermögliche.

Der entscheidende Unterschied zwischen dem Personzentrierten Ansatz und den anderen therapeutischen Richtungen besteht darin, dass die Beziehung nicht bloß als Grundlage für die eigentliche therapeutische Arbeit angesehen wird, die danach – wenn einmal eine gute bzw. tragfähige Beziehung hergestellt ist – zu erfolgen hat; im Gegenteil: die Beziehung wird selbst als Therapie verstanden. (Rogers, 1962c/1977, S. 170: „Therapie als Beziehung oder Begegnung“ [„therapy as relationship or encounter“]). Personzentrierte Psychotherapie verwendet die Beziehung nicht als Basis oder zur Einleitung, um etwas damit zu bewirken. Und das ist der entscheidende Paradigmenwechsel, der bis heute nicht wirklich ausgelotet erscheint: Beziehung ist nicht Mittel zum Zweck, „um zu“, sondern selbst das Wesentliche der Therapie.

Natürlich gilt das nicht für jede Beziehung, sondern nur für eine, die ganz genau beschreibbar und auch genau beschrieben und erforscht ist.³

Die Entwicklung des Verständnisses von Beziehung in der Personzentrierten Psychotherapie

Von Beginn an hatte die Beziehung eine Grundlegende Bedeutung im von Rogers und seinen Kollegen entwickelten Therapieansatz. Schon in dem von ihm selbst später als Rede zum Geburtstag des Personzentrierten Ansatzes an der Universität Minnesota bezeichneten Vortrag im Jahr 1940 sagte Rogers (1940b/1992; orig. S. 8, Übers. pfs): „Erstmals legt dieser Ansatz Gewicht auf die Bedeutung der Beziehung selbst als Wachstumserfahrung.“ Die sechs „notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie“ (Rogers, 1957a/1991) beginnen und enden denn auch mit Beziehung: Die erste Bedingung lautet: „Zwei Personen befinden sich in psychologischem Kontakt“⁴ und die letzte handelt davon, dass die Kommunikation von Empathie und nicht an Bedingungen gebundener Wertschätzung durch den Therapeuten den Klienten erreicht (S. 168). Je später, umso mehr befasste sich Rogers mit der Natur der therapeutischen Beziehung, um sie letztlich – die Sprache der Dialogischen bzw. Begegnungsphilosophie aufgreifend – als „Begegnung [encounter]“ zu bezeichnen und zu qualifizieren (z. B. 1962a/1977). Diese Entwicklung sowie die parallele bei anderen personzentrierten Autoren (Bebout, Coulson, Swildens, Mente, Pfeiffer, R. Tausch und A. Tausch) wurden ausführlich beschrieben und untersucht (Schmid, 1994, S. 172–182).

Maßgebliche Beiträge zum Beziehungsverständnis, das der Personzentrierten Therapie zugrunde liegt, kamen unter anderem von

- *Wolfgang M. Pfeiffer* (1989; 1991a; 1991b; 1993; 1995a; 1995b), interessanterweise also von einem Psychiater, der schon relativ früh die Beziehung als den zentralen Wirkfaktor betonte;
- *Brian Thorne* (1991; 2002; Mearns & Thorne, 2000; 2007) befasste sich mit der Bedeutung von Intimität und Zärtlichkeit [intimacy und tenderness];
- *Len Holdstock* (1993; 1996a; 1996b) betonte die interdependente, nicht individuumszentrierte Natur des Selbst;
- *Ute Binder* (1993; 1998) lenkte die Aufmerksamkeit darauf, die wesenhaft prosoziale Empathie von der kognitiven sozialen Perspektivenübernahme auseinanderzuhalten;
- *Garry Prouty* (1994; Krietemeyer & Prouty, 2003) erforschte präsymbolisches Experiencing und Kontakt im Kontext seiner Prätherapie,
- *Margaret Warner* (2000; 2002) beschäftigte sich ebenfalls mit Kontakt und mit fragilen und dissoziierten Prozessen;

2 Immer sind hier Personen beider Geschlechter sowie transidente Personen gemeint, auch wenn jeweils nur – der Lesbarkeit halber – der Gattungsbegriff angeführt ist.

3 Zur empirischen Untermauerung siehe etwa Cooper, 2004b.

4 Rogers wollte eigentlich überhaupt „Beziehung“ schreiben, sagte er (pers. Mitteilung), bevorzugte der wissenschaftlichen Akzeptanz wegen aber den damals üblichen Begriff „Psychologischer Kontakt“. Die Erklärung der ersten Bedingung ist jedoch im zitierten Artikel mit „eine Beziehung“ überschrieben (Rogers 1957a/1991, S. 169).

- *Dave Mearns* (1996; 1997; 1999; 2002a; 2002b; 2003; Mearns & Thorne, 2000; 2007; Mearns & Cooper, 2005) entwickelte sukzessive ein Konzept der „Arbeit in tiefgehenden Beziehungen [working at relational depth]“.
- *Michael Behr* (2002; 2003) beschrieb die interaktive Resonanz im Kontext der Arbeit mit Kindern;
- *Art Bohart* (2004; 2007; Bohart & Tallmann, 1999) arbeitete heraus, dass der Klient als aktiv selbst den Heilungsprozess Gestaltender [„active self healer“] gesehen werden muss;
- *Godfrey Barrett-Lennard* (2003; 2005) betonte den Primat der Beziehung und sprach von „klientenzentrierter Beziehungstherapie“;
- *Mick Cooper* (2004a; 2004b; Mearns & Cooper, 2005) beschrieb, von der existenziellen Tradition kommend, was er einen „beziehungsorientierten Therapieansatz“ nannte.

Über den Personbegriff (Schmid, 1989; 1991; 1997; 1998a; 2008) und das Verständnis von Begegnung (1994; 1996; 1998b; c; d) als personaler Beziehung, d. h. als Beziehung von Person zu Person, habe ich ein personenzentriertes Verständnis der therapeutischen Beziehung als personaler Begegnung (2001d; 2002b; 2003; 2007a; b) entwickelt und unter anderem die philosophisch-anthropologischen (2001a; b; c; 2002a), erkenntnistheoretischen (2002c; 2004), ethischen (2002d; e; f), politischen (2007c; d), psychopathologischen (2005a; c; d) und therapeutisch-praktischen (2005b; Schmid & Mearns, 2006; Mearns & Schmid, 2006) Konsequenzen der therapeutischen „Kunst der Begegnung“ (Schmid, 1996) erörtert und schließlich beschrieben, dass Personzentrierte Therapie als Entfaltung des schon jeweils vorgängigen und daher stets zugrunde liegenden personalen Dialoges zu verstehen ist (2006).

Man kann heute davon ausgehen, dass das Verständnis von therapeutischer Beziehung als Begegnung als State of the Art und konstitutives Merkmal genuiner Personenzentrierter Therapie angesehen wird (vgl. z. B. Bozarth & Wilkins, 2001; Haugh & Merry, 2001; Wyatt, 2001; Wyatt & Sanders, 2002; Tudor & Worrall, 2006; Cooper, O'Hara, Schmid & Wyatt, 2007) und empirisch fundiert ist (Cooper, 2004b).

In diesem Aufsatz soll in Fortsetzung der genannten Untersuchungen die Natur der therapeutischen Begegnung genauer herausgearbeitet werden, und zwar als dialektischer Prozess des Miteinander und Einander-Gegenüber.

Konfrontation und Austausch als Elemente der Präsenz

Viele traditionelle Formen der Psychotherapie betrachten den Therapeuten als jemanden, dessen Aufgabe es ist, dem Klienten in einer Weise gegenüber zu stehen, dass er – sozusagen von außen – wirkungsvoll den Klienten leiten oder anleiten kann, ihn durch einen Prozess führen, sein Problem analysieren und interpretieren, seine

Einstellungen korrigieren, ihm aus einer Schwierigkeit heraushelfen, dass er ihn beraten kann, ihm helfen, Techniken zu erlernen, mit deren Hilfe er mit beeinträchtigenden Situationen umgehen kann, usw. Für all dies muss der Therapeut den Klienten bzw. sein Problem objektivieren: im wahrsten Sinn des Wortes ihn zum „Objekt“ machen, „sich gegenüber stellen“. Tut er dies nicht, so kann er seiner Aufgabe nicht gerecht werden, weil er in das Problem oder die Beziehung verstrickt wird, sich identifiziert und mitagiert. Der Blick von außen, die Distanz in der Beziehung ist also eine Grundvoraussetzung des Helfens.

Im Gegensatz dazu sieht sich der Personzentrierte Therapeut nicht als Außenstehender, sondern als jemand, der mit dem Klienten von Anfang an durch eine Beziehung verbunden ist und versucht, ihn empathisch, das heißt „von innen her“ zu verstehen, in seine innere Welt einzutreten (Rogers, 1975a/1976). Das bedeutet aber nicht, dass Hilfe im Personzentrierten Ansatz durch eine Beziehung geschieht, die ein bloßes Mit-Betroffensein, ein Berührtwerden vom Erleben des anderen allein bedeutet. Damit wäre Therapie nichts anderes als, grob gesprochen, ein gemeinsames Leiden, Seufzen und Jammern oder auch Sich-Freuen. Mit der näherhin als Begegnung gekennzeichneten Beziehung ist vielmehr eine zweifache Position verbunden: einerseits ist der Therapeut bestrebt, durch seine Empathie in der Innenwelt des Klienten zu Hause zu sein, ihm in solidarischem Erleben verbunden, *als ob* er der andere wäre; andererseits bleibt er auch er selbst, eine vom Klienten unterschiedene Person mit eigenem Erleben, Fühlen und Denken.

Mit dem Begriff der Begegnung als „Betroffenwerden vom Wesen des Gegenüberstehenden“ (Guardini, 1955), als „staunendes Zusammentreffen mit der Wirklichkeit des anderen“ als eines *Anderen* (ebd.), als „Wachgehalten-Werden von einem Rätsel“ (Levinas, 1983, S. 120) ist genau dies ausgedrückt: mit dem Klienten sein und ihm auch gegenüber sein. Miteinander und Einander-Gegenüber ermöglichen dabei einen sich wechselseitig bedingenden dialektischen Prozess: als *Alter Ego und* als *Anderer*. Im Miteinander wird der Klient ohne Bedingungen in seiner Person geschätzt und erlebt sich als jemand, der sich mit Hilfe der Einfühlung des Therapeuten (als seines „anderen Ichs“) immer besser selbst verstehen kann (Innensicht). Im Gegenüber stellt sich der Therapeut als andere, unterschiedene Person, als der Andere (im Sinne der Begegnungsphilosophie) zur Verfügung (Außensicht).

Jedwede Beziehung enthält die Elemente des Miteinander *und* des Gegenüber. In der therapeutischen Beziehung ist dies von besonderer Bedeutung. Psychotherapie würde ja keinen Sinn machen, wenn nicht durch die Beziehung das Element des Anderen (der anderen Person, des anderen Blickwinkels, des anderen Erlebens, der Beziehung zum Anderen usw.) hineinkäme und stattdessen nur das Selbe oder das Gleiche fortgesetzt würde: Der Therapeut wäre ein bloßes Duplikat des Klienten. Beziehungsorientierte Psychotherapie ist ja erst dadurch möglich und lebt ja gerade davon, dass wir einander einerseits verstehen können, weil wir einander ähnlich

sind (sonst könnte man gar nichts therapeutisch Konstruktives miteinander anfangen), und einander andererseits nicht restlos verstehen können, weil wir bei aller Ähnlichkeit verschieden sind (sonst könnte man einander einfach sagen, was zu tun ist). Es lässt sich genau genommen sagen, dass wir einander ebenso gleichen („nicht Menschliches ist uns fremd“) wie wir andererseits von Grund auf einander fremd sind (und „ein ewiges Rätsel bleiben“).

Nach dem personzentrierten Verständnis ist der Therapeut also nicht nur *Alter Ego*, ein anderes *Ich*, verschieden vom Klienten, sondern eine andere *Person*. Was das Personzentrierte im Besonderen kennzeichnet, ist, dass die andere Person (der Therapeut) nicht nur ein Spiegel für den Klienten ist und damit nur als ein anderes Ich oder Selbst (des Klienten) auftritt, sondern sich tatsächlich als eine andere Person ins Spiel bringt – als Person in ihrer substanzialen (eigenständigen) und ihrer relationalen (Beziehungs-) Dimension (Schmid, 1991; 1997; 1998d; 2007b). *Alter-Ego-Position und* Gegenüber in der Begegnung *zusammen* machen in ihrem dialektischen Wechselspiel die einzigartige Qualität des Personzentrierten Ansatzes aus. Während die Dimension des Miteinander-Seins im Personzentrierten Ansatz recht gut beschrieben und untersucht ist (da sie aus Gründen der Abgrenzung von diagnostizierenden Ansätzen auch der besonderen Betonung und Klärung bedurfte), trifft dies für das Einander-Gegenübersein keinesfalls zu. Daher liegt in diesem Aufsatz der Schwerpunkt darauf.

Damit ist ein bipolares (bzw., wenn man an die Gruppe denkt, ein multipolares) Psychotherapiemodell entwickelt worden und mit dem Personzentrierten Ansatz untrennbar verbunden, das eine eindimensionale, simpler Kausalität verpflichtete Vorstellung weit hinter sich gelassen hat. („Das Verhalten des Therapeuten – die ‚Therapeutenvariablen‘ – bewirkt etwas beim Klienten.“). Das hat sich bereits in Rogers' Entwicklung von der Beschreibung des nicht-direktiven Therapeutenverhaltens hin zur Beschreibung der Therapie als Begegnungserfahrung abgezeichnet und wurde seither konsequent weiter entfaltet und besser verstanden. Das durch die Fundierung in der Ethik, der Phänomenologie und der Begegnungsphilosophie solcherart entstandene, für die Psychotherapie einzigartige Beziehungsverständnis ist zusammen mit dem Axiom des Aktualisierungsprozesses (Schmid, 2008) der Kern des Personzentrierten Ansatzes (Rogers, 1962a/1977: „the core of guidance“ – „das tragende Element in der Therapie“) und gleichzeitig jene Menschensicht und Handlungseinstellung, die ihn von allen anderen Ansätzen unterscheidet.

Die Gegen-Position in der Begeg(e)n-ung bedeutet, dass Therapie nicht nur heißt, dem Klienten zu folgen, ihm zur Seite zu stehen und, Hand in Hand, in dieselbe Richtung zu schauen und sich in dieselbe Richtung zu bewegen, sondern auch, ihn anzublicken und ihm ins Gesicht zu schauen, „von Angesicht zu Angesicht (face to face)“. Therapeutische Begegnung heißt dann nicht nur, berührt zu werden, sondern auch zu berühren. Jemandem wirklich zu begegnen, heißt nicht nur, mit einer Person zu sein, sondern ihr auch

gegenüber zu sein. Personzentrierte Psychotherapie ist nicht nur Verstehen, sondern auch Nicht-Verstehen; nicht nur Einigkeit, sondern auch Verschiedenheit; nicht nur Zustimmung, sondern auch Anfrage; nicht nur Nicken, sondern auch Kopfschütteln. Personzentrierte Psychotherapie und Beratung ist nicht nur Unterstützung und Förderung („*facilitation*“), sie ist auch Forderung und Herausforderung.⁵ Mit einem Wort: Konfrontation ist ein wesentlicher Teil *Personzentrierter Psychotherapie und Beratung*. Und erst so wird sie ihrer Natur als Dialog gerecht (zum Verständnis der Therapie als vorgängiger Dialog siehe Schmid, 2006).

Der Therapeut als der Andere des Klienten

Von allem Anfang an war Personzentrierte Psychotherapie in der Idee begründet, dass der Therapeut der Andere des Klienten ist, was bedeutet, dass der Therapeut nicht davon ausgehen kann, dass er die andere Person (den Klienten) kennt und versteht. Er ist vielmehr in einer Situation, in der er sich ständig zeigen lässt, was dem Klienten wichtig ist und was dieser verstanden haben will, sich also ständig auf Neues einlassen, sich überraschen lassen und Neues lernen muss – über den Klienten und sich selbst. Dieses Verständnis der Therapie als „Kunst des Nicht-Wissens“ wurde des Öfteren beschrieben (z. B. Schmid 2001b; 2002c; 2004; 2005c). Es ist für das Verständnis der Natur der Personzentrierten Therapie wichtig, sich dessen bewusst zu sein, dass das auch andersherum gilt: Wie der Klient der Andere des Therapeuten und für den Therapeuten ist, ist der Therapeut der Andere für den Klienten und des Klienten. Und das bedeutet, dass der Klient durch die Begegnung mit dem Therapeuten sich entwickelt und über sich Neues lernt.

Konsequenterweise ist es die Aufgabe des Therapeuten, die Person zu sein, die er ist. Es ist das, worauf es bei der Kongruenz im Kern ankommt: die Herausforderung der Authentizität, d. h. nicht der zu sein, als der einen der Klient gern hätte oder zu dem er einen in der Inszenierung der Beziehung „macht“ (indem er „Regie führt“), sondern die Person, die man „wirklich“ (echt, authentisch, aufrichtig, genuin) in dieser Beziehung ist. Es ist die Herausforderung, nicht „nachzugeben“ und dem Klienten die Konfrontation mit „dem Anderen“ zu ersparen, nicht das Objekt dessen zu werden, wie der Klient die Beziehung anlegt, „designt“, in Szene setzt. Es geht darum, nicht vom Klienten dazu verwendet zu werden, die Begegnung zu vermeiden, indem allfällig zugewiesene Rollen übernommen werden.⁶ Im Gegenteil: Es kommt darauf an, als *Person* standzuhalten,

5 Im wahrsten Sinn des Wortes „Herausforderung“, aus dem alten Selbst nämlich.

6 Das heißt natürlich nicht, dass das Beziehungsangebot des Klienten nicht ernst genommen oder dass eine bestimmte Art von Beziehung vom Therapeuten „hergestellt“ werden soll. Im Gegenteil: Es geht gerade darum zu verstehen und zu akzeptieren, wie der Klient die Beziehung gestalten möchte – was aber etwas anderes ist, als diesen Wünschen auch nachzukommen und sich der Rolle gemäß zu verhalten, die dem Therapeuten vom Klienten „zugeteilt“ wird.

„Stand zu halten“ und sich dem Klienten als *Person* zuzuwenden.⁷

Im Folgenden soll dies phänomenologisch näher untersucht werden. Dabei kann auch die Bedeutung von „Gegenwärtigkeit (Präsenz)“ und „Dialog“ tiefgehender verstanden werden. Was passiert in einer solcherart „konfrontierenden“ Beziehung? Was genau geht im Therapeuten und im Klienten dabei vor? Es ist ja selbstverständlich, dass nicht jede Art von Konfrontation hilfreich ist (wie nicht jede Art von Liebe, Zuneigung und Mitgefühl hilfreich ist). Die entscheidende Frage lautet daher: Was bedeutet – von einem personenzentrierten Standpunkt aus – therapeutische Konfrontation? Was sind die Kriterien *personenzentrierter* Konfrontation? Anders ausgedrückt: Was heißt das „Gegen“ in „Begegnung“?

Resonanz und ihre Erscheinungsformen

Durch Selbstaufmerksamkeit, d. h. Achtsamkeit darauf, was in ihm selbst vorgeht, wird der Therapeut sich des jeweils unmittelbar gegenwärtigen Stroms seines eigenen Erlebens (experiencing) bewusst. Was er erlebt, ist Resonanz auf die Welt des Klienten und/oder seine eigene Welt. Resonanz (vom lateinischen „re-sonare“, d. h. „wieder ertönen, widerhallen, mitschwingen, mittönen“) meint dabei das Echo, das im Therapeuten in der und durch die Beziehung ausgelöst wird.⁸

Menschen resonieren in verschiedener Weise auf sich selbst, auf ihre Mitmenschen und auf ihre Umgebung. Dabei handelt es sich immer um eine Erfahrung, in der sich gemischt widerspiegelt, was von „außen“ und was von „innen“ (aus dem Erlebenden selbst) kommt. Für den Therapeuten ist es wichtig, die verschiedenen Quellen, auf die das eigene Erleben eine Resonanz darstellt, auseinanderhalten zu können. Obwohl sich alle Formen der Resonanz vermischen können und in der Realität auch meist vermischt und höchst selten sauber getrennt vorkommen und obwohl in jeder empathischen Reaktion ein impliziter Prozess des Vergleichens und Wiedererkennens stattfindet, kann man verschiedene Formen der Resonanz deutlich unterscheiden.

Was im Therapeuten ein Echo auslöst, kann sehr wohl aus seiner eigenen Welt kommen: *Selbstresonanz* hat mit den eigenen Erfahrungen zu tun. *Empathische Resonanz* hat im Gegensatz dazu mit den Erfahrungen des Klienten zu tun; sie entsteht, wenn der

Therapeut im Bezugsrahmen des Klienten ist. Empathische Resonanz kann *konkordant* oder *komplementär* sein. Um *personale (oder dialogische) Resonanz* hingegen handelt es sich, wenn sie ihren Ursprung in beiden bzw. in der Beziehung hat; ein solcher Prozess des Mitschwingens lässt sich deutlich von den beiden anderen unterscheiden.

Selbstresonanz

Der Widerhall auf die eigenen Gefühle, Gedanken, Ideen, Ängste, Wünsche usw. des Therapeuten ist Selbst-Resonanz, Echo auf das Selbst.⁹ Selbstverständlich kann nicht ausbleiben, dass in einem therapeutischen Prozess eigenes Erleben des Therapeuten angesprochen und zum Klingen gebracht wird. Ist sich der Therapeut dessen nicht bewusst, führt die Selbstresonanz dazu, dass der Therapeut den Klienten (unwissentlich) dazu benützt, nur scheinbar über das Erleben des Klienten zu sprechen, während er in Wahrheit von sich selbst und seinem eigenen Erleben redet.

Am Beispiel einer kurzen Interaktion soll das verdeutlicht werden.

Klientin: Soll ich ihn lieb haben oder hassen? Ich weiß nicht, ich bin verwirrt ...

Therapeutin (denkt an die eigene Partnerschaft): Gute Frage. Man kann nie wissen ...

Therapeuten sollten sich ihrer Selbstresonanz soweit wie möglich bewusst sein. Das kann durch Ausbildung und Supervision gelernt und weiter entwickelt werden. Unreflektierte Selbstresonanz führt jedenfalls dazu, dass der Therapeut mit sich selbst beschäftigt ist. Verantwortungsbewusster Umgang mit solchem, dem eigenen Selbst entspringenden Erleben kann nur sein, diese Resonanz wahrzunehmen, aber für den Moment zur Seite zu stellen und ihr nachher in der Beschäftigung mit sich selbst, etwa in der Supervision, näher nachzugehen. (Natürlich kann eigenes Erleben auch als Grundlage dafür dienen, das Erleben des anderen besser zu verstehen; dazu ist es jedoch nötig, das eigene von dem des anderen sorgfältig auseinanderzuhalten.¹⁰)

Konkordante empathische Resonanz

Was traditionellerweise unter Empathie verstanden wird, ist konkordante empathische Resonanz: sorgfältige Symbolisierung des Erlebens des Klienten aus dessen Bezugsrahmen, wobei das immer zutreffendere Symbolisieren des Klienten gefördert wird.

Kl: Soll ich ihn lieb haben oder hassen? Ich weiß nicht, ich bin verwirrt ...

Th (spürt vor allem die Verwirrung der Klientin): Ihre Gefühle sind ambivalent. Einerseits mögen Sie ihn sehr, andererseits sind Sie sehr verletzt und böse auf ihn. Und das auch noch gleichzeitig ...

7 Eine ausgezeichnete (und humorvolle) Beschreibung der Bedeutung, in der Rolle zu *sein* und nicht „ein Theater zu machen“, gibt Sheldon Kopp (1982).

8 Der Begriff der „Resonanz“ wurde gelegentlich schon im personenzentrierten und experienziellen Bereich verwendet, zum Teil mit anderen Bedeutungen: Barrett-Lennard hat in einer Reihe von Artikeln über dem empathischen Prozess (1981; 1993; 1997; 1998; 2003, S. 34–50) von „resonation“ gesprochen. Vanaerschot (1997) hat „empathic resonance“ als Quelle erfahrungssteigernder Interventionen untersucht. Jordan (1997) hat Selbstempathie und wechselseitige Empathie diskutiert, Behr (2002; 2003) das Konzept der „interaktiven Resonanz“ in der Arbeit mit Kindern entwickelt, und Wiltschko (2003) hat „Resonanz“ im Rahmen der Focusing-orientierten Therapie beschrieben.

9 Vgl. Barrett-Lennards (1997) Erläuterung von Selbstempathie.

10 Vgl. dazu Mearns' Konzept des „Brücken Bauens“ (Mearns & Schmid, 2006).

Das ist klassische Empathie. Der Therapeut versucht, so genau wie möglich, mit dem Prozess des Erlebens beim Klienten mitzugehen. Er ist dabei mit diesem Erleben konkordant, in Übereinstimmung.

Empathie symbolisiert bekanntermaßen nicht nur das dem Bewusstsein bereits Offensichtliche, sie versucht vielmehr zu erfassen, was der Klient am Rande des Bewusstseins eröffnet, was er zeigt, auch wenn es ihm selbst nicht deutlich gewahr ist. In der therapeutischen Begegnung kann empathische Resonanz durchaus dazu führen, dass der Therapeut sozusagen anstelle des Klienten spricht, indem er verbalisiert, was dieser von sich zeigt und damit dem Therapeuten und sich selbst zu verstehen gibt. Mit anderen Worten: der Therapeut spricht, *als ob* er der Klient wäre.

Rogers (1984f) hat darauf Bezug genommen, wenn er schreibt: „Das Band ist so eng, dass eine Person für die andere sprechen kann“ und hinzufügt: „Ich glaube wirklich, dass dies die besten oder tiefsten Momente der Therapie sind oder jene, die sich am meisten lohnen“ (S. 22; Übers. pfs). Bei anderer Gelegenheit spricht er davon, ein „nahezu ektoplasmisches Band“ (1987i, S. 39) zu spüren.

Komplementäre empathische Resonanz

Empathische Resonanz kann auch komplementär sein, d. h. die Symbolisierung des Klienten ergänzen oder erweitern. Oft kommt dies vor, wenn non- oder paraverbal vom Klienten mehr oder gar anderes zum Ausdruck gebracht wird als mit den Worten, die er gebraucht; dann bedarf die Verbalisierung einer Ergänzung, um so genau wie möglich zu symbolisieren. Die Wertschätzung und Empathie des Klienten umfasst nicht nur das ganz Offensichtliche, sondern auch das Gezeigte, aber Unausgesprochene und möglicherweise Nicht-ganz-Bewusste. Damit wird auch die Ebene dessen einbezogen, was der Klient von sich offenbart und zeigt, aber noch nicht imstande ist, von sich aus alleine zu symbolisieren.

Dabei konfrontiert der Therapeut den Klienten mit einer anderen Seite von ihm. „Kon-front-ation“ bedeutet wörtlich, jemandem die Stirn („frons“) zu bieten, heißt also, etwas gegenüberzustellen. Konfrontation bedeutet hier, dem Klienten wiederzugeben, was er zwar gezeigt hat, aber offenbar nicht ganz selbst wahrgenommen hat. Die konfrontierenden Äußerungen des Therapeuten komplementieren die Äußerungen des Klienten.

*Kl (mit einem Gesichtsausdruck, der zeigt, dass er diese Frage leid ist): Soll ich ihn lieb haben oder hassen? Ich weiß nicht, ich bin verwirrt ...
Th (spürt vor allem, wie sehr der Klient dieser Auseinandersetzung überdrüssig ist): ... oder ihn sogar überhaupt vergessen?*

Ein anderes Beispiel:

*Kl (zögernd, mit einem fast zufriedenen Unterton): Naja, mir tut der arme Kerl ja leid ...
Th: Sie finden schade, was da passiert ist, aber irgendwie denken Sie auch: „Geschieht ihm schon recht ...“?*

Während in diesem Fall Aussage und Ton kontrastieren und dieses kontrastierende Erleben vom Therapeuten angesprochen wird, zeigt die folgende Interaktion die Verlagerung des Fokus der Selbstbewertung.

*Kl (übertrieben betont): Das ist mir aber wirklich gleichgültig!
Th: Es wäre schön, wenn Sie sich nicht länger damit abgeben müssten.*

Das ist, was man hergebrachterweise von einem Personenzentrierten Therapeuten erwarten darf. Komplementäre empathische Resonanz dient als Indikator für unvollständige Symbolisierung und konfrontiert daher den Klienten mit dem Teil seines Erlebens, das er zeigt, aber nicht selbst adäquat symbolisiert.

Konfrontation meint hier Anerkennung und empathische Kommunikation der komplementären empathischen Resonanz. Es ist eine Art von Feedback für den Klienten darüber, was der Therapeut „anstelle des Klienten“ spürt. Dabei wird davon ausgegangen, dass es der Klient ist, der als Agent der Persönlichkeitsentwicklung (Bohart, 2004; 2007; Bohart & Tallmann, 1999) den Therapeuten „informiert“, d. h. in Form bringt ihn zu verstehen und herausfordert, das Risiko dieser Kommunikation einzugehen (Schmid, 2005a).

Personale oder dialogische Resonanz

Aber es gibt noch mehr. Während Selbstresonanz ihren Ursprung im Erleben des Therapeuten hat und empathische Resonanz auf Erleben des Klienten resoniert, kommt personale (oder dialogische) Resonanz nicht aus dem einen oder dem anderen allein; sie kommt aus beiden, aus dem „Zwischen“ im Sinne Bubers (1962/63), aus der Begegnung, aus der Beziehung von Person zu Person.

Mit personaler Resonanz nimmt der Therapeut die Position des Anderen in der Beziehung ein; sie ist eine Konfrontation des Klienten mit dem Therapeuten als Person.

Personale Resonanz ist immer Koresonanz, d. h. Resonanz auf das Erleben beider in der Beziehung. Sie führt zu wechselseitigem *Austausch* von Erleben, zum Ausdruck des je schon vorgängigen Dialogs, den eine personenzentrierte Therapie darstellt (Schmid, 2006). Dieser Ausdruck von Dialog ist charakterisiert durch die Eröffnung der personalen Resonanz auf das vom jeweils Anderen Gezeigte und Geäußerte. Es handelt sich um *personale* Resonanz, weil sich der Therapeut selbst als Person zeigt und Persönliches von sich einbringt, seine Gefühle, Wünsche, Hoffnungen, Befürchtungen, was immer.

Personale Resonanz stützt sich auf Selbstresonanz und empathische Resonanz, aber sie betont das Erleben des Therapeuten in der Beziehung zum Klienten, ihm „gegenüber“. Ihr ist eine stärker symmetrische Qualität als den anderen Formen von Resonanz eigen. Barrett-Lennard (1998, S. 360) spricht von „genauem Zuhören und sorgfältiger Aufmerksamkeit auf den anderen, während auch die eigenen Gedanken und Gefühle ausgedrückt werden“. Weil sie Ausdruck der dialogischen Qualität einer solchen Beziehung ist, der Haltung des Ant-Wortens auf den An-Spruch des Anderen (Schmid,

2002e), kann sie auch zutreffend *dialogische* Resonanz genannt werden.

Kl: Soll ich ihn lieb haben oder hassen? Ich weiß nicht, ich bin verwirrt ...

Th (persönlich betroffen von der Verwirrung der Klientin): ... wenn ich das höre, wird mir klar, wie sehr ich mir wünsche, dass es Ihnen gelingt, diesmal die richtige Entscheidung zu treffen.

Diese Antwort bezieht sich nur auf das Erleben des Klienten und bringt auch nicht einfach eigene Erfahrungen oder eigenes Erleben des Therapeuten hinein. Hier geht es nicht darum, die eigene Geschichte oder eigene „Geschichten“ anlässlich der Geschichte des Klienten zu erzählen. Was Klient und Therapeut hier teilen, ist eine gemeinsam entwickelte (kokreierte) Weise aufeinander zu schauen – mit dem Fokus auf dem Klienten (ohne den es keine Therapie mehr wäre). Es ist wechselseitig, wirklich „inter-subjektiv“, wahrhaftige „Be-geg(e)n-ung“, Ausdruck von beidseitiger Verbundenheit. Klient und Therapeut stehen vor einer Situation, deren existenzielle Qualität beide erfahren. Vonseiten des Therapeuten handelt es sich um Präsenz, wie oben beschrieben: eine existenzielle Haltung des un-Mittel-baren Gegenwärtigsein – eine Weise, mit dem anderen zu sein („a way of being with“) und sich zu verhalten, die die Selbst-aufmerksamkeit ganz in den Dienst des Anderen stellt.

Personale oder dialogische Resonanz als Resonanz auf das „Wir“ der Klient-Therapeut-Dyade ist als Reaktion des Therapeuten (und vielleicht auch des Klienten) auf die dialogische Natur der Beziehung zu sehen, die mehr und mehr hervortritt, zum Ausdruck kommt. Wenn der Klient willens und „bereit“ ist für wechselseitigen Austausch, kann eine solche Antwort der Beginn eines zeitweiligen oder andauernden expliziten Dialogs in der Therapie sein. Es ist jedenfalls ein Angebot, sich auf diese Ebene einzulassen.¹¹

Im Folgenden ein Auszug aus der Therapie Rogers' mit Mr. Vac¹² im Original (Rogers n.d.b).

Th: Do you want to see me next Tuesday at eleven?

Cl: Don't know.

Th: 'I just don't know.'

(Silence of 49 seconds)

Th: Right at this point you just don't know ... whether you want to say 'yes' to that or not, huh? ... I guess you feel so down and so awful that you just don't know whether you can ... see that far ahead. Huh?

(Silence of 1 minute 20 seconds)

Th: I'm going to give you an appointment at that time because I'd sure like to see you then. (Writing an appointment slip.)¹³

11 Mearns und Cooper (2005) sprechen hier von „relational depth“ („tiefgehender Beziehung“).

12 Codename für Jim Brown.

13 *Th:* Möchten Sie nächsten Dienstag um 11 Uhr zu mir kommen?

Kl: Ich weiß nicht.

Th: „Sie wissen's einfach nicht.“

(49 Sekunden Schweigen.)

Th: Momentan wissen Sie es einfach nicht ... ob Sie dazu ja sagen sollen oder nicht, ha? ... Ich nehme an, Sie fühlen sich so niedergeschlagen und es geht Ihnen

Ein anderes Beispiel aus einer Therapie von Dave Mearns mit Dominic, einem Alkoholiker, mit dem die Vereinbarung bestand, dass er auch dann in die Therapie kommen durfte, wenn er getrunken hatte (Mearns & Thorne, 2005, 71–97). Der Auszug beginnt damit, dass der Klient es vermeidet, auf eine heikle Frage zu antworten, die er sich selbst gestellt hatte,

Cl: Big question – maybe I need another vodka before I can answer that.

Th: Dom – be here – be here *drunk* – but don't play fucking games with me. Neither I nor you deserve that.

Cl (after a silence): You're really serious about this, aren't you?¹⁴

Bei all diesen Beispielen ist es wichtig, ihre Einbettung in den Kontext der Beziehung zu sehen, die diese Interaktionen hervorbringt. Es handelt sich dabei nicht um Mustervorlagen oder Modelle, die in andere Beziehungen übertragen werden können.

Wie der letzte Gesprächsauszug zeigt, bedeuten Konfrontation, Austausch und Dialog nicht notwendigerweise den Austausch von freundlichen oder angenehmen Dingen; es handelt sich dabei nicht unbedingt um Sachen, die der Klient gerne hören will. Ein Therapeut kann seinen Klienten mit gar nicht „netten“ Gefühlen konfrontieren oder ihm sagen, dass er sich langweilt. Therapeuten können der Ansicht von Klienten widersprechen oder deren Interpretationen von Erfahrungen. Therapeuten können Klienten mit dem Prozess konfrontieren, der in ihnen selbst gerade abläuft. Ein Klient kann sogar mit der Angst des Therapeuten konfrontiert werden oder damit, dass der Therapeut seinen Worten nicht glaubt, oder er kann mit den Werthaltungen des Therapeuten konfrontiert werden, die von denen des Klienten verschieden sind.

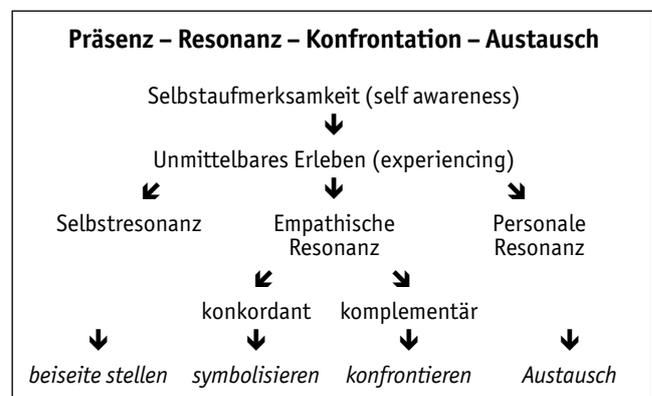


Abb.: Übersicht über die verschiedenen Formen von Resonanz und den personenzentrierten Umgang damit.

so schlecht, dass Sie einfach nicht wissen, ob Sie ... so weit voraus planen können. Ha?

(1 Minute und 20 Sekunden Schweigen.)

Th: Ich schreibe Ihnen jetzt einen Schein für diesen Termin, weil ich mir sicher bin, dass *ich Sie* dann treffen will. (Schreibt den Schein.)

14 *Kl:* Gute Frage – vielleicht brauch ich da noch einen Wodka, bevor ich das beantworten kann.

Th: Dom – sei da – von mir aus sei *betrunken* da – aber spiel keine Scheißspiele mit mir. Weder ich noch du verdien das.

Kl (nach einiger Zeit): Du meinst das wirklich ernst, oder?

Konfrontation und Austausch können viele verschiedene Ausdrucksformen annehmen. Spätestens an diesem Punkt wird deutlich, wie wichtig es ist, Kriterien zu haben, an denen abzulesen ist, wann Konfrontation und Austausch personenzentriert sind und wann nicht, also ob es sich bei dem, was da geschieht, immer noch um Therapie handelt.

Was Konfrontation und Austausch nicht sind

Es versteht sich wohl von selbst, dass Konfrontation und Austausch nichts mit jenem *Expertenverhalten* zu tun haben, das direkt oder indirekt zum Ausdruck bringt, dass der Therapeut den Klienten besser versteht oder kennt als dieser sich selbst. Sie haben auch nichts mit *Prozessdirektivität* (*process direction, process guidance*) zu tun, die dem Klienten eine bestimmte Form oder Richtung der Bearbeitung seines Erlebens und des Materials empfiehlt, das ihn beschäftigt, gleich, ob es sich um eine direkte Anweisung oder einen subtilen Vorschlag handelt. Wovon hier die Rede ist, hat nichts mit *Diagnose* zu tun (vgl. Schmid, 2004; 2005c). Natürlich sind Konfrontation und Austausch auch nicht dazu da, eigene *Bedürfnisse des Therapeuten zu befriedigen*, die von außerhalb der therapeutischen Beziehung stammen, denn das eigene Bedürfnis des Therapeuten nach Kontakt und Begegnung muss natürlich vom therapeutischen Angebot sorgfältig auseinandergelassen werden. Und schon gar nicht dürfen sie mit *Beschuldigungen, Vorwürfe Machen*, mit *Unterstellungen* oder einer *Attacke auf den Selbstschutz* des Klienten (vgl. Rogers 1971a, S. 551–552) verwechselt werden (etwa um ihn auf „Widerstand“ bzw. „Rechtfertigung“ oder „Rationalisierung“ aufmerksam zu machen). Dasselbe gilt für unhöfliches oder unsensibles Verhalten.

Besonders wichtig scheint es mir zu betonen, dass Konfrontation und Austausch auch grundsätzlich verschieden von sogenannten *„Selbstöffnung“* (*self disclosure*; u.a. Carkhuff, 1969) sind. Dies gilt vor allem auch in der üblichen, weit verbreiteten Bedeutung in ihrem Gebrauch (oder richtiger: Missbrauch) unter dem Motto, dass Kongruenz alles rechtfertigt: „Alles ist erlaubt, solange es nur kongruent ist.“ Hier wird Kongruenz mit Gedankenlosigkeit, Mangel an Empathie und Selbstdarstellung verwechselt; das reicht bis hin zu Egoismus oder gar Grobheit und zu Missbrauch.

Kriterien für personenzentrierte Konfrontation und personenzentrierten Austausch

Das umfassende Kriterium lautet: Was immer der Therapeut tut, es dient ausschließlich zur Unterstützung und Förderung des Klienten. Das bedeutet, dass er seine *gesamte Aufmerksamkeit in den Dienst des Anderen* stellt. Das beinhaltet die Aufmerksamkeit auf das Selbst (Selbstachtsamkeit) und die Beziehung, auf alles, dessen

er sich bewusst ist. Dieses generelle Kriterium kommt in einer Reihe von einzelnen Merkmalen zum Ausdruck, die im Folgenden kurz beschrieben werden. Sie stellen jeweils Prüfsteine dar, die unterscheiden helfen, ob es sich bei Interaktionen, in denen es um Konfrontation und Austausch geht, um *klientenzentriertes* oder um *therapeutenzentriertes* Vorgehen handelt.

Existenzialität

Auf der Begegnungsebene geht es um Berührtwerden und Berührung.¹⁵ Existenzialität bezeichnet eine personale Qualität, die mit bedeutsamen Erfahrungen und deren Interpretation zu tun hat. Solcher Austausch kann niemals „gemacht“ oder „produziert“ werden; er entsteht daraus, auf einer personalen Ebene berührt worden zu sein und der Bereitschaft, dies mitzuteilen.

Wahlfreiheit

Der Therapeut kann die Beziehungsebene zum Klienten frei wählen. Er kann eine existenzielle Ebene wählen oder eine andere, weniger tief gehende (vgl. Mearns, 1996, S. 308; Schneider & May, 1995). Er fühlt sich nicht gezwungen, sich selbst ins Spiel zu bringen, sondern kann sich dazu oder anders in Freiheit entscheiden. Er hat mehr als eine Möglichkeit, die Beziehung fortzusetzen. Obwohl der Augenblick des Berührtwerdens niemals absichtsvoll bestimmt werden kann, wird der Weg, in der Begegnung weiterzugehen, gewählt.

Unmittelbarkeit

Begegnung ist das gerade Gegenteil von vorbestimmten Techniken, aus einem Repertoire ausgewählten Methoden und trainierten Fertigkeiten („Skills“). Wahrhafter Austausch geschieht un-Mittel-bar, ohne Mittel. Wie Austausch und Dialog ist auch Unmittelbarkeit ein Prozess, wie Martin Buber (1923, S. 78–79) festgehalten hat: „Alles Mittel ist Hindernis. Nur, wo alles Mittel zerfallen ist, geschieht Begegnung.“ (vgl. Schmid 1994; 2002a).¹⁶

Beziehungsorientierung

Die Kommunikation in der Begegnung sagt immer, mehr oder weniger direkt, etwas über die Beziehung der einander Begegnenden aus. Der Therapeut kommuniziert dabei auch stets, explizit oder implizit, wie er die Beziehung mit dem Klienten versteht. Das kann beispielsweise sein persönliches Gefühl dem Klienten gegenüber sein, das durch dessen Äußerungen hervorgerufen wird, oder die

¹⁵ Etymologisch bedeutet „Kon-takt“ gemeinsames Berühren (Schmid, 2002a),

¹⁶ Ich stimme im Übrigen mit Mearns & Cooper (2005) darin überein, dass Personen auf der Ebene der Begegnung nicht lügen können.

persönliche Wertschätzung der Person des Klienten oder sein tiefes empathisches Verstehen, das er dadurch zum Ausdruck bringt, dass er von einer vergleichbaren Erfahrung von sich selbst erzählt.

Wechselseitigkeit

Wie bereits erwähnt, macht die Kommunikation des Therapeuten Wechselseitigkeit möglich, wenn der Klient auf diese Art und Weise des Gesprächs einsteigen möchte. Was der Therapeut sagt, kann dann eine Einladung sein (weder eine Verpflichtung noch ein Drängen), auf derselben Ebene zu antworten. So kann echter Austausch entstehen, wenn der Klient sich dafür entscheiden möchte.

Risikobereitschaft

Im Modus der Begegnung gibt es immer ein Risiko (berührt zu werden, überrascht, verletzt, geliebt zu werden usw.). Wie jede personale Beziehung schließt Psychotherapie als Begegnung die Möglichkeit ein, missverstanden zu werden, gekränkt, zurückgestoßen oder nicht beachtet. Das gilt für den Therapeuten, aber auch für den Klienten.

Spontaneität

Begegnung und Austausch geschehen ohne Berechnung, absichtslos, ohne „Um zu“ – sie können also niemals „eingesetzt“, „gebraucht“ werden. Sie sind durch eine prinzipielle Nichtdirektivität gekennzeichnet bzw., um einen positiven Ausdruck zu gebrauchen, durch „facilitative responsiveness“ (Schmid, 2005), eine Haltung der Bereitschaft, sich einzulassen und präsent und dadurch förderlich zu sein. Sie sind Antwort auf die gegebene Situation. Sie beruhen auf der Überzeugung, dass es immer der jeweilige Augenblick ist, welcher den Ursprung für Veränderung, Entwicklung und Entscheidung darstellt – was die kairotische Qualität der Begegnung ausmacht (vgl. Schmid 1994; 2003).

Bezugnahme auf alle Teile des Selbst

Austausch in der Begegnung ist niemals ständig nur auf einen Aspekt gerichtet. Er bedeutet, sich auf alle Anteile des Selbst der anderen Person (Mearns, 1999) zu beziehen – seien sie offensichtlich oder nur gespürt –, wenn das auch normalerweise nicht gleichzeitig geschieht.

Koreflexivität

Da hier von personaler, nicht von naiver Begegnung die Rede ist (vgl. Schmid, 2004, S. 121–122), umfasst die Beziehung auch die gemeinsame Reflexion der Beziehung. Daher ist Koreflexion (Meta-kommunikation) ein wesentlicher Teil der Begegnung. Das bedeutet,

sich über den Austausch innerhalb der Beziehung auszutauschen: Therapeut und Klient reflektieren gemeinsam ihre Beziehung.

Qualität

Intensität ist *kein* Kriterium dafür, ob es sich um personale Konfrontation oder personalen Austausch handelt. Der Unterschied ist qualitativer, nicht quantitativer Natur. Konfrontation und Austausch können sehr unspektakulär sein. Einem Klienten zu begegnen, heißt, ihn *in* seinem Erleben, bildlich gesprochen: innerhalb seines Erlebens, zu berühren (und nicht von außen darauf zu schauen oder den Klienten darauf „zu stoßen“) – das ist das Kriterium, nicht die Intensität (vgl. a. Mearns, 1996, S. 309).

Kontextualität

So wertvoll und kostbar und für viele vielleicht selten sie auch sein mögen, die Phänomene und Prozesse, von denen hier die Rede ist, geschehen innerhalb der Welt, nicht außerhalb. Es ist äußerst wichtig, den Kontext der jeweiligen Beziehung zu beachten. Persönliche Worte mögen für einen bestimmten Klienten und/oder in einer bestimmten Situation das eine bedeuten und etwas anderes für einen anderen bzw. in einer anderen Situation. Das heißt, sich dessen bewusst zu sein, wer sonst noch zuhört oder beteiligt ist. Zum Beispiel ist es in Gruppen sehr wichtig, auf die Tatsache zu achten, dass eine mit einer bestimmten Äußerung angesprochene Person diese so verstehen mag, wie sie gemeint war, während jemand anderer, der zuhört und scheinbar gar nicht beteiligt ist, sich angesprochen fühlen und verletzt werden kann oder es in die falsche Kehle bekommt. Auf den Kontext zu achten, bedeutet, auf den Mikrokosmos der Therapie (Barrett-Lennard, 2005), auf das Beziehungsleben des Klienten außerhalb der Therapie und auf die umfassenderen sozio-ökonomischen und kulturellen Verhältnisse zu achten.

Bewusstsein über die Machtverhältnisse

Zu guter Letzt, aber keineswegs am wenigsten wichtig, ist es eine unabdingbare ethische Aufgabe bei Konfrontation und Austausch in Therapie und Beratung, bewusst und sorgfältig mit den jeweiligen Machtverhältnissen umzugehen, die die therapeutische Situation darstellt. Besonders auf der Ebene der Begegnung können Klienten sehr verletzlich sein, und es kann zum Machtmissbrauch kommen, auch wenn er keineswegs beabsichtigt ist. Der Therapeut muss sich darüber im Klaren sein, dass Therapie in jeder Situation ausnahmslos für den Klienten da ist, und deshalb die Beziehung stets sorgfältig reflektieren – in der Therapie selbst (teilweise zusammen mit dem Klienten), wie gerade erwähnt, und außerhalb der Therapie (üblicherweise in der Supervision). Wenn der Therapeut das verabsäumt, kann er allzu leicht Interesse mit Neugier, Berührtsein mit Eigentherapie, Konfrontation mit Korrektur, Mitteilen und

Anteilnehmen mit Anweisungen, mit einem Wort: Begegnung mit Missbrauch verwechseln.

Zum Abschluss sei nochmals betont, dass all dies nichts als verschiedene Aspekte ein und derselben grundsätzlichen Haltung sind, nämlich die eigene Aufmerksamkeit voll in den Dienst des Klienten zu stellen.

Zusammenfassung

Dem Klienten „gegenüber“ zu sein, ihn zu „konfrontieren“, ist ebenso ein wichtiger Bestandteil wahrhaft Personzentrierter Psychotherapie und Beratung, wie „mit“ dem Klienten zu sein. Es ermöglicht Begegnung aus der Haltung der Präsenz und ist Ausdruck des zugrundeliegenden Dialogs sowie Voraussetzung für authentischen, personalen Austausch. Die verschiedenen Formen der Resonanz des Therapeuten auf den Klienten und mit dem Klienten wurden beschrieben und Kriterien wurden angeführt, wann Konfrontation und Austausch einer personzentrierten Haltung entsprechen und wann nicht.

Literatur

- Barrett-Lennard, G. T. (1981). The empathy cycle. *Journal of Counseling Psychology, 28*, 91–100.
- Barrett-Lennard, G. T. (1993). The phases and focus of empathy. *British Journal of Medical Psychology, 66*, 1, 3–14.
- Barrett-Lennard, G. T. (1997). The recovery of empathy: Toward others and self. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 103–121). Washington: American Psychological Association.
- Barrett-Lennard, G. T. (1998). *Carl Rogers' helping system: Journey and substance*. London: Sage.
- Barrett-Lennard, G. T. (2003). *Steps on a mindful journey: Person-centred expressions*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Barrett-Lennard, G. T. (2005). *Relationship at the centre: Healing in a troubled world*. London: Whurr.
- Bartosch, E. (Hrsg.) (2003). *Der „Andere“ in der Selbstpsychologie*. Wien: Neue Psychoanalyse.
- Behr, M. (2002). Therapie als Erleben von Beziehung: Die Bedeutung der interaktionellen Theorie des Selbst für die Praxis einer personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd.1: Grundlagen und Konzepte* (S. 95–122). Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. (2003). Interactive resonance in work with children and adolescents: A theory-based concept of interpersonal relationship through play and the use of toys. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 2*, 89–103.
- Binder, U. (1993). *Empathieentwicklung und Pathogenese in der klientenzentrierten Psychotherapie: Überlegungen zu einem systemimmanenten Konzept*. Eschborn: Klotz.
- Binder, U. (1998). Empathy and empathy development with psychotic clients. In B. Thorne & E. Lambers (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective* (pp. 216–230). London: Sage.
- Bohart, A. C. (2004). How do clients make empathy work? *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 3*, 102–117.
- Bohart, A. C. (2006). The actualizing person. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid & G. Wyatt, Gill (Eds.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (pp. 47–63–46). Houndmills: Palgrave.
- Bohart, A. C. (2008). E-Mail vom 4. 1. 2008.
- Bohart, A. C. & Tallman, K. (Eds.) (1999). *How clients make therapy work*. Washington: APA.
- Bozarth, J. & Wilkins, P. (Eds.) (2001). *Unconditional positive regard*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Buber, M. (1923). *Ich und Du* (8. Aufl.). Heidelberg: Lambert Schneider, 1974; orig. 1923
- Buber M. (1962/63). *Werke*. 3 Bde. München: Kösel.
- Carkhuff, R. (1969). *Helping and human relations: A primer for lay and professional helpers*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Cooper, M. (2003). *Existential therapies*. London: Sage.
- Cooper, M. (2004a). Existential approaches to therapy. In P. Sanders (Ed.), *The tribes of the person-centred nation: An introduction to the schools of therapy related to the person-centred approach* (pp. 95–124). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Cooper, M. (2004b). Towards a relationally-orientated approach to therapy: Empirical support and analysis. *British Journal of Guidance and Counselling, 32*, 451–460.
- Cooper, M., O'Hara, M., Schmid, P. F. & Wyatt, G. (Eds.) (2007). *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling*. Houndsmill: Palgrave Macmillan.
- Guardini, R. (1955). Die Begegnung: Ein Beitrag zur Struktur des Daseins. *Hochland, 47*, 224–234.
- Haugh, S. & Merry, T. (Eds.) (2001). *Empathy*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Holdstock, L. (1993). Can we afford not to revision the person-centered concept of self? In D. Brazier (Ed.), *Beyond Carl Rogers* (pp. 229–252). London: Constable.
- Holdstock, L. (1996a). Anger and congruence reconsidered from the perspective of an interdependent orientation to the self. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion* (pp. 47–52). Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Holdstock, L. (1996b). Discrepancy between the person-centered theories of self and of therapy. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion* (pp. 395–403). Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Hycner, R. & Jacobs, L. (1995). *The healing relationship in gestalt therapy*. Highland, NY: Gestalt Journal Publications.
- Kopp, S. B. (1982). *Rollenschicksal und Freiheit: Psychotherapie als Theater*. Paderborn: Junfermann.
- Krietemeyer, B. & Prouty, G. (2003). The art of psychological contact: The psychotherapy of a mentally retarded psychotic client. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 2*, 151–161.
- Levinas, E. (1983). Der Untergang der Vorstellung. In E. Levinas, *Die Spur des Anderen: Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie* (S. 120–139). Freiburg: Alber.
- Mearns, D. (1996). Working at relational depth with clients in person-centered therapy. *Counselling, 7*, 306–311.
- Mearns, D. (1997). *Person-centred counselling training*. London: Sage.
- Mearns, D. (1999). Person-centred therapy with configurations of self. *Counselling, 10*, 125–130.

- Mearns, D. (2002a). Further theoretical propositions in regard to self theory within person-centered therapy, *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1, 14–27.
- Mearns, D. (2002b). Client-centred therapy in the modern era: An expanding theory of therapy. Keynote: 3rd World Congress for Psychotherapy, Wien.
- Mearns, D. (2003). *Developing person-centred counselling* (2. Aufl.). London: Sage.
- Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at relational depth in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Mearns, D. & Schmid, P. F. (2006). Being-with and being-counter. Relational depth: The challenge of fully meeting the client. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 4, 255–265.
- Mearns, D. & Thorne, B. (2000). *Person-centred therapy today: New frontiers in theory and practice*. London: Sage.
- Mearns, D. & Thorne, B. (2007). *Person-centred counselling in action* (3. Aufl.). London: Sage.
- Mende, M. (2000). Art. Rapport. In G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie*, Wien: Springer, S. 581.
- Parfy, E. (1999). Verhaltenstherapie. In T. Slunecko & G. Sonneck (Hrsg.), *Einführung in die Psychotherapie* (S. 140–167). Wien: UTB Facultas.
- Pfeiffer, W.M. (1989). Psychotherapie als dialogischer Prozess. *Brennpunkt*, 41, 18–25.
- Pfeiffer, W. M. (1991a). Krankheit und zwischenmenschliche Beziehung. In J. Finke & L. Teusch (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen: Neue Entwicklungen in Theorie und Praxis* (S. 25–43). Heidelberg: Asanger.
- Pfeiffer, W. M. (Hrsg.) (1991b). *Begegnung mit dem Fremden in Psychotherapie und Beratung*, Freiburg i. Br.: Interkulturelle Beratung und Therapie.
- Pfeiffer, W. M. (1993). Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und der Therapie psychischer Störungen. In L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Die Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie: Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung* (S. 19–40). Heidelberg: Asanger.
- Pfeiffer, W. M. (1995a). Die Beziehung – der zentrale Wirkfaktor in der Gesprächspsychotherapie. *GwG-Zeitschrift*, 97, 27–32.
- Pfeiffer, W. M. (1995b). Überlegungen zu einer Störungslehre aus interaktioneller Perspektive. In S. Schmidtchen, G.-W. Speierer & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd.2: Theorien und Ergebnisse zur Grundlegung einer klientenzentrierten Krankheitslehre* (S. 41–81). Köln: GwG.
- Prouty, G. F. (1994). *Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy: Applications to schizophrenic and retarded psychoses*. New York: Praeger.
- Rogers, C. R. (1957a/1991). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21, 2, 95–103. / Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie in: C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165–184). Mainz: Grünewald.
- Rogers, C. R. (1940b/1992). Some newer concepts of psychotherapy. Lecture given at the University of Minnesota, December 11, 1940. / Einige neuere Konzepte der Psychotherapie. In: R. Stipsits, & R. Hutterer (Hrsg.), *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie* (S. 15–38), Wien: WUV.
- Rogers, C. R. (1957a/1991). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 2, 95–103. / Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165–184), Mainz: Grünewald.
- Rogers, C. R. (1962a/1977). The interpersonal relationship: The core of guidance. *Harvard Educational Review*, 4, 416–429. / Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie. In Rogers, C. R., *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 180–196), München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1962c/1977). Some learnings from a study of psychotherapy with schizophrenics. *Pennsylvania Psychiatric Quarterly*, Summer, 3–15. / Ein Bericht über Psychotherapie mit Schizophrenen. In Rogers, C. R., *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 161–180), München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1971a/1996). On facilitating encounter groups. *The American Journal of Nursing*, 71, 275–279. / Wie ich Gruppen leite. In P. F. Schmid, *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis, Bd.II: Die Kunst der Begegnung*. Paderborn (Junfermann) 1996, 541–552.
- Rogers, C. R. (1975a/1976). Empathic — an unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist* 5,2, 2–10. / Eine neue Definition von Einfühlung. In P. Jankowski, D. Tscheulin, H.J. Fietkau H. J. & F. Mann (Hrsg.), *Klientenzentrierte Psychotherapie heute* (S. 33–51). Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C. R. (1984f). A way of meeting life: An interview with Carl Rogers. *The Laughing Man*, San Rafael (Dawn Horse Press), 5, 22–23.
- Rogers, C. R. (1987i). Comments on the issue of equality in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 27, 38–40.
- Rogers, C. R. (n. d. b). *Two interviews with Mr. Vac*. Manuskript: University of Wisconsin.
- Schmid, P. F. (1989). Personale Begegnung: Der personzentrierte Ansatz in Psychotherapie, Beratung, Gruppenarbeit und Seelsorge (5. Aufl. 2007). Würzburg: Echter.
- Schmid, P. F. (1991). Souveränität und Engagement: Zu einem personzentrierten Verständnis von „Person“. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis* (6. Aufl. 2007) (S. 15–164). Mainz: Grünewald.
- Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie: Ein Handbuch, Bd.I: Solidarität und Autonomie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. F. (1996). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis: Ein Handbuch, Bd.II: Die Kunst der Begegnung*. Paderborn: Junfermann.
- Schmid, P. F. (1997). Vom Individuum zur Person: Zur Anthropologie in der Psychotherapie und zu den philosophischen Grundlagen des Personzentrierten Ansatzes. *Psychotherapie Forum* 4, 191–202.
- Schmid, P. F. (1998a). On becoming a person-centered approach: A person-centered understanding of the person. In B. Thorne & E. Lambers (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective* (pp. 38–52). London: Sage.
- Schmid, P. F. (1998b). Face to face: The art of encounter. In B. Thorne & E. Lambers, (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective* (pp. 74–90). London: Sage.
- Schmid, P. F. (1998c). *Im Anfang ist Gemeinschaft: Personzentrierte Gruppenarbeit in Seelsorge und Praktischer Theologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmid, P. F. (1998d). Begegnung von Person zu Person: Zur Beziehungstheorie und zur Weiterentwicklung der Personzentrierten Psychotherapie. *Psychotherapie Forum* 1, 20–32.
- Schmid, P. F. (2001a). Authenticity: the person as his or her own author: Dialogical and ethical perspectives on therapy as an encounter relationship. And beyond. In G. Wyatt (Ed.), *Congruence* (pp. 217–232). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2001b). Comprehension: the art of not-knowing: Dialogical and ethical perspectives on empathy as dialogue in personal and person-centred relationships. In S. Haugh & T. Merry. (Eds.), *Empathy* (pp. 53–71). Ross-on-Wye: PCCS Books.

- Schmid, P. F. (2001c). Acknowledgement: the art of responding. Dialogical and ethical perspectives on the challenge of unconditional personal relationships in therapy and beyond. In J. Bozarth & P. Wilkins (Eds.), *Unconditional positive regard* (pp. 49–64). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2001d). Personzentrierte Persönlichkeits- und Beziehungstheorie. In P. Frenzel, W. Keil, P. F. Schmid, N. Stölzl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie: Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen* (S. 57–95). Wien: Facultas.
- Schmid, P. F. (2002a). Presence: Im-media-te co-experiencing and co-responding: Phenomenological, dialogical and ethical perspectives on contact and perception in person-centred therapy and beyond. In G. Wyatt & P. Sanders (Eds.), *Contact and perception* (pp. 182–203). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2002b). Person-centered psychotherapy. In A. Pritz. (Ed.), *Globalized psychotherapy* (pp. 701–713). Wien: Facultas.
- Schmid, P. F. (2002c). Knowledge or acknowledgement? Psychotherapy as „the art of not-knowing“ — Prospects on further developments of a radical paradigm. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 1, 56–70.
- Schmid, P. F. (2002d). The necessary and sufficient conditions of being person-centered: On identity, integrity, integration and differentiation of the paradigm. In J. Watson, R. N. Goldman & M. S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice* (pp. 36–51). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2002e). Anspruch und Antwort: Personzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person, In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 75–105). Wien: Springer.
- Schmid, P. F. (2002f). Was ist personzentriert? Zur Frage von Identität, Integrität, Integration und Abgrenzung. In C. Iseli, W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Owald, P. F. Schmid, P. Wacker (Hrsg.), *Identität – Begegnung – Kooperation: Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 219–254). Köln (GwG).
- Schmid, P. F. (2003). The characteristics of a person-centered approach to therapy and counseling: Criteria for identity and coherence. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2, 104–120.
- Schmid, P. F. (2004). Back to the client: A phenomenological approach to the process of understanding and diagnosis. In *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 3, 1, 36–51.
- Schmid, P. F. (2005a). Authenticity and alienation: Towards an understanding of the person beyond the categories of order and disorder. In S. Joseph & R. Worsley (Eds.), *Psychopathology and the person-centred approach* (pp. 75–90). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2005b). Facilitative responsiveness: Non-directiveness from an anthropological, epistemological and ethical perspective. In B. Levitt (Ed.), *Embracing non-directivity: Reassessing person-centred theory and practice in the 21st century* (pp. 74–94). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2005c). Kreatives Nicht-Wissen: Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftskritischen Anspruch des Personzentrierten Ansatzes. In *PERSON*, 1, 4–20.
- Schmid, P. F. (2005d). Authenticity and alienation. Towards an understanding of the person beyond the categories of order and disorder. In S. Joseph & R. Worsley (Hrsg.), *Psychopathology and the person-centred approach* (pp. 75–90). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2006). The Challenge of the Other. Towards dialogical person-centered psychotherapy and counseling. In *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 5, 4, 241–254.
- Schmid, P. F. (2007a). The anthropological and ethical foundations of person-centred therapy. M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid & G. Wyatt, Gill (Eds.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (pp. 30–46). Houndmills: Palgrave.
- Schmid, P. F. (2007b). Begegnung von Person zu Person: Die anthropologischen Grundlagen personzentrierter Therapie. In J. Kriz & T. Slun-ecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes* (S. 34–49). Wien: Facultas/UTB.
- Schmid, P. F. (2007c). *Psychotherapy is political or it is not psychotherapy: The actualizing tendency as personalizing tendency*. Keynote lecture: 3rd BAPCA Conference 2007, Cirencester, UK.
- Schmid, P. F. (2007d). *Psychotherapie ist Politik oder sie ist nicht Psychotherapie: Herausforderungen des Personzentrierten Ansatzes an die Psychotherapie*. Eröffnungsvortrag, Symposium „Identitätsentwicklung durch Begegnung“: IPS, Wien.
- Schmid, P. F. (2008). A personalizing tendency: Philosophical perspectives on the actualizing tendency axiom and its dialogical and therapeutic consequences. In B. Levitt (Hrsg.), *Reflections on human potential: bridging the person-centered approach and positive psychology* (pp. 84–101). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. & Mearns, D. (2006). Being-with and being-counter: Person-centered psychotherapy as an in-depth co-creative process of personalization. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 5, 3, 174–190.
- Schneider, K & May, R. (Eds.) (1995). *The psychology of existence: An integrative, clinical perspective*. New York: McGraw-Hill.
- Spinelli, E. (1997). *Tales of Un-Knowing: Therapeutic encounters from an existential perspective*. London: Druckworth.
- Spinelli, E. (2005). *Selves in relation: The practice of existential psychotherapy*. London: Sage.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B. & Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Thorne, B. (1991). *Person-centred counselling: Therapeutic and spiritual dimensions*. London: Whurr.
- Thorne, B. (2002). *The mystical power of person-centred therapy: Hope beyond despair*. London: Whurr.
- Tudor, K. & Worrall, M. (2006). *Person-centred therapy. A clinical philosophy*. London: Routledge.
- Vanerschoot, G (1997). Empathic resonance as a source of experience-enhancing interventions. In A.C. Bohart & L.S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 141–165). Washington: APA.
- Warner, M. (2000). Person-centered therapy at the difficult edge: A developmentally based model of fragile and dissociated process. In D. Mearns & B. Thorne, *Person-centred therapy today: New frontiers in theory and practice* (pp. 144–171). London: Sage.
- Warner, M. (2002). Psychological contact, meaningful process and human nature: A reformulation of person-centred theory. In G. Wyatt (Ed.), *Contact and perception* (pp. 76–95). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Wiltshcko, J. (2003). Resonanz. In G. Stumm, J. Wiltshcko, W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S. 270–272). Stuttgart: Pfeiffer.
- Wyatt, G. (Ed.) (2001). *Congruence*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Wyatt, G. & Sanders, P. (Eds.) (2002). *Contact and perception*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

Autor:

Peter F. Schmid, Univ.-Doz. HS-Prof. Mag. Dr., Begründer personenzentrierter Ausbildung in Österreich, Personenzentrierter Psychotherapeut und Ausbilder der Akademie für Beratung und Psychotherapie des Instituts für Personenzentrierte Studien (IPS der APG); Fachkoordinator des Studiengangs Personenzentrierte Psychotherapiewissenschaften an der Sigmund Freud PrivatUniversität (SFU), Wien; Faculty Member Saybrook Graduate School and Research Center, San Francisco. Zusammenarbeit mit Carl Rogers in den achtziger Jahren; zahlreiche Fachpublikationen in mehreren Sprachen; Mitbegründer des Person-

zentrierten und Experienziellen Weltverbands (WAPCEPC) und des Europäischen Netzwerks (NEAPCEPC), Mitherausgeber der internationalen Zeitschrift Person-Centered and Experiential Psychotherapies, Preisträger des Carl Rogers Award der American Psychological Association (APA) 2009.

Korrespondenzadresse:

Peter F. Schmid
Koflergasse 4
A-1120 Wien,
E-Mail: pfs@pfs-online.at; Website: pfs-online.at

Rosanne Knox^{1,2}

Das Risiko-Erleben von Therapeutinnen in der Personzentrierten Psychotherapie: Eine qualitative Explorationsstudie

Zusammenfassung: Die Beziehung in der Psychotherapie³ ist von wesentlicher Bedeutung, das wird immer mehr erkannt und betont. Dieser Artikel stützt sich auf eine Pilotstudie zum Erleben des Risikos, das Therapeutinnen erfahren, wenn sie ihre eigene Person ins Spiel bringen, und zum Zusammenhang dieses Erlebens mit der Qualität des psychologischen Kontakts. Qualitative Interviews mit acht praktizierenden Psychotherapeutinnen wurden durchgeführt, sie alle arbeiteten nach dem Personzentrierten Ansatz. Themen, die sich herauskristallisierten, drehen sich um den Prozess der Therapeutinnen, wenn sie ein Risiko eingehen, um den Prozess der Klientinnen, d. h. um ihre Reaktionen und Antworten, und um die Auswirkungen auf die Psychotherapiebeziehung sowohl in der unmittelbaren Sitzung wie im weiteren Verlauf der Therapie. Die meisten Interviewten waren der Ansicht, dass im kritischen Moment, in welchem die Therapeutin ein Wagnis einging, der Kontakt sich deutlich vertiefte. Er wurde mit Begriffen wie ‚authentischer‘, ‚echter‘ und ‚liebvoll‘ umschrieben. In einigen wenigen Fällen führte eine Intervention mit Risikocharakter zu einem Bruch in der Beziehung, gelegentlich bewirkte sie ein vorzeitiges Ende der Psychotherapie. Die Studie hebt auch die Wechselwirkung zwischen Interventionsart und Kontaktqualität hervor. Der Artikel schließt mit Überlegungen der Autorin.

Schlüsselwörter: Risikoerleben, Selbsteinbringung, Personzentrierte Psychotherapie, therapeutische Beziehung, Beziehungstiefe, Qualitative Psychotherapieforschung

Abstract: Experiencing risk in person-centred counselling: a qualitative exploration of therapist risk-taking. With increasing emphasis being given to the importance of the relationship in counselling, this paper is based on an initial exploration of counsellors' experiences of risk when bringing their own person into play, and the way in which these experiences relate to the quality of psychological contact. Qualitative interviews with eight practising counsellors were conducted using a person-centred approach. Themes emerging included the process of risk-taking for counsellors, the process of reaction and response for clients and the effects on the relationship both in the immediate session and in the long term. Most participants expressed the view that the greatest impact of a critical moment of risk-taking was to facilitate deeper levels of contact, usually described in terms of being more 'authentic', 'real' and 'loving'. In a few cases the risk-taking intervention led to a rupture in the relationship, sometimes precipitating the end of the therapy. The study also highlighted the interdependence of the types of interventions and the quality of contact. The author's reflections are also given.

Keywords: risk taking, self-disclosure, person-centred psychotherapy, psychotherapy relationship, relational depth, qualitative psychotherapy research

1 Dieser Beitrag erschien erstmals im British Journal of Guidance & Counselling, 35:3, 317–330 (Knox, Rosanne, 2007) ‚Experiencing risk in person-centred counselling: a qualitative exploration of therapist risk-taking‘. Er wurde von der Autorin für PERSON überarbeitet und von Franz Berger übersetzt. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlags Taylor & Francis Ltd. Online-Publikation 1. August 2007.

2 Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit verwende ich, sofern nicht explizit Männer gemeint sind, die weibliche Form (Anmerkung des Übers.).

3 Anmerkung des Übers.: Im angelsächsischen Raum sind *counselling* und *psychotherapy* austauschbar, beide Begriffe werden im Originalartikel alternierend verwendet. Da *Beratung* im deutschen Sprachraum weiter gefasst wird als *Psychotherapie*, übersetze ich sachgemäß *counsellor* und *counselling* mit *Psychotherapeut* resp. *Psychotherapie*.

Der Kontext der Studie

In der Personzentrierten Psychotherapie ist die therapeutische Beziehung seit jeher von zentraler Bedeutung (Cooper, 2004; Mearns & Cooper, 2005; Mearns & Thorne, 1999, 2000; Merry, 2002; Rogers, 1951a, 1961a, 1961c, 1967b, 1980a; Schmid, 2001a, 2001b, 2002). Der Rolle der Selbsteinbringung bei der Förderung eines tiefen Kontakts kommt dabei wachsende Aufmerksamkeit zu (Baldwin, 2000; Bozarth & Wilkins, 2001; Kottler, 1986; Kramer, 2000; Lietaer, 2001; Rowan & Jacobs, 2002; Shadley, 2000; Wosket, 1999; Wyatt, 2001). Schmid betonte die Wichtigkeit, sich selbst als Person in die Begegnung einzubringen (Schmid, 2001a), das heißt, nicht nur *mit* dem Anderen zu sein, sondern auch ihm *gegenüber* zu sein. Dies schließt beides ein, den individualen Aspekt des Personseins und den dialogischen Aspekt des Personwerdens.

In einer Definition der Personzentrierten Psychotherapie schreibt Schmid:

„... im Sinne einer ‚Aktualisierungstherapie‘ geht es dabei um die Eröffnung kreativer, offener Räume, die entstehen, wo Menschen selbst offen, wertschätzend und einfühlsam sind, miteinander als Personen leben, spielerisch und neugierig, wo sie sich einlassen und selbst ins Spiel bringen, sich engagieren, Risiken eingehen und nicht zögern, als die Personen, die sie tatsächlich sind, sich auch miteinander zu konfrontieren“ (Schmid, 1997).

Die vorliegende Arbeit berichtet über den ersten Schritt in der qualitativen Untersuchung eines risikobehafteten Prozesses, den Therapeutinnen in der Personzentrierten Psychotherapie erleben, wenn sie in der therapeutischen Beziehung ihre eigene Person ins Spiel bringen.

Meine eigenen Erfahrungen in der Arbeit mit Klientinnen weckten in mir den Eindruck, dass ein Zusammenhang bestehe zwischen der Höhe des Risikos, das in einer Beziehung eingegangen wird, und der Lebendigkeit dieser Beziehung. Es schien mir, eine gedeihliche, heilende Beziehung erfordere ein ständig sich veränderndes, möglicherweise genau beachtetes Ausmaß an Risiken, die von der Klientin wie von der Therapeutin als solche wahrgenommen werden. Damit werden Wachstumsgelegenheiten angeboten und eine Variation der Kontaktebenen wird ermöglicht. Letzteres schließt den meiner Überzeugung nach wirksamsten Faktor des therapeutischen Prozesses, nämlich den Kontakt auf der Ebene einer tiefgehenden Beziehung (Mearns, 1996; Mearns & Cooper, 2005), mit ein.

Diskussionen rund um die Risiken, die bestehen, wenn Therapeutinnen ihre eigene Person ins Spiel bringen, haben oft die Verletzlichkeit betont, die eine Therapeutin erfahren muss, wenn sie auf echte Gegenseitigkeit in der Beziehung setzt und einen tiefen Kontakt ermöglicht (Baldwin & Miller, 2000; Jung, 1951; Mearns & Thorne, 1999; Rogers, 1967b, 1970a, 1980a; Rowan & Jacobs, 2002; Thorne, 1991; Wosket, 1999). Rogers selbst stellte fest: „Ich muss völlig bereit sein, ein Risiko einzugehen, bevor ich Schritte mache, die ein Aufgeben von Kontrolle bedeuten“ (Rogers, 1980a, S. 305).

Lietaer erinnert daran, dass die Therapeutin in Momenten einer Ich-Du-Begegnung (Buber 1970) „ihre professionelle Rolle fast gänzlich aufgibt und der Klientin auf eine sehr persönliche und tief menschliche Weise begegnet“ (Lietaer 2001, S. 47). Wosket vertritt die Ansicht, unsere Fehlbarkeit mache uns am menschlichsten und sie stelle daher das größte Potenzial dar, um andere zu heilen (Wosket 1999).

Anlässlich der Diskussion über die Herausforderungen, die in der Begegnung mit der Klientin liegen, betonen Mearns und Schmid, wie wichtig die Risikobereitschaft der Therapeutinnen sei. Sie schreiben: „Der Begegnungsmodus birgt immer ein Risiko (berührt, überrascht, verletzt, geliebt usw. zu werden)“ (Mearns & Schmid, 2006b, S. 261).

Therapeutinnen betonen zunehmend die Rolle, die der Selbsteinbringung zukommt, um Klientinnen beim Erreichen einer tieferen Ebene der Selbstexploration zu unterstützen. „Die Selbsteinbringung von Therapeutinnen“, so Yalom, „erzeugt die Selbsteinbringung von Klientinnen“ (Yalom 2002, S. 29). Er identifizierte drei nützliche ‚Bereiche‘ der Selbsteinbringung:

- Therapeutinnen äußern sich zur Funktionsweise der Therapie: Die Psychotherapeutin muss dabei auf jede Vorstellung von magischem Heilen oder von Autorität verzichten und der Klientin eine Erklärung zu den Grundannahmen und zur Funktionsweise von Psychotherapie anbieten. Dazu gehören Hinweise auf das, was die Klientin tun kann, um ihren eigenen Fortschritt zu maximieren.
- Therapeutinnen teilen eigene aktuelle Gefühle mit, wenn sie meinen, es sei im Interesse der Klientin.
- Therapeutinnen sprechen aus ihrem persönlichen Leben: Die Therapeutin lässt die Klientin an einigen Informationen aus ihrem eigenen Leben teilhaben. Yalom warnt allerdings vor einem unvorsichtigen Gebrauch dieser Art von Selbsteinbringung (Yalom 2002).

Als Knox et al. (1997) untersuchten, wie Klientinnen Selbstmitteilungen der Therapeutinnen wahrnehmen, stellten sie fest: Klientinnen betrachteten das Mitteilen von *persönlichen Informationen* der Therapeutinnen als vorteilhaft; die Mitteilung *unmittelbarer Gefühle* hingegen wurde von den Antwortenden nicht als nützlich bezeichnet.

Einige Autorinnen kommentierten, das berufliche Umfeld lade nicht sehr häufig zu einer risikobereiten Arbeitsweise ein. Thorne erkannte, dass in vielen Praxissettings Gegenseitigkeit im Austauschen von Persönlichem schwierig anzubieten war, und er gibt zu, selbst in der Vergangenheit zu unsicher gewesen zu sein, als dass er „das fantasierte Unbehagen der Institutionshierarchie riskiert hätte“ (Thorne 1991, S. 85). Mearns & Thorne weisen darauf hin, dass es im Feld der Beratung und Psychotherapie immer schwieriger werde, die Art von Risiken einzugehen, die einem vollen Sich-Einlassen auf das Leben entspringe (Mearns & Thorne 2000, S. 212).

Zur Methodologie der Studie

Die Studie wurde mit einer Kombination von phänomenologischen und hermeneutischen Methoden durchgeführt (McLeod, 2001; Moustakas, 1994), mit dem Ziel, ein „meditatives Innewohnen“ (McLeod, 2001, S. 56) in den Erfahrungen, die mir beschrieben wurden, mit einer interpretativen Analyse des erzeugten erlebensbezogenen Textes zu kombinieren.

Die befragten Psychotherapeutinnen

Die Primärdaten stammen aus halbstrukturierten Interviews mit sechs Therapeutinnen und zwei Therapeuten. Von diesen N=8 Teilnehmenden, alles Briten, beschrieben vier ihre Arbeitsweise als rein personzentriert und vier als personzentriert/integrativ. Fünf Teilnehmende umschrieben ihre ursprüngliche Ausbildung mit personzentriert, drei als integrativ.

Praxiserfahrung der Interviewten (in Jahren): 1(n=1, in Ausbildung); 2(n=3); 4(n=1); 10(n=1); 11(n=1); 16(n=1)

Alter der Interviewten: 30–59 Jahre, die Mehrheit davon zwischen 35 und 45 Jahren. Sechs der acht Interviewten beschrieben sich als weiß.

Sieben Befragte gehörten verschiedenen Beratungs- und Therapieorganisationen mit Sitz in London an, eine Befragte arbeitete innerhalb des National Health Service. Vier Interviewte führten zudem eine private Praxis.

Zielsetzung der Studie und der Begriff des Risiko-Erlebens

Diese Studie explorierte mit phänomenologischer Methodik das Risiko-Erleben von Psychotherapeutinnen. Als Pilotuntersuchung, die auf Felder künftiger Untersuchungen hinweisen soll, hatte sie folgende Ziele:

1. Identifikation verschiedener Arten von Risiken, die Therapeutinnen nach eigener Definition und Wahrnehmung eingegangen sind.
2. Exploration der wahrgenommenen Wirkungen und Folgen der beschriebenen Risiken, ihre Beweggründe dazu und die Art und Weise, wie sie sich auf die Klientinnen, die Therapeutinnen, die Beziehung und den psychotherapeutischen Prozess auswirkten.
3. Untersuchung der Einstellung der Therapeutinnen zum Eingehen von Risiken in Zusammenhang mit ihrer eigenen persönlichen und beruflichen Entwicklung und ihrem weiteren beruflichen Umfeld.

Diese Studie rückt die Wahrnehmung und das Erleben der Befragten zum Eingehen von Risiken in der Therapie in den Fokus und umfasst daher eine facettenreiche, breite Definition von Risiko. Risiko wird

nicht objektiv als etwas definiert, das als gewagte Intervention des Therapeuten betrachtet werden könnte, sondern lediglich in Begriffen des Erlebens der Therapeutinnen und ihrer Wahrnehmung der potenziellen Konsequenzen einer Intervention, Handlung oder eines äußeren Ereignisses. Die Reaktion der Klientin, Beeinträchtigung des therapeutischen Prozesses oder der Beziehung, Schaden, der der Klientin zugefügt wurde oder Schaden für die Therapeutinnen selbst wurden als solche Konsequenzen erfragt.

Interviews und qualitative Datenanalyse

Vor diesem Hintergrund wurden die Teilnehmerinnen gebeten, Beispiele für ihre eigene Risikobereitschaft zu schildern, wie sie z. B. eine Intervention machten, die in sich etwas Unvorhersagbares enthielt oder Mut in der Ausführung verlangte. Ich habe nicht beabsichtigt, zwischen Handlungen bzw. Interventionen zu unterscheiden, die nach verbreiteter Auffassung signifikante Risiken in sich bergen können, und solchen, die sich für einzelne Therapeutinnen als speziell riskant angefühlt haben mögen, begründet etwa in mangelnder Erfahrung, in einer spezifischen Richtung der Ausbildung oder in ihrer Natur oder ihren Überzeugungen. Die Teilnehmerinnen wurden daraufhin zu ihrer inneren Verarbeitung der als riskant erlebten Handlung vor, während und nach der Intervention sowie nach ihrer Einschätzung über die Folgen ihrer Handlung befragt.

Alle weiteren Fragen ergaben sich aus der Kombination der Beschreibung jedes einzelnen Interviewten und meinem eigenen vorformulierten Begriffssystem, das ich geistig präsent hatte. Auf diese Weise hoffte ich, alle Explorationsbereiche, auf die ich fokussieren wollte, abzudecken, mir gleichzeitig aber auch die Freiheit zu geben, so viel zusätzliche Information wie möglich einzuschließen.

Es war mir bewusst, dass ich Sorge tragen musste, dass keine Therapeutin durch die Erfahrung geschädigt werde; die Lenkung der Aufmerksamkeit auf die eigene Risikoübernahme könnte sich nämlich eventuell auf das Selbstbild auswirken. Das gilt auch für mich selbst angesichts der Natur der Exploration. Tatsächlich war mein Interesse an diesem Thema ursprünglich von der wachsenden Sorge angeregt worden, ich könnte gelegentlich gegenüber meinen Klientinnen und möglicherweise auch gegenüber mir selbst überprotektiv werden, und ich wollte wissen, ob ich wirklich bereit war, meine eigene Person in eine reale Begegnung einzubringen.

Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und von mir wörtlich transkribiert. Ich führte auch eine modifizierte Übung des *Interpersonal Process Recall* (Barker, 1985; Cashwell, 2002; Rennie, 1992) durch, ich wandte sie auf meine Transkripte an, um meine eigenen Erinnerungen an die Interviews und meine seinerzeitigen Eindrücke zu stützen.

Die Analyse startete während des Interviewprozesses dort, wo die Therapeutinnen von ihren Erfahrungen berichteten und dann

neues Verstehen und Interpretationen dieser Erfahrungen auszudrücken begannen, sei es, dass sie darüber nachdachten, oder als Antwort auf weiteres Nachfragen (Kvale 1996). Im Anschluss an die Interviews tauchte ich in die Daten ein und erlaubte mir, mit ihnen so in Interaktion zu treten, wie es gerade passierte. Anfänglich hörte ich die Tonbandaufzeichnungen ab und las meine Transkripte, dann schloss ich meine Notizen mit ein, die ich unmittelbar nach den Interviews gemacht hatte, ebenso meine Übung mit dem IPR sowie die Notizen, die ich nachträglich in unterschiedlichen Abständen zu den Interviews hinzugefügt hatte. Eine Phase des Rückwärts- und Vorwärtspendelns vom Allgemeinen zu den spezifischen Details, wie Walcott das Vorgehen beschreibt, mündete in einen Prozess der Kategorisierung, sobald gemeinsame Themen aufschienen (Kvale 1996).

Grenzen der Studie

Dass in dieser Studie nur das wiedergegeben wird, was die Therapeutinnen von ihrem eigenen Erleben und vom Erleben der Klientinnen wahrgenommen haben, bedeutet zweifellos eine Einschränkung. Ein nützlicher nächster Schritt wäre die Erforschung des Erlebens der Klientinnen aus deren Perspektive. Eine weitere Einschränkung bildet die Tatsache, dass die Interviewten ihren therapeutischen Ansatz zwar als personenzentriert bezeichneten, einige ihn aber auch integrativ nannten. Die interviewten personenzentrierten Psychotherapeutinnen repräsentierten außerdem verschiedene Schulen innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes. Schließlich bedeutet das Faktum, dass die Interviewten alle in London wohnten, die meisten in therapeutischen Institutionen arbeiteten und sich fast alle als weiße Briten bezeichneten, auch, dass Information fehlt, die möglicherweise aus einem breiteren kulturellen und professionellen Hintergrund käme.

Ergebnisse

Folgende Themen kristallisierten sich in der Datenanalyse heraus:

- Kategorien von Handlungen oder von Interventionen, welche ein Erleben von Risiko für die Therapeutinnen enthielten.
- Der Prozess des Eingehens eines Risikos, wie er von den Psychotherapeutinnen erlebt wurde.
- Der Prozess des Reagierens der Klientinnen, wie er von den Psychotherapeutinnen wahrgenommen und beschrieben wurde.
- Die Wirkung auf die Kontaktqualität im Augenblick des Wagnisses sowie im weiteren Verlauf der therapeutischen Beziehung.
- Die Kontaktqualität im kritischen Moment des Wagnisses bezogen auf die verschiedenen Interventionsarten mit Risikocharakter.

Handlungs- und Interventionstypen mit Risikocharakter

Handlungen und Interventionen, die von den interviewten Therapeutinnen als signifikant risikobeladen betrachtet wurden, fielen hauptsächlich unter folgende Kategorien:

- Selbstmitteilungen aus ihrem persönlichen Leben. Hier beschrieben die Therapeutinnen Ereignisse aus ihrem eigenen Leben, welche eine gewisse Relevanz für die Ereignisse hatten, die von den Klientinnen beschrieben wurden. Zwei interviewte Therapeutinnen zum Beispiel sprachen kurz über die eigene Fehlgeburt, als ihre Klientinnen sagten, niemand könne verstehen, wie sie sich nach einer Fehlgeburt gefühlt hätten.
- Abgrenzungsrisiken (einschließlich Berühren, Umarmen). Eine Teilnehmerin erzählte zum Beispiel, dass ihr Training sie im Glauben ließ, dass Therapeutinnen Klienten nie berühren sollten. Sie habe sich daher in dieser Hinsicht völlig gehemmt gefühlt. Als sie schließlich eines Tages einen extrem verzweifelten Klienten berührte, schien es ihr ein enormes Risiko zu sein, obwohl ihre Handlung vom Klienten mit Dankbarkeit entgegengenommen wurde.
- Theoretische Herausforderungen. Eine Therapeutin stellte die Überzeugung ihres Klienten in Frage, er leide unter ‚blockierter Trauer‘. Sie tat dies, als sie den Eindruck gewonnen hatte, sie stütze sich auf eine Theorie, die für den Klienten irrelevant war.
- Aktuell erlebte Gefühle zeigen. Dies schien dann besonders riskant zu sein, wenn die beschriebenen Gefühle als negativ hätten wahrgenommen werden können, zum Beispiel Gefühle von Distanz (siehe Egan, 2002, Flannery, 1995; May, 1980; Thorne, 1994 zu diesem Thema).
- Risiken, die in der Tiefe der angebotenen Beziehung liegen. Ein Teilnehmer, der mit todkranken Klienten arbeitet, beschrieb, wie rasch die Beziehung zu diesen Klienten tiefe Liebesgefühle umfasst.
- Fehler eingestehen. Die Therapeutin hat etwas getan oder gesagt, was sie später als wenig hilfreich empfand, und teilt dann ihre Gedanken dazu der Klientin mit. Eine Teilnehmerin zum Beispiel gestand ihren Fehler ein, als sie unerwartet einen Arm ihrer Klientin berührte.
- Ansprechen von sexuellen Inhalten. Eine Therapeutin fand es riskant für sich selbst, einem Klienten zu erlauben, seine sexuellen Phantasien über sie auszusprechen, zum Teil wegen ihrer eigenen Probleme im Zusammenhang mit der Ausbeutung von Frauen. Hingegen fühlte sie sich gut, als sie einer Klientin erlaubte, ihre sexuellen Phantasien bezüglich Frauen zu schildern, weil sie ihre eigene Sexualität mit Frauen erkundet hatte.

Tatsächlich brachten mehrere Interviewte das Eingehen von Wagnissen in der Psychotherapie mit ihrer eigenen Entwicklung und ihrem persönlichen Hintergrund in Beziehung. Eine Interviewte sagte, sie sei imstande, in ihrer Arbeit Risiken einzugehen, weil sie

aus einer Familienkultur der Risikobereitschaft und Selbstaufopferung komme. Sie empfand sich selbst seit jeher als jemand, die Wagnisse eingeht. Eine andere Therapeutin betrachtete eine noch so geringfügige Grenzverletzung als bedeutendes Risiko, da sie sich selbst im Leben als Regelhüterin empfand.

Unter den von Yalom beschriebenen Typen der Selbsteinbringung wurde der Austausch über das Funktionieren der Therapie (Yalom, 2002) von keiner der Interviewten als Auslöser einer Risikoerfahrung erwähnt. Hingegen fühlten einige Teilnehmende, dass der Verzicht auf eine diesbezügliche Erläuterung das Risiko verschärfe.

Wenn Psychotherapeutinnen Risiken eingehen: Der Prozess bei den Therapeutinnen

Für die Therapeutinnen selbst schien es zwei deutlich unterscheidbare Wege zu geben, die zu kritischen Momenten, ein Risiko einzugehen, hinführen.

Absichtliche Handlungen und Interventionen

Der Handlung ging eine Phase von einem gewissen Ausmaß an Angst und Zweifel voraus, ob ein Risiko eingegangen werden soll oder nicht. Das schloss hauptsächlich Ängste über mögliche Reaktionen der Klientin ein, aber ebenso Befürchtungen über mögliche Auswirkungen auf die Therapeutin selbst. Ein Interviewter sagte zum Beispiel: „Ich war innerlich aufgewühlt bei der Vorstellung, es zu sagen.“ Die Handlung mag über mehrere Sitzungen hinweg überlegt werden oder einfach nur für einige Minuten. Es gab da immer das Element von ‚den ganzen Mut zusammen nehmen‘, das umso größer schien, je länger die Phase des Überlegens dauerte. Das absichtliche Eingehen eines Wagnisses geschah in dem Moment, wo es passierte, gut vorbereitet, und die Therapeutinnen waren auf die Reaktionen ihrer Klientinnen gefasst, um ihr eigenes Risiko zu minimieren. Beispiele: „Wenn sie die Therapie abbricht, muss ich das auf der Therapiestation erklären.“ „Vielleicht wird sie mich anschreien.“ „Ich könnte erröten.“ „Ich könnte auf sie voll abfahren.“ „Ist es sicher für mich?“ „Ich könnte vor ein Sex-Tribunal gezerrt werden.“ Mehrere Teilnehmerinnen überlegten, wie ihre Supervisorin über ihre Handlungen denken würde; andere haben ihre Absichten im Voraus mit ihrer Supervisorin diskutiert.

Instinktive Handlungen und Interventionen

Die Handlung wurde als ein instinktiver Schritt beschrieben, aus dem Moment heraus, ohne Überlegung oder zumindest ohne Bewusstheit einer solchen Überlegung. Ich schließe die Möglichkeit nicht aus, dass Instinkt auch bei einem Teil der absichtlichen Risikohandlungen eine Rolle spielte; das Wort ‚Instinkt‘ wurde im Kontext von Handlungen, die ohne vorausgehende Überlegungen

unternommen wurden, lediglich häufig erwähnt. Eine Therapeutin, die eine Sitzung mit einer todkranken Klientin beschrieb, sagte:

„Ich fühlte Wärme, und ich legte meine Arme um sie, und sie hielt sich an mir fest und wollte nicht mehr loslassen; und das war reiner Instinkt. Ich konnte nur noch halten, halten, halten. Und sie sagte: ‚Oh, Sie wissen, Sie wissen.‘“

Andere Interviewte schlossen in ihre Beschreibungen Wörter wie „intuitiv“, „unbewusster Prozess“, „geschah ganz plötzlich“, „ohne Zeit zum Nachdenken“, „völlig unbeabsichtigt“, „Instinkt, das Natürlichste der Welt“ mit ein. In diesen Fällen waren die Therapeutinnen unvorbereitet auf die Reaktionen der Klientinnen, und sie waren tatsächlich oft überrascht von deren Reaktion. Die meisten Fälle dieses Typs von Wagnis, so wurde berichtet, hatten eine positive Wirkung, wenngleich oft auf unerwartete Weise, gewöhnlich abhängig von der Tiefe des Kontaktes und dem Ausmaß der Selbsteinbringung in der Beziehung. Einige Therapeutinnen sagten, sie hätten nicht begriffen, dass ihre Intervention ein solches Risiko für die Klientin darstellte, und da wurde dann auch häufiger von Panikgefühlen berichtet. Das zeigen Sätze wie die folgenden: „Ich dachte, o.k., Gott, was wird jetzt passieren?“ „Ich spürte, wie mein Herz pochte.“ „Ich wollte Hals über Kopf zu meinem Supervisor rennen.“

In einigen Fällen allerdings nahm ich auch ein Gefühl der Erleichterung in der Art und Weise wahr, wie die Therapeutinnen über ihre Gefühle nach einem Moment des Risikos sprachen. Es war zu spüren, wie sie zur Ruhe nach einem Sturm gelangten. Nun schien es den Therapeutinnen möglich, sich ihrer größten Furcht ohne Angst vor dem Entscheidungsprozess zu stellen: Die Tat war vollbracht, die Würfel waren gefallen. Eine Interviewte sagte: „Ich spürte, sie hatte die Wahl.“ Eine andere wiederum: „Ich war auf den Ansturm gefasst.“ Einer Therapeutin schien es, als ob sie versuchte, um die „Spitze dessen zu kurven, was zwischen uns vorging“. Es hörte sich ganz danach an, als ob sich die Therapeutinnen – ohne den Kontakt zu den Klientinnen zu verlieren – eine Sicherheitszone geschaffen hätten, innerhalb der sie die Auswirkungen ihrer Interventionen in Erfahrung bringen oder sich möglichen künftigen Auswirkungen stellen und dabei intakt bleiben konnten.

Typischerweise dauerten die Zweifel der Therapeutinnen in der Regel eine Weile an: „Habe ich das Richtige getan?“ „Wird die Klientin weglaufen?“ „Das kann ich nicht tun!“ „Bin ich inkompetent?“ Solche Gefühle schienen unabhängig von der Reaktion der Klientinnen und ohne Bezug auf die Bewertung der Reaktion der Klientin durch die Therapeutinnen aufzutreten. Parallel zu der Aufgabe, sich an oft größere Veränderungen in der Beziehung anzupassen, und parallel zur fortlaufenden Arbeit mit der Klientin hatten die meisten Therapeutinnen mit dem Gefühl zu kämpfen, sie würden das Wesentliche ihrer Ausbildung verraten, die den Einsatz der eigenen Person explizit oder implizit entmutigt hatte. Im Gespräch über dieses Sich-selbst-Einbringen erwähnte eine Therapeutin:

„Ich denke, ich mache das inzwischen, aber das hat damit zu tun, dass ich bereit bin, mehr Risiken einzugehen, und ich denke, das kam durch die Erfahrung ... Die Ausbildung hat mich kaum dazu ermutigt. Ich glaube nicht, dass es möglich ist, ganz ich selbst zu sein in einer Sitzung, bevor ich nicht bereit bin, Risiken einzugehen. Mich selbst da hinein zu begeben ist ein Wagnis.“

Eine andere Therapeutin merkte an:

„Ich dachte, Therapie sei total unpersönlich. Lass Dich selbst zu Hause!“

Und eine andere Interviewte:

„Das Härteste während meines Trainings war, dass mir beigebracht wurde, auf eine bestimmte Art zu sein, auf eine bestimmte Weise zu sitzen, was nun wirklich nicht der Sinn der Sache ist ... Es ist eine Art zu sein, und wir alle reagieren unterschiedlich.“

Die meisten beschrieben das Gefühl, als täten sie etwas Unerlaubtes, als überschritten sie die Grenzen ihrer Rolle als Therapeutin. Es erinnerte einige auch an Trainings mit Tonbandaufzeichnungen und an die Furcht, dabei ertappt zu werden, wie sie sich selbst irgendwie einbringen.

Der Prozess der Klientinnen

Die Interviewten waren der Ansicht, dass die meisten Klientinnen auf den kritischen Moment des Wagnisses in typischer Weise reagierten. Zuerst kam ein Schock, gewöhnlich gefolgt von einem Zurückweichen (physisch, psychisch oder beides), dann schloss sich eine Phase an, wo die Klientinnen versuchten Zeit zu gewinnen und während der sie wenig bis keine Anhaltspunkte darüber gaben, was gerade in ihnen vorging. Diese Phase konnte Minuten, den Rest der Sitzung oder mehrere Sitzungen andauern, bevor Klientinnen die Handlung der Therapeutinnen zurückwiesen oder akzeptierten. Es war, als ob eine Saat ausgesät worden wäre, die Zeit brauchte, um sich zu verwurzeln und zu wachsen, und die von der Klientin streng gehütet wurde, sogar vor der Therapeutin. Als ein Therapeut seinem Klienten sagte, er spüre etwas Festgefahrenes und frage sich, ob der Klient etwas Unausgesprochenes zurückhalte, bestätigte der Klient in seiner unmittelbaren Reaktion kaum diese Intervention und wandte sich etwas anderem zu. Erst mehrere Wochen später kam er darauf zurück und gab zu, wie wichtig diese Herausforderung für ihn gewesen sei, und er begann zum ersten Mal von der langen Periode eines sexuellen Missbrauchs in seiner Kindheit zu sprechen. Andererseits konnte die Saat verderben statt aufzugehen, und stillschweigend konnte sich Fäulnis ausbreiten, bis es einen Bruch in der Beziehung gab oder diese sogar endete. Als eine andere Therapeutin ihre Klientin damit konfrontierte, dass sie nicht zu Sitzungen erschienen sei, sagte die Klientin unmittelbar darauf kaum etwas dazu und umarmte sogar die Therapeutin, als sie den Raum verließ, wie es ihre Art war. Erst später gab sie zu, wie verärgert sie gewesen sei und dass all das Vertrauen, das sie über Jahre aufgebaut hatten, verloren war.

Die Reaktionen der meisten Klientinnen schienen also im Wesentlichen von zwei Faktoren abzuhängen, die ich für grundlegend halte, nämlich davon, ob die Klientinnen verstanden, welches Risiko eingegangen worden war, und vom Grad der Übereinstimmung dieses Verständnisses mit dem Verständnis der Therapeutin. Einige Interviewte meinten, das Verstehen ihrer Klientinnen hänge bis zu einem gewissen Grad von ihrem Selbstkonzept und der momentanen Verarbeitungskapazität ab, indem diese ihre Wahrnehmungen und Interpretationen der Handlungen der Therapeutin beeinflussten. Als zum Beispiel der Therapeut, der meinte, sein Klient sei ‚festgefahren‘, ihn hierzu befragte, spürte er, dass dieser sowohl genügend Selbst-Einsicht wie Verständnis vom therapeutischen Prozess besaß, um in der Lage zu sein, die Idee zu akzeptieren, dass da etwas sein könnte, was er möglicherweise vermeide. Dieses Beispiel illustriert auch, wie wichtig die Stabilität der Beziehung ist: Der Klient hatte ausreichend Vertrauen in den Therapeuten, um zu glauben, dass dieser eine Hilfe anbot, als er einen heiklen Punkt ansprach, und ihn nicht dafür kritisieren wollte, wie er von der Therapie Gebrauch machte, oder dass er vielleicht seine Ungeduld ausdrücken wollte, weil die Therapie nur langsam voranschritt. In diesem Fall sagte der Interviewte, er hätte gespürt, dass bereits ein starkes Vertrauen in die Beziehung vorhanden war und dass er sich dem Klienten in diesem Augenblick sehr nahe gefühlt hätte.

Die Therapeutin, die ihre Klientin mit ihren verpassten Sitzungen konfrontiert hatte, fragte sich, ob sie bei der Klientin ein Verständnis für die Bedeutung ihrer häufigen Abwesenheiten angenommen hatte, das vielleicht nicht vorhanden war oder das von ihrem Verständnis abwich, oder ob das, was die Klientin als In-Frage-Stellen ihres Engagements empfunden habe, in ihr starke Gefühle geweckt habe, deren sich die Therapeutin nicht bewusst war. Die Therapeutin sagte ferner, dass sie die Konfrontation am Ende der Sitzung gemacht habe, als sie dabei waren, wieder auf die Ebene eines ‚Alltag-Kontaktes‘ zurückzukommen. Die Klientin könnte sich möglicherweise ohne das Sicherheitsnetz eines tiefgehenden Kontaktes im kritischen Moment des Risikos relativ unsicher gefühlt haben, sodass ihre Abwehr automatisch aktiviert worden sei. Es lohnt sich jedoch, hier festzuhalten, dass die Therapeutin in ihren nachträglichen Überlegungen zu der Ansicht kam, dass vor dem Hintergrund der therapeutischen Arbeit, die darauf abzielt, dass die Klientin ihre eigene Stimme findet, der Akt der Therapeutin, ihre eigene Stimme beizusteuern, vielleicht die Klientin in die Lage versetzt hat, dasselbe zu tun, auch wenn dies zur Beendigung der Beziehung führte.

Auswirkung auf die Beziehung

Sofern gegenseitiges Verstehen gegeben war, schien das Moment des Risikos zu einem beidseitig geteilten Moment zu werden, und die Interviewten beschrieben eine wahrnehmbare Veränderung sowohl

in der therapeutischen Beziehung wie im therapeutischen Prozess. Oft wurde erwähnt, dass der Kontakt authentischer geworden sei, selbst dann, wenn die Klientin die konkrete Intervention zurückgewiesen habe. Eine Therapeutin sagte mit Blick auf Veränderungen in der Beziehung: „Es gab da eine greifbare Veränderung in unserer Beziehung, viel Augenkontakt ... entspannt.“ Eine andere erzählte: „Es entstand eine enge Beziehung. Sie wurde offener für das, was sie wirklich fühlte.“ Und jemand anderer: „Die Kontaktebene war umfassender ... offener ... über alles konnte gesprochen werden.“ Oft wurde etwas Schelmenhaftes ausgedrückt, etwa mit den Sätzen: „Es war eine Partnerschaft wie die von Bonnie und Clyde.“ „Da war etwas wirklich Unartiges dabei.“ „Sie erlaubte ein Gefühl von Schelmenhaftigkeit“, und Spaß gehörte ebenfalls dazu: „Zum ersten Mal konnten wir zusammen lachen.“ Sogar wenn die erste Reaktion als aggressiv wahrgenommen worden war, äußerten Therapeutinnen die Ansicht, dass als Langzeitwirkung die Beziehung gestärkt und eine tiefere Ebene der Echtheit erlebt und ausgedrückt wurde. Eine Therapeutin beschrieb es so:

„Plötzlich redeten wir über die reale Beziehung, über wirkliche Phantasien. Eine zusätzliche Ebene von Wirklichkeit. Fragen, die vorher nicht gestellt werden konnten, wurden jetzt zu einem therapeutischen Thema.“

In einigen Fällen diente die als riskant empfundene therapeutische Handlung als Modell der Selbstmitteilung für die Klientinnen; nachahmend begannen sie zu lernen, wie sie selbst ähnliche Risiken eingehen und sich dabei sicher fühlen können. Für jene Klientinnen, deren Reaktion einen zurückweisenden Charakter hatte, war die Wirkung auf die Beziehung bisweilen sehr dramatisch und führte in einigen Fällen zur Beendigung der Therapie.

Während die interviewten Therapeutinnen fanden, dass das Mitteilen von aktuell erlebten Gefühlen eine positive Wirkung auf die Beziehung und den therapeutischen Prozess hatte, schienen die meisten Interventionen, in denen biografische Informationen eingebracht wurden, die Verwirrung der Klientinnen nur zu vergrößern. In zwei Fällen hatten zwei Interviewte in der Therapie ihrer Klientin mitgeteilt, dass sie selbst ähnlich traumatische Erfahrungen hatten durchstehen müssen. Beide Klientinnen hatten die Ansicht ausgedrückt, niemand könne wissen, wie sie sich gefühlt hätten, und die Therapeutinnen schätzten es als hilfreich ein, wenn sie ihre Klientinnen wissen ließen, sie könnten sie vielleicht verstehen. Dennoch bestritt in einem Fall die Klientin, dass sie das Erlebnis berührt habe, und widersprach damit einer früheren Aussage. Im anderen Fall schien die Klientin schlicht verwirrt, und die Therapeutin – dieses Ereignis reflektierend – sagte, sie habe gespürt, dass die Klientin sich darüber gewundert haben mag, ob die Therapeutin überhaupt etwas von sich erzählen dürfe. Möglich, dass diese Art von therapeutischer Selbstmitteilung von den Klientinnen nicht als selbstverständlicher Teil des therapeutischen Prozesses erfahren oder verstanden wurde und sie deshalb nicht in der Lage waren, die mitgeteilte Erfahrung zu nutzen. Möglich auch, dass die Äußerung

der Therapeutin zum Erleben ihres eigenen Traumas in der Klientin das Bedürfnis weckte, sie zu beschützen, oder den Gedanken hervorrief, die Therapeutin ertrage ihr eigenes Trauma nicht. Ebenso könnten sie den Eindruck gewonnen haben, die Therapeutin habe ihnen die Aufmerksamkeit entzogen, oder die Erfahrung der Therapeutin korrespondierte nicht mit der ihrigen.

Folgende Arten von Risiken, die regelmäßig Klientinnen und Therapeutinnen in engeren Kontakt zueinander brachten, konnten unterschieden werden:

- Macht abtreten
- Sich erlauben, verletzlich zu sein
- Die eigene Unvollkommenheit zugeben und
- Abstand zu einer Haltung einzunehmen, als besäße man die Weisheit.

Anstatt seine Expertise einzusetzen, wird auf diese verzichtet.

Die Schilderungen der Interviewten legen tatsächlich den Schluss nahe, dass etwas vom Bestärkendsten, was eine Therapeutin für die Klientin tun kann, das Eingeständnis eines Fehlers ist, den sie im Verlauf der Therapie gemacht hat.

Eines der Beispiele dazu stammt von einer Therapeutin, die mit einer sexuell missbrauchten Klientin arbeitete. Als sich diese nach einer besonders emotionalen Sitzung erhob, um zu gehen, kam sie der Therapeutin auf dem Weg zur Tür ungewohnt nahe. Die Therapeutin empfand ihr gegenüber ein warmes Gefühl, streckte ihre Hand aus und berührte sie im Vorbeigehen leicht am Arm. Das geschah ganz ohne Worte, und die Therapeutin dachte nicht mehr daran bis zur nächsten Sitzung, in welcher die Klientin außerordentlich ängstlich zu sein schien. Als die Therapeutin dies ansprach, war sie überrascht, von der Klientin zu hören, dass sie die ganze Woche wegen der Berührung ihres Arms beunruhigt gewesen war. Die Therapeutin bekämpfte den Impuls, ihr Handeln zu rechtfertigen (etwa in der Art von „Ich empfand gerade viel Wärme Ihnen gegenüber“) und gab ihren Fehler unmittelbar zu. Sie gestand ein, sie ohne Erlaubnis berührt zu haben, wie das andere vor ihr getan haben, es sei eine Dummheit gewesen, dies zu tun. Mit diesem Eingeständnis, dass ihr Fehler unterlaufen können, veränderte sich die Beziehung. Die Therapeutin sagte: „Es fühlte sich an, als hätten wir einen Draht zueinander gefunden, als hätten wir uns gegenseitig verstanden. Wo du mit jemandem echt in Kontakt bist. Purer Kontakt. Es war eine neue Qualität da ... es entspannte.“ Ihre Beschreibung der neuen Beziehung schloss Wörter wie „wirklich“, „authentisch“ und die viel missachtete, aber höchst hilfreiche Facette einer Therapie, nämlich „Spaß“ mit ein. Sie lachten zusammen über ihre Albernheit und ihre bisherigen Gefühle der Unbeholfenheit, die sie daran gehindert hatten, voreinander offen zu sein. Die Klientin kam zunehmend in die Lage mitzuteilen, was sie hier und jetzt in dieser Beziehung fühlte. Gelegentlich erlaubte sie sich den Spaß, die Therapeutin beim Hinausgehen am Arm zu berühren. Sie fanden eine neue Vertrauensbasis, welche die bevorstehende schwierige Arbeit möglich machte.

Meine ursprüngliche Hypothese, dass der Moment, in welchem Therapeutinnen ein Risiko in der Beziehung eingehen, zu einem Kontakt auf einer tieferen Ebene führen könne, schien nun zu einfach, und ich begann, auf die Beziehung zwischen der Art der Interventionen und dem unmittelbaren Beziehungskontext zum Zeitpunkt eines kritischen Moments des Risikoverhaltens zu achten. Die Risikoereignisse, die beschrieben wurden, ließen sich für mich in vier unterschiedliche Kategorien von Therapeuteninterventionen gliedern. Ich bezeichne sie als

- *Passiv-unterstützend*: Die Therapeutin geht ein minimales oder gar kein Risiko ein und die Interventionen sind hauptsächlich reflektierender und bejahender Art;
- *Extern motiviert*: Die Therapeutin nimmt die Klientin mittels theoretischen Wissens und Überzeugungen wahr, und dies bestimmt ihre Interventionen;
- *Selektiv authentisch*: Therapeutinnen greifen ein eigenes spezifisches Gefühl, eine Reaktion oder Emotion heraus und entscheiden sich, diese in irgendeiner Weise zu nutzen (zum Beispiel wenn der Therapeut seinem Klienten mitteilt, er habe etwas Unausgesprochenes gefühlt, welches ihre Verbundenheit blockiere); und schließlich
- *Ganzheitlich authentisch*: Die Therapeutin riskiert ihr ganzes Selbst in der Tiefe der angebotenen Beziehung.

Ich betrachte diese Kategorien als unterscheidbare Arbeitsebenen. Sie können in ein und derselben Sitzung in beliebiger Kombination auftreten, obwohl sie eigentlich auch darauf schließen lassen, dass sie einen Entwicklungsprozess der Beziehung darstellen, in dessen Verlauf verschiedene Kategorien oder Grade des Risikoverhaltens eingeschlossen werden können.

Ich begann damit, Risikomomente als Tor zu einer anderen Dimension zu sehen, etwa analog zu Computerspielen. Ein kritisches Risikomoment hat die Fähigkeit, die erlebte Kontakttiefe von einer Ebene auf eine andere zu bewegen, ohne zu wissen, in welcher Richtung das Tor sich öffnen wird. Indem ich meine Aufmerksamkeit auf den Beziehungskontext vor und nach einem kritischen Risikomoment richtete, fand ich, dass die Kontakte in folgende Kategorien eingeteilt werden können:

- *Fragiler Kontakt*: Klientin und Therapeutin stehen oberflächlich in Beziehung, oft zu Beginn einer Beziehung oder am Ende einer Sitzung; ein Gefühl, als würde man sich auf der Straße begegnen.
- *Rationaler Kontakt*: Es ist ein gewisser Grad gegenseitigen Verstehens gegeben, gelegentlich auch eine starke Arbeitsbeziehung, aber die intellektuelle Ebene überwiegt.
- *Emotionaler Kontakt*: Die Beziehung von Klientin und Therapeutin spielt sich auf einer emotionalen Ebene ab, mit hohem Engagement, in der Regel gekennzeichnet durch eine starke Erfahrung von Empathie und Wärme (oder – alternativ dazu – durch einen erhöhten Grad an Ärger und Aggression).

- *Kreativer Kontakt*: Was zwischen den Beteiligten passiert, übernimmt die Hauptrolle, oft beschrieben als ein Gefühl von Liebe, Entspannung, aber auch von Aufregung.

Ich verwende den Begriff ‚kreativer Kontakt‘, weil ich bemerkte, dass ein starkes schöpferisches Element dabei war – eine miteinander erschaffene und geteilte Lebenserfahrung, beschrieben mit Sätzen wie ‚es war umfassend‘, ‚zwei Personen in einem Raum, die sich gegenseitig lieben‘, ‚sehr entspannt ... Verlust der Befangenheit‘, ‚darin eins‘. Eine Therapeutin beschrieb es als ein „Sich-Erlauben, zu lieben und geliebt zu werden. Es war eine Weise zu sein, innerhalb der Beziehung selbst, und eine Art des Antwortens auf den anderen.“ Das erinnert mich an Schmidts Beschreibung der Begegnung mit Klientinnen: „nicht indem einfache Antworten gegeben werden, sondern indem man selbst als Person die Antwort ist“ (Schmid 2001b, S. 62). Die Wirkung dieser Erfahrung war stark, wie das beispielsweise von den Worten einer Teilnehmerin unterstrichen wird: „Da ist dieses wow! der Liebe drum rum.“

Ich war neugierig zu erfahren, ob die in dieser Studie Interviewten solch tief empfundene Momente in der Therapie beschreiben, welche Mearns als ‚vertiefte Beziehung‘ identifiziert hat (Mearns 1996; Mearns & Cooper 2005). Die Therapeutinnen schienen auch ein Echo auf Rogers‘ Begriff der Präsenz (Rogers, 1986h), Thorne‘ Beschreibung der Zärtlichkeit (Thorne, 1991) und auf den von Rowan und Jacobs diskutierten transpersonalen Ansatz (Rowan & Jacobs, 2002) wiederzugeben. Ich hatte jedoch nicht den Eindruck, als würden sie sich etwas Größerem ergeben, wie es oft beschrieben wurde, vielmehr kreierten sie etwas Großes zwischen sich und ergaben sich daraufhin diesem Großen. Es war ihre einzigartige Schöpfung, ihre Wahl, ihre Macht. Sie vereinnahmten es und wurden ihrerseits davon vereinnahmt. Ich ziehe hier allerdings auch die Möglichkeit in Betracht, dass diese Unterscheidung bis zu einem gewissen Grad eher in meiner Wahrnehmung als Forscherin mit einem agnostischen Standpunkt liegt als in den Erfahrungen selbst.

Die unmittelbare Ebene des Kontakts im kritischen Moment des Riskierens wurde von den meisten als etwas empfunden, das einen hohen Voraussagewert liefert. Wer ein Risiko in einem als angemessen empfundenen Kontext einging, bewirkte oft eine Verschiebung der Beziehung in Richtung eines tieferen Kontakts, der in der Regel als authentischer geschildert wurde. Im Kontext eines fragilen Kontakts konnte die kleinste Herausforderung ein größeres Risiko für die Klientin bedeuten. Im Kontext eines rationalen Kontakts verkräftete hingegen die Therapie eine weit größere theoretische Herausforderung ohne wesentliches Risiko für die Beziehung. Kam es zu selektiver oder ganzheitlicher Authentizität, – beide typisch für die als instinktiv bezeichneten Interventionen –, schien dies eine positive Wirkung zu haben, wenn sie im Kontext eines emotionalen Kontakts erfolgte. Die ganzheitliche Authentizität führte oft zu einer Erfahrung von kreativem Kontakt oder ging mit ihr einher.

Diskussion und Folgerungen

Als bedeutsame Variable eines kritischen Moments von Risiko erwies sich in dieser Studie die Beziehung zwischen der Qualität des Kontaktkontextes und der Art der risikoträchtigen Intervention. Gleichzeitig wirkte sich das kritische Moment, ein Risiko einzugehen, am häufigsten auf die Tiefe und die Qualität der Beziehung aus. Die Interventionsweisen und die Beziehungsqualität sind zwei Aspekte, die häufig separat betrachtet werden. Diese Studie legt nahe, dass sie eher einen Vorhersagewert für das Ergebnis liefern, wenn sie als auf einander bezogen betrachtet werden. Wenn nur einer dieser zwei Aspekte isoliert untersucht wird, wendet man sich meines Erachtens nur jenem Teil des Geschehens zu, den man gerade als den bedeutendsten Wirkfaktor in der Therapie ansieht.

In einer Abhandlung zur Selbstoffenbarung wies Kramer darauf hin, dass „das Risiko ab- und der Gewinn zunimmt, wenn Selbsteinbringung auf eine gute Art stattfindet“ (Kramer 2000, S 75), und er erwähnte auch die beiden am häufigsten beobachteten Fehler, die er und auch andere hervorgehoben hatten, nämlich dass zu viel oder zu wenig gesagt wurde. Diese Studie legt nahe, dass der Beziehungskontext – sowohl bezüglich des Vertrauens in die fortlaufende Beziehung wie der unmittelbaren Kontaktebene, die im kritischen Moment des Riskierens besteht, – ein entscheidender Faktor ist, den in der Prozessdiagnostik zu berücksichtigen sich lohnt.

Diese Pilotstudie unterstrich ebenfalls die Rolle der Risikoübernahme durch Therapeutinnen. Risiken einzugehen bewegt die Beziehung und den therapeutischen Prozess in eine Richtung, die neue Arbeitsdimensionen umfasst. Das kritische Moment des Riskierens bildet den Ort, an dem ein Wechsel der Ebene des Kontakts eingeleitet wird: Dieser wird authentischer und erleichtert bei der Klientin tiefere Ebenen der Selbsteinbringung. Das kritische Moment des Riskierens könnte auch den Punkt markieren, an welchem ein Bruch in der Beziehung entsteht, der manchmal zur Beendigung der Therapie führen kann.

Die Kontaktebene, die ich als ‚kreativen Kontakt‘ definiert habe, hat nach Meinung der Interviewten in sich selbst eine heilende Qualität, die irgendwie der erlebten Tiefe des Kontakts entspringt. Wie bewirkt sie Heilung? Geschieht sie durch die Erfahrung selbst oder ist sie verbunden mit dem Prozess, durch den eine vertiefte Beziehungsebene erreicht wird? Oder könnte so eine Erfahrung Heilung bewirken, weil in der Beziehung viel tiefere Mitteilungsebenen möglich werden? Eine Therapeutin drückte es so aus: „Fragen, die zuvor nicht gestellt werden durften, wurden nun zum therapeutischen Thema.“

Darüber hinaus war ich von den Reaktionen einiger Interviewter überrascht. Typischerweise signalisierten sie ein Widerstreben davor, sich selbst in ihre Arbeit einzubringen aus Furcht, sie würden das Wesentliche ihrer Ausbildung verraten. Die meisten meinten, die Vorstellung, sich selbst auf irgendeine Weise in die Beziehung einzubringen, sei in der Ausbildung nicht nur ausgespart geblieben,

sondern sogar aktiv entmutigt worden. Vielleicht zeigen diese Ergebnisse, was Mearns und Thorne mit ihrer Äußerung meinten, als sie schrieben, Nicht-Direktivität werde manchmal mit Passivität in der Beziehung verwechselt (Mearns & Thorne 2000).

Neulich haben Mearns und Schmid gemeinsam einen Artikel verfasst und dabei die Personzentrierte Psychotherapie als einen tiefgreifenden ko-kreativen Personwerdungsprozess beschrieben. Sie betonten, wie wertvoll es sei, wenn die Therapeutin nicht nur auf die – wie sie es nannten – konkordante und komplementäre empathische Resonanz Bezug nimmt, sondern ebenso auf die personale oder dialogische Resonanz, die ihren Ursprung weder in der Klientin noch in der Therapeutin, vielmehr in beiden gemeinsam hat bzw. die – wie sie es ausdrückten – „aus der Beziehung von Person zu Person geboren wird“ (Mearns & Schmid, 2006a, S.184).

In ihren Forschungen zum Einsatz des Selbst durch Therapeutinnen skizzierte Shadley vier unterscheidbare Selbstmitteilungsstile. Denjenigen, der am wenigsten offenbart, nannte sie ‚reflexives Feedback‘. Dieses schloss nach ihrer Beschreibung Selbstexposition mit ein, etwa „beim Befragen oder Herausfordern von Familien und durch das Wiedergeben von Eindrücken“, aber die Therapeutin „teilt selten eine persönliche Information oder ein starkes Gefühl mit“ (Shadley 2000, S. 199). Rowan und Jacobs meinten, dass dies wohl der Stil sei, der in Therapiekursen am häufigsten gelehrt werde (Rowan & Jacobs 2000). Einige Autoren vermuten, dass so bedeutende Momente eines vertieften Kontakts in den Ausbildungskursen deswegen nicht diskutiert würden, weil sie jenseits der herrschenden ‚Doktrin‘ lägen (Yalom 1980, zit. durch Lietaer 2001). Ich frage mich, ob einige Trainingskurse im Personzentrierten Ansatz, welche die Nicht-Direktivität so sehr betonen, es bei der Vermittlung der Bedeutung von Kongruenz versäumen, die Therapeutinnen zu ermutigen, auf ihre Kongruenz zu vertrauen.

Die meisten Befragten erwähnten ein inneres Ringen bei diesem Thema, vor allem in den ersten beiden Jahren nach der Zertifizierung. Sehr Erfahrene unter den Befragten hingegen haben offenbar das Eingehen von Risiken in ihre gesamte Art, in Beziehung zu sein und damit zu arbeiten, integriert. Sie waren weniger ängstlich, Risiken einzugehen, auch dann, wenn sie das Resultat als negativ wahrnahmen. Es schien sogar, dass sie eher dazu neigten, die Verantwortung für eine offensichtlich negative Reaktion den Klientinnen zuzuweisen, während weniger erfahrene Therapeutinnen dazu tendierten, die Schuld für das, was sie als ihre eigene dürftige Urteilsfähigkeit ansahen, auf sich zu nehmen.

Als ich zum Schluss auf die Beschreibungen der Gedanken und Gefühle der Befragten während der Sitzungen sowie auf die Beschreibung des Versuchs vieler Klientinnen, ‚Zeit zu gewinnen‘, zurückblickte, fiel mir auf, dass in jeder Sitzung eine große Menge nicht geteilter Erfahrungen gemacht werden (auch Mearns & Cooper 2000 erwähnen diesen Punkt). Was die Klientinnen betrifft, haben sie, auch wenn ihre unmittelbare Reaktion aussah, als würden sie sich zurückziehen, oft über das Gesagte nachgedacht, es weiter

verarbeitet, sind auf eigene Weise damit umgegangen und mehrere Wochen später darauf zurückgekommen. Wenn dies der Fall war, schien es bisweilen, als hätten sie dieses neue Verstehen in ihre Art zu sein integriert – ohne weitere Hilfe durch die Therapeutin, womit sie zeigten, wie wichtig es sowohl für die Therapeutin ist, an ihre Klientinnen zu glauben, wie für die Klientinnen, Vertrauen in ihre Therapeutin zu haben. Diese Beobachtung unterstreicht aber auch die Wichtigkeit eines Riskobewusstseins und eines Wach-Bleibens für Signale, die anzeigen, wenn die Saat verdirbt oder nicht zum Blühen kommt.

Es gab ein großes Ausmaß an nicht ausgesprochenem Erleben auch dann, wenn Klientin und Therapeutin in relativ engem Kontakt standen. Welche Rolle spielt diese bedeutende Menge an Nicht-Ausgesprochenem? Könnte es sein, dass dieses interne, separate Erleben ein notwendiger Teil des gesamten Prozesses ist, welcher die Verbundenheit am Rande des Erfahrens der Einzelnen erleichtert und die Begegnung im Zwischenraum leichter macht? Oder dient dieses unausgesprochene Erleben eher dazu, tiefe Kontakte zu behindern oder zu vermeiden? Erneut denke ich, dies sei ein Feld für weitere Erkundungen.

Abschließend lässt sich festhalten:

Diese Studie befasste sich explorativ mit dem Erleben von Risiko in der Personzentrierten Psychotherapie aus der Perspektive der Therapeutinnen. Die Mehrzahl der beschriebenen Beispiele schloss

irgendeine Form von Selbstmitteilung vonseiten der Therapeutin ein, sei es, dass eine persönliche Information mitgeteilt, ein im Moment erlebtes eigenes Gefühl geäußert oder eine theoretische Analyse darüber, was in der Klientin vorging, abgegeben wurde.

Alles in allem legt diese Studie nahe: Wenn Therapeutinnen erleben, dass sie mit einer Intervention ein Risiko eingehen, kann dieser kritische Moment – aus der Sicht der Therapeutinnen – die therapeutische Beziehung in eine Richtung bewegen, die tiefere Ebenen des Kontakts einschließt, und er birgt das Potenzial, den therapeutischen Prozess zu fördern. Die Untersuchung unterstreicht allerdings auch, dass Interventionen des Typs Selbsteinbringung, die das Eingehen eines Risikos enthalten, die Möglichkeit vielfacher interaktioneller Verwicklungen in sich bergen und deswegen jeweils einer genauen Abwägung und Indikation bedürfen. Zu den Variablen mit Vorhersagewert zählen

- das Vertrauensniveau in der fortlaufenden therapeutischen Beziehung,
- die Motivation der Therapeutinnen,
- die Verstehens- und Verarbeitungskapazität der Klientin und
- die Kontaktebene im kritischen Moment des Risikoerlebens, bezogen auf die Art der ausgeführten Intervention.

Die Studie deutet weiter darauf hin, dass einige Therapeutinnen einen Konflikt erleben zwischen ihrem Ausbildungsschwerpunkt und dem Sich-Einbringen als Person.

Literatur

- Baldwin, M. (Ed.) (2000). *The Use of Self in Therapy* (2nd ed.). Binghampton, NY: Haworth Press.
- Baldwin, D. C., JR & Miller, S. G. L. (2000). Implications of the wounded healer paradigm for the use of self in therapy. In: Baldwin, M. (Ed.), *The Use of Self in Therapy* (2nd ed.) (pp. 243–261). Binghampton, NY: Haworth Press.
- Barker, C. (1985). Interpersonal process recall in clinical training and research. In: Watts, F. N. (Ed.), *New Developments in Clinical Psychology* (pp. 54–169). Chichester: Wiley/BPS.
- Bozarth, J. D. & Wilkins, P. (2001). *Unconditional Positive Regard*. Series "Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice", Vol 3. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Buber, M. (1970). *I and Thou*. Edinburgh: T & T Clark.
- Cashwell, C. S. (2002). *Interpersonal Process Recall*. Greensborough: University of Carolina.
- Cooper, M. (2004). Towards a relationally-orientated approach to therapy: empirical support and analysis. *British Journal of Guidance and Counselling*, 32(4), 451–460.
- Egan, G. (2002). *The Skilled Helper* (7th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Flannery, J. (1995). Boredom in the therapist. *Psychotherapy Journal*, 11(4), 536–544.
- Jung, C. G. (1951). Fundamental questions of psychotherapy. In: Read, H., Fordham, M. & Adler, G. (Eds.), *Practice of Psychotherapy, Collected Works, Volume 16* (pp. 133–338). New York: Pantheon Books.
- Knox, S., Hess, S. A., Peterson, D. A. & Hill, C. E. (1997). A qualitative analysis of client perception of the effects of helpful therapist self-disclosure in long-term therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 44(3), 274–283.
- Kottler, J. A. (1986). *On Being a Therapist*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kramer, C. (2000). Revealing our selves. In: Baldwin, M. (Ed.), *The Use of Self in Therapy* (2nd ed.) (pp. 61–96). Binghampton, NY: Haworth Press.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. London: Sage.
- Lietaer, G. (2001). Being genuine as a therapist: congruence and transparency. In: Wyatt, G. (Ed.), *Congruence*. Series "Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice", Vol. 1 (pp. 36–54). Ross-on-Wye: PCCS Books.

- May, R. (1980). *Psychology and the Human Dilemma*. New York: W. W. Norton.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative Research in Counselling*. London: Sage.
- Mearns, D. (1996). Contact at relational depth. *Counselling*, 96, 306–311.
- Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at Relational Depth in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.
- Mearns, D. & Thorne, B. (1999). *Person-Centred Counselling in Action* (2nd ed.). London: Sage.
- Mearns, D. & Thorne, B. (2000). *Person-Centred Therapy Today*. London: Sage.
- Mearns, D. & Schmid, P. (2006a) Being-with and being-counter: Person-centered psychotherapy as an in-depth co-creative process of personalization. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 3, 174–190.
- Mearns, D. & Schmid, P. (2006b) Being-with and being-counter: Relational depth: The challenge of fully meeting the client. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 4, 255–265.
- Merry, T. (2002). *Learning and Being in Person-Centred Counselling* (2nd ed.). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological Research Methods*. London: Sage.
- Rennie, D. L. (1992). Qualitative analysis of the client's experience of psychotherapy: the unfolding of reflexivity. In: Toukmanian, S. G. & Rennie, D. L. (Eds.), *Psychotherapy Process Research: Paradigmatic and Narrative Approaches* (pp. 211–233). London: Sage.
- Rogers, C. R. (1951a). *Client-Centred Therapy*. London: Constable.
- Rogers, C. R. (1961a). *On Becoming a Person*. London: Constable.
- Rogers, C. R. (1961c). Ellen West—and Loneliness. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 1 (2) pp. 94–101. Reprinted in H. Kirschenbaum and V. Henderson (Eds.) (1990) *The Carl Rogers Reader Ed. 2* (pp. 157–168). London: Constable.
- Rogers, C. R. (1970a). *On Encounter Groups*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin.
- Rogers, C. R. (1980a). *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1986h) A client-centred/person-centred approach to therapy. In I. L. Kutash and A. Wolf (Eds.) *Psychotherapist's Casebook* (pp. 197–208). San Francisco: Jossey-Bass. Reprinted in H. Kirschenbaum and V. Henderson (Eds.) (1990), *The Carl Rogers Reader* (pp. 135–152). London: Constable.
- Rowan, J. & Jacobs, M. (2002). *The Therapist's Use of Self*. Buckingham: Open University Press.
- Schmid, P. F. (1997). Person-centred approach. In S. Auntes & J. Marques-Teixeira (Eds.), *Conference Volume: Proceedings of the IVth ICCCEP Conference, Lisbon, 1997*. Lisbon: Universita Catolica Portuguesa, 2001. Available online at: <http://www.pce-world.org/idxconf.htm> (accessed 10 January 2004).
- Schmid, P. F. (2001a). Authenticity: The person as his or her own author. Dialogical and ethical perspectives on therapy as an encounter relationship. And beyond. In: Wyatt, G. (Ed.), *Congruence*. Series "Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice", Vol. 1 (pp. 201–216). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2001b). Acknowledgment: The art of responding. Dialogical and ethical perspectives on the challenge of unconditional relationships in therapy and beyond. In: Bozarth, J. & Wilkins, P. (Eds.), *Unconditional Positive Regard*. Series "Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice", Vol. 3 (pp. 49–64). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2002). Presence: Im-media-te co-experiencing and co-responding. Phenomenological, dialogical and ethical perspectives on contact and perception in person-centred therapy and beyond. In: Wyatt, G. & Sanders, P. (Eds.), *Contact and Perception*. Series "Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice", Vol. 4 (pp. 182–203). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Shadley, M. L. (2000). Are all therapists alike? Revisiting research about the use of self in therapy. In: Baldwin, M. (Ed.), *The Use of Self in Therapy* (2nd ed.) (pp. 191–211). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Thorne, B. (1991). *Therapeutic and Spiritual Dimensions*. London: Whurr.
- Thorne, B. (1994). *Carl Rogers*. London: Sage.
- Wolcott, H. F. (1994). *Transforming Qualitative Data: Description, Analysis, Interpretation*. London: Sage.
- Wosket, V. (1999). *Therapeutic Use of Self*. London: Routledge.
- Wyatt, G. (Ed.) (2001). *Congruence*. Series "Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice", Vol. 1. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Yalom, I. D. (2002). *The Gift of Therapy*. London: Piatkus Books.

Autorin:

Rosanne Knox, MA, MBACP (accred) UKRC, 1955, forschte mit dem Schwerpunkt ‚Beziehungserleben in der therapeutischen Begegnung‘ an der Faculty of Health and Human Science der Thames Valley University in Ealing, London, und absolviert zurzeit ein Doktoratsstudium an der University of Strathclyde in Glasgow/UK. Sie ist leitende Supervisorin der Childline-Dienste der NSPCC, einer Kinderschutzorganisation in Großbritannien, und personzentrierte Psychotherapeutin in privater Praxis.

Korrespondenzadresse:

Rosanne Knox
Counselling Unit
University of Strathclyde
76 Southbrae Drive
Glasgow G13 1PP UK
E-Mail: RosanneKnox@aol.com

Silke Birgitta Gahleitner

Bindungstheorie und personzentrierte Beziehungsgestaltung: Überlegungen zu einem ‚allgemeinen Wirkfaktor‘

Zusammenfassung: Der Erfolg professioneller Begleitung steht und fällt mit der Qualität der helfenden Beziehung – inzwischen eine über verschiedene Therapieansätze hinweg gut belegte Erkenntnis. Wie genau diese Beziehung sich jedoch gestaltet, ist bis heute in Forschung und Theoriebildung noch erstaunlich ungeklärt. Die Bindungsforschung, die in den letzten Jahren zunehmend Ergebnisse für die therapeutische Praxis entwickelt und zugänglich machte, hat hier einen entscheidenden Beitrag geleistet. Die Erfahrung, dass Muster gelingender Interaktion eine wichtige Grundlage für helfende Berufe darstellen, lässt sich durch dieses Konzept besser systematisieren. Der vorliegende Artikel beleuchtet Bindungsphänomene in ihrer Bedeutung für die therapeutische Beziehungsgestaltung im Dialog mit klientenzentrierter Theorie und ermöglicht einen Einblick in die Kraft der Ressource ‚Beziehung‘ für die personzentrierte Beziehungsgestaltung.

Schlüsselwörter: Therapeutische Beziehung, Bindungstheorie, Gesprächspsychotherapie, Personzentrierter Ansatz

Abstract: Attachment theory and person-centered relationships. Professional support ultimately depends on the quality of the therapeutic relationship. Psychotherapy research confirmed the therapeutic relationship as the strongest general effectiveness factor, irrespective of the type or school of psychotherapy. However, exactly how this relationship is created still remains surprisingly unexplained. Recent research on attachment has focused on practice-oriented issues, the results of which are directly applicable to psychotherapy. These results have provided me with a systematic model describing my experience that the same patterns of successful interactions that ensure good interpersonal relationships in early infancy also form an important part of the basis for psychotherapy. This article throws light on how attachment phenomena can be drawn upon in the handling of the therapeutic relationship as conceptualized by client-centered theory. It attempts to provide some insight into the power of ‘relationship’ as a resource for the person-centered mode of handling psychotherapy.

Keywords: Therapeutic Relationship, Attachment Theory, Client-Centered-Approach, Person-Centered-Approach

„Menschen befinden sich in psychologischem Kontakt oder haben das Minimum an Beziehung, wenn sie eine offene oder unterschwellig wahrgenommene Veränderung des Erlebnissfeldes des anderen erzeugen.“ (Rogers, 1959a/1987, S. 34)

Einleitung

Das Thema ‚therapeutische Beziehung‘ erfreut sich in den letzten Jahren durchaus einer gewissen Aufmerksamkeit – auch in der Tages- und Wochenpresse. Durchforstet man beispielsweise DIE ZEIT zu diesem Thema, wird man in den letzten Monaten an zwei Stellen fündig. In einem Artikel mit dem Titel ‚Die heilende Kraft der Beziehung‘ formuliert Fritz Henn als befragter Fachexperte zum Thema die Schlagzeile: „Zwischen Arzt und Patient muss eine Verbindung bestehen. Patienten müssen an ihren Arzt glauben. Dieser Placeboeffekt macht 50 Prozent meiner Effektivität als Psychiater aus“ (im

Interview mit Ulrich Schnabel). In einem zweiten Artikel mit dem Titel „Die Heilkraft des Vertrauens – Wie wichtig das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist, entdeckt die Medizin gerade neu“ werden vom Autor des Artikels zehn hilfreiche Tipps zur besseren Behandlung aus einschlägigen Fachzeitschriften und Kommunikationshandbüchern für Mediziner zusammengestellt¹, so u. a.: formelle Kleidung unterstützt Ihre Vertrauenswürdigkeit, bieten Sie dem Patienten/der Patientin einen bequemen Stuhl an, geleiten Sie den Patienten/die Patientin mit aufmunternden Worten zum Ausgang.

1 Der volle Text des Schaukastens lautet: 1. Formelle Kleidung unterstützt Ihre Vertrauenswürdigkeit; 2. Geben Sie dem Kranken die Hand und stellen Sie sich vor; 3. Der Augenkontakt signalisiert Ihr Interesse am Gegenüber; 4. Bieten Sie dem Patienten einen bequemen Stuhl an; 5. Ein Lächeln motiviert ihn zu mehr Offenheit; 6. Der Patient braucht Zeit und vor allem Ihr offenes Ohr; 7. Gründliche körperliche Untersuchungen schaffen Vertrauen und unterstreichen, dass Sie ihn ernst nehmen; 8. Eine Spritze bewirkt manchmal mehr als eine Tablette; 9. Die Hand auf der Schulter kann beruhigen; 10. Geleiten Sie den Patienten mit aufmunternden Worten zum Ausgang (Albrecht, 2006).

Eigentlich könnte man den Artikel an dieser Stelle resigniert beenden, denn hier spiegeln sich exakt zwei aktuelle Trends: die heilberuflichen Machtverhältnisse und die positivistisch-reduktive erkenntnistheoretische Position der Forschung. Zur Resignation ist das Thema jedoch m. E. zu bedeutsam. In meiner langjährigen psychotherapeutischen und beraterischen Praxis – und hier insbesondere in der Arbeit mit komplex traumatisierten Klienten – vermittelte sich mir von Beginn an, dass der *Erfolg professioneller Begleitung* mit der *Qualität der helfenden Beziehung* steht und fällt. Trotz dieser Erfahrungen fiel es mir jedoch oft schwer, systematisch zu formulieren, wie es sich denn nun genau mit dieser Beziehung verhält und warum sie sich als so ‚wirksam‘ erweist. Eine Untersuchung zur Bewältigung früher Traumatisierung (Gahleitner, 2005a, 2005c) führte erneut zur zentralen Bedeutung unterstützender Beziehungserfahrungen, sowohl im unmittelbaren Umfeld als auch in der Begegnung mit professionellen Helfern.

Tatsächlich ist die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den therapeutischen Prozess das am besten belegte Ergebnis der Psychotherapieforschung und stellt *über verschiedene Therapieansätze hinweg eine wesentliche Determinante* zur Erreichung günstiger Therapieergebnisse dar (s. u.). Insbesondere emotionale Aspekte weisen studienübergreifend auf hohe Zusammenhänge mit dem therapeutischen Erfolg hin. Wie genau diese Beziehung jedoch aussieht, ist bis heute auch auf der Wissenschaftsebene ziemlich ungeklärt. Trotz Definitionsdebatten jedoch besteht große Übereinstimmung hinsichtlich der Annahme, dass die therapeutische Beziehung in allen Formen von Therapie eine wichtige Komponente darstellt und ihre generelle Qualität das Endergebnis der Therapie beeinflusst.

Die *Bindungsforschung*, die sich in den letzten Jahren zunehmend damit befasst hat, Behandlungskonzepte auf der Grundlage der *Bindungstheorie* zu untersuchen und die Ergebnisse für die Praxis zugänglich zu machen, hat hier m. E. einen entscheidenden Beitrag geleistet, wird jedoch gemessen daran im psychotherapeutischen Feld wenig rezipiert (s. u.). Blickt man z. B. in aktuelle Themenhefte von Fachzeitschriften aus dem therapeutischen Fachspektrum, wird man nicht so recht fündig. In der vierten Ausgabe der Zeitschrift ‚Psychotherapie im Dialog‘ wurde das Thema der therapeutischen Beziehung aus der Perspektive aller Verfahren dekliniert. Die therapeutische Beziehung wird in der Einleitung als *„das tragende Element jeder Psychotherapie“* bezeichnet (Senf & Broda, 2004, S. 320; Hervorhebung im Original). Die Bindungsforschung wird darin drei Mal erwähnt, einmal in einer einführenden Diskussion durch Jürgen Kriz (Holm-Hadulla, Kriz & Lieb, 2004) und jeweils einmal in den beiden Artikeln zur psychoanalytischen Perspektive (Heisterkamp, 2004; Hekele, 2004), allerdings lediglich durch kurze, nicht stark auf bindungstheoretische Konzepte bezogene Nennungen².

2 John Bowlby als begründender Theoretiker der Bindungstheorie beispielsweise wird in der ganzen Zeitschrift nicht zitiert (vgl. auch den kürzlich erschienenen Übersichtsband von Sachse, 2006).

Bindung jedoch, verstanden als die Gesamtheit spezifischer, emotional und kognitiv verankerter Verbindungen eines Menschen zu Personen, zu denen er kontinuierlich über Raum und Zeit hinweg in Beziehung steht (Grossmann & Grossmann, 2004), konstituiert ein *„Gefüge psychischer Sicherheit“* (ebenda, S. 612). Die Qualität dieses Gefüges beeinflusst nicht nur die Entwicklung des Kindes in einer komplexen Weise, sondern stellt einen ebenso wichtigen Prognose- und Gestaltungsfaktor für Therapie- und Beratungsprozesse dar. Meine Erfahrung, dass Muster gelingender Interaktion eine wichtige Grundlage für helfende Berufe darstellen, ließ sich durch dieses Konzept besser systematisieren. Der vorliegende Artikel³ beleuchtet *Bindungsphänomene in ihrer Bedeutung für die therapeutische Beziehungsgestaltung* im Hinblick auf die *klientenzentrierte Theorie*. Nach der Darstellung der zentralen theoretischen Konzepte der Bindungstheorie auf dem aktuellem Forschungsstand unternimmt er den Versuch, einen Einblick in die Kraft der Ressource ‚Beziehung‘ für die personenzentrierte Beziehungsgestaltung zu geben. Im zweiten Kapitel werden dazu Forschungsergebnisse zur therapeutischen Beziehung im Allgemeinen referiert, im dritten Kapitel bindungstheoretische und gesprächspsychotherapeutische Konzepte in einen Dialog gestellt und im Anschluss daran ein Modell von Jobst Finke (2004) als integratives Modell zwischen beiden Theoriesträngen vorgeschlagen. Im Schluss und Ausblick sollen weiterführende Fragestellungen dazu anregen, das Thema in Forschung, Theorie und Praxis des klientenzentrierten Ansatzes weiter zu entwickeln.

Bindungstheoretische Grundlagen

„Wenn man Bindungsverhalten bei einem Erwachsenen als regressiv bezeichnet, vergisst man die lebenswichtige Rolle, die dasselbe von der Wiege bis zum Grabe im Menschenleben spielt.“ (Bowlby, 1969–1980/2006, S. 204)

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts stieß der englische Psychoanalytiker John Bowlby (1907–1990) bei der Behandlung schwer beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher immer wieder auf frühkindliche Defizite und Traumata. Im Kontrast zum „Mainstream“ der damaligen psychoanalytischen Theoriebildung hielt er die von den Kindern berichteten Erfahrungen nicht für Phantasien, sondern erkannte deren Bedeutung für den Lebensverlauf. Aus diesen Erkenntnissen entwickelte er die *Bindungstheorie* als ein zentrales *Konstrukt* zum Verständnis der *lebensnotwendigen soziokulturellen Erfahrungen* eines Menschen.

In den zentralen Publikationen (WHO-Studie, 1951/1973; Trilogie ‚Attachment; Separation; Loss‘, 1969–1980/2006) vertritt Bowlby die Auffassung, dass Kinder aufgrund einer evolutiv vorgegebenen Bindungsneigung die Nähe vertrauter Personen aufsuchen. Er geht

3 Für wichtige Anregungen danke ich herzlichst Prof. Dr. Finke und Prof. Dr. Höger.

davon aus, dass diese frühen Bindungen Kindern als sichere Basis und Grundstruktur für die gesamte weitere Entwicklung dienen. Die Bindungstheorie verbindet damit – für den damaligen Zeitpunkt revolutionär – ethologisches, entwicklungspsychologisches, psychoanalytisches und systemisches Denken und betrachtet Säugling und Fürsorgeperson als aktive Interaktionsteilnehmer (vgl. auch Brisch, 1999; Dornes, 2000).

In Situationen von Verunsicherung wird das Bindungsverhalten aktiviert. Ist das Sicherheitsbedürfnis gestillt, kann Exploration stattfinden. Die Abwesenheit stabiler Bindungspersonen hingegen behindert die Exploration der Umwelt und damit eine gesunde Entwicklung emotionaler, kognitiver und sozialer Fähigkeiten. „Es braucht also eine ausgewogene Balance zwischen Sicherheit durch Nähe zur Bindungsperson und Sicherheit durch angeleitete, unterstützte Exploration.“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 603) Damit wird Bindung zu einem der *zentralen Schutzfaktoren* für „die seelische Gesundheit und die Charakterentwicklung“ (Bowlby, 1953/2005, S. 11).

Aus den Erfahrungen, die der Säugling mit seinen Betreuungspersonen macht, resultiert ein Gefühl der Gebundenheit, das verschiedene Qualitäten annehmen kann. Ausschlaggebend für das Gelingen einer sicheren Bindung ist die Verfügbarkeit mindestens einer Bezugsperson im Hinblick auf die Bedürfnisse und Signale des Kindes. Um eine stabile Bindung zu ermöglichen, müssen Fürsorgepersonen die Bedürfnisse der Säuglinge in einer *feinfühlig* Weise beantworten. Dies bedeutet, dass die Signale richtig wahrgenommen und interpretiert sowie prompt und angemessen beantwortet werden (*Konzept der Feinfühligkeit*; Ainsworth, Bell & Stayton, 1974).

Auf dieser Basis unterscheidet man verschiedene *Bindungstypen* (Ainsworth & Wittig, 1969): Verhält sich die zentrale Bindungsperson dem Säugling gegenüber *feinfühlig*, entwickelt er eine sichere Bindung, welche von Vertrauen, Gegenseitigkeit und Kontinuität geprägt ist. Reagiert die Bindungsperson mit Distanz auf Bindungsbedürfnisse, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass beim Säugling eine unsicher-vermeidende Bindung entsteht. Beantwortet die Bindungsperson die Signale manchmal emotional zugewandt, häufig aber auch mit Zurückweisung oder Aggressivität, entwickelt sich eine unsicher-ambivalente Bindung. Die Bindungstypen sind jedoch nicht als absolute, sondern relative Größen, also jeweilige *Bindungsanteile* oder auch *konstruktives Coping mit den bestehenden Bindungsverhältnissen* zu verstehen.

Über die Interaktion mit Bindungspersonen entwickelt der Säugling Erwartungen, die sich mit der Zeit verfestigen und zu *Internalen Arbeitsmodellen* werden (Main et al., 1985; vgl. auch *representations of interactions that have been generalized*: RIGs bei Stern, 1985/1992, bzw. *Mentalisierungsprozesse des Selbst* bei Fonagy et al., 2002/2004). Diese finden eine Entsprechung auf neurophysiologischer Ebene (Grawe, 2004; Spangler, 2001). Das Zentralnervensystem ist in den ersten Lebensmonaten und -jahren noch stark formbar und muss angemessen stimuliert werden, damit

es später funktionieren kann (LeDoux, 1998). Man spricht dabei auch von *Aktivationsmustern des Gehirns* (Siegel, 1999).

Zuwendung, Nähe und Körperkontakt also „festigen den Bindungsprozess physiologisch“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 44). Werden solche Sequenzen von bedeutsamen Bezugspersonen empathisch und entwicklungsangemessen unterstützt, können die vagen Selbstempfindungen zunehmend kognitiv erfasst, mit Sprache gefüllt, vom Kind selbst(-wirksam) (Crittenden, 1995) kommuniziert und damit auch besser reguliert werden. Das Kind kann nun eigene *und* die Emotionen anderer erfassen und mit gestalten. Gelungene Interaktionen werden auf diese Weise zu einem grundlegenden Organisationsprinzip der emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklung.

Die Bindungstheorie gibt damit nicht nur Antworten auf Fragen zur frühen Kindheit. „In jedem Alter sind Bindungsgefühle und Bindungsverhalten eng mit der gesamten Entwicklung verbunden, mit der Entwicklung von Denken, Planen, Wollen, der Entwicklung der Selbständigkeit, der Selbstkontrolle und ... den sozialen Fähigkeiten“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 25). So entwickeln sich die *Internalen Arbeitsmodelle* in ständiger Interaktion des Individuums mit seinem Umfeld zu *Bindungsrepräsentationen*. Angelehnt an die drei Bindungsqualitäten der Kinder unterscheidet man im Erwachsenenalter eine autonom sichere, eine unsicher-distanzierte und eine präokkupierte Bindungsrepräsentation (für eine Übersicht vgl. Hesse, 1999).

Werden die elementaren Bedürfnisse eines Kindes also erfüllt und die Entwicklungschancen ‚gut genug‘ gefördert, hat ein Kind gute Chancen, sich zu einem gesunden Selbstwert, zu Stabilität, Widerstandsfähigkeit und sozialer Kompetenz zu entwickeln (Antonovsky, 1987/1997; Cicchetti, 1999; Schmidt-Denter & Spangler, 2005; Spangler & Zimmermann, 1999). Ein negatives soziales Umfeld wird dagegen postwendend zum Risikofaktor für die weitere Entwicklung. Im Gegensatz zur Entstehung einer ‚sicheren Bindungsbasis‘ in den ersten Lebensjahren erleben Kinder ohne einen ‚sicheren Hafen‘ eine bedrohliche Double-Bind-Situation: einerseits das existentielle Bedürfnis, sich der Bezugsperson zu nähern, andererseits dort nicht sicher oder gar bedroht zu sein. Dies hinterlässt beim Kind einen unlösbaren Bindungskonflikt mit der Folge massiver innerer Spannungen (Brisch, 2003).

Für misshandelte Kinder besteht sozusagen dauernder ‚Feueralarm‘ (Grossmann, 2002). Dies kann zur Ausbildung eines ‚desorganisierten Bindungsmusters‘⁴ führen, welches *zusätzlich* zu den drei Bindungstypen klassifiziert wird. Dazu zählt beispielsweise stereotypes Verhalten, Erstarren mitten in einer bindungsrelevanten

⁴ Dies gilt jedoch nicht im Umkehrschluss: Nicht alle Kinder, die desorganisierte Bindungsanteile aufweisen, haben selbst Gewalt erfahren. Ein desorganisierter Bindungsanteil kann auch auf viele andere Weisen entstehen, z. B. wenn die Bezugsperson ihrerseits traumatisiert oder psychisch beeinträchtigt ist und das Kind im Kontakt mit ihr in bestimmten Beziehungssequenzen Abwesenheit oder Angst erfährt, obwohl dies nicht von der Fürsorgeperson beabsichtigt wird.

Situation oder chaotisches Wechseln zwischen verschiedenen Bindungstypen (Main & Hesse, 1990; Solomon & George, 1999). In nicht klinischen Stichproben zeigen ca. 15–20% der Kinder ein solches Bindungsverhalten, bei Kindern mit Traumaerfahrungen (oder aber traumatisierten Eltern) steigt dieses Muster auf bis zu 80% der Kinder an (Brisch, 2006). Eine globale, schwerwiegende Fragmentierung bis Zerstörung der Internalen Arbeitsmodelle klassifiziert man als ‚Bindungsstörung‘. Dabei geht man von einem fließenden Übergang von noch gesunden hin zu pathologischen Bindungsmustern aus (Crittenden, 1995). Karl Heinz Brisch (1999, 2006) unterscheidet übersteigertes, fehlendes, gehemmtes aggressives und undifferenziertes Bindungsverhalten und Rollenkehr und nennt zahlreiche Pathologien im späteren Leben, die damit in Zusammenhang stehen.

In die Bindungsbeziehung gehen damit alle Gefühle, Erwartungen und Erfahrungen ein, die ein Kind mit zentralen Bezugspersonen gemacht hat. Die Bindungstheorie bezieht sich dabei keineswegs nur auf die primären Bezugspersonen oder gar nur die biologische Mutter. Menschen können zu verschiedenen Bezugspersonen unterschiedliche Bindungsmuster entwickeln. Bindungen sind zwar *nicht* austauschbar, jede Bindung hat ihre eigene Spezifität, Tragfähigkeit, Kontinuität und emotionale Qualität – für jede Bezugsperson kann jedoch ein eigenständiges Arbeitsmodell ausgebildet werden (Steele et al., 1996). Alle Bindungserfahrungen nehmen damit Einfluss nicht nur auf die momentane Situation, sondern den gesamten Lebensverlauf – bis hin zu Voraussetzungen für die Einwirkungsmöglichkeiten späterer sozialer und professioneller Unterstützung. Ein lohnenswertes Feld also – insbesondere, jedoch keineswegs allein für den personenzentrierten Ansatz.

Bindungstheorie und Psychotherapie

„Ich dachte, es würde sich herausstellen, dass in den psychotherapeutischen Metatheorien, den Therapieprozessstheorien und in der Darstellung der therapeutischen Praxis zunehmend nicht nur die große Bedeutung von Intersubjektivität, Affektivität und Bindung betont werden, sondern vor allem das existenzielle Angewiesensein des Menschen von Geburt an darauf, dass er sich – und das geschieht im Rahmen von Intersubjektivität, Affektivität und Bindung – ein Bild von den Regelmäßigkeiten in der Welt und vor allem ein Bild von sich selbst machen und aufrechterhalten kann – und dass dieses Bedürfnis, das wir Gesprächspsychotherapeuten die Selbstaktualisierung nennen, allen anderen Wünschen und Bedürfnissen übergeordnet ist.“ (Biermann-Ratjen, 2006, S. 27)

Bereits John Bowlby (1988/1995; vgl. auch Holmes, 2002) betonte die Bedeutung der professionellen Bindungsbeziehung, ihre Funktion als *sichere Basis* für freies Explorieren, welches belastende Erlebnisse einschließlich ihrer emotionalen Repräsentationen in Übereinstimmung mit der gegenwärtigen Wirklichkeit zu bringen vermag und vergangene negative Bindungserfahrungen revidieren hilft. Im Sinne der Bindungstheorie formuliert er fünf

therapeutische Aufgaben, die neben der sicheren Basis durch die therapeutische Beziehung auch eine Überprüfung und Reflexion innerer Arbeitsmodelle vergangener, bestehender Beziehungen sowie der therapeutischen Beziehung vorschlagen.

Auch nach den Ergebnissen der Psychotherapieforschung gilt die therapeutische Beziehung seit geraumer Zeit als *stärkster allgemeiner Wirkfaktor* (Orlinsky et al., 1994; vgl. bereits Alexander & French, 1946). Über verschiedene Grundorientierungen und Schulen hinweg „haben große Übersichtsarbeiten in der Psychotherapieliteratur bezüglich einer Reihe von Behandlungsbedingungen und einer Palette von KlientInnenproblemen den entscheidenden Einfluss der therapeutischen Beziehung oder verwandter Konstrukte wie ‚therapeutische Bindung‘ auf das Ergebnis dokumentiert“ (Bachelor & Horvath, 2001, S. 143; vgl. auch Grawe, 2004). Demnach besteht kein Zweifel darüber, dass eine positive therapeutische Beziehungsgestaltung eine notwendige Komponente jeder Form effektiver Therapie darstellt (Bachelor & Horvath, 2000). Die Beziehung zwischen Klient bzw. Klientin und Therapeut bzw. Therapeutin, in Kombination mit Ressourcen des Klienten bzw. der Klientin, klären demnach ca. *ein Drittel der Varianz* auf⁵ und scheinen sich bereits früh in der Therapie auszubilden (Asay & Lambert, 2001; Bozarth, Zimring & Tausch, 2001).

Beziehung an und für sich kann, auch neurophysiologisch, Veränderung bewirken und ist nicht einfach nur eine Widerspiegelung nützlicher Ergebnisse (Grawe, 2004; Lambert & Bergin, 1994), kann also selbst eine Intervention darstellen, um vergangene und gegenwärtige Gefühle zu explorieren und zu verändern. Interessanterweise scheint die *Wahrnehmung der Beziehung durch die Klienten* dabei bedeutsamer zu sein als die Einschätzung der Fachkräfte. „Es scheint daher ratsam sicherzustellen, dass die von den KlientInnen wertgeschätzten Eigenschaften wirkungsvoll kommuniziert und für die Klienten erfahrbar werden“ (Bachelor & Horvath, 2001, S. 146). Dolan, Arnkoff & Glass (1993) beschreiben die therapeutische Beziehung als ‚korrigierende Erfahrung‘ und betonen die Bedeutung eines bindungssensiblen Vorgehens (vgl. aktuell Strauß, 2006).

Als auslösende Faktoren für die Herstellung und Aufrechterhaltung ‚*emotional korrigierender Erfahrungen*‘ gelten die „unausgesprochene Affektabstimmung“ zwischen Patient bzw. Patientin und Therapeut bzw. Therapeutin sowie das „affektive Klima“ (Brisch, 1999, S. 94). Die therapeutische Beziehung konstituiert sich also vor dem Hintergrund der häufig unbewussten Beziehungswünsche des Patienten bzw. der Patientin, die er bzw. sie in der therapeutischen Beziehung zu aktualisieren versucht. Sie treten mit Beziehungserfahrungen und Beziehungswünschen des Therapeuten bzw. der Therapeutin in Interaktion. „Aufgabe des Therapeuten ist es nun, die Beziehungswünsche des Patienten zu erkennen und zu

5 Unter der Varianzaufklärung versteht man hier den Wirkungsanteil an der Therapie (also an den Veränderungen zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt), der sich auf der Basis einer statistischen Analyse auf die Beziehungsgestaltung zurückführen lässt.

reflektieren, welche zu fördern sind und welche die Erkrankung stabilisieren und damit zu verändern sind“ (Merten, 1990, S. 1).

Die Nähe zur Bindungsforschung als ein zentrales Grundelement, sollte man meinen, liegt also auf der Hand. Ein Blick in die Innenwelt der Psychotherapieforschung zeigt jedoch eher Gegenteiliges. Neben dem einführenden Zitat von Eva-Maria Biermann-Ratjen (2006) zeigt dies auch ein Blick in den Forschungsstand zum Thema. Aus einer Literaturrecherche in deutschen Fachdatenbanken zieht Diether Höger (2006c) den Schluss, dass zwar eine Gruppe engagierter Autoren den Einfluss der Bindungstheorie auf die Psychotherapieforschung und -gestaltung qualifiziert vorantreibt, „ihre Wirkung auf die Kollegenschaft ist jedoch recht spärlich. Die Bindungstheorie ist offenbar kein Thema mit einer besonderen Breitenwirkung in der Psychotherapie“ (S. 19). Er erwähnt zugleich, dass die Ergebnisse im angloamerikanischen Sprachraum sehr viel differenzierter ausfallen – dort ist der Forschungsgipfel bzgl. der Vernetzung dieser Themen, würde ich ergänzen, fast schon überschritten, wie eine Recherche im Sommer 2006 mir anzeigte. Auf den Umgang der wissenschaftlichen Community mit dem Thema wird im Schlussteil des Artikels nochmals eingegangen.

Was bedeutet dies jedoch für die Praxis vor Ort? Karl Heinz Brisch, einer der Vertreter, der sich in den letzten Jahrzehnten sehr um die Implementierung der Bindungstheorie in die Beziehungskultur helfender Berufe bemüht hat, fasst prägnant zusammen: „Ist der Therapeut mit den Bindungsmustern und ihren Störungen sowie deren Ursachen vertraut, kann er entsprechend bindungsorientiert darauf eingehen.“ (Brisch, 2003, S. 121) Dies klingt zunächst banal, gelungene Interaktionen jedoch stellen einen *Mikrokosmos von Feinabstimmungen* dar, der komplexe Kompetenzen und über den gesamten Therapieprozess hinweg eine professionelle Beziehungsgestaltung erfordert (vgl. dazu Rahm, 2005).

Dazu gehört als Voraussetzung eine *mehrdimensionale, beziehungsensible diagnostische Abklärung*, die der Biographie, der Lebenswelt und dem sozialen Umfeld angemessenen Stellenwert einräumt und von Beginn an ein möglichst nahtloses Anknüpfen an den ‚jeweiligen Beziehungsstatus‘ gestattet. Darauf aufbauend ist aus der Diagnostik eine *indikationsspezifische und situationsadäquate Interventionskonzeption* aufzubauen, in der der Beziehungsgestaltung und dem Beziehungsprozess ein *Primat vor methodischen Aspekten* eingeräumt wird. Ermöglicht wird ein solches Vorgehen nur durch eine präzise Kenntnis zentraler Bindungs- und Beziehungsphänomene, insbesondere dem Konzept der ‚schützenden Inselerfahrung‘ (s. u.) und seiner personenzentrierten Umsetzung in die Praxis.

Auf die diagnostische Abklärung einzugehen, würde an dieser Stelle zu weit führen (vgl. dazu Gahleitner, 2005b). Gleiches gilt für die Entwicklung indikationsspezifischer und situationsadäquater Interventionsplanung (vgl. dazu Gahleitner, 2005a). Die Gedanken zu einem bindungs-sensiblen Therapiegeschehen werden im Folgenden anhand einiger theoretischer Überlegungen zur personenzentrierten

Beziehungsgestaltung skizziert und sollen zu weiteren Diskussionen darüber einladen.

Bindungstheorie und personenzentrierte Beziehungsgestaltung

„Da der Mensch aber immer auch korrigierende Beziehungserfahrungen machen, d. h. an neuen Erfahrungen die Ungültigkeit seiner bisherigen Beziehungserfahrungen erleben kann, ist Psychotherapie als Beziehungstherapie möglich und nötig.“ (Finke, 2004, S. 14)

Bindungsforschung untersucht „die Art individueller Verinnerlichung unterschiedlicher Bindungserfahrungen und ihre Auswirkungen auf die Organisation der Gefühle, des Verhaltens und der Ziele einer Person“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 29f.). Erlebens- und Verhaltensmuster hängen neben individuell geprägten Umständen vor allem von den Erfahrungen ab, die Menschen mit anderen Menschen in ihrem Leben gemacht haben und die sich wie durch ein Prisma „aktiv wirkender Biografie“ (Röper & Noam, 1999, S. 244) lebenslang in ihre psychische Struktur implementieren. Das „Konzept vom eigenen Selbst“ verweist damit immer zugleich auf ein „Weltkonzept“, das unsere Eindrücke von und unsere Beziehungen zu relevanten Anderen und unsere Bindungserfahrungen abbildet (Finke, 2004, S. 12; vgl. auch Biermann-Ratjen & Eckert, 2002).

Sichere Bindungsstrukturen haben dabei eine bereits mehrfach betonte charakteristische *Doppelfunktion*: Sie dienen der momentanen Sicherheit und dem aktuellen psychischen Wohlbefinden, aber auch als Risikopuffer für die gesamte weitere Kompetenzentwicklung, Beziehungs- und Lebensgestaltung (vgl. auch so genannte Haupt- und Puffereffekte in den Konzepten sozialer Unterstützung, zusammenfassend bereits Nestmann, 1988). Jede positive Bindungserfahrung, sei es durch Außenstehende, durch spätere Partner- und Freundschaften, sogar eigene gelebte Fürsorglichkeit gegenüber anderen, spielen also eine wichtige Rolle. Dies belegen retrospektive Interviews mit Erwachsenen (Gahleitner, 2005a).

Dieser Sachverhalt hat eine große Bedeutung für das Konzept so genannter ‚*schützender Inselerfahrungen*‘: Die Abwesenheit von tragfähigen Beziehungen verursacht selbst bei kleinen Belastungen Kindern wie Erwachsenen physiologische Stressreaktionen (Grossmann, 2002; Spangler, 2001), das Bestehen *nur einer einzigen förderlichen Bindung* jedoch kann trotz sonstigem Vorherrschen negativer Erfahrungen einen bedeutsamen Schutzfaktor darstellen, eine elementare Tatsache für helfende Professionen. Dieses Phänomen verdient eine genauere Betrachtung. Dazu lohnt sich erneut ein Blick in die so genannten Mentalisierungsprozesse des Kindes (vgl. insbesondere Fonagy et al., 2002/2004):

Werden emotional bedeutsame Erlebnissequenzen bereits früh von bedeutsamen Bezugspersonen empathisch unterstützt, entwickeln sich vage Selbstempfindungen zu ‚Internalen Arbeitsmodellen‘, d. h. mit der Kognitions- und Sprachentwicklung ändern sich

zwar die Gefühle nicht, aber es werden klärende Gespräche mit dem Kind über solche Zusammenhänge möglich. „Innere Gefühlszustände [...] werden nun für das Kind auf der Ebene bewusster sprachlicher Diskurse ‚verfügbar‘“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 419). Parallel dazu wächst die Fähigkeit zur ‚sozialen Perspektivübernahme‘. Idealerweise lernt das Kind, dass sich aus einer partnerschaftlichen Orientierung „spielerisches, erkundendes, zielorientiertes und mit der Wirklichkeit umgehendes Verhalten entwickeln kann, im Gegensatz zu eingeschränktem, starrem, wirklichkeitsunangemessenem Verhalten“ (ebenda, S. 30).

Auch in Therapie und Beratung arbeitet man auf eine Rekonstruktion des Weltbildes und der Modelle von sich selbst und anderen hin, so dass wieder gemäß den Umwelthanforderungen gehandelt werden kann. ‚Verzerrte Symbolisierungen‘ werden in ‚exakte Symbolisierungen‘ (Rogers, 1959a/1987) transformiert, das „Bezugssystem jeweils um Nuancen erweitert“ (Finke, 2004, S. 4). Carl R. Rogers⁶ (1957a, 1959a/1987, 1967f) formulierte als erster Vertreter aus dem helfenden Spektrum diese wachstumsfördernde Beziehung als notwendige und hinreichende Grundbedingung, als eine „geschlossene Konzeption“ (Höger, 2006a, S. 19) beraterischen und therapeutischen Handelns⁷. Nach seiner Ansicht beruht das ‚Heilende‘ der Beziehung auf der radikal akzeptierenden und empathischen Grundhaltung, die Räume zur Selbstentfaltung bereit stellt. Diese Grundmaxime hat große Parallelen mit dem oben beschriebenen Konzept der Feinfühligkeit (Ainsworth & Wittig, 1969). „Die Neudefinition der Interaktion im psychotherapeutischen Prozess auf der Grundlage einer unter anderem durch die Säuglingsforschung empirisch fundierten Entwicklungspsychologie ist in hohem Maße mit der Abstraktion der Bedingungen für den therapeutischen Prozess, die Rogers empirisch ermittelt hat, kompatibel.“ (Biermann-Ratjen, 2006, S. 37)

Die klientenzentrierte Theorie versteht das Bedürfnis nach Verbundenheit und unbedingter Anerkennung ebenfalls als „grundlegendes Organisationsprinzip in seiner emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklung“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 602). Dies entspricht dem Bindungsbedürfnis in der Bindungstheorie. Der Verlust einer zentralen Bindungsperson schlägt sich im Selbstkonzept nieder. Das Selbstkonzept beinhaltet somit die inneren Arbeitsmodelle als einen zentralen Bereich des Selbst. Dies gilt

insbesondere für jenen Bereich des Selbstkonzepts, der sich auf die Wahrnehmung der Beziehungen mit anderen bezieht (vgl. dazu Höger, 2006b, S. 65 f.). Donald W. Winnicott (1958/1976) prägte für die Bedeutung einer fördernden und haltenden Umwelt den Begriff des ‚*Holding Environment*‘. Das Konzept lässt sich gut zu der ‚sicheren Basis‘ von John Bowlby (1988/1995), dem ‚Konzept der Feinfühligkeit‘ von Mary D. S. Ainsworth und Barbara A. Wittig (1969), der ‚mütterlichen Einstimmung‘ von Daniel Stern (1985/1992) und Carl R. Rogers‘ Grundmaximen (1957a, 1959a/1987, 1967; siehe oben) in Beziehung setzen. Sie alle zielen auf das gleiche methodische Konzept: auf die Funktion von bedeutsamen Personen – zunächst als Basis für die (Neu-)Strukturierung der inneren Erfahrung.

In der ‚Begegnung‘ mit Martin Buber fand bei Carl R. Rogers die Bedeutung der Gegenseitigkeit Eingang in die therapeutische Beziehung: „a real meeting of persons in which it was experienced the same from both sides“ (Rogers & Buber, 1960, S. 212). Wenn wir in eine unmittelbare einzigartige Begegnung eintreten, so Buber, entfaltet sich ein Dialog im ‚Zwischen‘. Dieses ‚Zwischen‘ konstituiert sich in jeder Begegnung neu. Die Begegnung ist dabei ihr eigener Inhalt. Begegnung „geschieht“ (Buber, 1923/1983, S. 18) mit der ‚Macht der Ausschließlichkeit‘ (ebenda, S. 14). Der wechselseitige Charakter der therapeutischen Beziehung gewinnt daraufhin immer mehr an Bedeutung. Die ‚Alter-Ego-Position‘ als ursprünglich zentrales Beziehungskonzept des personenzentrierten Ansatzes wird um die ‚Dialogbeziehung‘ ergänzt (Finke, 2004, S. 4). Die Aufgabe helfender Professionen ist, sich auf diese Unmittelbarkeit einzulassen. Der Dialog steht hier für eine Art des Austauschs, der auf Gegenseitigkeit zielt, auf verstehende Konfrontation, auf Verwirklichung der Möglichkeiten des Einzelnen in der jeweiligen Beziehung, auf (Selbst-)Öffnung und (Selbst-)Erweiterung (vgl. zusammenfassend Balen, 1992).

Klienten soll es so möglich werden, ihr inneres Erleben zu aktualisieren, zu thematisieren und sich im Dialog mit der helfenden Person besser zu verstehen. Die helfende Beziehungsgestaltung ist aus dieser Perspektive ein Vorgang, der nicht nur eine Persönlichkeitsentwicklung des Klienten bzw. der Klientin ‚fördert‘, sondern auch eine entsprechende Entwicklung der Person des Therapeuten bzw. der Therapeutin ‚erfordert‘ (Schmid, 2002; vgl. auch Pfeiffer, 1993), da er weniger auf Einsicht als auf lebendige Erfahrung der Gegenseitigkeit abzielt, auf den „unmittelbaren vitalen Erlebensgrund der Patienten“ (Finke, 2004, S. 11).

„Auf der Grundlage einer entwicklungsfördernden Grundhaltung, die durch die Kernbedingungen (Basisvariablen) Kongruenz, Akzeptanz und Empathie ebenso wie das Angebot der Strukturgebung und Bindungssicherheit gekennzeichnet ist, wird reflexiv ein auf das jeweilige Gegenüber ‚abgestimmtes‘ Beziehungsangebot gemacht. Dadurch können nicht verarbeitete Erfahrungen reaktualisiert, symbolisiert, d. h. dem Bewusstsein zugänglich gemacht und integriert werden. Zusätzlich kann das Kind ... korrigierende Beziehungserfahrungen machen, so dass es seine Inkongruenzen lösen, verzerrte oder verleugnete Erfahrungen ändern kann. So werden

6 Entlang der klientenzentrierten Theorie formuliert bereits Tscheulin (1992) Realitäts Offenheit, Personenbezogenheit und Akzeptationsbreite als zentrale Bedingungen eines geglückten ‚Therapeutischen Basisverhaltens‘ und findet sie letztlich in allen vorherrschenden Grundorientierungen auf. Die Konzentration auf die beiden genannten Vertreter soll anderen Verfahren nicht das Augenmerk auf Beziehungsgestaltung in helfenden Prozessen absprechen. Carl R. Rogers und Martin Buber und die auf ihnen basierenden Verfahren haben die Bedeutung der Beziehung jedoch von Beginn an als Grundbedingung betrachtet und ausformuliert (für eine Reflexion der verschiedenen therapeutischen und beraterischen ‚Beziehungskulturen‘ im Hinblick auf integrative Aspekte vgl. Finke, 1999; Gahleitner 2005a; für den Kinder- und Jugendlichenbereich in der VT vgl. z. B. Borg-Laufs, 2002).

7 Genau betrachtet gab es selbstverständlich bereits ähnliches Gedankengut (z. B. bei Rank u. a.), jedoch nicht gleichermaßen systematisch ausformuliert (vgl. Kirshenbaum, 1979; im Überblick nachzulesen bei Höger, 2006a, S. 11 ff.).

intrapyschische Prozesse aktiviert und es können neue Selbst- und Weltwahrnehmungen in ein sich veränderndes Selbstkonzept integriert werden.“ (Fröhlich-Gildhoff, 2006, S. 43f.)

Zentral daran aus der Perspektive der Bindungstheorie ist die aufrichtige menschliche Begegnung als Alternativerfahrung zur bisherigen Beziehungsverunsicherung, eine gemeinsame Ko-Konstruktion in identitätsstiftenden Erzählungen, diesmal mit einer vertrauenswürdigen Person (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 426). *Die Beziehung an und für sich wird zur Therapie*. Gendlin (1996/1997) bezeichnet diese Verbundenheit als ‚relating in depth‘, eine Art ‚Fortsetzung der Feinfühligkeit – diesmal jedoch über Sprache‘. Es kommt zu einer „Art *Wiederholung und Neustrukturierung defizitärer Kindheitserfahrungen*“ (Sander, 1999, S. 53, Hervorhebungen im Original). Im Idealfall bedeutet dies, dass die in der Therapie erworbenen Beziehungserfahrungen vom Klienten bzw. der Klientin verinnerlicht und zu einer positiven Weiterentwicklung im Umgang mit sich und anderen genutzt werden können. Die Möglichkeit, im späteren Lebensverlauf auf diese Weise wieder mehr Bindungssicherheit zu erwerben, bezeichnet man in der Bindungstheorie als ‚*earned secure*‘ (Main, 1995; vgl. auch Hauser & Endres, 2002).

„Rogers hat im Kontakt des Klienten mit dem kongruenten, empathisch verstehenden und unbedingt wertschätzenden Therapeuten eine Situation gesehen, in deren Schutz sich der Klient seinen aktuellen ängstigenden Selbst- und Beziehungserfahrungen zuwende und Erfahrungen mache, die er in das Selbstkonzept integrieren könne.“ (Biermann-Ratjen & Eckert, 2002, S. 12)

Helfende Professionen sind aus dieser Perspektive „im Sinne der Bindungstheorie für das Reparieren und das Anknüpfen an die unterbrochene Kommunikation zuständig“ (Döring, 2004, S. 196). „Besonders in schwierigen Lebenssituationen müssen sprachliche Repräsentationen vom Denken, Fühlen und Handeln anderer und von sich selbst durch offene Kommunikation mit vertrauten Personen ‚kokonstruiert‘ werden.“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 427) Dann kann sich möglicherweise ‚auch der Bezug zur Welt‘ ändern. „Neue feinfühlig und emotional verfügbare Interaktionserfahrungen ... helfen⁸ dem Gehirn vermutlich, sich neu zu strukturieren und es besteht nochmals eine neue Chance für ... Entwicklung.“ (Brisch, 2006, S. 44) „In der Sprache des klientenzentrierten Konzepts: Der entfaltende Aspekt der Aktualisierungstendenz ... greift Platz und Inkongruenz wird reduziert.“ (Höger & Müller, 2002, S. 36)

„Der Diskurs ist der bei weitem wichtigste Weg, um eine ‚stets aktive Wechselbeziehung zwischen Innen und Außen‘, eine Beziehung zwischen dem Erleben auf den verschiedenen Ebenen des Denkens und Fühlens (der Internalen Kohärenz) und der Wirklichkeit (der

externalen Korrespondenz des Erlebten) herzustellen. Dies gilt ... besonders für die Verknüpfungen zwischen vor- und außersprachlichen Erfahrungen im Rahmen von Bindungsbeziehungen und den ihnen zugrundeliegenden Gefühlen und Verhaltensweisen. Der Dialog darüber erst erschließt ihre Bedeutung und macht sie so den eigenen Reflexionen – dem ‚Nach-Denken‘ – und möglichen Veränderungen zugänglich“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 420).

Gesprächspsychotherapie als eine beziehungsorientierte, erlebniszentrierte und einsichtsvermittelnde Methode – Versuch eines Modells

Aus therapeutischer Sicht formuliert Jobst Finke (2004) die Gesprächspsychotherapie als eine beziehungsorientierte, erlebniszentrierte und einsichtsvermittelnde Methode. „Das therapeutische Verstehen ist auf Verständigung gerichtet und an ein spezifisches Beziehungsangebot gebunden ... so, dass das jeweilige Beziehungsangebot Art und Ziele der therapeutischen Verstehenshaltung und der sich daraus ergebenden Intervention bestimmt“ (Finke, 2004, S. 1; vgl. bereits im Erstgespräch Behr, 2006). „Durch das ‚Verstehen des Therapeuten‘ wird ‚das Selbstverstehen des Patienten‘ erreicht, indem die einsichtsvermittelnde Sinnfigur aus einem längeren Interaktionsprozess entwickelt wird. Dem Selbstkonzept widersprechende Erfahrungen können integriert werden – unter der positiven Wertschätzung einer anderen kongruenten, empathischen Person“ (Biermann-Ratjen & Eckert, 2002, S. 11).

Für diese Aufgabe bietet „die dem Klientenzentrierten Konzept in ihrer Fragestellung und Forschungsmethodik weitgehend verwandte Bindungstheorie“ (Höger & Müller, 2002, S. 36) einen theoretisch wie empirisch sinnhaften Orientierungsrahmen. So kann man beispielsweise die Bedeutung verschiedener Bindungsstrategien für die personenzentrierte Störungslehre näher betrachten (vgl. dazu Höger, 2007). Verknüpft man mehrere dieser Überlegungen miteinander, ergeben sich interessante Korrespondenzen. Jobst Finke (2004) nennt für die gesprächspsychotherapeutische Persönlichkeits- und Störungstheorie drei Grundkonzepte: die Aktualisierungstendenz, die zwischenmenschliche Beziehung und die Inkongruenz, auf die jeweils interventiv geantwortet werden muss. Angelehnt an die daraus abgeleitete Übersichtstabelle ließen sich entlang den Ausführungen zum Therapieprozess jeweils bindungstheoretische Korrespondenzen vorschlagen.

Selbstverständlich sind und bleiben auch diese Überlegungen sowohl der theoretischen Voraussetzungen als auch des Bindungsprozesses weiterhin diskussions- und ergänzungsbedürftig. Gemessen an der Komplexität wird ein großes Ausmaß an Forschung benötigt, um den Bindungs- und Beziehungsprozessen in Therapie und Beratung eingehender auf die Spur zu kommen. Wichtige Beiträge zu einem forschungs- und theoriegeleiteten differentiellen therapeutischen Handeln innerhalb des klientenzentrierten Ansatzes sind jedoch bereits erfolgt. In einem Übersichtsartikel

8 Die Begrifflichkeit ‚helfen‘ ist hier streng genommen verwirrend. Das Gehirn kennt natürlich keine ‚Erfahrungen‘, sondern nur die Änderungen von Elektronenströmen in den Leitungsbahnen, die sich dann wiederum in psychischen Befindlichkeiten und Handlungsimpulsen niederschlägt.

Krankheitslehre	Selbstregulationsmodell	Inkongruenzmodell	Beziehungsmodell
Therapietheorie	↓ Therapie als anschauernder Mitvollzug	↓ Therapie als Erfassen komplexer Sinngehalte	↓ Therapie als „neue“ Kommunikation
Therapieprinzipien	↓ Bedingungsfreies Akzeptieren	↓ Einführendes Verstehen	↓ Echtheit/Kongruenz
Therapietechnik	↓ Anerkennen Ermutigen Solidarisieren	↓ Formen und Stufen des Selbstverstehens	↓ Konfrontieren Beziehungsklären Selbsteinbringen
Bindungstheoretische Korrespondenz	↓ ,sichere Basis‘ (Bowlby, 1988/1995) ,Holding environment‘ (Winnicott, 1958/1976) ,mütterliche Einstimmung‘ (Stern, 1985/1992)	↓ ,Earned secure‘ (Main, 1995): beginnende vorsichtige Exploration aktueller wie vergangener Themen und Beziehungen	↓ Auf der Basis der ‚Earned secure‘: aktive Be- und Durcharbeitung aktueller wie vergangener Themen und Beziehungen in Richtung internaler Kohärenz und externaler Korrespondenz (Biermann-Ratjen, 2006; Biermann-Ratjen & Eckert, 2002; Brisch, 1999, 2003, 2006; Grossmann & Grossmann, 2004; Höger, 1990, 2006c, 2007)

Tab. 1: Zusammenhänge des Konzepts nach Jobst Finke (2004, S. 15) zum methodischen Begründungszusammenhang von Krankheitslehre, Therapietheorie, Therapieprinzipien und Therapiepraxis, ergänzt um bindungstheoretische Überlegungen (zur praktischen Relevanz solcher u. ä. Prozess-Stationen im Therapieschehen anhand eines Fallbeispiels vgl. Gahleitner, 2005a, 2007)

über Fragebögen zur Erfassung von Bindungsstilen z. B. gibt Höger (2002) einen differenzierten Einblick in Grenzen und Möglichkeiten statistischer Methoden in der Bindungsforschung.

Das Problem ist wie häufig in der klinischen Forschung: es geht um dynamische Zusammenhänge, nicht um bloße Korrelationen. Eine weitere ebenfalls nicht selten auftretende Komplikation besteht darin, dass Fragebögen in aller Regel auf Selbstauskünften beruhen. „Bei Bindungsfragebögen beeinflusst in gravierendem Maße der abzubildende Sachverhalt (nämlich das Bindungsmuster) den Abbildungsprozess (der Vorgang der Itembeantwortung) und damit das Abbildungsergebnis“ (ebenda, S. 113). Ein zusätzliches forschungsmethodologisch bisher völlig ungeklärtes Problem resultiert aus der Konvention, die therapeutische Beziehung in vielen Untersuchungen therapeutischen Techniken sozusagen als ‚Nullgruppe‘ bzw. als ‚Placebo‘ gegenüberzustellen. Das bedeutet: die Wirkung einer Technik wird mit der suggerierten Nichtwirkung durch ‚reine Beziehungsarbeit‘ verglichen. Therapeutische Arbeit ohne Beziehung ist nachvollziehbarer Weise nicht statistisch zu erheben; ebenso bleibt unklar, wie viel der Wirkung beim Einsatz therapeutischer Techniken dem Zusammenwirken von ‚Beziehung plus Technik‘ im Kontrast zu ‚nur Technik‘ zukommt.

Dies stellt jedoch keinesfalls die Arbeit an der Methodenentwicklung in Frage. Qualitative und quantitative Methoden könnten einander hier fruchtbar ergänzen, um „empirisch auf einer möglichst breiten inhaltlichen Basis zugleich theorie- und phänomengeleitet,

nach bedeutsamen bindungsrelevanten Varianten des Konzepts von sich und anderen zu suchen und Fragebögen zu deren Identifikationen zu entwickeln“ (ebenda, S. 117). Das zeigt beispielsweise die Entwicklung des Bielefelder Fragebogens zu Klientenerwartungen (BFKE) (Höger, 1999) und konkrete Projekte dazu (z. B. Höger & Wissmann, 1999) und eine Anzahl weiterer abgeschlossener Forschungsprojekte in diesem Bereich mit diesem und anderen Instrumenten (vgl. u. a. Schmidt, Strauß, Höger & Brähler, 2004; Strauß et al., 2006). Das Unternehmen lohnt sich also. An diesen Ergebnissen könnte und sollte weiter angeknüpft werden.

Schlussgedanken und Ausblick

Gerade in der postmodernen globalisierten Welt, die von fragmentierten Erfahrungen, pluralen Lebenslagen und Milieus sowie extremer Individualisierung gekennzeichnet ist, sind soziale Ressourcen in Form stabiler psychosozialer Geborgenheit als positiver Gegenhorizont bedeutsam (Keupp, 1997, S. 2003). Beziehung schafft Schutz, Stabilität und Kontinuität sowie eine Ausgangsbasis für Neuerschließungen. Bindungstheorie vertritt „entgegen dem puritanischen Ethos der Unabhängigkeit des Individuums, dass das Bestreben, jemandem nah sein zu wollen, respektiert, wertgeschätzt und unterstützt werden soll“ (Grossmann, 2002, S. 55) und „nicht als ein defizienter Modus menschlicher Existenz“ (Finke, 2004,

S. 14) zu verstehen ist. Statt „Unabhängigkeit“ fordert der Fokus auf Beziehungsprozesse „Autonomie in Verbundenheit“ (Grossmann, 2002, S. 39).

Intervention kann so betrachtet niemals Intervention am Individuum alleine sein, sondern ist immer „Intervention im Leben eines Menschen, der mit anderen Menschen zusammen lebt“ (Falck, 1988/1997, S. 129). Bindungstheorie hilft hier systematisieren und erweist sich damit als bedeutsam für helfende Professionen, die stets ‚durch die Beziehung hindurch‘ mit Klienten verbunden sind und gemeinsam mit ihnen an Veränderungsprozessen arbeiten. „Mit sozialen, kommunikativen und dialogischen Kompetenzen kann Lebensbewältigung und Alltagsgestaltung leichter gelingen. Bei der Pluralität von Werten und Orientierungen für das Zusammenleben, kann und muss vieles miteinander ausgehandelt werden ... [und] verlangt ... Aushandlungskrobatik“ (Steenbuck, 2005, S. 83).

Trotz der Suche nach Systematik und Struktur zum Verständnis persönlicher Beziehungen im Alltag und in der Anwendung auf die Beziehungsgestaltung in Therapie und Beratung können und dürfen konkrete ‚Anweisungen und Forderungen‘ für die praktische Arbeit vor Ort jedoch immer nur Anregungen sein. Bindungsorientierte Intervention in Form von Regeln zu organisieren, kann einen wichtigen Wissenshintergrund darstellen, vor dem aber letztlich der indikationsspezifische und situationsadäquate Einsatz die eigentliche Qualität der Hilfestellung ausmacht. In der Gesprächspsychotherapie stand dieses Grundverständnis der zentralen Bedeutung der therapeutischen Beziehung von jeher im Zentrum therapeutischen Handelns wie auch in der ihr zugrunde liegenden Therapietheorie, dem Klientenzentrierten Ansatz (Höger & Wissemann, 1999).

Die Wichtigkeit emotional bedeutsamer Beziehungen und korrigierender emotionaler Erfahrungen ist inzwischen in der Psychotherapieforschung hinreichend belegt (s. o.). Dies gilt auch für die Bedeutung allgemeiner Wirkfaktoren vor Therapietechniken. Es muss jedoch eine Passung geben zwischen den allgemeinen Wirkfaktoren einerseits und der verfahrensspezifischen Interventions-technik andererseits (Tscheulin, 1992). Der Vorschlag von Jobst Finke (2004) lautet, aus übergeordneten und das Verfahren charakterisierenden Therapiezielen wie Verbesserung der Kongruenz, der Selbsttransparenz und Selbstexploration Subziele abzuleiten, die dann jedoch an individuellen sowohl prozessspezifischen wie persönlichkeits- und störungsspezifischen Merkmalen ausgerichtet sind. Indikationsspezifisch und prozessadäquat bewegt sich das Beziehungsverhalten des Therapeuten bzw. der Therapeutin dann von einem verstehend-spiegelnden bis hin zu einem dialogisch-interaktionellen Modus. So kann eine Verschränkung von inhaltlichen und prozessualen Aspekten erfolgen⁹.

Aufgabe der helfenden Berufe ist es, diesen Bereich für ihr jeweiliges Klientel detailliert auszuformulieren. Insofern erscheint es sinnvoll, dass Wissenschaft und Praxis in der Bindungsforschung eng verschränkt bleiben sowie empirische Modelle in neue Handlungsmodelle einfließen, von dort überprüft werden und wiederum in die Erarbeitung handlungsrelevanter Kriterien für gelingende Hilfeprozesse münden. Offene Fragen gibt es genug. Ob es dafür zweckmäßig ist, entsprechend dem Modell der Evidence-based Practice, dem quantitativen Forschungsparadigma stets den Vorrang zu geben vor dem qualitativen, das auch hermeneutische Verfahren und subjektforschungsorientierte Ansätze zur Datenauswertung ermöglicht, mutet eine fast schmerzliche Frage an in einem Bereich, in dem subjektive Prozesse der Klienten so elementar die Praxis bestimmen.

„Szenarien des Kontakts‘ zum Goldstandard zu erheben, bleibt daher an vielen Stellen fragwürdig. Wie sehr dies zumindest zu Problemen führt, beweist ein Blick in kürzlich publizierte Übersichtsbändchen, die nach einigen einführenden Gedanken die Gegenseitigkeit in der Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut bzw. Therapeutin und Patient bzw. Patientin aus dem Katalog der beachtenswerten Faktoren in der therapeutischen Beziehungsgestaltung streichen, da sie sich leider nicht angemessen operationalisieren lässt (vgl. z. B. bei Sachse, 2006). Hier schließt sich der Kreis zum Einführungsbeispiel: schlagwortartige Listen sind operationalisierungsfreudig; ob sie uns jedoch in der Beziehungsgestaltung wirklich weiterführen, mag der Leser bzw. die Leserin erwägen.

In der Unterscheidung von task-orientierten und sozial-emotionalen Aspekten der therapeutischen Beziehung werden beim kommunikativen Kontakt und dem Affektaustausch die höchsten Effektstärken gefunden (Orlinsky et al., 1994). Um solch komplexen Zusammenhänge aber in forschungspraktikable Begrifflichkeiten zu transformieren, die noch Praxisnähe aufweisen, müsste man bei der Forschung viel stärker auf der Ebene des konkreten Geschehens ansetzen. Um „nach bindungsrelevanten Mustern des Konzepts von sich selbst und anderen ... zu suchen“ (Höger, 2002, S. 116) sollte Forschung gegenstandsbezogen angewendet werden. Dieses „Primat des Gegenstandes vor der Methode“ (ebenda) lässt sich nicht einfach umkehren.

Ebenso zeigt sich in diesem Forschungsbereich schmerzhaft der Verlust durch mangelnde Interdisziplinarität. Die Ergebnisse aus Ethologie und Anthropologie sowie Kulturanthropologie scheinen bisher für nicht wert gehalten zu werden, in der Psychotherapieforschung und -landschaft weitreichend einbezogen zu werden. Rogers (1959a/1987) hingegen suchte nach natürlichen Bedingungen für günstige Entwicklungsprozesse, die sich mit der beschreibenden und Zusammenhänge aufspürenden Ethologie und Anthropologie besser verknüpfen lassen als mit isolierten Faktoren

⁹ Im Kontrast dazu wird die therapeutische Beziehung bei Sachse (2006) als stark zweckorientierte, strategische Technik (S. 17) definiert. Der Therapeut gestaltet die Beziehung hier „zielgerichtet, geplant und intentional“ (ebenda, S. 15). Dieses Vorgehen hat eine Nähe zur Pfadanalyse (Caspar, 2005) und ist in jedem Falle als

wertvoller Beitrag zur Aufklärung von Beziehungskonstellationen hilfreich, deckt jedoch m. E. nicht die Breite und Tiefe therapeutischer Beziehungsgestaltung ab.

aus quantitativen Designs. Beobachten, Beschreiben, Kategorisieren und systematisches Interpretieren – und die gegenseitige Durchdringung dieser verschiedenen Strategien – können in diffiziler Kleinarbeit sehr tragfähige Ergebnisse zutage fördern (Höger, 2006c). „Ein solches Vorgehen würde allerdings die übliche Methodik der Psychotherapieforschung auf den Kopf stellen – oder ... vom Kopf auf die Füße“ (ebenda, S. 22).

Vor dem Hintergrund der Bindungstheorie wird die Frage, ob Klienten auf das Beziehungsangebot eingehen können, nicht mehr zu einer Frage nach der Indikation, sondern ganz einfach zu einer Herausforderung an den Psychotherapeuten bzw. die Psychotherapeutin (Höger & Müller, 2002, S. 37; vgl. auch Pfeiffer, 1993). Eine gelungene Interaktion entsprechend als ‚existentiellen‘ Prozess

zu begreifen und im Gegensatz zu falsch verstandenen Autonomiekonzepten als Ressource zu betrachten, ist m. E. nicht nur eine wichtige Perspektiveinnahme für alle Bereiche psychosozialer Gesundheit, sondern zum Verständnis unseres alltäglichen (Er-)Lebens und Zusammenlebens insgesamt. Insofern greift das zunehmende Interesse an der Bindungstheorie „eine Besorgnis des heutigen Menschen“ (Endres & Hauser, 2002, S. 10) auf, in dieser immer unüberschaubarer werdenden Welt Halt zu gewinnen, und ist damit ein empirisch fundiertes und theoretisch weitreichendes „Plädoyer gegen Nachlässigkeit im sozialen Miteinander“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 19) und für ein „grundsätzliches Bedürfnis des Menschen nach Anerkennung ... auf sein Angewiesensein auf Gemeinschaft“ (Finke, 2004, S. 4).

Literatur

- Ainsworth, M. D. S. & Wittig, B. A. (1969). Attachment and the exploratory behavior of one year olds in a strange situation. *Determinants of infant Behavior*, 4, 113–136.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. & Stayton, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social development. „Socialization“ as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. P. Richards (Ed.), *The integration of a child into social world* (pp. 99–135). London: Cambridge University Press.
- Albrecht, H. (2006). Die Heilkraft des Vertrauens – Wie wichtig das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist, entdeckt die Medizin gerade neu. *DIE ZEIT*, 3. August 2006, 25.
- Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Rolande.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT 1997. (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. 36.) (Original erschienen 1987: Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass)
- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In M. A. Hubbe, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 41–82). Dortmund: Verlag modernes Leben.
- Bachelor, A. & Horvath, A. (2001). Die therapeutische Beziehung. In M. A. Hubbe, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: Verlag modernes Leben.
- Balen, R. van (1992). Die therapeutische Beziehung bei C. Rogers: Nur ein Klima, ein Dialog oder beides? *Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 3, 162–183.
- Behr, M. (2006). Beziehungszentrierter Erstkontakt in der heilpädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien. *Person*, 10 (2), 108–117.
- Biermann-Ratjen, E.-M. & Eckert, J. (2002). Erwartungen an eine klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele, Horst (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 9–16). Stuttgart: Schattauer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Hat die Säuglingsforschung die Psychotherapie verändert? In B. Strauß & M. Geyer (Hrsg.), *Grenzen psychotherapeutischen Handelns* (S. 25–42). Göttingen: Hubert & Co.
- Borg-Laufs, M. (2002). Die Rolle der Bindungstheorie in der Verhaltenstherapie. Ein Werkstattbericht. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 4 (3), 583–596.
- Bowlby, J. (1973). *Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit*. München: Kindler. (Kindlers Taschenbücher. 2106.) (Original erschienen 1951: *Maternal care and mental health*. Geneva: World Health Organization).
- Bowlby, J. (1995). *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie*. Heidelberg: Dexter. (Original erschienen 1988: *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Tavistock & Routledge).
- Bowlby, J. (2005). *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung*. (5. neugestaltete Aufl.). München: Reinhardt. (Beiträge zur Kinderpsychotherapie. 13.) (Original erschienen 1953: *Child care and the growth of love*. Harmondsworth: Penguin Books).
- Bowlby, J. (2006). *Bindung und Verlust*. 3 Bde. München: Reinhardt. (Original erschienen 1969–1980: *Attachment and loss. New York: Basic Books. Vol. 1 1969: Attachment. Vol. 2 1973: Separation – anxiety and anger. Vol. 3 1980: Loss, sadness and depression*).
- Bozarth, J. D., Zimring, F. M. & Tausch, R. (2001). Client-centered therapy: The evolution of a revolution. In D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 147–188). Washington, DC: APA.
- Brisch, K. H. (1999). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (2006). Bindungsstörung. Grundlagen, Diagnostik und Konsequenzen für sozialpädagogisches Handeln. *Blickpunkt Jugendhilfe*, 3, 43–55.
- Brisch, K. H. (2003). Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma* (S. 105–135). Stuttgart: Klett Cotta.
- Buber, M. (1983). *Ich und Du*. Heidelberg: Lambert Schneider. (Original erschienen 1923: *Ich und Du*. Leipzig: Insel).
- Caspar, F. (2005). Therapeut/Therapeutin und die Therapiebeziehung. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzk (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 265–280). Göttingen: Hogrefe.

- Cicchetti, D. (1999). Entwicklungspsychopathologie: Historische Grundlagen, konzeptionelle und methodische Fragen, Implikationen für Prävention und Intervention. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 11–44). Weinheim: Beltz – Psychologie Verlags Union.
- Crittenden, P. M. (1995). Attachment and psychopathology. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *John Bowlby's attachment theory. Historical, clinical, and social significance* (pp. 367–406). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Dolan, R., Arnkoff, D. & Glass, C. (1993). Client attachment style and the psychotherapists interpersonal stance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 30, 408–412.
- Döring, E. (2004). Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Was hilft Spielen mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen? *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 35 (3), 193–198.
- Dornes, M. (2000). *Die emotionale Entwicklung des Kindes*. Frankfurt: dtv.
- Endres, M. & Hauser, S. (2002). Bindungstheorie und Entwicklungspsychologie. Einführende Anmerkungen. In M. Endres & S. Hauser (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychotherapie* (S. 9–17). München: Reinhardt.
- Endres, M. & Hauser, S. (Hrsg.) (2002). *Bindungstheorie in der Psychotherapie*. München: Reinhardt.
- Falck, H. S. (1997). *Membership. Eine Theorie der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Enke. (Original erschienen 1988: Social work – the membership perspective. New York: Springer).
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 2002: Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press).
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2006). Die Kraft des Spiel(en)s – Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern. *Psychotherapie im Dialog*, 7 (1), 42–47.
- Gahlleitner, S. B. (2005a). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Reinhardt.
- Gahlleitner, S. B. (2005b). Psychosoziale Diagnostik und Intervention bei komplexer Traumatisierung. *Psychosozial*, 28 (101), 43–58.
- Gahlleitner, S. B. (2005c). *Sexuelle Gewalt und Geschlecht. Hilfen zur Traumbewältigung bei Frauen und Männern*. Gießen: Psychosozial.
- Gahlleitner, S. B. (2007). Neue Bindungen wagen – Bindungstheorie als Grundlage für beziehungsorientierte Psychotherapie bei komplex traumatisierten KlientInnen. In GwG (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte KlientInnen und Klienten* (S. 93–115). Köln: GwG.
- Gendlin, E. T. (1997). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. München: Pfeiffer. (Original erschienen 1996: Focusing oriented psychotherapy. New York: Guilford)
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann, K. (2002). Praktische Anwendungen der Bindungstheorie. In M. Endres & S. Hauser (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychotherapie* (S. 54–80). München: Reinhardt.
- Hauser, S. & Endres, M. (2002). Therapeutische Implikationen der Bindungstheorie. In M. Endres & S. Hauser (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychotherapie* (S. 159–176). München: Reinhardt.
- Heisterkamp, G. (2004). Zur leiblichen Fundierung des Übertragungsgeschehens. *Psychotherapie im Dialog*, 5 (4), 363–367.
- Hekele, W. (2004). Dialog zwischen Phantasie und Realität. *Psychotherapie im Dialog*, 5 (4), 348–355.
- Henn, F. & Henn, S. (2006). Die heilende Kraft der Beziehung – Patienten werden auch durch die Zuwendung gesund. Ein Gespräch mit dem Psychiater Fritz Henn und der Seelsorgerin Suella Henn. Das Gespräch führte Ulrich Schnabel. *DIE ZEIT*, 29. Juni 2006, 33.
- Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 395–433). New York: Guilford.
- Höger, D. (1990). Zur Bedeutung der Ethologie in der Psychotherapie. Aspekte der Aktualisierungstendenz und der Bindungstheorie. In G. Meyer-Cording & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit* (S. 30–53). Köln: GwG.
- Höger, D. (1999). Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). Ein Verfahren zur Erfassung von Bindungsstilen bei Psychotherapiepatienten. *Psychotherapeut*, 44, 159–166.
- Höger, D. (2002). Fragebögen zur Erfassung von Bindungsstilen. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsfor-schung* (S. 94–117). Stuttgart: Schattauer.
- Höger, D. (2006a). Die Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 11–35). Berlin: Springer.
- Höger, D. (2006b). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 37–72). Berlin: Springer.
- Höger, D. (2006c). Hat die Bindungstheorie die Psychotherapie verändert? In B. Strauß & M. Geyer (Hrsg.), *Grenzen psychotherapeutischen Handelns* (S. 15–24). Göttingen: Hubert & Co.
- Höger, D. (2007). Der personenzentrierte Ansatz und die Bindungstheorie. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes* (S. 64–78). Wien: Facultas.
- Höger, D. & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Person*, 6 (2), 35–44.
- Höger, D. & Wissemann, N. (1999). Zur Wirkungsweise des Faktors „Beziehung“ in der Gesprächspsychotherapie. Eine empirische Studie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 47, 374–385.
- Holmes, J. (2002). *John Bowlby und die Bindungstheorie*. München: Reinhardt.
- Holm-Hadulla, R., Kriz, J. & Lieb, H. (2004). Ist Beziehung alles und ohne Beziehung alles nichts. *Psychotherapie im Dialog*, 5 (4), 321–334.
- Keupp, H. (2003). Identitätsbildung in der Netzwerkgesellschaft: Welche Ressourcen werden benötigt und wie können sie gefördert werden? In U. Finger-Trescher & H. Krebs (Hrsg.), *Bindungsstörungen und Entwicklungschancen* (S. 15–50). Gießen: Psychosozial.
- Kirschenbaum, H. (1979). *On becoming Carl Rogers*. New York: Delacorte Press.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.; S. 469–485). New York: Wiley.
- LeDoux, J. E. (1998). *Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen*. München: Hanser. (Original erschienen 1998: The emotional brain. The mysterious underpinnings of emotional life. New York: Simon & Schuster).
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experience are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T.

- Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 161–182). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview with selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory* (pp. 407–474). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood. A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research* (pp. 66–104). Chicago: University of Chicago Press. (Monographs of the Society for Research in Child Development. 50.)
- Merten, J. (2001). *Beziehungsregulation in Psychotherapien. Maladaptive Beziehungsmuster und der therapeutische Prozess*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Nestmann, F. (1988). *Die alltäglichen Helfer*. Berlin: de Gruyter.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.; pp. 270–376). New York: Wiley.
- Pfeiffer, W. M. (1993). Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und der Therapie psychischer Störungen. In L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Krankheitslehre in der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung* (S. 19–39). Heidelberg: Asanger.
- Rahm, D. (2005). Bindungsentwicklung – über parallele Aspekte der Entwicklung von Bindungssicherheit in der Mutter-Kind-Interaktion und im therapeutischen Prozess. *Beratung Aktuell*, 6 (3), 140–160.
- Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Rogers, C. R. (1959a/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG. (Original erschienen 1959a: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology. A study of a science*. Vol. 3: Formulations of the person and the social context, New York: McGraw Hill, pp. 184–256).
- Rogers, C. R. (1967f). The Interpersonal Relationship in the Facilitation of Learning. In R. R. Leeper (Ed.), *Humanizing education* (pp. 1–18). Washington: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Rogers, C. R. & Buber, M. (1960). Dialogue Between Martin Buber and Carl Rogers. [The dialogue was held at Ann Arbor, organized by the University of Michigan on April 18, 1957.] *Psychologia. An International Journal of Psychology in the Orient*, 3 (4), 208–221.
- Röper, G. & Noam, G. (1999). Entwicklungsdiagnostik in klinisch-psychologischer Therapie und Forschung. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 218–239). Weinheim: Beltz – Psychologie Verlags Union.
- Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sander, K. (1999). *Personenzentrierte Beratung*. Weinheim: Beltz.
- Schmid, P. F. (2002). *Die therapeutische Beziehung als personale Herausforderung. Vortrag beim 34. Weinsberger Kolloquium*. [Online-Dokument]. <http://pfs-online.at/papers/paper-weinsberg.pdf> [Aufgerufen am 20.09.04].
- Schmidt, S., Strauß, B., Höger, D. & Brähler, E. (2004). Die Adult Attachment Scale (AAS) – Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Version. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54, 375–382.
- Schmidt-Denter, U. & Spangler, G. (2005). Entwicklung von Beziehungen und Bindungen. In J. B. Asendorpf (Hrsg.), *Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung* (S. 425–523). Göttingen: Hogrefe.
- Senf, W. & Broda, M. (2004). Editorial. *Psychotherapie im Dialog*, 5(4), 319–320.
- Siegel, D. J. (1999). *Wie wir werden die wir sind. Neurobiologische Grundlagen subjektiven Erlebens/die Entwicklung des Menschen in Beziehungen*. Paderborn: Junfermann.
- Solomon, J. & George, C. C. (1999). The place of disorganization in attachment theory. Linking classic Observations with contemporary findings. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 3–32). New York: Guilford.
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (1999). Bindung und Anpassung im Lebenslauf. Erklärungsansätze und empirische Grundlagen für Entwicklungsprognosen. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 170–194). Weinheim: Beltz – Psychologie VerlagsUnion.
- Spangler, G. (2001). Die Psychobiologie der Bindung. Ebenen der Bindungsorganisation. In G. J. Suess, H. Scheurer-Englisch & W.-K. P. Pfeifer (Hrsg.), *Bindungstheorie und Familiendynamik* (S. 157–177). Gießen: Psychosozial. (edition psychosozial.)
- Steele, H., Steele, M. & Fonagy, P. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers and their infants: Evidence for a relationship-specific perspective. *Child Development*, 67, 541–555.
- Steenbuck, G. (2005). Zur Aktualität Personenzentrierter Begleitung und Beratung. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 36 (2), 81–86.
- Stern, D. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1985: The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology. New York: Basic Books)
- Strauß, B. (2006). Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut*, 51 (1), 5–14.
- Strauß, B., Kirchmann, H., Eckert, J., Lobo-Drost, A.; Marquet, A.; Papenhäuser, R. et al. (2006). Attachment characteristics and treatment outcome following inpatient psychotherapy: Results of a multisite study. *Psychotherapy Research*, 16, 579–594
- Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren der Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Winnicott, D. W. (1976). *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Aus den ‚Collected Papers‘*. München: Kindler. (Original erschienen 1958: Collected Papers. Through paediatrics to psycho-analysis. London: Tavistock)

Autorin:

Silke Brigitta Gahleitner, geb. 1966, studierte Soziale Arbeit und promovierte in Klinischer Psychologie. Sie arbeitet seit 1997 als Psychotherapeutin in eigener Praxis sowie in einer stationären Einrichtung für traumatisierte Mädchen (seit 1999). Seit 2005 ist sie als Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit mit den Schwerpunkten Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung, qualitative Forschungsmethoden, Genderforschung und Psychosoziale Traumalogie in Forschung, Lehre und Praxis tätig.

Korrespondenzadresse:

Dr. Silke Gahleitner
 Alice-Salomon-Hochschule – University of Applied Sciences Professur für Klinische Psychologie und Sozialarbeit
 Alice-Salomon-Platz 5, D-12627 Berlin
 E-Mail: sb@gahleitner.net

Rezensionsartikel

Hermann Spielhofer

Jürgen Kriz & Thomas Slunecko (Hrsg.):

Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes.

Wien: Facultas, 2007. 315 Seiten, ISBN 978-3-8252-2870-5, €44,90 / SFr 42,70

Das vorliegende Buch soll sowohl Studierende, an Therapie und Beratung Interessierte als auch Praktiker mit den Grundlagen und aktuellen Strömungen sowie den Anwendungsbereichen der Gesprächspsychotherapie (GPT) bzw. Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie vertraut machen. Bereits im Titel des Buchs wird das Problem unterschiedlicher Bezeichnungen und damit auch der verschiedenen Entwicklungslinien und Differenzierungen unseres Ansatzes deutlich, worauf auch in der Einleitung Bezug genommen wird. Die Herausgeber sehen den Grund dafür in der geschichtlichen Entwicklung sowie „den verschieden gelagerten formativen Kräften – mit erheblichen Auswirkungen auf die inhaltliche Ausgestaltung von Therapietheorie, Praxis und Selbstverständnis“ (S. 8). Diese Rahmenbedingungen sind jedenfalls zu berücksichtigen, um die Entwicklungen dieses Ansatzes mit seinen unterschiedlichen Strömungen nachvollziehen zu können, wie immer man zu den „großen Anpassungsleistungen“ stehen mag, die „die GPT vollbringen musste und weiterhin muss, um sich in ein System einzupassen, das von juristisch-bürokratischen Richtlinien einerseits und wissenschaftlichen Grundprinzipien des medizinischen Modells andererseits bestimmt wird“ (S. 8). Dabei stellt sich allerdings die Frage, wie sich diese „Anpassungsleistungen“ auf die Identität eines Ansatzes auswirken, der den Anspruch nach Autonomie und Selbstbestimmung erhebt und, wie Rogers immer wieder betont hat, gegen jede Form gesellschaftlicher Machtausübung und Kontrolle ist.

Dieses Buch gliedert sich in vier Abschnitte, wobei zuerst die allgemeinen Grundlagen der GPT vorgestellt werden, weiters wichtige „Ausdifferenzierungen“ sowie ein Abschnitt über Diagnostik und Forschung und ein vierter über die Anwendung des Personenzentrierten Ansatzes bei verschiedenen Störungsbildern.

Grundlagen

Im ersten Abschnitt des Buches werden die Grundkonzepte der Gesprächspsychotherapie behandelt, insbesondere die therapeutische Beziehung mit Empathie, Kongruenz und positive Beachtung als Aspekte der Begegnungshaltung“ (S. 22). Dabei handelt es sich

nicht um empirisch erhobene Determinanten, sondern um zentrale Forderungen einer humanistisch ausgerichteten Psychotherapie mit einem spezifischen Verständnis des Menschen. Daneben geht es um die *Aktualisierungstendenz* als grundlegendes Erklärungsprinzip.

Jürgen Kriz verweist in seinem Beitrag „Grundlagen der Gesprächspsychotherapie“ darauf, dass Rogers das Beziehungsangebot auf einer hohen Abstraktionsebene beschrieben hat, wodurch ein breites Spektrum an Möglichkeiten gegeben ist, das Beziehungsangebot zu realisieren. Dies ermöglicht zwar, die Interventionen auf die spezifischen Leidens- und die Lebensumstände der Klienten abzustimmen, enthält aber die Gefahr von Willkür und Beliebigkeit, wenn keine Konzepte für spezifische Beziehungsangebote und Interventionsstrategien bei unterschiedlichen Störungsbildern entwickelt werden und zwar als Folie für die Einordnung und Begründung dieser Interventionen sowie für eine Reflexion therapeutischen Handelns. Es wird auch nach wie vor darüber diskutiert, wieweit es sich bei diesen unterschiedlichen Strömungen um „Ausdifferenzierungen“, d. h. um Explikationen der im Ansatz bereits implizit enthaltenen Konzepte, handelt oder um Ergänzungen bzw. wieweit nicht bereits der Grundkonsens verlassen worden ist (vgl. dazu Keil, 2002).

In den verschiedenen Arbeiten in diesem Buch wird immer wieder auf die Aktualisierungstendenz als zentrales Konzept oder „Axiom“ in der GPT hingewiesen (vgl. insbes. Bischkopf & Greenberg, Biermann-Ratjen, Höger, Kriz, Schmid). Rogers sieht darin einerseits Ausdruck des naturhaften Kerns des Menschen mit seiner Tendenz zu Wachstum, Entwicklung und Differenzierung, „als Richtungs-Kraft im organischen Leben“. Andererseits sind aber auch alle Bedürfnisse „Teilaspekte dieses einen grundsätzlichen Bedürfnisses“ bis hin zu Selbstverwirklichung und Autonomie (Rogers, 1951a/1973, S. 422). Damit werden nicht nur unterschiedliche Bedürfnisse und Motivationen einem allgemein gehaltenen „Axiom“ subsumiert, sondern hier werden auch biologische und psychische Ebenen verschmolzen, ohne eine Differenzierung zu versuchen sowie die unterschiedlichen Entwicklungsdeterminanten zu berücksichtigen und das Ineinandergreifen von körperlichen Reifungsprozessen und psychischer Entwicklung im Rahmen von

Wachstums- und gesellschaftlich geprägten Sozialisierungsprozessen zu diskutieren (vgl. dazu Finke, 2002). In dieser allgemeinen und undifferenzierten Form mag sie als „übergeordnetes Sinnprinzip“ (Höger, 1990) oder als identitätsstiftender Kern unseres Menschenbildes sinnvoll erscheinen, sie ist aber nur bedingt zur Darstellung und Begründung psychischer Prozesse und der Entstehung psychischer Störungen geeignet. So hat H. Swildens bereits 1989 festgestellt, dass „in diesem eindimensionalen Geschehen wenig Raum für Differenzierungen [besteht]: Man kann sich allenfalls mehr oder weniger aktualisieren, kann mehr oder weniger in seinem Entwicklungsprozess stagnieren, in seinem Umgang mit sich selbst und anderen mehr oder weniger rigide werden“ (S. 80).

Kriz stellt das Konzept der Aktualisierungstendenz in den Rahmen der Systemtheorie und verweist auf die Selbstorganisationsprozesse sowie auf die Fähigkeit, adaptiv auf die Umwelteinflüsse zu reagieren, und zwar aus inneren Potenzialen heraus und nicht von außen bestimmt. Dies mag sinnvoll erscheinen, insofern diese Tendenz zur Aktualisierung der im Organismus angelegten Potenziale als „bio-somatische Entität“ gefasst wird, zumal es bei der Systemtheorie um Prozesse und Strukturen geht. Wenn jedoch psychische Prozesse angesprochen sind, etwa im Rahmen der *Selbstaktualisierung* des Individuums und damit internalisierte Werte und Verhaltensnormen ins Spiel kommen, geht es um Inhalte in Form von symbolisierten Erfahrungen. Diese können auf der Basis von systemischen Erklärungsmodellen nicht erfasst werden.

Peter F. Schmid behandelt in seinem Beitrag „*Begegnung von Person zu Person*“ die anthropologischen Grundlagen der Personzentrierten Therapie (PZT). Er zeigt dabei die unterschiedlichen etymologischen Wurzeln des Person-Begriffs auf, die einerseits auf das autonome Individuum hinweisen, auf das Selbst-Sein, und andererseits auf das In-Beziehung-Sein der Person. Schmid plädiert dafür, diese beiden Zugänge zum Verständnis des Menschen nicht zu harmonisieren, sondern beide Aspekte in das personzentrierte Menschenbild als dialektisches Spannungsverhältnis einzubeziehen. Dies betrifft insbesondere auch die Therapie, in der der Klient durch die Beziehung er selbst wird, ganz im Sinne Martin Bubers: Nur durch das Du ist das Ich möglich. Authentisch zu sein bedeutet, dieses Spannungsverhältnis von Selbst-Sein und In-Beziehung-Sein immer neu auszubalancieren.

Schmid konkretisiert diese beiden Dimensionen des Person-Begriffs anhand der zentralen Konzepte der personzentrierten Persönlichkeits- und Beziehungstheorie. Therapie bedeutet demnach die Förderung dieser Tendenz, den Klienten für normales Wachstum und Entwicklung zu befreien, ohne Anleitung oder etwas vorzugeben. Die akzentuierte Position Schmidts zeigt sich auch darin, dass er Therapie als personale Begegnung bestimmt, bei der es um wechselseitige An-Erkennung als Person geht und nicht um Erkenntnis über den Anderen. Der Autor sieht in den Deutungen und Auslegungen bereits ein Bemächtigen und In-Besitz-Nehmen, das mit dem Konzept der personalen Begegnung unvereinbar ist.

Nun ist die Bedeutung philosophischer Konzepte wie jene von Kierkegaard, Buber oder Levinas für die anthropologische Fundierung des Personzentrierten Ansatzes unbestritten. Allerdings bedarf es auch der Diskussion dieser Konzepte auf der Ebene der Therapietheorie, wo es um die Voraussetzungen und Bedingungen für „personale Begegnung“ oder „Gegenwärtigkeit“ geht, damit es sich dabei nicht nur um spekulative Annahmen und ethische Postulate handelt, sondern diese „Modellannahmen“ auch Relevanz für das therapeutische Handeln bekommen. Es sollte jedenfalls nicht (mehr) der Eindruck entstehen, dass mit dem Beziehungsangebot wie etwa „absichtsloser Gegenwärtigkeit“ Störungskonzepte und störungsspezifische Interventionsstrategien überflüssig oder gar schädlich seien, was m. E. einen Rückschritt von der Profession zurück zur Konfession bedeuten würde (um den Untertitel des Buchs „*Psychotherapie im Wandel*“ von Grawe et al. (1994) zu paraphrasieren).

Auch Eva-Maria Biermann-Ratjen beschreibt in ihrem Artikel „*Die Störungslehre des klientenzentrierten Konzepts*“ zuerst die Grundbegriffe der GPT, wie „Organismus und Aktualisierungstendenz“, „Erfahrung“ oder „Selbstaktualisierungstendenz“. In der Folge werden von der Autorin die Phasen der Entwicklung des Selbst beschrieben und zuletzt in einem kurzen Abschnitt *Die Ätiologie psychotherapierbarer psychischer Störungen*. Dabei spielt die Entwicklung des Selbstkonzepts eine wesentliche Rolle; je eher im Leben eines Menschen das Erleben nicht in das Selbstkonzept integriert werden konnte, umso ausgeprägter ist die primäre Inkongruenz, so die Autorin. Allerdings dürften neben dem Zeitpunkt der Einschränkung von Selbsterfahrung auch Art und Intensität von Deprivationen, die das Kleinkind erlebt, eine Rolle spielen, und außerdem entstehen frühe Störungen oft schon in einer Phase, in der noch kein kohärentes Selbst existiert, in das Erfahrungen integriert werden könnten und die daher nicht symbolisiert werden.

Bei diesem Beitrag handelt es sich um eine sehr allgemeine Darstellung, die meines Erachtens wenig zum Verständnis einer klientenzentrierten Störungslehre beiträgt, und zwar insofern, als sie am „klassischen“ Konzept der Inkongruenz festhält. So bezeichnet W. M. Pfeiffer (1995, S. 41f.) dieses Modell der Inkongruenz als „ergänzungsbedürftig“, da sowohl Selbstkonzept als auch Aktualisierungstendenz in sich nicht einheitlich sind, sondern pathogene Widersprüche enthalten können. Außerdem ist die Einschränkung der Ätiologie psychischer Störungen auf die Entwicklung des Selbstkonzepts einseitig, da diese Entwicklung in enger Wechselwirkung mit den körperlichen Reifungsprozessen und den damit einhergehenden organismischen Erfahrungen zu sehen ist. Vor allem am Bindungsverhalten oder im Bereich der Sexualität zeigt sich, dass das Erleben nicht allein als Aktualisierung vorgegebener Potenziale begründbar ist, sondern im Rahmen von Austauschprozessen mit der Umwelt geformt und inhaltlich bestimmt wird. So betont auch Pfeiffer in dem angesprochenen Artikel (S. 52f.), dass

Selbstkonzept und aktualisierende Tendenz nicht als unvereinbare Tendenzen einander gegenübergestellt werden können, da beide im Rahmen gesellschaftlicher Bedingungen „sozialisiert“ werden.

Dieter Höger behandelt in seinem Artikel „Der personenzentrierte Ansatz und die Bindungstheorie“ einen Bereich, der auch für die Psychotherapie zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Zu Beginn skizziert er die wesentlichen Konzepte der Bindungstheorie und ihre Bedeutung für das Beziehungsverhalten der Menschen. In Anlehnung an J. Bowlby sieht Höger das Streben nach Bindung als Bestandteil der biologischen Ausstattung des Menschen, als „genetisch verankertes Verhaltenssystem“. Höger zeigt in der Folge die Berührungspunkte zwischen der Bindungstheorie und dem Personenzentrierten Ansatz auf, wobei er neben der Methodik der empirischen Beobachtung vor allem die biologische Orientierung hervorhebt. In beiden Disziplinen geht es um die in der Natur des Menschen angelegten Tendenzen zur Erhaltung und Erweiterung des Organismus (in der Bindungstheorie: „Bindung“ und „Exploration“). Dazu bedarf es der Zuwendung oder positiven Beachtung der „bedeutsamen Anderen“ bzw. der „Bindungspersonen“, für deren Erhalt andere Bedürfnisse zurückgestellt oder aufgegeben werden. In beiden Ansätzen sind es die Bezugspersonen, die durch ihre Reaktionen und Kommentare die Selbsterfahrung und das Weltbild des Kindes sowie deren Symbolisierung bestimmen. Auch in der Therapie suchen Klienten im Therapeuten eine Bindungsperson, wobei ebenfalls ihre eingeübten Bindungsmuster zum Tragen kommen, und es ist umso schwieriger, eine wirksame therapeutische Beziehung herzustellen, je mehr die unsicheren Strategien dominieren. Es ist notwendig, dass der Therapeut die Beziehungserfahrungen der Klienten nicht wiederholt und damit stabilisiert, sondern neue Beziehungserfahrungen ermöglicht, insbesondere dadurch, dass er die Signale und Botschaften empathisch aufgreift und richtig interpretiert. Dabei kann ihm das Wissen helfen, dass die sekundären Strategien, insbesondere bei den unsicheren Beziehungsmustern, überlebenswichtige Adaptationen darstellen, die ihre Entsprechung in der lebensgeschichtlichen Erfahrung haben und sich nicht auf ihn, den Therapeuten als Person, beziehen. Dabei scheint mir auch wichtig, dass der Therapeut seine eigenen Bindungsmuster kennt und nicht unreflektiert in den therapeutischen Prozess einfließen lässt (Höger, 2007).

Die Einbeziehung der Bindungstheorie für das Verständnis der therapeutischen Beziehung mit den darin wirksamen Beziehungsangeboten und Rollenzuschreibungen durch den Klienten kann ein nützliches Instrument bei der Diagnose von Beziehungsmustern und eine Ergänzung der Therapietheorie in der GPT darstellen, zumal diese Konzepte mit dem Beziehungsangebot dieses Ansatzes gut vereinbar sind. Allerdings ist dabei zu beachten, dass die durch empirische Beobachtung und Experimente gewonnenen Konzepte nicht gleichzusetzen sind mit dem konkreten subjektiven Erleben der Klienten, weshalb es wichtig ist, die daraus abgeleiteten diagnostischen Hypothesen anhand der (verbalen und nonverbalen)

Mitteilungen im Rahmen eines hermeneutischen Verstehensprozesses zu verifizieren.

Günter Zurhorst versucht in seinem Artikel „Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie (GPT). Jenseits von Deutungs- und Manipulationsmacht“ die für diesen Ansatz zentralen Beziehungsvariablen „gegenstandsangemessen zu reinterpreten und die dazu notwendige Forschungsmethodologie zu thematisieren“ (S. 79). Dabei soll die GPT gegenüber der Psychoanalyse mit ihrer Deutungsmacht und gegenüber der Verhaltenstherapie mit ihrer Manipulationsmacht abgegrenzt werden, um ihre Spezifität zu verdeutlichen und auch um den sich ausbreitenden Übernahmeversuchen entgegenzutreten. Um dem komplexen Geschehen im therapeutischen Prozess gerecht zu werden, fordert der Autor eine qualitativ-hermeneutische Forschungsmethodologie. Dabei bezieht er sich auf den Begriff der „Responsivität“ von Waldenfels (1998), bei dem es um eine grundlegende, anthropologisch verankerte Beziehungsstruktur geht, der zufolge wir uns in der therapeutischen Beziehung mit unserem Verhältnis zur Welt, zu anderen und zu uns selbst (einschließlich unseres Leib/Körpers) gegenüber treten, eine Beziehungsstruktur, die als *trinarische* bezeichnet wird. Entsprechend dieser Beziehungsstruktur ist etwa der Empathiebegriff in der bestehenden Konzeption nicht haltbar, da es darum geht, „den anderen als Anderen zu verstehen“, d. h. dem Anderssein des Anderen Rechnung zu tragen, ihn als Fremden, Dritten zu sehen. Es ist nach Zurhorst nicht möglich, dass wir uns über die Wahrnehmung in den Bezugsrahmen des Anderen begeben können, sondern aufgrund der trinarischen Struktur haben Therapeut und Klient aus ihrem jeweiligen Bezugsrahmen heraus eine gemeinsame „interpretative Verständigung“ zu leisten.

Der Autor interpretiert auch das Konzept der „unbedingten Wertschätzung“ neu, indem er auch hier auf die Bedeutung des Anderen für das Erleben des Menschen verweist – etwa im Sinne des „Blicks des Anderen“ bei Sartre. Die Annahme, dass durch die bedingungsfreie Wertschätzung das Verhältnis des Klienten zu sich selbst verändert wird, unterläuft die soziale Eingebundenheit des Menschen und die Tatsache, dass wir unsere Identität durch die Übernahme der Perspektiven signifikanter Anderer bilden. Auch in der Therapie ist die Auswahl der Perspektiven, die übernommen werden, bei Gewährleistung der selbstbestimmten Aneignung ein schwieriger Prozess der Ko-Konstruktion von Therapeut und Klient in einem professionellen offenen Raum, wobei der Therapeut in das Ensemble der signifikanten Anderen eingegliedert wird. Damit stellt dieser Artikel von Zurhorst meines Erachtens einen interessanten Beitrag für eine Erweiterung und Differenzierung der Grundkonzepte der GPT dar, vor allem um die soziale Einbindung des Individuums und Verankerung im kulturellen Kontext stärker zu berücksichtigen und die Konzeption einer starren, ahistorischen und entwicklungsresistenten Aktualisierungstendenz als Erlebens- und Entwicklungsbasis zu überwinden.

Die Vielfalt der Ansätze

Johannes Wiltschko geht in seinem Artikel „*Experiencing-Theorie und Focusing-Therapie – Konzepte und Methoden im Umgang mit strukturgebundenem Erleben*“ zuerst auf die wesentlichen Begriffe der Focusing-Therapie ein. Bei dieser Methode geht es vor allem darum, die Aufmerksamkeit auf die *impliziten*, nicht-symbolisierten und diffusen Erlebnisse (Stimmungen, Ahnungen, Befindlichkeiten usw.) zu richten und eine Distanz dazu herzustellen, wodurch sie zu einem Objekt („*bit of experiencing*“), zu einem *Felt-Sense* werden. Wird dieses implizite Erleben durch das Fokussieren darauf *explizit*, d. h. symbolisiert, so entsteht ein *Felt-Shift*, der die Quelle für Veränderungsprozesse darstellt.

Strukturgebundenen Erleben ist nun allerdings diesem Focusing-Prozess nicht zugänglich, da es nicht bewusst und in einer starren, stereotypen Form abläuft. Dieses strukturgebundene Erleben entsteht, wenn die von den Bezugspersonen übernommenen Antworten auf das eigene Erleben nicht mit diesem Erleben in Verbindung stehen und es daher auch nicht weiter tragen. Es sind die falschen Antworten, die das Kind auf sein Erleben und seine Bedürfnisse bekommen hat, aus Mangel an Empathie, Wertschätzung oder Kongruenz der Bezugspersonen. Dadurch kann sich der Erlebensprozess nicht weiter entwickeln, er erstarrt und nimmt strukturgebundene Muster an.

In der Therapie geht es darum, die Antworten („*experiential responses*“) zu finden, um den Erlebensprozess in den strukturgebundenen Aspekten wieder herzustellen. Wiltschko betont zwar, dass die therapeutische Situation und insbesondere die Beziehung zum Therapeuten die impliziten Erlebnisse des Klienten mitkonstituieren, dennoch kommt dieser Aspekte der Gegenseitigkeit im therapeutischen Prozess zu kurz; es wird stets am Erlebensprozess des Klienten gearbeitet; es geht darum, dessen Erleben „voranzutragen“ und nicht den gemeinsamen Prozess.

J. Bischoff und L. S. Greenberg stellen die „*Emotionsfokussierte Therapie und die Theorie erfahrungsorientierter Psychotherapie*“ vor. Die emotionsfokussierte Therapie versteht sich als spezifische Ausprägung der Gesprächspsychotherapie und integriert prozessdirektive und erlebnisaktivierende Interventionen. Den emotionalen Verarbeitungsprozessen und den daraus resultierenden emotionalen Schemata wird eine zentrale Rolle zugeschrieben. Dabei kommt dem Therapeuten eine aktive Rolle zu, indem er die Aufmerksamkeit selektiv auf jene Erfahrungen lenkt, die emotional adaptiv und wachstumsbezogen sind und die die Stärken der Person und sein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sowie die Bereitschaft zur Selbstexploration betreffen. Diesen Erlebnisanteilen soll mehr Raum gegeben werden, um sie als Kern des Selbst zu etablieren. Bei prozessdirektiven und erlebnisaktivierenden Interventionen ist jedenfalls immer auch die Gefahr gegeben, dass der Therapeut sein Erleben auf den Klienten projiziert und nicht der Klient seinen Weg vorgibt, sondern der Therapeut; dies auch deswegen, da eine konsistente Theorie als Reflexionsfolie praktischen Handelns,

zumindest anhand dieses Beitrags, nicht nachvollziehbar ist. Vielmehr verfügen die erfahrungsorientierten Ansätze, so die Autoren, „insgesamt über ein dichtes Theoriegebäude mit einer Vielzahl von Verzweigungen und Weiterentwicklungen ...“ (S. 120).

Hans Swildens beschreibt in dem vorliegenden Beitrag erneut seine „*Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*“ und betont, dass es sich dabei ebenfalls um eine „*eigenständige Ausprägung*“ innerhalb der methodischen Vielfalt des Personzentrierten Ansatzes handelt und nicht um eine neue Therapierichtung, wobei durchaus eigene Ideen entwickelt wurden, „wie die Anwendung der Gesprächspsychotherapie praktisch wirksam zu realisieren sei“ (S. 123). Die zentrale Annahme dieses Konzepts besteht darin, dass eine Therapie in unterschiedlichen Phasen jeweils spezifische Anforderungen an den Therapeuten stellt und ein „*phasenspezifisches Vorgehen*“ erfordert. Dies ist nach Swildens vor allem wichtig bei Personen, bei denen der *existenzielle Prozess* stagniert, d. h. dass sie sich nicht (mehr) in ihrer prozesshaften Natürlichkeit und Geschichtlichkeit sowie in ihren künftigen Möglichkeiten erleben. Hier reiche nach Swildens ein strikt klientenzentriertes Vorgehen nicht aus. In der Prozessorientierten GPT geht es daher auch um die Exploration und Klärung der „*Alibis*“ der Klienten, deren Rechtfertigungen für ihr existenzielles Scheitern, sowie der „*Mythen*“, mit denen die Klienten versuchen, ihr Handeln und So-Sein verständlich und notwendig erscheinen zu lassen. Eine wesentliche Motivation dabei stellen das Hilfsverlangen und die Hilfserwartungen der Klienten dar, was der Therapeut aufzugreifen hat.

Das Konzept von Swildens orientiert sich im Unterschied zu den eher technisch-funktionalistischen Entwicklungen an der Existenzphilosophie Heideggers mit der Betonung der historischen und existenziellen Dimension sowie der phänomenologischen Betrachtungsweise und wird damit dem Anspruch und dem Menschenbild der GPT in besonderer Weise gerecht.

Rainer Sachse beschreibt das Konzept der „*Klärungsorientierten Psychotherapie*“ (KOP). Er betont zu Beginn, dass es sich dabei um eine Weiterentwicklung der *zielorientierten* sowie der *klärungs- und handlungsorientierten Gesprächspsychotherapie* handelt, die sich „*bedeutsam*“ vom klassischen Ansatz Rogers' sowie auch von anderen Strömungen der GPT unterscheidet (S. 138). Es geht dabei um die Klärung und die therapeutische Bearbeitung zentraler dysfunktionaler, problemdeterminierender Schemata sowie um die Aufhebung einer „*Alienation*“, d. h. Entfremdung der Person von ihrem eigenen Motivations- und Bedürfnissystem, und zwar im Rahmen einer therapeutischen Beziehung, in der der Therapeut eine aktiv gestaltende Rolle einnimmt. Durch „*Explikationsprozesse*“ sollen unbewusst und automatisiert funktionierende Schemata zu validen kognitiven Repräsentationen gelangen.

Hinsichtlich der Handlungskonzeption der KOP wird vor allem die aktive Beziehungsgestaltung betont. Der Therapeut muss die

Verarbeitungsprozesse, die zur Klärung und Rekonstruktion der dem Erleben und Handeln zugrunde liegenden Schemata notwendig sind, gezielt steuern und bis an die Grenze dessen gehen, was der Klient gerade noch bereit ist zu bearbeiten. Dabei sollen allerdings keine inhaltlichen Vorgaben gemacht werden. Abschließend wird noch eine Reihe von konkreten Regeln und Strategien vorgestellt, die aus empirischen Ergebnissen abgeleitet worden sind.

Aufgrund seiner funktionalistischen, auf der Basis von empirischen Ergebnissen erstellten Interventionsstrategien steht dieser Ansatz in einem Gegensatz zum Beziehungsangebot der GPT. Anstelle eines „person-zentrierten“ und das Wachstum der Klienten fördernden therapeutischen Vorgehens liegt der Fokus auf der Behandlung von Symptomen bzw. auf der Bearbeitung dysfunktionaler Schemata. Es ist daher schwer nachvollziehbar, warum dieser Beitrag in einem Buch über aktuelle Strömungen der GPT Aufnahme findet, nachdem sich laut Aussagen des Autors dieses Konzept nicht nur „bedeutsam“ vom Ansatz Rogers unterscheidet, sondern auch von anderen Strömungen der GPT. Im therapeutischen Prozess der Personzentrierten Psychotherapie geht es um die Förderung der Selbstexploration der Klienten und um die gemeinsame Neuinterpretation und Neubewertung des Erlebens. Konzepte auf der Basis von empirisch-statistischen Ergebnissen müssen dort versagen, wo es um subjektive Wirklichkeiten geht, die im Rahmen des therapeutischen Dialogs erst narrativ konstituiert werden und nicht unabhängig sind von ihrer Generierung.

Michael Behr stellt in seinem Beitrag „*Gesprächspsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*“ spieltherapeutische Konzepte und die Praxis eines personzentriert-interaktionellen Vorgehens dar. Dieser Artikel fällt insofern etwas aus der Reihe, als es sich hier nicht nur um eine „Ausdifferenzierung“ der GPT handelt, sondern um eine Adaptation für eine besondere Klientengruppe mit speziellen Anforderungen. So wird eingangs auf die spezifischen Störungsbilder von Kindern und Jugendlichen hingewiesen, vor allem auf Entwicklungs- und Verhaltensstörungen. Außerdem erfolgen hier die therapeutischen Interaktionen hauptsächlich auf der Handlungsebene, insbesondere im Spielen und Ausagieren, wobei die Klienten ihre Probleme und Gefühle „inszenieren“.

Bezüglich der Behandlungsstrategien wird zum Einen auf die Interventionsprinzipien von V. Axline, einer Schülerin von C. Rogers, hingewiesen, die von Zurückhaltung und Respekt getragen sind und im Sinne einer Alter-Ego Beziehung die Gefühle des Kindes spiegeln. Zum Anderen wird inzwischen, entsprechend dem interaktionellen Verständnis in der GPT, vom Therapeuten auch eine aktivere Haltung eingenommen. Als theoretische Fundierung werden auch die Bindungstheorie von J. Bowlby und die Theorie des Selbsterlebens von D. Stern herangezogen.

Der Autor beschreibt in dieser Arbeit auch das von ihm entwickelte Konzept der *Interaktionsresonanz*. Außerdem werden noch spezielle Aspekte der Jugendpsychotherapie sowie Wirkfaktoren

und Wirksamkeit von Interventionsstrategien dargestellt. Es hat sich auch gezeigt, dass der Anwendungsbereich des Beziehungsangebots personzentrierter Kinder- und Jugendpsychotherapie breit ist, und daher findet dieser Ansatz auch in vielen Arbeitsfeldern Anwendung, vielfach kombiniert mit anderen Verfahren wie Logopädie, Ergotherapie, Musiktherapie usw.

Diagnostik und Forschung

Die ablehnende Haltung Rogers gegenüber einer vor allem medizinisch ausgerichteten Diagnose mit ihren starren Zuordnungen von Krankheitsbegriffen wurde inzwischen modifiziert, wobei versucht wurde, Diagnostik als einen in das Therapieschehen integrierten und auf die Inkongruenzproblematik abgestellten Prozess der Erkenntnisgewinnung zu bestimmen.

Dieter Tschulin unterscheidet in seinem Beitrag „*Psychodiagnostik und differenzielles Vorgehen in der Gesprächspsychotherapie*“ zwischen *Diagnostik* und *Diagnose*, wobei es sich bei der Diagnose um die Zuschreibung einer Chiffre handelt, während es bei der Diagnostik um einen gemeinsamen Prozess von Therapeut und Klient geht, in dem Erkenntnis und Verstehen gefördert werden sollen. Psychodiagnostik, Therapie und Ergebnisbeurteilung sollen eine integrative Einheit bilden, wobei sich der Patient verstanden und angenommen und nicht etikettiert fühlen soll. Der Autor sieht die Bedeutung der Diagnostik vor allem für die Indikationsstellung im Hinblick auf die Frage des differenziellen Vorgehens bei bestimmten Störungsbildern.

Tschulin stellt außerdem ein *Optimierungsmodell* vor, das zwar auf der Inkongruenztheorie aufbaut, aber über diese hinausgeht, und zwar hinsichtlich einer Differenzierung nach nosologischen Kategorien, um damit die Wirksamkeit der Psychotherapie zu optimieren. Neben dem Basisverhalten, d. h. der Herstellung einer positiven therapeutischen Beziehung, kommt nach diesem Modell insbesondere für die Behandlung psychischer Krankheiten eine *differenzielle Psychotherapie* zum Einsatz, die eine Adaptation an unterschiedliche Patienten- und Problemsituationen ermöglicht.

In einem weiteren Beitrag zu dieser Thematik stellt Tschulin den *Würzburger Leitfaden* (WLF) zur Diagnostik sowie zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle vor. Dieser Leitfaden bietet eine große Auswahl an diagnostischen Verfahren für Eingangs-, Prozess- und Abschlussdiagnostik sowie für Nachuntersuchungen, aus denen entsprechend dem Setting sowie den Persönlichkeitsmerkmalen und dem Störungsbild geeignete Instrumente ausgewählt werden können. Es wird jedoch nicht diskutiert, was die Durchführung dieser Tests und Befragungen zu Beginn, während der Therapie und am Schluss für den therapeutischen Prozess sowie für die therapeutische Beziehung bedeuten und inwiefern dadurch das Vertrauen der Klienten in die Kompetenz des Therapeuten gestärkt wird, wie der Autor betont.

Auch Gert-Walter Speierer geht in seinem Beitrag „*Diagnose und Indikationsstellung im differenziellen Inkongruenzmodell (DIM)*“ davon aus, dass die Beziehungsvariablen der GPT nicht bei allen Klienten ausreichen, um eine therapeutische Veränderung herbeizuführen. Sein Konzept eines differenziellen Inkongruenzmodells soll eine Neubewertung von Diagnose, Indikationsstellung und Therapieplanung ermöglichen, indem anhand einer Inkongruenzanalyse die spezifische Inkongruenzdynamik der Person erfasst wird. Der Autor setzt dabei ein spezifisches Diagnoseverfahren ein, bei dem ein Transkript der Patientenmitteilungen ausgewertet wird – und zwar mit einer eigenen Checkliste – sowie das *Regensburger Inkongruenzanalyse Inventar (RIAI)*, ein Fragebogen zur Selbstbeurteilung der Klienten, eingesetzt wird. Damit soll nicht nur festgestellt werden, ob eine Indikation für eine Psychotherapie besteht, sondern auch ob eine differenzielle Therapie angezeigt ist, wie etwa Konfliktbearbeitungs- oder Stressbewältigungsstrategien oder eine klassische GPT.

Diese beiden Ansätze von Tscheulin und Speierer erscheinen schematisch und auf spezialisierte effizienzsteigernde Strategien ausgerichtet. Dabei wird meines Erachtens zu wenig die Problematik diskutiert, dass durch die an der Symptomatik orientierten und anhand positivistischer Forschung generierten funktionalistischen Techniken die Person mit ihren individuellen Erwartungen und Sinnbedürfnissen aus den Augen verloren geht. Außerdem besteht die Gefahr, dass Fehlanpassungen und Symptome eingeschränkt behandelt und nicht, wie es dem Personenzentrierten Ansatz entspricht, Wachstum und Entwicklung der Person insgesamt gefördert werden, was Voraussetzung für eine nachhaltige Besserung des Leidenszustandes ist.

Inge Frohburg behandelt die „*Forschung in der Gesprächspsychotherapie*“ und gibt eingangs einen kurzen Überblick über die von Rogers initiierte und durchgeführte Forschung zur Wirksamkeit und zur Erfassung des therapeutischen Prozesses in der GPT. Außerdem verweist sie auf Forschungsarbeiten in Deutschland sowie auf den derzeitigen internationalen Forschungsstand und führt die wesentliche Literatur zu diesem Thema an. Die Autorin unterscheidet bei der weiteren Darstellung vier Bereiche der Forschung: Indikationsforschung, Prozessforschung, Ausbildungsforschung und Effektivitätsforschung.

Obwohl die überwiegende Zahl der Forschungsarbeiten dem naturwissenschaftlichen Paradigma entsprechen, betont Frohburg, dass dieses positivistisch-reduktionistische Verfahren, das von stabilen, abgegrenzten Merkmalen ausgeht sowie von kausal-linearen Zusammenhängen zwischen einzelnen Variablen, dem Gegenstand der GPT nur eingeschränkt gerecht wird, auch wenn sie einen gewissen Erkenntniswert besitzen. Einen alternativen Forschungsansatz sieht die Autorin in systemisch-interaktionell ausgerichteten Forschungsstrategien, ohne in ihrem Beitrag konkreter darauf einzugehen, was darunter zu verstehen ist. Ob allerdings diese

systemischen Ansätze, denen ebenfalls ein naturwissenschaftliches Paradigma zugrunde liegt, der GPT angemessen sind, hängt von der Gegenstandsbestimmung unseres Ansatzes ab. Wenn es, wie von Rogers postuliert, um die Erfassung des jeweiligen subjektiven Erlebens, des „inneren Bezugsrahmens“ geht, so ist dies jedenfalls nicht in der Dritten-Person-Perspektive etwa durch Verhaltensbeobachtungen oder durch Fragebögen möglich, dazu bedarf es der Interpretationen von Mitteilungen der Klienten im Rahmen eines hermeneutischen Verstehensprozesses oder, wie Zurhorst in seinem Beitrag in diesem Buch schreibt, der gemeinsamen interpretativen Verständigung.

Trotzdem, oder gerade wegen dieser Ausrichtung, gibt dieser Beitrag von Frohburg einen guten Überblick über die Forschung in der GPT und kann als erste Einführung in dieses Gebiet sehr nützlich sein. Außerdem werden zahlreiche Hinweise für weiterführende Literatur gegeben.

Störungsspezifische Praxisaspekte

Jobst Finke und Ludwig Teusch gehen in ihren Beiträgen über „*Die störungsbezogene Perspektive in der Gesprächspsychotherapie*“, „*Gesprächspsychotherapie der Depression*“, „*Gesprächspsychotherapie bei Angststörungen*“ davon aus, dass Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern unterschiedliche Beziehungserwartungen und Erlebnisweisen einbringen und daher nicht gleich zu behandeln sind. Das Antizipieren von Inhalten, die in der Therapie von bestimmten Störungen eine Rolle spielen, kann dem Therapeuten den verstehenden Zugang zum Patienten erleichtern. Sie sehen ihre Perspektive jedoch nicht als Gegenposition zur klassischen beziehungsorientierten GPT. Allerdings ist der Anspruch eines wissenschaftlichen Verfahrens zur Behandlung psychischer Erkrankungen nur auf der Basis einer Therapietheorie einzulösen, die sich an Störungsbildern orientiert und damit die Möglichkeit bietet, therapeutische Interventionen auf ihre Angemessenheit im jeweiligen Einzelfall diskutier- und überprüfbar zu machen.

In der Folge werden störungsspezifische Konzepte anhand von Depressionen und Angststörungen dargestellt, wobei sowohl die jeweiligen „Schlüsselerlebnisse“, d. h. die für eine Störung charakteristischen Themen, als auch die entsprechenden Interventionsstrategien angeführt werden. Gerade für die Behandlung von Depressionen ist die GPT, so die Autoren, durch das bedingungsfreie Akzeptieren in besonderer Weise geeignet, da diese Patienten aufgrund ihres negativen Selbstkonzepts einer grundsätzlich affirmativen Zuwendung und stützender Nähe bedürfen.

Es ist das Verdienst der beiden Autoren, störungsspezifische Konzepte im Rahmen der GPT entwickelt und damit eine wichtige Ergänzung und Erweiterung des allgemeinen Konzepts der Inkongruenz als Erklärungsgrundlage für Fehlanpassungen erstellt zu haben. Dabei geht es darum, die Besonderheiten und spezifischen

Eigengesetzlichkeiten – vor allem bei länger bestehenden Störungen – zu beachten und die daraus folgenden besonderen Erlebens- und Handlungsmuster bei den Therapiekonzepten zu berücksichtigen. In den vorliegenden Arbeiten wurden für zwei verbreitete Störungsbilder die Grundthematik sowie entsprechende Interventionsmöglichkeiten beschrieben, wobei letztere als Raster von Möglichkeiten und nicht als starre Handlungsanweisungen verstanden werden. Die angeführten Beispiele können vor allem für angehende Psychotherapeuten hilfreiche Hinweise für die Befindlichkeiten und Hilfserwartungen dieser Klienten darstellen.

Ute Binder vertritt in ihrem Beitrag „*Psychotisches Leben als psychotherapeutische Herausforderung*“ das Anliegen, Theorie und Methode der PZT so zu erweitern, dass auch schwerer gestörtes Erleben und Handeln in seiner Ordnung, Bedeutung und Entwicklung empathisch begriffen werden kann. Zuerst schildert die Autorin sehr eindrucksvoll, welche Anforderungen und besonderen Anstrengungen psychotisches Erleben für die Betroffenen bedeutet, wie bedrohlich, verstörend und einsam ihr Leben sein kann. Durch das Fehlen von klaren Strukturen und Orientierungen, durch die geringe Vorhersagbarkeit und Steuerbarkeit des Erlebens sowie durch das Fehlen eines Bezugssystems, um die Erfahrungen einzuordnen, ist nicht nur das eigene Selbstverständnis, sondern auch die Kommunikation mit den Mitmenschen beeinträchtigt.

Das psychotische Erleben wird verständlicher, so die Autorin, durch die Erfahrung mit den Patienten sowie mit uns selbst in Ausnahmesituationen, durch klinisches Hintergrundwissen und durch die Kenntnis der entwicklungspsychologischen und pathologischen Grundlagen. In der Folge beschreibt Binder die entwicklungspsychologischen Aspekte der Psychosen. Einen breiten Raum widmet sie dem Konzept der Empathie, die sowohl für Entwicklungsprozesse als auch für die Behandlung eine zentrale Rolle spielt. Sie unterscheidet zwei Ebenen des Verstehens: Empathie als kommunikativer Prozess, der auf einen „motivational-prosozialen Mitvollzug“ abstellt, und eine „kognitiv soziale Perspektivenübernahme“, bei der es um das rationale Verstehen von Motiven, Gefühlen geht und deren objektive Bedeutung aus den realen Zusammenhängen heraus verständlich wird. Dies ist erforderlich, da bei schwereren Störungen ein therapeutisches Verstehen erforderlich ist, das über die allgemeine Verständnisbereitschaft hinausgeht.

Die Ausführungen von Binder sind trotz der besonderen Problematik klar und verständlich und durch die Beispiele sehr anschaulich und nachvollziehbar, was von einem umfassenden Wissen und reicher Erfahrung zeugt. Allerdings fehlt meines Erachtens ein theoretischer Rahmen, um die unterschiedlichen Begriffe und Konzepte, die die Autorin verwendet, sowie die vielfältigen Erfahrungen einzuordnen und in ihrer Bedeutung für die Darstellung und Begründung psychotischen Erlebens und deren Behandlung zu beschreiben.

Klaus Heinerth betont in seinem Artikel „*Differenzielles Verstehen bei verzerrter und versperrter Symbolisierung*“ die zentrale Bedeutung der Symbolisierungsprozesse für die Persönlichkeitsentwicklung. Sie stellen das Bindeglied zwischen den Erfahrungen des Organismus und dem Selbstkonzept bzw. der Selbstexploration dar, die unsere Selbsterfahrung ständig begleitet und sie laufend bestätigt oder modifiziert. Der Autor weist auf die Notwendigkeit einer Unterscheidung zwischen verzerrter und versperrter Symbolisierung hin und auf ihre Bedeutung für eine differenzielle Diagnostik und Therapie.

Zur Illustration verwendet er das Bild eines Hauses, in dem die verschiedenen Räume unterschiedlichen Erfahrungsbereichen, wie Selbstbehauptung und Aggression, Bindungsgefühle und Zuneigung oder Unsicherheit und Angst, entsprechen. Diese Räume müssen im Laufe der Entwicklung von der Person in Besitz genommen werden, und zwar durch eine empathisch begleitende Vertrauensperson, die das Individuum mit diesen Erfahrungsbereichen vertraut macht. Fehlt eine solche Vertrauensperson, so bleiben die entsprechenden Räume unbewohnt; die Person erfährt nicht, was es bedeutet, liebevoll oder aggressiv zu sein. Für diese Bereiche fehlen die entsprechenden Repräsentationen im Selbstkonzept und damit die Selbstempathie, ohne dass dem Betreffenden diese Lücke bewusst ist. Dies betrifft vor allem Personen mit Persönlichkeitsstörungen oder frühen Störungen, wie Borderline-Strukturen. Neben diesen versperrten Räumen gibt es solche, die falsch möbliert sind; diese entsprechen einer verzerrten Selbstwahrnehmung, was bei Patienten mit neurotischen Störungen der Fall ist.

Hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens verweist Heinerth darauf hin, dass bei Personen mit versperrter Symbolisierung die Kontaktfähigkeit der Patienten, welche Rogers als Voraussetzung für eine hilfreiche therapeutische Beziehung anführt, in den jeweiligen Bereichen nicht gegeben ist. Es sind also Interventionen notwendig, die auf nonverbaler Ebene erfolgen, da verbale Äußerungen auf keine entsprechenden Repräsentanzen im Selbstkonzept der Klienten treffen.

Der Autor empfiehlt daher empathische oder wertschätzende Mitteilungen durch Gesten oder Handlungen und auch Berührungen zu kommunizieren oder gestalterische Aktivitäten einzusetzen, wie Malen, Arbeiten mit Ton usw., oder erlebnisaktivierende Techniken.

Diese Unterscheidung in verzerrte und versperrte Symbolisierung erleichtert vor allem das Verständnis für die fehlende Einsicht und die mangelnde Möglichkeit, Gefühle oder Bedürfnisse zu erleben und damit auch diesbezügliche Hinweise des Therapeuten zu verstehen. Gerade in einer Zeit, da Persönlichkeitsstörungen zunehmend diagnostiziert werden, sind solche Konzepte hilfreich und eine Ergänzung zur Inkongruenztheorie der GPT.

Rainer Sachse hat in einem weiteren Beitrag über „*Klärungsorientierte Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen*“ sein therapeutisches Konzept bei der Behandlung einer

psychosomatischen Störung dargestellt. So verweist er darauf, dass anhand von Untersuchungen zu dieser Problematik psychische Prozesse und Merkmale gefunden worden sind, aus denen ein bestimmtes psychisches Funktionsmodell abgeleitet werden kann. Zentraler Aspekt dabei ist ein hohes Maß an *Alienation*, d. h. Entfremdung von den eigenen Bedürfnissen und Motivationen. Das führt dazu, dass sich diese Patienten durch das Fehlen eines internen Bewertungssystems schwer orientieren und entscheiden können. Daraus folgt eine chronische Unzufriedenheit, da sie nicht entsprechend ihrer eigenen Bedürfnisse handeln, sondern sich sehr stark nach außen orientieren, ohne dass ihnen dies bewusst wird. Charakteristisch für psychosomatische Patienten ist auch die Vermeidung einer Reflexion der Gründe ihres Leidens, was wiederum die Entfremdung verstärkt. Dies führt zu einem geschlossenen, sich selbst stabilisierenden System. Diese Reflexionsvermeidung stellt daher, nach Sachse, den entscheidenden therapeutischen Ansatzpunkt dar.

Da diese Patienten ein niedriges Niveau an Selbstexploration aufweisen sowie eine geringe Fähigkeit, sich auf inhaltliche Klärung einzulassen, ist es notwendig, diese Vermeidungsstrategien ins Zentrum der Therapie zu rücken. Im Sinne der von ihm vertretenen „klärungsorientierten Psychotherapie“ (siehe oben) geht es darum, den Klienten aktiv zu einer Problemarbeit dysfunktionaler Schemata anzuleiten.

Es ist dem Autor natürlich zuzustimmen, dass bei Personen mit psychosomatischen Erkrankungen ein geringes Ausmaß an Reflexion der Ursachen auf der psychischen Ebene besteht und dies einen wichtigen Ansatzpunkt in der Therapie darstellt. Es soll hier aber trotzdem nochmals auf die Unvereinbarkeit hingewiesen werden zwischen „aktiven“ und „gezielt gesteuerten“ Interventionen, die auf einzelne Symptome abzielen und von empirischen-statistischen Ergebnissen abgeleitet worden sind, einerseits und dem Beziehungsangebot der GPT andererseits.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das vorliegende Buch einen gewissen Überblick über die derzeitige Diskussion der Grundlagen sowie wesentlicher Ausdifferenzierungen und Neuinterpretationen gibt. Es sind aktuelle Beiträge von namhaften Autoren, die fundiert über ihre Spezialgebiete berichten. Allerdings ist für mich die Auswahl der Beiträge nicht leicht nachzuvollziehen,

da damit nicht nur unterschiedliche und zum Teil gegensätzliche Standpunkte und Strömungen vertreten werden, wobei, wie die Herausgeber schreiben, auch sehr spezifische Vorstellungen von Gesprächspsychotherapie einfließen, sondern sie sind auch von den Anforderungen und Voraussetzungen her sehr unterschiedlich, weshalb es auch schwierig ist, eine entsprechende Zielgruppe auszumachen. Belesene Therapeuten werden viele Darstellungen finden, die in ähnlicher Form schon mehrfach publiziert worden sind. Andererseits finde ich, dass es nicht nur für Studierende oder an Therapie Interessierte schwierig ist, diese unterschiedlichen und oft gegensätzlichen Standpunkte und Konzepte einzuordnen oder unter den Anspruch und das Menschenbild der GPT zu subsumieren bzw. einen Eindruck davon zu bekommen, wofür der Ansatz steht. So wird auch von den Herausgebern zugestanden, dass die GPT inzwischen „in den derzeitigen Mainstream derart hineingewachsen [ist], dass ihre Grundorientierung bisweilen unkenntlich geworden ist oder als überflüssiges Beiwerk erscheint“ (S. 17). Jedenfalls scheint mir der Hinweis auf die klassischen Beziehungsvariablen sowie die Aktualisierungstendenz als gemeinsame Basis nicht ausreichend, da diese Konzepte auch in diesem Buch zum Teil relativiert und neu interpretiert werden. So hat J. Howe bereits 1989 die mangelnde Reflexion der anthropologischen Grundannahmen für die Identitätsproblematik der GPT verantwortlich gemacht und gefordert, die anthropologische Basis neu zu diskutieren (1989, S. 14).

Jedenfalls haben wir uns in zunehmendem Maße der Frage zu stellen, wie die Spannung von personenzentriertem Anspruch und Menschenbild einerseits und den „formativen Kräften“, – den ökonomischen Zwängen mit ihren Forderungen nach effizienten, kostengünstigen und technisch-funktionalistischen Verfahren und den wissenschaftlichen Ansprüchen in Richtung einer „evidenzbasierten Psychotherapie“ – auszutragen ist; d. h. wieweit wir versuchen sollen, den Anspruch nach Autonomie, Widerständigkeit und Emanzipation aufrechtzuerhalten. Ich würde mir wünschen, dass dieses Buch – gerade wegen seiner unterschiedlichen Positionen und Bruchstellen, aber auch wegen der Vielfalt und Offenheit – einen Beitrag zu dieser Diskussion leisten kann. Allerdings zeigen die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte, dass die politisch-bürokratischen und ökonomischen Zwänge sowie der Versuch nach Anerkennung durch die Scientific Community und den Einrichtungen des Gesundheitswesens bisher vielfach überwogen haben.

Literatur

- Finke, J. (2002). Das Menschenbild des Personenzentrierten Ansatzes zwischen Humanismus und Naturalismus. *Person*, 6(2), 26–34.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Höger, D. (1990). Zur Bedeutung der Ethologie für die Psychotherapie. Aspekte der Aktualisierungstendenz und der Bindungstheorie. In G. Meyer-Cording & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit. Theorie, Forschung und Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie heute* (S. 30–53). Köln: GwG.
- Höger, D. (2007). Die Bindungsmuster von Psychotherapeuten. *Person*, 11(1), 5–12.
- Howe, J. (1989). Störungsspezifisches Handeln in der Gesprächspsychotherapie? In R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 9–20). Heidelberg: Asanger.
- Keil, W. (2002). Methoden und Techniken in der Klientenzentrierten Therapie. In C. Iseli, W.W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Oswald, P. F. Schmid & P.G. Wacker (Hrsg.), *Identität. Begegnung. Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 181–218). Köln: GwG.
- Pfeiffer, W. M. (1995). Überlegungen zu einer Störungslehre aus interaktioneller Perspektive. In S. Schmidtchen, G.-W. Speierer & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 2. Theorien und Ergebnisse zur Grundlegung einer klientenzentrierten Krankheitslehre* (S. 41–82). Köln: GwG.
- Rogers, C. R. (1951a/1973). *Client-Centered Therapy. Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin [dt.: *Die klientenbezogene Gesprächstherapie*. München: Kindler].
- Swildens, H. (1989). Über Psychopathologie und ihre Bedeutung für die klientenzentrierte Psychotherapie. In M. Behr, F. Petermann, W. M. Pfeiffer & C. Seewald (Hrsg.), *Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie. Bd. 1* (S. 80–106). Salzburg: Otto Müller.
- Waldenfels, B. (1998). *Grenzen der Normalisierung*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Rezensionen*

Diether Höger

Sabine Weinberger & Christiane Papastefanou: Wege durchs Labyrinth. Personzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen.

Unter Mitarbeit von Hildegard Steinhauser und Michael Bastian.

Weinheim und München: Juventa Verlag, 2008. 302 Seiten, ISBN 978-799-2072-4, €18,00/Sfr 32,90

Gegenstand des Buches ist die Psychotherapie speziell mit Jugendlichen, die sowohl gegenüber der Psychotherapie mit Kindern als auch der mit Erwachsenen anderes Wissen und besondere Vorgehensweisen erfordert. Die im Titel verwendete Metapher „Wege durchs Labyrinth“ verweist auf die im Jugendalter schwierigen Wege der Selbstfindung, die in jedem Falle Herausforderungen darstellen, die zwar unter hinreichend günstigen Bedingungen von den Jugendlichen bewältigt werden, bei ungünstigen Ausgangsbedingungen jedoch einen belastenden Stress darstellen und eine erhöhte Anfälligkeit für Störungen und psychische Erkrankungen mit sich bringen. Jugendliche sind in diesem Zusammenhang Zielgruppe für psychosoziales Handeln auf drei Ebenen: Präventive Maßnahmen, Psychotherapie und verschiedene Arbeitsfelder der psychosozialen Beratung.

Zum Inhalt: In der Einleitung kritisieren die Autorinnen die verhaltenstherapeutisch orientierten Therapien („kürzer, schneller, manualisiert“), die nicht an der Person orientiert sind: In diesen Therapieprogrammen bzw. Manualen fehlen in der Regel nähere Altersangaben für die Zielgruppe, die oft erheblichen Entwicklungsunterschiede im Jugendalter werden ignoriert ebenso wie die oft sehr unterschiedlichen, von außen nicht steuerbaren individuellen Entwicklungstempi. Auch seien sie nicht auf die individuelle Situation des Einzelnen abgestimmt und böten kaum Anregungen für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung. Dem setzen die Autorinnen ihre entschieden andere Position entgegen: Die Orientierung an den Entwicklungsvoraussetzungen, d. h. die Berücksichtigung der entwicklungspsychologischen Erkenntnisse und die Entwicklungspsychopathologie als Integration von Entwicklungspsychologie und Klinischer Psychologie. Für die im Zentrum stehende therapeutische Beziehung orientieren sich die Autorinnen am Personzentrierten Ansatz.

Die folgenden beiden Kapitel sind der Theorie gewidmet. In dem einen geht es um entwicklungspsychologische Forschungsergebnisse zum Jugendalter, insbesondere um für die Therapie und Beratung bedeutsame Besonderheiten des Erlebens Jugendlicher. Die Autorinnen beschränken sich auf die normalen Entwicklungsvarianten und verweisen hinsichtlich spezifischer Störungsbilder auf die einschlägige Literatur. Worum es ihnen geht, ist vor allem die Charakterisierung der Lebensphase der Pubertät und des Erwachsenwerdens und die mit ihnen verbundenen Entwicklungsaufgaben. Beschrieben werden die zunehmenden kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten, Aspekte der sozio-emotionalen Entwicklung und die Beziehungen zu Gleichaltrigen, wobei auch Ergebnisse zu Besonderheiten der heutigen Jugendlichen mit berücksichtigt werden. Aus all dem werden jeweils Schlussfolgerungen für die Beratungssituation gezogen.

Im zweiten dieser theoretischen Kapitel geht es um einen Abriss des Personzentrierten Ansatzes allgemein sowie um die Entwicklung der Personzentrierten Therapie mit Kindern und Jugendlichen im Besonderen bis hin zu den heutigen Vorgehensweisen. Es ist nur konsequent, wenn die Autorinnen die therapeutische Beziehung gemäß dem Personzentrierten Ansatz in den Mittelpunkt stellen, die nach Rogers nicht eine Vorbedingung für die eigentlichen Veränderungen ist, sondern die Veränderung selbst. Sie ergänzen dies mit Bestätigungen und Differenzierungen durch die Bindungsforschung und die moderne neurobiologische Forschung, das Prinzip der Achtsamkeit sowie die von Grawe postulierten Wirkfaktoren Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problemklärung und Problembewältigung.

Die Brücke zwischen Theorie und Praxis wird im vierten Kapitel über die Beziehungsgestaltung in der Arbeit mit Jugendlichen geschlagen: Wie können die von Rogers abstrakt formulierten

* Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden, dzt.:

Franz Berger, Basel, E-Mail: franz.berger@unibas.ch bzw. Gerhard Stumm, Wien, E-Mail: gerhard.stumm@tplus.at

Vorliegende Rezensionen mögen per E-Mail bei einem der beiden eingereicht werden.

Detailinformationen zu Rezensionen siehe hintere innere Umschlagseite (U3)

Merkmale des therapeutischen Beziehungsangebots (Empathie, unbedingte Wertschätzung und Echtheit/Kongruenz) im konkreten Therapeutenverhalten realisiert werden? Sie werden einzeln besprochen, jeweils mit Beispielen illustriert und im Hinblick auf mögliche Schwierigkeiten bei ihrer Verwirklichung diskutiert, bevor es im fünften Kapitel um die Gesprächspraxis selber geht: Die Rahmenbedingungen der Therapie, die anfängliche Kontakt- und Diagnostikphase, beginnend mit der telefonischen Anmeldung, dem Erstkontakt als der ersten Begegnung, dem Formulieren der Ziele, der Therapievereinbarung und dem Einbeziehen der Bezugsperson(en), im Folgenden die Diagnostik, sowohl zur Klärung der Indikation als auch ein die weitere Therapie begleitender Prozess. Anschließend geht es um die Entscheidung darüber, welche Formen der Hilfe (Beratung, Mediation, ambulante Einzelpsychotherapie, ambulante Gruppentherapie, Trainingsprogramme, stationäre Therapie, Maßnahmen der Jugendhilfe, mobile Jugendarbeit, freizeitpädagogische Maßnahmen, Hilfen zu Ausbildung und Berufstätigkeit) für den Jugendlichen angemessen sind. Die Darstellung der Phasen des weiteren Verlaufs der Therapie ist am Konzept von Swidens (Prämotivationsphase, Symptomphase, Konfliktphase, existenzielle Phase, Abschied und Abschluss) orientiert. Kontaktabbrüchen, der Elternarbeit sowie der in letzter Zeit hinzugekommenen Online-Beratung sind eigene Abschnitte gewidmet.

Das Kapitel über kreative Methoden in der Arbeit mit Jugendlichen geht ins Detail praktisch-therapeutischer Handlungsmöglichkeiten. Weil Jugendliche in der Regel über reine Gespräche kaum zu erreichen sind, gilt es, andere Möglichkeiten des Zugangs zu finden, wobei sich kreative Medien als besonders gut geeignet erwiesen haben. Hier bieten die Autorinnen eine Fülle von Anregungen, wie sich bei Jugendlichen eine stärkere Erlebniszentrierung erreichen lässt. Sie sind als Anregungen für die Praxis gedacht, mit dem ausdrücklichen und mehrfach wiederholten Zusatz, dass es sich bei ihnen nicht um eine Art Gebrauchsanweisung oder gar Trickkiste handelt, sondern um Möglichkeiten, um der jeweiligen jugendlichen Person in ihrer besonderen inneren und äußeren Situation das mit unbedingter Wertschätzung verbundene empathische Verstehen des Therapeuten so zum Ausdruck zu bringen, dass sie von ihr nicht nur wahrgenommen, sondern auch angenommen werden kann. Im Einzelnen handelt es sich zunächst um themenzentrierte Angebote (Erfragen des Ist- und des Zielzustandes, Erleben von Beziehungen, Ausdruck von Ärger), Malen und Gestalten (u. a. Gefühlsbilder, Bild der eigenen Stärke, Gesichter malen, Einrichten einer eigenen Homepage), Schreiben/Lesen (Tagebuch schreiben, Gedichte, Geschichten erzählen und/oder schreiben), Musik, Aufstellungen (szenische Darstellung von Beziehungen), Spielen, Körper/Bewegung (Achtsamkeits-Übungen, Spür-Reise durch den Körper, Atem lenken), Imaginationen/Zaubern/Zukunft gestalten und Notfallrucksack packen.

Die beiden letzten Kapitel sind besonderen Fragestellungen gewidmet, zunächst ausgewählten Aspekten der Arbeit mit Jungen

und Mädchen. In dem von Hildegard Steinhauser verfassten Abschnitt über die Arbeit mit Mädchen liegt der Schwerpunkt auf der Förderung von Selbstsicherheit, Selbstbehauptung und Selbstverteidigung, zu denen mehrere Übungen vorgeschlagen werden. Michael Bastian zeichnet für den Abschnitt über die Arbeit mit Jungen verantwortlich. Hier geht es um das empathisch-verstehende und zugleich akzeptierende Eingehen auf männliche Jugendliche, die mit ihrem Verhalten dem Therapeuten zunächst als eine verschlossene, uneinnehmbare Burg erscheinen, deren Verschlossenheit aber die eines in die Enge Getriebenen ist. Hier wird eine reiche Erfahrung mit männlichen Jugendlichen und ihren Nöten besonders deutlich, Nöten, die oft in Wirklichkeit wesentlich von dem abweichen, was die Eltern oder Betreuer als deren Probleme ansehen, was aber erkennbar wird, sobald man sich den Jugendlichen ohne konkrete Erwartungen, sondern lediglich empathisch verstehend zuwendet und ihnen den freien Raum gibt, den sie beanspruchen, weil sie ihn benötigen. Auch die Ausführungen zur Arbeit mit den Bezugspersonen dieser männlichen Jugendlichen zeigt eine subtile Offenheit für deren vielfachen, einander oft widersprechenden Wünsche und Bedürfnisse. Das Kapitel endet mit einem wiederum von Hildegard Steinhauser verfassten Abschnitt über die sexuelle Entwicklung von Jugendlichen, insbesondere die gleichgeschlechtliche Liebe und die homosexuelle Identitätsentwicklung als einer besonderen Herausforderung an die persönliche Entwicklung. Dieses Thema, das in der einschlägigen Literatur über die Therapie mit Jugendlichen zumeist ausgeklammert bleibt, wird mit viel Offenheit und Einfühlsamkeit für vom „Normalen“ abweichende Erlebens- und Verhaltensweisen behandelt.

Den Schluss bildet ein Kapitel über die Bewältigung akuter Krisen, definiert als kritische und mit Stress verbundene Lebensereignisse wie z. B. Trennung/Scheidung der Eltern, Tod eines geliebten Menschen und Trauer. Ihre Integration in die eigene Lebensgeschichte ist eine Herausforderung, die nicht nur bei Jugendlichen oft eine professionelle Unterstützung erfordert, für die die Autoren kompetente Hinweise geben. Ein besonderer Abschnitt gilt dem Umgang mit Suizidalität, einer besonderen Gefährdung des Jugendalters mit all seiner Verletzlichkeit und besonderen Dichte an verstörenden Veränderungen. Indem die kognitiven Fähigkeiten inzwischen weit genug entwickelt sind, um über den Sinn des Lebens nachzudenken, führt dies nicht selten zu dem Ergebnis des Scheiterns einer solchen Sinnfindung. Zusammen mit einem fragilen Selbstwertgefühl können Suizidgedanken aufkommen, denen auch Taten folgen können. Die Autorinnen befassen sich differenziert und einfühlsam mit möglichen Hintergründen, der Akutversorgung nach dem Suizidversuch und der anschließenden Therapie.

Bemerkenswert an diesem Buch ist, dass sich fundierte und durchdachte theoretische Kenntnisse sowohl der einschlägigen entwicklungspsychologischen Literatur als auch zum Personenzentrierten Ansatz verbinden mit einer reichen, von professionellem Verstand und menschlicher Offenheit begleiteten Erfahrung der

Autorinnen. Nicht nur in vielen konkreten Beispielen und Fallvignetten, sondern auch in der Art des Schreibens verstehen sie es, den Lesern die Situation Jugendlicher anschaulich nahe zu bringen, wobei sie auch die schwierige und oft belastende Situation der Therapeutin zur Geltung kommen lassen. Vermittelt wird eine sensible Offenheit nach allen Seiten, auch dann, wenn vertrauliche Bereiche der Jugendlichen geschützt bleiben müssen, die stets die Hauptperson bleiben. Die Beziehung mit ihnen hat stets Vorrang.

In diesen theoretischen Kapiteln erweisen sich die Autorinnen als bestens informiert und wohlthuend gründlich im Durchdenken der Begriffe und Modellvorstellungen. Zugleich gelingt ihnen eine übersichtliche und zugleich anschauliche Darstellung des Personzentrierten Ansatzes. Angesichts dieses insgesamt positiven Bildes ist es etwas verwunderlich, dass sich die Autorinnen bei der Darstellung der therapeutischen Beziehung nach dem Personzentrierten Ansatz in die lange Reihe derer eingliedern, die sich bei der Beschreibung der von Rogers formulierten sechs (!) Bedingungen für therapeutisch wirksamen Beziehungen auf „die Drei“ (Empathie, unbedingte Wertschätzung und Echtheit/Kongruenz) beschränken. Diese Merkmale beschreiben nur das Beziehungsangebot des Therapeuten, jedoch nicht die Beziehung als solche. Das wäre erst dann der Fall, wenn *beide* Partner einbezogen würden, also auch die Reaktion des Patienten, bei dem das Angebot, soll es wirksam werden, erst ankommen muss. Rogers hatte dies mit seiner sechs-

ten Bedingung berücksichtigt, wonach der Klient die Empathie und unbedingte Wertschätzung des Therapeuten zumindest in Ansätzen wahrnimmt. Übrigens wird im weiteren Verlauf des Buches bei der Beschreibung der Praxis die besonders große Aufmerksamkeit und Sorgfalt deutlich, die die Autorinnen in ihrer Arbeit gerade diesem Aspekt schenken!

Noch eine Anmerkung: Die Angaben zu weiterführender Literatur sollten bei einer Neuauflage überarbeitet werden, denn die bibliographischen Angaben sind teilweise unvollständig, auch fehlen manche der angegebenen Titel im Literaturverzeichnis, so dass es hin und wieder zusätzliche Sucharbeit erfordert, den Leseempfehlungen zu folgen.

Wem ist dieses Buch zu empfehlen? Es ist sicher kein Lehrbuch, als solches ist es auch nicht gedacht. Für erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten ist es wegen der vielen darin enthaltenen Anregungen sehr lesenswert. Therapeutinnen und Therapeuten in der Ausbildung vermittelt es viel Einsicht und Verstehen über die Situation Jugendlicher beiderlei Geschlechts sowie förderliche Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit ihnen. Profitieren können ebenso alle im sozialpädagogischen Bereich Tätigen (also auch Lehrerinnen und Lehrer), aber auch Leser mit keinen oder nur geringen Vorkenntnissen finden hier einen informativen und anschaulichen Einblick in das Erleben Jugendlicher und den therapeutischen Umgang mit ihnen.

Marlis Pörtner

Matthias Paul Krause: Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder.

München – Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 2002. 193 Seiten, ISBN 978-3-497-01600-6, €€9,90/ SFr 34,90

Ein sehr lesenswertes Buch, das einen differenzierten und informativen Einblick in personenzentrierte Praxis vermittelt und weit über die spezifische Thematik „Eltern behinderter Kinder“ hinaus von Interesse ist.

Einleitend hält der Autor fest, dass die Lösung persönlicher Konflikte der betroffenen Angehörigen und die Linderung ihres seelischen Leids in keiner Weise die Gesellschaft von der Verpflichtung entbinden, Menschen mit Behinderungen angemessen zu unterstützen, ihrer Diskriminierung entgegenzuwirken und ihre Integration in die Gesellschaft zu erleichtern. Er betont zudem, dass ein Großteil der Eltern keiner professionellen Beratung oder Psychotherapie bedarf, sondern auf beeindruckende Weise aus eigener Kraft Wege findet, um – oft mit Hilfe von Angehörigen und Freunden – das behinderte Kind angemessen zu betreuen und die veränderte Familiensituation zu bewältigen. Dieses Potential zu

erkennen, zu unterstützen und zu bestärken – Stichwort „Empowerment“ – steht heute im Zentrum fachlicher Hilfestellungen und hat die bis in die 1960er Jahre vorherrschenden defizitorientierten Ansichten über Familien mit behinderten Kindern abgelöst.

Doch es gibt auch Eltern, die mehr brauchen als Zuspruch, Informationsvermittlung und praktische Unterstützung. Manche geraten in seelische Krisen, fühlen sich der Aufgabe nicht gewachsen, leiden unter psychischen Störungen und benötigen psychotherapeutische Hilfe. Um sie geht es in diesem Buch.

Anhand von Beispielen verweist der Autor auf die vielfältigen Belastungen, denen Eltern von behinderten Kindern ausgesetzt sind, schildert Krisenverläufe, die das Schockerlebnis der Diagnose auslöst, und erläutert das Krisenerleben aus personenzentrierter Sicht. Dabei wird unter anderem deutlich, wie entscheidend das Selbstkonzept für die Bewältigung der Krise ist und wie sehr Kongruenz

bzw. Inkongruenz der Eltern ihren Umgang mit dem behinderten Kind beeinflusst. Er gibt einen Überblick über Themenschwerpunkte in der Beratung und Therapie mit Eltern behinderter Kinder: unter anderem Trauer und Trauervermeidung, Abwehr, Scham, Schuldgefühle, Partnerschaftskonflikte, aber auch objektive Belastungen. Nicht alle Probleme hängen direkt mit dem behinderten Kind zusammen, vielfach sind es solche, die auch bei anderen Menschen vorkommen und zu psychischen Störungen führen können, zum Beispiel Beziehungsschwierigkeiten, persönliche Probleme, unverarbeitungstrauatische Erfahrungen. Die Tatsache, ein behindertes Kind zu haben, und die damit verbundenen Belastungen verschärfen oftmals eine bereits bestehende Problematik oder bringen eine unterschwellig schlummernde zum Ausbruch. Andererseits kann die gemeinsame Sorge um das Wohl des Kindes für Eltern eine starke Motivation sein, ihre Probleme anzugehen und nach konstruktiven Lösungen zu suchen. Die komplexe Situation der betroffenen Familien und die vielfältigen Schwierigkeiten, die sich daraus ergeben, werden dem Leser anschaulich und einfühlsam nahe gebracht.

Besonders aufschlussreich ist das Kapitel „Behandlungen“, in dem einige Verläufe von Paartherapien und Einzeltherapien mit einem Elternteil ausführlich dargestellt werden. Der Autor schildert

jeweils die Ausgangssituation, erste Eindrücke und – sehr differenziert – seine Überlegungen zu Diagnose und möglichen Ursachen der Störung. Die Darstellung des Therapieverlaufs umfasst auch genaue Beschreibungen und Begründungen von Interventionen. Diese hervorragenden Falldarstellungen zeigen einmal mehr, wie sehr es in der personenzentrierten Psychotherapie auf die Kunst der Nuancierung ankommt. Empathie ist nicht einfach Empathie – je nach Persönlichkeit, spezifischer Situation, dem Stadium der Therapie und der therapeutischen Beziehung – wird (und muss) sie auf sehr unterschiedliche Weise zum Ausdruck kommen. Es ist diese subtile, auf genauer und klar unterscheidender Einfühlung beruhende Differenzierung, die den Wert von Krauses Falldarstellungen ausmachen. Daraus lässt sich sehr viel für die eigene Tätigkeit lernen, auch wenn man nicht mit Eltern behinderter Kinder arbeitet. Deshalb ist die Lektüre des Buches personenzentrierten Therapeutinnen und Therapeuten – bestanden ebenso wie angehenden – sehr zu empfehlen.

Zu beanstanden ist ein zwar eher nebensächlicher, aber angesichts der Qualität des Inhaltes doch bedauerlicher Mangel: die Lesbarkeit wird relativ häufig beeinträchtigt durch Druckfehler und sprachliche Schnitzer. Das Buch hätte ein sorgfältigeres Lektorat verdient.

Beatrix Teichmann-Wirth

Brian Thorne: *Love's Embrace. The Autobiography of a Person-centred Therapist.*

Ross-on-Wye: PCCS Books, 2005. 266 Seiten, ISBN 9781898059769, €25,99 / Sfr 51,90 / £ 21

Just zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Rezension fand die 8. „International Conference for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling“ in Norwich, England, statt. Das Norwich Centre ist eine der vielen Einrichtungen, welche von Brian Thorne mitverantwortlich ins Leben gerufen wurden. Zu diesen gehören weiter das Centre for Counselling Studies der University of East Anglia (UEA), dessen Leiter er seit 1992 war, und davor die Beratungsstelle der UEA; und er übte weitere leitende Funktionen in Bereichen fernab von der psychotherapeutischen Welt aus: Er hielt von 1970–1990 den Vorsitz von Organisationen wie der „International Goodwill Children's Village Society“ in Südindien inne und wurde 1998 zum Conciliator des Dekans und des Kapitels der Lincoln Kathedrale sowie zum ersten Laienvorsitzenden des Bischöflichen Diözesanrates von Norwich ernannt. Im Gegensatz zur Bedeutung und Reichweite all dieser Stationen und Initiativen scheinen sie im Buch wie beiläufig genannt, Meilensteine im Leben Brian Thornes, in großer Bescheidenheit beschrieben.

„Von Liebe umarmt“ könnte der Titel einer deutschen Übersetzung des Buches lauten, will man dessen Essenz herausstreichen.

Die Essenz des Lebensweges von Brian Thorne findet sich wie ein goldener Rahmen in den beiden Eckkapiteln, der Einführung und dem abschließenden Kapitel mit dem Titel „The Heart's Surrender“. Zwei Ereignisse in der Kindheit waren es, die Brian Thorne mit dieser Lebensessenz in Verbindung brachten. Zum einen im Alter von 4½ Jahren, als er dem „girl with the fluffy hat“ begegnete. Ein Mädchen, das in der Tür eines Lebensmittelgeschäftes stand, nie von Brian zuvor gesehen. Sie lächelte, winkte ihm zu und verschwand.

Das Lächeln dieses Mädchens begleitete Brian Thorne durch das Leben als beständige Erinnerung an eben jene Essenz: „to believe that men and women are infinitely lovable and have it within them to be infinitely loving, let alone to believe that there is a loving force sustaining the universe, ...“ (p. iv).

Das zweite zentrale Ereignis fand an einem Karfreitag statt, als der damals 9-jährige Brian Zeuge einer Karfreitagsprozession wurde und überwältigt von dieser Erfahrung erkannte: „that I am infinitely beloved and that nothing can ever alter this most essential truth about who I am“ (p. 10).

In diesem Sinne scheint Brian Thorne für mich eine Art „natural person-centered therapist“ zu sein. Einer, der es aufgrund dieser ersten eindrücklichen Erlebnisse vermag, allen Erfahrungen, auch schmerzlichen, enttäuschenden positive Beachtung zu schenken, und dessen Leben immer auch von einem Rogers'schen Kernsatz getragen war, dass „die Tatsachen freundlich“ seien.

Von außen betrachtet waren da Tatsachen, die ganz und gar nicht freundlich schienen. So die Erfahrungen des Krieges mit der ständigen Bedrohung durch Bombenangriffe und schließlich die eigenen Erfahrungen als Infanterieoffizier in Zypern. Auch die Schwierigkeiten, seine unorthodoxe Sicht des Personzentrierten Ansatzes zu übermitteln, beziehungsweise das Verhältnis zur Kirche boten vielfältige Möglichkeiten, sich abwehrend abzuwenden. In all dem fand sich jedoch eine Möglichkeit zum Guten hin – sei es die Entdeckung seines Geschichtenerzähltalents im Bunker bei den Fliegerangriffen oder die Fähigkeit zur Empathie, die zu den „Feinden“ im Zypernkrieg Brücken bauen ließ.

Immer waren es auch Menschen, die Brian Thorne inspirierten und bereicherten, wie zum Beispiel Father Tayler, mit dem er ausgedehnte Reisen in verschiedenste europäische Länder unternahm, wo Thorne mit der europäischen Kultur, mit den Sprachen und den deutschen Dichtern in Berührung kam, die, wie er schreibt, ihn auch als Psychotherapeuten wesentlich bereicherten. Oder Georg Lyward, ein Therapeut, welcher eine Wohngemeinschaft für psychisch auffällige Jugendliche leitete und durch seine liebevolle, verständnisvolle Art und seine therapeutische Wirkungskraft Anlass für Thorne war, sich zum Psychotherapeuten ausbilden zu lassen – Thorne nahm an einem der ersten Ausbildungskurse für Counselling in Großbritannien an der Reading University teil.

Dann natürlich Carl Rogers. Schon beim Lesen seiner Bücher entdeckte Thorne seine grundlegenden Überzeugungen und Haltungen theoretisch untermauert und formuliert. Näher kennengelernt hat er Rogers dann am Beginn der 80-er Jahre, als dieser durch den Tod seiner Frau eine dem Leben zugrundeliegende mystische, transzendente Dimension des Lebens erkannte, wiewohl er sich gegenüber Religion und Religiosität sehr distanziert zeigte: „He didn't like it, when I suggested that empathy was a leading characteristic of Jesus or that his own hopeful view of the human being was confirmed by the incarnation and the Presence of God within.“ (p. 166). Er lernte Rogers kennen zu einer Zeit, als dieser die neuentdeckte Liebe zum Leben, so Thorne, teilweise mit „an almost adolescent irresponsibility“ (p. 175) feierte.

Es waren viele wesentliche Freunde und Wegbegleiter, die im Buch explizit gewürdigt werden. Herausstreichen möchte ich Dave Mearns, mit dem er nicht zuletzt durch die gemeinsamen Buchveröffentlichungen (vor allem „Person-centred counselling in action“, später auch „Person-centred therapy today“) in sehr engem Kon-

takt stand. Dem Schreiben und Veröffentlichungen ist ein eigenes Kapitel gewidmet. Schreiben hat eine große Bedeutung im Leben Thornes, es ist eine Möglichkeit, die Gedanken und Gefühle zu klären. Seine zahlreichen Schriften haben zum Teil zu sehr kontroversiellen Diskursen (z. B. „Behold the Man“ und „Beyond the core conditions“) geführt und er hat sich damit auch sowohl in der kirchlichen als auch in personzentrierten Therapiewelt sehr exponiert. Auf das Buch „The Mystical Power of Person-Centered Therapy“ ist er am meisten stolz. In diesem Buch, und das war für mich erstaunlich, weist er auf die Bedeutung einer spirituellen Praxis hin, will ein personzentrierter Therapeut wahrhaft mit der spirituellen Essenz des Ansatzes verbunden sein.

Wie groß die Bedeutung der Familie (Thorne hat drei Kinder) und seiner Frau Christine im Leben ist, zeigt sich im Kapitel „Family and Friendship“. Hier sind es auch die jährlichen Sommeraufenthalte in Harlech, wo die Natur für ihn ein beständiger Quell der Regeneration und auch der spirituellen Erneuerung ist.

Immer wieder stellt sich ihm die Frage, wie Leidenschaftlichkeit zu leben ist, ohne besitzergreifend zu werden, wie Begehren und Verlangen und physisches Anzogenensein zu Frauen und Männern einen Platz haben können.

Ein Herzinfarkt im Juli 2004 und die Zeit des Wartens auf eine Bypassoperation – eine Realität, die Thorne ebenso mit positiver Beachtung würdigt wie andere zentrale Ereignisse in seinem Leben – bot Gelegenheit, drei Grundwahrheiten über sich selbst zu formulieren: „beloved, not indispensable and – the third truth – utterly vulnerable“ (p. 227).

In diesem letzten Kapitel der Autobiografie zeigt sich, wie sehr Brian Thorne mit der Essenz des Christentums wie auch mit der des PZA verbunden ist. Und – wie es scheint – immer schon.

Das Buch vermittelt einen sehr starken Eindruck von der Vielfältigkeit des Lebens von Brian Thorne. Es zeigt, wie einflussreich er für viele Menschen war – ein Wissen, das Thorne nicht zuletzt aufgrund von lebenslanglich gesammelten Briefen erfuhr.

Die autobiografische Schrift birgt derart viele Daten zu Ereignissen und bedeutsamen Personen in sich, dass ich grundlegendere Aussagen auf der inhaltlichen Ebene etwas vermisst habe. Sie hat mich jedoch inspiriert, mich mehr in Thornes Schriften zu vertiefen und ich freue mich darauf, den Menschen Brian Thorne in Wien 2009 persönlich kennenzulernen.

Schließen möchte ich mit einer Passage aus dem Buch, die mir wie ein Credo erscheint: „I want my life's journey to bring me to a place of passionate intensity which is not an escape from complexity or from the challenge of apparent chaos and contradiction. I want to be able to look life fully in the face and having done so, to be no less passionate, no less intense and no less convinced of life's worthwhileness“ (p. 237).

Karin Wunderlich

Jürgen Kriz: Self-Actualization.

Norderstedt: Books on Demand, 2006, 216 Seiten, ISBN 3-8334-5255-2, €18,50 / SFr 32,90

„Self-Actualization“: Der Titel wirkt wie ein Fragezeichen. Gedanken an Kurt Goldstein kommen auf, an Diskussionen um „Aktualisierungstendenz“ und „Selbstaktualisierungstendenz“ bei Carl Rogers, und an bisherige Veröffentlichungen von Jürgen Kriz zum Thema „Selbstorganisation“. Geschichte und Mehrdeutigkeit des Begriffs werden denn auch gleich auf den ersten Seiten aufgegriffen: Kriz präsentiert „Self-Actualization“ als grundlegendes Konzept sowohl des PZA als auch der modernen Systemtheorie. Anliegen des Autors ist es, mit dem vorliegenden Buch seine diesbezüglichen Theorien vermehrt auch einem Publikum außerhalb des deutschen Sprachraums näher zu bringen. Die „Idee der Selbst-Aktualisierung“ soll im Kontext unterschiedlicher Fragestellungen thematisiert werden, um „Gedanken, Vorstellungen, Metaphern und Wissen zur Verfügung zu stellen, die ein besseres Verständnis von Lebensprozessen ermöglichen“. Dazu greift Kriz auf Auszüge aus bestehenden deutschsprachigen Veröffentlichungen zurück, die nun übersetzt und damit in englischer Sprache zugänglich gemacht wurden.

Mittels seiner gewohnt griffigen Beispiele wie der Frage „Gibt es einen Unterschied zwischen dem Ausklopfen von Beulen an einer Blechdose bzw. der Reparatur einer defekten Maschine und einer Intervention an einem Lebewesen bzw. der psychotherapeutischen Arbeit?“ wendet sich Kriz gegen althergebrachte mechanistische Bilder, die nach wie vor vielfach unser Denken und Arbeiten bestimmen, und plädiert für eine ganzheitlich-systemische Sichtweise.

Im ersten Kapitel beschreibt er anhand seiner persönlichen Biografie die Entwicklung seiner theoretischen Vorstellungen hin zur „Personzentrierten Systemtheorie“.

In Kapitel 2 werden Chaos und Ordnung und deren Bedeutung für bzw. Einfluss auf menschliches Empfinden, Denken und Handeln thematisiert. Auch das person- bzw. klientenzentrierte Konzept der „Inkongruenz“ wird aus dieser Sicht beleuchtet. Kriz verweist auf den ausgeprägten Hang unserer westlichen Kultur zu Ordnung und Vereinfachung und die daraus resultierenden Bestrebungen, Chaos mittels verstärkter Kontrolle bannen zu wollen („Law and Order“-Mentalität), und zeigt auf, wie viel davon mittlerweile durch die heutigen Erkenntnisse der Systemtheorie, die eine grundlegende Un-Berechenbarkeit der Welt beweisen, letztlich bereits ad absurdum geführt wurde. Vertrauen in Selbstorganisationsprozesse statt Kontrolle, müsste demnach die Devise lauten.

In Kapitel 3 („Lebenswelten im Umbruch“) befasst sich Kriz mit der Verwobenheit von historischen, sozialen, familiären und persönlichen Mikro- und Makroprozessen und deren Bedeutung für therapeutische Arbeit. Anhand eines Fallbeispiels wird verdeutlicht, wie sich verstärkte Kontrolle einerseits und Vertrauen in

Selbstorganisationsprozesse andererseits in der konkreten Praxis auswirken können. Mit „Umbruch“ wird dabei nicht nur Gesellschafts- und Wirtschaftspolitisches (Globalisierung u. a.) und deren Auswirkungen auf die Lebenswelt des Einzelnen angesprochen, sondern auch die interdisziplinäre Systemtheorie als radikale Neuorientierung des allgemeinen Denkens und Wahrnehmens.

Kapitel 4 stellt Chaos und Struktur aus der Perspektive der Entwicklung abendländischen Denkens sowie aus mathematisch-systemtheoretischer Sicht dar. Wichtige Begriffe wie „deterministisches Chaos“ und „Attraktor“ werden eingeführt, Parallelen und übereinstimmende Blickwinkel von Humanistischer Psychologie und modernem naturwissenschaftlichen Denken aufgezeigt.

In Kapitel 5 widmet sich Kriz der Frage nach der „Intuition in therapeutischen Prozessen“. Er vertritt die Theorie, dass plötzlich auftretende intuitive Ideen in stärkerem Maße die latenten Ordnungsfaktoren und -prinzipien erfassen (also jene strukturierenden Kräfte, die Ordnung bewirken) als die unmittelbar manifeste Ordnung selbst. Häufig werden Dynamiken, die in ihrem Frühstadium noch nicht deutlich erkennbar sind, sich jedoch auf eine bestimmte Ordnung hinbewegen, intuitiv erkannt. Die Systemtheorie untersucht diese Phänomene anhand des Konzeptes „Attraktor“. Im Rahmen von Psychotherapie kann Intuition helfen, Kommunikationsstrukturen sichtbar und der Erfahrung zugänglich zu machen.

In Kapitel 6 geht es um die (Selbst)Aktualisierung von Bedeutungsstrukturen und -feldern. Wichtige psychologische und systemtheoretische Konzepte dazu werden vorgestellt. Sinn und Bedeutung können nur dort entstehen, wo die enorme Komplexität der Welt und des Lebens in ihr durch Prozesse der Auswahl, Reduktion und Ordnung vereinfacht werden.

Kapitel 7 ist abschließend der Diskussion der Effektivität des humanistischen Ansatzes gewidmet. Kriz hinterfragt aus systemtheoretischer Sicht den gängigen Effektivitätsbegriff und wendet sich gegen den herrschenden Trend zur (kurzfristigen, weil zu eng definierten) Profitmaximierung auf Kosten wichtiger (langfristig und umfassend wirksamer) Faktoren wie Menschlichkeit, Empathie und Wertschätzung. Kritisiert wird auch die Tatsache, dass vielfach aus Gründen der Messbarkeit einseitige und extrem abstrahierte Fragestellungen herangezogen werden, die selbst einfache strukturelle Zusammenhänge außer Acht lassen und so die Ergebnisse der Effektivitätsforschung verzerren – mit entsprechenden Auswirkungen auf die daraus resultierende Politik.

Beim Lesen wird immer wieder – insbesondere durch lange und (in einer für das Englische eher unüblichen Art) komplex strukturierten

Sätze und Formulierungen – der deutsche Originaltext spürbar. Insgesamt gesehen etwas irritierend wirken auch die in einigen Fällen beträchtlichen inhaltlichen Überschneidungen zwischen verschiedenen Kapiteln. Diese lassen sich zwar nachvollziehbar aus der weitgehend unveränderten Übernahme bestehender Texte und Vorträge erklären, nehmen jedoch den an sich prägnanten Beispielen, Zitaten und Stellungnahmen mit der Zeit etwas den Wind aus den Segeln. Geht man mehr aus Interesse am konkreten Thema „Self-Actualization“ und nicht auch mit dem Anliegen an das Buch heran, einen Überblick über Leben und Denken von Jürgen Kriz zu erhalten,

so könnten auch die stellenweise recht ausführlichen Hinweise auf institutionelle und anlassspezifische Hintergründe der zugrundeliegenden Veröffentlichungen etwas ungeduldig stimmen – ebenso wie das mancherorts zu verzeichnende Fehlen von Literaturangaben.

Allerdings will Kriz mit „Self-Actualization“ auch deklariertmaßen nicht unbedingt ein wissenschaftlich orientiertes Publikum ansprechen, sondern allgemein interessierte Leser zu einem „kognitiven Encounter“ einladen. Wie weit das gelungen ist, muss natürlich letztlich der Beurteilung durch die englischsprachige Zielgruppe überlassen bleiben.

Norbert File, Robert Hutterer, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Brigitte Macke-Bruck¹

Forschung in der Klienten- bzw. Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie 1991–2008. Ein narrativer Review

Zusammenfassung: Dieser Beitrag gibt einen Überblick über die zwischen 1991 und 2008 veröffentlichten Primärstudien der Forschung zur Person-/Klientenzentrierten und Experienziellen Psychotherapie. In Form eines narrativen Reviews aufbereitet, liegt der Schwerpunkt des Beitrags auf einer umfassenden Einschätzung der Wirksamkeit des Ansatzes in verschiedenen Anwendungsfeldern. Die Studien werden nach Themenfeldern aufgeschlüsselt dargestellt und unter Berücksichtigung der aktuellen Diskussion und vorhandener metaanalytischer Befunde interpretiert. Die Ergebnisse weisen insgesamt auf eine gute Effektivität der Person-/Klientenzentrierten und Experienziellen Psychotherapie bei unterschiedlichen Klientengruppen und bei settingspezifischen Anwendungen hin. Der Artikel soll eine Grundlage für die Qualitätsdiskussion von psychotherapeutischen Verfahren liefern.

Schlüsselwörter: Psychotherapieforschung, Wirksamkeitsforschung, narrativer Review.

Abstract: Research on the effectiveness of client-/person-centered and experiential psychotherapy 1991–2008. A narrative review. This review describes research studies in person-centered and experiential psychotherapies published between 1991 and 2008. The paper is conceptualized as a narrative review. It focuses on a general evaluation of the effectiveness of person-centered and experiential psychotherapies in a wide range of therapeutic applications. The studies are presented and discussed separately for different application areas of psychotherapy. The current discourse in psychotherapy research and some meta-analytic studies are integrated into the discussion. In general, the research studies published in the last 18 years confirm a good effectiveness of person-centered and experiential psychotherapies for different groups of clients and also for a wide range of applications. This review aims to provide a foundation for a quality assurance discussion in psychotherapy.

Keywords: Psychotherapy research, effectiveness research, narrative review.

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, einen Überblick über die Forschungsaktivitäten in der Klienten-/Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie² zu geben und die Hauptergebnisse der Studien strukturiert aufzubereiten.

Der Fokus des Reviews richtet sich auf empirische Studien zur Wirksamkeitsforschung seit 1991. Die Ausgangsfragen lauten:

- Sind einschlägige und ausreichende Forschungsaktivitäten zur Frage der Wirksamkeit person- und klientenzentrierter Verfahren vorhanden?
- Welche begründeten Erwartungen hinsichtlich der Wirksamkeit klientenzentrierter Verfahren können auf Basis dieser Forschungsaktivitäten gebildet werden?

Den Anstoß für diesen Beitrag lieferte das österreichische Gesundheitsministerium mit dem Auftrag an alle fachspezifischen Ausbildungseinrichtungen der Psychotherapie, ihre jeweils schulenspezifischen internationalen Forschungsarbeiten der letzten Jahre systematisch zu sammeln und darzustellen. Diesen Auftrag führten jene österreichischen Vereinigungen, die unseren Ansatz vertreten (APG-Forum, APG-IPS, ÖGWG und VRP), gemeinsam aus; der vorliegende Artikel ist aus diesem Projekt hervorgegangen.

Die Forschung der letzten Jahrzehnte im person- und klientenzentrierten Feld ist auf dem Hintergrund der historischen Entwicklung der Psychotherapieforschung zu sehen. Die Anfänge der empirischen Psychotherapieforschung lassen sich bis in die Zeit Sigmund Freuds zurückverfolgen. Zwar waren Freuds Skepsis und seine Vorbehalte gegenüber Forschung, die sich auch der Statistik bedient, bekannt. Dennoch haben mit psychoanalytischen Ausbildungsinstituten verbundene Behandlungszentren um 1920 begonnen, Daten über Behandlungserfolge systematisch zu sammeln. Die amerikanische empirische Psychotherapieforschung der 1940er-

¹ Die Autoren und die Autorin dieses Artikels werden hier in alphabetischer Reihenfolge angeführt.

² Im folgenden Text wird „Klienten-/Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie“ als der international übliche Sammelbegriff verwendet. Bei der Vorstellung und Diskussion einzelner Arbeiten werden die jeweils dort verwendeten Begriffe (beispielsweise „Gesprächspsychotherapie“) herangezogen.

und 1950er-Jahre durch Carl Rogers und seine Mitarbeiter wendete sich in erster Linie gegen die häufig anzutreffende Auffassung, der psychotherapeutische Prozess sei ein geheimnisvoller und undurchschaubarer Vorgang. Mit der Verwendung von Tonbandaufzeichnungen taten sich neue Möglichkeiten objektiver Forschung auf, die es schließlich auch erlaubten, relevante Prozess- und Wirkkonstellationen zu beschreiben. Die Überprüfung Eysencks provokanter Behauptung, die Durchführung von Psychotherapie sei nicht effektiver als ihre Unterlassung, hat einige Forschergenerationen beschäftigt (Eysenck, 1952). Mehr als zwei Jahrzehnte später brachte allerdings eine Metaanalyse der bis dahin vorliegenden Studien überzeugende Beweise und Demonstrationen der generellen Wirksamkeit von Psychotherapie (Glass, 1976; 1978; Glass, McGaw & Smith, 1991); diese Erkenntnis hat sich in weiteren Untersuchungen bis heute als sehr robust erwiesen und wird auch kaum mehr in Frage gestellt. Vor diesem Hintergrund haben sich die Studien der letzten Jahre – auch im person-/klientenzentrierten Ansatz – vor allem mit speziellen Zielgruppen und Anwendungen beschäftigt.

Ziel dieses Beitrags ist eine inhaltliche Beschreibung und Bewertung von Studien, die einen ersten Überblick über Forschungsaktivitäten der letzten Jahre geben soll. Es geht hier nicht um eine rein empirische Bewertung der Wirksamkeit Person-/Klientenzentrierter und Experienzieller Psychotherapien mit metaanalytischen Methoden. Dies fällt umso leichter, als die grundsätzliche Wirksamkeit unseres Verfahrens seit den frühen empirischen Arbeiten von Carl Rogers und zahlreichen Studien der letzten Jahrzehnte zweifelsfrei bestätigt worden ist. Vor diesem historischen Hintergrund besteht der zentrale Wert der Forschung auch weniger darin, die grundsätzliche Wirksamkeit neuerlich nachzuweisen bzw. fundamental neue Erkenntnisse über das Verfahren zu gewinnen, sondern eher in einer feineren Weiterentwicklung, in kleinen Korrekturen, Anregungen und Spezifizierungen für bestimmte Zielgruppen.

Methodische Vorgangsweise: ein narrativer Review

Die rasante Zunahme des Wissens in den Sozialwissenschaften, in Psychologie und Medizin, die sich vor allem in zahlreichen Einzelstudien zu spezifischen Fragestellungen manifestierte, hat gleichermaßen die Notwendigkeit einer Zusammenschau und Synthese der zahlreichen Detailergebnisse entstehen lassen. Die damit verbundene Aufgabe, den jeweils aktuellen Wissensstand in einem Fachgebiet oder hinsichtlich eines fokussierten praktischen Problems bzw. entscheidungsrelevanten Themas zu erfassen, wurde mit Hilfe so genannter Reviews zu lösen versucht. (Oftmals auch „Überblicks-“ oder „Übersichtsarbeiten“ genannt, sind diese Bezeichnungen allerdings nicht selten mit Oberflächlichkeit assoziiert.) In der Fachdiskussion hat sich in diesem Zusammenhang der Begriff „narrativer Review“ eingebürgert: Er bezeichnet eine Zusammenfassung und Synthese verschiedener Primärstudien, aus denen

sich Schlussfolgerungen für Fragestellungen in einem umfassenden und komplexen Forschungsgebiet ziehen lassen. Die interpretative Sensibilität und Balance, die die Qualität eines narrativen Reviews mitbestimmt, ist nicht unwesentlich vom theoretischen Problembewusstsein und den praktischen Erfahrungen der Reviewerinnen und Reviewer in dem Forschungsfeld bzw. Forschungsthema abhängig.

Vom narrativen Review unterscheidet sich die Metaanalyse (Glass, 1976; 1978; Glass, McGaw & Smith, 1981): Dieses statistische Verfahren führt Ergebnisse mehrerer unabhängiger Studien zusammen, kombiniert sie in einer quantitativen Synthese und ermöglicht eine Schätzung des durchschnittlichen Behandlungseffekts, in die die einbezogenen Studien gewichtet einfließen. Die Metaanalyse wurde von Statistikern entwickelt, um das Problem der Integration von Forschungsergebnissen in Erziehungswissenschaft und Psychotherapie zu bewältigen. Auf der Grundlage einer systematischen Evaluation relevanter empirischer Studien versprachen Metaanalysen, die Nachteile traditioneller narrativer Reviews zu überwinden oder diese überhaupt zu ersetzen. Der Vorteil von Metaanalysen besteht vor allem in einer deutlichen Formalisierung der methodischen Vorgangsweise, der Verwendung von expliziten und transparenten Methoden sowie Kriterien, was insgesamt eine Reproduzierbarkeit und auch eine gezielte Kritik durch andere ermöglicht.

Die Kontroversen um Vor- und Nachteile respektive Schwächen sowohl von Metaanalysen als auch von narrativen Reviews hat aufgezeigt, dass beide – die keine einander ausschließenden Alternativen bilden, sondern sich sogar sinnvoll ergänzen können (Graham, 1995; Cooper & Dorr, 1995) – anfällig für Verzerrung sind. Trotz der berechtigten Kritik wurde die Notwendigkeit von narrativen Reviews durch diese Diskussion bestätigt, vor allem wenn ihre traditionellen Stärken prägnant zum Ausdruck kommen: die Möglichkeit der – insgesamt facettenreichen und produktiven – Diskussion einer breiten Palette von Fragen und Problemen, die deutlichere Einbeziehung von theoretischem Hintergrundwissen und bestehenden Kontroversen und die flexible Thematisierung differenzierter Inhalte. Vor diesem Hintergrund sollte der vorliegende narrative Review folgenden Kriterien genügen:

- Formulierung einer klaren und differenzierten Ausgangsfrage, Darstellung des Review-Zweckes;
- Einbeziehung aller recherchierbarer Studien zu einem thematischen Schwerpunkt oder exemplarische Einbeziehung bzw. Hervorhebung typischer Studien, die charakteristisch für die aktuellen Forschungsbemühungen und den gegenwärtigen Diskussionsstand sind;
- Einbeziehung von kritischen Studien bzw. Kontroversen zu einschlägigen fachlichen Fragen;
- Einbeziehung von Metaanalysen in die Darstellung und Interpretation;
- thematische Aufschlüsselung der einbezogenen Studien (z. B. nach Setting, differenziellen Aspekten, Klientel, Diagnosen);

- übersichtliche Darstellung der einbezogenen Studien;
- Einbeziehung der aktuellen Diskussion und Kontroversen in der Psychotherapieforschung (bzw. in dem fokussierten Forschungsfeld) bei der Interpretation der Ergebnisse und Darstellung der Schlussfolgerungen.

Die beiden zentralen Kriterien, nach denen die Studien für den vorliegenden narrativen Review ausgewählt wurden, waren ein Erscheinungsdatum zwischen 1991 und 2008 sowie die Anwendung einer psychotherapeutischen Behandlung, die auf der Grundlage wesentlicher Annahmen von klienten-/personenzentrierten und experienziellen Konzepten basiert. Es fanden daher auch Forschungsarbeiten Eingang, die beispielsweise unter der Bezeichnung „supportive therapy“ therapeutische Methoden untersuchten, die zumindest

Grundprinzipien unseres Ansatzes zur Anwendung brachten. Auch Forschungsarbeiten zu neueren Strömungen, die sich explizit aus der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie herleiten – wie etwa die Emotion-Focused Therapy –, wurden aufgenommen.

Die Auswahl der Studien erfolgte auf mehreren Wegen: Zum einen wurden die einschlägigen Datenbanken (Psyndex, Psyclit) abgefragt, zum anderen die wichtigsten Fachzeitschriften unseres Ansatzes und der Psychotherapieforschung durchgesehen und schließlich die vorliegenden Metaanalysen der letzten Jahre ausgewertet. Ohne Anspruch auf absolute Vollständigkeit gehen wir davon aus, dass zumindest alle wesentlichen Forschungsarbeiten der letzten Jahre Berücksichtigung fanden. Die Gliederung folgt inhaltlichen Überlegungen, die Studien wurden nach insgesamt acht gemeinsamen Merkmalen gruppiert.

Klienten-/Personenzentrierte Therapie mit und ohne Kontrollgruppenvergleich

Bereits in den ersten Jahren der Entwicklung des personenzentrierten Ansatzes hatten Carl Rogers und seine Mitarbeiter anhand zahlreicher Untersuchungen (beispielsweise Rogers & Dymond, 1954) dessen Wirksamkeit bestätigen können. In der bekannten Metaanalyse von Grawe, Donati und Bernauer (1994), die den Stand der Psychotherapieforschung zu Beginn der 1990er-Jahre wiedergibt, erweist sich der Ansatz auch im Vergleich zu anderen therapeutischen Schulen als sehr gut untersucht und zeigt hohe empirisch bestätigter Wirksamkeit; die Effektstärken sind durchwegs als „hoch“ zu bezeichnen³.

Es war daher nicht notwendig, in den empirischen Arbeiten, die sich in den letzten 15 Jahren mit ambulanter Personenzentrierter Psychotherapie auseinandersetzten, die grundsätzliche Wirksamkeit des Ansatzes neuerlich zu bestätigen. Vielmehr wurde die Forschung weitergeführt, indem man Weiterentwicklungen der Personenzentrierten Psychotherapie und verwandte Ansätze wie z. B. Focusing, Zielorientierte Gesprächspsychotherapie (angewandt im Bereich psychosomatischer Störungen) oder Klientenzentrierte Körperpsychotherapie (GFK-Methode) untersuchte oder auch spezifischere und bisher in unserem Ansatz nur wenig erforschte Störungsbilder (Alkoholismus, psychosomatische Störungen) ins Zentrum der Forschungsarbeiten stellte. Eine Besonderheit bilden durch den schwierigen und langwierigen Anerkennungsprozess der

Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren in Deutschland motivierte Arbeiten, die sich mit Therapiewechslern und -wechslerrinnen beschäftigten. Die Untersuchungen über die neueren und verwandten Ansätzen konnten diese – hinsichtlich des Ausmaßes ihrer Wirksamkeit zumeist mit mittleren und hohen Effektstärken – bestätigen.

In der Studie zur Klientenzentrierten Körperpsychotherapie von Müller-Hofer, Geiser, Juchli und Laireiter (2003) wurden 34 Klienten und Klientinnen über einen Zeitraum von bis zu einem Jahr begleitet; dabei kamen die üblichen Fragebogenskalen der deutschsprachigen Psychotherapieforschung zum Einsatz. Die Methode wurde in dieser ersten, als „Praxisevaluation“ bezeichneten Studie als wirksam bestätigt – was ein älteres Ergebnis von Luborsky et al. (1985) untermauerte, wonach eine hohe „Methodentreue“ der Therapeuten und Therapeutinnen mit besseren Outcome-Werten einhergeht.

In ähnlicher Weise korreliert „hohe Prozessgüte“ – also ebenfalls eine gute und konsequente Umsetzung des jeweiligen Therapiekonzeptes durch die Therapeuten und Therapeutinnen – in den Arbeiten zur Zielorientierten Gesprächspsychotherapie von Sachse (1992; 1995) mit besseren Outcome-Werten; hohe Werte in den dazugehörigen Skalen lassen sich letztlich auch als konsequente Umsetzung der personenzentrierten Basisvariablen interpretieren. Sachse (1992; 1995) und Müller-Hofer et al. (2003) untersuchten und bestätigten jeweils Ansätze, die von den Autoren selbst entwickelt wurden – das ist bei ersten Überprüfungen neuer Konzeptionen zwar naheliegend, aus methodischer Sicht hingegen als nicht optimal zu werten, da entsprechende Erwartungshaltungen der Autoren möglicherweise die Ergebnisse beeinflussen. Dem steht jedoch die hohe methodische Qualität der Arbeiten gegenüber: Beispielsweise wurde durch die Einbeziehung externer Rater solchen

³ Auch die vorliegende Arbeit zieht an mehreren Stellen Effektstärken zur Bewertung von Ergebnissen aus den Studien heran. Unter Effektstärke (*ES*) wird eine Mittelwertsdifferenz (beispielsweise vor/nach einer Intervention) bezogen auf die Streuung (Standardabweichung) der erfassten Zielgröße verstanden. Meist finden sich in der Psychotherapieforschung zumindest mittlere ($ES > 0.5$) bzw. hohe ($ES > 0.8$) Effektstärken einer Behandlung. Effektstärken erlauben den Vergleich unterschiedlicher Zielgrößen, sind jedoch unabhängig von der statistischen Signifikanz eines Befundes zu interpretieren.

Effekten entgegengewirkt. Eine besonders hohe methodische Qualität weist die Focusing-Studie von Grindler-Katonah (1991) auf, bei der ein konsequenter experimenteller Ansatz (mit randomisierter Gruppenzuordnung) Umsetzung fand. 17 Krebspatienten und -patientinnen wurden einer Focusing-Behandlungsgruppe bzw. einer Wartegruppe zugeordnet und über sechs Monate begleitet. Die hier vorgenommene Untersuchung einer manualisierten Vorgangsweise verbessert die experimentelle Kontrolle einer Studie (und damit ihre interne Validität) wesentlich. Inwieweit derartige Vorgangsweisen ansatzkonform sind, bleibt allerdings umstritten.

Für Praktiker und Praktikerinnen von besonderem Interesse sind Arbeiten, die sich mit spezifischen Erkrankungen abseits der großen klinischen Störungsbilder beschäftigen. So belegte Grindler-Katonah (1991) in der Focusing-Studie auch, dass sich der Ansatz nicht nur zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung eignet, sondern dass die positiven Behandlungseffekte (einer relativ kurzen therapeutischen Intervention) auch längerfristig bestehen bleiben. Jacobs und Bangert (2003; 2005) bestätigten in zwei Arbeiten die Eignung einer Klientenzentrierten Psychotherapie zur Behandlung von Alkoholismus und als qualifizierte Unterstützungsmaßnahme zur Erreichung des Therapieziels von Abstinenz; allerdings basieren beide Arbeiten auf demselben Datensatz: 38 psychotherapeutisch behandelten Patienten und Patientinnen sowie einer Vergleichsgruppe von 40 Patienten und Patientinnen, die sich einer Entgiftung mit sozialtherapeutischen Maßnahmen unterzogen hatten. Altenhöfer, Schulz, Schwab und Eckert (2007) konnten in ihrer rezenten Studie, die 31 Personen einer Behandlungsgruppe mit 19 Personen einer Wartegruppe verglich, nicht nur die grundsätzliche Wirksamkeit von Klientenzentrierter Psychotherapie bei Anpassungsstörungen empirisch bestätigen; sie zeigten auch, dass bereits ein zeitlich begrenzter Therapieprozess (maximal zwölf Stunden!) sehr positive Effekte hat. Insgesamt belegen diese Studien neuerlich die breiten Einsatzmöglichkeiten des Ansatzes.

Damit ein psychotherapeutisches Verfahren in Deutschland als sogenanntes Richtlinienverfahren anerkannt wird – was wiederum Voraussetzung für die Finanzierung der Behandlung durch die Krankenkassen darstellt –, muss nachgewiesen sein, dass dieses Verfahren zu einer Verbesserung der bestehenden Versorgung beiträgt. Dieser Anerkennungsprozess stimulierte zwei interessante Arbeiten, die sich mit verschiedenen Aspekten des Therapiewechsels beschäftigen

(Frohburg, 2003; Eckert, Frohburg & Kriz, 2004). Beide belegen, dass nach einem Therapieabbruch in einem „Richtlinienverfahren“ (also Verhaltenstherapie oder einem tiefenpsychologischen Verfahren) eine darauf folgende Personzentrierte Psychotherapie eine „notwendige und hinreichende Behandlungsalternative“ (Eckert et al., S. 417) in dem Sinne darstellt, dass viele in dieser Form weitergeführte therapeutische Prozesse auch zu einem erfolgreichen Abschluss gebracht werden können. Besonders anschaulich sind die bei Frohburg (2003) dokumentierten qualitativen Beschreibungen der in der Personzentrierten Psychotherapie erlebten Unterschiede zu den früheren (erfolglosen) Verfahren. Therapieabbruch und Therapiewechsel stellen keine seltenen Ereignisse dar: Im Mittel brechen rund 20% der Klienten und Klientinnen eine Therapie ab (Grawe et al., 1994, S. 726); zwischen 30% und 45% haben bereits (offensichtlich sehr unterschiedliche) therapeutische Vorerfahrungen (Maschke & Otto, 2003; zitiert nach Eckert et al., 2004) – dieser Themenbereich sollte demnach auch in Zukunft weiter untersucht werden. Die beiden beschriebenen Arbeiten belegen jedenfalls, dass nicht jeder Klient von jeder Therapie profitieren kann, sondern dass die richtige „Passung“ von Therapeuten, Klient und Verfahren zu beachten ist. Natürlich gibt es auch Klienten, die in einer anderen als einer personzentrierten Therapie mehr profitieren.

Viele der hier untersuchten Studien zeigen die besondere Eignung einer Verbindung von empirisch-quantitativer mit qualitativer Forschungsmethodik bzw. von prozess- mit verlaufsorientierten Forschungszugängen für die personzentrierte Forschung. Konsequente experimentelle Forschungsansätze – also beispielsweise eine randomisierte Zuordnung von Klienten und Klientinnen zu einer „Experimentalgruppe“ mit therapeutischer Intervention und einer Kontrollgruppe ohne therapeutische Intervention – verbieten sich häufig schon aus ethischen Gründen. Sie sind auch nicht (mehr) notwendig, da die Wirksamkeit des Ansatzes außer Frage steht. Mit eher praxisorientierten und meist ethisch besser vertretbaren „Wartegruppen“-Designs lassen sich methodisch ebenso gut abgesicherte Effekte nachweisen.

In der vergleichenden Betrachtung bestätigt sich die Wirksamkeit personzentrierter Ansätze für ein breites Spektrum an klinischen Störungsbildern; inwieweit sich hier differenzielle Ansätze in der Behandlung ableiten lassen, bleibt wohl eher eine Frage des Menschenbildes der Therapeutinnen und Therapeuten.

Tab. 1: Person- /Klientenzentrierte Therapie mit und ohne Kontrollgruppen-Vergleich

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Altenhöfer, Schulz, Schwab & Eckert, 2007	Wirksamkeit von ambulanter Gesprächspsychotherapie (GPT) bei Anpassungsstörungen	quasiexperimentell, eingeschränkte randomisierte Zuordnung Prä, Post, FU (3 Monate) Behandlungsgruppe (31), Wartegruppe (19)	GPT zeigt sich hochwirksam in allen Indikatoren: Effektstärke zwischen 0,6 und 1,5 Wirksamkeit bleibt bei der FU-Erhebung erhalten
Boeck-Singelmann, Schwab & Tönnies, 1992	Wirksamkeit von ambulanter GPT in der Form von „Teamtherapie“	quasiexperimentell, Kontrollgruppe Prä, Post, FU (4 Monate, 1,5 Jahre) Behandlungsgruppe (34), Wartegruppe (19) verschiedene Diagnosen	GPT zeigt sich hochwirksam in allen Indikatoren: Mehr als die Hälfte der Kl. (gegenüber 0% der Wartegruppe) berichten von deutlichen und anhaltenden Verbesserungen
Frohburg, 2003	Analyse der Therapieerfahrungen von Kl., die von einem „Richtlinienverfahren“ in eine GPT gewechselt sind	qualitativ; Interviewdaten Kl. (15) unterschiedliche Diagnosen	Die GPT wird praktisch ausschließlich als das wirksamere Verfahren erlebt, das auch den Bedürfnissen der meisten Kl. besser entspricht; die therapeutische Beziehung wird als deutlich besser bewertet
Eckert, Kriz & Frohburg, 2004	Therapieverlauf von Pat., die ein Richtlinienverfahren abgebrochen hatten und in GPT gewechselt sind	Bewertung durch Rater nach erfolgreichem Behandlungsabschluss „Therapiewechsler“ (25) unterschiedliche Diagnosen	Hauptgründe des Therapiewechsels: Erfolglosigkeit, fehlende Passung Th. - Kl. GPT zeigt sich als „notwendiges und hinreichendes“ Verfahren für viele Kl.
Grinder-Katonah, 1991	Wirksamkeit von Focusing für die psychotherapeutische Behandlung von Krebspatientinnen	quasiexperimentell mit einzeln gemachten Klientinnenpaaren Behandlungsgruppe (7), Wartegruppe (5) Prä, Post, FU (6 Wochen); Krebspat. (12)	In der Behandlungsgruppe finden sich signifikante Verbesserungen der Depression und Einstellung zum Körper; stabile Verbesserungswerte bei der FU-Erhebung
Jacobs & Bangert, 2003, 2005	Wirksamkeit von Klientenzentrierter Psychotherapie (KPT) bei Alkoholkrankheit	quasiexperimentell, keine randomisierte Zuordnung Prä, Post, FU (10 Wochen) Behandlungsgruppe (20) Kontrollgruppe (20)	KPT hochwirksam in allen Indikatoren; allerdings auch positive Effekte in der „Kontrollgruppe“ (die ebenfalls stationär behandelt wurde)
Müller-Hofer, Geiser, Juchli & Laireiter, 2003	Praxisevaluation der „GFK-Methode“ (Klientenzentrierte Körperpsychotherapie)	Begleitung des Therapieprozesses, keine Kontrollgruppe Kl. (34) verschiedene Diagnosen	Signifikante Verbesserungen mit mittleren bis hohen Effektstärken in fast allen Indikatoren „Methodentreue“ der Therapeutinnen und Therapeuten begünstigt den Therapieerfolg
Sachse, 1992, 1995	Wirksamkeit der „Zielorientierten Gesprächspsychotherapie“ bei psychosomatischen Erkrankungen	Begleitung des Therapieprozesses, keine Kontrollgruppe Kl. (29); psychosomatische Erkrankungen	Hohe Effektivität der Behandlung; Therapieerfolg abhängig von der Prozessgüte, also der Qualität der Umsetzung des Ansatzes

Anm.: Die jeweils untersuchten Therapie-Verfahren werden in dieser und in allen folgenden Tabellen in der 2. Spalte im vollen Wortlaut und mit der zugehörigen Abkürzung benannt, in den übrigen Spalten werden nur mehr die Abkürzungen verwendet. Sonstige Abkürzungen: FU = Follow-up-Untersuchung; Kl. = Klientin, Klientinnen, Klient, Klienten; Pat. = Patientin, Patientinnen, Patient, Patienten; Post = Untersuchung nach Therapieende; Prä = Untersuchung vor Therapiebeginn; Th. = Therapeutin, Therapeutinnen, Therapeut, Therapeuten.

Klienten-/Personzentrierte Therapie im Vergleich mit anderen Verfahren

Der überwiegende Teil der Arbeiten aus diesem Bereich entstammt groß angelegten Forschungsprojekten. Sammet-Hofmann, Stuhr und Meyer (1994), Eyßell, Zeising und Stuhr (1992) und Trettin, Meyer und Stuhr (1994) vergleichen die Klientenzentrierte Therapie mit einer Psychodynamischen Kurztherapie und greifen dabei auf die Daten aus der Hamburger Kurzpsychotherapie-Studie (Meyer, 1981) zurück. In diesem Projekt wurden von 1972 bis 1974 insgesamt 62 Patienten mit analytischer Fokalthherapie oder Klientenzentrierter Therapie behandelt. Eyßell et al. (1992) zeigen auf, dass in der Klientenzentrierten Therapie die Therapeutenhaltung (emotional warm, Konkretheit fördernd, hohe verbale Grundaktivität) sehr eng mit dem Therapieerfolg verknüpft ist, während in der Psychodynamischen Kurztherapie höhere Korrelationen zwischen den Prozessmerkmalen der Klientinnen und Klienten (gefühlsmäßige Nähe erleben können, Akzeptanz der eigenen Gefühle) und dem Therapieerfolg auftraten. Trettin et al. (1994) untersuchten 16 Therapieverläufe darauf, inwieweit sich die Klärung von kritischen Ereignissen als Wirkfaktor in der Psychotherapie erweist. Dabei zeigte sich, dass in den Psychodynamischen Therapien häufiger kritische Ereignisse aufgegriffen wurden, während in den Klientenzentrierten Therapien der psychologische Klärungsgrad der kritischen Ereignisse signifikant höher war. Sammet-Hofmann et al. (1994) versuchten eine detaillierte einzelfallanalytische Beschreibung des interaktionellen Prozessgeschehens. Infolge methodischer Probleme kam es dabei zu keinen verwertbaren Ergebnissen.

Die Studien von Ward et al. (2000), King et al. (2000) und Bower et al. (2000) beziehen sich auf eine große britische Untersuchung, bei welcher die klinische Effektivität allgemeinärztlicher Behandlung („general practitioner care“) und die Behandlung mit Kognitiver Verhaltenstherapie sowie mit „non-directive counselling“ (in Großbritannien übliche Bezeichnung der Personzentrierten Psychotherapie) von insgesamt 464 depressiven Patienten (überwiegend als „Depression“ oder „Depression und Angst gemischt“ diagnostiziert) verglichen wurden. Im Forschungsdesign fand sowohl die Forderung nach einer randomisierten Zuordnung der Patienten in eine der drei Gruppen wie auch die Präferenz der Patienten für eine bestimmte Behandlung Berücksichtigung: Patienten mit Präferenz erhielten die Behandlung ihrer Wahl; Patienten ohne Präferenz wurden nach Zufallsauswahl einer der drei Gruppen zugeteilt; und bei Patienten, die wohl eine psychotherapeutische Behandlung wünschten, jedoch keine Präferenz für eines der beiden angebotenen Verfahren hatten, erfolgte die Zuteilung zu einer der beiden Gruppen ebenfalls durch Zufallsauswahl. Die Behandlung war in allen drei Verfahren auf maximal 12 Sitzungen begrenzt.

Diese Untersuchung zeigte, dass sich bei Patienten mit depressiven Störungen die Behandlungseffekte der Personzentrierten Therapie nicht von denen der Kognitiven Verhaltenstherapie unterschieden. Beide Verfahren waren am Ende der Behandlungszeit der

rein medizinischen Behandlung durch den Hausarzt überlegen; 12 Monate danach gab es allerdings keinen signifikanten Unterschied mehr: die Effekte der Hausarztbehandlung hatten sich im Katamnesezeitraum an die der Psychotherapie angeglichen. Die Autoren ziehen daraus die Schlussfolgerung, dass durch Psychotherapie Symptomverbesserungen wesentlich schneller und effizienter erzielt werden können.

Von Bower et al. (2000) wurde eine Kostenanalyse zu dieser Untersuchung erstellt. Statistisch bedeutsame Unterschiede fanden sich weder bei den direkten Behandlungskosten noch bei indirekten Gesundheitskosten (Arbeitsausfall). Die Autoren folgern daraus, dass die Psychotherapie von depressiven Patienten nicht mit höheren Kosten einhergeht.

In einer dieser großen britischen Untersuchungen vorangegangenen Studie (Friedli, King, Lloyd, & Horder, 1997) wurde ebenfalls die Wirksamkeit der „Non-direktiven Psychotherapie“ von Patienten mit Depression, Angststörungen oder allgemeiner emotionaler Problematik mit einer rein allgemeinmedizinischen Betreuung verglichen. Es konnten gleichwertige Symptomverbesserungen bei beiden Behandlungsformen festgestellt werden, allerdings zeigten sich die Psychotherapieklientinnen und -klienten wesentlich zufriedener mit ihrer Behandlung.

Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark und Cooper (2006) untersuchten die Wirksamkeit der in 58 Einrichtungen des britischen National Health Service durchgeführten Psychotherapien von 1 309 Klientinnen und Klienten. Dabei wurden die Ergebnisse von Personzentrierter Therapie, Kognitiver Verhaltenstherapie und Psychodynamischer Therapie miteinander verglichen. Das Hauptergebnis ist, dass alle drei Therapieformen mit hohen Effektstärken wirksam sind und sich dabei kaum voneinander unterscheiden. Diese Ergebnisse stützen das sogenannte Äquivalenz-Paradoxon (Meyer, 1990), wonach unterschiedliche Therapieverfahren mit teils sehr unterschiedlichen Menschenbildern dennoch kaum Unterschiede in ihrer Wirksamkeit aufweisen⁴.

Die Untersuchung von Hartmann und Zepf (2002) basiert auf einer 2000/2001 in Deutschland mit Hilfe der Stiftung Warentest durchgeführten Replikation der bekannten Consumer Reports-Studie (Seligman, 1995), bei der die subjektive Bewertung der absolvierten Psychotherapie von insgesamt 1 426 Klientinnen und Klienten analysiert wurde. Bei den dabei genannten Therapieverfahren handelte es sich vor allem um Psychoanalyse, tiefenpsychologische Therapie und Verhaltenstherapie, jedoch nur in geringem Ausmaß um Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Die Autoren verwendeten die Angaben zu Symptombesserung, Veränderung des psychischen Allgemeinbefindens und Zufriedenheit mit der Behandlung als

⁴ Eine gekürzte deutsche Fassung der Studie von Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark & Cooper findet sich in PERSON 11 (2), 105–113.

Parameter, um die Effektivität der Therapieverfahren zu vergleichen. Dabei wurden eine relative Überlegenheit der Psychoanalyse und eine deutliche Unterlegenheit der Gesprächspsychotherapie gegenüber allen anderen Verfahren errechnet. Wir halten letztere Schlussfolgerung allerdings für fragwürdig: Schließlich kann man bei der Befragung von Absolventen kassenrechtlich zugelassener Therapieverfahren keine gültigen Daten über kassenrechtlich nicht zugelassene Verfahren erhalten. In einer Diskussion der Studie (Eckert, 2004) wurde außerdem darauf verwiesen, dass Vergleiche mit der Stichprobe der Gesprächspsychotherapie-Klientel nicht legitim seien; diese würden sich von den anderen Klientenstichproben in mehreren Merkmalen unterscheiden, beispielsweise Stichprobengröße, Finanzierung der Behandlungen (ausschließlich Selbstzahler), unklare berufliche Kompetenz der Therapeuten etc. Verfahren-

übergreifend war das Ergebnis, dass eine supportive Haltung des Therapeuten, Kooperation und Offenheit des Klienten sowie längere Therapiedauer positive Einflussgrößen für die Effektivität der Therapie darstellen, Eingriffe der Kostenträger sowie männliches Geschlecht des Klienten sich jedoch negativ darauf auswirken.

Nach den bisher dargestellten Therapievergleichsstudien, die mit relativ großen Stichproben arbeiten, gilt es auch noch eine kleinere Untersuchung zu referieren. Arnold (1992) hat Therapieeffekte und Therapieverlauf von Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie und Kognitiver Verhaltenstherapie bei Anorexia nervosa verglichen. Diese Studie ist aber nur von begrenzter Aussagekraft, da die Autorin die einzige Therapeutin in der Untersuchung war und die Therapien in beiden Therapieverfahren selbst durchgeführt hat.

Tab. 2: Klienten-/Personzentrierte Therapie im Vergleich mit anderen Verfahren

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Bower, Byford, Sibbald, Ward, King, Lloyd & Gabbay, 2000	Vergleich der Kosten bei der Behandlung durch praktische Ärzte (GP), „cognitive-behaviour therapy“ (CBT) und „non-directive counselling“ (ND) bei depressiven Pat.	experimentell, randomisierte Zuordnung GP (67), CBT (215), ND (180) Prä, Post, FU (4, 12 Monaten) 6 bis 12 Sitzungen (1 Stunde wöchentlich)	Beide Psychotherapien sind wirksamer als die medizinische Behandlung Nach 12 Monaten bestehen keine Unterschiede Die Kosten der Behandlung sind gleich
Eyßell, Zeysing & Stuhr, 1992	Prozess-Erfolgsforschung durch Vergleich von Psychodynamischer Kurztherapie (PT) und Klientenzentrierter Therapie (CC)	quasiexperimentell PT (12), CC (13) (jeweils ein Ausschnitt aus zwei verschiedenen Sitzungen im mittleren Teil der Therapie) psychoneurotische und psychosomatische Ambulanz-Pat.	Keine Unterschiede bei Selbstexploration, Intensität der Auseinandersetzung und Akzeptieren der eigenen Gefühle CC-Th.: mehr Th.-äußerungen, emotionale Wärme, Konkretheit und Empathie Passives Verhalten der PT-Th. und aktives Verhalten der CC-Th. zeigen Effekte Therapieeffekte hängen in PT stärker mit Kl.-merkmalen, in CC stärker mit Prozessmerkmalen der Th. zusammen
Friedli, King, Lloyd & Horder, 1997	Vergleich der Effekte bei der Behandlung durch praktische Ärzte (GP) und kurzer „non-directive psychotherapy“ (CC) bei gemischten Störungsbildern	experimentell, randomisierte Zuordnung GP (66) CC (70) Prä, FU (3 Monate, 9 Monate) 6 bis 12 Sitzungen (1 Stunde wöchentlich)	Beide Gruppen verbesserten sich signifikant Die CC Gruppe berichtete über eine höhere Zufriedenheit mit der Behandlung
Hartmann & Zepf, 2002	Befragung von 1426 Patienten zu ihrer psychotherapeutischen Behandlung (Replikation der Consumer Reports Study) in tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie (TP), Psychoanalyse (PA), Verhaltenstherapie (VT), Klientenzentrierter Psychotherapie (CCT) und anderen Verfahren (AV).	naturalistisch; Fragebogenerhebung TP (469), PA (284), VT (238), CCT (119), AV (290) verschiedene Diagnosen	In Deutschland anerkannte Verfahren (TP, PA, VT) effektiver als nicht anerkannte Verfahren Supportive Haltung des Th., Kooperation und Offenheit beim Pat. und längere Therapiedauer beeinflussen Effektivität positiv; Eingriffe in die Behandlung durch Kostenträger und männliches Geschlecht beeinflussen Effektivität negativ
King, Sibbald, Ward, Bower, Lloyd, Gabbay & Byford, 2000	Vergleich der Effekte bei der Behandlung durch praktische Ärzte (GP), „cognitive-behaviour therapy“ (CBT) und „non-directive counselling“ (ND) bei depressiven Pat.	experimentell, randomisierte Zuordnung GP (67), CBT (215), ND (180) Prä, Post, FU (4, 12 Monate) 6 bis 12 Sitzungen (1 Stunde wöchentlich)	Beide Psychotherapien sind wirksamer als die medizinische Behandlung Nach 12 Monaten bestehen keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen (auch GP verbessert) Zufriedenheit der Pat. ist in der ND Gruppe am höchsten

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/ Stichprobe	Hauptergebnisse
Sammet-Hofmann, Stuhr & Meyer, 1994	Detaillierte einzelfallanalytische Beschreibung des interaktionellen Therapieprozessgeschehens durch eine Zeitreihenanalyse von 3 Psychodynamisch-konfliktzentrierten (PT) und 2 Klientenzentrierten (CC) Therapien	hypothesengenerierende Einzelfallstudie CC (2), PT (3) 21–30 Messzeitpunkte (jede 3. Stunde, jeweils 3 Messzeitpunkte) 21 bis 30 Therapiesitzungen	Prozessimmanent wenige längerfristige Änderungen im Pat.- und Th.-verhalten Kaum Wechselwirkungen im Verhalten der Interaktionspartner
Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark, & Cooper, 2006	Vergleich von „cognitive-behavioural therapy“ (CBT), „person-centred therapy“ (PCT) und „psychodynamic therapy“ (PDT), weiters diese Behandlungsmethoden kombiniert mit einem zusätzlichen Ansatz (z. B. integrativ, systemisch, supportiv, Kunsttherapie etc.) CBT+1, PCT+1, PDT+1	quasiexperimentell, keine randomisierte Zuordnung CBT (298), PCT (332), PDT (122), CBT+1 (181), PCT+1 (249), PDT+1 (127) Prä, Post verschiedene Diagnosen	Signifikante Verbesserungen in allen Gruppen mit hohen Effektstärken Gruppen mit kombinierten Methoden leicht besser
Trettin, Meyer & Stuhr, 1994	Prozess-Effizienz-Studie inwieweit das Einbringen „kritischer Ereignisse“ und deren psychologische Klärung mit einem positiven Therapieergebnis einhergeht im Vergleich von Psychodynamischer (PT) und Personzentrierter (CC) Kurztherapie	quasiexperimentell CC (8), PT (8), die jeweils einen von 8 Typen von Therapieverläufen repräsentieren Prä, Post, FU (3 Monate, 9 Monate, 12 Jahre) psychoneurotische und psychosomatische Ambulanz-Pat.	In PT wurden häufiger kritische Ereignisse eingebracht, in CC höhere Grade von psychologischer Klärung erreicht In von Behandlern als „gut“ eingeschätzten Sitzungen und in den „Verbesserer“-Verläufen fanden sich in beiden Therapieformen häufiger kritische Ereignisse
Ward, King, Lloyd, Bower, Sibbald, Farrelly, Gabbay, Tarrier & Addington-Hall, 2000	Vergleich der Effekte bei der Behandlung durch praktische Ärzte (GP), „cognitive-behaviour therapy“ (CBT) und „non-directive counselling“ (ND) bei depressiven Pat.	experimentell, randomisierte Zuordnung GP (67), CBT (215), ND (180) Prä, Post, FU (4 Monate, 12 Monaten) 6 bis 12 Sitzungen (1 Stunde wöchentlich)	Beide Psychotherapien sind wirksamer als die medizinische Behandlung Nach 12 Monaten bestehen keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen (auch GP verbessert) Zufriedenheit der Pat. ist in der ND Gruppe am höchsten

Prozess-Experienzielle bzw. Emotions-Fokussierte Therapie

Die Process-Experiential Therapy bzw. Emotion-Focused Therapy wurde von Greenberg, Rice, Johnson und anderen im Rahmen eines mittlerweile über 40 Jahre laufenden Programms der Psychotherapieforschung entwickelt. Der Schwerpunkt der Forschung besteht hier darin, durch genaue Mikroanalysen von Therapeut-Klient-Interaktionen diejenigen Prozesse (z. B. „significant events“) zu erfassen, die therapeutische Veränderung auslösen oder bewirken. Von daher ergab sich eine besondere Konzentration auf das innere Erleben („experiencing“) des Klienten und dabei besonders auf die problematischen Erlebensmuster (Schemata) und deren Reorganisation. Einen theoretischen Hintergrund bildet dabei die Emotionspsychologie, vor allem das Konzept der emotional-kognitiven Schemata – vorbewusster Strukturen, mittels derer wir emotionale, kognitive und sinnliche Information verarbeiten („information-processing“) und die persönliche Bedeutung unseres laufenden Erlebens konstruieren. Für die therapeutische Arbeit an der Exploration inneren Erlebens hat Greenberg Elemente der Gestalttherapie nach Perls (vor allem für den aktiven Ausdruck inneren Erlebens) in die Klientenzentrierte Psychotherapie nach Rogers mit einbezogen.

Elliott et al. (1996) entwarfen einen theoretischen Hintergrund zum Verständnis von posttraumatischen Belastungsstörungen aus prozess-experienzieller Sichtweise. Im experimentellen Teil dieser Pilotstudie verglichen die Autoren den Prozess-Experienziellen Ansatz mit Kognitiver Verhaltenstherapie. Dabei erwiesen sich die Experienziellen Therapeuten in ihrer Selbsteinschätzung deutlich „ansatzkonformer“ als die Verhaltenstherapeuten gegenüber ihren Behandlungsprinzipien. Dies kann so verstanden werden, dass der verhaltenstherapeutische Ansatz die prozess-experienziellen Behandlungsprinzipien durchaus inkludieren bzw. integrieren kann, was umgekehrt offensichtlich nicht der Fall ist.

Paivio und Greenberg (1995) belegten die Wirksamkeit der Experienziellen Therapie bei Personen mit unaufgelösten Problemen gegenüber wichtigen Bezugspersonen: Hierbei handelte es sich vorwiegend um Missbrauch, Verlassenwerden oder massive emotionale Vernachlässigung durch frühe Bezugspersonen, zum geringeren Teil um Verlust eigener Kinder oder Verlassenwerden durch Partner. Bei dieser Studie wurden die Ergebnisse der Therapiegruppe mit denen einer psychoedukativen Gruppe („attention-placebo“; keine Therapie, nur Erörterung von Informationen zum Thema) verglichen. Die Effektstärken der Therapiegruppe sind bedeutsam und vergleichbar mit den Ergebnissen anderer Wirksamkeitsstudien (Lampert, Shapiro & Bergin, 1986), die Verbesserungen ließen sich auch noch ein Jahr später nachweisen.

In der Arbeit von Shear, Houck, Greeno und Masters (2001) wurden Kognitive Verhaltenstherapie, „Emotional-Focused Therapy“, eine rein medikamentöse Behandlung (Imipramine) und eine Placebobehandlung in puncto Effektivität verglichen. Bei der „Emotional-Focused Therapy“ handelte es sich allerdings um eine im

Rahmen der Studie entwickelte manualisierte Behandlungsform der Kontrollgruppe, die keinen Bezug zu den Konzepten von Rogers oder Greenberg und Elliott aufweist.

Eindeutige empirische Belege für die Wirksamkeit von Prozess-Experienzieller Therapie und von Kognitiver Verhaltenstherapie bei 66 depressiven Probanden lieferten Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos und Steckley (2003). Beide Behandlungsformen führten zu signifikanten Verbesserungen. Allerdings berichteten die Klienten in der prozess-experienziellen Gruppe über eine deutlichere Entspannung bei interpersonalen Problemen als die Probanden der kognitiv-behavioralen Gruppe.

Auch Watson und Geller (2005) verglichen Prozess-Experienzielle Therapie mit Kognitiver Verhaltenstherapie und untersuchten, inwiefern die von den Klienten wahrgenommenen Haltungen der Therapeuten die Qualität des Arbeitsbündnisses beeinflussen und in welchem Verhältnis beide Faktoren zum Therapieergebnis stehen. Die von den Klienten erlebten therapeutischen Haltungen bestimmten bei beiden Therapieformen die Qualität des Arbeitsbündnisses und über dieses das Ausmaß des Therapieerfolgs. Dies bedeutet, dass eine vom Klienten wahrgenommene positive Therapeut-Klient-Beziehung ansatzübergreifend ausschlaggebend für den Erfolg von Therapien ist. Die Studie ergab keine Unterschiede zwischen beiden Therapieverfahren bezüglich der Wirksamkeit, die Klienten der Prozess-Experienziellen Therapie gaben jedoch an, ein höheres Maß an Wertschätzung erfahren zu haben.

Greenberg und Watson (1998), Pos, Greenberg, Goldman und Korman (2003) sowie Weerasekera, Linder, Greenberg und Watson, (2001) werteten eine Studie aus, bei der 34 depressive Klientinnen und Klienten entweder mit Prozess-Experienzieller oder mit einer ursprünglichen Form von Klientenzentrierter Psychotherapie behandelt wurden. Im Zentrum der Untersuchung stand eine Vielzahl von Prozessfaktoren in ihrem Zusammenhang mit dem Therapieergebnis. Von der Wirksamkeit her unterschieden sich die beiden Behandlungsgruppen nicht im Hinblick auf die Reduktion depressiver Symptomatik bei Behandlungsende und nach einer 6-Monats-Katamnese. Die Prozess-Experienzielle Psychotherapie zeigte jedoch eine vergleichsweise größere Symptomverbesserung zur Mitte der Behandlung sowie bei Behandlungsende deutlichere Effekte beim Selbstwertgefühl und bei der Reduktion interpersonaler Probleme. Die Autoren schließen daraus, dass die Hinzunahme „prozessdirektiver“ Interventionen zu den beziehungsorientierten Grundhaltungen einer „reinen“ Klientenzentrierten Therapie die Besserung depressiver Symptomatik beschleunigt. Diese Hypothese wurde bestätigt durch eine nachfolgende Untersuchung von Goldman, Greenberg und Angus (2006), bei welcher 38 Klientinnen und Klienten mit der Diagnose Major Depression vergleichend mit Klientenzentrierter Therapie oder Emotions-Fokussierter Therapie behandelt wurden. Beide Therapieformen erwiesen sich als sehr wirksam, es

zeigten sich aber durchgängig stärkere Symptom-Verbesserungen beim Einbezug spezifischer Vorgehensweisen der Emotions-Fokussierten Therapie in die Klientenzentrierte Therapie.

Tab. 3: Prozess-Experienzielle bzw. Emotions-Fokussierte Therapie

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Elliott, Sutor, Manford, Radbour-Markert, Siegel-Hinson, Layman & Davis, 1996	Prozess-Experienzieller Ansatz (PE) bei Post-traumatischen Belastungsstörungen; dabei Vergleich mit Kognitiver Verhaltenstherapie (CBT)	Pilotstudie: 2 Falldarstellungen Daten zu 10 CBT-Sitzungen und 30 PE-Sitzungen	Ansatzkonforme Selbsteinschätzung der PE-Th., während CBT-Th. keine höheren Werte auf CBT-Skalen aufwiesen
Goldman, Greenberg & Angus, 2006	Untersuchung der Effekte der Ergänzung von Klientenzentrierter Therapie (CC) mit Elementen der Emotions-Fokussierten Therapie (EFT) bei major depression (Replikation der Studie von Greenberg & Watson, 1998)	experimentell, randomisierte Zuordnung EFT (19), CC (19) Prä, nach 8. Sitzung, Post 16 bis 20 Sitzungen (wöchentlich)	Beide Therapieformen gleich wirksam bzgl. Symptomminderung, interpersonaler Probleme und Selbstwert EFT bewirkt jeweils stärkere Verbesserungen
Greenberg & Watson, 1998	Vergleich der Effektivität von Prozess-Experienzieller Therapie (PE) und Klientenzentrierter Therapie (CC) bei Depressionen	experimentell, randomisierte Zuordnung PE (17), CC (17) Prä, nach 8. Sitzung, Post, FU (6 Monate) 16 bis 20 Sitzungen (wöchentlich)	Beide Therapieformen gleich wirksam PE deutlichere Effekte in der Mitte der Behandlung und am Ende größere Effekte beim Selbstwertgefühl und bei der Reduktion interpersonaler Probleme
Paivio & Greenberg, 1995	Vergleich der Effektivität von Prozess-Experienzieller Therapie (PE) und Psychoedukation (PED) bei ungelösten Problemen mit Bezugspersonen	experimentell, randomisierte Zuordnung PE (17), PED (17) Prä, Post, FU (4 Monate, 1 Jahr) 12 bis 14 Sitzungen (wöchentlich)	Signifikante Verbesserung in allen Effektivitätsmaßen bei PE im Unterschied zu PED
Pos, Greenberg, Goldman & Korman, 2003	Bedeutung der Tiefe der emotionalen Verarbeitung „in two brief experiential therapies“ (PE = process-experiential und CC = client-centered) bei Depressionen	experimentell, randomisierte Zuordnung PE (17), CC (17) Prä, nach 8. Sitzung, Post, FU (6 Monate) 16 bis 20 Sitzungen (wöchentlich)	Die emotionale Verarbeitungsfähigkeit verbesserte sich während der Therapie und ist ein guter Prädiktor für Symptomreduktion und Steigerung des Selbstwertgefühls
Shear, Houck, Greeno & Masters, 2001	Vergleich der Effektivität von „cognitive behavior therapy“ (CBT), Imipramine (I), Placebo (P) und „emotion-focused psychotherapy“ (EFT) bei Panikstörungen	experimentell, randomisierte Zuordnung CBT (36), I (24), P (23), EFT (30) Prä, Post, FU (6 Mon.) 3 Monate (eine Stunde wöchentlich)	In den Gruppen CBT und Imipramine signifikant mehr „Responders“ und signifikante Verbesserung der Symptomatik gegenüber EFT Bei EFT selten Behandlungsabbrüche (hohe Motivation)
Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos & Steckley, 2003	Vergleich der Effektivität von „cognitive-behavioral therapy“ (CBT) und „process-experiential therapy“ (PET) bei Depressionen	experimentell, randomisierte Zuordnung CBT (33), PET (33) Prä, Post 16 Sitzungen (wöchentlich)	In beiden Therapiegruppen signifikante Verbesserung der Symptome, des Selbstwertgefühls und dysfunktionaler Einstellungen; bei PET signifikante Verbesserung bei interpersonellen Problemen
Watson & Geller, 2005	Korrelation von erlebtem Therapeutenverhalten, therapeutischer Allianz und Therapieergebnis bei „process-experiential therapy“ (PET) und „cognitive-behavioral therapy“ (CBT)	experimentell, randomisierte Zuordnung CBT (33), PET (33) Depressive Personen; Prä, Post 16 Sitzungen (wöchentlich)	Erlebtes Th.-verhalten bestimmt die therapeutische Allianz; beides bestimmt Therapieerfolg; PET-KL. fühlten sich mehr wertgeschätzt
Weerasekera, Linder, Greenberg & Watson, 2001	Untersuchung des Arbeitsbündnisses bei Klientenzentrierter (CC) und Prozess-Experienteller Therapie (PE) bei depressiven Personen	experimentell, randomisierte Zuordnung PE (17), CC (17) Prä, nach 8. Sitzung, Post, FU (6 Monate) 16 bis 20 Sitzungen (wöchentlich)	Früh erhobene Werte zur therapeutischen Allianz sind geeignet, Therapieergebnisse vorherzusagen; die therapeutische Allianz wird nicht vom Ausmaß an Depression vor der Therapie beeinflusst

Emotions-Fokussierte Paar-Therapie

Bei der Emotion-Focused Therapy for Couples (EFT) handelt es sich um eine relativ strukturierte Form von Paar-Psychotherapie, die Susan Johnson und Mitarbeiterinnen im Rahmen des Emotions-zentrierten Ansatzes von Greenberg entwickelt haben. Hier wird davon ausgegangen, dass die meisten Partnerschaftskonflikte, die Paare zu einer Therapie motivieren, die Struktur eines sich laufend verstärkenden negativen Interaktionszyklus („Teufelskreis“) aufweisen. Die durch diese Interaktionszyklen bei den Partnern aktivierten emotionalen Schemata können in einer Atmosphäre, die von den Rogers'schen Therapiebedingungen geprägt ist, wahrgenommen und verändert werden⁵. Carl Rogers' Tradition folgend wurde die Entwicklung von EFT von Anfang an durch empirische Untersuchungen begleitet und evaluiert. Die ersten, hier nicht angeführten Studien zur EFT sind vor dem gewählten Referenzzeitraum 1991–2008 durchgeführt und publiziert worden. Sämtliche Studien – nahezu ausschließlich mit Kontrollgruppen (Wartegruppen) und randomisierter Gruppenzuordnung durchgeführt – bestätigen der EFT eine statistisch wie auch klinisch signifikante Wirksamkeit. Unter den vielen verwendeten Untersuchungsinstrumenten erwies sich das Ausmaß der Veränderung an Paar-Zufriedenheit, gemessen an den Scores der Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976) als aussagekräftigster Parameter. Beachtenswert ist, dass die positiven Therapieergebnisse bei einer relativ geringen Anzahl therapeutischer Sitzungen (meist zehn) erzielt werden konnten.

Vier der gewählten Studien stellen Therapievergleiche an; zwei davon vergleichen EFT mit einer anderen Paartherapie (Systemische Therapie mit „reflecting team“ bzw. „kognitive Ehe-Therapie“). Die EFT-Behandlung von Paaren mit depressiver Partnerin wurde mit einer rein medikamentösen Behandlung verglichen, während die EFT-Behandlung von Familien mit einer bulimischen Jugendlichen einer verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie für Bulimikerinnen gegenüber gestellt wurde.

Alle hier untersuchten Therapieformen erbrachten gleichwertige signifikante Verbesserungen. Bei der Vergleichsstudie mit der Systemischen Therapie erwiesen sich die Verbesserungen zum Katamnese-Zeitpunkt bei EFT leicht rückläufig. Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu jenem der Vergleichsstudie mit der Kognitiven Egetherapie sowie generell zu sehr vielen Ergebnissen Person-

zentrierter Therapien, die zum Teil starke weitergehende Verbesserungen nach dem Abschluss der Therapie belegen. Die Abweichung bei der Vergleichsstudie mit der Systemischen Therapie wird damit erklärt, dass die Klienten die Therapie in den beiden Therapieverfahren *qualitativ* unterschiedlich erlebt hätten. Die Klientenpaare der Systemischen Therapie gaben an, dass ihnen besonders die engagierten Bemühungen des Therapeutenteams (reflecting team) um neutrale bis provokative Erklärungen der Paar-Interaktionen geholfen hätten, während die Klienten der sehr empathisch erlebten EFT-Therapeuten in besonderer Weise emotionale Befreiung und Gewahrwerden ihrer eigenen Sensibilität erlebten. Das Autorenpaar folgert daraus, dass stärker zerstrittene Paare von einem weniger emotions-zentrierten Verfahren mehr profitieren bzw. dass die Arbeit mit den Emotionen und inneren Motiven bei solchen Paaren einen größeren Zeitaufwand erfordert. Bei der Vergleichsstudie mit der kognitiven Egetherapie stiegen im Katamnese-Zeitraum die Verbesserungen bei den EFT-Klienten in allen Kategorien weiter an, während sie sich bei den Klienten der kognitiven Therapie als rückläufig erwiesen. Erklärt wird dies damit, dass eine vorwiegend *kognitive* Reflexion des Paar-Verhaltens und -Erlebens nicht so nachhaltig wirksam sein kann wie die forcierte Exploration der *emotionalen* Motive.

Vier der hier vorliegenden Studien haben neben der generellen Wirksamkeit auch die spezifischen Auswirkungen der EFT bei Paaren mit spezifischer Problematik untersucht. Dabei handelte es sich um Paare mit einem chronisch kranken Kind, um Familien mit einer bulimischen Jugendlichen und um Paare, bei welchen die Partnerinnen an Mangel an sexuellem Verlangen litten. In allen Fällen ließen sich neben der generellen Wirksamkeit auch befriedigende Ergebnisse hinsichtlich der spezifischen Problematik feststellen. Dabei zeigten sich deutlicher gewisse Vorzüge wie auch Schwachstellen der EFT. Die EFT, die ja speziell auf Bindungsbedürfnisse und affektive Prozesse fokussiert, eignet sich demnach hervorragend dazu, Paaren, die mit großer Sorge, Ärger oder Trauer über die eigenen Kinder belastet sind, zu einem konstruktiven Umgang mit diesen Gefühlen zu verhelfen. Aus dem gleichen Grund kann EFT das Bindungsverhalten von bulimischen Jugendlichen und ihren Eltern nachhaltig verändern – vorausgesetzt, dass diese Jugendlichen überhaupt mit dem Einbeziehen der Familie in die Therapie einverstanden sind (40% der für die Studie angefragten Probandinnen lehnten dies ab, wobei 32% die Störung vor der eigenen Familie geheim hielten). Andererseits zeigen mehrere Studien, dass Paare mit stärker ausgeprägtem „marital distress“ relativ weniger von der Therapie profitieren. Die Autorinnen folgern daraus, dass Paare mit größerem „marital distress“ wohl einer längeren Behandlung (als nur 10 Stunden wie bei diesen Studien) bedürfen. Johnson und Greenberg (1995) erachten daher folgerichtig eine Dauer von 20 Sitzungen als optimal für EFT.

5 Die EFT ist in neun aufeinander aufbauenden Schritten strukturiert. Nachdem zunächst die Probleme des Paares dargestellt werden, gilt es in der Folge die dabei erkennbaren negativen Verhaltens- und Erlebenszyklen zu identifizieren. In einem nächsten Schritt werden dann die hinter den jeweiligen interaktionellen Positionen liegenden, meist unbewussten Wünsche, Bedürfnisse und Nöte der Partner exploriert und die vorher identifizierten problematischen Reaktionsweisen von diesen Motiven her umformuliert und neu verstanden. Wesentlich ist dabei, dass sich die interaktionellen Positionen der Partner verändern, wenn sie ihre Bedürfnisse offen und ungeschützt vertreten und annehmen können. Der nun offenere Umgang miteinander sollte abschließend gefestigt und in die gesamte Kommunikation des Paares integriert werden.

Johnson und Talitman (1997) untersuchten in erster Linie Prognosefaktoren für den Erfolg von EFT. Das Ergebnis: Es besteht keine signifikante Korrelation von Therapieerfolg und Klienten-Faktoren wie Alter, Traditionalität, Bindungsverhalten, Ausmaß an Selbstöffnung und Ausmaß an gegenseitigem Vertrauen; den wichtigsten Prognosefaktor für diverse Erfolgs-Variablen stellt die Qualität der „therapeutic alliance“ (hier gemessen nach der 3. Sitzung) dar. Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der

internationalen Psychotherapieforschung (Orlinsky, Rønnestad und Willutzki, 2004). Bei einer Aufschlüsselung des Therapeuten-Verhaltens (ob es als bond-orientiert, goal-orientiert oder task-orientiert wahrgenommen wurde) zeigte sich außerdem, dass die Betonung der therapeutischen *Aufgabe* (bei EFT also die Konzentration auf die Exploration der emotionalen Motive hinter dem Paarkonflikt) als wesentlichster Aspekt für die Qualität der Therapiebeziehung anzusehen ist.

Tab. 4: Emotions-Fokussierte Paar-Therapie

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Dandeneau & Johnson, 1994	Vergleich der Effekte von Emotions-Fokussierter Paar-Therapie (EFT) und „cognitive marital therapy“ (CMT) für Paare ohne „marital distress“	experimentell, randomisierte Zuordnung EFT (12 Paare), CMT (12 Paare), Kontrollgruppe (12 Paare) Prä, Post, FU (10 Wochen) 6 Sitzungen (1,5 Stunden wöchentlich)	Beide Therapieverfahren verbessern (im Vergleich zur Kontrollgruppe) Intimität Bei EFT weitere Verbesserung bzgl. Intimität und Paar-Zufriedenheit bei FU-Erhebung
Desaulles, Johnson & Denton, 2003	Wirksamkeit von EFT bei major depression der Partnerin im Vergleich mit medikamentöser Behandlung	experimentell, randomisierte Zuordnung EFT (7 Paare), med. Behandl. (5 Paare) Prä, Mitte, Post, FU (3 Monate, 6 Monate) 14 Sitzungen EFT, dazu 2 Einzelsitzungen	Sowohl EFT wie rein medikamentöse Behandlung bewirken ausreichende Symptomreduktion Bei EFT weitere Verbesserung im FU
Goldman & Greenberg, 1992	Vergleich von EFT und „integrated systemic therapy“ mit reflecting team (IST) für Paare mit „marital distress“	experimentell, randomisierte Zuordnung EFT (14 Paare), IST (14 Paare), Kontrollgruppe (14 Paare) Prä, Post, FU (4 Monate) 10 Sitzungen (1 Stunde wöchentlich)	Beide Therapieverfahren verbessern (im Vergleich zur Kontrollgruppe) Paar-Zufriedenheit, Konfliktlösung und Erreichen von subjektiven Zielen Bei EFT leichter Rückgang im FU
Gordon-Walker, Johnson, Manion & Cloutier, 1996	Wirksamkeit von EFT für Paare mit einem chronisch kranken Kind	experimentell, randomisierte Zuordnung EFT (16 Paare), Kontrollgruppe (16 Paare) Prä, Post, FU (5 Monate) 10 Sitzungen (1,5 Stunden)	Verbesserung (im Vergleich zur Kontrollgruppe) bzgl. Paar-Zufriedenheit und Intimität sowie im Kommunikationsstil der Paare
Johnson, Maddeaux & Blouin, 1998	Wirksamkeit von „emotionally focused family therapy“ (EFFT) bei Familien mit bulimischen Jugendlichen im Vergleich mit Kognitiver Verhaltenstherapiegruppe (CBT)	Pilotstudie, randomisierte Zuordnung EFFT (9 Familien), CBT (4 Jugendliche) Prä, Post 10 Sitzungen (wöchentlich)	Beide Therapieformen erfolgreich bzgl. Symptomreduktion Hinweise, dass EFFT Bindungsverhalten verändern kann
Johnson & Talitman, 1997	Prädiktoren für den Erfolg von EFT bei Paaren mit „marital distress“	quasiexperimentell: Paare (34) Prä (nach 3.Sitzung), Post, FU (3 Monate) 12 Sitzungen (1,25 Stunden wöchentlich)	therapeutic alliance ist Prädiktor für Erfolg von EFT, speziell deren task-dimension korreliert mit Paar-Zufriedenheit am Ende Vertrauen der Frau in Partner korreliert mit Paar-Zufriedenheit und Intimität des Mannes am Ende
MacPhee, Johnson & Van der Veer, 1995	Wirksamkeit von EFT bei Partnerinnen mit mangelndem sexuellen Verlangen; Vergleich mit EFT aus anderem Therapiemotiv	experimentell, randomisierte Zuordnung mangelndes sexuelles Verlangen (25 Paare), anderes Motiv (24 Paare), Kontrollgruppe (15 Paare) Prä, Post, FU (3 Monate) 10 Sitzungen (wöchentlich)	Mäßige Veränderungen (im Vergleich zur Kontrollgruppe) Deutliche Veränderung bzgl. sexuellem Verlangen und depressiver Symptome bei Frauen mit weniger „marital distress“ zu Beginn

Kindzentrierte Spieltherapie und Klientenzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen

Besonders in den USA registriert man ein wachsendes Interesse an der Erforschung der Effektivität von Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, allerdings liegen deutlich weniger Forschungsarbeiten als zur Erwachsenentherapie vor. Auch im deutschsprachigen Raum ist ein gewisser Nachholbedarf feststellbar, und dieser wird auch zunehmend gedeckt (Beelmann & Schneider, 2003). Sowohl für den amerikanischen als auch für den deutschsprachigen Raum gibt es neuere Metaanalysen, die im vorliegenden narrativen Review berücksichtigt werden (Beelmann & Schneider, 2003; Bratton, Raya, Rhinea & Jones, 2005; Miller, Wampold & Varhely, 2008). Die Effektivitätsstudien von Klaus (1991) und von Schmidtchen, Hennies und Acke (1993) berücksichtigten jeweils eine Kontrollgruppe und untersuchten sowohl Einzeltherapie als auch ein gruppentherapeutisches Setting. Beide Studien stellten signifikante Besserungen der Gesamtstörung bzw. der familialen und sozialen Anpassungsfähigkeit der Kinder fest – Effekte, die sich im Follow-Up noch weiter verstärkten. Klaus (1991) berichtete auch von einer Verbesserung der schulischen Leistung der therapeutisch behandelten Kinder. Bei den neueren Studien von Muro, Ray, Schottelkorb, Smith und Blanco (2006) zu langfristigen kindzentrierten Einzeltherapien und Jenny, Goetschel, Köppler und Samson (2007) zur Klientenzentrierten Kindertherapie in Gruppen handelt es sich um explorative Evaluationen ohne Berücksichtigung einer Kontrollgruppe. Auch hier wurden statistisch signifikante Verbesserungen mit hohen Effektstärken für die erhobenen Variablen nachgewiesen. In der Prozessanalyse von Schmidtchen, Acke und Hennies (1995) lassen sich Belege dafür finden, dass relevante Aspekte der Spielsituation wie etwa Spieltiefe in Zusammenhang mit der Aktivierung von Erfahrungsepisoden und damit verbundenen Gefühlen eine unterschiedliche Funktion im Heilungsgeschehen bekommen können. Heilungsprozesse traten über den gesamten Therapieverlauf auf, phasenspezifischen Besonderheiten waren nicht auszumachen.

In die Metaanalyse von Beelmann und Schneider (2003) fanden 47 Behandlungs-Kontrollgruppen-Vergleiche von Effektivitätsstudien aus dem deutschsprachigen Raum Eingang, die zwischen 1952 und 2000 publiziert wurden. Es ergab sich eine mittlere Effektstärke (ES) von 0.54. Zu diesem guten Gesamtergebnis haben vor allem verhaltensmodifikatorische Techniken bei Angststörungen, Kognitiv-behaviorale Therapie bei Lernstörungen und Klientenzentrierte Spieltherapie bei „unklarer Indikation“ beigetragen. Dabei unterscheiden sich behaviorale und nicht-behaviorale Therapien nicht signifikant voneinander; Fragen nach einer differenziellen Indikation und daraus resultierende therapeutische Maßnahmen können daher nicht schlüssig beurteilt werden. Bei einer durchschnittlichen Anzahl von 14 Therapiesitzungen war der Behandlungsumfang hier insgesamt eher geringer, bei verhaltensmodifikatorischen und spieltherapeutischen Sitzungen fiel er mit durchschnittlich 19 Sitzungen etwas höher aus. Zu den fehlenden signifikanten

Wirksamkeitsunterschieden zwischen verschiedenen Therapieverfahren – speziell zwischen behavioralen und nicht-behavioralen Ansätzen – stellten die Autoren relativierend fest, dass „die relativ positiven Befunde nicht-behavioraler Therapien im wesentlichen auf die günstigen Ergebnisse der klientenzentrierten Spieltherapie zurückzuführen sind. In der Tat scheint diese Therapieform neben verhaltenstherapeutischen Methoden eine günstige Bewertung verdient zu haben, auch aufgrund ihrer elaborierten und modernen entwicklungspsychologischen Fundierung“ (Beelmann & Schneider 2003, S. 139). Bezogen auf die gesamte Forschung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird insgesamt aber ein Überhang von einzelfallbezogenen und unkontrollierten Studien festgehalten.

Die Metaanalyse von Bratton et al. (2005) bezog 93 zwischen 1953 und 2000 publizierte Studien ein. Über diese Studien wurden 3.248 Kinder mit einem Altersdurchschnitt von sieben Jahren erfasst, rund zwei Drittel davon waren Jungen. Der durchschnittliche Behandlungseffekt der spieltherapeutischen Intervention wies eine Effektstärke von 0.80 auf. Dabei waren die Effekte der „humanistic-nondirective“ Zugänge jenen der „nonhumanistic-directive“ (inkl. kognitiv-behavioralem Programm) statistisch abgesichert überlegen (mittlere ES: 0.92 vs. 0.71). Jene Behandlungsformen, bei denen die Eltern der behandelten Kinder in den Behandlungsverlauf einbezogen wurden („filial therapy“ – Eltern als „angelernte“ und supervidierte Therapeuten), verzeichneten die größten Effekte (mittlere ES: 1.15). Anders als bei früheren Metaanalysen wurden hier auch nichtpublizierte Studien aufgenommen. Damit reagierte man auf eine häufige Kritik an früheren Metaanalysen, die dominant nur publizierte Studien verwendeten und durch die „Schubladisierung“ von Studien mit geringen Effekten einen Bias erhielten, der zu einer Überschätzung der Effektivität führte. Tatsächlich ergab ein Vergleich von publizierten und nichtpublizierten Studien eine statistisch abgesicherte Überlegenheit der publizierten Studien in der mittleren Effektstärke (1.04 vs. 0.77). Ein weiterer in dieser Metastudie analysierter Aspekt bezog sich auf die Dauer der Therapie: Eine geringere Anzahl von Therapiesitzungen (< 14 Sitzungen) steht in Beziehung zu einer geringeren Effektstärke. Ein optimaler Behandlungseffekt scheint bei 35 bis 40 Sitzungen erreicht zu sein; wird dieser Bereich über- oder unterschritten, schwächen sich diese Effekte ab. Dieses Ergebnis kommt der aus den Ergebnissen einer früheren Metaanalyse abgeleiteten Empfehlung sehr nahe (LeBlanc & Ritchie, 2001), einen Behandlungsumfang von 30 bis 35 Sitzungen anzusetzen. Hinsichtlich der optimalen Sitzungsfrequenz gibt es eine wichtige Ausnahme: Kinder in akuten Krisen (z. B. Missbrauchsopfer, Opfer häuslicher Gewalt oder Opfer von Naturkatastrophen) können von einer spieltherapeutischen Behandlung auch bei geringerer Sitzungsfrequenz (durchschnittlich sieben Sitzungen) stark profitieren. Kinder scheinen auf eine Behandlung besonders schnell anzusprechen, wenn sie diese in der Zeit der akuten Krise erhalten.

Die in der Metaanalyse von Bratton et al. (2005) festgestellte Überlegenheit der „humanistic-nondirective“ Spieltherapien – hier vor allem durch Klientenzentrierte Spieltherapie und Filialtherapie repräsentiert – sollte allerdings mit einer Interpretationseinschränkung betrachtet werden: In dieser Studie wurde die Forscher-Loyalität gegenüber einer untersuchten Methode nicht kontrolliert.

Höllkamp und Behr (2008) führten eine vergleichende Analyse von sieben schulübergreifenden Metaanalysen zur Wirksamkeit von Kinder- und Jugendpsychotherapie durch. Sie belegten in ihrer Arbeit (a) eine grundsätzliche Wirksamkeit von Kinder- und Jugendpsychotherapie sowie (b) eine Überlegenheit von personenzentrierten und behavioralen Verfahren mit jeweils gleicher Wirksamkeit und mittleren bis hohen Effektstärken und (c) eine beeindruckend hohe Wirksamkeit von Spieltherapie mit Elternbeteiligung (Filialtherapie).

Miller, Wampold und Varhely (2008) führten eine spezielle Metaanalyse zu der Fragestellung durch, ob es Unterschiede in der Effektivität von Behandlungsmethoden gibt, die bei typischen Störungsbildern von Kindern und Jugendlichen angewandt wurden. Hierfür wurden zwischen 1980 und 2005 publizierte Studien einbezogen. Die untersuchten Kinder waren 18 oder jünger und homogen bezüglich einiger typischer Probleme bzw. Diagnosen dieser Altersgruppe (Depression, Angst, Hyperaktivität etc.). Die Studien führten jeweils einen Vergleich von zwei oder mehreren

Behandlungsmethoden durch. Dabei wurden geringfügige Unterschiede bei den verglichenen Behandlungsmethoden festgestellt, die jedoch in starker Beziehung zur Forscherloyalität („allegiance“) standen; nach der Kontrolle der Forscherloyalität gab es keine Evidenz mehr für die zuvor geringfügigen Unterschiede. Das Ergebnis wurde im Sinne der Äquivalenz-Hypothese interpretiert, nach der verschiedene Behandlungsformen bezüglich ihrer generellen Effektivität gleichwertige Ergebnisse zeigen.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse der hier referierten Studien dafür, dass Klientenzentrierte Spieltherapie und Psychotherapie mit Jugendlichen (a) unbestritten zu den durch empirische Studien identifizierten effektiven Behandlungsmethoden gehören, (b) im Vergleich zu anderen – speziell verhaltenstherapeutischen – Methoden zumindest als gleichwertig zu beurteilen sind und (c) speziell bei diagnostisch inhomogener Klientel vielversprechend sind und ihre Stärken aufweisen. Insbesondere der letzte Punkt – die Ansprechbarkeit einer diagnostisch inhomogenen Klientel – verweist auf eine hohe Versorgungsrelevanz der Klientenzentrierten Spieltherapie: Spieltherapie und Klientenzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen sind Behandlungsmethoden, deren Wirksamkeit wiederholt wissenschaftlich belegt wurde. Sie sind in der Lage, die vielfältigen und heterogenen Problemlagen von Kindern und Jugendlichen vielversprechend zu bewältigen.

Tab. 5: Kindzentrierte Spieltherapie und Klientenzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Jenny, Goetschel, Köppler & Samson, 2007	Evaluation von Klientenzentrierter Therapie in Gruppen mit Kindern	Praxis-Evaluation, keine Kontrollgruppe Jungen (33) Prä, Post, FU (6 Monate, 12 Monate)	Hohe Effektstärken bei Abbau von Aggression und Ängstlichkeit, Erhöhung der Sozialkompetenz und des Selbstwertgefühls
Klaus, 1991	Ambulante Klientenzentrierte Kinder-, Kindergruppen- und Elterngruppenpsychotherapie	Feldstudie in einer ambulanten Beratungsstelle Beratung (26), Einzeltherapie (24), Gruppentherapie (23), 7–12 Jahre max. 15 Kontakte; Einzeltherapie bzw. offene Therapiegruppe (max. 5 Kinder), Beratungsgruppe mit geringeren Kontakten als Kontrollgruppe Prä, Post, FU (6 Monate)	Überlegenheit der Einzel- und Gruppentherapie bei familialen und sozialen Anpassungsstörungen, Steigerung der schulischen Leistung, Verbesserung der familialen Situation nach der Therapie und weitere Verbesserung im Katamnesezeitraum
Muro, Ray, Schottelkorb, Smith & Blanco, 2006	Explorative Studie einer langfristigen „child-centered play therapy“ (CCTP)	Praxis-Evaluation, keine Kontrollgruppe 6 Mädchen, 17 Jungen, 4 bis 11 Jahre Prä, Mitte (16 Sitzungen), Post (32 Sitzungen)	Statistisch signifikante Besserung über die gesamte Therapiedauer in allen erhobenen Skalen
Schmidtchen, Acke & Hennies, 1995	Prozessanalyse von Klientenzentrierter Spieltherapie	Korrelationsstudie: Korrelation von Klientenmerkmalen mit Erfolgskriterien 16 in durchschnittlich 30 Kontakten	Kl.-merkmale haben unterschiedliche Funktion für Heilungsvorgänge; für Therapieerfolg wichtig: geringes aggressives Verhalten, geringe Gefühle der Angst und des Ärgers; förderlich: hohe Spieltiefe und Selbstexplorationsverhalten; keine phasenspezifischen Besonderheiten
Schmidtchen, Hennies, & Acke, 1993	Evaluation der Wirksamkeit von Klientenzentrierter Spieltherapie	Spieltherapie (teils Einzel-, teils Kleingruppen- oder Familientherapie) (16), Kontrollgruppe (sozialpädagogische Betreuung in Kindergruppe) (12) Prä, Post, FU (6 Monate)	Signifikante Verringerung der Gesamtstörungen in der Treatment-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe, weitere Verbesserung im FU

„Supportive counseling“: Klientenzentrierte Psychotherapie „light“

Bemerkenswert häufig werden Prinzipien Klientenzentrierter Psychotherapie in der Forschung „indirekt“ realisiert, indem sie als eine Art Kontrollbedingung in Vergleichsstudien Anwendung finden. Die im folgenden Abschnitt diskutierten Untersuchungen gehören dieser Kategorie an. Die meisten Vergleiche beziehen sich auf die Kognitiv-behaviorale Therapie (oder ein daran angelehntes Interventionsprogramm), zwei auf Systemische Therapie und je einer auf Interpersonale Therapie und ärztliche Standardbehandlung.

Die Konzeptualisierung dieser Untersuchungsbedingungen greift teilweise auf klientenzentrierte Prinzipien zurück: Deren Realisierung – speziell jene der so genannten „core conditions“ in einer therapeutischen Absicht – wird dabei als eine allgemein-menschliche Qualität gesehen, ihre Präsenz bei jeder Interaktion in einem therapeutischen Setting angenommen. Sie können daher nicht getrennt werden von einer symptom-spezifischen, in der Treatment-Gruppe durchgeführten Behandlung. Dennoch gilt es, sie als eigenen Faktor zu berücksichtigen, um den Einfluss nicht-spezifischer Behandlungsfaktoren kontrollieren zu können. Von diesen allgemein-menschlichen Qualitäten werden allerdings keinerlei Aktivierungen einer zur Treatment-Gruppe vergleichbaren therapeutischen Dynamik erwartet, sodass sie auch als eine Art von Placebo-Bedingung aufzufassen sind. In den Studien wird dies einer nichtbehandelten Wartegruppe als Vergleichsbedingung vorgezogen, da sich eine etwaige Überlegenheit der Behandlungsgruppe sonst nicht auf die spezifischen Treatment-Bedingungen alleine zurückführen ließe. Mit der Realisierung dieser allgemein-menschlichen Qualitäten wird auf die Herstellung einer unterstützenden, vertrauensvollen Beziehung abgezielt. Bei der Beschreibung dieser Kontrollbedingungen ist häufig die Rede von einer „Anwendung“ der Grundprinzipien von Rogers, von therapeutischen Techniken, die als „weitgehend non-direktiv“ bezeichnet werden, von wertschätzender Zuwendung, aktivem Zuhören, Reflektieren und Paraphrasieren ohne Anwendung spezifischer, auf die Kriteriums-Symptome bezogener Interventionen. Die Bezeichnungen dafür sind unterschiedlich: „supportive therapy“, „supportive counseling“, „nondirective therapy“, „nondirective supportive therapy“ etc. Im Folgenden wird der Überbegriff „supportive counseling“ (SC) verwendet⁶.

Eine genauere Analyse dieser Studien lässt einige bemerkenswerte Trends erkennen: Die Annahme der generellen Unterlegenheit des SC – wie sie die Forscher entsprechend durchgängig erwarten – kann durch die Forschung nicht aufrechterhalten werden. Das Bild ist uneinheitlich: Bei einigen Untersuchungen zeigte sich eine Gleichwertigkeit von SC und Versuchsgruppe (Beutler et al. 1991;

Birmaher et al. 2000; Manne et al., 2007), bei anderen ein Vorteil der Kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) (bzw. wie in einem Fall der Interpersonalen Therapie), was einen Teil der erhobenen Werte oder errechneten Parameter anbelangt (Beck, Sokol, Clark, Berchick & Wright, 1992; Borkovec & Costello, 1993; Barrowclough et al. 2001; Markowitz et al. 1998). Bei weiteren Studien präsentierte sich das SC verglichen mit der CBT nach temporären Schwächen in den Post-Treatment-Werten als überlegen in den Follow-up-Effekten (Kolko, Brent, Baugher, Bridge & Birmaher, 2000; Tarrrier, et al. 1998; Tarrrier et al. 2000). Diese Uneinheitlichkeit stützt allerdings keineswegs die gewohnheitsmäßig formulierte Hypothese der generellen Unterlegenheit der Placebo-Bedingung SC. Die Ergebnisse fallen vermutlich deshalb uneinheitlich und in manchen Studien zumindest teilweise zuungunsten des SC aus, weil keine strukturelle Gleichwertigkeit des SC als Kontrollgruppe gegeben ist. Baskin et al. (2003) kamen in einer bemerkenswerten Metaanalyse zu dem Schluss, dass ein Vergleich von aktiven Treatments mit strukturell ungleichen Placebos hinsichtlich Sitzungsfrequenz und -dauer, Sitzungsmodalität (Einzel- vs. Gruppensetting), Erfahrung und Kompetenz der Therapeuten bzw. manual-determinierten Kompetenzbeschränkungen der Placebo-Therapeuten und Behinderung der möglichen therapeutischen Dynamik unangemessen größere Effekte zuungunsten der Placebos produziert. Dieser Vorteil fällt weg, wenn beim Untersuchungsdesign eine strukturelle Gleichwertigkeit von Placebo und Treatment angestrebt wird, wie es etwa in der Studie von Manne et al. (2007) – möglicherweise unbeabsichtigt – der Fall zu sein scheint.

Was als „supportive counseling“ definiert wird, hat qualitative Unterschiede und reicht von einer unstrukturierten Gesprächssituation bis zu einer thematischen und prozessbezogenen Strukturierung. Eine ähnliche qualitative Unterschiedlichkeit finden wir bei den Studien-Therapeutinnen und -Therapeuten: Teilweise sind es lizenzierte Therapeuten mit einer nachvollziehbaren professionellen Ausbildung, teilweise kurzfristig „angelernte“ Therapeuten, etwa fortgeschrittene Studierende, die ein manualbasiertes Vortraining erhalten haben (Beutler et al., 1991). Ein Teil der SC-Therapeuten war in der zu vergleichenden Konkurrenz-Methode ausgebildet oder keineswegs mit dem Konzept des SC identifiziert. Bei Borkovec und Costello (1993) führten CBT-Therapeuten, die mit der Anwendung von SC eine eher geringe Erfolgserwartung verbanden, die Kontrollbedingung SC nach einem Manual durch. In der Studie von Beck et al. (1992) beispielsweise versuchten die SC-Therapeuten mit offensichtlichen Schwächen den Charakter und die Qualität der Kontrollbedingung durch besondere kompensatorische Bemühungen zu erreichen: Obwohl sie Zweifel an der Effektivität der supportiven Therapie bei Panikstörungen hatten, unternahmen sie große Anstrengungen, die Prinzipien der nondirektiven Therapie anzuwenden. Bereits in dieser Beschreibung kommt eine eigentümliche

6 Diese Studien mit einer Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe, in der ein unspezifisches „supportive counseling“ als Treatment-Vergleich (oder -Bedingung) realisiert wird, werden aus dieser Perspektive in die Common-Factor-Forschung (unspezifische Behandlungsfaktoren) und in die Placeboforschung eingeordnet und in diesem Sinne auch interpretiert.

„Verkrampfung“ zum Ausdruck, mit der die Kontrollbedingung realisiert wurde.

Die Praktiken und die methodische Vorgangsweise, mit der „supportive counseling“ beschrieben wird, weisen eher darauf hin, dass eine Addition und Kombination von verschiedenen Skills und Techniken vorgenommen werden, die sich mit den „core conditions“ bzw. den „necessary and sufficient conditions“ assoziieren lassen. In dem Ausmaß, in dem unstrukturierte Phasen mit strukturierten Elementen vermischt werden, machen einige Studien den additiven und kombinatorischen Zugang speziell ersichtlich: Wöchentliche Panik-Protokolle werden thematisch gebunden besprochen und abweichende Themen „nondirektiv“ zugelassen, wenn sie drängend waren (Beck et al., 1992); in 30-minütigen Telefonkontakten realisieren die Studien-Therapeuten „Spiegeln von Gefühlen“, Klären und Unterstützen, ergänzt durch Lesen von Selbsthilfe-Literatur (Beutler et al., 1991); Ausgangspunkt der therapeutischen Sitzungen ist die Besprechung eines Angsttagebuches, bevor eine unstrukturierte Gesprächssituation ermöglicht wird (Borkovec & Costello, 1993); „supportive psychotherapy“ verbindet sich mit Psychoedukation (Markowitz et al., 1998). Die „eklektische Leichtigkeit“ wird besonders bei Tarrrier et al. (2000) ersichtlich, die als Konsequenz aus den günstigen Ergebnissen des SC in ihrer Studie vorschlagen, unstrukturierte Sitzungen im Sinne eines SC als neuen Bestandteil eines kognitiv-behavioralen Programmes einzubauen, um eine soziale Beziehung herzustellen und die Klärung von allgemeinen (nicht symptom-spezifischen) Problemen zu ermöglichen. Insgesamt scheint es, als habe man den ganzheitlichen Charakter der von Rogers postulierten Bedingungen nicht zur Kenntnis genommen wurde oder nicht verstanden.

Ein weiteres Phänomen betrifft die Versuche, die Erfolge des SC zu erklären. Sie lassen eine gewisse Ratlosigkeit erkennen, offenbaren auf jeden Fall ein mangelndes Situationsverständnis des kausalen Potenzials, das in der therapeutischen Dynamik der experimentellen Situation aktiviert wird: Kolko et al. (2000) müssen eine gewisse Verlegenheit eingestehen, einige deutliche Verbesserungen bei den Klienten der SC-Gruppe (hier „nondirective supportive therapy“ genannt) im Zwei-Jahres-Follow-up zu erklären: „We are at loss to explain why no differences were found ...“ (S. 611). Und Tarrrier et al. (2000) stellen gar fest: „The success of supportive counseling was a great surprise. Supportive counselling was originally conceived as a placebo-control treatment that would match CBT for the non-specific effects of therapist contact and interest, social interaction, and social support but was unlikely to be effective in reducing symptoms“ (S. 920). Als Erklärung für die SC-Effekte greifen sie vorsichtig auf eine Formulierung bzw. auf Begriffe zurück, die in Standardbeschreibungen des Ansatzes von Carl Rogers selbst vorkommen könnten: „Supportive counseling may have provided a *nonthreatening social interaction of sufficient frequency and regularity*“ (S. 920; Hervorhebung hinzugefügt). Mit erstaunten und theoriearmen Hinweisen fundieren Manne et al. (2007) ihre

Schlussfolgerung, dass SC offensichtlich günstiger bei Klientinnen mit chronischen und lebensbedrohlichen Erkrankungen ausfällt und über eine Verbesserung der allgemeinen seelischen Funktionsfähigkeit (Ich-Stärke, Selbstwert) auch spezifisch symptomreduzierend wirkt: Weil SC „unstrukturiert“ und „client-centered“ ist, eröffnet es Patientinnen die Möglichkeit, vielfältige Erfahrungen mit der körperlichen Erkrankung – auch Symptom-Verschlechterungen – offen und uneingeschränkt zu explorieren; ganz anders, als dies bei der strukturierenden Vorgangsweise der CBT-Interventionen der Fall ist.

Insgesamt kann man diese Trends auf folgenden Punkt bringen: Die CBT-Forscher hantieren in ihren Studien mit vielfältigen Kontrollgruppen-Formaten, die darauf angelegt sind, keine oder im Vergleich zur untersuchten Behandlung nur kleinere Effekte zu bewirken. Sie reproduzieren häufig defizitäre Versionen und nicht optimale „Legierungen“ oder Kombinationen von „core conditions“ mit anderen Behandlungselementen, die weitgehend als „klientenzentriert light“ charakterisiert werden können. Es ist daher weder verwunderlich, noch entbehrt es einer gewissen Ironie, wenn sie mit ihren Effektivitätserwartungen zunehmend über ihre nichtspezifischen Kontrollgruppen stolpern.

Reiht man die Studien dieses Abschnitts in den bereits umfangreichen Bestand der Common-Factor-Forschung ein, dann kommt man am Resümee von Lambert (2004) in der letzten Ausgabe des „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ nicht vorbei: „... what can be firmly stated is that factors common across treatments are accounting for a substantial amount of improvement found in psychotherapy clients. These so-called common factors may even account for most of the gains that result from psychological interventions. So, while we do not rule out the possibility that variables specific to one school of technique might be found to make an additional contribution, at this point it is important to recognize that the common factors are contributing a great deal to positive outcome. Therefore, it is crucial for therapists to intentionally incorporate them“ (S. 172). Und weiter, in Bezug auf die von Rogers postulierten therapeutischen Prinzipien: „Perhaps the common factors most frequently studied are those identified by the client-centered school as ‘necessary and sufficient conditions’ for patient personality change: accurate empathy, positive regard, nonpossessive warmth, and congruence or genuineness. Virtually all schools of therapy accept the notion that these or related therapist relationship variables are important for significant progress in psychotherapy and, in fact, fundamental in the formation of a working cooperative effort between patient and therapist“ (S. 173).

Häufig und fälschlicherweise wird im Zusammenhang mit den Erkenntnissen der Common-Factor-Forschung implizit die Annahme mit transportiert, dass mit der Ausübung jeglicher Form von Beratung und Psychotherapie der „common factor“ selbstverständlich in einem hinreichenden oder sogar optimalen Ausmaß realisiert wird. Diese Annahme ist freundlich, aber unrealistisch und gilt – selbst im Lichte der Lambert’schen Würdigung – für die kompetentesten

Praktiker der Klientenzentrierten Psychotherapie nicht in jedem Fall uneingeschränkt. Gerade diese unvollkommene und eingeschränkten Realisierung des „common factor“ in der therapeu-

tischen Arbeit dürfte eine Ambivalenz produzieren, die Ambitionen in jenen zwei Richtungen erklärbar macht, die wir kennen: dem „common-factor“-Lager und dem „specificity“-Lager.

Tab. 6: „Supportive counseling“: Klientenzentrierte Psychotherapie „light“

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Barrowclough, King, Colville, Russel, Bums & Tarrier, 2001	Vergleich von „cognitive-behavioral therapy“ (CBT) mit „supportive counseling“ (SC) bei Angstsymptomen älterer Erwachsener	experimentell CBT (19), SC (24) Baseline, Prä, Post, FU (3, 6, 9 Monate)	Beide Gruppen zeigten Verbesserungen, CBT zeigte in 2 von 5 Skalen bessere Werte, ähnliche Ergebnisse bei den FUs, klinische Signifikanz von CBT nur in einem Messwert günstiger als bei SC
Beck, Sokol, Clark, Berchick & Wright, 1992	Wirksamkeit von „focused cognitive therapy“ bei Panik-Störungen, „brief supportive therapy“ (BST) als Vergleichsgruppe	experimentell focused cognitive therapy (17), BST (16) Prä, nach 4 und nach 8 Wochen Therapie, FU (6, 12 Monate)	Fokussierte Kognitive Therapie ist wirksamer als BST nach 8 Wochen (Panik-Freiheit bei 71 % vs. 25 %) Beide Treatments verringern die Depressivität in statistisch signifikantem Ausmaß Th. zweifelten an der Wirksamkeit der BST, aber versuchten ihr Bestes
Beutler, Engle, Mohr, Daldrup, Bergan & Merry, 1991	Vergleich von „cognitive therapy“ (CT), „focused expressive psychotherapy“ (FEP) und „supportive self-directed therapy“ (S/SD) bei Depression	experimentell, Längsschnitt CT (22), FEP (21), S/SD (20) Erhebungen nach der 4./10./15./20. Sitzung, FU (1 Monat, 3 Monate)	Alle drei Verfahren sind wirksam, die Wirksamkeit bleibt bei den FU Erhebungen erhalten S/SD ist im Vergleich besonders wirksam bei Kl. mit hohem Abwehrpotential (negative Behandlungserwartung)
Birmaher, Brent, Kolko, Baugher, Bridge, Holder, Iyengar & Ulloa, 2000	Vergleich von „cognitive behavioral therapy“ (CBT), „systemic behavior family therapy“ (SBFT) und „nondirective supportive therapy“ (NST) bei Depression	experimentell, Längsschnitt CBT (37), SBFT (35), NST (35) Erhebung nach der 6. Sitzung, FU (6, 12, 24 Monate)	Alle drei Verfahren sind wirksam, die Wirksamkeit bleibt bei den FU Erhebungen erhalten (ca. 80 % zeigen massive Symptomreduktion)
Borkovec & Costello, 1993	Vergleich von „cognitive behavioral therapy“ (CBT), Entspannungstechniken und „nondirective therapy“ (NDT) bei generalisierten Angststörungen	experimentell CBT (19), Entspannungstechniken (19), NDT (19) 12 Stunden Psychotherapie (6 Wochen) Prä, Post, FU (6 Monate, 12 Monate)	Alle drei Verfahren sind wirksam mit unterschiedlichen Effekten in den erhobenen Skalen; die NDT zeichnet sich durch die „größte Tiefe an emotionaler Verarbeitung“ aus, erzielt aber geringere klinisch signifikante Änderungen im Vergleich zu den anderen Treatments Die NDT wurde von CBT-Th. durchgeführt!
Harvey, Nelson, Lyons, Unwin, Monaghan & Peters, 1998	Vergleich der Effektivität und der Kosten der Behandlung von „minor mental health problems“ durch praktische Ärzte, durch „counseling (involving a person-centred approach)“ und beides kombiniert	randomisierte Gruppenzuordnung männlich (42), weiblich (120) 6 Sitzungen (1 Sitzung pro Woche) Die Hälfte der Patienten hat nur 3 Sitzungen oder weniger wahrgenommen	Keine statistisch bedeutsamen Ergebnisse; Pat. in der Beratungsgruppe waren billiger (alle Gesundheitskosten eingerechnet) Aufgrund der methodischen Probleme ist diese Arbeit nicht sehr aussagekräftig; die Autoren selbst sprechen von methodischen Problemen, welche die Interpretation erschweren (keine vollständigen Daten).
Kolko, Brent, Baugher & Birmaher, 2000	Vergleich von „cognitive behavioral therapy“ (CBT), „systemic behavior family therapy“ (SBFT) und „nondirective supportive therapy“ (NST) bei jugendlichen depressiven Patienten zwischen 13 und 18 Jahren	randomisierte Zuordnung von 103 Pat., ausbalanciert nach Geschlecht, Zahl der Elternteile im Haushalt und Suizidalität 103 Jugendliche (77 weiblich, 26 männlich) Baseline (nach der 6. Sitzung), nach Abschluss (12. bis 16. Sitzung), FU (3, 6, 9, 12 und 24 Monate)	Interaktionseffekte: CBT zeigt sich den beiden anderen Therapieformen in engen Variablen überlegen, in anderen erbrachten CBT und SBFT bessere Werte als NST; größere „mütterliche Zufriedenheit“ bei CBT; langfristig gesehen, ergaben sich größere Verbesserungen bei SBFT und NST im Vergleich zu CBT; nach der Akutphase schneidet NST zwar relativ schlecht ab, beim FU allerdings bessere Werte als CBT.

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Manne, Rubin, Edelson, Rosenblum, Hernandez, Carlson, Rocereto & Winkel, 2007	Vergleich von „coping and communication enhancing intervention“ (CBT-Techniken), „supportive counseling“ (SC) und „usual care“ in Bezug auf Reduzierung von depressiven Symptomen bei Frauen mit einer gynäkologischen Form von Krebs (Gebärmutter, Eierstock)	experimentell, randomisierte Zuordnung CBT (123), SC (120), usual care (111) Je 7 Sitzungen Prä, Post, FU (6, 9 Monate)	Beide Treatment-Formen waren der „usual care“ nach der Intervention und in den FUs überlegen (entgegen den Erwartungen der Forscher bezüglich SC); SC hatte stärkere Effekte als CBT-Techniken bei Frauen, deren Gesundheitszustand sich verschlechterte und/oder die intensiver positive Gefühle zum Ausdruck brachten
Markowitz, Kocsis, Fishman, Spielman, Jacobsberg, Frances, Klerman & Perry, 1998	Vergleich von „interpersonal therapy“ (IPT), „cognitive behavioral therapy“ (CBT), „supportive psychotherapy“ (SP+) mit/ohne Medikation (SP-) in Bezug auf Verminderung der Depressivität bei HIV-Patienten	experimentell IPT (24), CBT (27), SP+ (26), SP- (24) IPT (16 Sitzungen), CBT (16 Sitzungen), SP (nach Bedarf, zwischen 8 und 16 Sitzungen)	CBT und SP+ etwa gleichwertig, aber weniger günstig als IPT oder SP- (signifikante Unterschiede). Einjähriges Training aller Therapeuten nach Manual SP orientiert sich an Rogers plus Psychoedukation über Depression und HIV
Tarrier, Yusupoff, Kinney, McCarthy, Gledhill & Morris, 1998	Inwieweit führt „cognitive behaviour therapy“ (CBT) im Vergleich mit „supportive counselling“ (SC) und medizinischer „routine care“ allein zu Verbesserungen der psychotischen Symptomatik bei chronischer Schizophrenie	randomisierte Zuordnung, ausbalanciert nach Schweregrad der Symptome und Geschlecht CBT und routine care (24), SC und routine care (21), routine care ohne Psychotherapie (27) Prä, Post 20 Sitzungen	Signifikante Symptomverbesserungen bei CBT, Symptomverbesserungen bei supportive counselling, leichte Verschlechterung bei routine care allein, Supportive counselling fungiert hier lediglich als „Placebogruppe“, dies wird im Zusammenhang mit dem FU von Tarrier et al. (2000) aber besonders interessant
Tarrier, Kinney, McCarthy, Humphreys, Wittkowski & Morris, 2000	Follow up Studie von Tarrier et al. (1998) nach 24 Monaten	Gruppe wie oben 61 von 72 FU (12, 24 Monate)	Annäherung von CBT und SC nach 1 Jahr, nach 2 Jahren zeigt sich SC der CBT überlegen, beide erzielen signifikant bessere Werte als „routine care“ Aus der Überlegenheit von SC im Langzeitverlauf folgern die Studienautoren, dass mehr soziale und interpersonale Haltungen in die CBT mit einbezogen werden sollten Methodisch fragwürdig ist, dass nach 2 Jahren SC und CBT gemeinsam weiterverrechnet wurden

Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie

Für den Zeitraum nach 1991 liegen uns fünf Untersuchungen zur Wirksamkeit der Klientenzentrierten und drei Studien zur Experienziellen Gruppenpsychotherapie vor. Sechs davon konzentrieren sich auf die Psychotherapie von störungsspezifisch homogen zusammengesetzten Gruppen: Borderline-Patienten (zusammen mit neurotisch-depressiv und mit schizophren diagnostizierten Patienten) nach vorgängiger stationärer Behandlung, HIV-positive homosexuelle Männer, an Einsamkeit leidende Menschen, Gewaltopfer mit Posttraumatischer Belastungsstörung, Brustkrebspatientinnen sowie Krebs-Patienten im unbehandelbaren Stadium. Zwei weitere Studien untersuchen Korrelationen verschiedener Prozessfaktoren, darunter vor allem Dimensionen des Klienten-Erlebens mit dem Therapieerfolg. Zwei Studien untersuchten in erster Linie, ob und welche *medizinisch-somatischen* Effekte *allein durch Psychotherapie* bei Krebskranken erzielt werden können. Bei drei Studien wurden die Teilnehmer randomisiert der Therapie- bzw. Kontrollgruppe zugeordnet.

Bis auf geringe Ausnahmen bescheinigen alle Untersuchungen der Gruppentherapie eine zumeist statistisch signifikante Wirksamkeit. Besonders eindrucksvoll erscheint dabei der Beleg durch eine Studie (Eckert & Wuchner, 1997), wonach bei Borderline-Patienten langfristig stabile Verbesserungen erzielt werden können. (Diese Studie zeichnet sich unter anderem durch eine lange Therapiedauer sowie einen Katamnese-Zeitraum von zweieinhalb Jahren aus!). Bei der Studie mit Krebs-Patienten im unbehandelbaren Stadium (De Vries et al., 1997) wurden sowohl positive Veränderungen in Bezug auf die Tumorbildung wie auch psychische Verbesserungen der Patienten konstatiert, die jedoch rechnerisch bzw. statistisch nicht signifikant waren. Van der Pompe, Duivenvoorden, Antoni, Visser und Heijnen (1997) konnten hingegen belegen, dass bei Brustkrebspatientinnen psychische Verbesserungen durch die Psychotherapie signifikant mit immunologischen, jedoch nicht mit endokrinologischen Verbesserungen korrelieren. Fast alle Untersuchungen zeigen im Übrigen eine Tendenz, die praktisch die gesamte Psychotherapieforschung durchzieht: dass nämlich der Therapieerfolg umso geringer ist, je beeinträchtigt die Klientinnen und Klienten jeweils sind.

In der Pilotstudie von Payne, Liebling-Kalifani und Joseph (2007), in die allerdings nur sechs Personen mit Posttraumatischer Belastungsstörung einbezogen waren, konnte nur die Hälfte von diesen einen Therapieerfolg erfahren. Es wurde hier jedoch ein Zusammenhang im Sinn der sechsten Rogers'schen Therapiebedingung festgestellt: Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die die Gruppe

(einschließlich der Therapeutinnen) als empathisch wahrnahmen, konnten von der Therapie profitieren, während diejenigen, die das Gruppenklima als nicht empathisch erlebten, von der Therapie enttäuscht wurden.

Ein interessantes Ergebnis erbrachte der Vergleich von „objektiv“ messbaren und „subjektiv“ erlebten Therapieerfolgen bei der Untersuchung von Figge und Schwab (1997). Es zeigte sich hier bei Verhaltenstherapie-Gruppen überhaupt keine inhaltliche Deckung, bei klientenzentrierten Therapiegruppen eine inhaltliche Übereinstimmung nur in fünf (von insgesamt 31) Dimensionen zwischen den jeweiligen Skalen der „objektiven“ Tests einerseits und den Schwerpunkten des subjektiv empfundenen Nutzens der Therapie andererseits.

Auf der Ebene von Prozessfaktoren lässt sich zusammenfassend festhalten, dass das Erleben von Gefühlen, von Gruppenkohäsion und von einer guten Beziehung zu den Therapeuten als besonders hilfreich eingeschätzt wird und mit dem Therapieerfolg hoch korreliert. Zu den wichtigsten Faktoren einer guten Beziehung zu den Therapeuten zählt, dass diese von den Teilnehmern als kongruent und als empathisch erfahren werden; die erlebte „soziale Mächtigkeit“ der Therapeuten weist hingegen – im Unterschied zu der von Figge und Schwab (1997) zitierten Verhaltenstherapie-Untersuchung – keine signifikanten Korrelationen zu den eben genannten Faktoren und zum Therapieerfolg auf. Jacobs, Spies, Schache, Schreiner und Zander (1996) konnten belegen, dass die Mitglieder klientenzentrierter Therapiegruppen im Umgang miteinander ein großes Ausmaß an Selbsteinbringung und sogar ein Ausmaß an Empathie, Kongruenz und Wertschätzung verwirklichen, das der Grundstufe therapeutischer Wirksamkeit entspricht. Diese Prozesseinschätzungen korrelieren jedoch nicht signifikant mit dem Therapieerfolg. Einige der Untersuchungen verweisen hingegen auf einen Unterschied der Gruppentherapie zur Einzeltherapie: Viele Gruppenmitglieder scheinen nur schwer bzw. nur langsam zum Erleben von Angstfreiheit in der Gruppe zu kommen.

Neben der zentralen Bedeutung all dieser emotionalen Prozessfaktoren belegen einige Studien auch die Wichtigkeit von geeigneten strukturellen Vorgaben bei der Gestaltung therapeutischer Gruppen. So berichtet Schwab (1995; 1997), dass Imaginations- und andere Übungen sowie „Hausaufgaben“ als besonders hilfreich empfunden wurden; bei fast allen untersuchten Gruppen finden sich zusätzliche Arrangements wie kombinierte oder vorbereitende Einzelgespräche sowie vor- oder zwischengeschaltete „Intensivtage“.

Tab. 7: Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/ Stichprobe	Hauptergebnisse
De Vries, Schilder, Mulder, Vrancken, Remie & Garssen, 1997	Auswirkung von „experiential-existential counseling“ auf Tumorentwicklung und Lebensqualität bei Krebs in unbehandelbarem Stadium	quasiexperimentell, Kl. (35) Prä, Post, FU (6 und 12 Monate) 12 Einzelsitzungen (wöchentlich) und Gruppe (14-tägig, Angehörigenteilnahme möglich)	Bei 5 Kl. Tumorentwicklung gestoppt, kann aber nicht kausal der Psychotherapie zugeordnet werden Keine Veränderung der immunologischen Daten, fast keine Veränderung bzgl. Einsamkeit, Depression und „psychischer Kontrolle“ über Krebs „Sinn im Leben“ verbessert sich jedoch deutlich
Eckert & Wuchner, 1997	Frage, ob Borderline langfristig durch Klientenzentrierte Gruppentherapie veränderbar ist, Vergleich mit Patienten mit neurotischer Depression und mit Schizophrenie	quasiexperimentell Borderline (14), Depression (6), Schizophrenie (10) nach vorgängigem stat. Aufenthalt Prä, Post, FU (2,5 Jahre) 100 Sitzungen (2x/Woche)	Borderline ist langfristig veränderbar: Veränderung von durchschnittlich DIB 8,3 vorher zu DIB 5,4 nachher (Borderline-Diagnose bei DIB > 7); Stabilität der Ergebnisse im FU-Zeitraum
Figge & Schwab, 1997	Übereinstimmung von objektivem und subjektivem Therapieerfolg und Zusammenhang mit erlebtem Therapeutenverhalten in Klientenzentrierter Gruppentherapie	quasiexperimentell, Kl. (58) Prä, Halbzeit, Post, FU (6 Monate) Jahresgruppe mit Studentinnen und Studenten mit div. ICD-10 Diagnosen (2 St./Woche), dazu je 4 Einzelsitzungen und 1+3 Intensivtage	Subjektiver Nutzen: 66% deutlich, 25% eher, 8% nein; keine volle Deckung von obj. und subj. Erfolg, Übereinstimmung nur in 5 von 31 Dimensionen Signifikanter Zusammenhang von Therapieerfolg mit kongruent und empathisch erlebtem Th.; „soziale Mächtigkeit“ des Th. kein Kriterium dabei (dies wohl aber in VT-Gruppe)
Jacobs, Spies, Schache, Schreiner & Zander, 1996	Wirksamkeit und Prozessfaktoren von Klientenzentrierter Gruppentherapie	quasiexperimentell 2 Gruppen: 7 bzw. 6 Kl. mit div. ICD-10 Diagnosen Prä, Post, GRP 20 nach jeder Sitzung 40–45 Sitzungen	Signifikante Wirksamkeit der Klz. Gruppentherapie Erfahren von Gefühlen, Erleben von Gruppenkohäsion und guter Th.-Beziehung werden als hilfreich erlebt und korrelieren mit Therapieerfolg (nicht jedoch Angstfreiheit und Auseinandersetzung/Feedback) Grundstufe von therapeutischen Haltungen und von Selbsteinbringung wird erreicht, korreliert nicht mit Erfolg
Mulder, Emmelkamp, Antoni, Mulder, Sandfort & De Vries, 1994	Vergleich von „cognitive-behavioral group psychotherapy“ (CBT) und „experiential group therapy“ (ET) mit einer Kontrollgruppe mit HIV-positiven homosexuellen Männern	experimentell, randomisierte Zuordnung CBT (14), ET (13), Wartegruppe (12) Prä, Post, FU (3 und 6 Monate) 15 Sitzungen (2,5 Stunden und 1 Intensivtag)	Signifikante Reduktion von Stresserleben bei beiden Therapieformen Geringe Effekte bei Copingmechanismen, sozialer Unterstützung und Ausdruck von Gefühlen Keine Unterschiede zwischen CBT und ET ET wird beim Nachtest als gewinnbringender empfunden; kein Unterschied mehr im FU
Payne, Liebling-Kalifani & Joseph, 2007	Wirksamkeit von Klientenzentrierter Therapie für Gewaltopfer (Post-traumatische Belastungsstörung) in Abhängigkeit vom Wahrnehmen der therapeutischen Grundhaltungen i. S. von Rogers	Pilotstudie, Kl. (6) Prä, Post max. 16. Sitzungen (wöchentlich)	Kl., die die Grundhaltungen der Th. wahrnahmen, zeigten gute Verbesserungen bzgl. der post-traumatischen Symptomatik; Kl., die die Grundhaltungen nicht wahrnahmen, erlebten sogar Verschlechterungen
Schwab, 1995/1997	Wirksamkeit von Klientenzentrierter Kurzgruppentherapie für Einsame bzgl. Einsamkeitsempfinden, -kognitionen und -verhalten	experimentell Gruppe A: Kl. (25) Prä, Post, FU (4 Monate) 6 Sitzg. (wöch.) und 1 Intensivtag Gruppe B: Kl (69), davon Wartegruppe (29) Prä, Post, FU (4 Monate) Intensivtag, dann 12 Sitzg. (wöch.)	Gruppe A: Einsamkeitsniveau korreliert mit Ansprechen auf die Gruppe (Einsamere bleiben länger unverstanden und selbstunsicher, haben weniger Nutzen von der Gruppe) Gruppe B: Signifikante Verbesserung von Einsamkeitsempfinden (etwas bessere soziale Beziehungen auch in Katamnesezeit); kaum Veränderung der Einsamkeitskognitionen
Van der Pompe, Duivenvoorden, Antoni, Visser & Heijnen, 1997	Auswirkung von „experiential-existential group psychotherapy“ auf endokrinologische und immunologische Prozesse bei BrustkrebspatientInnen	experimentell, randomisierte Zuordnung Pat. (11), Wartegruppe (12) Vergleich der medizinischen Daten mit 15 Frauen gleichen Alters Prä, Post 13 Sitzungen (wöchentlich)	Endokrino- und immunologische Parameter verbessern sich (im Vgl. mit Kontrollgruppe) im Durchschnitt geringfügig, jedoch signifikant bei Pat. mit hohen Ausgangswerten in diesen Parametern Verbesserungen bei psychischen Parametern korrelieren signifikant mit immunologischen, jedoch nicht mit endokrinologischen Verbesserungen

Stationäre Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie

Wenn die ambulante Versorgung nur unzureichende Unterstützung bietet, wird stationäre Psychotherapie im Rahmen der Psychiatrie und Psychosomatik in Spezialabteilungen angeboten. Da dieses Setting im Vergleich zur reinen Gruppenpsychotherapie auch komplexe, therapeutisch wirksame Interaktionen zwischen dem einzelnen Patienten und der Klinikgemeinschaft, der Gruppe der Mitpatienten und dem Behandlerteam einschließt (Strauß & Mattke, 2001), wurde es von uns als eigenständige Kategorie gewertet. Zur Fragestellung, ob Person-/Klientenzentrierte Therapie auch unter derartigen Versorgungsbedingungen signifikante Wirkungen hat, liegen exemplarisch mehrere naturalistische Studien zweier deutscher Arbeitsgruppen vor. Sie belegen, dass Gesprächspsychotherapie (GPT) und Personzentrierte Psychotherapie (PP) in diesem Anwendungsfeld wirksam ist. Anhand von sieben Effektivitätsstudien, größtenteils mit randomisierter Gruppenzuordnung, zwei Pilotstudien und einem Fallbericht soll dies im Folgenden dargestellt werden.

Die Untersuchungen entstanden zwischen 1989 und 1999 in einer Psychosomatik-Klinik und zwischen 1990 und 2003 an einer allgemein-psychiatrischen Abteilung. Die Patienten waren zumeist bereits länger erkrankt, litten unter schweren, chronischen oder komplexen Störungsbildern, hatten teilweise Mehrfachdiagnosen und häufig schon einige ambulante Therapieversuche hinter sich. Sie wurden im Rahmen von etwa drei Monate dauernden, multidimensionalen Programmen mit GPT bzw. PP als leitendem Verfahren (Einzel- und Gruppenpsychotherapie) betreut. Die bei Böhme, Finke und Teusch (1998) untersuchten Patienten wiesen – ähnlich wie jene bei Tscheulin, Walter-Klose und Wellenhöfer (2000) – ein ICD-10 Diagnosespektrum von F3 bis F6 sowie teilweise vorangegangenen Substanzmissbrauch mit mittlerer bis hoher Erkrankungsschwere auf und verfügten zu etwa zwei Drittel über eine Zweitdiagnose (zumeist eine Persönlichkeitsstörung). Bei den erzielten Veränderungen fanden sich insgesamt sowohl auf der Symptom- als auch auf der Persönlichkeitsebene signifikante Ergebnisse und stabile Langzeitwirkungen bzw. verfahrenstypische Nachbesserungen in ein- bis mehrjährigen Katamnesen. Die für PP in der Psychosomatiklinik ermittelte durchschnittliche Gesamteffektstärke betrug beim Abschluss der stationären Therapie 0.74 mit Späteeffektstärken von 0.82 ein bis zwei Jahre danach (Tscheulin et al., 2000). In der Ein-Jahres-Katamnese von Böhme et al. (1998) spiegelten sich die günstigen Ergebnisse darüber hinaus auch in Form einer hohen beruflichen Wiedereingliederungsquote von zwei Drittel nach dem Krankenstand wider; zu einem Drittel war sogar keine weitere Nachbehandlung und nur bei 14 % der Patienten eine stationäre Wiederaufnahme erforderlich. In Summe zeigten diese Qualitätssicherungsstudien für den Faktor „Beziehungsqualität“, dass aus Sicht der Patienten die „personzentrierte Haltung“ der Therapeuten und das „Zusammensein mit anderen Patienten“ (Böhme et al., 1998) bzw. die „Qualität der Klinikgemeinschaft“ (Tscheulin

et al., 2000) bedeutsame Wirkfaktoren für den Erfolg darstellten.

In der vergleichenden Betrachtung wurde auch die Unterschiedlichkeit der Spielarten von stationärer Psychotherapie sichtbar. Tscheulin illustriert in seinen Studien zur Prozessqualität, dass die Klienten insgesamt – auch die stärker gestörten – ihre „Stammgruppentherapeuten“ als in hohem Maße „wertschätzend, empathisch, selbstkongruent und von hoher Akzeptanz“ erlebten. Hier erfuhren vor allem jene die therapeutische Beziehung als besonders konstruktiv, welche ihre Behandlung auch erfolgreicher beendeten. Daraus ist nach Tscheulin (1995, 2007a, 2007b; Tscheulin et al., 2000) für die Behandlungspraxis zu schließen, dass Klienten mit unterschiedlichen Formen bzw. Graden an Selbstaufmerksamkeit durch jeweils unterschiedliches Therapeutenverhalten begegnet werden müsse. Hier ist bemerkenswert, dass sich Tscheulins differenzielle Indikationsforschung nicht auf die herkömmlichen klassischen Diagnosebilder, sondern auf Analysen zu konzeptkonformen Patienten-Gruppierungen stützt.

Beim Forscherteam Böhme, Finke & Teusch (1998) wiederum wurde die stationäre Psychotherapie von einer einsichtsorientierten, konfliktaufdeckenden und erlebnisaktivierenden Konzeption der GPT (wöchentlich eine Einzel- und vier Gruppensitzungen kontinuierlich über etwa zehn bis zwölf Wochen) bestimmt, ergänzt durch Bewegungs- und Beschäftigungstherapie, Entspannungsübungen und, wo erforderlich, auch durch Medikation. Im Rahmen der zu diesen „Therapiekomponenten“ erhobenen Beurteilung lobten die befragten Patienten „die gute Mischung“, schrieben aber dem GPT-Einzelgespräch, der Gruppenpsychotherapie und dem Zusammensein mit Mitpatienten zu je beinahe 60 % die stärkste Wirkung zu. Die GPT-Grundhaltung der Psychotherapeuten wurde bei anderen Therapeuten und beim Pflegepersonal ebenso wahrgenommen. Auch dieses auf Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren gestützte Ergebnis zeigt: GPT ist speziell bei Patienten indiziert, die als „früh-gestört“ gelten, da die konstruktiven Effekte nicht nur bei Klienten mit guter Introspektionsfähigkeit bzw. hohen Autonomiewerten gemessen wurden.

Sechs weitere, zu verschiedenen Störungsbildern (Depressionen, affektive-, Angst-, Ess-, Persönlichkeitsstörungen) vorgenommene Untersuchungen erweisen sich für die Praxis auf Grund ihrer verfahrensspezifischen Effektivitätsprofile als sehr interessant. Gefragt wurde, ob sich die Effekte einer GPT-Behandlung durch eine Kombination mit Psychopharmaka oder mit Expositionstherapie verbessern ließen. Sowohl bei Patienten mit leichten bis mittleren Depressivitätswerten als auch bei jenen mit einer Angst-/Agoraphobiesymptomatik war die Kombinationsbehandlung nicht erfolgreicher als reine GPT.

Finke, Böhme & Teusch (2000) fanden, dass sich von Behandlungsbeginn an bei der depressiven Versuchsgruppe, die ausschließlich mit GPT behandelt wurde, sowohl das Ausmaß der Depressivität

und die Bereitschaft zur aktiven Auseinandersetzung mit der eigenen Problematik als auch die Selbstbild-/Selbstidealdiskrepanz deutlicher veränderte als in der Gruppe mit der Kombinationsbehandlung (GPT plus Medikation). Beklagte somatische und vegetative Nebenwirkungen waren in dieser Psychopharmaka-Gruppe höher, hingegen die Bereitschaft, das Psychotherapieangebot anzunehmen, geringer als bei der reinen GPT-Gruppe (vgl. Teusch, Böhme, Finke & Gastpar, 2001; Teusch, Böhme, Finke, Gastpar & Skerra, 2003). Dies legt die Vermutung nahe, dass reine GPT andere innere Verarbeitungsprozesse unterstützt.

So sahen Teusch und Mitarbeiter, dass sich bei ausschließlich konfliktzentriert behandelten Klienten die Bereitschaft, sich Angst auslösenden Situationen auszusetzen, zwar langsamer entwickelte als bei Klienten, die eine Kombination von Expositionsbehandlung und GPT oder reine verhaltenstherapeutische Expositionen hinter sich hatten. Im Ein-Jahres-Follow-up zeigten die ausschließlich mit GPT behandelten Klienten allerdings, dass sie sich genauso häufig, wenngleich viel bewusster in Angst erregende Situationen begaben und sich subjektiv deutlich weniger gestresst erleben

(Teusch & Böhme, 1999; Teusch, Böhme & Finke, 2000, 2001).

GPT – hier manualgestützt praktiziert – versetzt Patienten mit Ess- und Persönlichkeitsstörungen, nachhaltig in die Lage, Symptome abzubauen und ihre reale Lebenssituation zu verbessern (Teusch, Böhme, Finke & Gastpar, 2001; Bettermann, Finke, Gastpar & Böhme, 1996). Konkret wird am exemplarischen Einzelfall gezeigt, wie eine an Bulimie leidende Patientin ressourcenorientiert darin unterstützt wurde, sich zunehmend mit der symptombedingten Schuldproblematik und dem Schamerleben angesichts eines sehr hohen unreflektierten Selbstideals auseinanderzusetzen und sich im weiteren Verlauf über beziehungsklärende Angebote auch mit den eigenen Erwartungen nach Zuwendung und Umsorgtsein im Konflikt mit Autonomietendenzen zu beschäftigen (Bettermann, Finke, Gastpar & Böhme, 1996).

Insgesamt kann also behauptet werden, dass unter den geschilderten Untersuchungsbedingungen die Klienten-/Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie auch im klinisch-stationären Bereich generell und in spezifischer Weise bei schwer gestörten Patienten effektiv ist.

Tab. 8: Stationäre Klientenzentrierte Psychotherapie

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/ Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Bettermann, Finke, Gastpar & Böhme, 1996	Wirksamkeit von stationärer Gesprächspsychotherapie (GPT) bei Klientinnen mit mittel- bis schwergradigen Formen von Bulimie	Pilotstudie (+ Einzelfallstudie), Pat. (14) Prä, Post, FU (1 Jahr) 12 Wochen	Starke Reduktion der Depressivität, welche im FU-Zeitraum weiter zunimmt; im Behandlungszeitraum bessert sich Leitsymptomatik (Anzahl der Essattacken rückläufig, aber Weiterbehandlung nötig)
Böhme, Finke, & Teusch, 1998	Effektivität von stationärer Gesprächspsychotherapie bei breitem Diagnosespektrum (ICD F3–F6), Frage, ob Patienten mit verschiedenen Störungsbildern von stationärer GPT unterschiedlich profitieren	quasiexperimentell, Pat. (202) Prä, Post, FU (1 Jahr) 12 Wochen (Einzelt. 1x/Wo, Gruppenth. 4x/Wo)	Stationäre GPT führt bei langjährig und schwer erkrankten KL. zu hochsignifikanten Besserungen mit Langzeitwirkung (1-Jahres-FU) Unterschiede in der Nachbesserung: stärker bei den Pat. ohne Nachbehandlung oder mit ambulanter Psychotherapie, geringer bei psychiatrisch-medikamentöser Behandlung oder erneuter stationärer Behandlung (statistisch nicht abzusichern)
Finke, Böhme & Teusch, 2000	Vergleich der Wirksamkeit von stationärer GPT mit / ohne Psychopharmaka bei verschiedenen Störungsbildern (Depressive, Angst-, Zwang-, Essstörungen; tw. Zweitdiagnose Persönlichkeitsstörung)	Pilotstudie, Pat. (55) Prä (6.Woche), Post 10–12 Wochen (GT Einzel 1x/Wo, Gruppe 4x/Wo)	Bei Pat., die keine Psychopharmaka erhielten, besserte sich die Depressivität früher und war die Bereitschaft zur Selbstexploration und Problemlösung größer als in der Vergleichsgruppe
Teusch & Böhme, 1999	Vergleich zwischen Gesprächspsychotherapie (GPT) und Verhaltenstherapie (VT/Exposition) bei Pat. mit Angststörungen	quasiexperimentell GPT (20), GPT + Expos. (20), VT- Expos (72) Prä, Post, FU (6 Monate), FU (1–4 Jahr/en) 12 Wochen (GT Einzel 1x/Wo, Gruppe 4x/Wo)	Effektstärken von GPT und VT gleich Im FU noch weitere Verbesserungen der Ergebnisse Angstsymptome reduzieren sich gleich stark und schnell, allerdings setzt die Bereitschaft zur Angstexposition bei reiner GPT etwas später ein als bei reiner oder kombinierter Expositionsbehandlung
Teusch, Böhme & Finke, 2000, 2001	Ist GPT in Kombination mit VT bei Panik und Agoraphobie wirksamer als ausschließlich GPT? Gibt es qualitative Unterschiede bei den Veränderungsprozessen? Fördert reine GPT stärker die Beziehungs- und Konfliktfähigkeit?	quasiexperimentell, comprehensive cohort design GPT (28), GPT + Expos. (40) Prä, Post, FU (6 Mon.), FU (1Jahr) 12 Wochen	Beide Behandlungswege hoch signifikant FU: in beiden Gruppen weitere Nachbesserungen Reine GPT fördert stärker die Abgrenzung von Erwartungen, die Abnahme der subjektiven Stressbelastung und der allgemeinen psychosomatischen Beschwerden Zusätzliche Reizkonfrontation verbessert früher die soziale Resonanz

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/ Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Teusch, Böhme, Finke & Gastpar, 2001	Wirksamkeit des stationären GPT-Programms bei Pat. mit Komorbidität (Persönlichkeitsstörungen ICD-10: F60, F61) Ist GPT in Kombination mit medikamentöser Therapie effektiver als GPT allein?	Quasiexperimentell, 142 Pat. GPT+Med (46), GPT (96) Prä, Post, FU (1Jahr) 12 ± 3 Wochen	Signifikante und nachhaltige Veränderungen bezüglich Selbstwert, sozialer Kompetenz und Stimmung Die Kombinationstherapie verbessert Effekte nicht, ausgenommen bei der Gruppe der „Abhängigen Persönlichkeit“
Teusch, Böhme, Finke, Gastpar & Skerra, 2003	Wirksamkeit von stationärer GPT bei Pat. mit mittelgradiger Depressivität und div. Störungsbildern: Vergleich GPT/GPT+Med. Verbessert die Zusatzmedikation die psychischen Verarbeitungsmöglichkeiten und die Problembewältigung?	Quasiexperimentell, 76 Pat. GPT+Med (48), GPT (28) Prä (6 Wochen), Post, FU (1 Jahr) 10–12 Wochen (GPT Einzel 1x/Wo, Gruppe 4x/Wo)	Signifikante und in FU stabile Veränderungen bezüglich Selbstwert, sozialer Kompetenz und Stimmung Die Kombinationstherapie verbesserte Effekte nicht und hatte vermehrt unerwünschte Nebenwirkungen Reine GPT-Behandlung förderte die Auseinandersetzung mit problematischen früheren Erfahrungen und Konflikten
Tscheulin, Walter-Klose & Wellenhöfer, 2000	Wirksamkeit von Personenzentrierter Psychotherapie unter Praxisbedingungen: untersucht wurden Outcome, stationäres Therapiekonzept, die „Klinikgemeinschaft“ und das personenzentrierte Beziehungsverhalten der Th. Gibt es differenzielle Effekte bei Pat. mit unterschiedlicher Art der Selbstaufmerksamkeit? (Untersuchungen zur Prozessqualität)	Quasiexperimentell, 1550 Pat. mehrere Analysen: 2 Katamnesestudien: Pat. (310), Pat. (263) Prä, Post, FU (1-2 Jahre) 12 Wochen Prozessanalysen zur Kl.-Th.-Beziehung Differenzielle Effektanalyse: Pat. (977) Prä, Post	Personenzentrierte Psychotherapie und die Erfahrung der Therapeutischen Gemeinschaft sind bei schwer gestörten Kl. signifikant wirksam Im Follow-up weitere Verbesserungen 4 Kl.-gruppen mit verschiedener „Selbstaufmerksamkeit“: Unterschiede in Akzeptanz und Nutzung der therapeutischen Angebote, detto auch als (kleiner) Einfluss auf Erfolg sichtbar

Schlussfolgerungen

Die Psychotherapieforschung verspricht Objektivität, Klarheit und einen Fortschritt unseres Wissens gegenüber unüberprüfter Propaganda und Folklore. Aber selbst unter den spezialisierten Methodikern finden sich kaum noch naive Empiristen, die davon ausgehen, dass Ergebnisse empirischer Untersuchungen alleine für sich sprechen. Die verbale Interpretation und kognitive Einordnung von Forschungsergebnissen in einen weiteren theoretischen Rahmen ist eine unverzichtbare Notwendigkeit. Gerade an dieser Schnittstelle zur theorie- und paradigmendurchtränkten Auslegung eröffnen sich jedoch Interpretationsspielräume, die eine erhoffte Eindeutigkeit wieder einschränken. Was kann man daher von Forscherinnen und Forschern, die sich mit dem psychotherapeutischen Ansatz von Carl Rogers identifizieren, erwarten, wenn sie die Forschungsergebnisse ihrer eigenen Methode sichten und interpretieren? Eine unvermeidliche Verzerrung? Einseitige Aussagen und Einsichten? Schlussfolgerungen, die die eigene Position stützen und untermauern? Die Loyalität zur eigenen Methode lässt sich bei qualitativen Reviews dieser Art weder verleugnen noch vermeiden.

Auf der Grundlage dieser kritischen Vorbemerkungen kann aus unserer Sicht jedenfalls festgehalten werden, dass die Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie und die Experienziellen Ansätze

ihre hohe Wirksamkeit unter Beweis gestellt haben und dies auch laufend tun. In praktisch allen Studien und Anwendungskontexten wurden zumindest mittlere und meist sogar hohe Effektstärken, vergleichbar mit denen anderer gut untersuchter Therapierichtungen, beobachtet.

Der vorliegende Review zeigt auch, dass sich die Klienten-/Personenzentrierten und Experienziellen Psychotherapien in den letzten Jahrzehnten weiterentwickelt und ausdifferenziert haben. Dies entspricht einem Trend bei allen psychotherapeutischen Methoden und Verfahrensweisen. Wurden in den 1960er-Jahren 60 verschiedene Psychotherapieformen identifiziert, so waren es in den 1980er-Jahren bereits an die 400 Variationen (Lambert, Bergin & Garfield, 2004). Die Entwicklung und das auch quantitative Anwachsen psychotherapeutischer Ansätze fanden weitgehend unabhängig von den Ergebnissen und den Erkenntnissen der Psychotherapieforschung statt. Hand in Hand mit dieser Entwicklung verstärkte sich bis heute der Trend zum Eklektizismus und zur Methodenintegration mit dem Ziel, therapeutische Praktiken aus unterschiedlichen Ansätzen zu verbinden. Schätzungen zufolge verwenden die Hälfte bis zwei Drittel der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Vielzahl von Techniken und Praktiken, die aus verschiedenen

theoretischen Schulen stammen (Norcross et. al, 1997). Praktikerrinnen und Praktiker fühlen sich offenbar in der Lage, auf Grund ihrer Zusatzausbildungen und Weiterbildungen Techniken und Verfahren aus jeder beliebigen therapeutischen Orientierung anzuwenden, wenn es im Interesse der Klienten zu sein scheint. Dieser Trend unter Praktikern entwickelt sich ebenfalls unabhängig von der aktuellen Psychotherapieforschung, denn eine Erforschung eklektischer Behandlungsformen ist kaum vorhanden und gestaltet sich besonders schwierig, da kaum Konsens besteht über die zu kombinierenden Techniken und Praktiken.

Gegenläufig zu dieser steigenden Variabilität in der Praxis der Psychotherapie und ebenfalls weitgehend unabhängig von der Forschung versucht eine evidenzbasierte Psychotherapiepolitik, die Lizenzierung und Anerkennung von psychotherapeutischen Verfahren stärker an strenge Forschungsstandards zu binden, sodass nur jene psychotherapeutischen Verfahren favorisiert werden, zu denen ausreichend Forschung vorliegt und deren Effektivität und Effizienz belegbar ist. Für diese Einschätzungen und Entscheidungen wurden in den letzten Jahrzehnten zunehmend Metaanalysen herangezogen, um die Fülle der Untersuchungen zu interpretieren. Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem im Zusammenhang mit der Rückvergütung von Psychotherapiekosten an Klienten haben diesen gegenläufigen Effekt noch weiter verstärkt: Die Entwicklung von Behandlungsmanualen zielt auf eine Standardisierung der Behandlung, die im Dienste der internen Validität stehen und zur Wahrung der Prozessgüte beitragen soll, von vielen Praktikern aber als Uniformierung und als unvereinbar mit dem klientenzentrierten Therapiekonzept gesehen wird. Diese Entwicklungen werden in der Fachwelt hochkontrovers diskutiert (Norcross et al., 2006; Wampold, 2001). Ein weiteres Phänomen, das die Psychotherapieforschung identifiziert hat, das allerdings nicht mit den Uniformitätsbestrebungen verwechselt werden darf, weist darauf hin, dass die verschiedenen theoretischen Therapieansätze in der Praxis weniger unterschiedlich sind als auf einer abstrakten theoretischen Ebene. Verschiedene Therapieschulen zeigen starke Überlappungen bezüglich der Veränderungsfaktoren – häufig auch als „common factor“ bezeichnet. Dieser „common factor“, der in einem bedeutsamen Ausmaß für die Veränderung von Klienten verantwortlich scheint, schließt eine Reihe von Elementen ein: Gelegenheit für emotionale Entspannung, Förderung von Hoffnung, emotionale Unterstützung, Exploration von problematischen Erfahrungen, Ermutigung zum Experimentieren mit neuen Verhaltensweisen und Sichtweisen etc. Im Kontrast zur Common-factor-Forschung stehen Forschungsbemühungen, die auf der Grundlage von diagnostischen Manualen (z. B. DSM) spezifische Behandlungsformen für spezifische Störungen entwickeln und untersuchen.

Insgesamt haben diese Trends innerhalb der Psychotherapieforschung und Psychotherapiepolitik ein hohes Potenzial für Kontroversen, die einerseits die Forschung stimulieren, andererseits aber auch defensive Aktivitäten hervorrufen, die weder eine Qualitäts-

verbesserung noch eine Verbreiterung der Versorgungsbasis fördern. Diese Entwicklungen spiegeln sich auch in der Forschung und Diskussion zu den Person-/Klientenzentrierten und Experienzellen Psychotherapien wider: Der Trend zur Methodenintegration und zum Eklektizismus ist auch innerhalb des Person-/Klientenzentrierten Ansatzes feststellbar. Dabei sind zumindest drei Schwerpunkte zu verzeichnen: Zugänge unter differenzieller Anwendung von Methoden, die (a) aus der person-/klientenzentrierten Theorie und Methode entwickelt wurden (z. B. Focusing), (b) eine Kombination mit anderen humanistischen Verfahren darstellen (z. B. Greenberg) und (c) Verfahren und Perspektiven integrieren, die aus kognitiven und verhaltenstherapeutischen Ansätzen stammen (z. B. Sachse). Die Diskussion über eine störungsspezifische Vorgangsweise hat auch die Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie erreicht, sodass verstärkt methodische, theoretische Konzepte und auch Forschungsarbeiten zur diagnostisch uniformen Klientel durchgeführt werden.

Diese Trends spiegeln sich auch in den Studien, die Grundlage für diesen narrativen Review waren. Die Ergebnisse sind ein konsistenter Beleg dafür, dass ein person-/klientenzentriertes therapeutisches Beziehungsangebot hoch wirksam ist. Die Veränderungen sind andauernd und deutlich größer, als wenn Klienten keine Therapie erfahren hätten, sowie auf demselben Niveau wie jene untersuchten Therapieformen, die sich ebenfalls als wirksam erwiesen haben (inklusive kognitiv-behavioraler Verfahren). Dies wird unterstrichen durch die in etlichen Studien festgestellte Wirksamkeit von Zerrformen unseres Ansatzes wie „supportive counseling“. Die Art der Wirkung ist meist auch so, dass die Verbesserungen nach Beendigung der Therapie in fast allen Untersuchungen weiter zunehmen. Die hohen Effektstärken belegen, dass die erreichten Veränderungen nicht nur im statistischen Sinn, sondern auch im klinisch-praktischen Sinn hoch bedeutsam sind. Im Vergleich von „reiner“ Person-/Klientenzentrierter Therapie und solchen Varianten, die bestimmte Interventionskonzepte integrieren (z. B. Prozess-Experienzelle Therapie), zeigen sich beide Varianten gleich wirksam, die zweite Variante erreicht die Veränderungen jedoch schneller und z.T. deutlicher. Bei spezifischen Settings wie Paartherapie oder Gruppentherapie wurde häufig auch die Wichtigkeit von guten Strukturierungen (z. B. Übungen zur Selbsterfahrung, Intensivtage etc. bei Gruppentherapie; gezielte Arbeit an Kommunikationsmustern in der Paartherapie) belegt.

In der Gesundheitsversorgung kann die Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie einen wissenschaftlich abgesicherten Platz für sich beanspruchen. Unter den in diesem Review aufgenommenen Berichten wurde die Wirksamkeit unserer Verfahren in störungsspezifischer Hinsicht bzw. isoliert an folgenden besonders häufig auftretenden, klassischen Störungsbildern untersucht: Angststörungen (diverse Bilder: insgesamt vier Studien), leichte bis mittlere Depressionen (drei Studien) sowie am Störungsbild der Major Depression (vier Studien). Anpassungsstörungen und

die Posttraumatische Belastungsstörung wurden in je einer Studie erforscht, weiters in vier Studien Verarbeitungsprobleme bei schweren Belastungen (Krebserkrankung, Einsamkeit, komplexer Trauer und HIV) sowie sexuelle Dysfunktionen (in einer Studie: weiblicher Libidomangel) und bei Alkoholismus (zwei Studien). Beim vielfältigen Erscheinungsbild von Essstörungen fanden sich drei Untersuchungen, ebenso eine Studie bei den sogenannten psychosomatischen Krankheitsbildern des Gastrointestinaltraktes. Patienten mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind einmal explizit im Zentrum des Forschungsinteresses gestanden. In einigen weiteren Arbeiten wurde, wie oben bereits dargestellt, im Rahmen von zumeist naturalistischen Studiendesigns diversen Veränderungen bei schwer erkrankten Klienten mit

teilweise sehr komplexen Störungsbildern bzw. Mehrfachdiagnosen (fünf Studien) nachgegangen.

Eine Reihe von Studien können im Kontext einer Common-Factor-Forschung und in Bezug auf die fachliche Diskussion um das therapeutische Arbeitsbündnis als relevant betrachtet werden, denn sie beziehen in einem hohen Ausmaß therapeutische Bedingungen ein, die zentral für das klientenzentrierte Verfahren sind (z. B. Empathie).

Insgesamt belegt diese Bestandsaufnahme, dass die Ideen, Konzepte und Prinzipien aus der person- und klientenzentrierten Tradition nach Carl Rogers weiterhin einen festen Bestandteil der Psychotherapie- und Beratungsforschung bilden und eine gewichtige Stimme in der allgemeinen methodischen Diskussion darstellen.

Literatur

- Altenhöfer, A., Schulz, W., Schwab, R. & Eckert, J. (2007). Psychotherapie von Anpassungsstörungen: Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam? *Psychotherapeut*, *52*, 24–34.
- Arnold, J. (1992). *Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia nervosa: Therapieeffekte und Therapieverlauf*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wuppertal, FB3.
- Barrowclough, C., King, P., Colville, J., Russell, E., Bums, A. & Tarrier, N. (2001). A randomized trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling for anxiety symptoms in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69* (5), 7.
- Baskin, T. W., Callen Tierney, S., Minami, T. & Wampold, B. E. (2003). Establishing specificity in psychotherapy: A meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71* (6), 973–979.
- Beck, A. T., Sokol, L., Clark, D. A., Berchick, R. & Wright, F. (1992). A crossover of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 778–783.
- Beelmann, A. & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *32* (2), 129–143.
- Bettermann, R., Finke, J., Gastpar, M. & Böhme, H. (1996). Stationäre Gesprächspsychotherapie bei Bulimie. In C. Frielingsdorf-Appelt, H. Pabst & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung* (S. 85–94). Köln: GwG.
- Beutler, L. W., Engle D., Mohr D., Daldrup R. J., Bergan J. & Merry W. (1991). Predictors of differential response to cognitive, experiential and self-directed psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59* (2), 333–340.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Kolko, D., Baugher M., Bridge, J., Holder, D., Iyengar, S. & Ulloa, R. E. (2000). Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, *57* (1), 29–36.
- Boeck-Singelmann, C., Schwab, R. & Tönnies, S. (1992). Klientenzentrierte Psychotherapie in Form von Teamtherapie. In M. Behr, U. Esser, F. Petermann, W. M. Pfeiffer, & R. Tausch (Hrsg.), *Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, Bd. 3. (S. 9–23). Köln: GwG.
- Böhme, H., Finke, J., & Teusch, L. (1998). Effekte stationärer Gesprächspsychotherapie bei verschiedenen Krankheitsbildern: 1-Jahres-Katamnese. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *48*, 20–29.
- Borkovec, R. & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 611–619.
- Bower, P., Byford, S., Sibbald, B., Ward, E., King, M., Lloyd, M. & Gabbay, M. (2000). Randomized controlled trial of non-directive counseling, cognitive behaviour therapy and usual general practitioner care for patients with depression. II: Cost effectiveness. *British Medical Journal*, *321*, 1389–1392.
- Bratton, S. C., Raya, D., Rhinea, T. & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, *36* (4), 376–390.
- Collins, A. J. & Fauser, B. C. J. M. (2005). Balancing the strengths of systematic and narrative reviews. *Human Reproduction Update*, *11* (2), 103–104.
- Cooper, H. & Dorr, N. (1995). Narrative versus meta-analytic reviews: A rejoinder to Graham's comment. *Review of Educational Research*, *65* (4), 515–517.
- Dandeneau, M. L. & Johnson, S. M. (1994). Facilitating intimacy: Interventions and effects. *Journal of Marital and Family Therapy*, *20*, 17–33.
- De Vries, M. J., Schilder, J. M., Mulder, C. L., Vrancken, A. M. E., Remie, M. E. & Garssen, B. (1997). Phase II Study of psychotherapeutic intervention in advanced cancer. *Psycho-Oncology*, *6*, 129–137.
- Desaulles, A., Johnson S. M. & Denton, W. H. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *American Journal of Family Therapy*, *31*, 345–353.
- Eckert, J. (2004). Zur Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie. *Forum der Psychoanalyse*, *20*, 244–247.

- Eckert, J. & Wuchner, M. (1996). Long-term development of borderline personality disorder. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion* (pp. 213–233). Frankfurt: Peter Lang.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Wuchner, M. (2000). Die langfristigen Veränderungen der Borderline-Symptomatik bei Patienten nach klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie. *Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50 (3–4), 140–146.
- Eckert, J., Kriz, J. & Frohburg, I. (2004). Therapiewechsler. Differentielle Therapieindikation durch die Patienten? *Psychotherapeut*, 49, 415–426.
- Elliott, R. (2001). Research on the effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 57–81). Washington, D.C.: APA.
- Elliott, R. (2002). Render unto caesar: Quantitative and qualitative knowing in person-centered/experiential therapy research. *Person-Centered and Experiential Psychotherapy*, 1, 102–117.
- Elliott, R., Greenberg, L.S. & Lietaer, G. (2004). Research on Experiential Psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 493–539). New York: Wiley.
- Elliott, R., Suter, P., Manford, J., Radbour-Markert, L., Siegel-Hinson, R., Layman, C. & Davis, K. (1996). A Process-Experiential Approach to Post-Traumatic-Stress-Disorder (PTSD). In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion* (pp. 235–254). Frankfurt: Peter Lang.
- Eysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319–324.
- Eyßell, D., Zeising, S. & Stuhr, U. (1992). Prozess-Erfolgsforschung am Beispiel klientenzentrierter Psychotherapie und psychodynamischer Kurztherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 40 (1), 58–78.
- Figge, P. & Schwab, R. (1997). Klientenzentrierte Psychotherapie in Gruppen. Objektiver und subjektiver Therapieerfolg unter dem Einfluß der erlebten Beziehung zum Therapeuten. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 28 (1), 22–36.
- Finke, J., Böhme, H. & Teusch, L. (2000). Effekte der Kombinationstherapie: Psychotherapie mit und ohne Psychopharmaka. In G.-W. Speierer (Hrsg.), *Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie* (S. 11–20). Köln: GwG-Verlag.
- Friedli, K., King, M. B., Lloyd, M. & Horder, J. (1997). Randomised controlled assessment of non-directive psychotherapy versus routine general-practitioner care. *The Lancet*, 350 (6), 1662–1665.
- Frohburg, I. (2003). Unterschiedliche Psychotherapieverfahren aus der Sicht der Patient(inn)en. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 34 (4), 233–242.
- Glass, G.V. (1976). Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educational Researcher*, 5, 3–8.
- Glass, G.V. (1978). Integrating findings: The meta-analysis of research. *Review of Research in Education*, 5, 351–379.
- Glass, G.V., McGaw, B. & Smith, M. L. (1981). *Meta-analysis in social research*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Goldman, A., & Greenberg, L. (1992). Comparison of integrated systemic and emotionally focused approaches to couples therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 962–969.
- Goldman, R. N., Greenberg, L.S. & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16 (5), 537–549.
- Gordon-Walker, J., Johnson, S., Manion, I. & Cloutier, P. (1996). Emotionally focused marital intervention for couples with chronically ill children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1029–1036.
- Graham, S. (1995). Narrative versus meta-analytic reviews of race differences in motivation: A comment on Cooper and Dorr. *Review of Educational Research*, 65 (4), 509–514.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S., Elliott, R. K. & Lietaer, G. (1994). Research on Experiential Psychotherapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed., pp. 509–539). New York: Wiley.
- Greenberg, L. S. & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8, 210–224.
- Grindler-Katonah, D. (1991). *Focusing as treatment for adaptive recovery from cancer*. Unpublished dissertation, Illinois School of Professional Psychology, Chicago, IL.
- Hartmann, S. & Zepf, S. (2002). Effektivität von Psychotherapie: Ein Vergleich verschiedener psychotherapeutischer Verfahren. *Forum Psychoanalyse*, 18, 176–196.
- Harvey, I., Nelson, S., Lyons, R., Unwin, C., Monaghan, S. & Peters, T. (1998). A randomized controlled trial and economic evaluation of counselling in primary care. *British Journal of General Practice*, 48, 1043–1048.
- Hölldampf, D. & Behr, M. (2008). Wirksamkeit der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 219–239). Göttingen: Hogrefe.
- Iacoviello, B. M., Scott McCarthy, K., Barrett, M. S., Rynn M., Gallop R. & Barber J. P. (2007). Treatment preferences affect the therapeutic alliance: Implications for randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (1), 194–198.
- Jacobs, S., Spies, K., Schache, A., Schreiner, M. & Zander, B. (1996). Wirk- und Prozessfaktoren klientenzentrierter Gruppenpsychotherapien. In C. Frielingsdorf-Appelt, H. Pabst & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung* (S. 157–188). Köln: GwG-Verlag.
- Jacobs, S. & Bangert, M. (2003). Evaluation der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Alkoholkrankheit im Rahmen der Weiterbildung zum Sozialtherapeuten klientenzentriert/gesprächspsychotherapeutisch orientiert. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 34 (3), 150–158.
- Jacobs, S. & Bangert, M. (2005). Effekte und Prozessmerkmale der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Alkoholismus. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 36 (2), 97–107.
- Jenny, B., Goetschel, P., Köppler, C. & Samson, B. (2006). Personenzentrierte Gruppentherapie mit Kindern: Konzept, Vorgehen und Evaluation. *Person*, 10 (2), 93–107.
- Johnson, S. M. & Talitman, E. (1997). Predictors of outcome in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23, 135–152.
- Johnson, S. M. & Greenberg, L. S. (1995). The emotionally focused approach to problems in adult attachment. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (2nd ed.) (pp. 121–141). New York: Guilford.

- Johnson, S. M., Maddeaux, C. & Blouin, J. (1998). Emotionally focused family therapy for bulimia: Changing attachment patterns. *Psychotherapy, 35*, 238–247.
- King, M., Sibbald, B., Ward, E., Bower, P., Lloyd, M., Gabbay, M., & Byford, S. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behavior therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health Technology Assessment, 4* (19), 1–84.
- Klaus, D. (1991). *Ambulante klientenzentrierte Kinder-, Kindergruppen- und Elterngruppenpsychotherapie. Indikations- und Effektivitätskriterien*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Leipzig.
- Kolko, D.J., Brent, D.A., Baugher, M., Bridge, J. & Birmaher B. (2000). Cognitive and family therapies for adolescent depression: Treatment specificity, mediation and moderation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 603–614.
- Lambert, M.J., Bergin, A. E., Garfield, S. L. (2004). Introduction and historical overview. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 3–15). New York: Wiley.
- Lambert, J.M. & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 139–193). New York: Wiley.
- LeBlanc, M., & Ritchie, M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counseling Psychology Quarterly, 14*, 149–163.
- Luborsky, L., McLellan, A.T., Woody, G.E., O'Brien, C.P. & Auerbach, A. (1985). Therapist Success and its Determinants. *Archives of General Psychiatry, 42*, 602–611.
- Manne, S., Rubin, S., Edelson, M., Rosenblum, N., Hernandez, E., Carlson, J., Rocereto, T. & Winkel, G. (2007). Coping and communication-enhancing intervention versus supportive counseling for woman diagnosed with gynecological cancers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75* (4), 14.
- MacPhee, D. C., Johnson, S. M. & Van der Veer, M. D. (1995). Low sexual desire in women: The effects of marital therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy, 21*, 159–182.
- Markowitz, J.C., Kocsis, J.H., Fishman, B., Spielman, L.A., Jacobsberg, L.B., Frances, A.J., Klerman, G.L. & Perry, S.W. (1998). Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. *Archives of General Psychiatry, 55*, 452–457.
- Meyer, A. E. (1981). The Hamburg Short Psychotherapy Comparison Experiment. *Psychotherapy and Psychosomatics, 35*, 81–207.
- Meyer, A.-E. (1990). Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. Editorial. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 19* (4), 287–291.
- Miller, S., Wampold, B. & Varhely, K. (2008). Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: a meta-analysis. *Psychotherapy Research, 18* (1), 5–14.
- Mulder, C. L., Emmelkamp, P. M. G., Antoni, M. H., Mulder, J. W., Sandfort, T. G. M. & de Vries, M. J. (1994). Cognitive-behavioral and experiential group psychotherapy for HIV-infected homosexual men: A comparative study. *Psychosomatic Medicine, 56*, 423–431.
- Muro, J., Ray, D., Schottelkorb, A., Smith, M. R. & Blanco, P. (2006). Quantitative analysis of long-term child-centered play-therapy. *International Journal of Play Therapy, 15* (2), 35–58.
- Müller-Hofer, B., Geiser, C., Juchli, E. & Laireiter, A.-R. (2003). Klientenzentrierte Körperpsychotherapie (GFK-Methode) – Ergebnisse einer Praxisevaluation. *PsychotherapieForum, 11* (2), 80–91.
- Norcross, J. C., Karg, R. S. & Prochaska, J. O. (1997). Clinical psychologists in the 90's: Part 1. *The Clinical Psychologist, 50* (2), 4–9.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E. & Levant, R. D. (2006). *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental question*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In: M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 307–389). New York: Wiley.
- Paivio, S. C. & Greenberg, L. S. (1995). Resolving „unfinished business“: Efficacy of experiential therapy using empty chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 419–425.
- Payne, A., Liebling-Kalifani, H. & Joseph, S. (2007). Client-centred group therapy for survivors of interpersonal trauma: A pilot investigation. *Counselling and Psychotherapy Research, 7*, 100–105.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., Goldman, R. N. & Korman, L. M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71* (6), 1007–1016.
- Rogers, C. R. & Dymond, R. F. (1954). *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the client-centered approach*. Chicago: University of Chicago Press.
- Sachse, R. (1995). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie: Effektive psychotherapeutische Strategien bei Klienten und Klientinnen mit psychosomatischen Magen-Darm-Erkrankungen. In J. Eckert (Hrsg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 27–49). Köln: GwG-Verlag.
- Sachse, R. (1997). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie bei Klienten mit psychosomatischen Störungen. Therapiekonzepte und Ergebnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung, 28* (2), 90–107.
- Sammert-Hofmann, I., Stuhr, U. & Meyer, A.E. (1994). Ergebnisse und Probleme zeitreihenanalytischer Einzelfallbetrachtungen bei klientenzentrierter und psychodynamischer Kurz-Psychotherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 42* (1), 27–41.
- Schmidtchen, S., Acke, H. & Hennies S. (1995). Heilende Kräfte im kindlichen Spiel! Prozeßanalyse des Klientenverhaltens in der Kinderspieltherapie. *GwG-Zeitschrift, 99*, 15–23.
- Schmidtchen, S., Hennies, S. & Acke, H. (1993). Zwei Fliegen mit einer Klappe? Evaluation der Hypothese eines zweifachen Wirksamkeitsanspruches der klientenzentrierten Spieltherapie. *Psychologie in Erziehung und Unterricht, 40*, 34–42.
- Schwab, R. (1995). Zur Prozessforschung in der gesprächspsychotherapeutischen Gruppentherapie: Überlegungen im Anschluss an empirische Ergebnisse aus Gruppen mit Einsamen. In J. Eckert (Hrsg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 151–165). Köln: GwG-Verlag.
- Schwab, R. (1997). *Einsamkeit. Grundlagen für die klinisch-psychologische Diagnostik und Intervention*. Bern: Hans Huber.
- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *American Psychologist, 50* (12), 965–974.
- Shear, M. K., Houck, P., Greeno, C. & Masters, S. (2001). Emotion-focused therapy for patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 158* (12), 1993–1998.
- Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32*, 752–60.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment. *Journal of Marriage and the Family, 38*, 15–28.

- Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J. & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36, 555–566.
- Strauß, B. & Mattke, D. (2001). Stationäre Gruppenpsychotherapie. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (S. 225–229). Stuttgart, New York: Thieme.
- Tarrier, N., Kinney, C., McCarthy, E., Humphreys, L., Wittkowski, A. & Morris, J. (2000). Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 917–922.
- Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A. & Morris, J. (1998). A randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal*, 317, 303–307.
- Teusch, L. & Böhme, H. (1999). Is the exposure principle really crucial in agoraphobia? The influence of client-centered „nonprescriptive“ treatment on exposure. *Psychotherapy Research*, 9 (1), 115–123.
- Teusch, L., Böhme, H. & Finke, J. (2000). Unterschiedliche Prozesse von Gesprächspsychotherapie und verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation bei Agoraphobie mit Panikstörung. In G.-W. Speierer (Hrsg.), *Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie* (S. 21–30). Köln: GwG-Verlag.
- Teusch, L., Böhme, H. & Finke, J. (2001). Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation bei Agoraphobie und Panikstörung. *Nervenarzt*, 72, 31–39.
- Teusch, L., Böhme, H., Finke, J. & Gastpar M. (2001). Effects of client-centered psychotherapy for personality disorders alone and in combination with psychopharmacological treatment: An empirical follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 328–336.
- Teusch, L., Böhme, H., Finke, J., Gastpar M. & Skerra, B. (2003). Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 13 (3), 307–322.
- Trettin, R., Meyer, A.-E. & Stuhr, U. (1994). Berichte über und Klärung von „kritischen Ereignissen“ als Wirkfaktoren in der Psychotherapie. Eine Prozess-Effizienz-Studie zwischen psychodynamisch und klientenzentriert behandelten Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 44 (2), 53–57.
- Tscheulin, D. (1995). Reziproke Interaktionsprozesse: Grundlage von Entwicklung und therapeutischer Veränderung. In J. Eckert (Hrsg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie. Aktuelle Ansätze und Ergebnisse* (S. 71–88). Köln: GwG.
- Tscheulin, D.A. (2007a). Psychodiagnostik und differenzielles Vorgehen in der Gesprächspsychotherapie: Grundlagen. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie – Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes* (S. 167–178). Wien: Facultas.
- Tscheulin, D.A. (2007b). Psychodiagnostik und differenzielles Vorgehen in der Gesprächspsychotherapie: Praxis. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie – Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes* (S. 179–190). Wien: Facultas.
- Tscheulin, D., Walter-Klose, Ch. & Wellenhöfer, G. (2000). Effektivität personenzentrierter stationärer Psychotherapie an der Hochgrat-Klinik: Ein Überblick zur Qualitätssicherung bei 1550 Patienten. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 31 (1), 35–44.
- Van der Pompe, G., Duivenvoorden, H. J., Antoni, M. H., Visser, A. & Heijnen, C. J. (1997). Effectiveness of a short-term group psychotherapy program on endocrine and immune function in breast cancer patients: an exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 453–466.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Model, Methods, and Findings*. London: Erlbaum.
- Ward, E., King, M., Lloyd, M., Bower, P., Sibbald, B., Farrelly, S., Gabbay, M., Tarrier, N. & Addington-Hall, J. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: Clinical effectiveness. *British Medical Journal*, 321, 1383–1388.
- Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F. & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (4), 773–781.
- Watson, J. C. & Geller, S. M. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15 (1–2), 25–33.
- Weerasekera, P., Linder, B., Greenberg, L. & Watson, J. (2001). The working alliance in client-centered and process-experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 11 (2), 221–233.

Autoren und Autorin:

Norbert File, *1966, Mag. phil., Klientenzentrierter Psychotherapeut in Imst und Innsbruck, Lehrtherapeut der ÖGWG, Lehrbeauftragter an der Universität Innsbruck, Institut für Psychologie.

Robert Hutterer, *1951, Univ.-Prof. an der Universität Wien, Institut für Bildungswissenschaft, Personenzentrierter Psychotherapeut, Psychotherapieausbildner in der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP).

Wolfgang W. Keil, *1937, Prof., Mag. rer. soc. oec., Klientenzentrierter Psychotherapeut in Wien; Lehrgangleiter an der Donau-Universität Krems; Ehrenobmann, Ausbildner und Lehrtherapeut der ÖGWG; Gruppenpsychotherapeut und Gruppendynamiktrainer (ÖAGG); Focusing-Professional (Focusing Institute New York).

Christian Korunka, *1959, Univ.-Prof. an der Universität Wien, Fakultät für Psychologie, Personenzentrierter Psychotherapeut und Ausbildner im IPS der APG.

Brigitte Macke-Bruck, Dr. med., Psychotherapeutin (PP) und Supervisorin in freier Praxis, Ausbilderin und Lehrtherapeutin im Forum der APG, Wien.

Korrespondenzadresse:

Prof. Mag. Wolfgang W. Keil
Albertg. 39/6, 1080 Wien
wolfgang@keil.or.at

Gerlinde Berghofer, Tijana Gonja, Thomas Oberlechner

Kann Empathie trainiert werden?

Ein Review empirischer Studien zur Wirksamkeit von Empathietraining

Zusammenfassung: Der Begriff der Empathie hat mit Carl Rogers seinen Durchbruch in der Psychotherapie erlebt. Die Möglichkeit, Empathiefähigkeiten durch Training zu entwickeln, besitzt jedoch auch außerhalb der Therapie große Relevanz und hat zu einer Vielzahl an wissenschaftlichen Evaluationsstudien geführt. Unser Artikel gibt einen Überblick über 63 Studien zur Wirksamkeit von Empathietrainingsprogrammen mit Studenten, Berufstätigen, Schul- und Vorschulkindern, Paaren, Eltern, Senioren und Personen im forensischen Bereich. Bis auf wenige Ausnahmen zeigen diese Studien eine Zunahme an Empathie durch Training. Der Artikel präsentiert mögliche Einflussfaktoren auf die Effektivität von Empathietrainings und diskutiert Limitationen dieser Trainings, welchen die künftige Wirksamkeitsforschung von Empathietrainings Beachtung schenken sollte.

Schlüsselworte: Empathie, Training, Schulung, Wirksamkeit, Review

Abstract: Can Empathy be Trained? A Review of Empirical Studies of the Effectiveness of Empathy Training. The concept of empathy has witnessed its breakthrough in psychotherapy with Carl Rogers. However, the possibility to develop empathic abilities in training programs is also highly relevant outside therapy and has led to a substantial numbers of scientific evaluation studies. Our article gives an overview of 63 studies on the effectiveness of empathy training programs conducted with students, professionals, school and preschool children, couples, parents, older persons, and persons in the forensic field. These studies, with few exceptions, show that training leads to an increase of empathy. The present article presents possible influences on the effectiveness of empathy trainings and discusses limitations of these trainings which future effectiveness research of empathy training should consider.

Key words: empathy, training, education, effectiveness, review

Einleitung

„Einer der Gründe, warum man in Konversationen so selten verständige und angenehme Partner findet, ist, dass es kaum jemand gibt, der nicht lieber an das dachte, was er sagen will, als genau auf das zu antworten, was man zu ihm sagt“

– François de la Rochefoucauld

Empathie ist ein weit geläufiger und häufig gebrauchter Begriff. Empathie zeigen, empathisch reagieren, Empathie ausstrahlen, Empathie einfordern sind Begrifflichkeiten, die heute nicht nur der Psychotherapie vorbehalten sind, sondern auch auf der politischen Bühne, in der Wirtschaft, im Büroleben, in der Erziehung und im Miteinander des Alltagslebens allgemeiner Sprachgebrauch geworden sind.

Empathie oder Einfühlungsvermögen bedeutet dabei die Fähigkeit, sich in die Gedanken, Gefühle und das Weltbild von anderen

hineinzusetzen. Der Begriff leitet sich vom griechischen *empathia* (Einfühlung) ab. Den großen Einzug in die Psychotherapie hat der Begriff der Empathie durch Carl Rogers genommen, den Begründer der personenzentrierten Psychotherapie. Rogers' Definition der Empathie lautet „to perceive the internal frame of reference of another with accuracy and with the emotional components and meanings which pertain thereto as if one were the person, but without ever losing the ‚as if‘ condition“ (1975).

Bereits in diesem Verständnis wird deutlich, dass Empathie affektive und kognitive Dimensionen besitzt. Sie beinhaltet die Fähigkeit einer Person, nicht nur die Gefühle, sondern auch die Gedanken und Motive eines anderen Menschen genau wahrzunehmen und zu verstehen, sodass Verständnis, Rückschlüsse und Prognosen in Übereinstimmung mit dem anderen gebildet werden können, während die empathische Person dabei jedoch immer sie selbst bzw. bei sich selbst bleibt. Eine neuere Definition der Empathie beinhaltet neben einer verstehensorientierten kognitiven und erlebensorientierten

affektiven Dimension von Empathie zusätzlich eine Aktionsdimension, die sich insbesondere in der Kommunikation mit der anderen Person ausdrückt. Eine solcherart verstandene Empathie stellt darüber hinaus eine spezielle Art des beziehungsmaßigen Miteinanders dar, in dem eine ständige interpersonelle Validierung und Bestätigung stattfindet (Bohart & Greenberg, 1997).

Mittlerweile wird Empathie als Fähigkeit betrachtet, die zu den wichtigsten „Soft Skills“ zählt und eine essentielle Grundlage emotionaler sowie inter- und intrapersonaler Intelligenz darstellt (Gardner, 1983, 1999; Goleman, 1995; Mayer, Salovey, & Caruso, 2004). Jemand, der für die Gefühle, Wünsche und Sorgen anderer Menschen taub ist, wird allgemein als sozial inkompetent wahrgenommen. Wer hingegen gut zuhören kann, seine Gesprächspartner respektiert und auf deren Welt und Bedeutungen eingehen kann, wird als kompetent und sympathisch erlebt. Fachwissen allein genügt nicht, um im Beruf erfolgreich zu sein. So zeigt etwa eine Studie, dass ein Großteil des Erfolgs von Studenten davon abhängt, wie gut sie mit anderen kommunizieren und sich und die Welt durch die Brille anderer sehen können (Johnson, Johnson, & Anderson, 1983). In jüngster Zeit hat sich insbesondere die Gehirnforschung der Empathie als Grundlage von interpersoneller Kompetenz zugewendet. Hier wurde mit den sogenannten Spiegelneuronen eine spezielle Art von Hirnzellen entdeckt, welche mit empathischem Erleben korrelieren (Braten, 2007; Iacoboni, 2007; Rizzolatti, Fogassi, & Gallese, 2006; Rizzolatti, Sinigaglia, & Anderson, 2008).

Die Fähigkeit zur Empathie gilt also als wichtige Persönlichkeitseigenschaft, die sowohl zum beruflichen Erfolg beiträgt als auch im zwischenmenschlichen Zusammenleben des Alltags unerlässlich ist. Der Möglichkeit, Empathiefähigkeiten aktiv zu entwickeln, wird deshalb großes Forschungsinteresse entgegengebracht, das für Therapeuten verschiedenster Schulrichtungen eine besondere Relevanz besitzt. So stellen etwa Bohart und Greenberg fest: „[I]t is not enough merely to learn how to respond ... Future therapists ... must really learn how to enter into another's world and walk in their shoes. It (empathy) must involve a genuine interest in entering another's world ... and in essence, developing some sense of 'we' feeling with them“ (1997, S. 445).

Psychotherapeutinnen, jedenfalls personenzentrierte Psychotherapeutinnen, berufen sich gerne auf einen solcherart beschriebenen Prozess als wesentlichen Bestandteil ihrer Arbeit, und psychotherapeutische Ausbildungseinrichtungen gehen zumindest implizit davon aus, dass sich die Empathiefähigkeit angehender Psychotherapeuten durch die Ausbildung beeinflussen und steigern lässt. Dabei konstatieren Autoren wie zum Beispiel Nerdrum (1997), dass Empathie wesentlich schwieriger zu erlernen ist als andere therapeutische Fähigkeiten und dass dieses Lernen einen überaus komplexen und globalen Prozess darstellt. Diese der Empathie inhärente Komplexität ist wesentlich schwieriger zu erfassen und zu erlernen als spezifische therapeutische Einzelfertigkeiten.

Kann man empathisches Einfühlen und die Fähigkeit des aktiven

und empathischen Zuhörens mittels spezifischer und zeitlich begrenzter edukativer Programme und Interventionen tatsächlich trainieren? Oder beruht Empathie auf einer Persönlichkeitseigenschaft, die letztlich nicht gelehrt werden kann? Ist es überhaupt möglich, wirkliches Interesse an der Welt des anderen und echtes Verständnis für diese Welt durch ein Trainingsprogramm zu erlernen? Und wenn dies möglich ist, wie kann dieses Lernen im zeitlich begrenzten Rahmen eines Trainings vermittelt werden und wie wirksam und andauernd sind die Trainingseffekte?

Es gibt eine wachsende Zahl an einzelnen Evaluationsstudien über die Wirksamkeit von speziellen Trainingsprogrammen für Empathie. Ein systematischer Überblick über die Effektivität solcher Empathietrainings ist jedoch ausständig. Das Ziel dieses Literaturreviews ist, diese Lücke zu schließen und wissenschaftliche Studien zu Empathietrainings und ihrer Wirksamkeit systematisch zu erfassen. Dabei werden jene empirischen Studien eingeschlossen, in denen die Effekte von Empathietrainingsprogrammen bewertet werden. Der Artikel fokussiert darauf, mit welchen Personengruppen systematisches Empathietraining durchgeführt wird und welche Trainingsmethoden dabei zur Anwendung kommen. Die in den einzelnen Studien verwendeten Methoden werden in Bezug auf Forschungsdesign und Art der angewandten Instrumente zur Erfassung von Trainingseffekten analysiert. Abschließend werden die Effekte der Trainings zusammengefasst und diskutiert.

Methoden

Unser Überblick relevanter empirischer Forschung zur Wirksamkeit von Empathietraining beruht auf umfassenden Recherchen in den Literaturdatenbanken CINAHL, Eric, Medline, PsychArticles, Psych-Info und SocIndex. Diese Datenbanken (Stand Juni 2008) wurden mit Hilfe der folgenden Suchalgorithmen durchsucht: (a) Empirische Untersuchungen in „peer reviewed journals“, deren Titel den englischen Begriff „Empathy“ und zusätzlich einen oder mehrere der Begriffe „Training“, „Education“ oder „Program“ beinhaltet, sowie empirische Untersuchungen, deren Titel „listening skills“ und einen oder mehrere der Begriffe „Training“, „Education“ oder „Program“ beinhaltet. Zusätzlich ergänzt wurde die Recherche durch eine Suche in PsychIndex nach empirischen Untersuchungen mit den Schlüsselworten „Empathietraining“, „Empathieschulung“ und „Empathieprogramm“.

Die Suchergebnisse der Literaturrecherchen wurden einzeln auf Relevanz für unsere Fragestellung gesichtet. Dabei wurden veröffentlichte Arbeiten berücksichtigt, die Ergebnisse empirischer Untersuchungen zur Wirksamkeit von Empathietraining darstellen. Nicht berücksichtigt wurden Buchbeiträge, unveröffentlichte Dissertationen und Masterarbeiten, interne Evaluationsberichte und nicht in Fachzeitschriften veröffentlichte Vorträge und Konferenzbeiträge.

Ergebnisse

Die im Folgenden präsentierten Studien umfassen die mittels der im Methodenteil angeführten Suchstrategie gefundenen Arbeiten, welche empirisch die Effekte von Trainings zur Entwicklung von Empathie untersuchen. Tabelle 1 gibt einen detaillierten Überblick

über diese Studien. Die Tabelle listet – geordnet nach Teilnehmergruppen – alphabetisch Autoren und Publikationsjahr der Studien, verwendete Forschungsdesigns und Messinstrumente zur Messung von Empathie, Trainingsmethoden und die wichtigsten Studienergebnisse auf.

Tabelle 1: Evaluationsstudien von Empathietrainingsprogrammen

1.1. Studenten: soziale und helfende Berufe

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Barak 1990	1 VG; prä-post; Fremdeinschätzung (a) Counselor Response Questionnaire (Stokes & Lautenschlager 1978), (b) Empathy Rating Scale (Ivey 1987)	Empathie-Spiel 4 Stunden	9 Studenten der Psychotherapie (im 1. Jahr)	Signifikante Zunahme der Empathieniveaus auf beiden Instrumenten
Bath 1976	3 VG/1 KG; prä-post; Fremdeinschätzung Empathy Scale (Carkhuff 1969)	3 Methoden: (1) experientielle Methode (2) didaktische Methode (3) 1+2 2,5 Stunden	48 Studenten der Sozialwissenschaft (19-20 Jahre)	1. alle 3 VG profitieren vom Training; KG zeigt keine Veränderung 2. Didaktische Methode: Studenten mit niedriger Empathie zu Trainingsbeginn profitieren mehr als Studenten mit hoher Empathie 3. Keine Unterschiede zwischen Trainingsmethoden
Black et al. 1982	2 VG/1 KG; prä-post; Selbsteinschätzung (a) Hogan Empathy Scale (Greif & Hogan 1973), (b) Index of Responding (Gazda et al. 1977)	Phase A: Aufmerksamkeit Phase B: experientielle Phase Phase C: Kommunikation 22 Stunden	105 Studenten zur Lehrerbildung (im 1. Jahr)	1. VG signifikante Verbesserung in empathischer Kommunikation, nicht im empathischen Verstehen 2. Männer verbessern sich im empathischen Verstehen stärker als Frauen 3. Hohe Autoritätswerte: signifikant weniger empathisches Verstehen als niedrige Werte
Borden et al. 1988	1 VG/1 KG; prä-post; Selbsteinschätzung Rape Empathy Scale (Deitz et al. 1982)	didaktischer Vortrag 45 Minuten	100 Studenten der Psychologie (Einführungskurs)	1. Programm ändert keine Einstellungen 2. Keine Veränderung der Empathieniveaus 3. Vorträge allein sind nicht ausreichend, um Empathieniveaus zu ändern
Dereboy et al. 2005	2 VG; prä-post VG (1) hohe empathische Tendenz VG (2) niedrige empathische Tendenz Empathic Tendency Scale	Unterricht	36 Studenten der Medizin (im 1. Jahr)	1. VG (1, hohe Empathietendenz) zeigen eine Tendenz in Richtung negativer Änderung ihrer Empathieniveaus 2. VG (2, niedrige Empathietendenz) zeigen eine Tendenz in Richtung positiver Änderung ihrer Empathieniveaus
Dubé et al. 1987	1 VG; prä-post (a) Index of Communication, (b) Index of Discrimination, (c) Empathy Rating Scale (alle 3 Instrumente Carkhuff 1969)	Trainingsprogramm zur Förderung von Beziehungsfertigkeiten	29 Studenten der Psychologie (1. Studienabschnitt)	Die Effizienz des Trainingsprogramms wird bestätigt
Erera 1997	2 VG; prä-post; Selbsteinschätzung Emotional Empathy Scale (Mehrabian & Epstein 1972)	2 Methoden: 1. Kognitionsorientiert 2. Emotionsorientiert 40 Stunden	51 Studenten der Sozialarbeit (1. Studienabschnitt)	1. Keine signifikanten Empathie-Unterschiede zwischen den Gruppen 2. Gering signifikante Verbesserung der Empathie in der kognitiv orientierten Trainingsgruppe

Anm.: VG= Versuchsgruppe; KG= Kontrollgruppe

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Feighny et al. 1995	1 VG/1 KG; prä-post; Fremd- und Selbsteinschätzung (a) Empathic Understanding Scale (Carkhuff 1969), (b) Interpersonal Reactivity Index (Davis 1980)	3 Phasen: 1. kognitive-, 2. affektive- und 3. verhaltensorientierte Perspektiven-Einnahme 1 Semester	kleine Gruppe von Studenten der Medizin (im 1. Jahr)	1. keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen zu Trainingsbeginn 2. VG signifikante Zunahme der kommunikativen Fertigkeiten 3. Signifikant positive Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung in Empathie und kommunikativen Fertigkeiten
Fernandez-Olano et al. 2008	1 VG/1 KG; prä-post; Selbsteinschätzung Jefferson Scale of Physician Empathy (Hojat et al. 2002)	Vortrag Übungen Videoanalysen Rollenspiel 25 Stunden	203 Studenten der Medizin (im 2. Jahr & im Praktikum)	VG signifikante Zunahme der Empathieniveaus; KG keine signifikante Zunahme
Fine et al. 1977	1VG/1 KG; prä-post; Fremdeinschätzung Accurate Empathy Scale (Truax & Carkhuff 1967)	Vortrag Rollenspiel Diskussion 8 Wochen	66 Studenten der Medizin (im 1. Jahr)	1. VG signifikant höheres Empathieniveau als KG nach Training 2. VG signifikant stärkere empathische Patientenzuwendung als KG
Fraser et al. 1975	2 VG/2 KG; prä-post & post allein; Fremdeinschätzung Empathic Understanding Scale (Carkhuff 1969)	Übungen Videoaufzeichnungen Rollenspiel 10 Stunden	72-80 Studenten der Pädagogik	Beide VG signifikante Zunahme an empathischen Fähigkeiten
Frauenfelder et al. 1984	1 VG/1 KG; prä-post; Selbsteinschätzung (a) Empathic Listening Test (Gray et al. 1976), (b) Hogan Empathy Scale (Hogan 1969)	Modellernen Übungen Rollenspiel 1 Semester	45 Studenten der Psychologie (Einführungskurs)	VG große Zunahme in Empathieniveaus; KG nur geringe Zunahme
Henderson 1989	1 VG/1 KG; prä-post; Fremdeinschätzung Empathic Understanding Scale (Carkhuff 1969)	Hör-CDs Videobänder Feedback Übungen 12 Stunden	30 Studenten der Krankenpflege	VG signifikant bessere empathische Fertigkeiten als KG
Hodge et al. 1978	2 VG/1 KG; randomisiert; prä-post; Fremdeinschätzung Empathy Rating Scale (Carkhuff 1969)	2 Methoden: VG (1) Übungen Einzelsupervision (Peers & Professionelle) VG (2) Videos	72 männliche Studenten der Psychologie (1. Studienabschnitt)	1. VG (1, mit Einzelsupervision) signifikant höhere Empathieniveaus als VG (2) und KG 2. VG (2) höhere Empathieniveaus als KG 3. keine Unterschiede zwischen Peer- und professioneller Supervision
Kelly et al. 1977	8 VG/1 KG; randomisiert; post; Fremdeinschätzung Test zur Diskriminierung (selbst entwickelt)	2 Methoden: 1. vier strukturierte Gruppen: Rollenspiel Modellernen 2. vier unstrukturierte Gruppen: Diskussionen je 13 Stunden	45 weibliche Studenten der Pädagogik	Strukturierte Gruppen (Methode 1) signifikant höhere Empathiewerte als unstrukturierte Gruppen (Methode 2) und KG
Kimberlin et al. 1977	2 VG/1 KG; randomisiert; post; Fremdeinschätzung VG (1) hohe konzeptuelle Fähigkeiten VG (2) niedrige konzeptuelle Fähigkeiten Empathy Rating Scale (Carkhuff 1969)	2 Methoden: 1. hoch strukturiert (Magnus 1973) 2. Rollenspiel (Teil von Carkhuff 1971) je 3 Stunden	120 Studenten der Psychologie (1. Studienabschnitt)	1. VG (1, hohe konzeptuelle Fähigkeiten) reagiert empathischer auf ambivalent-affektive Aussagen als VG (2) und KG 2. Keine Unterschiede zwischen VG bei nicht ambivalenten Aussagen 3. Keine Unterschiede zwischen Trainingsmethoden
Nerdrum et al. 1995	1 VG/1 KG; prä-post; Fremdeinschätzung Empathic Understanding Scale (Carkhuff 1969)	Vorträge Übungen Modellernen Rollenspiel (videoaufgezeichnet) Diskussion Feedback 66 Stunden	78 Studenten der Sozialarbeit	VG signifikante Zunahme an kommunizierten Empathieniveaus; KG keine signifikante Zunahme

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Nerdrum et al. 1997	1 VG/1 KG; prä-post; follow-up nach 18 Monaten; Fremdeinschätzung Empathic Understanding Scale (Carkhuff 1969)	Vorträge Übungen Modellernen Rollenspiel (videoaufgezeichnet) Diskussion Feedback 66 Stunden	78 Studenten der Sozialarbeit	1. VG signifikante Zunahme an kommunizierten Empathieniveaus; KG keine signifikante Zunahme 2. VG zeigt größere Zunahme des Empathieniveaus über die Zeit als KG
Poole et al. 1980	1 VG/1 KG; randomisiert; prä-post; follow-up 3 Jahre nach Training; Fremdeinschätzung Accurate Empathy Scale (Truax 1961)	Audioaufzeichnungen 12-16 Stunden	45 Studenten der Medizin (im 5. Jahr)	1. VG signifikante Zunahme an Empathie durch Training; signifikant höhere Empathie bleibt 3 Jahre nach Training aufrecht 2. VG signifikant höheres Empathieniveau zum follow-up als KG 3. Signifikante Abnahme der Empathiefähigkeit im Laufe der Zeit
Smith et al. 1984	1 VG/1 KG; randomisiert; prä-post; Fremdeinschätzung Empathy Scale (Carkhuff 1969)	Vortrag Übungen 6 Stunden	35 Studenten der Krankenpflege (im 1. Jahr)	1. VG & KG geringe Empathieniveaus vor dem Training 2. VG signifikante Zunahme an Empathie 3. VG signifikant größere Zunahme an Empathie als KG

1.2. Studenten: andere Studienrichtungen

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Berg et al. 1999	2 VG/1 KG; randomisiert; prä-post; Fremdeinschätzung (a) Rape Empathy Scale (Deitz et al. 1982), (b) Acquaintance Rape Empathy Scale (self-developed), (c) Interpersonal Reactivity Index (Davis 1980)	didaktische Vorträge Audioaufzeichnungen 75 Minuten	54 Studenten (1. Studienabschnitt)	Keine Unterschiede in Empathieniveaus zwischen den Gruppen
Dalton et al. 1976	2 VG/1 KG; randomisiert; post; Fremdeinschätzung Empathy Rating Scale (Carkhuff 1969)	2 Methoden: 1. Modellernen 90 Minuten 2. Systematisches Training (Carkhuff 1971) 10 Stunden	90 Studenten (18-22 Jahre)	1. VG (1, Modellernen) Empathieniveau erhöht sich durch Training um 1 Niveau; erreicht aber nicht das Empathieniveau des Modells 2. Systematisches Training ist dem kürzeren Modellernen nicht überlegen
Escrivà et al. 1999	Interpersonal Reactivity Index (Davis 1980)	Entwicklung von moralischem Urteilsvermögen und Empathie	Sprachstudenten (1. Studienabschnitt)	1. Programm ist effizient 2. Signifikante Verbesserung der Empathie
Foubert et al. 2006	1 VG/1 KG; randomisiert; prä-post; Selbsteinschätzung Rape Empathy Scale (Deitz et al. 1982)	Men's Program (selbstentwickelt): Video Diskussion 1 Stunde	261 Studenten aus Burschenschaften	VG signifikant größere Zunahme an Empathie gegenüber Opfern; signifikant größere Abnahme sexuell aggressivem Verhaltens im Vergleich zu KG
Gianetti 1986	1 VG/1 KG; prä-post; Fremdeinschätzung Evaluation von Reaktionen auf Klienten (kein spezifisches Instrument)	Vortrag Diskussion Videoaufzeichnungen Rollenspiel Übungen 1 Semester	56 Studenten der Pharmazie (im 4. Jahr)	1. VG signifikante Zunahme an Empathiewerten im Vergleich zu KG 2. Nicht erwünschte Reaktionen wie Evaluieren, in Frage stellen, etc. nehmen ab 3. Die Reaktion „einen Rat geben“ ist am veränderungsresistentesten
Goud 1975	1 VG/1 KG; prä-post; follow-up nach 2 Monaten Index of Discrimination (Carkhuff 1969)	Vorträge Lese-Hausaufgaben Diskussionen Simulationen Filmkritiken Übungen mit Klienten	64 Studenten (1. Studienabschnitt)	1. VG signifikant höhere Empathiewerte als KG 2. Lernen in großen Gruppen ist in kurzer Zeit möglich 3. Empathieniveaus bleiben über 2 Monate aufrecht

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Jacobs 1981	2 VG/1 KG; randomisiert; post; Fremdeinschätzung; (a) Acceptance of Other Scale (Guerney 1977), (b) Empathic Understanding (Carkhuff 1969)	Integrierte didaktische und experientielle Methode (Carkhuff 1969) Angebot des identen Kurses mit verschiedenen Aufgabenstellungen: VG (1): „Höhere Kompetenz im empathischen Antworten“ VG (2) „Das Lernen von empathischen Antworten“ 1,5 Stunden	27 Studenten der Betriebswirtschaft (1. Studienabschnitt)	1. Beide VG höhere Empathiewerte als KG 2. VG (1, deren Aufgabe es war Kompetenz zu zeigen) zeigt höhere Empathiewerte als VG (2)

1.3. Helfende Berufe

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Ancel 2006	1 VG; prä-post; Selbsteinschätzung Empathic Communication Skill B (Dökmen 1988)	Vortrag Filme zur Selbstüberprüfung Diskussion Fallstudien Rollenspiele Feedback 20 Stunden	263 Krankenpflegepersonen	Signifikanter Zunahme empathischer Fertigkeiten
Anthony 1971	1 VG/1 KG; prä-post; Fremdeinschätzung Empathy Scale (Carkhuff 1969)	Didaktisch-experientiell Empathietrainingsprogramm (Truax & Carkhuff 1967) 10 Stunden	23 Sanitäter	1. VG signifikante Zunahme der Empathieniveaus; KG keine signifikante Zunahme 2. Arbeitsverhalten in VG signifikant höher als in KG
Banks 1976	1 VG; prä-post; Fremdeinschätzung Beurteilungen schriftlicher Antworten auf Fallbeispiele und Beurteilungen aufgezeichneter Beratungsgespräche	Didaktische Komponenten Modelllernen Experientielle Komponenten Supervidierte Interaktionen mit Einzelnen 30 Stunden	12 Mitarbeiter eines Arbeitsrehabilitationsprogramms	Signifikante Zunahme an Empathiewerten
Constantine 2001	1 VG; Umfrage; Fremdeinschätzung Interpersonal Reactivity Index (Davis 1980)	Akademische Kurse mit multikulturellem Beratungsbezug	128 Mitglieder der American Counseling Association	Signifikant positiver Zusammenhang zwischen (1) Kursanzahl, eklektisch-integrativer Theorieorientierung, affektiver und kognitiver Empathie und (2) multikulturellem Fallverständnis
Crabb et al. 1983	2 VG/1 KG; randomisiert; prä-post; follow-up nach 4 Wochen; Fremdeinschätzung Empathy Scale (Carkhuff 1969)	2 Methoden: 1. Mikrotraining (Ivey 1971) 2. Systematisches Human Relations Empathietraining (Egan 1975); Beide Methoden, je zur Hälfte mit und ohne „empathy enhancement tapes“ je 8 Stunden	55 Laienhelfer	1. Empathiefertigkeiten sind lernbar; Empathie nach 4 Wochen noch aufrecht 2. VG signifikant höhere Empathie als KG 3. keine signifikanten Unterschiede zwischen Trainingsmethoden
Dustin 1973	2 VG; prä-post; Fremdeinschätzung Beurteilungen von Klientengesprächen	Beschreibungen Audioaufzeichnungen von Modellen empathischer Mitteilungen Übungseinheiten 7 Stunden	11 Berater 10 Lehrer	1. Zunahme empathischer Äußerungen 2. Berater verbessern empathische Fertigkeiten nicht stärker als Lehrer
Goldstein et al. 1973	2 Studien; je 2 VG / 1 KG; randomisiert; prä-post; follow-up nach 1 Monat; Fremdeinschätzung Empathy Scale (Carkhuff 1969)	Strukturiertes Lernen (Goldstein 1973) 10 Stunden	74 psychiatrische Krankenpflegepersonen (Studie 1) 90 Mitarbeiter in psychiatrischem Spital (Studie 2)	für Studie 1 und 2 gilt: 1. Signifikante Zunahme der Empathie 2. VG signifikant höhere Empathie als KG 3. Effekt nach 1 Monat noch aufrecht

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Herbek et al. 1990	1 VG / 1 KG; randomisiert; prä-post; Selbsteinschätzung Emotional Empathy Scale (Mehrabian & Epstein 1972)	Information Diskussion Übungen Verstärkung Rollenspiele 6 Stunden	36 Krankenpflegepersonen	1. Empathie kann durch Training erhöht werden 2. Krankenpflegepersonen betonen Relevanz von Empathietraining 3. VG handelt mehr als Team, ist aufmerksamer gegenüber emotionalen Patientenbedürfnissen, ist zufriedener mit Arbeit
LaMonica et al. 1976	1 VG; prä-post; Fremdeinschätzung (a) Index of Communication Scale (Carkhuff 1969); (b) Empathy Scale (Carkhuff 1969)	Didaktische und experientielle Komponenten 11 Stunden	39 Krankenpflegepersonen	1. Niedriges Empathieniveau zu Trainingsbeginn 2. Programm steigert Empathieniveau signifikant
LaMonica et al. 1977	1 VG; 2 KG; prä-post; Fremdeinschätzung (a) Index of Communication Scale (Carkhuff 1969); (b) Empathy Scale (Carkhuff 1969)	Didaktische und experientielle Komponenten 11 Stunden	39 Krankenpflegepersonen	1. Niedriges Empathieniveau zu Trainingsbeginn 2. Programm steigert Empathieniveau signifikant
Nerdrum et al. 2003	2 VG; randomisiert; prä-post; Fremdeinschätzung (a) Beurteilung empathischer Kommunikation (b) halbstrukturierte Tiefeninterviews	Didaktischer Vortrag Videoaufgezeichnete Rollenspiele Feedback Praxis mit realen Klienten 56 Stunden	23 Laientherapeuten und professionelle Therapeuten	1. Signifikante Zunahme an Empathie 2. Teilnehmer berichten größeres empathisches Verstehen 3. Empathietraining wirkt sich auf professionelles Selbstverständnis (Rolle und Verantwortung) aus 4. Empathietraining wirkt sich positiv auf Klienten aus
Olson et al. 1987	1 VG/1 KG; randomisiert; prä-post; Fremdeinschätzung Behavioral Test of Interpersonal Skills for Health (Gerrard & Buzzell 1980)	Aktives Zuhören Kommunikations-Fertigkeitsmodule 6 Stunden	26 Krankenpflegepersonen	Fertigkeiten im aktiven Zuhören („listening skills“) nehmen signifikant zu
Perry 1975	6 VG; randomisiert; post; Fremdeinschätzung Empathic Understanding Scale (Carkhuff 1969)	Instruktionen Vorträge Modelllernen (Audioaufzeichnungen)	66 Geistliche	1. Instruktionen haben keinen Effekt auf Empathieniveaus 2. VG mit Modellen mit hoher Empathie zeigen höhere Empathieniveaus (in Phase 1, aber nicht in Phase 2 des Projekts)
Redman 1977	1 VG; prä-post; follow-up nach 2,5 Monaten; Selbsteinschätzung Identification with the Underdog Scale (Schuman & Harding 1963)	Theorie praktische Übungen Gruppeninteraktionen 70 Stunden	178 Lehrer	1. Signifikant größere Empathie für Minderheitsgruppen 2. Dieser Effekt ist nach 2,5 Monaten noch aufrecht
Steibe et al. 1979	6 VG; randomisiert; post; Fremdeinschätzung (a) Trait Empathy (Comrey Personality Scale P, Comrey 1970); (b) Relationship Inventory (Barrett-Lennard 1962)	Training des Urteilsvermögens Kommunikationstraining 3 VG: 6 Stunden 3 VG: 12 Stunden	62 Nonnen	1. Dauer des Trainings hat keinen Einfluss auf den Erfolg des Trainings 2. Erfolgreiche Teilnehmer sind jünger, weisen in ihrer Persönlichkeit ein höheres Empathieniveau auf und nehmen die empathischen Fertigkeiten ihrer Trainer stärker wahr
Truax et al. 1971	1 VG; post; Fremdeinschätzung Accurate Empathy Scale (Truax & Carkhuff 1967)	didaktische Präsentationen Rollenspiele 40 Stunden	12 Therapeuten	Signifikante Zunahme in „accurate“ Empathie bei Therapeuten mit anfänglich sowohl niedriger als auch hoher Empathie

1.4. Schul- und Vorschulkinder

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Feshbach et al. 1982	1 VG/2 KG; randomisiert; prä-post; Peer-, Selbst-, Fremdeinschätzung Messung von Selbstkonzept, sozialer Sensitivität, Perspektiven-Einnahme und Empathie	Training von kognitiven und affektiven Komponenten der Empathie 22,5 Stunden	98 Schulkinder (8-9 Jahre)	1. VG signifikant positiveres Selbstkonzept und größere soziale Sensitivität als KG 2. VG Abnahme von Aggression im Vergleich zu KG 3. VG signifikanter Unterschied zu KG in Bezug auf die Zunahme von Kooperation, Großzügigkeit und hilfreichem Verhalten
Haynes et al. 1979	1VG/1 KG; prä-post; Fremdeinschätzung (a) Self-Feeling Awareness Scale, (b) Acceptance of Other Scale (beide Guerney 1977)	strukturiertes Edukationsprogramm: didaktisches und experienzielles Training 16 Stunden	48 Schulkinder (14-18 Jahre)	VG signifikant höhere Selbstöffnung und empathische Fertigkeiten als KG
Kalliopuska et al. 1986	1 VG/1 KG; prä-post; Fremdeinschätzung Empathy Test (Feshbach & Roe 1968)	Singen Spielen von Instrumenten Musikhören Musikübungen Märchen Diskussion 12 Stunden	30 Vorschulkinder (6 Jahre)	Signifikante Zunahme der Empathie in VG verglichen mit KG
Kalliopuska et al. 1991	2 VG/1 KG; prä-post; Fremdeinschätzung Empathy Test (Feshbach & Roe 1968)	2 Methoden: 1. Musik körperliche Übungen Zeichnen 2. Rollenspiel Schauspielen Geschichten 35 Stunden	62 Vorschulkinder (6 Jahre)	1. Empathie kann in Vorschulkindern entwickelt werden 2. Methode 2 (Rollenspiel) produziert die besten Ergebnisse
Kalliopuska et al. 1993	1 VG/1 KG; prä-post; follow-up nach 9 Monaten; Fremdeinschätzung Empathy Test (Feshbach & Roe 1968)	Singen Spielen von Instrumenten Musikhören Musik-Übungen Märchen Diskussion 12 Stunden	32 Vorschulkinder (6 Jahre)	VG signifikante Zunahme an Empathie zu Trainingsende und zum follow-up; KG keine signifikante Zunahme
Kipper et al. 1979	3 VG/1 KG; randomisiert; prä-post; Fremdeinschätzung Accurate Empathy Scale (Truax 1961)	3 Methoden: 1. psychodramatisches Double 2. Reflektion 3. Vorträge 6 Stunden	64 Schulkinder (15 Jahre)	1. Alle 3 VG signifikante Zunahme an Empathie im Vergleich zu KG 2. Bestes Ergebnis erzielt die Methode „psychodramatisches Double“, gefolgt von Reflektion und Vorträge 3. Mädchen erzielen höhere Werte als Buben
Lehman 1973	1 VG/1 KG; randomisiert; prä-post; Fremdeinschätzung (a) Accurate Empathy Scale (Truax 1961), (b) Relationship Inventory Empathic Understanding Scale (Barrett-Lennard 1962)	Modellernen Feedback Verstärkung 16 Stunden	17 männliche Schulkinder (16 Jahre)	VG wird als empathischer eingeschätzt als KG (Signifikanzniveau wird nicht erreicht)
Manger et al. 2001	1 VG/1 KG; prä-post; Selbsteinschätzung (a) Social Skill Rating System (Gresham & Elliot 1990); (b) Olweus' Empathic Responsiveness Questionnaire (Olweus & Endresen 1998)	Modellernen Feedback Rollenspiel 120 Stunden über 1 Jahr	215 Schulkinder (14-15 Jahre)	1. VG signifikante Zunahme der Empathieniveaus; KG keine signifikante Zunahme 2. Kein signifikanter Geschlechtsunterschied

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Pecukonis 1990	1 VG/1 KG; randomisiert; prä-post; Selbsteinschätzung (a) Empathy Test (Hogan 1969), (b) Emotional Empathy Scale (Mehrabian & Epstein 1972)	Empathietraining nach Feshbach 1976, 1978 6 Stunden	24 weibliche Jugendliche (14-17 Jahre)	1. VG Zunahme an affektiver und kognitiver Empathie 2. KG Abnahme in affektiver Empathie und Zunahme in kognitiver Empathie (jedoch weniger als VG)
Wei et al. 2001	2 VG/1 KG; randomisiert; prä-post	2 Methoden: 1. Fall-Diskussionen 2. Rollenspiel 3x in 1,5 Monaten	162 (Vor)Schulkinder (4-10 Jahre)	1. Empathietraining hat das erwünschte Verhalten „Teilen mit anderen“ erhöht 2. Keine Unterschiede zwischen den Methoden 2. Effekt vergrößert sich mit dem Alter der Kinder

1.5. Eltern und Paare

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Angera et al. 2006	2 VG; randomisiert; prä-post; follow-up nach 6 Monaten; Selbsteinschätzung (a) Interpersonal Reactivity Index (Davis 1980); (b+c) Self and Other Dyadic Perspective Taking Scale (Long 1990)	Erklärungen Diskussion Video Übungen Problemlösungstraining Hausaufgaben (nach Ridley & Nelson 1984) 10 Stunden	42 verheiratete und nicht verheiratete Paare	1. Beide VG verbessern sich in ihren empathischen partnerschaftlichen Fähigkeiten 2. Diese Veränderungen sind nach 6 Monaten noch aufrecht
Garland 1981	1 VG/2 KG; randomisiert; Selbsteinschätzung (a) Active Listening Skills Coding System; (b) Inventory of Marital Conflict (Olson & Ryder 1977); (c) Perceptual Accuracy (Schutz 1967)	Vortrag Lernen am Modell Übungen 15 Stunden	19 verheiratete Paare	1. VG gebraucht „listening skills“ nicht öfter als KG 2. VG signifikant höheren Zuwachs an Wahrnehmungsgenauigkeit als KG 3. VG verbessert sich in ihrer Kommunikationswirksamkeit nicht stärker als KG
Guzetta 1976	3 VG/1 KG; randomisiert; prä-post; Fremdeinschätzung selbst entwickelte Messinstrumente	Strukturiertes Lernen (Goldstein 1973) 6 Stunden	37 Mütter mit ihren Kindern	Alle 3 VG signifikant mehr Empathie als KG
Hines et al. 1988	6 VG/2 KG; randomisiert; post; follow-up nach 3 Monaten; Fremdeinschätzung (a) Reflection of Feelings Scale (Bernier 1977); (b) Relationship Inventory Empathic Understanding Scale (Barrett-Lennard 1962)	3 Methoden: 1. didaktisches Training und Modellernen 2. zusätzlich Praxis in empathischem Antworten mit Feedback 3. zusätzlich „doubling“ 10 Stunden	40 verheiratete Paare	1. Training signifikant positiver Effekt auf Empathie; nach 3 Monaten noch aufrecht; aber Abnahme während der 3 Monate 2. VG signifikant höhere empathische Fähigkeiten als KG; 3. keine signifikante Unterschiede zwischen den 3 Trainingsbedingungen
Long et al. 1999	2 VG; randomisiert; prä-post; Selbsteinschätzung (a) Interpersonal Reactivity Index (Davis 1980); (b+c) Self and Other Dyadic Perspective Taking Scale (Long 1990)	Erklärungen Diskussion Video Übungen Problemlösungstraining Hausaufgaben (nach Ridley & Nelson 1984) 10 Stunden	48 unverheiratete Paare	1. Verbesserung der Empathie in beiden VG 2. Veränderungen in der Empathie wirken sich positiv auf die Zufriedenheit in der Partnerschaft aus 3. Generalisierung des empathischen Verstehens auf Beziehungen außerhalb der Partnerschaft
Long et al. 2008	1 VG; Selbsteinschätzung nach jeder Trainingseinheit selbstentwickeltes Empathieinstrument	Erklärungen Diskussion Video Übungen Problemlösungstraining Hausaufgaben (nach Ridley & Nelson 1984) 12 Stunden	32 verheiratete Paare	Signifikanter Zuwachs an Empathie zwischen der 2. und 5. Trainingseinheit

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Therrien 1979	1 VG/1 KG; parallelisiert nach Empathiescores; prä-post; follow-up nach 4 Monaten; Fremdeinschätzung Accurate Empathy Scale (Truax 1961)	Parent Effectiveness Training (PET, Gordon 1970) 24 Stunden	47 Eltern	1. VG erreicht hilfreiche Empathieniveaus; KG erreicht diese Fertigkeiten nicht 2. Empathieniveaus sind nach 4 Monaten noch aufrecht

1.6. Personen im forensischen Bereich

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Jackson et al. 2006	1 VG/1 KG; prä-post; Selbsteinschätzung Emotional Empathy Scale (Mehrabian & Epstein 1972)	Victim Impact Training (VIT) 20 Stunden	69 Ersttäter	1. Keine signifikanten Empathieentwicklungs-Unterschiede zwischen VG und KG 2. Täter mit höheren Schuldlevels berichten eher positive Empathieentwicklung
Janoka et al. 1978	3 VG/3 KG; randomisiert; prä-post; Selbsteinschätzung Index of Communication (Carkhuff 1969)	Interpersonal Communication Training Manual (Day 1973) 12 Stunden	42 Insassen, Wärter, Betreuer	1. Training erhöht Empathie 2. VG hat höheren Empathiegewinn als KG

1.7. Senioren

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Isquick 1981	1 VG/2 KG; randomisiert; prä-post; follow-up nach 4 Wochen; Fremdeinschätzung (a) 2 selbst entwickelte Empathie Indizes; (b) semantic-differential questionnaire (Kogan & Wallach 1961)	Erklärungen Lernen am Modell Übungen 16 Stunden	28 Senioren (52-78 Jahre)	1. VG signifikante Verbesserung in allen Empathie-Messinstrumenten, diese sind nach 4 Wochen noch aufrecht; KG keine Verbesserungen 2. VG signifikanter Zuwachs an Selbstexploration; KG kein signifikanter Zuwachs

Anzahl und Publikationsjahr der empirischen Studie. Insgesamt lassen sich mit unserer Suchstrategie 63 relevante Studien finden. Von den 63 Studien befassen sich laut ihrem Titel 61 mit dem Training von Empathie und zwei mit dem Training von „listening skills“ (Garland, 1981; Olson & Iwasiw, 1987). Der Grossteil der erfassten Studien wurde in den 1970er Jahren veröffentlicht: 25 Studien wurden von 1970 - 1979 publiziert, 16 Studien von 1980 - 1989 und 12 Studien von 1990 -1999. Von 2000 bis 2008 (Stand Juni 2008) wurden basierend auf unseren Suchstrategien 10 relevante Studien gefunden.

Teilnehmerzahl und Personengruppen. Bei einer Bandbreite von neun bis 263 Teilnehmern pro Studie beträgt die durchschnittliche Anzahl an Teilnehmern in den Studien 68. Gruppirt man die Studien nach den untersuchten Personengruppen, dann ergibt sich folgendes Bild: die am häufigsten untersuchte Personengruppe sind Studenten. Hier finden sich insgesamt 27 Studien, wovon 20 Studien mit Studenten in helfenden und sozialen Studienrichtungen und sieben Studien mit Studenten in anderen Studienrichtungen durchgeführt wurden. Weitere 16 Studien untersuchten erwachsene Berufstätige in helfenden Berufen wie zum Beispiel Berater, Therapeuten, Sanitäter und Krankenpflegepersonen. Zehn Studien

wurden mit (Vor)Schulkindern durchgeführt, sieben Studien mit Paaren und Eltern, zwei Studien stammen aus dem forensischen Bereich und eine Studie untersucht die Förderung empathischer Fähigkeiten von Senioren.

Forschungsdesigns. Die in den einzelnen Studien angewandte Methodik konnte von fast allen Studien im Detail durch eine Analyse des Volltextes des publizierten Artikels erhoben werden. Von sechs Studien konnten Angaben über die angewandte Methodik und erzielte Ergebnisse nur den Abstracts entnommen werden (dafür waren in der Regel sprachliche Gründe ausschlaggebend, wie zum Beispiel in türkisch oder chinesisch verfasste Artikel; ein weiterer Studienartikel konnte von den Bibliotheksdiensten nicht im Volltext zur Verfügung gestellt werden). Während die wissenschaftliche Qualität und Angemessenheit der Methodik in den Studien heterogen sind, zeigen viele Studien ein befriedigend hohes wissenschaftliches Niveau. Die meisten Studien (über 70%) weisen eine Kontrollgruppe auf, wovon in fast 50% dieser Studien die teilnehmenden Personen randomisiert auf die Untersuchungsgruppen verteilt sind. Bei über 80% der Studien wurden Empathiemessungen sowohl vor als auch nach dem Training durchgeführt. Die Messung der Empathie erfolgte in der Regel durch Fremdeinschätzungen; weniger als

ein Drittel der Empathiemessungen beruht auf Selbsteinschätzungen der Teilnehmer. Nur ein sehr kleiner Anteil der Studien bedient sich sowohl Fremd- als auch Selbsteinschätzungen.

Messinstrumente. Die am weitaus häufigsten verwendeten Messinstrumente zur Erfassung der Empathie sind die Skalen von Carhuff (1969). Weitere häufig eingesetzte Empathiemessinstrumente stammen von Truax (1961; 1967), Davis (1980) und Mehrabian & Epstein (1972). Einige Untersuchungen verwendeten auf die jeweils untersuchte Personengruppe speziell zugeschnittene Instrumente oder von den Autoren selbst entwickelte Verfahren.

Trainingseffekte. In 59 der 63 Studien zeigt sich ein positiver Trainingserfolg, d.h. eine signifikante Verbesserung bzw. Zunahme der Empathie durch spezifische Trainingsmethoden. Vier Studien, die keinen positiven empathiebezogenen Trainingseffekt finden, wurden mit folgenden Personengruppen durchgeführt: Studenten (Berg, Lonsway, & Fitzgerald, 1999; Borden, Karr, & Caldwell-Colbert, 1988), Geistlichen (Perry, 1975) und erstmaligen Straftätern (Jackson & Bonacker, 2006).

a. Empathieniveau zu Trainingsbeginn. Vier Studien berichten über den Einfluss des Empathieniveaus zu Trainingsbeginn auf den späteren Trainingserfolg und kommen dabei zu inhomogenen Ergebnissen. Bei Personen mit einem eher niedrigen Empathieniveau zu Trainingsbeginn führt ein entsprechendes Training in zwei Studien zu einer signifikant stärkeren Steigerung an Empathie als bei Personen mit höheren Empathieausgangswerten (Bath, 1976; Dereboy, Harlak, Gürel, Gemalmaz, & Eskin, 2005). Truax und Lister (1971) hingegen finden, dass Personen unabhängig von ihren Empathieausgangsniveaus von einem Training profitieren. Steibe (1979) berichtet, dass erfolgreiche Trainingsteilnehmer in ihrer Persönlichkeit ein bereits höheres Empathieniveau aufweisen. Während Dereboy und Kollegen (2005) eine hohe Empathietendenz zu Trainingsbeginn als hinderlich für eine positive signifikante Veränderung der Empathiewerte konstatieren. Einen möglichen Einfluss des Empathieniveaus von Trainern auf den Erfolg des Empathietrainings findet Perry (1975) und diskutieren Nerdrum und Kollegen (2003).

b. Trainingsmethode. Die in den Studien verwendeten Trainingsmethoden zur Steigerung von Empathie beinhalten zumeist eine Mischung aus sowohl didaktischen als auch experientialen Elementen wie zum Beispiel Vorträgen, Erklärungen, Audio- und Videoaufzeichnungen, Modellernen, Rollenspielen, Übungen und Diskussionen. In einer Studie wird ein von den Autoren selbst entwickeltes Spiel als Empathietrainingsmethode verwendet (Barak, 1990). In 11 der 63 Studien wurden explizit verschiedene Trainingsmethoden zur Steigerung von Empathie miteinander verglichen. Die Vergleiche bezogen sich zumeist auf den Unterschied zwischen didaktischen und experientialen Trainingsmethoden bzw. den Unterschied zwischen kognitions- und emotionsorientierten Methoden. Sieben der 11 Vergleichsstudien kommen dabei zu keinem signifikanten Unterschied in der Effizienz der einzelnen Trainingsmethoden (Bath, 1976; Crabb, Moracco, & Bender, 1983; Dalton & Sundblad, 1976;

Hines & Hummel, 1988; Hodge, Payne, & Wheeler, 1978; Kimberlin & Friesen, 1977; Wei & Li, 2001). Zeigen sich Unterschiede (in den restlichen vier der 11 Vergleichsstudien), dann erweisen sich Rollenspiele und Modellernen den Vorträgen und Diskussionen überlegen (Erera, 1997; Kalliopuska & Tiitinen, 1991; Kelly, Reavis, & Latham, 1977; Kipper & Ben-Ely, 1979).

c. Trainingsdauer. Die Dauer des Empathietrainings ist nicht in allen Studien explizit angegeben. Wenn sie erwähnt wurde, reichte die Bandbreite der Trainingsdauer von 45 Minuten bis zu 120 Stunden. In der überwiegenden Mehrheit der Studien beträgt die Trainingsdauer jedoch weniger als 20 Stunden. Der Einfluss der Trainingsdauer auf die Wirksamkeit von Empathietrainings wurde in einer der Studien explizit untersucht (sechs versus 12 Stunden Training) und erwies sich als nicht einflussreich auf das Trainingsergebnis (Steibe et al., 1979).

d. Langzeiteffekte. Elf der Studien beinhalteten eine follow-up Untersuchung und untersuchten die Frage, inwieweit Empathieeffekte nach dem Training anhalten. In allen dieser Studien war ein positiver Trainingseffekt zum jeweiligen Zeitpunkt des Follow-up noch vorhanden, wobei die follow-up Messungen kurzfristig (zwischen einem und drei Monaten, sechs Studien, (Crabb et al., 1983; A. P. Goldstein & Goedhart, 1973; Goud, 1975; Hines & Hummel, 1988; Isquick, 1981; Redman, 1977), mittelfristig (zwischen vier Monaten und einem Jahr, drei Studien, (Angera & Long, 2006; Kalliopuska & Ruokonen, 1993; Therrien, 1979) und langfristig stattfanden (bis zu drei Jahre nach Trainingsende, zwei Studien, (Nerdrum, 1997; Poole & Sanson-Fisher, 1980). In zwei der elf Studien mit follow-up Untersuchung wurde eine Verringerung der durch das Training vermittelten Empathiesteigerung über die Zeit beobachtet (Hines & Hummel, 1988; Poole & Sanson-Fisher, 1980).

Diskussion

Empathisches Zuhören und Verstehen ist das vielleicht fundamentalste Prinzip der Psychotherapie, das von unterschiedlichen Psychotherapieformen und von praktizierenden Psychotherapeuten verschiedenster Orientierungen geteilt wird (Strupp, 1996). So wird von personenzentrierten Therapeuten angenommen, dass Empathie zu einem funktionaleren Selbstkonzept aber auch zu positiven Veränderungen in den Beziehungen zu anderen führt. Sie erhöht unter anderem die Selbstakzeptanz und Selbstkongruenz und verringert destruktive Gefühle wie Selbstkritik und Scham. Therapie hilft Klienten bei der Entwicklung von Selbst-Empathie. Durch die Empathie des Therapeuten lernen Klienten, sich selbst gegenüber empathischer zu sein und entwickeln in der Folge größeres Selbstverständnis, eine bessere Symbolisierung ihrer Erfahrungswelt und mehr Empathie für andere (Bohart et al., 1997).

Die Förderung und Steigerung der Empathiefähigkeit von Psychotherapeuten ist daher ein wesentlicher Bereich in der Schulung

von Psychotherapie. Es existieren etliche Trainingsprogramme, die das Training von Empathie als Komponente innerhalb eines breiten Spektrums an therapeutischen Fertigkeiten beinhalten (siehe zum Beispiel Carkhuff, 1969; Feshbach, 1976, 1978; A. P. Goldstein & Michaels, 1985; Hargie, 1997; Hill & O'Brien, 1999; Ivey & Authier, 1978; Kagan, 1984; Neufeldt, 1999). Dabei gelten drei dieser empathierelevanten Programme in der Psychotherapieausbildung als gut etabliert, Human Resource Training und Human Resource Development (Carkhuff, 1969; C. B. Truax & Carkhuff, 1967), Microcounseling (Ivey & Authier, 1978) und Interpersonal Process Recall (Kagan, 1984). Eine 1990 durchgeführte Analyse von Effektivitätsstudien dieser Trainings bestätigt die Effektivität aller drei Programme, und zwar abnehmend in der genannten Reihenfolge (Baker, Daniels, & Greeley, 1990; Lambert, Ogles, & Watkins, 1997).

Die im Ergebnisteil dieses Artikels zusammengefassten Studien zeigen, dass in der wissenschaftlichen Literatur der vergangenen Jahrzehnte Trainings zur Steigerung von Empathie weit über psychotherapeutische Ausbildungsprogramme hinaus eine Rolle spielen. Empathiebezogene Wirksamkeitsuntersuchungen edukativer Interventionen wurden in sehr verschiedenen Settings und mit unterschiedlichsten Personengruppen durchgeführt. So zielt ein großer Anteil der Forschung auf Trainingsprogramme zur Empathieentwicklung in erziehungsrelevanten Settings wie Familien, Schulen und Universitäten ab. Die Wirksamkeit von empathiebezogenen Trainingsprogrammen wurde jedoch auch bei Paaren, bei im Gesundheitswesen Tätigen (neben Psychotherapeuten zum Beispiel bei Medizinern und Pflegekräften) und nicht zuletzt auch bei Straftätern (hier meist bei Sexualstraftätern mit mangelndem Empathieempfinden) untersucht. Empathiebezogene Trainingsprogramme werden bisweilen mit anderen Trainingszielen verbunden und sind dann Teil eines umfassenderen Programms. So wird etwa bei Kindern und Jugendlichen Empathie häufig im Rahmen der Entwicklungsförderung allgemeinen Sozialverhalten trainiert. Hier beinhalten viele Programme Empathietraining als eine von mehreren Komponenten (Goldstein, Glick, & Gibbs, 1998; Pecukonis, 1990).

Alle bis auf vier der in die Ergebnisse aufgenommenen 63 Studien kommen zum Resultat, dass Empathie durch entsprechendes Training erhöht werden kann. Eine genauere Betrachtung dieser vier Studien ohne positives Trainingsergebnis (Berg et al., 1999; Borden et al., 1988; Jackson & Bonacker, 2006; Perry, 1975) weist darauf hin, dass vor allem die angewandte didaktische Methode dazu führen kann, dass keine Empathiesteigerung auftritt. In drei dieser vier Studien kommen als Intervention ausschließlich kurze didaktische Vorträge zum Einsatz, und es finden weder Modellernen, Rollenspiele noch angewandte Übungen statt, die in den meisten Empathietrainings einen zentralen Aspekt darstellen. Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass passiver kognitiver Wissenserwerb durch didaktische Vorträge allein zu wenig ist, um eine Zunahme an empathischem Verhalten zu erzielen (siehe dazu auch Borden et al., 1988; Kipper & Ben-Ely, 1979; Perry, 1975).

In Bezug auf die vermittelten Trainingsinhalte kommen Nerdrum und Ronnestad (2003) zum Schluss, dass Trainings effektiver sind, wenn sie sowohl auf kognitive wie auch auf affektive Phänomene der Empathie fokussieren. Dass Trainingsprogramme nicht nur auf die affektive Dimension von Empathie abzielen sollen, legen auch die Ergebnisse von Kimberlin & Friesen (1977) nahe. Menschen mit geringerem begrifflichem Vermögen können nämlich auf komplexe, ambivalente Klienteninformation weniger empathisch reagieren als Personen mit höherem begrifflichem Vermögen.

Neben didaktischen Aspekten und den vermittelten Lerninhalten beeinflussen auch Merkmale der Trainer und der Lernenden die Wirksamkeit von Trainings zur Steigerung der Empathie. Wie die verschiedenen Studienergebnisse zeigen, lassen sich diese Einflüsse auf die Effektivität von Empathietrainings nicht immer eindeutig einer der beiden Seiten in der Dynamik des Lehrens und Lernens von Empathie zuordnen und entspringen vielmehr der in der Lernbeziehung stattfindenden Interaktion. So beeinflusst etwa die Empathiefähigkeit von Trainern und Seminarleitern die Wirksamkeit dieser Trainings (Nerdrum & Ronnestad, 2003). Lernende mit hoch empathischen Modellen sind empathischer als Lernende, deren Modelle eine nur geringere Empathiefähigkeit aufweisen (Perry, 1975). Dieser Effekt wird jedoch auch von der Wahrnehmungsfähigkeit der Lernenden beeinflusst. Personen, welche die empathischen Fähigkeiten ihrer Trainer stärker wahrnehmen, profitieren mehr von Empathietrainings als andere (Steibe et al., 1979). Insgesamt legen diese Ergebnisse nahe, dass Lernen über Empathie insbesondere dann gefördert wird, wenn die Teilnehmer in der Interaktion mit dem Trainer konkrete Erfahrungen davon machen können, was Empathie ist (siehe auch Nerdrum & Ronnestad, 2003).

Eine Diskussion wissenschaftlicher Studien zur Wirksamkeit von Trainings zur Empathiesteigerung wäre unvollständig, ohne die möglichen Limitationen dieser Trainings zu benennen. Künftige Forschung sollte dieser Limitationen gewahr sein und die damit verbundenen Kritikpunkte systematisch untersuchen. Dies betrifft etwa die folgenden Frage: Welche Art von Empathie lernen Teilnehmer an Empathietrainings tatsächlich und woran wird der Erfolg dieser Trainings gemessen? Kritiker wenden ein, dass Teilnehmer in Trainingsprogrammen eher empathisch zu antworten lernen als ein echtes, volles empathisches Erfahren mit Klienten (Bohart et al., 1997; Gladstein, 1983). Häufig werden dieselben Empathieskalen (Carkhuff, 1969; C. B. Truax & Carkhuff, 1967), die später zur Messung des Trainingserfolgs verwendet werden, bereits explizit zum Trainieren der Teilnehmer eingesetzt (Fine & Therrien, 1977). Dies kann zu einer problematischen Reduzierung von Lernprozessen führen und dazu, dass die Teilnehmer ein oberflächliches und auf bloße Technik eingeeengtes Verständnis von Empathie entwickeln.

Eine weitere für die Effektivität von Empathietrainings wichtige Frage ist, ob darin auch gelernt wird, in welchen Situationen Empathie angemessen ist -- und wann dies eben nicht der Fall ist. Dies wird am fiktiven Polizeipsychologen Max Munzl in der Fernsehserie

Dr. Psycho deutlich, dessen Interventionsversuche bisweilen zu Eskalationen führen anstatt Konflikte zu klären und Spannungen zu begrenzen. Der Darsteller hinter Max Munzl begründet diese unglücklichen Konsequenzen damit, dass Munzl „sich einer gewissen Empathie hingibt“ – dies aber in Situationen, in denen auch anderes gefragt ist (Priesching, 2008). Während Empathie in Trainings also gesteigert werden kann, sind auch situative Aspekte bei der Verwirklichung von Empathie wichtig und wie Empathie angemessen zum Ausdruck gebracht wird.

Kann Empathie trainiert werden? Seit den 1970er Jahren wurde eine beachtliche Anzahl an Evaluationsstudien zu Wirksamkeit und Effekten von Empathietrainings bei sehr verschiedenen Personengruppen durchgeführt. Wiewohl die weitaus meisten dieser Studien zum Ergebnis positiver Effekte im Sinne einer Empathiesteigerung finden, erschwert dennoch die große Variation an verwendeten Trainingsmethoden und Messinstrumenten einen systematischen Vergleich der Ergebnisse. Wichtige Fragen sind offen geblieben,

wie etwa nach der optimalen Länge der Trainings, der effektivsten Vermittlungsmethode und den geeignetsten Messinstrumenten zur Erfassung von Trainingseffekten (Reynolds, Scott, Jessiman, & Reynolds, 1999). Liegen etwa den verschiedenen Dimensionen von Empathie unterschiedliche Lernprozesse zugrunde, und wie können diese Prozesse jeweils am besten vermittelt werden? Wie lassen sich tiefe empathische Fähigkeiten vermitteln, die über ein oberflächliches und technisches Verständnis von Empathie hinausgehen? Und schließlich, weil ein mehr an Empathie gleichzeitig nicht immer auch „besser“ bedeutet, wie lässt sich ein situations- und interaktionsbezogenes differenziertes Verständnis von Empathie vermitteln? Systematische Antworten auf diese Fragen bleiben Aufgabe der künftigen Empathieforschung. Vertreter der personenzentrierte Therapie, welche die Empathie ins Zentrum ihres Persönlichkeitsmodells und ihrer Arbeitsweise stellt, könnten dabei eine bedeutende Rolle spielen.

Literatur

- Ancel, G. (2006). Developing empathy in nurses: An inservice training program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(6), 249–257.
- Angera, J. J., & Long, E. C. J. (2006). Qualitative and quantitative evaluations of an empathy training program for couples in marriage and romantic relationships. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 5(1), 1–26.
- Anthony, W. A., & Wain, H. J. (1971). An investigation of the outcome of empathy training for medical corpsmen. *Psychological Aspects of Disability*, 18(2), 86–88.
- Baker, S. B., Daniels, T. G., & Greeley, A. T. (1990). Systematic training of graduate-level counselors: Narrative and meta-analytic reviews of three major programs. *Counseling Psychologist*, 18(3), 355–421.
- Banks, G. P. (1976). The effects of empathy training on staff members of a community based vocational development program for Black students. *Journal of Negro Education*, 45(3), 306–311.
- Barak, A. (1990). Counselor training in empathy by a game procedure. *Counselor Education and Supervision*, 29(3), 170–178.
- Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs*, 76(43, Whole No. 562).
- Bath, K. E. (1976). Comparison of brief empathy training methods. *Perceptual and Motor Skills*, 43(3), 925–926.
- Berg, D. R., Lonsway, K. A., & Fitzgerald, L. F. (1999). Rape prevention education for men: The effectiveness of empathy-induction techniques. *Journal of College Student Development*, 40(3), 219–234.
- Bernier, J. E. (1977). *A psychological education intervention for teacher development*. Dissertation Abstracts International, 37, 6266A.
- Black, H., & Phillips, S. (1982). An intervention program for the development of empathy in student teachers. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 112(2), 159–168.
- Bohart, A. C., & Greenberg, L. S. (1997). Empathy: Where are we and where do we go from here? In Bohart, A. C., Greenberg, L. S. (Eds.) *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. (pp. 419–449). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Borden, L. A., Karr, S. K., & Caldwell-Colbert, A. T. (1988). Effects of a university rape prevention program on attitudes and empathy toward rape. *Journal of College Student Development*, 29(2), 132–136.
- Braten, S. (2007). *On being moved: From mirror neurons to empathy*. Amsterdam, Netherlands: John Benjamins Publishing Company.
- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and human relations: A primer for lay and professional helpers: I. Selection and training*. Oxford, England: Holt, Rinehart & Winston.
- Comrey, A. L. (1970). *Comrey personality scales. Manual*. San Diego, California: Educational and Industrial Testing Service.
- Constantine, M. G. (2001). Multicultural training, theoretical orientation, empathy, and multicultural case conceptualization ability in counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 23(4), 357–372.
- Crabb, W. T., Moracco, J. C., & Bender, R. C. (1983). A comparative study of empathy training with programmed instruction for lay helpers. *Journal of Counseling Psychology*, 30(2), 221–226.
- Dalton, R. F., & Sundblad, L. M. (1976). Using principles of social learning in training for communication of empathy. *Journal of Counseling Psychology*, 23(5), 454–457.
- Davis, M. H. (1980). *A multidimensional approach to individual differences in empathy*. Unpublished manuscript.
- Deitz, S. R., Blackwell, K. T., Daley, P. C., & Bentley, B. J. (1982). Measurement of empathy toward rape victims and rapists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(2), 372–384.
- Dereboy, C., Harlak, H., Gürel, S., Gemalmaz, A., & Eskin, M. (2005). Tip Eğitimi Esduyumu Öğretmek. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(2), 83–89.

- Dökmen, Ü. (1988). A new measurement model of empathy and developing empathy by using psychodrama. *Journal of Education, Faculty of Ankara University, 21*, 155–190.
- Dubé, M., Pellerin, A., & Dubois, G. (1987). L'Entraînement à l'empathie et le style de valorisation. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des Sciences du comportement, 19*(1), 16–24.
- Dustin, R. (1973). Teachers versus counselors: Differential effects of empathy training. *School Counselor, 21*(1), 40–44.
- Erera, P. I. (1997). Empathy training for helping professionals: Model and evaluation. *Journal of Social Work Education, 33*(2), 245–260.
- Escrivá, V. M., Delgado, E. P., & García, P. S. (1999). Programas de intervención en el desarrollo moral: Razonamiento y empatía. *Revista Latinoamericana de Psicología, 31*(2), 251–270.
- Feighny, K. M., Monaco, M., & Arnold, L. (1995). Empathy training to improve physician-patient communication skills. *Academic Medicine: Journal of The Association of American Medical Colleges, 70*(5), 435–436.
- Fernandez-Olano, C., Montoya-Fernandez, J., & Salinas-Sánchez, A. S. (2008). Impact of clinical interview training on the empathy level of medical students and medical residents. *Medical Teacher, 30*(3), 322–324.
- Feshbach, N. D. (1976). Empathy in children: Some theoretical and empirical considerations. *Counseling Psychologist, 4*, 25–30.
- Feshbach, N. D. (1978). Studies of empathic behavior in children. *Progress in Experimental Personality Research, 8*, 1–47.
- Feshbach, N. D., & Feshbach, S. (1982). Empathy training and the regulation of aggression: Potentialities and limitations. *Academic Psychology Bulletin, 4*(3), 399–413.
- Feshbach, N. D., & Roe, K. (1968). Empathy in six- and seven-year-olds. *Child Development, 39*, 133–145.
- Fine, V. K., & Therrien, M. E. (1977). Empathy in the doctor-patient relationship: Skill training for medical students. *Journal of Medical Education, 52*(9), 752–757.
- Foubert, J. D., & Newberry, J. T. (2006). Effects of two versions of an empathy-based rape prevention program on fraternity men's survivor empathy, attitudes, and behavioral intent to commit rape or sexual assault. *Journal of College Student Development, 47*(2), 133–148.
- Fraser, J. A., & Vitro, F. T. (1975). The effects of empathy-training on the empathic response levels and self-concepts of students in a teacher-training program. *Canadian Counsellor, 10*(1), 25–28.
- Frauenfelder, K., & Frauenfelder, J. (1984). The effect of brief empathy training for student hotline volunteers. *Crisis Intervention, 13*(3), 96–103.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind*. New York: Basic Books.
- Gardner, H. (1999). *The disciplined mind*. New York: Simon & Schuster.
- Garland, D. R. (1981). Training married couples in listening skills: Effects on behavior, perceptual accuracy and marital adjustment. *Family Relations, 30*(2), 297–306.
- Gazda, G. M., & et al. (1977). *Human Relations Development: A Manual for Educators. Second Edition*.
- Gerrard, B. A., & Buzzel, E. M. (1980). *User's manual for the behavioral test of interpersonal skills for health professionals*. Reston, VA: Reston.
- Giannetti, V.-J. (1986). The effect of empathy training upon pharmacy student response styles. *American Journal of Pharmaceutical Education, 50*(3), 261–264.
- Gladstein, G. A. (1983). Understanding empathy: Integrating counseling, developmental, and social psychology perspectives. *Journal of Counseling Psychology, 30*(4), 467–482.
- Goldstein, A. P., Glick, B., & Gibbs, J. (1998). *Aggression replacement training: A comprehensive intervention for aggressive youth (revised edition)*. Champaign, IL: Research Press.
- Goldstein, A. P., & Goedhart, A. (1973). The use of structured learning for empathy enhancement in paraprofessional psychotherapist training. *Journal of Community Psychology, 1*(2), 168–173.
- Goldstein, A. P., & Michaels, G. Y. (1985). *Empathy: development, training, & consequences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York, NY, England: Bantam Books, Inc.
- Goud, N. H. (1975). Effects of empathy training on undergraduate education majors. *Humanist Educator, 13*(3), 121–127.
- Gray, B., Nida, R. A., & Coonfield, T. J. (1976). Empathic listening test: An instrument for the selection and training of telephone crisis workers. *Journal of Community Psychology, 4*(2), 199–205.
- Greif, E. B., & Hogan, R. (1973). The theory and measurement of empathy. *Journal of Counseling Psychology, 20*(3), 280–284.
- Gresham, F. M., & Elliot, S. N. (1990). *Social Skills Rating System. Manual*. Unpublished manuscript.
- Guerney, B. G. (1977). *Relationship enhancement*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Guzzetta, R. A. (1976). Acquisition and transfer of empathy by the parents of early adolescents through structured learning training. *Journal of Counseling Psychology, 23*(5), 449–453.
- Hargie, O. D. W. (1997). Training in communication skills: Research theory and practice. In O. D. W. Hargie (Ed.), *The handbook of communication skills* (pp. 473–482). London: Routledge.
- Haynes, L. A., & Avery, A. W. (1979). Training adolescents in self-disclosure and empathy skills. *Journal of Counseling Psychology, 26*(6), 526–530.
- Henderson, M. C. (1989). A comparison of two approaches to empathy training. *Nurse Educator, 14*(1), 23.
- Herbek, T. A., & Yammarino, F. J. (1990). Empathy training for hospital staff nurses. *Group & Organization Studies, 15*(3), 279–295.
- Hill, C. E., & O'Brien, K. M. (1999). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Hines, M. H., & Hummel, T. J. (1988). The effects of three training methods on the empathic ability, perceived spousal empathy, and marital satisfaction of married couples. *Person-Centered Review, 3*(3), 316–336.
- Hodge, E. A., Payne, P. A., & Wheeler, D. D. (1978). Approaches to empathy training: Programmed methods versus individual supervision and professional versus peer supervisors. *Journal of Counseling Psychology, 25*(5), 449–453.
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 33*(3), 307–316.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Veloksi, J. J., & Magee, M. (2002). The Jefferson scale of physician empathy: Further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Academic Medicine: Journal of The Association of American Medical Colleges, 77*(10 Suppl), 58–60.
- Iacoboni, M. (2007). Face to face: The neural basis of social mirroring and empathy. *Psychiatric Annals, 37*(4), 236–241.
- Isquick, M. F. (1981). Training older people in empathy: Effects on empathy, attitudes, and self-exploration. *International Journal of Aging & Human Development, 13*(1), 1–14.
- Ivey, A. E., & Authier, J. (1978). *Microcounseling: Innovations in interviewing, counseling, psychotherapy, and psychoeducation. (2nd ed)*. Oxford, England: Charles C Thomas.
- Ivey, A. E., Ivey, M. B., & Simek-Downing, L. (1987). *Counseling and Psychotherapy (2nd ed.)*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Jackson, A. L., & Bonacker, N. (2006). The effect of victim impact training programs on the development of guilt, shame and empathy among offenders. *International Review of Victimology*, 13(3), 301–324.
- Jacobs, D. (1981). Successful empathy training. *Journal of Humanistic Psychology*, 21(4), 39.
- Janoka, C., & Scheckenbach, A. (1978). Empathy training with inmates and staff utilizing the Carkhuff model. *Corrective & Social Psychiatry & Journal of Behavior Technology, Methods & Therapy*, 24(1), 6–12.
- Johnson, D. W., Johnson, R., & Anderson, D. (1983). Social interdependence and classroom climate. *Journal of Psychology*, 114(1), 135.
- Kagan, N. (1984). Interpersonal process recall: Basic methods and recent research. In D. Larson (Ed.), *Teaching psychological skills: Models for giving psychology away* (pp. 229–244). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Kalliopuska, M., & Ruokonen, I. (1986). Effects of music education on development of holistic empathy. *Perceptual and Motor Skills*, 62(1), 187–191.
- Kalliopuska, M., & Ruokonen, I. (1993). A study with a follow-up of the effects of music education on holistic development of empathy. *Perceptual and Motor Skills*, 76(1), 131–137.
- Kalliopuska, M., & Tiitinen, U. (1991). Influence of two developmental programmes on the empathy and prosociability of preschool children. *Perceptual and Motor Skills*, 72(1), 323–328.
- Kelly, E., Reavis, C., & Latham, W. (1977). A study of two empathy training models in elementary education. *Journal of Instructional Psychology*, 4(4), 40–46.
- Kimberlin, C., & Friesen, D. (1977). Effects of client ambivalence, trainee conceptual level, and empathy training condition on empathic responding. *Journal of Counseling Psychology*, 24(4), 354–358.
- Kipper, D.-A., & Ben-Ely, Z. (1979). The effectiveness of the psychodramatic double method, the reflection method, and lecturing in the training of empathy. *Journal of Clinical Psychology*, 35(2), 370–375.
- Kogan, N., & Wallach, M. A. (1961). Age changes in values and attitudes. *Journal of Gerontology*, 16, 272–280.
- Lambert, M. J., Ogles, B. M., & Watkins, C. E., Jr. (1997). The effectiveness of psychotherapy supervision. In *Handbook of psychotherapy supervision*. (pp. 421–446). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- LaMonica, E. L., Carew, D. K., Winder, A. E., Haase, A. M., & Blanchard, K. H. (1976). Empathy training as the major thrust of a staff development program. *Nursing Research*, 25(6), 447–451.
- LaMonica, E. L., Carew, D. K., Winder, A. E., Haase, A. M., & Blanchard, K. H. (1977). Empathy training. *Nursing Mirror*, 145(8), 22–25.
- Lehman, J.-D. (1973). The effects of empathy training on high school students' response to tutoring. *Tennessee Education*, 3(3), 24–25.
- Long, E. C. (1990). Measuring dyadic perspective-taking: Two scales for assessing perspective-taking in marriage and similar dyads. *Educational and Psychological Measurement*, 50(1), 91–103.
- Long, E. C. J., Angera, J. J., Carter, S. J., Nakamoto, M., & Kalso, M. (1999). Understanding the one you love: A longitudinal assessment of an empathy training program for couples in romantic relationships. *Family Relations*, 48(3), 235–242.
- Long, E. C. J., Angera, J. J., & Hakoyama, M. (2008). Transferable principles from a formative evaluation of a couples' empathy program. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 7(2), 88–112.
- Manger, T., Eikeland, O.-J., & Asbjørnsen, A. (2001). Effects of social-cognitive training on students' empathy. *Swiss Journal of Psychology/Schweizerische Zeitschrift für Psychologie/Revue Suisse de Psychologie*, 60(2), 82–88.
- Mayer, J., Salovey, P., & Caruso, D. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197–215.
- Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40(4), 525–543.
- Nerdrum, P. (1997). Maintenance of the effect of training in communication skills: A controlled follow-up study of level of communicated empathy. *British Journal of Social Work*, 27(5), 705–722.
- Nerdrum, P., & Lundquist, K. (1995). Does participation in communication skills training increase student levels of communicated empathy? A controlled outcome study. *Journal of Teaching in Social Work*, 12(1/2), 139–157.
- Nerdrum, P., & Ronnestad, M. H. (2003). Changes in therapists' conceptualization and practice of therapy following empathy training. *Clinical Supervisor*, 22(2), 37–61.
- Neufeldt, S. A. (1999). *Supervision Strategies for the First Practicum. Second Edition*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Olson, J. K., & Iwasiw, C. L. (1987). Effects of a training model on active listening skills of post-RN students. *Journal of Nursing Education*, 26(3), 104–107.
- Olson, D., & Ryder, R. (1977). *Inventory of marital conflict: Procedure manual*. St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Olweus, D., & Endresen, I. M. (1998). The importance of sex-of-stimulus object: Age trends and sex differences in empathic responsiveness. *Social Development*, 7(3), 370–388.
- Pecukonis, E. V. (1990). A cognitive/affective empathy training program as a function of ego development in aggressive adolescent females. *Adolescence*, 25(97), 59–76.
- Perry, M. A. (1975). Modeling and instructions in training for counselor empathy. *Journal of Counseling Psychology*, 22(3), 173–179.
- Poole, A. D., & Sanson-Fisher, R. W. (1980). Long-term effects of empathy training on the interview skills of medical students. *Patient Counseling and Health Education*, 2(3), 125–127.
- Priesching, D. (2008, 21./22. Juni). Lieber Freund und Hosenscheißer. *Der Standard*, Wien.
- Redman, G. L. (1977). Study of the relationship of teacher empathy for minority persons and inservice human relations training. *Journal of Educational Research*, 70(4), 205–210.
- Reynolds, W. J., Scott, B., Jessiman, W. C., & Reynolds, W. (1999). Empathy has not been measured in a clients' terms or effectively taught: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1177–1185.
- Rizzolatti, G., Fogassi, L., & Gallese, V. (2006). Mirrors in the mind. *Scientific American*, 295(5), 54–61.
- Rizzolatti, G., Sinigaglia, C., & Anderson, F. (2008). *Mirrors in the brain: How our minds share actions and emotions*. New York, NY: Oxford University Press.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *Counseling Psychologist*, 5(2), 2–10.
- Schuman, H., & Harding, J. (1963). Sympathetic identification with the underdog. *Public Opinion Quarterly*, 27(2), 230–241.
- Schutz, W. (1967). *The FIRO scales: Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.
- Smith, M. S., & Walker, W. J. (1984). Empathy training for nursing students. *Journal of the New York State Nurses Association*, 15(1), 17–25.
- Steibe, S. C., Boulet, D. B., & Lee, D. C. (1979). Trainee trait empathy, age, trainer functioning, client age and training time as discriminators of successful empathy training. *Canadian Counsellor*, 14(1), 41–46.
- Stokes, J. P., & Lautenschlager, G. (1978). Development and validation of the Counselor Response Questionnaire. *Journal of Counseling Psychology*, 25(2), 157–163.

- Strupp, H. H. (1996). Some salient lessons from research and practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(1), 135–138.
- Therrien, M. E. (1979). Evaluating empathy skill training for parents. *Social Work*, 24(5), 417–419.
- Truax, C. (1961). A scale for the measurement of accurate empathy. *Psychiatric Institute Bulletin (Wisconsin Psychiatric Institute, University of Wisconsin)*, 1, 12.
- Truax, C. B., & Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice*. Hawthorne, NY, US: Aldine Publishing Co.
- Truax, C. B., & Lister, J. L. (1971). Effects of short-term training upon accurate empathy and non-possessive warmth. *Counselor Education and Supervision*, 10(2), 120–125.
- Wei, Y., & Li, Y. (2001). The experimental research on the influence of different empathy training methods on children's sharing behavior. *Psychological Science (China)*, 24(5), 557–562.

Autoren:

Gerlinde Berghofer, *Klinische Psychologin und personenzentrierte Psychotherapeutin, wissenschaftliche und klinische Tätigkeit im psychiatrischen Bereich, psychotherapeutische und psychiatrische Publikationen, verantwortlich für Qualitätssicherung im Kuratorium für Psychosoziale Dienste Wien, Adjunct Professor an der Webster University in Wien.*

Tijana Gonja, *geboren in Serbien, aufgewachsen in Budapest, Studium am Deree American College of Greece und an der Webster University in Wien, derzeit Studium der Psychologie (Schwerpunkt Klinische Psychologie und Forschungsmethoden) und der Statistik an der Universität Wien und Wirtschaftsuniversität Wien.*

Thomas Oberlechner, *Senior Research Professor und Psychology Department Head an der Webster University in Wien, Publikationen im Bereich der Psychotherapie, Sozial- und Wirtschaftspsychologie, personenzentrierter Psychotherapeut, klinischer Psychologe, Lehrtherapeut der VRP.*

Kontaktadresse:

Thomas Oberlechner, *Department of Psychology, Webster University, Berchtoldgasse 1, 1220 Wien, E-Mail: oberlechner@webster.ac.at*

Herta Krismer-Eberharter & Jobst Finke

Personzentrierte Arbeit mit Märchen

Zusammenfassung: *Wie bei der Arbeit mit Träumen stellt sich bei der personzentrierten Arbeit mit Märchen zunächst die Frage nach deren Voraussetzung und Indikation sowie nach ihrer besonderen Wirkweise. Es werden die Grundzüge und die Prinzipien der Arbeit mit Märchen erörtert und sodann anhand einer Fallskizze veranschaulicht. Die spezifische Verminderung der Abwehr und die Vertiefung der Selbstexploration werden als Ergebnis im Zusammenhang mit der Symptomreduktion diskutiert.*

Schlüsselwörter: *Bilddenken, Phantasie, Symbolik, Selbstexploration, hermeneutische Regeln.*

Abstract: Person-centered working with tales. *The conditions and the indication of working with tales in client-centered therapy are described. The principles of working with tales are pointed out and demonstrated in a case-history. The outcome of the therapy is discussed in regard of reduction of symptoms as well as extension of the self-exploration of the client.*

Keywords: *Thinking within images, fantasy, symbolism, self-exploration, hermeneutic rules.*

1. Problemstellung

Immer wieder stellt sich für den praktizierenden Therapeuten die Frage, wie er das therapeutische Gespräch konstruktiver gestalten, wie er die Selbstexploration seines Klienten vertiefen und wie er das Erleben des Klienten im therapeutischen Prozess aktivieren kann. Hier bietet es sich nicht selten an, das Gespräch zwischen Therapeut und Klient an einem besonderen Medium sich entfalten zu lassen.

Für die Personzentrierte Psychotherapie ist, wie für andere Verfahren auch, konzeptionell wie praktisch die Einführung besonderer Medien, wie etwa bei der kreativen Gestaltung (N. Rogers, 2002; Gaul & Wewalka, 2008) oder der Arbeit am Körper (Korbei, 2002; Teichmann-Wirth, 2002) oder der Arbeit mit Träumen (Keil, 2002; Finke 2004), nichts Ungewöhnliches. Im therapeutischen Prozess hat das Märchen, ähnlich wie die Traumerzählung, gewissermaßen eine Transmissionsfunktion für die Selbstexploration, die Gefühlsaktivierung, die Anregung von Phantasie und Kreativität im Umgang mit der eigenen Problematik. Es soll so das therapeutische Gespräch inspiriert und ein besonderer Zugang zur „inneren Welt des Klienten“ (Rogers, 1977, S. 20) eröffnet werden. Was das für die Arbeit mit Märchen im Einzelnen bedeutet, soll im Folgenden noch ausführlich zur Sprache kommen. Die verfahrensspezifische Art der Personzentrierten Therapie wird durch die Einführung eines solchen Mediums kaum verändert, sodass hier auch nicht die Aufgabe einer Integration oder auch nur Addition eines anderen Verfahrens und

damit auch nicht eine Änderung der verfahrensspezifischen Rolle des Therapeuten ansteht.

1.1. Warum Arbeit mit Märchen in der Personzentrierten Psychotherapie?

Die Arbeit mit Märchen ist ja vor allem aus der Jung'schen Schule bekannt (z. B. Kast, 1986). Aber auch für die Personzentrierte Psychotherapie ist der Einsatz von Märchen kein Widerspruch, vielmehr lässt er sich mit vielen Aspekten der personzentrierten Störungs- und Therapie theorie gut vereinbaren. Das soll im Folgenden deutlich werden.

Bei den Gründen für den Einsatz von Märchen als in der Personzentrierte Psychotherapie finden sich solche, die der Traum der Therapie mit dem Märchen gemeinsam hat. Aber im Unterschied zum Traum ist das Märchen keine individuelle, sondern eine kollektive Imagination, eine Gestaltung der Phantasie, die aus einer langen Erzähltradition hervorgegangen ist. So gibt es auch besondere Gründe für den Einsatz von Märchen. Die wesentlichen sollen hier genannt werden.

- **Die erlebnisaktivierende Kraft der Bilder**

Märchen wirken durch die Eindringlichkeit ihrer Bilder erlebnisaktivierend. Die markanten, prototypischen Figuren und die plastischen Szenen sprechen unsere Gefühle unmittelbar an und evozieren die

Projektion eigener Probleme. Dabei sind viele Märchenbilder und -figuren mit dem Erleben der Kindheit verbunden und sie erwecken schon dadurch in uns sehr ursprüngliche Erlebniskonfigurationen. Die Bildsprache des Märchens eröffnet in ihrer anschaulichen Unmittelbarkeit und Vieldeutigkeit einen Zugang zum organismischen Erleben.

- **Problemkonfrontation durch Problemprojektion**

Klienten, die Schwierigkeiten mit einer vertieften Selbstexploration haben, weil sie schnell ihr Selbstkonzept in unerträglicher Weise bedroht sehen, sobald sie ein Gewahrwerden ihrer organismischen Erfahrung zulassen, können sich dieser Erfahrung oft besser über einen Umweg nähern. Dieser Umweg kann darin bestehen, die eigenen Probleme und Konflikte zunächst nicht bei sich selbst, sondern bei anderen zu betrachten. Dies ermöglicht jene emotionale Distanzierung, durch die für manche Klienten eine besonnene Auseinandersetzung mit bestimmten konflikthaftern Themen überhaupt erst möglich wird. Am Schicksal des Märchenhelden, an seinem Gelingen und seinem Scheitern, an seinem Wünschen und Befürchten kann der Klient¹ in einer zunächst befreienden Unverbindlichkeit seine eigene Thematik bearbeiten. Denn Märchen schildern Kernszenen menschlichen Lebens, sie zeigen prototypische Ereignisse von Verfolgung und Rettung, von Verrat und Treue, in deren Spiegel der Klient zunächst etwas spielerisch sich selbst betrachten kann, d. h. ohne sofort allzu bedrängend mit dem ganzen Ernst seiner Problematik konfrontiert zu sein.. Analoges gilt natürlich auch für andere Erzählformen, also z. B. Romane oder Filmgeschichten.

- **Ermütigung zum Wünschen und zur Phantasie**

Märchen evozieren Phantasien und Sehnsuchtsvorstellungen und aktivieren damit ein utopisches Potential. Sie erlauben uns, Wünsche zu haben und uns in unserer Sehnsuchtsstruktur zu erkennen. Wenn wir uns, z. B. in Tagträumen, in eine fiktionale Welt entwerfen, erfahren wir etwas Wichtiges über uns selbst. Man könnte die Märchen kollektive Tagträume nennen und die wundersamen Wendungen und die „zauberhaften“ Lösungen, die sie anbieten, entlasten vom Realitätsdruck und fördern Phantasie und Kreativität bei Problemlösungen. Im Märchen wird ein Raum des Imaginären gezeichnet, eine „Anderwelt“, ein Jenseits des Realen, in dem wie im Traum die Gesetze von Kausalität und Logik aufgehoben scheinen. Damit wird auch eine spirituelle Ebene berührt, auf der Fragen der Sinnfindung und Sinnbildung eine neue Antwort finden.

- **Selbstfindung und Selbstverwirklichung**

Mit dem Kierkegaard-Zitat „das Selbst zu sein, dass man in Wahrheit ist“ hat Rogers (1961/1973, S. 167) das entscheidende Ziel und

das zentrale Charakteristikum von Psychotherapie beschrieben, die Suche des Menschen nach sich selbst, die Verwirklichung seiner Möglichkeiten, seiner inneren Bestimmung. Der Inhalt vieler Märchen besteht in einer Suchwanderung des Helden bzw. der Heldin. Durch alle Schwierigkeiten, trotz aller Rückschläge und in mühsamer Korrektur eigener Fehlentscheidungen bahnt sie oder er sich den Weg, um das zu erfüllen, was als die eigene Bestimmung, als das eigene innere Schicksal erahnt wurde. So kann diese Suchwanderung des Märchenhelden ein Sinnbild der Aktualisierungstendenz sein. Sie ist dann gewissermaßen die Folie, auf die hin der Klient seinen eigenen Lebensweg und seinen Wachstumsprozess reflektieren sowie seine Entwicklungsziele neu überdenken kann. Das Märchen inspiriert so zu ursprünglichen Fragen nach dem „Werden des eigenen Selbst“. Es kann anregen, sich der das eigene Leben leitenden Sinnkonzepte zu vergewissern.

1.2. Indikation der Arbeit mit Märchen

Hier sind vor allem zwei Indikationsbereiche zu nennen, die Ermöglichung der Selbstexploration sowie deren Erweiterung und Vertiefung.

Der erstgenannte Bereich ist bei Klienten bedeutsam, denen eine tiefere Selbstexploration zunächst kaum oder nur sehr begrenzt möglich ist. Dies können z. B. sehr selbstunsichere, ängstliche Personen sein, die aufgrund eines überhöhten Selbstideals leicht zu Scham- und Schuldgefühlen neigen und die eine intensivere Begegnung mit sich selbst vermeiden, weil durch eine solche Begegnung sofort negative Gefühle aktiviert würden. Dies können aber auch eher zwanghafte, ein wenig zur Selbstgerechtigkeit neigende Personen sein, die etwas rigide an Prinzipien festhalten und deren Selbstkonzept durch eine unverstellte Selbstexploration in unerträglicher Weise erschüttert würde. Aber auch Personen, die sich in nachtragender Weise in einen lang anhaltenden Beziehungskonflikt geradezu „verbissen“ haben und so chronisch verbittert sind, fällt es leichter, über die Beschäftigung mit den Beziehungskonflikten zunächst anderer Personen (etwa auch in Filmen, Romanen oder einfach in den Klatschgeschichten der „bunten“ Presse) die Fähigkeit zu abwägender Gelassenheit und zu einem ausgewogenen Urteil wieder zu erlangen. (In der Verhaltenstherapie wird dies neuerdings unter dem Begriff „Weisheitstherapie“ konzipiert; vgl. Baumann & Linden, 2008). Schließlich sind hier auch Personen zu nennen, die aufgrund ihrer Sozialisation in introspektiver Selbsterkundung völlig ungeübt sind, bei denen also nicht so etwas wie Abwehr (Rogers, 1959/1987), sondern ein Mangel an Fertigkeiten eine Rolle spielt. Für all diese Personen kann es sehr entlastend sein, über den Umweg der Geschichte z. B. eines Märchenhelden bzw. einer Märchenheldin sich mit ihren Problemen beschäftigen zu können. Auch dürfte die Phantasie anregende Potenz der Märchen es diesen Personen

¹ Der gefälligeren Lesbarkeit wegen wird hier die traditionelle Schreibweise gewählt, nach der die männliche Form benutzt wird, wenn lediglich eine Rollenfunktion gemeint ist.

erleichtern, überhaupt über Gefühle und Sehnsüchte sprechen zu können.

Aber eben auch bei Klienten, die in ihrer Selbstexploration nicht grob blockiert sind, kann diese durch die Arbeit mit Märchen erweitert bzw. vertieft werden. Wenn bei einem bestimmten Problem zu wenige Aspekte ausgeleuchtet, eine Perspektive zu einseitig, eine Lösung zu kurzschlüssig, emotionale Reaktionen zu vage und zu blass erscheinen, kann die Welt des Märchens, also die Welt des Imaginären, des Zauberhaften und des Geheimnisvollen Gefühle und Wünsche evozieren und zu Phantasien anregen, die zu kreativen Sichtweisen inspirieren und ungewöhnliche Lösungen aufzeigen.

1.3. Narrative Charakteristika des Märchens

Bei der Arbeit mit Märchen werden Episoden aus der Lebensgeschichte oder Situationen aus dem aktuellen Leben des Klienten zu Märchenszenen oder Märchenfiguren in Beziehung gesetzt, die in bildhafter Weise die Thematik dieser Episoden oder Situationen zu reflektieren scheinen. Durch die Bildsprache des Märchens werden bestimmte Aspekte dieser Themen besonders anschaulich und gefühlsintensiv zum Ausdruck gebracht. Außerdem besitzen die Bilder des Märchens eine hohe Bedeutungsdichte, sodass auf der Folie dieser Märchenbilder neue Bedeutungsfacetten an der Thematik einer bestimmten Situation entdeckt werden können. Auch erzählt das Märchen meist sehr plakativ, scharf konturiert und überpointiert, ja oft auch drastisch. So erzählt das Märchen, wie etwa in „Hänsel und Gretel“, scheinbar ungerührt von Eltern, die, um ihre Not zu mildern, ihre Kinder im Wald aussetzen. Überhaupt werden Eltern nicht selten in ihrer missgünstigen, hemmungslos rivalisierenden und unerbittlich verfolgenden Seite geschildert, wobei allerdings die Brüder Grimm (dem hehren Familienideal der Romantik verpflichtet) meist solche Schilderungen durch die Kodierung der Elternfiguren als Stiefeltern, besonders in Form der Stiefmutter, abmilderten. Auch berichtet das Märchen wie beiläufig und lakonisch von grausamster Vergeltung oder von Strafen, die uns völlig unverhältnismäßig erscheinen. (Wobei wir allerdings von unserem heutigen und nicht etwa vom Strafverständnis des Mittelalters ausgehen, in das die Entstehung vieler Märchen zurückreicht). Aber es beschreibt auch wie selbstverständlich aufopfernde Hilfsbereitschaft und selbstlose Güte. Hier zeigt das Märchen mit überzeichnender Deutlichkeit Möglichkeiten des Menschseins in gewissermaßen unsubstanzierter Urform. Durch die Bezugnahme auf das Märchen bzw. durch das Abgleichen bestimmter Erlebnis- und Handlungsweisen des Klienten mit bestimmten Märchenszenen können zunächst ziemlich unbestimmt und vage erscheinende Einstellungen und Erlebnisgehalte in ihrer ganzen Brisanz und Schärfe deutlich werden. Dies soll auch in der später folgenden Falldarstellung aufgezeigt werden.

1.4. Leitlinien für ein personenzentriertes Verstehen von Märchen

In der folgenden Darstellung eines der Personenzentrierten Therapie angemessenen Verstehens von Märchen wird beispielhaft auf die Bilder und Figuren des Märchens „Rapunzel“ (Brüder Grimm, 2006) Bezug genommen. Deshalb sei zum besseren Verständnis des unten Dargestellten der Inhalt dieses Märchen hier kurz vorweggenommen.

In diesem Märchen wird das Mädchen Rapunzel in Erfüllung eines früheren, unbedachten Versprechens von ihren Eltern einer Zauberin, der Frau Gothel, übergeben. Diese sperrt Rapunzel im Alter von 12 Jahren in einen hohen, türlosen Turm ein, der nur über ein hoch gelegenes Fenster zu betreten ist. In einer anderen als der hier zitierten Märchenfassung ist die Zauberin bei aller Einengung Rapunzels um diese auch fürsorglich bemüht, sie gibt ihr Musikunterricht und kämmt liebevoll ihr langes goldenes Haar. Dann aber, nach Jahren, entdeckt ein Königssohn, wie er, die langen Haare Rapunzels als Strickleiter benutzend, zu ihrem Turm Zugang finden kann. Als die Zauberin bemerkt, dass Rapunzel ihr „untreu“ geworden ist, schneidet sie ihr die goldenen Haare ab und verstößt sie in eine Wüstenei, wo sie etliche Jahre, nur von ihren beiden Kindern umgeben, im „Elend“ zubringen muss, bis der Prinz nach langer Suchwanderung sie endlich findet und aus der Wüstenei erlöst.

Bei der psychologischen Auslegung eines Märchens² könnte man, wie beim Umgang mit Träumen, hermeneutische Regeln formulieren, die verschiedene Möglichkeiten des Verstehens darstellen (Keil, 2002; Finke, 1999; 2002). Ein Modus des Verstehens besteht darin, die verschiedenen Märchenfiguren als verschiedene Aspekte einer einzigen Bezugsperson des Klienten zu sehen. In diesem Sinne könnte man sagen, dass die Zauberin auch ein Aspekt der Mutter ist, eben der hexenhafte, also der verzaubernd-beherrschende und vereinnahmende Aspekt einer Mutter. Ein weiterer Interpretationsmodus besteht in der Austauschbarkeit von Rollen Aspekten, z. B. der Geschlechterrollen. Danach kann etwa das Hexenhafte, das dämonisch Faszinierende, das In-den-Bann-Schlagende auch Attribut eines Vaters sein. Da die Personenzentrierte Psychotherapie sich vor allem mit der „inneren Welt des Klienten“ (Rogers, 1977, S.184) beschäftigt, wird öfter auch die Sichtweise nahe liegen, dass es sich hier einfach nur um die verschiedenen Aspekte des vom Klienten verinnerlichten Bildes dieser Bezugsperson handeln kann. Auch ist im Sinne der personenzentrierten Fokussierung auf die „innere Welt“ nicht selten eine Perspektive angebracht, aus der die verschiedenen Märchenfiguren als verschiedene Aspekte des eigenen Selbst des Klienten erscheinen (sogenannte Subjektstufe in der Jung'schen Psychotherapie).

2 Der psychologische Zugang zum Märchen ist natürlich nur einer unter anderen, wie dem volkskundlichen, dem literaturwissenschaftlichen, dem sozialhistorischen oder dem mythologischen.

Neben den Märchenfiguren sind auch die zentralen Märchen-szenen zu verstehen und zwar so, dass diese Szenen bzw. diese Ereignisse als innerpsychische Ereignisse, als Sinnbild des inneren Erlebens gesehen werden. Im Märchen Rapunzel sind vier Szenen zentral, das Eingesperrtsein Rapunzels im Turm, die Begegnung mit dem Prinzen und die dadurch bedingte Vertreibung Rapunzels, das Leben in der Wüstenei und die erlösende Wiederbegegnung des Paares. Die Gefangenschaft im Turm und das Leben in der Wüstenei stehen dann für eine innere Isolation, wobei der Turm auch verbunden ist mit dem Gefühl von Geborgenheit und „himmlischem Abgehobensein“, die „Wüstenei“ aber mit dem quälenden Erleben von Verlassensein, Einsamkeit und Für-sich-selber-sorgen-Müssen. Die Begegnung mit dem Prinzen und die darauf folgende Vertreibung durch die Zauberin können natürlich verstanden werden als Wechsel von einer eher kindlichen Mutter-/Vater-Abhängigkeit zu einer altersgemäßen Bindung an einen Liebespartner. Diese Szene kann dabei auch als ein rein innerpsychischer Wachstumsschritt interpretiert werden, der u.U. auch ohne die Beziehung zu einem konkreten Partner vollzogen werden könnte. Der „Prinz“ des Märchens wäre dann einfach ein sich entfaltender Aspekt des eigenen Selbst, der in der Entwicklung zunehmend Bedeutung gewinnt.

In vielen Märchen spielen bestimmte Gegenstände, naturhafte Phänomene oder Lebewesen eine wichtige Rolle. Im Märchen „Rapunzel“ sind das u. a. der Turm, die Wüste und das lange, goldene Haar Rapunzels. In anderen Märchen können es der tiefe, unwegsame Wald, ein begrenzender See, ein Berg, Tiere oder die Sonne und der Mond sein. All diese Phänomene sind zu verstehen als Sinnbilder, also als Symbole für Psychisches. Ein personenzentriertes Symbolverständnis ist phänomenologisch orientiert (Spielhofer, 2003). Ein solches Verstehen ist aber nie „voraussetzungslos“, vielmehr nimmt das leitende Vorverständnis dieses Verstehens, manchmal unausdrücklich und auch unreflektiert, immer schon Bezug auf kulturgeschichtliche Vorgaben. So wird man sich bei der Erwähnung des langen, goldenen Haars von Rapunzel und des Abschneidens dieser Haare durch die Zauberin/Hexe an die Geschichte von Samson und Delila aus dem Alten Testament erinnern. Haare stehen in der Kulturgeschichte schon früh für Kraft, Vitalität und den Sitz des Lebensgeistes. Das lange, wallende Haar der Frau galt darüber hinaus auch als Zeichen erotischer Ausstrahlung und Macht (deshalb auch das Verhüllungs- bzw. „Kopftuchgebot“ in manchen Religionen und Kulturen). Das Kahlscheren, bei Samson wie bei Rapunzel, würde dann Entmachtung und Demütigung bedeuten und in der Tat wurde es zu diesem Zweck faktisch auch oft bei Sklaven und Gefangenen durchgeführt. Gold wiederum galt schon im alten Indien und im alten Ägypten als Sinnbild der Sonne, des Himmlischen und des Edlen, mit dem sich gern die Herrscher schmückten, um so ihren gottähnlichen Status zu demonstrieren. Das lange, goldene Haar Rapunzels, an dem die Zauberin und der Prinz quasi wie an einer Himmelsleiter in die Höhe des Turmes gelangen, ist dann auch unter solchen Aspekten zu sehen.

Der Turm wiederum gilt in der klassischen Psychoanalyse ja vor allem als Phallussymbol. Ohne ein solches Deutungsmuster in jedem Falle zurückweisen zu wollen, wird ein phänomenologisches Symbolverstehen doch eher daran erinnern, dass der Turm in vielen Religionen als Verbindung und Wegweiser zum Himmlischen, als Leuchtturm des Überirdischen gilt, so der Turm der christlichen Kirche oder das Minarett der Moschee. Er kann aber auch als Zeichen der Macht sowie von Schutz und Trutz fungieren, wie etwa bei den so genannten Geschlechter-Türmen vor allem italienischer Renaissance-Städte oder wie beim Bergfried mittelalterlicher Burgen. Gerade in diesem Sinne kann er aber auch zum Signum des Hochmuts und der Überheblichkeit werden wie im Mythos vom Turmbau zu Babel.

Auf solch tradierte Zuschreibungen jedenfalls wird ein phänomenologisches Symbolverstehen zurückgreifen, um dann freilich mit der ganzen Vielschichtigkeit und Vielfalt dieser Zuschreibungen sehr flexibel, nicht einseitig und immer am Verstehen des Klienten orientiert umzugehen. Denn es ist hier natürlich daran zu erinnern, dass in der Personenzentrierten Psychotherapie zunächst der Klient es ist, der verstehen und so auch *seinen* Sinn von Symbolen für sich erkunden soll. Andererseits ist aber das *Einfühlende Verstehen* des Personenzentrierten Therapeuten nicht nur ein nachfolgendes, ein die Selbstaussage des Klienten lediglich nachvollziehendes und nachbildendes Verstehen, sondern temporär auch ein vorausgehendes, d. h. ein den noch verborgenen Sinn entschlüsselndes Verstehen, das gerade als ein solches dem Bemühen des Klienten um ein Selbstverstehen Impulse geben soll (Keil, 1997; Spielhofer, 1999; Finke, 2002). Insofern sollen die oben genannten Überlegungen Beispiele für die Bereiche sein, in denen sich die Sinn-erschließenden Bemühungen des Psychotherapeuten bei der Märchenarbeit auch bewegen müssen. Im therapeutischen Prozess sind dann natürlich diese hermeneutischen Bemühungen des Psychotherapeuten mit denen des Klienten abzugleichen. Ein solches Vorgehen soll anhand der folgenden Falldarstellung veranschaulicht werden.

1.5. Merkmale des therapeutischen Vorgehens

1.5.1. Einleitung der Märchenarbeit

Zunächst stellt sich die Frage, wie die Märchenarbeit einzuleiten ist. Hier kann der Therapeut von sich aus die Beziehung des jeweils erörterten Problems mit einem Märchenstoff herstellen, indem er z. B. sagt: „Das ist ja wie im Märchen XY.“ Er könnte aber auch eine Frage anschließen und etwa formulieren: „Mir fällt dazu das Märchen XY ein, kennen Sie dieses Märchen?“ Wenn der Klient dies verneint, könnte er den Vorschlag machen, das Märchen in der nächsten Sitzung gemeinsam zu lesen oder den Klienten bitten, das für sich zu Hause zu tun, um dann darüber sprechen zu können. Wenn der Therapeut den Eindruck hat, dass der Klient überhaupt einen Bezug zu Märchen haben könnte, kann er auch fragen, ob dem Klienten zu dem gerade Erörterten ein Märchen einfallen. Auch kann er natürlich unabhängig

vom jeweils Besprochenen fragen, ob der Klient früher ein Lieblingsmärchen hatte, um dann, im Fall des Bejahens, zusammen mit dem Klienten Beziehungen von Motiven dieses Märchens zu bestimmten Themen der zentralen Problematik des Klienten heraus zu arbeiten.

1.5.2. Handlungsregeln für die personenzentrierte Märchenarbeit

Bei der personenzentrierten Arbeit mit Märchen entspricht das therapeutische Vorgehen weitgehend dem für die Personenzentrierte Psychotherapie allgemein üblichen, d. h. es werden Interventionsformen angewendet, die sich aus den drei Kernmerkmalen ableiten (Finke, 2004). Im Zentrum stehen dabei jene Interventionen, die sich aus der Grundhaltung des Einfühlenden Verstehens ergeben. Dabei bestehen für die Märchenarbeit nur insofern Besonderheiten, als diese Interventionsformen meist lediglich inhaltlich modifiziert werden. Der Therapeut sucht dabei lediglich in verschiedener Weise ein Abgleichen der Problematik des Klienten mit der Märchenerzählung herzustellen. Das oben beschriebene „Märchen-Verstehen“ des Therapeuten ist natürlich häufig eine leitende „Hintergrundsannahme“ bei vielen Interventionen, es kann manchmal aber auch in Form eines entsprechenden Verstehensangebotes direkt zum Thema werden.

Als auf die Märchenarbeit bezogene Modifizierungen personenzentrierten Interventions im oben genannten Sinne seien hier beispielhaft und in stichwortartiger Kürze genannt:

- **Emotionale Stellungnahmen anregen und Gefühle aktivieren**

Der Klient soll seine emotionale und kognitive Stellungnahme und Bewertung zentraler Märchenfiguren und -szenen explorieren. So sollen für den Klienten typische Erlebens- und Bewertungsmuster deutlich werden:

T: Diese eigentlich auch gütige Hexe hat Sie am Tiefsten beeindruckt.

T: Was gefällt Ihnen an dieser Szene besonders?

- **Gefühle identifizieren und differenzieren**

Der Therapeut stimuliert den Klienten, sich mit Figuren des Märchens zu identifizieren oder sich davon zu distanzieren, um so verschiedene, vielleicht auch widersprüchliche Gefühle zu explorieren. Es soll eine erlebnisnahe Auseinandersetzung mit konflikthaften Märchenszenen angestoßen und beim Klienten eine achtsame Wahrnehmung seiner diversen Gefühle erreicht werden:

T: Dieser giftige Zwerg löst regelrecht Wut und Empörung bei Ihnen aus.

- **Verbildlichen**

Der Therapeut regt den Klienten an, seine Probleme auf das Märchen zu projizieren und dadurch diese Probleme in einer plastischen Bildsprache und damit gefühlsnah auszudrücken:

T: Wenn Sie so Ihrer Traurigkeit nachspüren, in welchen Bildern des Märchens könnten Sie die wiederfinden?

- **Phantasien anregen**

Der Therapeut lässt den Klienten zu Figuren oder Szenen des Märchens imaginieren, um die Resonanz des Klienten auf Aspekte des Märchens zur Entfaltung zu bringen und eine Auseinandersetzung mit diesen Aspekten anzuregen:

T: Welche Vorstellungen verbinden Sie mit einem einsamen Turm?

T: Wenn Sie sich einen solchen Turm jetzt intensiv vorstellen, welche Bilder tauchen dann vor Ihnen auf?

- **Märchenbezogene Verstehensangebote**

Der Therapeut rückt ein Bild des Märchens so in einen Zusammenhang mit einem Problem des Klienten, dass dadurch bestimmte Aspekte dieses Problems in neuer Bedeutung aufscheinen:

T: In so einem Turm kann man sich ja sehr sicher, geborgen und auch abgehoben fühlen. Dieses Erleben ist es wohl, das Sie nach der Trennung von Ihrem Mann so sehr vermissen.

Diese äußerst schematische und sehr skizzenhafte, weil nur auf einige Sonderinterventionen beschränkte, Darstellung des personenzentrierten Vorgehens bei der Märchenarbeit soll nun durch die folgende Falldarstellung die nötige Anschaulichkeit erhalten.

2. Falldarstellung

2.1. Symptomanamnese

Frau A., eine knapp dreißig Jahre alte Juristin, kommt auf Empfehlung ihrer behandelnden Ärztin im Landeskrankenhaus in gesprächspsychotherapeutische Behandlung. Eine immer wieder auftretende Angst, nicht mehr schlucken zu können (und somit zu ersticken), führte dazu, dass sie kaum noch aß. Dazu kam, dass sie fallweise in der Nacht aufwachte, das Gefühl hatte, sich nicht mehr bewegen zu können und wie gelähmt im Bett lag. Heftige Panikgefühle verbunden mit Zittern, Herzrasen und Schüttelfrost brachten sie dazu, sich an das Landeskrankenhaus zu wenden. Dort wurde sie nach mehrmaligen Notaufnahmen einer eingehenden medizinischen und neurologischen Abklärung unterzogen. Nachdem all diese Untersuchungen ohne Befund blieben, und die Klientin eine medikamentöse Behandlung ablehnte, wurde ihr schließlich nahe gelegt, sich in Psychotherapie zu begeben.

Frau A. beschreibt eine ausgeprägte „Zwangsstörung“, an der sie seit ihrem dreizehnten Lebensjahr leidet. Mit wenig spürbarem emotionalen Bezug zu ihrem Erzählten schildert sie ihre Zwangshandlungen (Händewaschen, Ordnen, Prüfen, Wörter leise wiederholen, Zählen und vieles mehr). Eine deutliche Besserung auf der

Symptomebene erlebte die Klientin nach einer verhaltenstherapeutischen Behandlung im Alter von sechzehn Jahren. Trotzdem sind ihre ritualisierten Zwangshandlungen mittlerweile ein fester Bestandteil ihres Alltages, ohne den sie sich ihr Leben nicht mehr vorstellen kann. Denn sie wird immer wieder von heftigen Zwangsgedanken gequält, die sie mit den Zwangshandlungen zu bewältigen sucht. Diese Gedanken beziehen sich auf die angstvolle Vorstellung, dass ein für sie wichtiger Mensch – insbesondere ihre Eltern, ihr Partner oder ihr Sohn – einem schlimmen Unglück zum Opfer fallen könnte. Ihre Zwangshandlungen sind in solchen Situationen für sie die einzige Möglichkeit, diese Angst und die damit verbundenen Gefühle von Ohnmacht und Schuld unter Kontrolle zu halten bzw. zu lindern. Auch die Vorstellung, dass sie damit befürchtete Ereignisse oder Situationen verhindern könnte, erlebt sie als hilfreich und entlastend. Es wird deutlich, dass die Klientin die Erleichterung, die sie dadurch erfährt, weit stärker erlebt als die Einschränkung und Anstrengung, die diese Zwangshandlungen zweifellos mit sich bringen.

Ärgerlich wird sie allerdings, wenn ihr Partner sie dabei beobachtet, sie darauf anspricht und sie somit in ihrem quasi magischen Ritual stört. Denn dann muss sie danach trachten, dieses heimlich zu vollenden, da ansonsten starke Schuldgefühle auftauchen und diese sie nicht zur Ruhe kommen lassen. Hier scheint sie ein sehr ausgeklügeltes System entwickelt zu haben, wie sie möglichst unbeobachtet ihre Zwangshandlungen durchführen kann. In ihrem Erzählen darüber wird eine witzige und selbstironische Seite sichtbar. Schmunzelnd erzählt sie darüber und wirkt dabei wie ein Kind, dem es gelingt, die Erwachsenenwelt hinter Licht zu führen.

Erst in späteren Sitzungen wird es für die Klientin möglich, auch ihre aktuelle Symptomatik zu beschreiben und ihre Gefühle zunehmend zu symbolisieren: Sie wird in der Nacht plötzlich wach, fühlt sich wie gelähmt, kann nicht sprechen – fühlt sich wie im Körper eingeschlossen und hat unheimlich Angst davor, für tot gehalten zu werden. Neu sind auch immer wieder auftretende Schluckbeschwerden und die Angst davor zu ersticken. Eine deutliche Gewichtsreduktion ist die Folge. Mittlerweile ist sie dazu übergegangen, ihre Nahrung nur noch in zerkleinerter Form oder in Form von Brei zu sich zu nehmen.

Am schlimmsten ist für sie dabei die Vorstellung, in einem dieser Zustände mit ihrem dreijährigen Sohn allein zu sein. Diese Angst lässt sich auch aus der aktuellen Lebenssituation verstehen. Die Klientin und ihr Partner haben vor wenigen Monaten ihr Studium abgeschlossen. Während sie bereits eine Teilzeitstelle als Juristin in Aussicht hat und sich vorerst ausschließlich um ihr Kind kümmert, arbeitet ihr Partner vorübergehend im Schichtdienst. Das bedeutet, dass er häufig im Nachtdienst arbeitet und sie somit immer wieder mit dem Kind alleine ist.

2.2. Biographische Anamnese

Frau A. wird als älteste Tochter noch recht junger Eltern geboren. Ihr Vater ist Student, ihre Mutter gibt nach der Geburt der Tochter ihre Berufstätigkeit auf, um sich von da an ausschließlich um Kinder und Haushalt zu kümmern. Als die Klientin drei Jahre alt ist, beendet ihr Vater das Studium und übersiedelt mit seiner Familie in seine Heimat, wo er in das Familienunternehmen einsteigt und dieses schon nach wenigen Jahren übernimmt. Ihre Mutter wird von der Schwiegerfamilie nicht als standesgemäße Schwiegertochter anerkannt und fühlt sich sowohl in der Familie als auch im Dorf fremd und nicht dazu gehörig. Drei Jahre später wird ihr Bruder geboren.

Ihre Schulzeit ist Frau A. als sehr einsame und traurige Zeit in Erinnerung geblieben. Sie ist Außenseiterin, hat keine sozialen Kontakte zu Gleichaltrigen und wird von Mitschülerinnen anfänglich sogar gemieden. Das Auftreten ihrer Zwangsstörung im Alter von dreizehn Jahren liefert sie zusätzlich dem Spott ihrer Mitschüler aus. In dieser Zeit sind ihre Eltern sehr stützend in Erinnerung. Hier tritt vor allem ihr Vater deutlich in Erscheinung – er holt sie von der Schule ab und versucht so, ihr über ihre Isolation hinweg zu helfen. Im Alter von siebzehn Jahren gelingt es ihr allmählich, soziale Kontakte zu knüpfen. Es entstehen wenige, aber beständige Beziehungen und Freundschaften.

Nach der Matura (Abitur) zieht sie im Alter von achtzehn Jahren, um ein Studium zu beginnen, in die nächst gelegene größere Stadt und zum ersten Mal von zu Hause weg. Ihre erste Liebesbeziehung ist von kurzer Dauer und bedeutet eine große Enttäuschung für sie.

Kurze Zeit später (mit zwanzig Jahren) lernt sie ihren jetzigen Partner, einen jungen Studienkollegen, kennen. In der Beziehung zu diesem jungen Mann erlebt sie erstmals das Gefühl von Nähe und Geborgenheit, sie fühlt sich verstanden und entwickelt ein Gefühl von Sicherheit in einer Beziehung, das sie bisher nur in ihrer Familie kennen gelernt hatte. Ihre Erzählungen über die Anfänge dieser Beziehung erinnern jedoch eher an das Verliebtsein zweier großer Kinder als an ein Liebespaar.

Schon nach wenigen Monaten wird sie schwanger und, obwohl die Umstände sehr dagegen sprechen, entscheidet sich das junge Paar bewusst für das Kind. Auch in dieser Situation ist ihr Vater äußerst hilfreich zur Seite. Er unterstützt das junge Paar (nicht nur finanziell) und akzeptiert den jungen Mann wie einen Sohn. Beide schließen wenige Jahre später ihr Studium ab – die gemeinsamen Jahre der Verantwortung für das Kind und ihre Belastung durch das Studium haben die Beziehung reifen lassen.

Aktuelle Situation

Nach Abschluss des Studiums möchte ihr Vater, dass sie mit ihrer Familie in die Nähe des Elternhauses übersiedelt. Er würde für beide eine geeignete Arbeitsstelle finden, ihr Sohn könnte teilweise von ihrer Mutter mitbetreut werden und Frau A. in das väterliche

Unternehmen einsteigen. Ihr Mann, der ihre Abhängigkeit und Verbundtheit mit ihren Eltern, insbesondere mit ihrem Vater, zunehmend kritisiert, ist strikt dagegen. Dies führt zu heftigen Beziehungskonflikten, die bei Frau A. enorm viel Angst auslösen. Sie fühlt sich innerlich zerrissen, da es sich für sie so darstellt, als ob sie sich für einen der beiden entscheiden müsse. In ihrer Angst und Abhängigkeit scheint sie vorerst wenig Kontakt zu ihrem inneren (organismischen) Erleben zu haben und hauptsächlich an den Wünschen anderer (Vater, Partner) orientiert zu sein.

In diese Zeit fallen zwei wichtige Entscheidungen, die enorme Belastungen für Frau A. darstellen und zumindest kurzfristig eine Verschlechterung ihrer Symptomatik (insbesondere ihrer Angstsymptomatik) mit sich bringen: Sie beginnt ihre Berufstätigkeit mit einer Teilzeitstelle, bleibt also vorerst am Studienort wohnen und gleichzeitig entscheidet sich ihr Mann dafür, eine Arbeitsstelle anzunehmen, die geographisch soweit entfernt ist, dass ein tägliches Pendeln nicht möglich ist. Somit ist sie vor die Situation gestellt, dass sie nun mehr oder weniger alleine mit ihrem Kind lebt, einer Teilzeitbeschäftigung nachgeht und ihr Mann ausschließlich an den Wochenenden zu Hause ist. Die Angst vor dem Alleinsein und die alleinige Verantwortung für ihr Kind sind für sie sehr quälend. Um wie vieles leichter wäre es gewesen, zu diesem Zeitpunkt das Angebot ihres Vaters anzunehmen! Die Verführung dazu war groß und der Zauber des Versorgtseins einladend. Hier wird wiederum spürbar, wie wenig Zutrauen die Klientin zu sich selber hat, wie schwer sie ihre erwachsenen Anteile realisieren kann, wie sehr sie mit ihren kindlichen Seiten identifiziert scheint.

Fremdbilder und Selbstbild

Den Vater beschreibt die Klientin als tüchtigen, erfolg- und einflussreichen Unternehmer, der auch überall beliebt sei und dem alles gelingen würde. Obwohl er sehr wenig zu Hause war, ist er für sie der ideale Vater, der gut für die Familie sorgt und in Notzeiten immer als „Retter“ da ist, so als ob er auch in seiner Abwesenheit einen großen schützenden Mantel über die Familie breiten würde. Er hat dafür gesorgt, dass sie sich immer sicher fühlte. In diesen Beschreibungen wird spürbar, wie sehr sie ihren Vater idealisiert. Die Beziehung zu ihm mutet wie „verzaubert“ an.

Ihre Mutter beschreibt sie als die „ideale Mutter“, die immer für die Familie bereit stand. Gerade deswegen aber auch scheint es der Klientin, als ob die Mutter kein eigenes Leben gelebt hätte. Sie lebt zurückgezogen, leidet aber sehr unter dieser Isolation. Als älteste Tochter fühlt sich Frau A. schon sehr früh für das „Unglück“ und die Einsamkeit ihrer Mutter verantwortlich und auch „schuldig“. Diese innere Verpflichtung nimmt sie sehr ernst und entwickelt schon sehr früh viel Verantwortung und Sorge für die Mutter. Obwohl sie diese Schuldgefühle durchaus als große Belastung wahrnehmen kann, hält sie an der Idealisierung dieses Mutterbildes fest.

Auch ihr Mann wird vorerst wenig differenziert wahrgenommen, die Beziehung zu ihm wird äußerst harmonisch, aber wenig

erwachsen dargestellt. Erst als dieser ihre Abhängigkeit, insbesondere von ihrem Vater, kritisiert und sich entschieden gegen den Wunsch ihres Vaters stellt, scheint er an Konturen zu gewinnen und wird von der Klientin zunehmend als „ihr“ Mann wahrgenommen.

Sich selbst sieht die Klientin als „kleines Mädchen“, das ohne die Unterstützung des Vaters nicht leben kann. Sie traut sich selbst wenig zu, ist unzufrieden mit sich und plagt sich oft mit Schuldgefühlen, ihren Pflichten den Eltern und ihrem Mann gegenüber nicht nachzukommen.

2.3. Psychischer Befund, Diagnose und Inkongruenzkonstellation

Die Klientin wirkt auffallend jung, ja fast mädchenhaft und schüchtern. Während des Erstgesprächs scheint es kaum einen Augenblick der Entspannung für sie zu geben – ihre Haltung ist nahezu unbeweglich und steif, ihre Mimik freundlich lächelnd. Sie wirkt konzentriert und bemüht, aber auch kompetent und informiert, verbal recht gewandt. Es fällt ihr sichtlich schwer, über ihre aktuelle Symptomatik zu sprechen. Gleichzeitig scheint der Wunsch jedoch sehr stark zu sein, sich mitzuteilen und darüber in ihrer Angst verstanden zu werden. In ihrer Fähigkeit, eigene Gefühle zu symbolisieren und zu differenzieren, wirkt sie zu Beginn der Therapie noch sehr gehemmt und eingeschränkt. Doch schon bald kann sie aktuelle Schlüsselthemen benennen:

- die Angst vor dem Allein-Sein, vor dem Verlassen-Werden
- ein tiefes Gefühl der Überforderung durch die Verantwortung und Zuständigkeit für einen anderen Menschen (sie fühle sich dazu noch nicht „erwachsen“ genug)
- die große Diskrepanz zwischen ihrem Selbstbild und ihrem Selbstideal, die sie in ihrem Erleben als tiefes Gefühl der Unzulänglichkeit und Insuffizienz erfährt, sowohl beruflich wie als Mutter und Partnerin.

Ihr Selbstbild wirkt brüchig, wenig kohärent und konturiert. Es wird von diffusen und vorerst noch nicht benennbaren Schuldgefühlen bestimmt. Ihr Selbstideal scheint sehr an den sehr idealisierten Eltern orientiert

Diagnose (Statusdiagnose nach ICD-10)

Es besteht eine Angst- und eine Zwangsstörung bei einer selbstunsicheren, konfliktscheuen und zur Skrupelhaftigkeit neigenden Persönlichkeit. Die dissoziativen (konversionsneurotischen) Symptome wie Schluckbeschwerden, Gefühl der Erstarrung und Lähmung bewerteten wir, da sie eher flüchtig waren, als unmittelbaren Ausdruck der Angstgefühle, sodass wir nicht eigens eine komorbide dissoziative Störung (Konversionsneurose) diagnostizierten.

Inkongruenzkonstellation

Diese ist bestimmt durch ein im Selbstkonzept repräsentiertes Bedürfnis nach Geborgenheit, Sicherheit und Anerkennung einerseits. Diesem stehen im organismischen Erleben wirkende Bedürfnisse nach „wilder Freiheit“ und Selbstbestimmtheit gegenüber. Die letzteren unterlagen bisher, da sie den Anlehnungs- und Anpassungsbedürfnissen widersprechen, einer „Wahrnehmungsverweigerung“ (Rogers, 1959/1987, S. 31), d. h. sie waren von der Wahrnehmung weitgehend ausgeschlossen (primäre Inkongruenz nach Swildens, 1993), drängen jetzt aber unter dem Einfluss der ehelichen Situation (Stellenwechsel des Mannes und dessen Forderung, sich aus der elterlichen Nähe zu lösen) an den Rand der Gewährwerdung und lösen so, da sie die gegenläufigen Bedürfnisse nach Geborgenheit, Anpassung und Sicherheit, also das Selbstkonzept, gefährden, Angst aus (sekundäre Inkongruenz nach Swildens, 1993). Die Angst der Klientin, nicht mehr schlucken zu können, ist dann zu verstehen als die „verzerrte Symbolisierung“ dieser ängstigenden Bedrohung des Selbstkonzeptes (Rogers, 1959/1987, S. 30f.).

Es ist bei der Klientin noch eine andere Ebene der Inkongruenz zu beschreiben. Ihr Selbstkonzept nämlich ist auch bestimmt von dem Gefühl und der Vorstellung, für die Familie und besonders für die Mutter, deren randständige familiäre Position Mitleid und Schuldgefühle bei der Klientin hervorrufen, Verantwortung tragen zu müssen. Dem steht andererseits das geheime, d. h. nur vage symbolisierte Gefallen daran gegenüber, „Vaters Liebling“ zu sein, ja eigentlich die attraktivere und begehrtere Partnerin des Vaters zu sein, der seinerseits ihr öfter auch wie ein jugendlicher Liebhaber begegnete, indem er mit ihr z. B. Motorradtouren und Einkaufsbummel unternahm, bei denen er ihr kostbare Kleider kaufte. Die so stimulierten organismischen und mit dem Selbstkonzept in keiner Weise zu vereinbarenden Bedürfnisse lösten bei der Klientin schwere Schuld- und Angstgefühle aus (die Angst, sich schuldig zu machen, die z. B. in den zwanghaften Befürchtungen, ihren Angehörigen könne ein Unheil zustoßen, ihre verzerrte Symbolisierung findet), die sie durch die Zwangshandlungen wie in einem magischen Ritual zu bewältigen suchte.

2.4. Das therapeutische Vorgehen – charakteristische Szenen aus der Therapie

Im Bedürfnis der Klientin nach Sicherheit und Schutz und in ihrer tiefen Angst vor dem Verlassenwerden wie vor ihren, auf den Vater bezogenen, Bedürfnissen scheint die Idealisierung und Harmonisierung ihrer Beziehungen einen Ausweg darzustellen, der als ein solcher aber noch nicht symbolisiert werden kann. Eine kritische Auseinandersetzung mit ihrer Elternbeziehung ist vorerst zu bedrohlich und deshalb nicht möglich. Und hier kann, wie oben ausgeführt, mit Hilfe eines Märchens der Konflikt auf ein Zwischenmedium verlagert werden.

Im Folgenden soll nun gezeigt werden, an welcher Stelle des therapeutischen Prozesses und mit welcher Intention die Therapeutin jeweils das Märchen in die Arbeit mit einbezieht.

Szene 1

In einer Stunde, in der die Klientin wieder einmal darüber klagt, dass ihr Mann sich so vehement gegen ihren Vater stellt und von ihr verlangen würde, dass sie endlich ihr Leben selbst in die Hand nehmen sollte, wird der Therapeutin die Verzweiflung und Enttäuschung der Klientin besonders deutlich spürbar. Sie verstehe nicht, dass ihr Mann so wenig Verständnis für sie aufbringen könnte, wo er doch genau wisse, wie sehr sie an ihren Eltern hängen würde und dass ihr Vater ihnen eigentlich nur helfen möchte. Auch wisse er, wie alleine ihre Mutter sei und es wäre doch eigentlich für alle gut, wenn sie in der Nähe leben würden.

Die Therapeutin versucht, die Anliegen und Wunschvorstellungen der Klientin so zusammenzufassen, dass diese sich damit weiter auseinandersetzen kann:

T: Es wäre für Sie beruhigend, wenn sich alle gut verstehen würden, wenn Sie gemeinsam leben würden, Ihr Vater würde für alle sorgen, Ihre Mutter wäre nicht mehr allein.

K: Ja, das wäre schon schön. Dann würde es mir vielleicht auch wieder besser gehen. Aber das ist unrealistisch, wie im Märchen.

T: Märchen können manchmal hilfreich sein. Haben Sie gerne Märchen gelesen oder gehört als Kind und hatten Sie ein Lieblingsmärchen?

K: Ja ... das war „Rapunzel“ (Klientin lacht dazu)

T: Was hat Ihnen denn so an diesem Märchen gefallen?

Die Klientin beginnt hier begeistert und sehr ausführlich davon zu erzählen; die Therapeutin lässt sie daher uneingeschränkt ihre Bilder und Gefühle dazu explorieren: Sie hätte sich Rapunzel mit dem goldenen Haar immer als ein so hübsches Mädchen vorgestellt. Und auch der Turm hätte so etwas Verzaubertes gehabt. Die Zauberin (Gothel) hätte sie nicht geängstigt, vielmehr sei diese ja eine gute Lehrmeisterin für Rapunzel gewesen, hätte ihr stundenlang das Haar gekämmt, mit ihr gesungen und gespielt. Als Kind hätte ihr das sehr gut gefallen, dass Rapunzel sehr behütet und mit viel Sicherheit aufgewachsen sei, so ganz abgeschirmt von der „bösen“ Außenwelt. Wie „verzaubert“ zeichnet die Klientin dieses Bild vom Leben im Turm und es wird spürbar, wie groß die Faszination dabei ist.

T: Ich spüre, welche Faszination dieses Bild auf Sie ausübt. Als Kind war das für Sie ganz wichtig.

K: Ja, ich glaube, ich habe mich oft gefühlt wie Rapunzel.

T: Als Kind haben Sie sich oft wie Rapunzel gefühlt. Dieser Turm war so viel Sicherheit und Schutz. Und gleichzeitig war Rapunzel darin doch eingesperrt, konnte nicht frei ihrer Wege gehen.

K: Wenn ich es mir genau überlege, kommt es mir vor, als ob ich

gerade mein Leben und meine Kindheit beschrieben hätte: viel Sicherheit und Geborgenheit, aber eingesperrt und einsam. Vielleicht fühle ich mich immer noch wie Rapunzel. Das habe ich noch nie so gesehen.

An dieser Stelle bekommt die Klientin erstmals Zugang zu einem Teil ihres Erlebens, der bisher nicht symbolisiert werden konnte und in weiterer Folge im psychotherapeutischen Prozess gut bearbeitbar wird. Denn erstmals kann sie auf der „Bühne des Märchens“ ihr bisheriges Gebundensein an ihre Eltern, ihre Dankbarkeit und Loyalität in Frage stellen. Ihr Bedürfnis nach Sicherheit, nach Beziehung und Geborgenheit wird im Rapunzelturm reflektiert. Darüber kann ein anderer emotionaler Gehalt spürbar werden – nämlich die Enge, das Eingesperrtsein und der ambivalente Wunsch, diese zu überwinden –, der bisher für die Klientin nicht zugänglich war, jedoch verzerrt in ihrer Angstsymptomatik zum Ausdruck kommt. Ihre Inkongruenz zwischen dem im Selbstkonzept repräsentierten Bedürfnis von Gebundensein, Geborgensein und der Angst vor dem Verlassenwerden einerseits und ihrer Sehnsucht (organismischen Strebung) nach Autonomie und Selbstständigkeit andererseits wird im Folgenden immer wieder Thema im therapeutischen Prozess. Das Märchen bietet dafür geeignete Bilder und Frau A. scheint es Spaß zu machen, mit diesen Bildern zu arbeiten.

Szene 2

In einer der nächsten Stunden nimmt Frau A. selbst das Märchen zu Hilfe, um sich ihre Situation zu erklären. Ihr Mann hatte sich entschieden, die Arbeitsstelle anzunehmen und während der Woche nicht bei seiner Familie zu wohnen. Dies verstärkt die Angstsymptomatik und Verzweiflung der Klientin, die sie folgendermaßen zu beschreiben versucht:

K: Er hat mich aus dem Turm geholt und jetzt lässt er mich allein.

Sie lacht dazu, gleichzeitig ist sie wütend, es klingt wie ein Vorwurf. Die Therapeutin lädt sie ein, doch bei dieser Szene zu bleiben und eigene Bilder dazu zu imaginieren. Tatsächlich werden zwei wesentliche Themen benennbar:

- Der Ablösungsprozess von den Eltern, der in diesem Märchen ja besonders drastisch gezeichnet wird und den Frau A. auch für sich immer wieder sehr dramatisch erlebt. Jedes Weggehen von ihren Eltern kann sie immer noch in tiefe Traurigkeit stürzen. Relativ schnell kann die enge Verbundenheit mit ihren Eltern, die ihr bisher nicht bewusst war, symbolisiert werden.
- Die innere Zerrissenheit, sich zwischen ihrem Mann einerseits und ihrem Vater andererseits entscheiden zu müssen, erlebt die Klientin als äußerst quälend. In ihrem Bemühen, weder den Vater zu „verlassen“, noch ihren Mann zu verlieren, und keinen der beiden zu kränken, fühlt sie sich immer wieder wie eine Marionette, die nicht wirklich weiß, wohin, und an deren Fäden andere ziehen.

Nach der Aufforderung, sich den Turm intensiv vorzustellen und dann die inneren Bilder vor dem geistigen Auge „wandern“ zu lassen, steht plötzlich ihr Vater wie ein Turm da, der Zuflucht und Schutz bietet, während ihr Ehemann blind – auf der Suche nach ihr – herumirrt. Diese Szene löst bei Frau A. sehr verstörende Gefühle aus – Angst, Entsetzen und Schuld. Aber dennoch ermöglicht die Symbolisierung dieser Gefühle einen Zugang zu ihrer „ödiipalen“ Problematik. So kann sie erstmals und mit viel Scham benennen, wie sehr sie sich als Konkurrentin ihrer Mutter fühlte, wie sehr sie davon überzeugt war, die bessere Frau für ihren Vater zu sein und wie wenig sie ihren Mann bisher als Mann wahrnehmen konnte. Erleichterung erfährt sie in dieser Szene jedoch darüber, innere Bilder dafür zu bekommen und nun deutlich sehen zu können, was sich so quälend anfühlt. Durch die Eindringlichkeit der Bilder – immerhin wird Rapunzel aus dem Turm verstoßen, der Prinz stürzt in die Dornen und erblindet daraufhin – wird das Erleben der Klientin aktiviert. Das Märchen wird so zur Projektionsfläche für eigene Probleme.

Szene 3

Ein weiterer Zugang zu einem Bild im Märchen bietet sich in einer der nächsten Sitzungen an, als die Klientin sehr verzweifelt darüber wirkt, wie anstrengend ihr Alltag sei, seit sie mehr oder weniger alleine mit ihrem Kind leben würde. Sie fühlt sich überfordert, alleingelassen und völlig schutzlos und fürchtet sich vor jeder Nacht, die sie alleine verbringen muss.

T: Sie klingen sehr verzweifelt, können Sie sich vorstellen, dass wir uns wieder ein Bild aus dem Märchen dazu holen?

K: *Sie meinen, ich bin jetzt in der „Wüstenei“?* Die Klientin lächelt dazu.

T: Wie ist es denn in der Wüstenei?

K: Ich weiß nicht mehr genau, wie es dort war. Das möchte ich jetzt gerne wissen ...

Die Therapeutin schlägt vor, diese Stelle des Märchens gemeinsam zu lesen. Es ist nur eine kurze Sequenz („... wo sie in großem Jammer und Elend leben musste“), die in der Klientin eine bisher nicht gekannte Traurigkeit auslöst und eine neue Qualität im Erleben mit sich bringt. Nicht mehr die Angst ist jetzt im Vordergrund, sondern die Traurigkeit über ihre Verlassenheit und Einsamkeit und ihre nicht altersadäquate Anforderung, der sie sich als Kind ausgesetzt fühlte. Aus dem bekannten „Bitte verlass mich nicht, ohne dich kann ich es nicht“ wird ein „Es fühlt sich traurig an, dass ich damit (mit meinem Leben) so allein gelassen werde“ und bringt sie allmählich mit ihren Ressourcen in Kontakt.

Das Bild vom Leben in der „Wüstenei“ entwirft sie sehr eindringlich – darin sieht sie Rapunzel mit ihren zwei Kindern, wie sie alleine den harten und ausgetrockneten Boden zu bearbeiten versucht. Lächelnd meint sie am Ende dieser Sitzung, dass sich ihr Alleinsein oft so anfühle, als ob sie in der „Wüstenei“ leben würde. Auch an dieser

Stelle bietet das Märchen ein Bild (die Wüstenei), in dem die Klientin sich emotional wiederfinden kann. In ihrer Identifikation mit der Heldin kann sie in Kontakt mit ihrer „inneren Wüstenei“ kommen. Durch die Möglichkeit der Distanzierung sind Gefühle zugänglich, die bisher zu bedrohlich waren und in dieser Form nicht symbolisiert werden konnten. In der Wandlung des Gefühls der Angst in das der Trauer ist ein bedeutsamer Entwicklungsschritt zu sehen. Wenn die Einsamkeit keine Panik mehr auslöst, sondern nur die Trauer um den Verlust etwa von Geborgenheit, so ist das Erleben von Einsamkeit bereits symbolisiert und so integriert worden, dass es nicht mehr abgewehrt werden muss. Durch die so auch gegebene Möglichkeit der Distanzierung wird ein kritischer Blick auf ihre Beziehung zu ihren Eltern möglich, die emotionale Verantwortung für ihre Mutter und die Dankbarkeit gegenüber ihrem Vater können allmählich eine andere, befreiende emotionale Bedeutung bekommen.

Szene 4

In weiterer Folge stehen vor allem zwei Bilder des Märchens – der Turm und die Wüstenei – im Vordergrund. Das Bild vom Turm hat mehrere Bedeutungen bekommen. Es steht für die Sehnsucht nach Geborgenheit und Sicherheit, aber auch für die Enge und Einsamkeit, jedoch auch für die Vaterbeziehung in ihrer erotischen Fixierung und Verzauberung (im Bild der machtvollen wie behütenden Zauberin). In einer späteren Phase der Therapie sieht die Klientin auch eine emotionale Verbindung zu ihrer ursprünglichen Symptomatik, insbesondere im Gefühl der Erstarrung und der Lähmung, in der sie sich so „eingemauert“ fühlte. Die verstehende Bearbeitung eines ihrer Symptome, die durch dessen Verbildlichung möglich wurde, wirkt deutlich entängstigend.

Im Bild der Wüstenei findet die Klientin ursprünglich ihre Schuldgefühle symbolisiert, es steht für Bestrafung durch Verlassenwerden. Wie sich dieses Bild mit ihrem inneren Prozess verändert, soll anhand eines Beispiels verdeutlicht werden: Nachdem die Klientin bereits seit einem halben Jahr alleine lebte, sich in ihrem Alltag gut zurecht fand und allmählich auch eine deutliche Besserung der Angstsymptomatik erfahren konnte, berichtete sie sichtlich stolz davon, wie sie ihrem Chef gegenüber einen Vorschlag in einer Weise vertreten hatte, dass er ihn annahm. Auch in der Betreuung ihres Sohnes spüre sie, dass es leichter werde. Sie hätte jetzt sogar mit einer anderen Mutter vereinbart, dass sie sich fallweise bei der Kinderbetreuung abwechseln würden. Dies ist für sie insofern ein großer Schritt, weil sie damit auch das Idealbild der „guten Mutter“ (d. h. ihrer Mutter) verlässt.

T: Sie spüren deutliche Veränderungen, Sie könnten eigentlich schon auch sehr stolz auf sich sein.

K: *Hmh, in meiner Wüstenei beginnt es zu wachsen?* (sehr vorsichtig, lächelnd)

An dieser Stelle lädt die Therapeutin die Klientin ein, aus der Vorlage des Märchens doch ihr eigenes entstehen zu lassen. Diese beschreibt dann sehr lebhaft und emotional, wie es in ihrer Wüstenei zu wachsen beginne. Es seien nur kleine Pflänzchen, manche würden wieder eingehen und manche würden langsam Wurzeln kriegen. Es entsteht ihr eigenes Bild der „Wüstenei“, das neben der ursprünglichen Bedeutung zunehmend für die Entwicklung zur Autonomie und Selbstständigkeit steht. Gefühle wie auf sich stolz sein, sich erwachsen fühlen und Verantwortung übernehmen zu können, und diese zu benennen, sind Ausdruck für ihre innere Entwicklung.

Im Prozess werden diese Bilder von Frau A. immer wieder herangezogen und verändert, wenn es darum geht, Gefühle zu symbolisieren oder ein bestimmtes Erleben zum Ausdruck zu bringen. Dabei fällt auf, dass das Märchen in seiner gegebenen Form an Bedeutung verliert und die Klientin die Bilder weiterentwickelt. Das „Entwerfen“ ihres eigenen Märchens bietet die Möglichkeit, ihren inneren Entwicklungsprozess bildhaft auszudrücken und die emotionale Resonanz dazu entstehen zu lassen. So verwendet sie über lange Strecken des Prozesses immer wieder eines der Bilder, um ihre emotionale Situation zu beschreiben, pendelt emotional zwischen den beiden oder verweilt, um Gefühle zu vertiefen:

K: Letzte Woche war ich wieder ganz im Turm gefangen. Die Wüstenei habe ich nur von meinem vergitterten Fenster aus gesehen und das bisschen Grün war wieder fast verdorrt.

Szene 5

Zum Abschluss soll eine Szene beschrieben werden, die die Therapeutin in der Reflexion des Prozesses sehr beeindruckt hat. Die Klientin kommt entspannter in die Stunde als sonst: Sie hätte in der Bearbeitung eines Kaufvertrages einen Fehler entdeckt, der für die Firma sehr gravierende Folgen gehabt hätte. Daraufhin sei sie von ihrem Chef vor allen Mitarbeitern gelobt worden.

T: Das ist ja ein schöner Erfolg! Können Sie versuchen zu beschreiben, welche Gefühle sie dabei hatten?

K: *Ich sag's Ihnen, das war, als ob ich den Turm gesprengt hätte (sie lacht dabei herzlich), ich habe gesehen, wie die Ziegel fliegen. Das hat so gut getan!*

Diese Stunde beendet die Klientin mit der Feststellung, dass sie vermutlich noch viele Ziegel abzutragen hätte, dass es aber den Turm in dieser engen Form nicht mehr gäbe. Beeindruckend dabei ist, dass der Turm als enges Gemäuer nur mehr in der Erinnerung auftaucht, als Beschreibung eines Erlebens bleibt der Turm offen, die Richtung geht dahin, ihn weiter abzubauen – manchmal in Form einer Sprengung und manchmal wird sehr mühsam und mit großem emotionalen Aufwand ein Stein heraus gemeißelt.

3. Diskussion

3.1. Betrachtung von Verlauf und Ergebnis der Therapie

Vorausgeschickt sei an dieser Stelle, dass Frau A. eine deutliche Besserung auf der Symptomebene erfahren konnte. Sowohl ihre Schluckbeschwerden als auch die nächtlichen Lähmungsgefühle sind abgeklungen, ihr Essverhalten hat sich normalisiert. In Bezug auf die Angst- und Zwangsstörung gibt es schon jetzt eine spürbare Besserung. Dennoch ist die Therapie noch nicht beendet.

Als die Aussage der Klientin – es sei wie im Märchen – aufgenommen und sie eingeladen wurde, ihr Lieblingsmärchen zu Hilfe zu nehmen, war noch unklar, welche Bedeutung und welches Ausmaß die Arbeit mit dem Märchen im weiteren Verlauf noch einnehmen würde. Zu einem sehr großen Teil hat dies die Klientin selbst bestimmt, denn sowohl das Märchen als auch einzelne Bilder daraus wurden von ihr gewählt.

Im Märchen vom „Rapunzel“ fand sie sich und Kernthemen ihres Lebens wieder. (Hier ist u. a. interessant, dass die Klientin in fast dem gleichen Alter, in welchem Rapunzel in den Turm gesperrt wird, eine Zwangsstörung entwickelte.) Die Plastizität der Bilder und der Personen dieses Märchens ermöglichten es, eigene Gefühle und Projektionen entstehen zu lassen; sie wirkten also deutlich erlebnisaktivierend. Über den „Umweg“ der Identifizierung mit der Heldin (behütet und eingesperrt im Turm und dann verstoßen) konnte die Klientin allmählich Zugang zu einem Teil ihrer Geschichte schaffen und Gefühle, die ihr bisher verborgen waren, symbolisieren. Der Entwicklungsprozess in Richtung Autonomie und Selbstständigkeit wurde vorerst in der Heldin „gelebt“. Dies ermöglichte einen distanzierteren Blick und wirkte entängstigend.

Als Medium konnte das Märchen dort genutzt werden, wo Gefühle nicht oder nicht vollständig symbolisiert werden konnten. Der Märchentext verhilft zu einer spontanen, nicht an Kriterien der sozialen Erwünschtheit ausgerichteten Selbstexploration. An einer sehr bedeutenden Stelle des psychotherapeutischen Prozesses bezeichnete die Klientin es als „wie im Märchen“, wo man lieben und gehen, in Beziehung bleiben und trotzdem autonom sein darf, wo Selbstentfaltung und Unabhängigkeit nicht mit Verlassenwerden verbunden sind, „wo alles möglich ist und das Wünschen noch geholfen hat ...“. Vor allem das Auftreten von aggressiven Impulsen, aber auch die Sehnsucht nach Unabhängigkeit und Selbstentfaltung wurden von der Klientin ursprünglich als bedrohlich erlebt. Deutlich leichter war es für sie, diese Gefühle vorerst in der Geschichte der Heldin zu erfahren. Denn Eltern, die ihre Tochter (Rapunzel) in die Obhut einer Zauberin geben, sie also einem Zauber aussetzen und so eine Verzauberung, d. h. Selbstentfremdung, bedingen, die in der Enge und Überbehütetheit des Turmes versinnbildlicht ist, können heftige aggressive Impulse auslösen. Durch den „Umweg“ über das Märchen wurde es für die Klientin möglich, Wut und Ärger über ihre eigene Abhängigkeit zu erfahren und das Idealbild ihrer

Eltern zu relativieren. Positive und negative Beziehungserfahrungen sowie widersprüchliche Bedürfnisse konnten allmählich nebeneinander stehen. Auch die Sehnsucht nach Autonomie, für die die Märchenheldin immerhin verstoßen und in die Wüstenei geschickt wird, konnte exakter symbolisiert werden und so einen Zugang zu ihren eigenen Wünschen nach Selbstständigkeit eröffnen. Ihre Ängste vor dem Verlassenwerden erhielten ebenso wie ihre Schuldgefühle eine neue emotionale Bedeutung. Die Klientin konnte zunehmend die Kehrseite ihrer Trennungsangst auch als (bisher verbotenen) Trennungswunsch verstehen lernen.

Zu einem späteren Zeitpunkt der Therapie begann die Klientin, Bilder des Märchens zu verändern bzw. diese imaginativ weiter zu entwickeln. Das war ein deutliches Zeichen dafür, dass in ihr ein Veränderungsprozess in Gang gekommen war, der in Richtung Autonomie und Eigenständigkeit zeigte. Hiermit war auch eine deutliche Veränderung der Angstsymptomatik verbunden, die auch zunehmend einem Gefühl der Trauer wich. Es war offensichtlich hilfreich für die Klientin, Veränderungsprozesse anhand von Bildern symbolisieren zu können: In ihrer Wüstenei begann es zu wachsen und sie begann, den Turm abzubauen. Dies eröffnete ihr den Zugang zu einer kraftvollen und ressourcenorientierten Seite und hatte gleichzeitig tröstende und heilsame Wirkung.

Es könnte hier eingewandt werden, dass diese Ergebnisse letztlich auch ohne die Arbeit mit dem Märchen erreicht worden wären. Dem ließe sich entgegen, dass Vieles darauf hinweist, dass der Einsatz des Märchens die Selbstexploration sehr erleichtert und vertieft hat und dieses Ergebnis ohne die Märchenarbeit nicht in der gleichen Zeit erreicht worden wäre. Aber abgesehen von diesem besonderen Fall kann die Arbeit mit Märchen auch den personenzentrierten Umgang mit Bildern und das Sich-Einlassen auf vielfältige Symbolebenen inspirieren, um so der hermeneutischen Kreativität beim Vollzug des *Einfühlenden Verstehens* Impulse zu geben und zu ermutigen, entsprechender Angebote von Klienten aufzugreifen oder auch diesen entsprechende Angebote zu machen.

3.2. Die Bedeutung der Märchenarbeit für das personenzentrierte Therapiekonzept

Die hier vorgestellte Arbeit mit Märchen bedeutet nicht den Versuch, abermals eine ansatzfremde Methode in die Personenzentrierte Psychotherapie zu „integrieren“. Es sollte in den vorhergehenden Kapiteln deutlich geworden sein, dass durch die Einführung des Mediums „Märchen“ die genuin personenzentrierten Praktiken nicht verändert werden. Mit letzteren meinen wir jene Charakteristika einer Gesprächsführung, wie Rogers sie beispielhaft praktiziert (s. z. B. „Gespräch mit Gloria“, Rogers, 1977), aber leider nicht in Form von Handlungsregeln expliziert hat. Diese Feststellung will auch eine Distanzierung von jener pragmatischen Beliebigkeit zum Ausdruck bringen, die nach der Parole verfährt, dass in der Personenzentrierten

Psychotherapie jedes Handeln erlaubt sei, wenn nur die personenzentrierte Einstellung „stimme“. Für die Identität der Personzentrierten Psychotherapie als ein präzise definiertes Psychotherapieverfahren (was gegenüber einem „Ansatz“ etwas viel Spezifischeres ist) sind u. E. dagegen umschriebene Handlungskonzepte, die dann als verfahrenstypisch gelten, unerlässlich, dies auch, um im Diskurs der sich als wissenschaftlich definierenden Psychotherapieverfahren anschlussfähig zu bleiben (Finke, 2004, Finke & Teusch, 2002). Bei

der personenzentrierten Märchenarbeit wird nur ein neues Medium eingeführt, an dem sich, vergleichbar mit einem Traum des Klienten oder einem von ihm gemalten Bild, die typische personenzentrierte Gesprächsführung so entfalten kann, dass die Selbstexploration des Klienten eine zusätzliche Anregung erfährt. Auch das Grundcharakteristikum dieses Verfahrens als ein spezifisch verstehender bzw. hermeneutischer Zugang erhält durch die Einführung der Märchenarbeit lediglich eine besondere Akzentuierung.

Literatur

- Baumann, K. & Linden, M. (2008). Weisheitstherapie. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 416–422). Heidelberg: Springer.
- Brüder Grimm (2006). Rapunzel. In *Kinder- und Hausmärchen. Bd. 1* (S. 87–91). Stuttgart: Reclam.
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2002). Grenzen und Möglichkeiten des Verstehens in der Psychotherapie. In G. Kühne-Bertram & G. Scholtz (Hrsg.), *Grenzen des Verstehens. Philosophische und humanwissenschaftliche Perspektiven* (S. 217–230). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Bitte nicht lösen, Textverankerung inzwischen vorgenommen!
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie – Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. & Teusch, L. (2002). Die störungsspezifische Perspektive in der Personzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 147–162). Wien-New York: Springer.
- Gaul, S. & Wewalka, M. (2008). Vom Eros des Ausdrucks – Personzentrierte Expressive Kunsttherapie. In M. Tucza, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri (Hrsg.), *Offenheit und Vielfalt – Personzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen* (S. 95–114). Wien: Krammer.
- Kast, V. (1986). *Märchen als Therapie*. Olten: Walter.
- Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person, 1* (1), 5–13.
- Keil, W. W. (2002). Der Traum in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 427–443). Wien – New York: Springer.
- Korbei, L. (2002) Zur Einbeziehung des Körpers in die Klientenzentrierte/ Personzentrierte Psychotherapie: Perspektive 1: Der einbezogene Körper. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 377–390). Wien – New York: Springer.
- Rogers, C. R. (1961/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta (Orig. ersch. 1961: *On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin].
- Rogers, C. R. (1977). *Therapeut und Klient*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG (Orig. ersch. 1959: *A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-Centered Framework*. In S. Koch (Ed.), *Psychology, A Study of a Science. Study 1: Conceptual and Systemic. Vol. III. Formulations of the Person and the Social Context* (pp. 184–256). New York-Toronto-London: McGraw-Hill).
- Rogers, N. (2002). Personzentrierte Expressive Kunsttherapie: Ein Weg zur Ganzheit. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 411–426). Wien – New York: Springer.
- Spielhofer, H. (1999). Empathie, hermeneutisches Verstehen oder Konstruktion? Das Erkenntnisverfahren in der klientenzentrierten Psychotherapie. *Person, 3* (2), 122–130.
- Spielhofer, H. (2003). Phänomenologische Perspektive. In G. Stumm, J. Wiltchko & W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S. 240–242). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Swildens, H. (1993). Die psychogenen Erkrankungen. In J. Eckert, D. Höger & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1* (S. 89–97). Köln: GwG.
- Teichmann-Wirth, B. (2002). Zur Einbeziehung des Körpers in die Klientenzentrierte/Personzentrierte Psychotherapie: Perspektive 2: Der einzubeziehende Körper. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 391–410). Wien – New York: Springer.

Autorin und Autor:

Herta Krismer-Eberharter, Mag.^a, geb. 1959, Pädagogin/Psychologin, Klientenzentrierte Psychotherapeutin und Lehrtherapeutin in der ÖGWG, Arbeit in freier Praxis und in der Familienberatungsstelle (AEP) in Innsbruck.

Jobst Finke, Dr. med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin sowie für Psychiatrie und Neurologie. Ausbilder in der GwG und der ÄGG, von der Ärztekammer Nordrhein ermächtigtger Weiterbilder.

Korrespondenzadresse:

Mag.^a Herta Krismer-Eberharter
A-6020 Innsbruck, Müllerstraße 21
h.krismer@chello.at

Dr. Jobst Finke
D-45134 Essen, Hagelkreuz 16
jobst.finke@uni-due.de

J. Wade Hannon, Jeffrey H. Cornelius-White und Teresa A. Coleman¹

Personzentrierte Psychotherapieausbildung in den USA

Abstract: Dieser Artikel gibt einen kurzen Überblick über die Geschichte der Psychotherapieausbildung in den USA nach dem personzentrierten Konzept (PCA). Es werden Rogers' frühe Programme skizziert und wie das Konzept gegenwärtig präsentiert wird. Die Ausbildung für personzentrierte Psychotherapie ist heutzutage zu einem großen Teil in allgemeine bzw. eklektische Trainingsprogramme verbannt oder findet peripher Einzug in non-Profit-Organisationen und andere Vereine. Obwohl eine Mehrzahl im Fach die personzentrierten Bedingungen als sehr wichtig oder notwendig einschätzt, weisen sich nur wenige akademische Programme wie auch Lehrer definitiv als „personzentriert“ aus; und nur einige machen geltend, dass die Bedingungen hinreichend bzw. optimal sind. Erwähnt werden hier die Lizenzierungswege in den sozialen Dienstleistungen, der professionellen Beratung, Sozialarbeit, Psychologie, Eheberatung und Familientherapie, Psychiatrie und anderen Musterprogrammen mit personzentrierten Kennzeichen.

Abstract: This paper briefly reviews the history of training in the person-centered approach (PCA) in the USA. It traces Rogers' early programs and the current state of how the approach is presented today. Person-centered training today is largely relegated to its influence on generic or eclectic approaches or to peripheral non-profit organizations and associations. Although a majority value person-centered conditions as important or necessary, few academic programs or academics identify themselves as person-centered or assert that the conditions are sufficient or optimal. Paths to licensure in human services, professional counseling, social work, psychology, marriage and family therapy, and psychiatry and sample programs with person-centered identifications are mentioned.

Zur Geschichte der Ausbildung in Person-zentrierter Psychotherapie und Beratung

Mit der Ausbildung von Therapeuten begann Rogers an der Ohio State University, wechselte dann an die Universität von Chicago, wo er das *Chicago Counseling Center* ins Leben rief, das sich später von der Universität abspaltete und bis 2002 als unabhängiges non-Profit-Training weitergeführt wurde (Ellinwood, 1990, Kirschenbaum, 2008, Rogers & Cornelius-White, 2005, Cornelius-White, 2005).

In den frühen 60er Jahren ging Rogers an die University von Wisconsin und während den folgenden Jahren nach Kalifornien; zuerst zum *Behavioral Sciences Institute* und dann gründete er mit anderen das *Center for Studies of the Person* (Kirschenbaum, 2007). Ebenso startete Rogers mit Curtis Graf und Peggy Natiello das *In Depth Training Program in the Person-Centered Approach* (Natiello, 1998).

Mit Rogers' Wechsel nach Kalifornien kam es zu einer Abnahme der amerikanischen Forschung im personzentrierten Ansatz (PCA). Der PCA wurde weitestgehend von Berufen, die sich mit der

psychischen Gesundheit beschäftigen, absorbiert und so zu einem Teilgebiet des allgemeinen, eklektischen Modells, besonders im Feld der Beratung. Eine jüngste Studie zu Beratungstheorien in Masterkursen für Klinische Praktiker, die 54 Programme evaluierte, hat ergeben, dass in 47 Programmen der PCA teilweise betont wurde (Fitch, Canada & Marshall, 2001). Ebenso wird im Staat Missouri von allen professionellen Beratern – egal welcher Richtung sie angehören – verlangt, während ihrer Ausbildung einen Kurs mit dem Titel „Helfende Beziehungen“ zu besuchen.

Es kam zur allgemein akzeptierten Sichtweise, dass die Rogers-Variablen zwar notwendig, aber nicht hinreichend sind. Dies steht im Kontrast zum Mainstream der personzentrierten bzw. klientenzentrierten Bewegung. Im Gegensatz dazu sind bei Rogers (1957, 1959) die Bedingungen notwendig und hinreichend oder Bozarth (1998) ist der Ansicht, dass sie hinreichend, aber nicht notwendig sind. Auf internationaler Ebene werden die Bedingungen zwar als hinreichend betrachtet, sollten aber in bestimmten Situationen weiterentwickelt werden (Behr & Cornelius-White, 2008). Dennoch gibt es aber in den USA nur sehr wenige akademische Programme, die zumindest einige Merkmale des PCA aufweisen.

¹ Übersetzung: Susanne Ensthaler und Robert Hutterer

Zum Beispiel beinhaltet die jüngste Ausgabe von *Counselor Preparation* (Schweiger, Henderson & Clawson, 2008) nur zwei Programme (von 511), die im „Faculty Research“ Kapitel aufscheinen und in ihrer Programmbeschreibung als „person-centered“ angeführt werden; im Kapitel „Programm Uniqueness“ wird kein einziges als „person-centered“ aufgelistet. Obwohl in vielen Lehrbüchern zur Beratung und/oder Psychotherapie die Wichtigkeit von Empathie und der Beziehung betont wird, sind in den Vereinigten Staaten die meisten Trainings *sehr* direktiv, inhaltlich sowie den Prozess betreffend. Sie tendieren dazu, die „Diagnose“ zu objektivieren und betonen, dass es notwendig ist, sich in der Arbeit mit den Klienten den Einschränkungen durch Versicherungen, Managed-Care-Systemen und anderen kapitalistischen, profitorientierten Organisationen anzupassen.

Die sogenannte „helfende“ Arbeit hat sich zu einem Beruf entwickelt, der das Sozialsystem unterstützt und die Klienten dazu anleitet, ein schlecht funktionierendes, verwirrendes System zu akzeptieren (Hannon, 2001; Hannon, Ritchie & Rye, 2001).

In einigen wenigen Orten sind rein personzentrierte Ausbildungen erhalten geblieben. Dies sind z.B. der Argosy Campus in Chicago oder in Saybrook. Ebenso gibt es Orte wie Vanderbilt, California State, Sonoma State, Missouri State, North Dakota State University, Miami of Ohio, North Texas State, etc., die eine oder mehrere einschlägige Fachbereiche hatten oder immer noch haben. Es wurden dabei Wege entwickelt, die es ermöglichten, den PCA in die Beraterausbildung „einfließen zu lassen“ (Hannon & Eckersell, 2002), auch wenn es nur ein einziges Fakultätsmitglied gibt, das das Lernen aus personzentrierter/studentenzentrierter Perspektive praktiziert und begleitet. Zusätzlich haben sich die Standalone-Trainings (außeruniversitär) und/oder professionellen Körperschaften sprunghaft entwickelt und finden großen Zuspruch, wie das *Person-Centered International* (www.personcentered.com), das den jährlichen *Warm Springs Workshop* sponsert, oder die *Association for the Development of the Person-Centered Approach* (ADPCA), die ihre meisten Mitglieder in den USA hat, aber eine internationale Gesellschaft ist, die eine jährliche Konferenz abhält. ADPCA publiziert *The Person-Centered Journal*, die Zeitschrift *Renaissance*, und betreibt eine Website (www.adpca.org). Einige Person-zentrierte Berater, Psychologen und andere Psychotherapeuten in den USA sind Mitglieder der *World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling* oder der *British Association for the Person-Centered Approach*, besuchen internationale Foren oder beteiligen sich an anderen weltweit stattfindenden Trainingsprogrammen.

Ein eklektischer/allgemeiner Trend in den gegenwärtigen Trainingsmethoden

Der Autor J. Wade Hannon war ganze 30 Jahre lang selbst Berater und Ausbilder von Beratern und stellte einen deutlichen Trend in

den Trainingsprogrammen fest. Dieser führt von einer spezifischen theoretischen Orientierung weg und ist durch das Fehlen eines theoretischen Fokus charakterisiert. Einige Ausbilder interpretierten ein Statement des *Council on Accreditation of Counseling and Related Educational Programs* (CACREP), das die nationale Körperschaft ist, die die Ausbildungsprogramme anerkennt (außer die Rehabilitationsberatung, diese wird vom *Council on Rehabilitation Education* [CORE] akkreditiert) dahingehend, dass ein Trainingsprogramm *keine* exklusive theoretische Orientierung haben kann. Dazu die Passage aus dem Teil 2.K.5.c: „Die Erfahrungen der Studenten sollten eine Prüfung über die historische Entwicklung von Beratungstheorien, eine Erforschung der affektiven, behavioristischen und kognitiven Theorien und die Möglichkeit zur Anwendung des Theoretischen an Fallstudien einschließen“ (CACREP, 2001). Wir sind der Ansicht, dass dies eine falsche Deutung des Standards ist und finden das schlichtweg absurd; Berater in Ausbildung können die verschiedenen Theorien lernen und dennoch eine Standardausbildung in einer oder in mehreren theoretischen Orientierungen erhalten. Jedoch tendieren Ausbildungsprogramme dazu, nur theoretische Grundlagen anzubieten, die jene Methoden unterstützen, die ein Fakultätsmitglied oder auch mehrere präsentieren möchten (vorausgesetzt sie oder er hat eine klar definierte, was nicht sehr oft der Fall ist). Viele Mitglieder von Counseling-Fachbereichen haben eine Liste von zwei oder mehreren Methoden, die sie gutheißen oder präsentieren sich selbst aus einer mehr mysteriösen Position einer „eklektischen“ Methode. Natiello (1998) schrieb, „der Trend in den Vereinigten Staaten im Bereich der Psychotherapie und Beratung geht hin zur Uniformität und Exklusivität“ (S. 41) und dies wird sich unserer Erfahrung nach in den nächsten zehn Jahren fortsetzen.

Lizenzierung und Regulierung der Personzentrierten Beratung und Psychotherapie

Es gibt viele Wege, sich eine allgemeine Lizenz für die Ausübung professioneller Beratung und Psychotherapie zu sichern, mit der jemand dann eine personzentrierte Orientierung beibehalten kann oder einschlägige Workshops, Konferenzen oder Trainingsstätten besuchen kann. Diese Professionen werden nicht von theoretischen Orientierungen reguliert, obwohl in vielen Settings oder von vielen Versicherungen kognitiv-behavioristische Therapien bevorzugt werden. Die akademischen Grade, die zu einer allgemeinen Lizenz führen, beinhalten Studienabschlüsse in sozialen Dienstleistungen (human services), Sozialarbeit oder Missbrauchsberatung (letztere hat beschränkte Praxisparameter und existiert nicht in jedem Staat), Mastergrade in Beratung, klinischer und beratungsorientierter Psychologie (die eine Beraterlizenz anstreben) oder Mastergrade in Sozialarbeit (die eine Lizenz für Sozialarbeit anstreben). Es gibt auch Doktorgrade in klinischer Psychologie und Counseling

Psychology (Ziel ist die Psychologenzulassung) oder Beraterausbildung und Supervision, Sozialarbeit oder Psychiatrie (post medical doctor residency). Diese Graduierungen haben die Initialen Ph.D., Ed.D., Psy.D., M.D., and D.O. Außerdem gibt es akademische Grade in Ehe- und Familientherapie und Spezialisten-Graduierungen (wie Post-Master-Degrees) und Spezialisten-Lizenzen in einigen Staaten. Beinahe alle diese Lizenzierungswege verlangen Supervision von über 1000 bis 6000 Stunden. Im Unterschied zu einigen Ländern (z. B. UK) wird von Beratern und Psychotherapeuten nicht verlangt, ihre Supervision nach der Lizenzierung fortzusetzen, sondern es ist stattdessen Weiterbildung (wie etwa Workshops) alle paar Jahre erforderlich – wesentlich jedoch ist die eigenständige Arbeit in der Praxis. Viele Lizenzen erfordern Multiple-Choice-Prüfungen und mündliche Prüfungen. Prüfungen in Beratung sind ganz ähnlich denen, anderer Berufe und beinhalten folgende Gebiete: a) die menschliche Entwicklung; b) soziale und kulturelle Grundlagen c) helfende Beziehungen, d) Gruppenarbeit, e) Karriere und Lifestyle Development, f) Diagnostik und Begutachtung, g) Forschungs- und Programmevaluation und h) Berufspflichten und Ethik (National Board for Certified Counselors, 2008). In manchen Fällen gibt es Lizenzbefreiungen für Praktiker im öffentlichen Dienst. Der Mastergrad, dem 1–2 Jahre postgraduelle Supervision und ein Examen folgen, ist der übliche Weg zum professionellen Berater, zum Sozialarbeiter oder für eine Ehe- und Familienberaterlizenz. Der Doktorgrad, gefolgt von 1–2 Jahren postgradueller Supervision, ist der übliche Weg zum zugelassenen Psychologen oder Psychiater. Die Basisanforderungen für einen personenzentrierten Berater oder Psychotherapeuten in den USA sind eine Ausbildung in Personenzentrierter Beratung oder Psychotherapie innerhalb oder außerhalb

der Universität, eine relevante Lizenz oder eine Anstellung bei einem freien Arbeitgeber und ein kontinuierliches Engagement innerhalb der personenzentrierten Bewegung auf Konferenzen, in Vereinen, informellen Gruppen, durch Lesen, in der Praxis oder durch Partizipation in einer internationalen Gemeinschaft.

Schlussfolgerung

Die Ausbildung in personenzentrierter bzw. klientenzentrierter Psychotherapie begann in den USA auf Universitäten, nahm aber in diesem Bereich ab und bewegt sich in Richtung peripherer Vereine und informeller Gruppen, die dennoch ihren Einfluss im den allgemeinen Festlegungen für Beratung und Psychotherapie geltend machen. Allgemeine Methoden sind ganz offensichtlich vom PCA beeinflusst, dennoch beruhen sie zum großen Teil auf direktiven Ansätzen, die mehr die Technik betonen, als den Respekt vor den Personen und der therapeutischen Beziehung. Obwohl Rogers 1984 in einem Interview in Bezugnahme auf seine Studenten erklärte, „ich habe nicht gewollt, dass sie kleine Carl Rogers werden“ (Heppner, P. P., Roger, M. E. und Lee, L. A., 1984, p. 19), sind wir davon überzeugt, er möchte, dass die Menschen seine Ideen auf systematische und durchdachte Weise darstellen. Schlussendlich glauben wir daran, dass es wichtig ist, jene Studenten, die sich für den PCA entschieden haben, zu ermutigen, den Doktorgrad zu erlangen und akademische Positionen einzunehmen, um auf künftige Generationen einwirken können – in den USA und auf der ganzen Welt.

Literatur:

- Behr, M., & Cornelius-White, J. H. D. (Eds.) (2008). *Facilitating young people's development: International perspectives on person-centered theory and practice*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Bozarth, J. D. (1998). *Person-Centered Therapy: A revolutionary paradigm*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books
- Council for the Accreditation of Counseling and Related Programs, (2001), *2001 STANDARDS* Retrieved July 1, 2008 from <http://www.cacrep.org/2001Standards.html>
- Ellinwood, C. (1990). The University of Chicago Counseling Center, *Person-Centered Review*, 5, 406–415.
- Fitch, T. J., Canada, R. and Marshall, J. L. (2001). The exposure of counseling practicum students to humanistic counseling theories: A survey of CACREP programs. *Journal of Humanistic Counseling Education and Development*, 40, 232–242.
- Glauser, A. S. and Bozarth, J. D. (2001). Person-Centered Counseling: The culture within, *Journal of Counseling and Development*, 79, p. 142–147.
- Hannon, J. W. (2001). Emancipatory person-centered counseling: Postmodern theory for the twenty-first century. *Person-Centered Practice*, 9, (1), 4–15.
- Hannon, J. W. and Eckersell, W. (2002). Infusing Client-Centered/Person-Centered Counseling into a Traditional Counselor Education Program. In J. C. Watson, R. N. Goldman, and M. S. Warner (Eds.) *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the 21st Century: Advances in theory, research and practice*. Ross-on-Wye, England: PCCS Books, pp. 348–355.
- Hannon, J. W., Ritchie, M. & Rye, D. R. (2001). Class: The missing dimension in counselling and counsellor education in the United States of America. *The Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy*, 1 (3), 137–154.

- Heppner, P. P., Rogers, M. E. and Lee, L. A. (1984). Carl Rogers: Reflections on his life, *Journal of Counseling and Development*, 63, p. 14–20.
- Kirschenbaum, H. (2007). *The life and work of Carl Rogers*. Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
- Natiello, P. (1998). Person-Centered training: Response to Dave Mearns. *The Person-Centered Review*, 5 (1), p. 39–47.
- National Board for Certified Counselors. (2008). *National Counselor Exam (NCE)*. Retrieved July 30, 2008 from <http://nbcc.org/nce>.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 22, p. 95–103.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science. Vol. III. Formulations of the person and the social context* (pp. 184–256). New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C.R. Cornelius-White, J. H. D., & Cornelius-White, C. F. (2005). Reminiscing and Predicting: Rogers's Beyond Words Speech and Commentary. *Journal of Humanistic Psychology*, 45, 383–396.
- Schweiger, W. K., Henderson, D. A., and Clawson, T. W. (2008). *Counselor Preparation: Programs, faculty, trends* (12 Edition). New York, Routledge.

Autoren:

Wade Hannon, Ed. D., Associate Professor an der North Dakota State University, Leiter des Centers for Personal and Social Change, Koordinator of the Center for the Studies of the Person Person-Centered Book Publishing project

Jef Cornelius-White, Psy.D., Associate Professor of counseling and Provost's Fellow for Teaching and Learning an der Missouri State University, Vorsitzender der World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling and Co-Editor des Person-Centered Journal.

Teresa Coleman, Absolventin der Missouri State University, arbeitet als School counselor in Missouri.

Kontaktadresse:

Wade Hannon, wade.hannon@ndsu.edu

Jeffrey H.D. Cornelius-White, JCornelius-White@MissouriState.edu

Rezensionen*

Diether Höger

Mick Cooper, Maureen O’Hara, Peter F. Schmid & Gill Wyatt (Eds.). The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counselling.

New York: Palgrave Macmillan, 2007. 240 Seiten, ISBN 1-4039-4512-8, \$ 31,95 / € 24,95 (Paperback)/ SFr 41,50.

Das von namhaften Vertretern des Personzentrierten Ansatzes herausgegebene Handbuch gibt einen umfassenden und geordneten Überblick über die Personzentrierte Psychotherapie und Beratung. Geordnet insofern, als es sinnvoll in vier Teile gegliedert ist, deren erster sich mit theoretischen, historischen und philosophischen Grundlagen des Personzentrierten Ansatzes befasst. Ihm folgt einer über die therapeutische Praxis, danach werden Settings und Klientengruppen behandelt, den Abschluss bilden Aspekte der Professionalität. Zu Beginn vorgeschaltet ist ein knapp vier Seiten langer Abriss von Rogers über die Grundbedingungen einer therapeutischen Beziehung, der bisher in englischer Sprache noch nicht veröffentlicht wurde. Es handelt sich um die Zusammenfassung eines Gesprächs von Rogers mit Psychotherapeuten der Medizinischen Fakultät der Universität Wien aus dem Jahre 1981.

Zahlreiche prominente Autorinnen und Autoren des Personzentrierten Ansatzes konnten als Verfasser der einzelnen Kapitel gewonnen werden, die innerhalb der personzentrierten Welt unterschiedliche Positionen repräsentieren, nämlich das „klassische“ Modell, Psychotherapie als zwischenmenschliche Begegnung, die „interpersonelle“ Orientierung, das organismisch-ganzheitliche Denken, kreative Wege in der klinischen Arbeit und Theorie, ein mehr medizinisches Therapiemodell sowie die Prä-Therapie. Sie zeigen, dass der Personzentrierte Ansatz in den letzten Jahren eine eindrucksvolle und vielfältige Entwicklung genommen und sich in unterschiedliche Therapierichtungen differenziert hat, wobei miteinander verwandte Orientierungen einander wechselseitig befruchtet haben.

Angeichts dessen und der wachsenden internationalen Zusammenarbeit sowie der Beiträge des Personzentrierten Ansatzes für andere Fachgebiete (u. a. Anthropologie, Entwicklungspsychologie, Organisationsentwicklung, Friedensforschung) ist das Buch für seine Herausgeber nicht nur eine Verbindung der verschiedenen

Entwicklungen im Bereich des Personzentrierten Ansatzes. Sie sehen darin zugleich die Grundlegung eines bedeutsamen Weges, um der Personzentrierten Therapie sowohl ein Konzept zu geben als auch sie in der praktischen Arbeit zu verwirklichen. Es geht ihnen darum, den personzentrierten Geist zu erfassen, der in der Entwicklung des Personzentrierten Ansatzes zum Ausdruck kommt, um ihn in eine unverwechselbare zusammenfassende, gründliche und lebendige Erkundung des Gebiets zu integrieren.

Der erste Teil ist den begrifflichen Grundlagen des Personzentrierten Ansatzes und deren historischen Zusammenhängen gewidmet. Dabei geht es um die Themen: Einführung in die Theorie der Personzentrierten Therapie (Pete Sanders), eine Darstellung der Ursprünge und der Entwicklung der personzentrierten Innovation (Godfrey T. Barrett-Lennard), die anthropologischen und ethischen Grundlagen der Personzentrierten Therapie (Peter F. Schmid), die sich aktualisierende Person (Arthur C. Bohart), experienzielle und phänomenologische Grundlagen (Mick Cooper), Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorie (Mick Cooper), Gruppentherapie und Encountergruppen (Peter F. Schmid und Maureen O’Hara) sowie die „Familie“ der personzentrierten und experienziellen Therapien (Pete Sanders). Nicht eigens berücksichtigt, obgleich mehrfach erwähnt, sind die Experienziellen Therapien, mit der plausiblen Begründung, dass sie wegen des begrenzten Umfangs des Buches nicht hätten angemessen dargestellt werden können.

Der zweite Teil ist der therapeutischen Praxis gewidmet und enthält jeweils ein Kapitel über die von Rogers formulierten sechs Bedingungen für therapeutische Veränderungen der Persönlichkeit: den psychologischen Kontakt (Gill Wyatt), die Inkongruenz und Psychopathologie des Klienten/der Klientin (Margret S. Warner), die Kongruenz der Therapeutin/des Therapeuten (Jeffrey Cornelius-White), die Empathie (Elizabeth S. Freire) und die Wahrnehmung der Therapeutin/des Therapeuten durch den Klienten/die Klientin

* Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden, dzt.:

Franz Berger, Basel, E-Mail: franz.berger@unibas.ch bzw. Gerhard Stumm, Wien, E-Mail: gerhard.stumm@tplus.at

Vorliegende Rezensionen mögen per E-Mail bei einem der beiden eingereicht werden.

Detailinformationen zu Rezensionen siehe hintere innere Umschlagseite (U3)

(Shaké G. Toukmanian und Lila Z. Hakim). Eingerahmt werden diese sechs Kapitel durch eines über die beziehungsorientierten Grundlagen der personenzentrierten Praxis (Godfrey T. Barrett-Lennard) zu Beginn und über den Prozess der Personenzentrierten Therapie (Martin von Kalmthout) am Ende.

Unter dem Aspekt „Settings“ und „besondere Gruppen von Klienten“ musste im dritten Teil eine Auswahl getroffen werden. Berücksichtigt wurden schließlich die Prä-Therapie (Dion van Werde und Garry Prouty), die Beratung angesichts der besonderen Situation von Minderheiten bzw. speziellen Personengruppen (Colin Lago), Paare und Familien (Charles J. O’Leary und Martha B. Johns), der medizinische Kontext (Jobst Finke und Ludwig Teusch), die Krisenintervention (Lorna Carrick) ebenso der Personenzentrierte Ansatz außerhalb des therapeutischen Kontextes, wie bei der Sterbebegleitung, im Arbeitsleben, in der Friedensarbeit und im Zusammenhang mit künstlerischem Ausdruck (Valeri Land Henderson, Maureen O’Hara, Gay Leah Barfield und Natalie Rogers). Dass hier die Therapie von Kindern und Jugendlichen fehlt, ist bedauerlich.

Der vierte und letzte Teil gilt Aspekten der Professionalität. Behandelt werden personenzentrierte Ansätze in der Forschung (Robert Elliott), die Situation von Anfängern und der Praxisgründung (Richard Worsley), Ethik in der Praxis Personenzentrierter Therapie (Suzanne Keys und Gillian Proctor), die personenzentrierte Sicht der Supervision (Elke Lambers) und schließlich die Ausbildung im Personenzentrierten Ansatz (Keith Tudor).

Die Kapitel dieses für fortgeschrittene Studierende und erfahrene Praktiker bestimmten Buches decken die wesentlichen Begriffe, Theorien und Fragestellungen des Personenzentrierten Ansatzes (mit den genannten Ausnahmen) ab. Sie sind – wie es bei einem Handbuch angemessen ist – übersichtlich, kurz gehalten und dennoch informativ. Die Autoren haben sich in ihren Fachgebieten gründlich umgesehen und erweisen sich als in hohem Maße kompetent und berücksichtigen auch neuere Beiträge ebenso wie kritische Einwände. Auf die theoretischen Erörterungen folgen stets die Belange der Praxis. Auch enthält jedes Kapitel eine reichhaltige Literaturliste zur näheren Information. Der Übersichtlichkeit halber wäre es günstig gewesen, dabei eine kleine Anzahl besonders wichtiger Titel gesondert hervorzuheben.

Das ändert aber nichts daran, dass dieses Buch es wert ist, bei möglichst vielen therapeutisch Handelnden des Personenzentrierten Ansatzes nicht nur im Regal zu stehen, sondern auch regelmäßig zur Hand genommen zu werden – ein, wie zu fürchten ist, bei einem in englischer Sprache verfassten Buch weitgehend vergeblicher Wunsch (eine Anmerkung, die ihren Zweckpessimismus nicht verleugnen will). Jedenfalls bietet es eine gute Grundlage, das eigene Wissen zu erweitern, zu überdenken oder zu präzisieren, und sei es auch im Widerspruch zu dem Gelesenen. Ob, wie von den Herausgebern angenommen, auch mit dem Personenzentrierten Konzept nicht vertraute Leser von diesem Buch profitieren, erscheint allerdings fraglich. Einem Unerfahrenen werden die Bedeutungen der Begriffe

und Modellvorstellungen angesichts der Kürze der Kapitel eines Handbuchs wohl kaum hinreichend deutlich. Er bzw. sie ist ja kein unbeschriebenes Blatt. Denn die meisten Menschen haben ihre Vorstellungen von der Welt bisher in einer Umgebung gebildet, in der die Kontrolle der Dinge oberstes Ziel ist, in der energetische Triebvorstellungen vorherrschen, ebenso Lerntheorien, die vorwiegend an einem letztlich passiven Individuum orientiert sind. Krankheiten sind danach auf identifizierbare Ursachen zurückzuführen und ihre Behandlung ist daran orientiert. Bei einem solchen Weltbild bedarf es wahrscheinlich ausführlicherer Darstellungen, um die Essentials des Personenzentrierten Ansatzes verständlich zu machen.

Wenn dieses Buch den Intentionen der Herausgeber entsprechend den Geist des Personenzentrierten Ansatzes wiedergibt und ein Bild seines gegenwärtigen Standes ist, dann können dem für diesen Ansatz Engagierten bei der Lektüre doch auch einige kritische Gedanken kommen. Zum Beispiel solche, die sich auf dessen Wissenschaftlichkeit beziehen: Handelt es sich bei ihm um eine „Bewegung“ oder um ein wissenschaftlich begründetes Konzept? Welchen Stellenwert haben bei seinen Vertretern empirische Belege? Wohl zeigt Robert Elliott in seinem Beitrag über personenzentrierte Ansätze in der Forschung (Kapitel 24), wie gut er sich in dem Bereich nicht nur auskennt, sondern auch empirische Forschungsmethodik mit dem Personenzentrierten Konzept zu verbinden weiß. Nur steht er im Kontext der übrigen Beiträge als Ausnahme doch recht einsam da, sind die Spuren von Ergebnissen derartigen Vorgehens in den übrigen Kapiteln eher spärlich vorhanden. Immerhin, der Anspruch der Öffentlichkeit an einen psychotherapeutischen Ansatz ist durchaus berechtigt, dass er systematisch untersucht wird, ob, wie und warum er wirksam ist und ob seine tragenden Begriffe eine beobachtbare Entsprechung in der Wirklichkeit haben. Es ist nicht nur der öffentliche Anspruch, sondern auch eine Angelegenheit verantwortlichen psychotherapeutischen Handelns zu prüfen, ob die behaupteten Ergebnisse einer Psychotherapie auch tatsächlich eintreten.

Eine weitere kritische Frage gilt den „Außenbeziehungen“ des Personenzentrierten Ansatzes. Godfrey T. Barrett-Lennard im dritten Kapitel und Peter F. Schmid im vierten zeigen, welche Rolle äußere Einflüsse bei der Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes gespielt und ihn mit geprägt haben. Die Personenzentrierte Psychotherapie ist nicht aus dem Nichts entstanden. Es kann ihr nicht schaden, sich auch jetzt und in Zukunft aufgeschlossen darum zu kümmern, was sich beispielsweise in anderen Therapierichtungen tut, oder darum, was die psychologische Grundlagenforschung zu bieten hat (insbesondere die Entwicklungspsychologie, denn Psychotherapie ist ihrem Wesen nach nichts anderes als ein Entwicklungsprozess). Vieles davon lässt sich bei paradigmatisch verwandten Ansätzen finden. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wissen aus ihrer Praxiserfahrung, wie sie in ihrer eigenen Persönlichkeitsentwicklung gefördert werden, wenn sie sich auf das Andersartige, Fremde in ihren Klienten verstehend einlassen. Könnte das nicht auch für den Personenzentrierten Ansatz gelten?

Diether Höger

Monika Tuczai, Gerhard Stumm, Doris Kimbacher, Nora Nemeskeri (Hrsg.). **Offenheit und Vielfalt. Personzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen.**

Wien: Krammer, 2008. 329 Seiten, ISBN-13: 978 3 901811 25 8; ISBN-10: 3 901811 25 7, € 29,90 / CHF 50,90.

Die allermeisten Beiträge dieses Sammelbandes beruhen auf einem Symposium, das vom Österreichischen „Forum Personzentrierte Praxis, Ausbildung und Forschung“ aus Anlass seines zehnjähriges Bestehens im Oktober 2006 veranstaltet wurde. Er ist für Fortgeschrittene gedacht, denen die Grundlagen der Personzentrierten Psychotherapie bereits gut bekannt sind. Im Titel ist neben dem Stichwort „Vielfalt“ auch „Offenheit“ angesprochen, was seine Berechtigung in solchen Beiträgen findet, in denen es um den befruchtenden Blick über den Zaun des eigenen Ansatzes geht.

Die Herausgeber haben die Beiträge unter vier Sammelüberschriften sinnvoll zusammengefasst. Im ersten geht es um Identitäts- und Integrationsaspekte des Personzentrierten Ansatzes. *Germain Lietaer* setzt in seinem Beitrag „Das Klientenzentrierte/Experienzielle Paradigma der Psychotherapie im 21. Jahrhundert: Offenheit, Vielfalt und Identität“ einen neuen, erweiterten Rahmen für das personzentriert-therapeutische Handeln. Zugleich definiert er Merkmale einer gemeinsamen Identität der verschiedenen Orientierungen innerhalb des Personzentrierten Ansatzes, die er unter den drei Perspektiven „Menschenbild“, „Person- und Erlebniszentriertheit“ und „Arbeitsbündnis“ zusammenfasst. Anhand dieser definierten Charakteristiken ergibt sich eine unverwechselbare Gestalt des Personzentrierten Konzepts. Bemerkenswert ist die Forderung *Lietaers* nach einem Austausch mit den anderen Hauptparadigmen der Psychotherapie, um dem Personzentrierten/Experienziellen Paradigma bei der Diskussion über eine „allgemeine“ Psychotherapie das ihm gebührende Gewicht zu verschaffen. Von einer anderen Perspektive aus stellt auch *Michael Gutberlet* („Integration anderer Therapieformen in die personzentrierte Praxis – Wie viel Offenheit verträgt der Personzentrierte Ansatz?“) die Frage nach der Identität des Personzentrierten Konzepts und beantwortet sie mit zwei Thesen, die er aus der therapeutischen Praxis heraus formuliert und begründet: 1. Es besteht keine Notwendigkeit, andere Therapieformen in die personzentrierte Arbeit zu integrieren, Empathie, Wertschätzung und Kongruenz sind hinreichend für eine konstruktive Persönlichkeitsänderung. 2. Ohne Profilverlust möglich und in der Praxis oft notwendig, ist eine Integration von Vorgehensweisen und Theorieaspekten anderer Paradigmen. Allerdings unter der Voraussetzung eines Kompasses, wonach der Kern therapeutischer Wirksamkeit in der therapeutischen Beziehung liegt und nicht bei der spezifischen Vorgehensweise.

Unter der zweiten Sammelüberschrift „Ansätze und Varianten“ gelingt zunächst *Johannes Wiltschko* („Focusing-Lektionen

für Personzentrierte Psychotherapeuten – Oder: Was lernt man eigentlich in einer Focusing Therapieausbildung?“) ein plastisches Bild von Focusing zu vermitteln, indem er didaktisch geschickt von der Frage ausgeht, was Personzentrierte Therapeuten in einer Focusing-Ausbildung zusätzlich zu dem lernen können, das ihnen aus ihrer Ausbildung bereits vertraut ist. *Dion van Werde* („Die erweiterte Anwendung von Proutys Prä-Therapie“) stellt Proutys Prä-Therapie und ihre Weiterentwicklungen dar. Während die Prä-Therapie Menschen erreichen soll, deren Kontakt-Funktionen (z. B. bei Psychosen, in der Demenz oder in der Sterbephase) sehr stark eingeschränkt sind und somit die erste der von Rogers formulierten Bedingung für konstruktive Veränderungen (Zwei Personen befinden sich in *Kontakt*) mit den üblichen Vorgehensweisen nicht zu erreichen ist, beschreibt *van Werde* Menschen mit geringerer Beeinträchtigung der Kontakt-Funktionen (kurzfristiger Wechsel zwischen kongruenter Ausdrucksfähigkeit und präexpressivem Funktionieren) und den therapeutischen Umgang mit ihnen. In dem Beitrag von *Sylvia Gaul & Marianne Wewalka* („Vom Eros des Ausdrucks – Personzentrierte Expressive Kunsttherapie“) geht es um das Verwenden kreativer Medien zur Unterstützung von Symbolisierungsprozessen. Die Autorinnen verstehen unter Kunst die Schöpfung des freien Subjekts, übergreifend über die verschiedenen Medien (bildnerisches Gestalten, Tanzen, Musik) als Möglichkeit der Selbsterfahrung. Sie beschreiben das praktische Vorgehen in „Expressive Workshops“ und in Einzeltherapien und begründen theoretisch, wie Kunsttherapie es ermöglicht, auf sprachfreiem Wege „die emotionellen intuitiven Teile unseres Selbst über verschiedene Ausdrucksmittel Gestalt annehmen zu lassen“.

Ebenfalls unter „Ansätze und Varianten“ stellt *Michael Behr* („Interaktive Spieltherapie und Heilpädagogik. Ein theoriebegründetes Konzept ‚Interaktionsresonanz‘ für die Kommunikation über Spielhandlungen und Spielzeug“) einen eigenen Ansatz vor, bei dem er sich auf die Begriffe „affect attunement“ aus der Selbsttheorie nach Daniel Stern und „Responsiveness“ (Feinfühligkeit) nach Mary S. Ainsworth aus der Bindungstheorie beruft. Die praktische Umsetzung des daraus abgeleiteten Prinzips der „Interaktionsresonanz“ in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen wird hier für Konstruktions- und Rollenspiel näher dargestellt.

Die dritte Gruppe der Beiträge „Theoretische Bausteine“ beginnt mit einem Artikel von *Jürgen Kriz* („Aktualisierungstendenzen – Die notwendige systemische Grundlage des Personzentrierten Ansatzes“). Er enthält viel Klärendes zum Begriff der

Aktualisierungstendenz als dem Erklärungsprinzip dafür, wie und warum die personenzentrierte therapeutische Beziehung wirksam werden kann. *Kriz* postuliert, dass es sich bei der systemischen Beschreibung der Aktualisierungstendenz nicht um eine Hypothese, sondern um ein unmittelbar beobachtbares Phänomen der Entstehung von Sinn- und Bedeutungsstrukturen der Lebenswelt handelt. Eine andere Thematik greift *Eva-Maria Biermann-Ratjen* auf („Die klientenzentrierte Entwicklungspsychologie“). Ihr geht es um den Beitrag der klientenzentrierten Entwicklungspsychologie, um in der Therapie der Unterschiedlichkeit der Störungen gerecht zu werden. Je nach der Phase, in der die Selbstkonzeptentwicklung stagniert ist, bestehen anders geartete Störungen des Erlebens, die unterschiedlich empathisch zu verstehen sind. *Wolfgang W. Keil* („Die prozessuale Diagnostik in der Klientenzentrierten Psychotherapie“) klärt die Position von Rogers gegenüber der Diagnostik und korrigiert Missverständnisse. Er geht von dessen Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen aus und beschreibt als wesentliche Grundlage auf der phänomenalen Ebene die Bedeutung des Wahrnehmens der eigenen emotionalen Resonanz des Therapeuten auf den Klienten. Für *Jobst Finke* („Beziehungsklären und Selbstöffnen: Zwei Handlungskonzepte der Personenzentrierten Psychotherapie,“) wird die Beziehung Klient-Therapeut vor allem dann zum Thema in der Therapie, wenn sie gestört ist. Er diskutiert das „Beziehungsklären“ (das Thematisieren der Beziehung aus der Sicht des Klienten) und das „Selbstöffnen“ (Thematisieren aus der Sicht des Therapeuten) mit theoretischer Begründung und therapeutischem Vorgehen in der Praxis.

Wenn Therapeut und Klient aus unterschiedlichen Kulturen stammen und letzterer dabei einer Minderheit angehört, besteht, insbesondere wenn ihre Sicht- und Seinsweisen einander diametral gegenüberstehen, stets ein Machtgefälle. In seinem Beitrag „Sozio-kulturelle Identität und ihre Rolle in der Psychotherapie“ gibt *Colin Lago* dem Leser Gelegenheit, seine eigene Positionierung gegenüber der anderen Gruppe zu reflektieren und sich seiner besonderen Machtposition als Psychotherapeut bewusst zu werden. Wesentliche Voraussetzung dabei ist das Wissen über die Identitätsentwicklung von Minderheiten. *Michael Lux* („Der Personenzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften“) weist, wie in seinem zur gleichen Thematik erschienenen Buch, auf Parallelen zwischen

der modernen Neurowissenschaft und dem Personenzentrierten Konzept hin, die er an zentralen Begriffen wie z. B. Selbst, Gesamtheit der Erfahrungen, organismische Bewertung, Wahrnehmungsabwehr erläutert.

Die letzte Gruppe „Ausgewählte Anwendungsfelder“ beginnt mit dem Beitrag von *Hans Swildens* „Die Postmoderne und die Kurztherapie: Geschichte und gegenwärtiger Stand“. Er setzt sich darin mit paradoxen Erwartungen der Postmoderne auseinander, die einerseits klare Strukturen und messbare Ergebnisse fordert und zugleich für maximal individualisierte Klienten standardisierte Ergebnisse verlangt. Swildens betrachtet den Wunsch der Geldgeber nach kurzen Therapien aus der historischen Perspektive und untersucht die Möglichkeiten einer Klienten-/Personenzentrierten Kurztherapie. In ihrem Kapitel „Personenzentrierte Psychotherapie bei Personen mit Zwangsstörungen“ berichten *Ludwig Teusch und Jobst Finke* über ihr störungs- und prozessbezogenes Vorgehen bei der Behandlung solcher Klienten. Es geht aus von Regelhaftigkeiten, die mit typischen Störungsbildern einhergehen und orientiert sich am Prozessmodell von Swildens, das sie mit verhaltenstherapeutischen Verfahrensweisen und Pharmaka kombinieren. *Heidemarie Müllner-Sari* („Sucht als Symbolisierungsversuch. Zum „Drang“ und zur Psychotherapie suchtkranker Personen“) betrachtet Sucht unter dem Blickwinkel einer frühen Störung und interpretiert sie als Symbolisierungsversuch, um Abhängigkeit leben zu können. Sie entwickelt theoretische Grundlagen für ein personenzentriert-therapeutisches Vorgehen. *Beatrix Teichmann-Wirth* („(M)Eine Krebserkrankung. Eine personenzentrierte Wegbeschreibung“) sieht die Krebserkrankung sowohl als Folge von basaler Inkongruenz als auch als Manifestation der Aktualisierungstendenz. Um eine allgemeine Ätiologie zu erlauben, sei diese Erkrankung jedoch zu komplex und individuell bedingt. Sich mit ihr konstruktiv auseinanderzusetzen bedeute, zu „organismischem Handeln“ zu finden und einen grundlegenden Wandel zu vollziehen „von einem Leben, das von starren Konzepten bestimmt war, zu einer Achtsamkeit für ein von meinem Organismus begrüßtes“ – was einigen Mut erfordert.

Diese Kurzbeschreibung macht wohl die Vielfalt der Themen deutlich, die in diesem Buch angeschnitten werden. Dass es darüber hinaus anregend und interessant zu lesen ist, kann die eigene Lektüre bestätigen.

Dora Iseli Schudel

Dave Mearns & Brian Thorne: Person-Centred Counselling in Action. Third Edition.

London: Sage Publications, 2007, 264 Seiten, ISBN 9781412928557, £ 19,99 / € 33,25 / SFr 55,00

Das in England seit Ende der Achtziger Jahre weit verbreitete Lehrbuch von Mearns und Thorne liegt in dritter, überarbeiteter, überschaubar konzentrierter Fassung vor: die beiden Autoren, an britischen Universitäten tätig, haben den Entwicklungen insbesondere der letzten beiden Dekaden Rechnung getragen und eigene theoretische Weiterentwicklungen eingearbeitet. Deutschsprachige Publikationen blieben weitgehend unberücksichtigt. Zum Verständnis wichtig ist, dass die hierzulande gängige Abgrenzung von „Beratung“ und „Psychotherapie“ nicht getroffen wird, sondern Kurzzeittherapien von maximal einjähriger Dauer als ‚Counselling‘-Prozesse bezeichnet werden.

Als Einführungslektüre in den Personzentrierten Ansatz sowohl für Beraterinnen als auch Psychotherapeutinnen geeignet, ist das Buch flüssig und leicht lesbar, in oft narrativem und nahezu poetischem Stil geschrieben, grafisch gut gegliedert und wiederholt mit einer Prise britischen Humors gewürzt. Wohltuend ist dabei die hohe Selbstakzeptanz und manchmal leichte Selbstironie der Autoren, – etwa wenn einer von ihnen gesteht, bei einer ausführlich kommentierten (katamnestic als erfolgreich bestätigten!) Kurztherapie einer schwer traumatisierten Frau über mehrere Therapiesitzungen keine Protokolle verfasst zu haben.

Was das Buch jedoch nicht nur informativ, sondern berührend macht, ist die unerschöpfliche Begeisterung der Autoren für ihr in jahrzehntelanger Berufspraxis als Therapeuten und Hochschullehrer erworbenes PCA-Verständnis. Die beiden – in ihrer Selbstcharakterisierung ein humanistischer Atheist und ein anglikanischer Christ – halten den Anspruch auf Wissenschaftlichkeit hoch, stellen ihm jedoch die eigene konkrete Therapie- und Lebenserfahrung, das eigene Menschsein gleichwertig zur Seite. Den hohen Stellenwert des PCA in der aktuellen Psychotherapielandschaft betonen, ja beschwören sie wiederholt und mit Nachdruck.

Als zentral für die *Therapieausbildung* wird die Persönlichkeitsentwicklung, der Gebrauch des Selbst des Beraters/Therapeuten gesehen, dem ein längeres Kapitel gewidmet ist. Nebst der Verinnerlichung der Grundhaltungen und deren situationsadäquatem Ausdruck wird insbesondere Wert gelegt auf die bewusste Förderung von Selbstakzeptanz und Angstabbau. Die Autoren gründen darauf das – von der klassisch-Rogerianischen und kontinental-europäischen Usanz abweichende – *Hauptpostulat des Buchs*, die Beraterin/Therapeutin möge sich bemühen, mit jeder Klientin eine sog. „Tiefenbeziehung“ (‘relationship at depth’) einzugehen, um ihr womöglich auf existenzieller Ebene zu begegnen. Ob diese existenzielle Begegnung gelinge, bestimme letztlich die nachhaltige Effektivität der Therapie. Dabei verstehen die Autoren unter

„Tiefenbeziehung“, dass die Therapeutin nach Möglichkeit volle Präsenz (i. S. der ‚presence‘ des späten Rogers) in der therapeutischen Begegnung verkörpert. Mit „Präsenz“ ist dabei ein innerer Zustand der aufnahmebereiten Leere und Stille, der vorurteilsfreien Offenheit und Gegenwärtigkeit der Therapeutin gemeint. Alles, was deren eigene Unbewegtheit (‘stillness’) störe, werde die Entfaltung ihrer empathischen Sensitivität behindern (S. 87) und könne damit Gegenstand von Reflexion und Supervision werden. Präsenz, – auch als Integral der Grundhaltungen verstehbar – sei somit kein einmalig von der Therapeutin zu erwerbendes Handwerkszeug. Vielmehr sei sie eine Da-Seinsweise, der es sich immer wieder vor- und nachbereitend und unter Einbezug der ganzen persönlichen Lebenspraxis anzunähern gilt.

Im *Theorieteil* präsentieren Mearns und Thorne eine interessante Neufassung, welche den Aktualisierungsprozess als zentrales Konzept annimmt. Dieser stelle das Ergebnis dar eines homöostatischen Ausgleichs zwischen Strebungen der Aktualisierungstendenz einerseits und (von mir nicht nachvollziehbar: als ausschließlich hemmend beschriebenen) Einflüssen des sozialen Lebenskontexts der Person andererseits. Diese Einflüsse werden konzeptualisiert als ‚social mediation‘ (soziale Vermittlung). „Unordnung“ im Aktualisierungsprozess – exemplifiziert an Margaret Warners Beschreibung von fragilen und dissoziierten Prozessen – kann dann als chronischer Fluiditätsverlust respektive Fixiertheit verstanden werden, sodass sich der Störungsbegriff vermeiden lässt.

Als Organisationsprinzipien des Aktualisierungsprozesses gelten in der vorliegenden Theoriefassung die von Mearns auch in andern Publikationen ausführlich dargestellten *Konfigurationen des Selbst* (‘configurations of self’), (u. U. widersprüchliche) Selbstanteile, die untereinander interagieren und sich unter veränderten Bedingungen neu konstellieren können. Ihnen ist im Therapieprozess ausführlich Gehör zu verschaffen, um stimmige Problemlösungen und Entscheidungen zu ermöglichen.

In der allgemein erfrischend spontanen, unverbrauchten *Darstellung der Grundhaltungen* für besonders gelungen halte ich die äußerst differenzierten Ausführungen zur Kongruenz, einschließlich der Leitlinien zu deren Verständnis im Therapiekontext, die gerade auch für AnfängerInnen verdeutlichen, was Echtheit *nicht* ist.

Mit vielen Praxisbeispielen illustriert wird die Schilderung des in Therapiebeginn, Therapie-Mittelteil und Therapieende aufgeteilten *Therapieprozesses*, immer bezogen auf Counsellor/Klient-Beziehungen von ca. 1-jähriger Dauer.

Schließlich folgt ein *Anhang*, in dem gängige Fragen – von der Kombinierbarkeit des PCA mit andern Therapiemethoden bis zu

derjenigen nach der Zukunft des Ansatzes – sorgfältig und klar beantwortet werden.

Durchgängig ist das Anliegen der Autoren spürbar, den PCA weiterhin als entwicklungsfähigen, in seinem Grundanliegen aber unverändert zutiefst humanistischen Ansatz in der vielfältigen Psychotherapielandschaft zu positionieren, der von der Therapeutin selbst die unabschließbare Entwicklung ihrer eigenen Menschlichkeit fordert.

Ohne Zweifel hat der britische ‚updated bestseller‘ (wie das Titelblatt vermerkt) auch in kontinentaleuropäischen PCA-Kreisen, speziell in der Ausbildung viel positive Beachtung verdient: diese braucht ja keineswegs bedingungslos zu sein, im Gegenteil! Die neue Darstellung unseres nun schon in die Jahre gekommenen

Ansatzes ist sehr anregend und, insbesondere was den Theorieteil betrifft, zur Diskussion herausfordernd.

Bei der Rezensentin hat sich während der Lektüre ein Wunschbild eingestellt: ein lange dauerndes interkulturelles Fach-Encounter, an dem Mearns und Thorne mit Kriz, Eckert, Biermann-Ratjen, Höger, Swildens, Finke, Stumm und Keil etc. zusammensitzen würden, falls nötig mit Simultanübersetzung! Gespannt wäre ich, wie sich der gewiss für die Autoren beidseits des Ärmelkanals fruchtbare und klärende Austausch in ihren Publikationen niederschlagen würde. Und ich könnte mich schon auf die vierte, überarbeitete Auflage von ‚Person-Centred Counselling‘ freuen, das ja ‚in action‘ ist – und es noch lange bleiben möge.

Brigitte Macke-Bruck

GwG Akademie (Hrsg.): Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten.

Köln: GwG, 2007. 240 Seiten, ISBN 978-3-926842-40-4, € 21,90 (für GwG-Mitglieder € 17,50)/SFr 33,90

Im Personzentrierten Ansatz (PCA) wendet man sich, zwar nicht oft, aber in gewisser Regelmäßigkeit, dem Thema „Trauma“ zu. So auch in diesem wichtigen Buch. Es dokumentiert eine Fachtagung, die 2007 in Bonn abgehalten wurde. Geboten wird in dieser Sammlung von Aufsätzen ein vielfältiger Einblick in den aktuellen Stand der Psychotraumatologie und ihre mögliche Übersetzung in eine personzentrierte Sprache bzw. in eigenständige personzentrierte, prozessorientierte Konzeptionen.

Carl R. Rogers hat uns wissenschaftlich fundierte Kenntnis über eine förderliche und Sicherheit vermittelnde therapeutische Beziehungsgestaltung, aber keine explizite Ausarbeitung einer *Traumatheorie* hinterlassen. Das erscheint nicht weiter verwunderlich, bedenkt man, dass er sich immer stärker für *invariante* Merkmale von psychotherapeutischen Prozessen als für spezifische Störungstheorien interessiert hatte. Daraus ergibt sich in logischer Folge, dass die Autoren dieses Bandes auf eben diesem Fundament sowohl aus theoretischer als auch praktischer Sicht aufzeigen, wie sie in beeindruckender Weise mit den Betroffenen zu arbeiten verstehen. Der Tenor ihrer Beiträge lautet: „Wir brauchen keine Traumatherapie, sondern eine Personzentrierte Psychotherapie für traumatisierte Klientinnen und Klienten.“

Personzentrierte Psychotherapie dürfte im Gegensatz zur herkömmlichen Traumatherapie andere innere Verarbeitungsprozesse unterstützen. Deshalb, so verstehe ich *Petra Claas*, dringt sie darauf, dass bei Menschen, die an schweren posttraumatischen und dissoziativen Störungen leiden, nur eine radikal personzentrierte

Haltung des Therapeuten zu einer tiefen Selbst-Reorganisation führen könne. Der Unterschied zwischen dem Konzept der „Synthese“ in ihrem eigenen phasenspezifischen Modell und der „Desensibilisierung“ in der modernen Traumatherapie sei zwar nur subtil, aber dennoch wesentlich, weil ersteres auf dem Vertrauen in den therapeutischen Prozess, in die Entwicklung des Klienten und seine Fähigkeit zur „Selbstorganisation“ basiere.

Auch einem inflationären Gebrauch des Begriffs der „Traumatisierung“ wird sehr entschieden entgegengetreten: Das Trauma ist strikt von einem „belastenden Lebensereignis“ zu differenzieren. *Jobst Finke* und *Ludwig Teusch* sowie *Klaus Heinerth* beleuchten diesen Umstand sowie das Entstehen von Traumatisierungen und möglicher weiterer Traumafolge/störung/e/n jeweils aus therapeutischer Perspektive.

Alle Verfasserinnen und Verfasser sind nicht nur im Theoriegebäude des PCA und in der Traumalogie zu Hause, sondern auch bindungstheoretisch, entwicklungspsychologisch und neurowissenschaftlich informiert. Vor diesem Hintergrund verknüpft auch *Ernst Kern* seine reiche körperpsychotherapeutische Erfahrung mit theoretischen Überlegungen zur Förderung von Selbstkohärenz, Selbstwirksamkeit und Kontaktfähigkeit.

Sybille Jatzko widmet sich dem Bereich der Notfallpsychologie und der personzentrierten Katastrophenhilfe. Bewegend illustriert sie die Bedeutung der Bildung von Schicksalsgemeinschaften und eines stützenden Beziehungsaufbaus für Überlebende und Miterlebende, z. B. hinterbliebene Angehörige.

Anders bei *Else Döring*, *Silke B. Gahleitner* und *Rosemarie Steinhage*, die sich Personen zuwenden, welche primär an von Mitmenschen verursachten Traumata leiden. Insbesondere Angriffe auf die Bindungsbeziehungen der frühen Kindheit (oft von Angehörigen mit eigenen unverarbeiteten Traumafolgen) bewirken einen tiefgehenden Vertrauensverlust. Dieser zerstört nicht nur das Bild von der Welt als einem einigermaßen sicheren Ort, sondern auch das Selbst- und Menschenbild nachhaltig. Psychotherapeutische Bemühungen sind hier außergewöhnlich schwierig und das Etablieren eines Helfernetzes oft nötig: Gewalt, Missbrauch bzw. traumatisierenden Trennungen ausgesetzt, mussten die Kinder und Jugendlichen zur Bewältigung extremer Hilflosigkeitserfahrungen

und schutzloser Preisgabe neben ihren eigentlichen Entwicklungsaufgaben zusätzliche Überlebensstrategien entwickeln.

In der sensiblen Schilderung von *Rosemarie Steinhage* wird der mühevoll lange, aber allemal sehr lohnenswerte Weg der Wiederherstellung einer inneren Kommunikation bei Personen mit einer dissoziativen Identitätsstörung mittels einer schrittweisen Form der Traumakonfrontation vorbei an Flash-backs, Suizidversuchen, selbstverletzendem Verhalten usw. erklärt.

Ich empfehle diesen von der GwG veröffentlichten Band vor allem Personen, die sich für die Verwirklichung der Vielfalt an therapeutischen Möglichkeiten bei der Arbeit mit traumatisierten Klientinnen und Klienten im PCA interessieren.

Peter Elfner

Aktualisierungstendenz als Entwicklungspotenzial im Alter

Wie kann der Personzentrierte Ansatz in der Gerontopsychiatrie dabei förderlich sein?

Zusammenfassung: Vor dem Hintergrund eigener Berufserfahrung und der psychosozialen Situation alter Menschen wird eine Übertragung des Personzentrierten Ansatzes auf die Behandlung psychischer Altersstörungen dargelegt. Das Postulat der Aktualisierungstendenz gesteht ein Entwicklungspotenzial bis ins hohe Alter zu. Psychische Störungen können erstmalig im Alter auftreten oder bereits vorher bestehen. Die Inkongruenz steht in wechselseitigem Zusammenhang mit den gewaltigen Anpassungsleistungen, die der Alterungsprozess fordert. Die theoretische Konzeption des Meta-Ansatzes beugt einer normativen Einengung des vielfältigen Erlebens dieser heterogensten Altersgruppe vor. Zur Erleichterung des Psychotherapiezugangs wird sowohl die Bereitschaft des Therapeuten zu einer längeren Motivationsphase gefordert als auch ein nicht ausschließlich sprachlich-explorierend festgelegtes Indikationskriterium des Ausdrucks von Inkongruenz. Neben störungsspezifischen Behandlungsmodifikationen ist ein fließender Übergang zwischen Psychotherapie, Beratung und konkreten Hilfestellungen ebenso erforderlich wie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Schlüsselwörter: Aktualisierungstendenz, Entwicklungspotenzial, alte Menschen, Gerontopsychiatrie, Motivation

Abstract: Actualizing tendency as a potential for development in the elderly—How does the person-centred approach benefit this process in gerontopsychiatry? *The person-centred approach in the treatment of mental disorders in the elderly is conveyed using professional experience and the psychosocial situation of elderly people. The postulate of actualizing tendency confers a potential for continued development into the advanced years of life. Mental disorders may appear for the first time in old age or have existed previously. Incongruence is reciprocally influenced by the enormous effort to manage the challenges of aging. The theoretical conception of the person-centred approach precludes a normative reduction of the diverse experience of this heterogeneous age group. To alleviate admission to psychotherapy, professionals are called upon to engage in an extended motivating period as well as not applying an exclusively verbal-explorative determined indication criteria as expression of incongruence. In addition to disorder-specific treatment, optimal care requires interdisciplinary teamwork and smooth transitions between psychotherapy, counselling and practical support.*

Keywords: *actualizing tendency, potential for development, elderly people, gerontopsychiatry, motivation*

Auf das Entwicklungspotenzial alter Menschen lässt sich auch dann uneingeschränkt vertrauen, wenn sie mit der Bewältigung psychischer Störungen konfrontiert sind. Entwicklung im Alter schließt eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit Alterungsprozessen ein, da diese an der Entstehung psychischer Störungen beteiligt sein können oder deren Erscheinungsformen sowie deren Verläufe abwandeln. In welcher Weise sich der Mensch in seiner Umgebung erhält und mit ihr weiterentwickelt, hat Rogers mit dem Konzept der Aktualisierungstendenz beschrieben. Sie ist ein grundlegendes und universelles Prinzip alles Lebendigen, die dem Organismus eigene Tendenz, all seine Kapazitäten so zu entwickeln, dass sie dazu

dienen, den Organismus zu erhalten oder zu erweitern (Höger, 2006). Aus neurobiologischer Sicht wird ein bis ins hohe Alter bestehendes Entwicklungspotenzial bestätigt (Spitzer, 2003; Hüther, 2004 a,b). Leider kontrastiert das Vertrauen in die Aktualisierungstendenz mit nach wie vor weit verbreiteten verzerrten und defizitorientierten Vorstellungen sowohl über das Altern und psychische Altersstörungen als auch darüber, wie sich alte Menschen mit psychischen Erkrankungen auseinandersetzen. Der Personzentrierte Ansatz stellt ein spezifisches Beziehungsangebot bereit, um in dieser Auseinandersetzung das Wachstum der jeweiligen Person zu fördern.

Infolge von steigender Lebenserwartung und sinkender Nachkommenzahl wird in den Industrieländern der Anteil der Altenbevölkerung zunehmen. Mit der demographischen Entwicklung steigt in Zukunft auch die absolute Zahl von psychisch erkrankten alten Menschen. Gegenwärtig wird davon ausgegangen, dass ein Viertel der Über-65-Jährigen an einer psychischen Störung leidet (Bickel, 2002; Helmchen & Kanowski, 2001). Angesichts dieser Herausforderungen ist es erstaunlich, dass personenzentrierte Veröffentlichungen den psychischen Störungen im Alter bisher nur beiläufig Aufmerksamkeit gewidmet haben. Auch wird das bislang nur gelegentliche Interesse den wirkungsvollen und vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten des Personenzentrierten Ansatzes in der Gerontopsychiatrie nicht gerecht.

Rogers selbst kann beispielhaft für ein fortgesetztes Vertrauen in die Aktualisierungstendenz alternder Menschen genannt werden. In seinen frühen Schriften legte er zwar zunächst als zeitliches Ausschlusskriterium für eine personenzentrierte Psychotherapie das 60. Lebensjahr fest, da ab diesem Zeitpunkt die Anpassungselastizität nicht mehr ausreichend sei (Rogers, 1942a). Später nahm er dieses Kriterium wieder zurück, da seine ursprüngliche Annahme fortgesetzt widerlegt worden sei. In seinem siebenten Lebensjahrzehnt überschrieb Rogers einen Artikel über sein eigenes Altern mit den Worten: „Growing old: or older and growing“ (Rogers, 1980a). Im gleichen Jahrzehnt begab er sich selbst in Psychotherapie.

Altern und psychische Störungen

Prävalenz psychischer Altersstörungen

Psychische Störungen können erst im Alter erworben oder aus jüngeren Lebensjahren mitgenommen werden. Mit Ausnahme der Demenzen zeigen Neuerkrankungsraten psychischer Störungen im Alter, die anerkannte Diagnosekriterien erfüllen, insgesamt eine fallende Tendenz (Bickel, 2002). Die Prävalenz psychischer Alterserkrankungen erreicht ein mit jüngeren Patientengruppen vergleichbares Vorkommen. Um eine fassbarere Vorstellung von der Verbreitung zu bekommen, sind nachfolgend die Häufigkeiten einiger Hauptstörungskategorien des Alters dargelegt:

Entgegen einer immer noch weit verbreiteten Auffassung liegen diagnoserelevante Depressionen auf ebenso hohem Niveau wie bei Jüngeren, wobei depressive Symptome ohne eindeutigen Krankheitswert mit dem Alter leicht zuzunehmen scheinen (Bickel, 2002; Ernst, 1997; Helmchen et al., 1996).

Bei den Demenzerkrankungen ist hingegen eine steile altersbezogene Zunahme zu verzeichnen. Die Häufigkeiten steigen von 2% (65 bis 69 Jahre) auf 10 bis 17% (80 bis 84 Jahre) und über 30% hinaus bei Über-90-Jährigen (Bickel, 2002).

Das Vorkommen der Alkoholabhängigkeit geht mit steigendem Alter zurück. Dafür dürfte zu einem großen Teil das hohe Mortalitäts-

risko verantwortlich zu machen sein. In der Literatur ist umstritten, ob mit dem Alter ein nachlassender Alkoholkonsum einhergeht (Adams et al., 1990). Andere Autoren (Uchtenhagen et al., 2006) weisen auf höhere Risikofaktoren hin, die durch negative Attribuerungen hinsichtlich des Alterns begünstigt werden. Bei insgesamt schmäler epidemiologischer Datenlage und unter Berücksichtigung der Dunkelziffer wird die Häufigkeit von Alkoholabhängigkeit jenseits des 60. Lebensjahres bei Männern zwischen 1 und 4%, bei Frauen unter 1% angesiedelt (Bickel, 2002).

Alterungsprozesse

Alterungsprozesse sind in biologischer, psychischer und sozialer Hinsicht an der Entstehung, der Erscheinungsform und dem Verlauf psychischer Störungen beteiligt. Daraus ergibt sich nicht nur eine zwingend erforderliche interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Diagnostik und Behandlung von Altersstörungen, sondern auch die Notwendigkeit differenzierten gerontologischen Wissens. Da eine umfassende Darstellung der Gerontologie den Rahmen dieses Artikels sprengen würde, seien anschließend grob zusammenfassend einige zentrale Aspekte des Alterns dargelegt.

Dem biologischen Alterungsprozess sind sämtliche Organfunktionen unterworfen. Die Geschwindigkeit dieses Prozesses variiert dabei nicht nur erheblich zwischen unterschiedlichen Individuen, sondern auch zwischen einzelnen Organsystemen desselben Individuums. Beim gesunden Altern können gealterte Organe Belastungen schlechter ausgleichen, während unter Ruhebedingungen kaum Veränderungen gegenüber jüngeren Erwachsenen festzustellen sind (Nikolaus, 2000). Altern und körperliche Krankheit sind nicht gleichzusetzen. Im Alter steigt jedoch die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung.

Die Entwicklung der geistigen Leistungsfähigkeit bedarf ebenfalls einer differenzierten Betrachtung. Langjährig erprobtes Erfahrungswissen bleibt weitgehend altersstabil (Lehr, 2003), geschwindigkeitsabhängige Leistungen und Wendigkeit nehmen hingegen ab. Erst jenseits des achten Lebensjahrzehnts zeichnet sich ein alle kognitiven Bereiche betreffender Leistungsverlust ab (Baltes, 2000). Neben dem chronologischen Alter wird die kognitive Leistungsfähigkeit von vielfältigen Faktoren wie Gesundheitszustand, Einkommen, Bildungsstand, Motivation sowie angemessener Darbietung von Lern- und Bildungsangeboten beeinflusst.

Es gibt keine universelle Alterspersönlichkeit. Auch im hohen Alter können bei ein und demselben Individuum in einzelnen Persönlichkeitsbereichen Entwicklungsprozesse im Sinne von Abbau, Zunahme und Konstanz gleichzeitig nebeneinander bestehen (Lehr, 2003). Ein überraschend hohes und konstantes Maß an subjektivem Wohlbefinden in der Altenbevölkerung korreliert paradoxerweise nicht mit dem objektiven Gesundheitszustand und den aktuellen Lebensverhältnissen (Perrig-Chiello et al., 1997). Diesen Befund

wertet Lehr (2003) als erhaltene Plastizität in der Auseinandersetzung mit den Herausforderungen des Alterns. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts ein Idealbild der Selbstbeherrschung vermittelt wurde. Viele der heute Älteren schämen sich daher ihrer Hilfsbedürftigkeit oder verleugnen sie (Peters, 2000; Kade, 2007).

Die vielfältigen Alterungsprozesse werden von alten Menschen trotz gemeinsamer zentraler Aspekte – je nach Lebensentwurf und biographiegebundener Selbstdeutung – auf ganz subjektive und daher unterschiedliche Weise erlebt und verarbeitet. Gemäß der gerontologischen Forschung haben zwar objektive Faktoren wie beispielsweise Gesundheitszustand, Leistungsfähigkeit, Einkommen, Bildungsstand und Verlust nahestehender Personen großen Einfluss auf den Verarbeitungsprozess des Alterns. Der subjektiven Verarbeitung dieser Faktoren kommt jedoch hinsichtlich der individuellen Reaktionen auf den Alterungsprozess ebenso große Bedeutung zu (Lehr et al., 2000; Kruse & Martin, 2004).

Das individuelle Altern vollzieht sich in wechselseitiger Beeinflussung von situativen, sozialen und gesellschaftlichen Bezügen. Betagte müssen sich nicht nur mit kritischen Lebensereignissen wie beispielsweise dem Verlust nahestehender Personen oder der Pensionierung auseinandersetzen, sondern auch mit den ebenso herausfordernden alltäglichen Anpassungsaufgaben. Defizitäre Altersbilder über vermeintliche Verhaltensweisen und Eigenschaften alter Menschen wirken sich dann besonders beeinträchtigend auf die psychische Befindlichkeit Älterer aus, wenn deren Lebenssituation bereits gesundheitlich, zwischenmenschlich oder ökonomisch belastet ist.

Die demographischen Veränderungen führen dazu, dass zunehmend mehr Generationen gleichzeitig leben, die Verfügbarkeit naher Verwandter jedoch abnimmt. Der Trend zur Singularisierung von Haushalten hat nicht zwingend Vereinsamung zur Folge, kann durch die äußere Distanz Generationenkonflikte minimieren und innere Nähe erleichtern (Rosenmayr, 1990). Für Frauen jenseits des 60. Lebensjahres ist die Verwitwung die häufigste Form des Familienstandes, während der überwiegende Teil der Männer in Partnerschaft lebt (Lehr, 2003). Obwohl Betagte familiären Beziehungen aktuell einen hohen Stellenwert einräumen, sinkt die Bedeutung der Familie (Lehr, 2003). Für viele Ältere von morgen wird das soziale Netzwerk außerhalb der Familie mehr Gewicht bekommen.

Psychische Störungen des Alters

Nachfolgend werden Besonderheiten gerontopsychiatrischer Störungen anhand der Depression und des Alkoholismus im Alter beispielhaft umrissen. Weitergehend Interessierte seien an die einschlägigen Standardwerke der Gerontopsychiatrie (Förstl, 2002) und Geriatrie (Nikolaus, 2000) verwiesen.

Im Senium tritt keine grundsätzlich andere Art von Depression auf als im jüngeren Erwachsenenalter. Körperliche Erkrankungen können sich jedoch mit somatischen Symptomen einer Depression überlappen (Baldwin & Niklewski, 2002). Unter Umständen zeigen ältere Patientinnen und Patienten ihr depressives Erleben über körperliche Beschwerden oder bagatellisieren Symptome, wodurch eine Depression möglicherweise schwerer zu erkennen ist und leichter übersehen wird (Wolfersdorf et al., 2000). Häufig begleiten kognitive Defizite im Senium depressive Störungen. Eine genaue Unterscheidung zwischen einer Demenz und einer Depression lässt sich vielfach erst im Behandlungsverlauf treffen, wenn sich kognitive Schwächen unter der Depressionsbehandlung zurückbilden. In Lehrbüchern angeführte und anscheinend trennscharfe Unterscheidungskriterien für ältere Depressive – wie ein häufigeres Klagen über Denkschwächen, deren rascherer Beginn und ein Morgentief – bieten lediglich grobe Orientierungspunkte. Herauszuheben ist, dass die Behandlungsprognose einer Depression im höheren Lebensalter der Prognose jüngerer Altersgruppen entspricht (Baldwin & Niklewski, 2002).

Bei der Diagnose des Alkoholismus lässt sich ein sozialer Rückzug im Rahmen des Alterungsprozesses unter Umständen schwer von einer alkoholbedingten Vernachlässigung eigener Interessen abgrenzen. Typische soziale Auswirkungen wie Kündigung des Arbeitsplatzes, Scheidung oder Straftaten sind bei Älteren seltener, obwohl in der Regel sozialer Abstieg und Konflikte mit der Alkoholkrankung einhergehen. Häufig kommen schwere körperliche Folgeerkrankungen sowie Verletzungen durch Stürze zur Suchterkrankung hinzu. Alkoholbedingte kognitive Defizite können sich unter Abstinenzbedingungen häufig zurückbilden. Infolge einer unbegründeten fatalistischen Haltung angesichts vermeintlich geringer Therapieaussichten werden alten Menschen Therapien, Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen seltener empfohlen. Die meisten Suchtfachkliniken setzen eine Altersgrenze bei 60 bis 65 Lebensjahren. Vor dem 60. Lebensjahr entwickeln sich doppelt so häufig Alkoholabhängigkeiten wie danach. Bei einem späten Beginn ist die Prognose günstiger und die sozialen wie finanziellen Verhältnisse sind in der Regel weniger zerrüttet. Individuelle Therapieplanungen und gemeindenahere Angebote sind für alte Menschen zu bevorzugen.

Versorgungsstrukturen

Hausärzte und Hauspflegedienste stellen für alte Menschen, die unter einer psychischen Störung leiden, erste vertrauenswürdige Anlaufstellen dar. Mit der geforderten Breite des Fachwissens stoßen diese Dienstleister allerdings häufig an die Grenze gerontopsychiatrischer Fachkompetenz. Unter den Hausärzten besteht leider noch zu viel Zurückhaltung gegenüber einer fachspezifischen Delegation (Helmchen & Kanowski, 2001). Niedergelassene

Psychiater und Psychotherapeuten haben gegenwärtig für Betagte eine nur geringe Bedeutung (Kipp & Jüngling, 2007), wofür Vorbehalte auf beiden Seiten verantwortlich sein dürften. Behandlungen psychisch erkrankter alter Menschen finden im Wesentlichen – sofern es überhaupt zu einer Behandlung kommt – innerhalb des institutionellen Rahmens (geronto-) psychiatrischer Fachabteilungen statt. In der nahen Zukunft ist jedoch mit einer zunehmenden Bedeutung des ambulanten Versorgungsbereiches zu rechnen. Der verstärkte Kostendruck im Gesundheitswesen wird eine solche Entwicklung begünstigen. Älter werdende jüngere Alte werden vermutlich ihre Behandlungsansprüche selbstverständlicher und nachdrücklicher einfordern. Eine inzwischen differenziertere gerontologische und gerontopsychiatrische Ausbildung wird voraussichtlich eine entwicklungsbejahendere Haltung der Fachpersonen gegenüber Alten fördern und diesen dadurch den Behandlungszugang erleichtern.

Anwendungsmöglichkeiten des Personenzentrierten Ansatzes

Wendet man sich den vielfältigen personenzentrierten Anwendungsmöglichkeiten zu, sollte man sich zunächst vergegenwärtigen, dass der Personenzentrierte Ansatz in erster Linie eine Metatheorie beinhaltet: Das Postulat der Aktualisierungstendenz drückt das Vertrauen aus, dass jedem Individuum Entwicklungsmöglichkeiten innewohnen. In zweiter Linie betont der Ansatz die innere Haltung eines spezifischen, wachstumsfördernden Beziehungsangebotes. Drittens leiten sich unterschiedlichste Interventionen ab, die jedoch immer der Metatheorie und der vorgenannten Haltung verpflichtet sind.

Offenheit und Subjektorientierung des Ansatzes

Alte Menschen bilden eine überaus heterogene Bevölkerungsgruppe. Die Offenheit der Metatheorie bietet, zumindest von ihrer theoretischen Konzeption her, den Vorteil, das vielgestaltige subjektive Erleben Betagter nicht durch einengende theoretische Vorannahmen ersetzen zu müssen, sondern sich vielmehr am Gegebenen orientieren zu können.

Menschen reagieren mit ihrem Verhalten und Erleben nicht auf die objektive Welt, sondern darauf, wie sie diese in ihren Repräsentationen wahrnehmen. Eine solche Auffassung ist zentral für das Menschenbild des Personenzentrierten Ansatzes. Die gerontologische Forschung unterstreicht zusätzlich die Notwendigkeit einer Subjektorientierung, wenn insbesondere das Verhalten und Erleben alter Menschen, eingebettet in deren vielfältige Alternsprozesse, umfassend verstanden werden soll.

Durchlässigkeit zwischen Interventionsformen und praktisches Handeln

In der Arbeit mit psychisch erkrankten alten Menschen gilt die Unterscheidung zwischen Psychotherapie, Beratung und anderen Interventionsformen ebenso wie bei jüngeren Patienten. Während in der Psychotherapie die Beziehung der Patienten zu sich selbst im Mittelpunkt steht, liegt der Fokus in der Beratung mehr auf der Problemlösung. Ziel beider Vorgehensweisen ist der selbstbestimmte Wachstumsprozess der betreffenden Person. Für die komplexe Situation alter Menschen empfiehlt es sich, die Grenzen zwischen den verschiedenen Interventionsformen durchlässig zu halten. Die Arbeit im Altersbereich besteht aus einem Bündel von unterschiedlichen Teilmaßnahmen, die sich ineinandergreifend gegenseitig unterstützen oder aufeinander aufbauen, beim Patienten selbst und/oder in seinem Umfeld ansetzen (Linster, 1990). So kann beispielsweise ein Psychotherapie- oder Beratungsprozess zwischenzeitlich von einer Phase sozialpsychiatrischer Unterstützung unterbrochen oder begleitet werden, wenn ein Wechsel aus dem häuslichen Wohnumfeld in eine institutionell betreute Wohnform nötig wird. Unter Umständen ist die Koordination eines interdisziplinären Helfernetzes von Pflegepersonen, somatischen Medizinern, Sozialarbeitern, institutionellen Vertretern und nahestehenden Bezugspersonen erforderlich. Alte Menschen brechen häufig bereits initiierte und notwendige Veränderungen ab, wenn im Rahmen solcher Umgestaltungsschritte der Kontakt von einer vertrauten Fachperson auf eine fremde übergehen soll.

Das personenzentrierte Beziehungsangebot wird bei jüngeren Erwachsenen eher als Hilfe zur Selbsthilfe verstanden. Alten Menschen sind körperlich, kognitiv, psychisch und sozial unter Umständen Grenzen gesetzt, was ihre Möglichkeiten zur Selbsthilfe angeht. Psychotherapeutisch und beraterisch Tätige sollten ebenso wie Betreuende gegebenenfalls zu ganz praktischen Hilfestellungen wie beispielsweise der aufsuchenden Hilfe, der Vermittlung von Fahrdiensten, Haushaltshilfen, Finanzberatung oder einer persönlichen Begleitung zu in den Behandlungsprozess involvierten Institutionen bereit sein. Derartige praktische Hilfestellungen sind durchaus auch bei Jüngeren angezeigt. Alte Menschen sind jedoch sehr viel mehr auf solche Unterstützungen sowie auf die entsprechende Bereitschaft der Helfenden angewiesen. Vielfach wird eine derartige Bedürftigkeit missbräuchlich als Ausschlusskriterium für eine Psychotherapie oder Beratung verwendet. Das nachfolgende Fallbeispiel soll die Ausführungen verdeutlichen.

Ein 63-jähriger verwitweter Mann, Herr N., erleidet während seines Aufenthalts in einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik erneut einen Schlaganfall. Eine Körperhälfte kann er nur mühsam koordiniert bewegen, trotz verwaschener Artikulation bleiben sein Ausdruck und das Verständnis von Sprache erhalten. Auf die unmittelbar hinzugezogene Notfallärztin reagiert er wütend und verweigert seine

Mitarbeit, als sie ihm die Notwendigkeit einer sofortigen Einweisung in die neurologische Klinik mitteilt. Der teilstationären Behandlung sind zwei mehrmonatige psychiatrische Hospitalisationen vorausgegangen. Auf einen ersten Schlaganfall hin hat der Patient mit starken Angst- und Panikattacken reagiert, die zeitweise mit psychotischem Erleben und verbal aggressivem Verhalten verbunden gewesen sind. Bei erhaltenem Urteilsvermögen ist er zu Beginn der teilstationären Behandlung kognitiv verlangsamt gewesen und ohne Hilfsmittel – jedoch leicht unsicher und verlangsamt – zu Fuß gegangen. Herr N. lebt als frühpensionierter Witwer selbstständig in einer Eigentumswohnung. Beruflich hat er eine Kaderstellung in einem Dienstleistungsunternehmen innegehabt und ist beruflich wie familiär eine selbstbestimmte und dominante Lebensführung gewohnt gewesen. In den ersten Monaten der teilstationären Anschlussbehandlung haben während der psychologischen Einzelgespräche zunächst heftige Auseinandersetzungen stattgefunden, bis eine vertrauensvolle Beziehung erarbeitet gewesen ist, in der dem Patient ein Gleichgewicht zwischen Selbstkontrolle und hilfsbedürftiger Abhängigkeit möglich geworden ist. In der aktuell eskalierenden Notfallsituation räumt Herr N. erst dem ihm vertrauten Psychologen ein, wie sehr ihn der befürchtete Kontrollverlust in der hektischen Notfallambulanz ängstigt. Das Angebot des Psychologen, ihn während der Notaufnahme unterstützend zu begleiten, lässt Herrn N. entspannter in das unterbreitete Vorgehen einwilligen. Dank der unterstützenden Begleitung kooperiert der Patient während der Erstuntersuchung ebenso bereitwillig, wie er seinen nachfolgenden mehrwöchigen Aufenthalt in der neurologischen Klinik eigenständig und ohne erneute psychische Dekompensation bewältigt.

Bei derartigen Interventionen ist allerdings zu beachten, dass in der Altenbevölkerung ein Idealbild der Selbstkontrolle sowie Scham angesichts persönlicher Hilfsbedürftigkeit weit verbreitet sind (Peters, 2000; Kade, 2007). Eine wohlgemeinte Hilfestellung kann alte Menschen möglicherweise in ihrem Selbstverständnis von autonomem Altern kränken.

Die Selbstaktualisierungstendenz ist ein Teil der Aktualisierungstendenz, der auf das Selbst gerichtet ist. Die Selbstaktualisierungstendenz dient somit sowohl der lebensnotwendigen Erhaltung des Selbst als auch dessen Entfaltung, um mit den sich verändernden Bedingungen der äußeren und inneren Welt Schritt zu halten (Höger, 2006). Das Beharren auf Selbstüberzeugungen – auch wenn diese einer offensichtlichen Notlage entgegenstehen – kann solchermassen als selbsterhaltende Funktion eines lebenswichtigen Monitorsystems im Sinne eines Kränkungs-schutzes (Peters, 2000) oder eines Schutzes vor Enttäuschung (Pörtner, 1996) verstanden werden. Eine differenziert reflektierte entwicklungsbejahende Haltung gegenüber Betagten, eingebettet in das personzentrierte Beziehungsangebot, kann zusätzlich die Bedingungen fördern, unter denen Patienten jene Sicherheit und Schutz erfahren, der sie notwendige Veränderungen wagen lässt.

Eine wohl abgewogene Unterstützung setzt voraus, individuelle Lösungen stets mit den Betroffenen und nicht für sie zu entwickeln (Pörtner, 2006). Derartige Lösungen können innerhalb von Monate bis Jahre dauernden sensiblen Prozessen erarbeitet werden, wenn hochbeanspruchte betreuende Angehörige schließlich selbstverträglich einem Heimeintritt ihrer schwer dementen Partner zustimmen. Um hilfreiche Interventionen partnerschaftlich abzustimmen, lassen sich gemeinsam entwickelte Lösungen mitunter auch innerhalb eines Gesprächs finden. Ein Gesprächsausschnitt mit dem bereits erwähnten Patienten soll Letzteres verdeutlichen. Das Gespräch findet in der Anfangsphase der teilstationären Nachbehandlung statt, in der ein Gleichgewicht zwischen Beharren und selbstverträglicher Inanspruchnahme von Hilfe gesucht wird.

Th.: In diesem Moment passiert genau das, was Ihnen häufig widerfährt. Die Situation wächst Ihnen über den Kopf.

Herr N.: [steht auf; laut und wütend] Dann hören Sie endlich auf, über den Scheißdreck zu sprechen! Sie machen jetzt noch eine Drehung und noch eine Drehung. [...] Das ist verrückt, was sich um mich abspielt!

Th.: Und ich trage dazu bei, es für Sie noch schlimmer zu machen.

Herr N.: Ja! [...] Wenn Ihnen daran liegt, dass es mir besser geht, dann müssen wir das Thema ändern. [geht im Raum umher; spricht versöhnlicher] Früher hätte ich ein Bierchen getrunken [...], das mache ich auch nicht mehr [...], ist ja egal! Verlassen wir diese Katastrophe einfach [...] und [...] und [...] unser Leben ist ja eigentlich in Ordnung. Es ist ein wunderschöner Tag draußen. Mit diesen Gedanken kann ich das nicht mehr sehen. [zunehmend wütender] Ich wollte spazieren gehen, als Sie zum Gespräch kamen. Dann musste ich den Scheißdreck erzählen! [...] Bis zum Geht-nicht-mehr!

Th.: Ich habe dazu beigetragen, dass es für Sie noch schlimmer wurde. [...] Dabei ist meine Absicht, mit Ihnen zusammen nach Entlastung zu suchen. [... 5 Sekunden Pause ...] Wie machen wir denn nun weiter?

Herr N.: [energisch und versöhnlicher] Dass Sie mir helfen, wenn ich aus dem letzten Loch pfeife! Ich schaffe es nicht, Stopp zu sagen. Und dass Sie nicht noch nach noch mehr Details fragen! Das kann ich tatsächlich nicht mehr. Sonst ist einfach meine Platte kaputt.

(Elfner, 2008, S. 111)

Trotz anfänglicher Konflikteskalation lässt sich innerhalb weniger Minuten die Basis für ein gemeinsames Vorgehen finden, das in zahlreichen nachfolgenden Begegnungen wirkungsvoll dazu beiträgt, Überforderungen für den Patienten zu verringern. Das Vertrauen in seine Möglichkeiten und das Ernstnehmen seiner Bedürfnisse bilden die entscheidende, grundlegende Haltung für diese Lösung.

Spezifischer Ausdruck von Inkongruenz

Für die Aufnahme einer Personenzentrierten Psychotherapie sind drei Indikationskriterien zu erfüllen. Mit Ausnahme schwerer Psychosen und fortgeschrittener Demenzen stellen sowohl das Wahrnehmen eines von Alltagskontakten unterscheidbaren Beziehungsangebots sowie die Beziehungsfähigkeit erfüllbare Indikationskriterien bei alterspsychiatrischen Patienten dar. Im Kriterium des Leidens an Inkongruenz dagegen kann eine diskriminierende Hürde verborgen liegen.

Da der Begriff der Inkongruenz im Laufe der Weiterentwicklung des Ansatzes unterschiedliche Auslegungen erfahren hat, sei die Begriffsbestimmung verdeutlicht. Im Kontext dieser Ausführungen wird der Begriff in der ursprünglichen Bedeutung von Rogers verwendet, als Nicht-Übereinstimmung der Erfahrung mit dem Selbstkonzept (Biermann-Ratjen, 2006).

Eine diskriminierende Hürde könnte mit den erwarteten Ansätzen von Selbstexploration errichtet werden. Dabei wird eine nachforschende Neugier der Patienten an sich selbst vorausgesetzt (Biermann-Ratjen et al., 1997). Bei alten Menschen steht der geforderten Selbstöffnung jedoch häufig das bereits erwähnte Ideal der Selbstbeherrschung entgegen. Unter Umständen drücken sie ihr psychisches Leiden eher über vage Mitteilungen oder über ihr körperliches Erleben aus. Bisweilen wird das Leiden bagatellisiert oder gar negiert. Der nachfolgende kurze Gesprächsausschnitt soll die Überlegungen veranschaulichen.

Eine 66-jährige Patientin, Frau A., wird nach einem Suizidversuch während einer schweren Depression in die geschlossene gerontopsychiatrische Akutstation eingewiesen. Sie hat erst wenige Wochen zu Hause verbracht, nachdem sie etwa ein Jahr in einer anderen psychiatrischen Klinik hospitalisiert gewesen war. In den ersten Behandlungswochen nimmt sie wegen ihrer Kraftlosigkeit nur unter großen Anstrengungen an den gemeinsamen Stationsmahlzeiten teil. In den anfänglichen psychotherapeutischen Einzelgesprächen äußert sich Frau A. sparsam zwischen langen Pausen in Ein- oder Zweiwortsätzen, die eher den Charakter eines unterstützten Selbstgesprächs haben. Trotz der anhaltenden schweren depressiven Episode entwickeln sich die weiteren psychotherapeutischen Begegnungen mehr zum Dialog und es entspannt sich folgendes Gespräch:

Frau A.: [nachdem sie zu Beginn des Gespräches im Bett gelegen ist, läuft sie nun schleppend und unruhig im Zimmer umher]

Th.: Sie sehen gleichzeitig bedrückt und unruhig aus.

Frau A.: Ganz schlimm [... 10 Sekunden Pause ...], wie wenn man mich aufhängen würde.

Th.: Sie fühlen sich tief bedroht, als ob es um Ihr Leben ginge, und das macht Sie ganz unruhig.

Frau A.: Es ist so schwierig [...] von A bis Z.

Th.: Ich möchte das gerne genauer verstehen. Haben Sie ein Beispiel?

Frau A.: Keine Kraft! [...] Kein Mumm! [...] Kein gar Nichts! [...] Kein Appetit! [... 10 Sekunden Pause ...] Das Schlimmste ist, ich kann noch nicht mal Kirschen essen.

Th.: Der Geschmack von Kirschen scheint Ihnen besonders zu fehlen.

Frau A.: Ja, [...] früher [... 20 Sekunden Pause ...], aber jetzt [...], wenn ich den anderen beim Essen zuschauen [...], mit welchem Appetit.

Th.: Sie sehnen sich sehr danach, wieder einen solchen Appetit zu spüren. Und Sie wissen nicht, wie das möglich werden soll.

Frau A.: [...] Ich habe keine Kraft mehr.

Th.: Ein wenig von Ihrer Kraft habe ich gespürt. Ich habe mich gefreut, als Sie sich vergangenen Montag so rasch entschlossen hatten, am Gruppengespräch teilzunehmen.

(Elfner, 2008, S. 82)

Der Ausdruck des Leidens an Inkongruenz darf nicht allein auf eine sprachlich-explorative Ebene eingengt werden, vielmehr müssen vor allem indirekte Hinweise auf Inkongruenz wie Unruhe, Angst und Kraftlosigkeit besondere Beachtung finden, wenn Alten der Zugang zu einer hilfreichen Leistung nicht verstellt werden soll. In diesem Zusammenhang wäre eine Reduktion auf die Somatisierung psychischer Konflikte, wie sie in allen Altersgruppen vorkommt, zu vereinfachend. Wechselseitig sich beeinflussende negative Attribuierungen über das Altern auf Seiten der Betroffenen, der Helfenden und des Umfelds sind stets zu berücksichtigen. Eine solche Zuschreibung wird zwar von der Patientin in dem vorangegangenen Gesprächsausschnitt nicht explizit erwähnt. Erst ein gutes Jahr später, während der Entlassungsvorbereitungen aus der teilstationären Nachbehandlung, formuliert sie eine derartige Zuschreibung deutlicher: „Ganz schnell ist man alt und ist niemand mehr“ (Elfner, 2008, S. 87).

Auch in diesem Zusammenhang kann eine differenzierte entwicklungsbejahende Haltung gegenüber alten Menschen die notwendige und unbedingte positive Beachtung ergänzen, um ihnen dabei behilflich zu sein, die Selbstbedrohung zu reduzieren. Bisher verzerrte oder verleugnete Erfahrungen können somit präziser symbolisiert und selbstverträglich integriert werden. Damit wird Betagten erleichtert, sich aufgrund ihres eigenen Potenzials selbstbestimmt und konstruktiv auf ein für sie sinnhaftes Ziel hin entwickeln zu können.

Verlängerte Motivationsphase berücksichtigen

Eng verwoben mit dem spezifischen Ausdruck von Inkongruenz ist die Motivation alter Menschen. Für sie ist Psychotherapie ein weniger vertrautes Verfahren und sie weisen gewöhnlich eine geringere Therapiemotivation auf als Jüngere. Unter Betagten ist der Anteil der Fremdmotivierten höher (Peters, 2000; Bäurle, 2000).

Ursächlich dafür werden das schon mehrfach erwähnte Ideal der Selbstbeherrschung und der befürchtete Verlust von Autonomie genannt, die als Selbstbehauptung interpretiert werden können. Des Weiteren wirken sich sozioökonomische Barrieren und negative gesellschaftliche Altersbilder nachteilig auf die Therapiemotivation alter Menschen aus. Daher kommt sowohl der Motivationsförderung Betagter als auch der Bereitschaft psychotherapeutisch Tätiger zu einer unter Umständen längeren Motivationsphase zentrale Bedeutung zu.

Möglicherweise ist eine verlängerte Motivationsphase eher in einem institutionellen Rahmen relevant. Unter Umständen gehören Betagte, die den Weg in eine niedergelassene Praxis finden, einer selektionierten und motivierteren Untergruppe der Altenbevölkerung an, die eine derartige Motivationsphase nicht benötigt. Untersuchungen zur Motivation alter Menschen unter Berücksichtigung des Settings könnten darüber genaueren Aufschluss geben. Da gegenwärtig jedoch die Mehrzahl psychisch erkrankter alter Menschen in Institutionen behandelt wird, erscheinen die Überlegungen dieses Abschnitts dennoch erforderlich.

Die bereits erwähnte depressive Patientin leidet im fünften stationären Behandlungsmonat weiter unter ihrem verlorenen Lebensmut. Das Ende der Motivationsphase zeichnet sich jedoch ab. An den Psychotherapiegesprächen ist sie spürbarer als Person beteiligt und zeigt zarte Ansätze der Selbstexploration. Ihre Selbstöffnung drückt sie hingegen weiterhin in selbstfernen Schilderungen aus. Kurze Zeit nach dem folgenden Gespräch formuliert sie erstmalig eigeninitiativ das Bedürfnis nach psychologischen Gesprächen und kommt aus eigenem Antrieb. Vorher musste sie geholt werden.

Frau A.: *Am liebsten ist, wenn man gar nicht mehr da wäre.*

Th.: *[... 10 Sekunden Pause ...] Sie empfinden Ihr Leben gerade so aussichtslos, dass Sie gar nicht mehr wissen, wie es weitergehen könnte, und am liebsten aufgeben würden.*

Frau A.: *Ja! [leise und berührt]*

Th.: *[... 15 Sekunden Pause ...] Was würde denn Ihr Mann dazu sagen, wenn er jetzt hier säße?*

Frau A.: *Er würde gerade weinen [... 10 Sekunden Pause ...], weil [...] ich bin eine ganz fröhliche Person gewesen. Allen alles getan, geholfen und gemacht. [...] Er kann es gar nicht glauben.*

Th.: *Und er würde weinen, weil er von dieser fröhlichen und hilfsbereiten Person gar nichts mehr wahrnimmt.*

Frau A.: *Ja. [... 10 Sekunden Pause ...] Er begreift Depression und alles, aber wehe, wenn ich danach was sag. Weint er grad [... 15 Sekunden Pause ...] Es ist alles so schwer. [...] Wie es weitergeht, nimmt einen auch Wunder.*

(Elfner, 2008, S. 84)

In der dem Psychotherapieprozess zugehörigen Motivationsphase, die einer Selbstexploration vorausgeht, werden Auftragsklärung und wachsendes Vertrauen in die therapeutische Beziehung

verfolgt (Swildens, 1991, 2007). Gegebenenfalls sind prätherapeutische Kontaktreflexionen (Prouty et al., 1998) angezeigt, um einen therapeutischen Kontakt (wieder-)herzustellen. Je nach Störung gilt es spezifische Modifikationen zu beachten (Swildens, 1991). Bei einer Depression sind das Vermitteln von Hoffnung und gezielte aufklärende Informationen förderlich.

Motivation wird dabei nicht als eine wundersame Triebkraft verstanden, die von außen in die Betroffenen hineingegeben werden muss. Sie ist als Aktualisierungstendenz im Sinne eines übergeordneten Prinzips menschlicher Motivation (Höger, 2006) und eines naturwissenschaftlichen Phänomens der Selbstorganisation von Systemen (Kriz, 2006) bereits vorhanden, benötigt jedoch unter Umständen achtsame Ausdauer, um sich entfalten zu können. Sowohl die Tendenz zur Selbstentwicklung als auch das Streben nach Selbsterhalt müssen einfühlsam ernst genommen werden. In dieser Prozessphase kann die ausdrückliche Beachtung der Betroffenen in Verbindung mit einer differenzierten entwicklungsbejahenden Haltung ausgesprochen förderlich sein. Dabei ist zu bedenken, dass die älteren Patienten den in der Regel jüngeren Therapeuten auf ihrem Lebensweg einige Schritte voraus sind. Swildens (2007) weist darauf hin, dass jüngere Therapeuten in einem ihnen unbekanntem Lebensabschnitt für Ältere erst zu bedeutungsvollen Personen werden müssen, um willkommene Begleiter zu sein. Des Weiteren können in der Motivationsphase praktische Hilfestellungen und informative sowie aufklärende Angebote förderlich sein.

Informationsvermittlung und -aneignung

Nahezu alle in der Gerontopsychiatrie beschäftigten Berufsgruppen verfolgen das pädagogische Ziel, dass sich Patientinnen und Patienten Wissen aneignen. Innerhalb von Beratung und Psychotherapie finden Informations- und Aufklärungsgespräche statt. Mit Trainings sollen beispielsweise soziale oder alltagspraktische Kompetenzen verbessert werden. Der Sozialdienst ist gefordert, Informationen zur finanziellen Situation oder über mögliche Wohnformen zu geben. Pflegekräfte zielen auf eine Verhaltensänderung in der Körperpflege, der Haushaltsführung oder der Kommunikation ab.

Dabei bleibt häufig unberücksichtigt, dass nicht das gelernt wird, was gelehrt wird. Wissensaneignung und Transfer des Gelernten sind von den Betagten selbst organisiert, können nicht von außen erzeugt werden. Die Weiterentwicklung von Kompetenzen muss an der Lebenssituation, den Lebensentwürfen und den biographiegebundenen Selbstdeutungen der Lernenden anknüpfen (Kunze, 2003). Daher können Lerninhalte nur als Angebote betrachtet werden, die Patienten vor dem Hintergrund ihrer eigenen Erfahrungen selbst in ihre Erfahrungsnetze einordnen oder auch nicht. Ein förderliches Klima kann den Lernprozess zusätzlich unterstützen.

Bei alten Menschen verändert sich die Relevanz von Wissensangeboten. Es ist zu beachten, dass sie von Zwängen der Familien- und Erwerbsarbeit gesellschaftlich entpflichtet sind. Lernen im Alter wird mehr zum Selbstzweck. Die subjektive Bedeutung des Gelernten rückt gegenüber fremdbestimmten Vorgaben in den Vordergrund. Insbesondere geht es um ein weiterlernendes Anknüpfen an bestehenden Erfahrungen (Kade, 2007) und ein Lernen für die Alltagsbewältigung selbst. Darüber hinaus müssen die kognitiven und körperlichen Umgestaltungsprozesse des Alterns sowie die Art und das Ausmaß der jeweiligen Störung in die Aufbereitung von Wissen einbezogen werden (Elfner, 2008). Es bedarf also einer genauen Passung zwischen den Wissensangeboten auf der einen Seite und der spezifischen Bedürfnislage Betagter auf der anderen Seite. Nur allzu häufig wird die fehlende Passung dem Alter an sich zur Last gelegt, statt die Relevanz des jeweiligen Angebots kritisch zu prüfen.

Die Aktualisierungstendenz selbst gibt einerseits Anstoß zum Lernen und strebt nach Kompetenzerweiterung (Rogers, 1969a). Andererseits können Lernangebote Angst und Widerstand auslösen, wenn das Selbstkonzept bedroht wird. Während Lernprozesse, die das Selbstkonzept erhalten und schützen, relativ schnell geschehen können, benötigen insbesondere die für das Selbst bedrohlichen Lernprozesse ein angstakzeptierendes und damit angst-

minderndes Beziehungsangebot (Kunze, 2003). Sowohl das Streben nach Kompetenzerweiterung als auch die Angst vor Veränderung müssen einfühlsam ernst genommen werden. Des Weiteren können nachvollziehbar strukturierte Wissensinhalte, eindeutig kommunizierte Rahmenbedingungen, unterstützende wohl wollende Rückmeldungen sowie der gemeinsame Entwurf von alternativen Handlungsmustern den individuellen Lern- und Wachstumsprozess nachhaltig fördern.

Die theoretischen und praktischen Ausführungen geben einen Einblick in die breiten Anwendungsmöglichkeiten des Personenzentrierten Ansatzes in der Alterspsychiatrie. Weitere Falldarstellungen und detailliertere Erläuterungen sind an anderer Stelle ausgeführt (Elfner, 2008; Elfner & Minder, 2002). Mit personenzentrierten Interventionen können gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten wirkungsvoll dabei unterstützt werden, ihr psychisches Wohlbefinden wiederzuerlangen oder zu bewahren. In der Gerontopsychiatrie Tätige sind dabei auf vielfältige Weise gefordert, ihre Arbeit an die besondere Bedürfnis- und Motivationslage dieser Personengruppe anzupassen. Dafür beantworten betagte Patientinnen und Patienten die erhaltene Zuwendung und Wertschätzung ihrer Person mit einer Dankbarkeit, wie sie in keinem anderen Bereich der Psychiatrie erwiesen wird.

Literatur

- Adams, W. L., Garry, P. J. & Rhyne, R. (1990). Alcohol intake in the healthy elderly. Changes with age in a cross-sectional and longitudinal study. *Journal of the American Geriatric Society*, 38, 211–216.
- Bäurle, P. (2000). Ist Psychotherapie auch für ältere Menschen geeignet? *Pro Mente Sana aktuell*, 1, 7–8.
- Baldwin, B. & Niklewski, G. (2002). Depressive Erkrankungen. In H. Förstl (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (2. Aufl.) (S. 436–448). Stuttgart: Thieme.
- Baltes, P. B. (2000). Gegen Vorurteile und Klischees. Die Berliner Altersstudie – neue Erkenntnisse über die Zielgruppe alte Menschen. In T. Nikolaus (Hrsg.), *Klinische Geriatrie* (S. 80–84). Heidelberg: Springer.
- Bickel, H. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Alter. In H. Förstl (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (2. Aufl.) (S. 11–26). Stuttgart: Thieme.
- Biermann-Ratjen, E. M., Eckert, J. & Schwartz, H. J. (1997). *Gesprächspsychotherapie* (8. Aufl.). Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E. M. (2006). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 93–116). Heidelberg: Springer.
- Elfner, P. (2008). *Personenzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie*. München/Basel: Ernst Reinhardt.
- Elfner, P. & Minder, J. (2002). Psychotherapie im Alter. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 33, 44–47.
- Ernst, C. (1997). Epidemiologie depressiver Störungen. In H. Radebold et al. (Hrsg.), *Depressionen im Alter*. Darmstadt: Steinkopff.
- Förstl, H. (Hrsg.) (2002). *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Helmchen, H., Baltes, M. M., Geiselmann, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F. M., Wagner, M. & Wilms, H. U. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag.
- Helmchen, H. & Kanowski, S. (2001). Gerontopsychiatrie in Deutschland. Gegenwärtige Entwicklung und zu künftige Anforderungen. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie in Deutschland* (Bd. 4) (S. 11–95). Opladen: Leske und Budrich.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 37–72). Heidelberg: Springer.
- Hüther, G. (2004a). Psychotherapie und Beratung kann die Plastizität des Gehirns nutzen. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 35, 243–245.
- Hüther, G. (2004b). Die neurobiologische Verankerung von Erfahrungen und ihre Auswirkungen auf das spätere Verhalten. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 35, 246–252.

- Kade, S. (2007). *Altern und Bildung. Eine Einführung*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Kipp, J. & Jüngling, G. (2007). *Einführung in die praktische Gerontopsychiatrie* (4. Aufl.). München/Basel: Ernst Reinhardt.
- Kriz, J. (2006). *Self-Actualization*. Berlin: Books on Demand.
- Kruse, A. & Martin, A. (Hrsg.). (2004). *Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*. Bern: Huber.
- Kunze, D. (2003). *Lerntransfer im Kontext einer personenzentriert-systemischen Erwachsenenbildung*. Köln: GwG-Verlag.
- Lehr, U., Thoma, H., Schmitt, M. & Minnemann, E. (2000). Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters. Geschichte, theoretische Begründung und ausgewählte Ergebnisse des ersten Messzeitpunktes. In P. Martin, K. U. Ettrich, U. Lehr, D. Roether, M. Martin & A. Fischer-Cyrlies (Hrsg.), *Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter. Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters ILSE*. Darmstadt: Steinkopff.
- Lehr, U. (2003). *Psychologie des Alterns* (10. Aufl.). Wiebelsheim: Quelle und Meyer.
- Linster, H. W. (1990). Gesprächspsychotherapie mit älteren Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 3, 144–153.
- Nikolaus, T. (2000). Physiologisches Altern, Morbidität und Mortalität. In T. Nikolaus (Hrsg.), *Klinische Geriatrie* (S. 10–16). Heidelberg: Springer.
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Stähelin, H. B. & Ehram, R. (1997). Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen und subjektive und objektive Gesundheitsindikatoren im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 10, 3–16.
- Peters, M. (2000). Aspekte der Psychotherapiemotivation Älterer und Möglichkeiten ihrer Förderung. In P. Bäurle, H. Radebold, R. D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & B. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 25–33). Bern: Huber.
- Pörtner, M. (1996). *Ernstnehmen–Zutrauen–Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pörtner, M. (2006). Alt sein ist anders – ein Interview. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 37, 5–8.
- Prouty, G., Van Werde, D. & Pörtner, M. (1998). *Prätherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1942a). *Counseling and Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1969a). *Freedom to Learn. A view of what education might become*. Ohio: Columbus.
- Rogers, C. R. (1980a). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosenmayr, L. (1990). *Die Kräfte des Alters*. Wien: Wiener Journal Zeitschriftenverlag.
- Spitzer, M. (2003). Neuronale Netzwerke und Psychotherapie. In G. Schiepek. (Hrsg.), *Neurobiologie der Psychotherapie* (S. 42–57). Stuttgart: Schattauer.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Swildens, H. (2007). Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. In J. Kriz & Th. Sluneko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des Personenzentrierten Ansatzes* (S. 123–137). Wien: Facultas.
- Uchtenhagen, A., Schnoz, D., Gross, C. & Grubenmann, D. (2006). *Alter und Sucht. Recherchen und Dokumentation zu evaluierten Interventionen*. Forschungsbericht aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich, Bericht Nr. 0221.
- Wolfersdorf, M., Schüler, M. & Le Pair, A. (2000). Klinische Psychotherapie mit älteren depressiven Patienten. In P. Bäurle, H. Radebold, R. D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & B. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 150–161). Bern: Huber.

Autor:

Peter Elfner, geb. 1962; Ausbildung als Physiotherapeut, Studium Universität Konstanz Dipl.-Psych.; Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, Personenzentrierter Psychotherapeut GwG / SGGT, GwG-Ausbilder in Personenzentrierter Beratung (Grundstufe); Anstellung in Gerontopsychiatrie der Integrierten Psychiatrie Winterthur; Ausbildertätigkeit Institut facilitate

Publikation: Personenzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie. München: Reinhardt 2008

Korrespondenzadresse:

*Peter Elfner
GAT Gerontopsychiatrisches Ambulatorium und Tagesklinik der
Integrierten Psychiatrie Winterthur ipw
CH-8400 Winterthur, Salstrasse 48
E-Mail: peter.elfner@institut-facilitate.de*

Ulrich Pfeifer-Schaupp

Achtsamkeitsbasierte Kontaktarbeit – Prä-Therapie in der Altenpflege

Zusammenfassung: Im vorliegenden Beitrag wird untersucht, welche Bedeutung der von Garry Prouty entwickelte Ansatz der Prä-Therapie für den Bereich der Pflege von demenziell erkrankten alten Menschen hat. Zunächst wird die Entstehung des prä-therapeutischen Ansatzes beschrieben, die Ziele sowie die Praxis der Anwendung werden vorgestellt. Im zweiten Schritt wird die Vorgehensweise der qualitativ- deskriptiven explorativen Studie erläutert. Der Ansatz wurde an 111 Pflegekräfte vermittelt und von diesen im Alltag erprobt. Die Auswertung der Daten erfolgte auf der Grundlage der Grounded Theory. Drittens werden die Ergebnisse vorgestellt und anhand von Fallvignetten illustriert. Das Ergebnis des Projekts ist, dass der Ansatz einen Beitrag zur Verbesserung der Qualität in der Demenzpflege leisten kann. Zur Bezeichnung der Arbeitsweise wird der Begriff der Achtsamkeitsbasierten Kontaktarbeit vorgeschlagen, um eine Verwischung mit der Arbeit in therapeutischen Kontexten zu vermeiden.

Schlüsselwörter: Prä-Therapie, Demenz, Altenpflege, Achtsamkeitsbasierte Kontaktarbeit

Abstract: The article examines the relevance of Pre-Therapy for dementia care. The approach was developed by Garry Prouty. The article first presents the theoretical concept of Pre Therapy as developed from the Person-Centred Approach. In the project the approach was taught to 111 geriatric care staff. The data analysis is based on Grounded Theory. The experience of the staff and the results of transfer to practice are described. Case-vignettes of dementia care show the practical procedure with this method and demonstrate the possible applications. The result of the project is, that Pre-Therapy techniques can be useful for the improvement of care for severely demented patients. To characterize this kind of care-work the term Mindfulness Based Contact Work is suggested.

Key Words: Pre-Therapy, Dementia Care, Mindfulness based Contact Work

Die Bedeutung klientenzentrierter Grundhaltungen für die Altenpflege wird immer wieder betont (z. B. Morton, 1999/2002; Pörtner, 1996; 2005; Wittrahm, 1990). Garry Prouty hat den Personzentrierten Ansatz seit den 1960er Jahren zur „Prä-Therapie“ weiterentwickelt, einem Konzept für die Arbeit mit schwer kontaktgestörten Menschen. Prouty war Schüler von Eugene Gendlin, dessen Ansatz des Focusing und der Experienziellen Psychotherapie (Gendlin, 1978/1985; 1996/1998) eine wichtige Grundlage der Prä-Therapie darstellt. Prouty entwickelte seinen Ansatz ursprünglich für die Arbeit mit Menschen, die an einer schweren psychotischen oder autistischen Störung leiden oder die geistig behindert sind (Prouty et al., 1996; Pörtner 1996).

Im vorliegenden Beitrag wird untersucht, inwieweit der Ansatz auch geeignet ist, einen Beitrag zur Verbesserung der Pflege von alten Menschen zu leisten, die an einer schweren demenziellen Störung leiden und deshalb als „kommunikationsunfähig“ oder „verwirrt“ gelten. Leiden im Alter wird hier allerdings nicht primär als Krankheit verstanden, sondern als eine existenzielle Grunderfahrung, die (fast) jeden von uns trifft bzw. treffen kann, also als eine Grenzsituation im Sinne von Karl Jaspers (Jaspers, 1994; Dörner &

Plog et al., 2000). Deshalb wird der Begriff der „demenziellen Erkrankung“ vorsichtig verwendet und wenn möglich ganz vermieden. Stattdessen bevorzuge ich phänomenologische Begriffe wie „Verwirrtheit“. Der Begriff der Verwirrtheit dient in der gerontologischen und gerontopsychiatrischen Pflege zur Beschreibung von Zuständen räumlicher, zeitlicher und personaler Desorientierung (Ground, 1996).

Die Ausgangsfrage des beschriebenen Projekts war, ob Prä-Therapie einen Beitrag zur Verbesserung der Pflegequalität für diese Zielgruppe leisten könne. Im Rahmen von Weiterbildungskursen wurde das Konzept der Prä-Therapie an Pflegekräfte vermittelt und dann von diesen im Alltag erprobt. Der Beitrag fasst die Ergebnisse des Projekts zusammen und illustriert die Erfahrungen der Pflegekräfte anhand von Fallvignetten.¹

¹ Ich danke Ursula Deinhart, Dozentin an der Caritasakademie für Gesundheits- und Sozialberufe in Freiburg, für die Kooperation, der Leitung der Akademie für die Unterstützung und besonders den Pflegekräften, die sich mit großem Engagement auf neue Erfahrungen eingelassen, ihre Erfahrungen dokumentiert und zur Verfügung gestellt haben.

Das Konzept der Prä-Therapie

Prä-Therapie ist meines Erachtens eine der wichtigsten Weiterentwicklungen des personenzentrierten Konzepts. Der prä-therapeutische Ansatz stellt eine Hilfe dar, um eine Brücke in die Welt von Klientinnen zu bauen, die nicht oder nur sehr eingeschränkt in der Lage sind, Kontakt zu anderen Menschen aufzunehmen. Es geht dabei um die Wiederherstellung der so genannten „Kontaktfunktionen“ der Klientinnen und die Herstellung einer Beziehung zu Menschen, die als „nicht therapiefähig“ gelten und die deshalb häufig abgeschoben oder aussortiert werden.

Der Begriff „Kontaktstörung“ beschreibt die Störung einer Beziehung zu sich selbst und zur äußeren Realität sowie zu anderen Menschen. Dieser Begriff hat zwar den Nachteil, dass er den Blick hauptsächlich auf Defizite lenkt. Aber er beschreibt zutreffend, was der Helfer bzw. die Pflegekraft erleben, wenn sie eine Beziehung aufzunehmen versuchen.

Das Konzept der Prä-Therapie entwickelte der amerikanische Psychologe Garry Prouty. Sein Anliegen war es, das personenzentrierte Konzept für die Arbeit mit schwer behinderten, autistischen oder schwer psychotisch gestörten Menschen fruchtbar zu machen. Prouty wuchs mit seinem geistig behinderten Bruder Bobby auf. Diese Erfahrung hat ihn tief geprägt und motiviert, sein Leben der Förderung von „geistig behinderten“ oder „kontaktunfähigen“ Menschen zu widmen. „Die Erinnerungen an meinen Bruder sind mit quälendem Schmerz verbunden. Dieser Schmerz hat etwas von ‚an seiner Stelle sein‘. Ich weiß, dass ich als Kind an seiner Einsamkeit mitgelitten habe.“ (Prouty, 1998, S. 17)

Prouty besuchte zunächst das Teacher's College in Buffalo und wechselte dann zur dortigen Universität, wo er vom philosophischen Denken der Phänomenologie und von der Soziologie des symbolischen Interaktionismus geprägt wurde. Nach einem Wechsel an die University of Chicago lernte er Gendlin und seine „erlebensbezogene Methode“ kennen (Gendlin, 1996/1998). 1966 arbeitete Prouty in einer geschützten Werkstätte für geistig behinderte und psychisch kranke Menschen. Er bot dort psychologische Beratung und Psychotherapie an. Ausgehend von diesen Erfahrungen entwickelte Prouty seinen eigenen Ansatz, den er später „Pre-Therapy“ nannte.

Mit dem Begriff brachte Prouty zum Ausdruck, dass es bei dieser Arbeit um die Schaffung von Grundlagen für eine therapeutische Beziehung geht: um das Herstellen von psychologischem Kontakt. Prouty nahm an, dass jeder Halluzination und jedem autistischen Verhalten konkrete Erfahrungen zu Grunde liegen, die er als „prä-symbolisch“ bezeichnete. Er ging davon aus, dass das Bild oder die Erfahrung vorhanden wären, aber weder vom Klienten noch vom Therapeuten oder Helfer gedeutet werden könnten. Der Klient vermochte etwas *noch nicht* auszudrücken. Durch die Prä-Therapie sollten diese Erfahrungen oder vorsprachlichen Erlebensgehalte in einen expressiven Zustand gebracht werden; das heißt, die

Bedeutung wurde erkannt und einem sprachlichen Ausdruck zugänglich (Prouty, 1998).

Kontaktarbeit – Ziele und praktische Anwendung

Der Kern der Prä-Therapie ist die *Kontaktarbeit*. Diese erweist sich als außerordentlich hilfreich für die Arbeit mit psychotischen Patientinnen und Patienten (Deleu, 1992; Van Werde, 1990; 1998). Beschrieben wird auch die Anwendung in der Altenhilfe und bei der Arbeit mit behinderten Menschen (Pörtner 1996; 2005), also in Kontexten, in denen es nicht vorrangig um „Psychotherapie“, sondern ganz allgemein um hilfreiche und förderliche Kommunikation mit „sehr schwierigen Menschen“ geht. Das Ziel der Kontaktarbeit ist es, Wege zu finden, um mit „kontaktgestörten Menschen“ in eine Beziehung eintreten zu können (kommunikativer Kontakt) und ihnen (wieder) eine Beziehung zu sich selbst, zu den eigenen Emotionen, zum eigenen Körper (Selbstkontakt) und zur Realität in ihrer Umgebung (Realitätskontakt) zu ermöglichen bzw. diese Kontaktebenen zu fördern. Dabei werden prä-expressive Erfahrungen, das heißt vorsprachliche Erfahrungen vor der Explikation, aufgegriffen. In der Praxis bedeutet dies, sich auf das konkrete, wahrnehmbare Erleben zu konzentrieren und dieses zu „reflektieren“. Mit „existenzieller Einfühlung“ werden Brücken zum anderen Menschen gebaut. Prouty spricht auch von „Mit-Sein“: Dabei geht es darum, mit dem ganzen Wesen zu hören, mit dem Herzen wahrzunehmen. Wichtig für die Praxis ist es, Feinheiten der Reaktion bzw. der scheinbaren Nicht-Reaktion genau zu beachten und zu „reflektieren“; insbesondere hat es sich als hilfreich erwiesen, auf die Atmung zu achten. Praktisch wird dies durch sogenannte Kontaktreflexionen umgesetzt.

Kontaktreflexionen:

1. Situationsreflexion (SR): Ansprechen der äußeren Situation, z. B. „Ich höre die Kinder spielen“ – „Wir sind im Garten“ – „Hier ist es warm“. Die Situationsreflexion fördert den Kontakt zur Realität.
2. Gesichtsausdrucksreflexion (GR): Ansprechen des Gesichtsausdrucks, z. B. „Sie schauen mir in die Augen“ – „Tränen laufen über Ihre Wangen“ – „Deine Augen sind ganz starr“. Die Gesichtsausdrucksreflexion regt an, einen Kontakt zu eigenen Gefühlen (wieder) zu entwickeln.
3. Verhaltensreflexion (VR): Ansprechen des Verhaltens, z. B. „Du stehst auf“ – „Sie seufzen“. Die Verhaltensreflexion fördert den Selbst-Kontakt.
4. Körperhaltungsreflexion (KR): Wiedergeben der Körperhaltung, z. B. „Du schaukelst mit dem Oberkörper“ – „Dein Arm ist starr“. Die Körperhaltungsreflexion unterstützt den Kontakt zum eigenen Körper und trägt dazu bei, Abspaltung zu überwinden.
5. Wort-für-Wort-Reflexion (WWR): Das Gesagte wird Wort für Wort wiederholt, z. B.: Bewohnerin: „Sie kommen bald!“ – HelferIn: „Sie kommen bald!“ Die Wort-für-Wort-Reflexion fördert das

Selbstvertrauen und bringt eine Anerkennung für das Gesagte zum Ausdruck.

6. Wiederaufgreifende Reflexion (WR): Wiederaufgreifen von Kontakt, der zu einem früheren Zeitpunkt bestand, z. B. (nach einer längeren Pause): „Sie haben gesagt: Sie kommen bald!“ Die wiederaufgreifende Reflexion weckt die Gefühle des Klienten und hilft ihm, sich zu erinnern.

(nach Prouty, 1998, S. 33 ff.)

Kontaktreflexionen sind ein Instrument, um dem Klienten einfühlernden Kontakt anzubieten. Die Kontaktfunktionen des Klienten sollen unterstützt werden. Sein Realitätskontakt – das heißt seine Wahrnehmung der Welt, sein affektiver Kontakt, der Kontakt mit dem „Selbst“, die Wahrnehmung von Gefühlen, Stimmungen und Emotionen sowie der kommunikative Kontakt, also der Kontakt mit dem anderen – soll ermöglicht, gefördert und erleichtert werden. Im Kontaktverhalten zeigen sich Veränderungen, die durch Kontaktreflexionen ausgelöst wurden und die Kontaktfunktionen des Klienten verbessern. Der Prozess, in dem die Kontaktfunktionen bei psychotischen, autistischen und behinderten Menschen durch die Kontaktarbeit bzw. Prä-Therapie zunehmen, wurde detailliert beschrieben (Prouty, 1994; Prouty et al., 1998).

Eine Hypothese, wie diese positive Wirkung von Kontaktreflexionen zustande kommt, liefert die Säuglingsforschung. Sie zeigt, dass insbesondere die präverbale Kommunikation mit Eltern oder anderen erwachsenen Bezugspersonen wesentlich für die Konstitution des kindlichen Selbst ist (siehe bereits Bettelheim, 1967/1983). Das kindliche Selbst als handlungsleitende Struktur entsteht in einer kontinuierlichen nonverbalen Interaktion mit erwachsenen Bezugspersonen. Das „Reflektieren“ kindlicher Laute, Mimik und Gesten durch erwachsene Bezugspersonen ist demnach nicht nur die Voraussetzung für das Entstehen stabiler Bindungen, sondern auch für Selbst-Strukturen. Säuglinge verfügen bereits von Geburt an über einen relativ differenzierten Wahrnehmungsapparat und nehmen eine hoch differenzierte präverbale Kommunikation nicht nur auf, sondern tragen dazu bei, sie aufrechtzuerhalten; sie initiieren sie auch von sich aus und wirken auf sie ein (Fröhlich-Gildhoff, 2007, S. 36 ff.).

Die personenzentrierten Grundhaltungen sind notwendige Bedingungen für förderliche menschliche Kommunikation. Voraussetzung dafür ist allerdings bekanntermaßen, dass der Klient in der Lage ist, psychologischen Kontakt aufzunehmen und die Realisierung der Grundhaltungen beim Helfer wahrzunehmen. Doch bei Menschen mit Demenz ist diese Voraussetzung nicht oder nur eingeschränkt gegeben. Sie sind in verschiedener Beziehung desorientiert. Diese Desorientierung hat unterschiedliche Dimensionen, wie sie insbesondere Naomi Feil in ihrem Konzept der Validation beschreibt.

Dimensionen von Desorientierung:

1. Räumliche Dimension: Verwurzelung und Heimat
2. Zeitliche Dimension: sinnhafte Ereignisse und Struktur

3. Soziale Dimension: Eingebettetsein in soziale Netzwerke
4. Identitätsdimension: Verlust der Orientierung in Bezug auf den eigenen Körper, die eigenen Gedanken, Sinn und Aufgaben im Leben

(siehe Morton, 1999/2002)

Projektdesign

Ziel des Projekts war es herauszufinden, ob sich der Ansatz der Prä-Therapie dafür eignet, Pflegekräften zu ermöglichen, psychologischen Kontakt zu Menschen mit schwerer Demenz herzustellen, die Desorientierung zu reduzieren und damit auch die Pflegequalität zu verbessern. Dazu vermittelte der Autor die Prinzipien der Kontaktarbeit im Rahmen von Weiterbildungskursen für Gerontopsychiatrie im Lauf von acht Jahren an insgesamt 111 Fachkräfte, zu 95 Prozent Frauen.

Die TeilnehmerInnen waren überwiegend AltenpflegerInnen, zum kleineren Teil auch Gesundheits- und Krankenschwestern, HeilerziehungspflegerInnen und SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen: 68 TeilnehmerInnen arbeiteten in Altenpflegeheimen, 12 in ambulanten Pflegediensten, sieben in Wohngruppen für demente Menschen und zwei in der Tagespflege. Sieben waren in sonstigen Kontexten tätig, z. B. im Krankenhaus. 90 Prozent der KursteilnehmerInnen absolvierten an der Akademie eine einjährige Gerontopsychiatrie-Weiterbildung, zirka zehn Prozent besuchten nur die Kurse zur Prä-Therapie.

Der Ansatz wurde im Rahmen dieses Kurses in einem Block von drei bis vier Tagen vermittelt. Im Abstand von ein bis zwei Jahren konnten die Fachkräfte an einem Aufbau- und Vertiefungskurs von weiteren zwei Tagen teilnehmen. Etwa 20 Prozent der KursteilnehmerInnen erarbeiteten sich das prä-therapeutische Vorgehen zusätzlich in kollegialen Lerngruppen.

In den Kursen wurde das Konzept zunächst im Plenum theoretisch vermittelt, anhand von Rollenspielen praktisch demonstriert und so direkt erlebbar gemacht; die Einübung erfolgte dann anhand praktischer Situationen aus dem Pflegealltag in Kleingruppen (zu jeweils drei Personen) mit Supervision.

Überprüfung der Anwendung im Bereich der Demenzpflege und Erfahrungen mit der Vermittlung

Zur Prüfung der Relevanz des Ansatzes wurde verschiedenes Datenmaterial im Sinne einer Triangulation ausgewertet (Flick, 1995): Protokolle teilnehmender Beobachtung durch eine Beobachterin im Kurs, Protokolle teilnehmender Beobachtung der Fachkräfte in ihrem Pflegealltag, Auswertungsberichte aller Fachkräfte am Ende des Kurses, Video-Aufzeichnungen von Präsentationen der TeilnehmerInnen am Ende des Gesamtkurses sowie schriftliche und

mündliche Berichte von TeilnehmerInnen ein bis vier Jahre nach Kursabschluss.

Die Auswertung orientierte sich an den Prinzipien der Grounded Theory (Strauss, 1991). Die Ergebnisse wurden mit TeilnehmerInnen und Kursassistenten sowie mit zwei externen Pflegewissenschaftlerinnen kommunikativ validiert (Kvale, 1995).

Erfahrungen mit der Vermittlung des Ansatzes an Pflegekräfte

Die personenzentrierte Grundhaltung ist Grundlage für die Anwendung des prä-therapeutischen Ansatzes. In den gerontopsychiatrischen Weiterbildungskursen, in denen wir tätig waren, gab etwa ein Drittel der Pflegekräfte an, vom Personenzentrierten Ansatz bereits gehört zu haben, zwei Drittel kannten ihn nicht. Mit der Umsetzung hatten die meisten zunächst Schwierigkeiten. Das personenzentrierte Vorgehen musste deshalb zunächst eingeübt werden, was vor den Blocks zur Prä-Therapie geschah. Das sogenannte „aktive Zuhören“ war der Mehrheit der KursteilnehmerInnen bekannt. Es kann zwar für das Einüben und Lernen des Ansatzes fruchtbar sein und mag auch eine Erleichterung und Förderung der Kommunikation z. B. mit Angehörigen von Pflegebedürftigen bewirken. Es zeigte sich aber, dass dieses Vorgehen zunächst vielfach im Sinne einer „Papegeientechnik“ missverstanden wurde. Wichtig war es deshalb zu vermitteln, dass einführendes Verstehen über aktives Zuhören weit hinausgeht und auch mehr meint als das „Spiegeln“ von Gefühlen. Für die spätere Einübung der Kontaktarbeit war es wichtig, dass die TeilnehmerInnen direkt erfahren konnten, wie es ist, die Welt mit den Augen des anderen zu sehen, mit seinen Ohren zu hören, sich in seine Körperwahrnehmung hineinzusetzen. Insbesondere war es für die Pflegekräfte wichtig zu spüren, was es heißt, auf das Erleben des anderen – nicht nur auf das Gesagte, sondern auch auf Mimik, Gestik und Körperhaltung – zu achten und dann auf der Grundlage einführenden Verstehens nicht alleine zu reden, sondern im Sinne von „Caring“, von besorgtem Sich-Kümmern, auch zu handeln (Binder & Binder, 1992).

Im Rahmen der Vermittlung des Ansatzes reflektierten die Pflegekräfte in einem nächsten Schritt, was bis dahin im Pflegealltag dazu beitrug, Schwierigkeiten mit BewohnerInnen zu erzeugen, und was sich als hilfreich und nützlich erwiesen hat. Wesentlich erschien uns, die Aufmerksamkeit dafür zu schärfen, was die Pflegekraft jeweils selbst zum Gelingen oder zum Scheitern von Begegnungen mit „kontaktgestörten“ Menschen beiträgt. Der Akzent lag also auf der Beschreibung konkreter Situationen und bestimmten Verhaltens.

Die KursteilnehmerInnen erwiesen sich als sehr kreativ bei der Suche nach Dingen, die „funktionieren“, und solchen, die häufig zu Problemen mit BewohnerInnen führen. In der Regel wurden bereits in diesem Schritt zahlreiche Elemente benannt, die später für

die Umsetzung der Kontaktarbeit wichtig sind. Es wurde deutlich, dass der Personenzentrierte Ansatz und seine Weiterentwicklung in der Prä-Therapie kein aufgesetztes, am Grünen Tisch entwickeltes theoretisches Konzept darstellen, das mit dem Pflegealltag nichts zu tun hat, sondern dass es darum geht, bisherige konstruktive Erfahrungen auszubauen, zu systematisieren und zu erweitern. Eine der Pflegekräfte brachte dies treffend auf den Punkt: „Wichtig ist für mich die Bestätigung bei vielem, was ich intuitiv schon so oder ähnlich gemacht habe. Jetzt hat es einen Namen.“

Hilfreich für die Pflegekräfte war Folgendes:

1. Lächeln, streicheln, Ruhe
2. „Initialberührung“
3. Ausdruck dessen, was ich durch Körperhaltung sagen will
4. Validation: mit Körperkontakt die Sprache unterstützen
5. Augenkontakt herstellen, aufmerksam zuhören
6. Im Gespräch mit den Angehörigen genau erklären, warum ich etwas tue
7. Kenntnis über die Biografie der BewohnerInnen
8. Aufmerksame Zuwendung, aktives Zuhören
9. Rituale, feste Bezugsperson im Pflegealltag
10. Die Tonlage der Bewohnerin aufnehmen und bestätigend antworten
11. Kontakt durch alle Sinne, z. B. Geruch
12. Wertschätzung, Ernstnehmen
13. Klare, eindeutige Gesten, ruhige Bestimmtheit
14. Anfassen, sanfte körperliche Berührung, Körperkontakt; wie es situativ passt
15. Zulassen von Gefühlen
16. Aushalten der Situation, Ruhe ausstrahlen, Verständnis
17. Unvoreingenommenheit
18. Klare Grenzen setzen: „Jetzt reicht’s!“
19. Rückzug und Freiheit zum Selbstkontakt
20. Sich (räumlich) auf die gleiche Ebene begeben
21. Kontaktaufnahme durch Mimik
22. Signal der Kontaktbereitschaft
23. Begleiten, wenn jemand unruhig umhergeht oder wegläuft
24. Ruhe, sich Zeit nehmen
25. Gegenstände in die Hand legen
26. Die eigene Hand in jene der Bewohnerin legen
27. Wahrnehmen der Person, sie respektieren
28. Autonomie im Rahmen des Möglichen gewähren
29. Kollegiale Unterstützung suchen

Es fällt auf, dass diese Auflistung hilfreicher Verhaltensweisen in der Sprache der Pflegekräfte bereits alle wesentlichen Elemente der personenzentrierten Grundhaltungen enthält. Die Sammlung dessen, was nicht funktioniert, kann helfen, dies im Folgenden zu vermeiden, das heißt auf Problemlösungen zu verzichten, die sich als unwirksam erweisen und die dazu beitragen, Probleme zu erzeugen.

Ein Beispiel:

Frau E. beschimpft die Pflegerinnen auf der Station unflätig. Dieses Verhalten wiederholt sich und hat schon ritualisierten Charakter angenommen. Als die Pflegerin nicht wie sonst üblich mit ihr schimpft oder sie zur Ruhe mahnt, sondern leise und bedeutungsvoll mit ihr flüstert, hört Frau E. mit ihren Beschimpfungen auf.

Es wird also die Aufmerksamkeit dafür geweckt, was „funktioniert“, was hilfreich und für die Kommunikation förderlich ist: „Wenn etwas funktioniert, mach mehr davon!“

Was nicht hilfreich war oder zu Schwierigkeiten geführt hat:

1. Ablehnung
2. Neugier im Sinne von „den anderen zum Objekt machen“
3. Unruhig und gehetzt sein, große Eile, schnell etwas verändern wollen, Stress, Unruhe, Ungeduld, keine Ruhe haben
4. Rituale nicht einhalten, den normalen Tagesablauf stören
5. Zeitvorgaben, Zeitdruck und als Konsequenz dessen: nicht bei diesem speziellen Patienten sein
6. Zu zielorientiert sein, Aufzwingen von Vorgaben, „Realitätsdruck“
7. Nicht erkennen, was der Mensch braucht, keine Bereitschaft zum Sprechen haben, nicht authentisch sein
8. „Überfall“, z. B. mit Gewalt ins Bett bringen
9. Nicht wirklich zuhören
10. Unverständliche Worte
11. Störung durch lautes Sprechen

Zu Schwierigkeiten im Kontakt führt also in der Regel ein Verhalten der Pflegekraft, das man als nicht-personenzentriert bezeichnen könnte.

Häufig stellten Pflegekräfte zu Beginn die Frage, ob Kontaktarbeit geeignet sei, funktionalen Zwecken (Waschen, Essengeben, Ins-Bett-Bringen usw.) zu dienen. Das kann zwar nach unserer Erfahrung durchaus sein, ist jedoch nicht das Wesentliche. Obersten Zweck der Pflege stellen die Erhaltung bzw. Erhöhung der Lebensqualität der BewohnerInnen dar. Wenn sie „berührt werden“, ist dies ein ganz wesentlicher Schritt. Diesen fundamentalen Grundsatz kennt man zwar aus der Pflegeausbildung, er gerät aber im Pflegealltag leicht aus dem Blick. Daran erinnert zu werden, war für einen großen Teil der KursteilnehmerInnen, wie sie später immer wieder berichteten, eine sehr wichtige Lernerfahrung.

Als hilfreiche Leitidee beim Erlernen des Ansatzes erwies sich für viele Teilnehmerinnen die Trias von Herz, Kopf und Hand, die auf Pestalozzi zurückgeht (Kern & Wittig, 1985, S. 153ff). Dabei geht es nicht darum, Techniken anzuwenden, um bestimmte funktionale Ziele zu erreichen, sondern um die Realisierung einer bestimmten Grundhaltung, um ein spielerisches Ausprobieren ohne Veränderungsdruck. „The techniques are simple, the art is difficult“, betonte Prouty in seinen Seminaren immer wieder. Man könnte es auch so

formulieren: Die Kunst ist es zu erkennen, dass Technik und Grundhaltung nicht voneinander zu trennen sind. Trotzdem – oder gerade deshalb – erweisen sich einige einfache Hilfsregeln als sinnvoll zur Unterstützung des Lernprozesses.

Hilfsregeln:

1. Versuche, auf das unmittelbare Erleben einzugehen, auf das, was „da“ und im Moment wahrnehmbar ist. Leitfrage: Was nehme ich wahr? Was nimmt wohl die Klientin wahr?
2. Gehe auf den Realitätssinn der Klientin ein, wo er sich zeigt. Bestätigung der Realität hilft zur Verankerung. Leitfrage: Wo zeigt die Klientin noch/bereits Kontakt zur Realität?
3. Die HelferIn muss genau hinschauen und genau zuhören. Leitfragen: Was sagt die BewohnerIn? Welchen Körperausdruck zeigt sie? Welche Gefühle und Bedürfnisse hat sie wohl? Welche kann und will ich jetzt erfüllen? Es geht um das Zuhören mit allen Sinnen. Nicht das Tun ist entscheidend, sondern Einfühlen und Mit-Sein

(Nach Prouty u. a., 1998, 28 ff.; vgl auch Pörtner, 1996, 2005)

Achtsamkeitsbasierte Kontaktarbeit im Pflegealltag – Ergebnisse und Erfahrungen

Die Erfahrungen der Pflegekräfte mit der Umsetzung im Alltag waren überwiegend positiv. Zunächst seien einige Aussagen von Pflegekräften, die das Spektrum der Erfahrungen beleuchten, im Wortlaut angefügt.

Beispiele von Erfahrungen der Pflegekräfte bei der Umsetzung der Kontaktarbeit:

1. „Schwierig ist vor allem, die Ziellosigkeit zu lernen.“
2. „Wichtig ist der Mut, etwas Neues zu probieren, mich in den anderen hineinzusetzen und die Ideen dann umzusetzen.“
3. „Man muss die Theorie vergessen und den Menschen wahrnehmen.“
4. „Es ist auch okay, wenn's nicht geht.“
5. „Wenn Frau S. sehr schnell isst und ich esse dann auch ganz schnell mit, entsteht Kontakt; wenn ich dann das Tempo verlangsame, tut sie es auch.“
6. „Frau G. hat lange Zeit nichts getrunken. Ich habe immer wieder versucht, in ihre Körperhaltung zu gehen, setze mich vor sie hin und trinke mit – nach einem Jahr begann sie auch zu trinken.“
7. „Auf die eigene innere Stimme zu hören bringt oft Überraschungen.“
8. „Vielleicht kommt mehr an, als ich denke.“
9. „Einfach da sein reicht oft.“
10. „Kontaktarbeit macht Spaß!“
11. „Das Hauptproblem sind die Kolleginnen, die mein Verhalten befremdlich finden und unverständlich.“

Die Erfahrungen können folgendermaßen zusammengefasst werden:

1. Die Umsetzung braucht Zeit und Geduld, nicht sofort zeigt sich zunächst (äußerlich) Erfolg. Ein wichtiger Effekt ist die Verlangsamung des Pfl egetempos: zu lernen innezuhalten, nichts zu tun und abzuwarten. Wesentlich scheint es, dass die Pflegekräfte sich und den BewohnerInnen Zeit geben.
2. Kontaktarbeit wirkt deeskalierend und beruhigt bei Konflikten. Auch funktionale Zwecke können häufig menschlicher, leichter und mit weniger Energieaufwand erreicht werden, wie in den folgenden Fallvignetten deutlich wird. Die wichtigste Erfahrung war allerdings nicht die Reduktion von Symptomen oder die Verbesserung funktionaler Abläufe, sondern die Verbesserung der Beziehungsqualität. Bedeutsam war die zunehmende Wachheit für BewohnerInnen und die Fähigkeit, etwas geschehen zu lassen und weniger zu „machen“.
3. Das bedeutet nicht „Ziellosigkeit“ oder „Zeitverschwendung“, wie manche HelferInnen zunächst befürchteten, sondern ein anderes, größeres Ziel: die Ermöglichung einer Ich-Du-Beziehung im Sinne Martin Bubers (Buber 1984; Rogers & Buber 1992). Dabei ist oft eine Paradoxie zu erleben: Symptome freundlich willkommen zu heißen, erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sie verschwinden.
4. Die Ebene der Kontaktaufnahme muss mit der psychologischen Ebene übereinstimmen, auf der sich die Bewohnerin befindet. Das heißt, das „Nachmachen“ von Gesten oder das Wiederholen von Lauten sind nur dann angemessen, wenn verbal kein Kontakt möglich ist.
5. Bei Kontaktreflexionen erwies sich das „therapeutische Du“ als hilfreich, das sonst in der Altenpflege eher verpönt ist, also das Ansprechen mit dem Vornamen. Auch das Ansprechen in der dritten Person – wie bei Kindern – erhöhte häufig die Möglichkeit einer Kontaktaufnahme. Es bestätigte sich, dass offene Formulierungen und ein fragender Tonfall hilfreich sind.
6. Wichtig war für viele die Einübung von Demut und Respekt vor unveränderlichem Leiden: Es kann manchmal auch darum gehen, Beziehungslosigkeit zu akzeptieren und Nicht-Kontakt oder die Ablehnung von Kontakt anzunehmen und auszuhalten.
7. In der Umsetzung erwies es sich für die Pflegekräfte als wichtig, auch eigene Grenzen zu respektieren, Distanz zu wahren und den richtigen Zeitpunkt abzuwarten.
8. Hilfreich und kontaktfördernd war es, alle Sinneskanäle zu nutzen, z. B. Gerüche beim Kochen, Musik, Rhythmik, Arbeit im Garten, Tiere, die Begegnung mit kleinen Kindern. Als wichtige Aufgabe erwies sich, auch die Gestaltung der Räume, die Möbel und sinnhafte Ereignisse (z. B. gemeinsames Kochen) zu nutzen, um eine Entwicklung der Kontaktarbeit von der Ebene des Face-to-face-Kontaktes in Richtung der Schaffung eines „Kontaktmilieus“ (Van Werde, 1998) zu fördern.
9. Es wurde auch berichtet, dass ein plötzlicher Kontaktabbruch für BewohnerInnen sehr problematisch sein kann, wenn die Pflege-

kraft, die mit Hilfe der Kontaktarbeit eine Beziehung aufgebaut hat, plötzlich versetzt wird oder ihr Praktikum beendet ist. Wir haben daraus gelernt, diesen ethischen Aspekt in den Kursen stärker zu betonen.

10. Schwierigkeiten machte vor allem die Betroffenheit durch starke eigene Gefühle – sie machten das Zuhören und die Kontaktarbeit schwierig. Zumindest hier erscheint die Möglichkeit einer zusätzlichen Supervision notwendig.

Die Prä-Therapie ist hilfreich für demente Menschen

Die Frage, ob das Konzept der Prä-Therapie für die Altenpflege, insbesondere für den Umgang mit dementen Menschen, hilfreich sein kann, lässt sich positiv beantworten. Insbesondere bei Menschen mit schwerer Demenz, die mit anderen Methoden nicht oder kaum erreichbar sind, scheint der Ansatz eine sinnvolle Ergänzung zum sonstigen Repertoire von Strategien und Konzepten.

Durch Kontaktreflexionen gelingt es häufig, bei schwer gestörten BewohnerInnen einen situativen Bezug zur äußeren Realität zu vermitteln, Kontakt zu finden und (bessere) Beziehung zu schaffen, Inseln der Orientierung zu erreichen und durch das Ansprechen von Struktur und Ereignissen eine zeitliche Orientierung zu ermöglichen. Damit lässt sich eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität von schwer dementen Pflegebedürftigen erreichen. Relevant bei der Kontaktarbeit ist vor allem die Haltung, nicht die Umsetzung einzelner Techniken.

Allerdings geht es im Pflegealltag nicht um Prä-„Therapie“, sondern um alltagsorientierte pflegerische Arbeit. Die Arbeit mit Kontaktreflexionen macht Pflegekräfte nicht zu TherapeutInnen, sondern kann sie in ihrer pflegerischen Arbeit auf der Grundlage ihrer spezifischen Professionalität unterstützen. Wir schlagen deshalb vor, nicht von der Anwendung von Prä-Therapie zu sprechen, sondern von *Achtsamkeitsbasierter Kontaktarbeit* oder von *Mindfulness Based Contact Work*. Achtsamkeit erweist sich in vielen Therapieverfahren als zentraler Wirkfaktor (Heidenreich & Michalak, 2006).

Achtsamkeit charakterisiert das zentrale Anliegen des Personenzentrierten Ansatzes (Bundschuh-Müller, 2006; 2007; Knoche, 2007; Reisch, 2007). Achtsamkeit lässt sich als konzentrierte Zuwendung, als Aufrechterhalten ungeteilter, nicht urteilender Aufmerksamkeit (Kabat-Zinn, 2006) definieren. Mit oder ohne Achtsamkeit kann man ebenso Geschirr spülen oder Blumen gießen wie sich einem Menschen und seinen Bedürfnissen wie Gefühlen zuwenden. Der Begriff der Achtsamkeitsbasierten Kontaktarbeit macht deutlich, dass es dabei weder um Therapie noch um irgendeine beliebige Art der Kontaktaufnahme geht, sondern um eine Ich-Du-Beziehung im Sinne Martin Bubers und Carl Rogers (Buber, 1984; Rogers & Buber 1992).

Für den Bereich der Pflege erscheint der Begriff der Achtsamkeit zur Kennzeichnung des Ansatzes auch deshalb angemessen, weil hier alltagsorientierte Handlungen ganz wesentlich sind. Zum Medium der Kommunikation und des Kontakts können sachbezogene Handlungen werden, etwa Spritzen zu geben, Verbände anzulegen, Essen zu geben, BewohnerInnen zur Toilette zu bringen. Pflege steht im Spannungsfeld von personalen und sachbezogenen Handlungen: Das Aufräumen des Zimmers, das Waschen der Haare, das Baden oder Duschen, das Bereitlegen von Gegenständen für die Nacht etc. können achtsam oder unachtsam vollzogen werden. Außerdem kann der Begriff der Achtsamkeit auch auf die Bedürfnisse der Pflegekraft selbst, jene der Institution, der KollegInnen und Vorgesetzten bezogen werden sowie die Gestaltung eines angemessenen Milieus bezeichnen (vgl. Pörtner, 2005).

Der Alltag ist das Wesentliche

Wie Prä-Therapie als Ressource für die Arbeit mit dementen Menschen wirken kann, ist am besten anhand von konkreten Situationsschilderungen nachvollziehbar. Die Ergebnisse sollen deshalb anhand einiger Erfahrungen von Pflegekräften illustriert und durch eine längere sowie mehrere kurze Fallvignetten anschaulich gemacht werden – ansonsten bliebe die Beschreibung der Ergebnisse blass und distanziert, und das würde dem Ansatz nicht gerecht.²

Die schriftliche Situationsbeschreibung vermag allerdings nur einen Teilaspekt des interaktiven Geschehens wiederzugeben, das sich nur begrenzt sprachlich adäquat ausdrücken lässt. Mimik, Gestik und Körperspannung, Tonfall usw. machen zentrale Qualitäten der Begegnung aus. Das tiefe Berührtsein vom anderen hat eine Dimension, die sich eher erleben denn beschreiben lässt. So sind etwa die relativ langen Pausen des Schweigens in den Sequenzen nicht „Leere“, sondern ganz wichtige Elemente der Interaktion.

Mit-Sein und Kontakt finden

In der folgenden Sequenz wird deutlich, dass es nicht möglich und auch nicht sinnvoll ist, die verschiedenen Kontaktreflexionen scharf voneinander abzugrenzen. Es geht vielmehr um ein fließendes Geschehen, bei dem das aufmerksame Schweigen genauso bedeutsam ist wie das sichtbare Tun.

Herr G. ist 76 Jahre alt, verheiratet und hat drei erwachsene Kinder. Er leidet an schwerer Demenz und an einer Aphasie und kann nur

noch einzelne Laute von sich geben. Zudem besteht der Verdacht auf eine Altersdepression. Herr G. hat zu anderen Bewohnerinnen des Pflegeheims kaum Kontakt, er sitzt meist in seinem Zimmer und meidet jeglichen Kontakt. Auch der Kontakt zum Pflegepersonal ist sehr eingeschränkt. Herr G. sitzt am Tag meistens auf dem Sofa oder im Rollstuhl mit starrem Blick geradeaus. Er macht einen ängstlichen Eindruck. Nachts schläft Herr G. oft sehr unruhig, trotz Schlaftabletten. Die Pflegerin kommt zu Herrn G. ins Zimmer. Herr G. sitzt mit steifer Körperhaltung auf dem Sofa und schaut mit starrem Blick geradeaus. Die Pflegerin begrüßt Herrn G. und will ihm die Hand geben. Herr G. zeigt keinerlei Reaktion. Seine Arme und Beine sind überkreuzt. Die Pflegerin setzt sich an das andere Ende des Sofas und versucht Herrn G. anzusprechen; er zeigt wieder keine Reaktion, beachtet sie nicht, sondern schaut weiter mit starrem Blick nach vorne ins Leere.

P. (Pflegekraft): „Ich sitze mit Ihnen auf dem Sofa.“ (Situations-Reflexion, SR)

Herr G. zeigt keine Reaktion.

P. (lange Pause): „Wir sitzen in Ihrem Zimmer.“ (SR)

Herr G. zeigt keine Reaktion.

P. (wiederum nach langer Pause): „Es ist sehr warm in Ihrem Zimmer. (SR) (Pause). Ihr Körper ist ganz steif. (Lange Pause.) Sie sitzen ganz ruhig da. Ihre Arme und Beine sind gekreuzt. (Körperhaltungsreflexion, KR) (Mehrere Minuten Pause.) Sie haben einen starren Blick nach vorne. (KR) (Schweigen) Sie bewegen sich nicht. (KR) (Schweigen) Sie schauen ängstlich.“

P. (nach längerer Pause) nimmt einen Stuhl und setzt sich Herrn G. gegenüber. Herr G. zeigt keine Reaktion, es wirkt auf die Pflegekraft, als schaue er durch sie hindurch und nehme sie gar nicht wahr.

P. übernimmt die Körperhaltung von Herrn G. und schaut ihm direkt in die Augen (etwa zwei Minuten lang). (KR)

Herr G. zeigt noch immer keine Reaktion.

P.: „Sie sitzen auf dem Sofa und bewegen sich nicht.“ (KR)

(Lange Pause). „Sie haben die Arme und Beine gekreuzt.“ (KR)

Herr G. löst die gekreuzten Arme und legt sie auf seine Beine.

P. löst ebenfalls die Arme und legt sie auf die Beine. (Verhaltensreflexion, VR) In dieser Körperhaltung sitzen sich beide einige Minuten schweigend gegenüber.

P.: „Sie sitzen auf dem Sofa. – Ihre Arme liegen auf Ihren Beinen. – Ihr Körper ist ganz steif.“

Herr G. (nach längerer Pause) löst die Beine und stellt sie nebeneinander. Er schaut der Pflegerin direkt in die Augen.

P. schaut ihm ebenfalls in die Augen. (Gesichtsausdrucksreflexion) So sitzen beide einige Minuten.

P.: „Sie sitzen auf dem Sofa. (VR) – Ihre Arme liegen auf Ihren Beinen. – Sie schauen mich ängstlich an.“ (GR)

Herr G. zeigt zunächst keine weitere Reaktion, doch einige Minuten später sagt er „Mamama“ und lächelt.

P.: „Mamama“ (Wort-für-Wort-Reflexion, WWR). Sie lächelt zurück (GR).

² Ich danke Elisabeth Fritsch, Heike Kern, Patricia Ruppenthahl-Ott, Nina Sachs und allen namentlich nicht genannten Pflegekräften herzlich für ihre Berichte und für ihre einfühlsame Arbeit mit ihren Bewohnerinnen und Bewohnern.

Herr G. bewegt seine Beine, die steife Körperhaltung löst sich. Er schaut sich im Zimmer um. Herr G. macht nun einen entspannteren und zufriedenen Eindruck.

P. setzt sich zu Herrn G. auf das Sofa und bleibt noch einige Zeit bei ihm sitzen. Sie liest ihm aus der Zeitung vor.

Herr G. hört interessiert zu, teilweise kommentiert er das Vorgelesene mit „Mamamama“. Herr G. lächelt.

Biografisches Wissen

Adäquate Kontaktreflexionen gelingen häufig dann besonders gut, wenn entsprechende Kenntnisse der Biografie vorhanden sind. Reflektiert wird also nicht nur das aktuelle Verhalten, sondern gegebenenfalls auch die persönliche Lebens-Geschichte.

Herr M. ist 84 Jahre alt. Er soll abgeholt werden, um im Gemeinschaftsraum Kaffee zu trinken. Er weigert sich mitzugehen. Herr M. will keinen Kaffee. Er wirkt, als würde er etwas Schweres tragen. Er steht gebeugt da, eine Hand gebogen.

P.: „Kommen Sie, es gibt Kaffee!“ Sie nimmt ihn am Arm. Herr M. sträubt sich.

Die Pflegekraft nähert sich nochmals, diesmal von vorn.

P.: „Herr M., ich habe noch ein bisschen Kaffee, wollen Sie ein wenig?“

Herr M. zögert.

P.: „Oh, Sie haben was Schweres zu tragen, kommen Sie, ich helfe Ihnen!“ Die Pflegekraft nähert sich ihm und hilft ihm, die schwere Last zu tragen. (Verhaltensreflexion, VR) Sie nimmt ihm – pantomimisch – die Last ab.

Er geht jetzt bereitwillig mit zum Kaffeetrinken.

P.: „Ich wusste, er hat als Maurer gearbeitet, und ich hab auch mal auf dem Bau gearbeitet. Da ist es so, dass man nach der Pause nicht gleich wieder zum Kaffee darf. Aber wenn die Hausfrau was anbietet, was übrig ist, darf man. Und ich habe gesehen, er trägt was Schweres.“

Funktionale Zwecke

Die nächsten Vignetten zeigen, wie Kontaktreflexionen auch hilfreich sein können, um funktionale Zwecke (besser) zu erreichen.

Frau A., 82 Jahre alt, spricht fast nur die Worte „Ponti – Penti – Puti“. Wenn die Pflegekräfte sie bitten, eine Tablette zu nehmen, lehnt sie ab. Als die Pflegekraft fragt: „Darf ich Ihnen ein Puti geben?“, sagt Frau A. „Ja“ und nimmt die Tablette bereitwillig. (WWR)

Frau G. wird auf der gerontopsychiatrischen Station behandelt. Die Pflegekräfte und die Ärztin sind der Meinung, Frau G. brauche einen Katheter, da sie nicht urinieren will. Die Pflegekraft geht mit Frau G.

aufs Klo, schließt ab, lässt selbst auch die Hose herunter und drückt. (VR) Frau G. uriniert, bis das Uringefäß voll ist.

Bizarres, unverständliches oder störendes Verhalten

Kontaktreflexionen sind aber kein Allheilmittel. Hierzu sei ein weiteres Beispiel angefügt:

Herr L. stößt wütend eine Kanonade von Schimpfworten aus, als er gewaschen werden soll. Durch die im Kurs neu erlernte Kontaktarbeit soll er dazu gebracht werden, sich waschen zu lassen. Die Methode erweist sich jedoch in diesem Fall als wirkungslos. Es gibt zwar Kontakt, aber das Schimpfen hört nicht auf.

Kontaktreflexionen „wirken“ zwar oft auch bei unverständlich scheinendem oder „störendem“ Verhalten, allerdings scheint dies besonders dann der Fall zu sein, wenn sie nicht als Manipulationstechnik eingesetzt werden, das heißt wenn im Vordergrund die Beziehung und nicht das Bedürfnis der Pflegekraft nach Ordnung oder Ruhe stehen.

Frau B., 91 Jahre alt, sitzt im Stuhl und reibt die Hände an den Oberschenkeln. Sie macht das häufig und über lange Zeit. Die Pflegekraft setzt sich zu ihr und reibt sich in gleichem Tempo ebenfalls die Oberschenkel. (VR) Nachdem die Pflegekraft langsamer reibt, wird auch Frau B. langsamer. Die Pflegekraft hört mit einem Klatschen auf die Oberschenkel auf zu reiben. Frau B. hört ebenfalls auf.

Frau S. leidet an der Alzheimer Erkrankung. Sie trippelt ruhelos auf dem Gang auf und ab. Die Pflegekraft geht mit ihr und trippelt auch. (VR) Frau S. wird ruhiger, trippelt langsamer und wirkt zufrieden.

Frau M. sitzt am Tisch im Aufenthaltsraum und ist erregt. Sie wirft Gegenstände um sich und zerbricht dabei einen Engel aus Gips, der auf dem Tisch steht. Die anderen BewohnerInnen werden unruhig. Frau M. wird in ihr Zimmer gebracht und ins Bett gelegt. Sie lässt sich aber nicht beruhigen. Schließlich legt sich die Pflegerin für einige Minuten zu ihr ins Bett. Nach kurzer Zeit wird Frau M. ruhiger.

Einführendes Verstehen und Kontaktreflexionen

In der folgenden Vignette wird der fließende Übergang zu „normalem“ einführendem Verstehen deutlich.

Herr M. will das Bett nicht verlassen. Mehrere Pflegekräfte haben umsonst versucht, ihn dazu zu bewegen. Die Pflegekraft kommt ins Zimmer und flüstert ihm ins Ohr: „Heinz, komm, ich hab dir einen Kaffee gemacht!“. Herr M. steht auf.

P: (im Dialekt von Herrn M.) „Heinz, nachher rauchen wir noch ein Zigarettchen zusammen!“

Herr M. folgt ihr bereitwillig.

Kontaktreflexionen erweisen sich insbesondere dann als sinnvoll, wenn die Störung so schwer ist, dass einführendes Verstehen von der pflegebedürftigen Person nicht mehr ohne weiteres wahrgenommen werden kann.

Frau N. steht häufig wütend vom Tisch auf, weil sie sich von Äußerungen anderer Bewohnerinnen beleidigt fühlt und diese als Angriff auf sich selbst versteht. Sie will dann zur Tür hinaus. Wenn die Pflegekräfte versuchen, sie zurückzuhalten, wehrt sie sich. Wenn die Pflegekraft ihre Gefühle verbal aufnimmt – „Frau N., Sie sind jetzt sehr wütend!“ – reagiert sie nicht.

„Aber wenn ich selbst ihren wütenden Gesichtsausdruck annehme, die Körperhaltung übernehme, aufstampfe und sage: „Sie sind so wütend, Frau N.“, dann stutzt sie, hakt sich bei mir ein und beruhigt sich.“

Bei Kontaktreflexionen muss also die Ebene stimmen.

Kontaktförderndes Tun

Kontakt wird häufig dadurch hergestellt oder gefördert, dass die Pflegekraft mit dem verwirrten Menschen gemeinsam etwas tut, was für diesen Sinn macht.

Herr L. hat immer wieder Zeiten, in denen er sich auf den Boden kniet und auf allen Vieren kriechend den Teppichboden absucht. Er kann nicht sprechen. Der Pfleger kniet sich zu ihm und sucht mit. „Herr L., Sie suchen was?“ Herr L. blickt auf und krabbelt in Richtung des Pflegers, sie suchen gemeinsam den Teppich ab. Herr L. lächelt.

Frau S. spuckt Mitbewohnerinnen und Pflegekräfte häufig an. Die Pflegerin nähert sich langsam, behutsam und fragt: „Frau S., darf ich mich zu Ihnen setzen?“ Frau S. schaut auf, die Pflegerin lächelt sie an. Dann nimmt sie ihre Hand. Sie sitzen fünf Minuten, atmen miteinander im gleichen Rhythmus. Frau S. spuckt nicht mehr.

Diskussion, Forschungsperspektiven und Zusammenfassung

Die durchgeführte Studie hat qualitativ-beschreibenden und explorativen Charakter. Die Ergebnisse qualitativer Untersuchungen dieser Art erheben nicht den Anspruch auf statistische Relevanz. Der Wahrheitsbegriff qualitativer Forschung ist ein heuristischer. Dabei geht es um kommunikative und insbesondere um ökologische Validität, das heißt um die Frage, ob die Ergebnisse einer Untersuchung

auch unter den komplexen Interaktionsbedingungen der sozialen Alltagswelt Gültigkeit besitzen (Kvale, 1995, S. 428). Dies ließ sich im Projekt eindeutig bestätigen. Es kann aber nicht der Anspruch erhoben werden, mit dieser Studie eine Wirkungsmessung vorzulegen.

Es stellt sich die Frage, ob die kurze Übungszeit von fünf Tagen ausreicht, um diesen anspruchsvollen Ansatz zu vermitteln und die Pflegepraxis tatsächlich längerfristig zu verändern. Die Beobachtungen der Handlungen der Pflegekräfte lassen vermuten, dass dies tatsächlich in vielen Fällen gelungen ist. Wir nehmen an, dass dies insbesondere dann gelingt, wenn die Fachkräfte bereits vorher intuitiv ähnlich gehandelt haben. Das wird aus der Personzentrierten Psychotherapie (Tausch & Tausch, 1990; 1995) sowie aus der Mäeutik (Schindler, 2003) ebenfalls berichtet.

Darüber hinaus scheint die Möglichkeit zur Reflexion und Übung in einer kollegialen Unterstützungsgruppe wichtig zu sein. Außerdem geschah die Vermittlung des Ansatzes in dieser Studie im Kontext eines gerontopsychiatrischen Kurses von einjähriger Dauer (die TeilnehmerInnen, die extern den Prä-Therapie-Block besuchten, verfügten bereits über eine abgeschlossene gerontopsychiatrische Zusatzqualifikation).

Für die Tatsache, dass ein Teil der Pflegekräfte (etwa 30 Prozent) das Konzept nicht nutzen konnte, mögen unterschiedliche Gründe ausschlaggebend sein. Die Rückmeldungen lassen vermuten, dass hier vor allem drei Faktoren wichtig sind:

1. Wo eine zumindest wohlwollende Duldung durch KollegInnen und Vorgesetzte nicht vorhanden war, gelang die Implementierung des Konzepts nicht oder nur sehr eingeschränkt.
2. Problematisch war für einen Teil der Pflegekräfte die Erfahrung des Kontrasts zwischen dieser auf Zuwendung und Menschlichkeit basierenden Arbeit und dem Leistungs- wie Zeitdruck in ihrer Institution, die sie danach umso schmerzhafter erlebten.
3. Für einen kleinen Teil der Pflegekräfte schien das Konzept zu weit weg von eigenen Haltungen und Werten. Auch diese Beobachtung ist aus der personenzentrierten Weiterbildung bekannt: Es gibt Menschen, zu denen der Ansatz einfach nicht passt und die trotz intensiven Trainings nicht oder nur sehr begrenzt in der Lage sind, die personenzentrierten Grundhaltungen angemessen zu realisieren (Tausch & Tausch, 1990).

Eine interessante Frage wäre, ob sich der Ansatz auch für Angehörige, z. B. im Rahmen von Demenz-Wohngruppen, nutzen lässt.

Fazit

Die eingangs gestellte Frage, ob das Konzept der Prä-Therapie für die Altenpflege, insbesondere für den Umgang mit dementen Menschen, hilfreich sein kann, lässt sich positiv beantworten. Insbesondere bei Menschen mit schwerer Demenz, die mit anderen Methoden nicht oder kaum erreichbar sind, scheint der Ansatz Erfolg

versprechend. Allerdings geht es im Pflegealltag nicht um Prä-„Therapie“, sondern um alltagsorientierte pflegerische Arbeit. Es kann auch nicht der Anspruch erhoben werden, dass die Pflegekräfte in der kurzen Zeit tatsächlich gelernt hätten, Prä-Therapie anzuwenden. Deshalb schlagen wir vor, nicht von der Anwendung von Prä-Therapie zu sprechen, sondern die Begriffe Achtsamkeitsbasierte Kontaktarbeit oder Mindfulness Based Contact Work zu benutzen, um alltagsorientiertes kontakt-förderndes Handeln in nicht-therapeutischen Kontexten auf der Grundlage einer personenzentrierten Grundhaltung der Akzeptanz (und im Rahmen eines prä-therapeutischen Konzepts) zu bezeichnen.

Durch Kontaktreflexionen gelingt es bei schwer gestörten BewohnerInnen, Anker in der Realität zu vermitteln, schrittweise

Beziehung zu ermöglichen, Inseln der Orientierung zu finden und durch das Ansprechen von Struktur und Ereignissen eine zeitliche Orientierung zu ermöglichen. Damit lässt sich eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität von schwer dementen Pflegebedürftigen erreichen. Relevant bei der Kontaktarbeit sind nicht einzelne Techniken; es ist vor allem die Haltung. Das Konzept ist anschlussfähig an andere aus der Pflegeaus- und -weiterbildung bekannte Ansätze. Insbesondere lassen sich Bezüge zur basalen Stimulation und zur Validation herstellen. Viel versprechend ist eine Prüfung der Verknüpfungsmöglichkeit mit dem Konzept des Dementia Care Mapping von Tom Kitwood (Morton, 1999/2002) und dem von Cora van der Kooij entwickelten Ansatz der Mäeutik (Van der Kooij, 2002; Schindler, 2003).

Literatur

- Bettelheim, B. (1983). *Die Geburt des Selbst*. München: Kindler (Original erschienen 1967: *The Empty Fortress; Infantile Autism and the Birth of the Self*. New York: Free Press).
- Binder, U. & Binder, J. (1992). Überlegungen zum störungsspezifischen Umgang im Bereich der psychosozialen Versorgung am Beispiel von Schizophrenen, Neurotischer Depression und passiv-aggressivem Verhalten. In U. Straumann (Hrsg.), *Beratung und Krisenintervention. Materialien zu theoretischem Wissen im interdisziplinären Bezug*. (S. 115–130). Köln: GwG-Verlag.
- Buber, M. (1984). *Das dialogische Prinzip*. Heidelberg: Lambert Schneider.
- Bundschuh-Müller, K. (2006). „Alles was es ist sagt die Liebe ...“ Achtsamkeit und Akzeptanz in der Personenzentrierten und Experientialen Psychotherapie. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch* (S. 405–456). Tübingen: dgvt.
- Bundschuh-Müller, K. (2007). Von Angesicht zu Angesicht. Gesprächspsychotherapie als achtsamkeitsbasiertes personenzentriertes Verfahren. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 38, 75–83.
- Deleu, C. (1992) Hören und Überhören. Über das Hören von Stimmen und andere Halluzinationen. *GwG-Zeitschrift* 23 (2), 10–13.
- Deter, D. & Straumann, U. (Hrsg.) (1990). *Personenzentriert Verstehen – Gesellschaftsbezogenes Denken – Verantwortlich Handeln*. Köln: GwG-Verlag.
- Dörner, K. & Plog, U. et al. (2000). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Aufl. der Neuausgabe von 1996). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Flick, U. (1995). Triangulation. In U. Flick, E. Kardorff, et al. (Hrsg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung* (S. 432–435). Weinheim: Beltz.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gendlin, E. T. (1985). *Focusing. Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme*. Salzburg: Otto Müller (Original erschienen 1978: *Focusing*. New York: Bantam Books).
- Gendlin, E. T. (1998): *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. München: J. Pfeiffer bei Klett Cotta (Original erschienen 1996: *Focusing-oriented Psychotherapy*. New York: Guilford).
- Ground, E. (1996). *Die Pflege verwirrter alter Menschen. Psychisch Alterskranke und ihre Helfer im menschlichen Miteinander*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Jaspers, K. (1994). *Philosophie*. 3 Bände. München: Piper.
- Kabat-Zinn, J. (2006). Achtsamkeitsbasierte Interventionen im Kontext: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch* (S. 103–140). Tübingen: dgvt.
- Kern, P. & Wittig, H.-G. (1985). *Notwendige Bildung. Studien zur Pädagogischen Anthropologie*. Bern, Frankfurt/M: Peter Lang.
- Knoche, M. (2007). Im Einklang mit sich selbst. Personenzentrierte Beratung und Achtsamkeit. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 38, 85–91.
- Kvale, S. (1995). Validierung: von der Beobachtung zu Kommunikation und Handeln. In U. Flick, E. Kardorff et al. (Hrsg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung* (2. Aufl.). (S. 427–431). Weinheim: Beltz.
- Morton, I. (2002). *Die Würde wahren. Personenzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz*. Stuttgart: Klett Cotta (Original erschienen 1999: *Person-Centered Approaches to Dementia Care*. Bicester-Oxon: Winslow).
- Pörtner, M. (1996). *Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen*. Stuttgart: Klett Cotta.

- Pörtner, M. (2005). *Alt sein ist anders. Personenzentrierte Betreuung von alten Menschen*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Prouty, G. (1994). *Theoretical Evolutions in person-centered/experiential Therapy: Applications to schizophrenic and retarded Psychoses*. London: Praeger.
- Prouty, G. (1998). Die Grundlagen der Prä-Therapie. In G. Prouty, M. Pörtner & D. van Werde (1998). *Prä-Therapie* (S. 17–86). Stuttgart: Klett Cotta.
- Prouty, G., Pörtner, M. & van Werde, D. (1998). *Prä-Therapie*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Reisch, E. (2007). Achtsamkeit – ein Tor zur Erkenntnis. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 38, 69–74.
- Rogers, C. R. & Buber, M. (1992). Carl Rogers im Gespräch mit Martin Buber. In M. Behr, U. Esser et al. (Hrsg.), *Jahrbuch personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Bd. 3*. Köln: GwG-Verlag.
- Schindler U. (2003). *Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben. Mäeutik im Praxisalltag*. Hannover: Vincentz.
- Strauss A. L. (1991). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. München: Wilhelm Fink.
- Tausch, R. & Tausch, A. (1990). *Gesprächspsychotherapie. Einfühlsame, hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichem Leben*. Göttingen: Hogrefe.
- Tausch, R. & Tausch, A. (1995). *Wege zu uns und anderen*. Reinbek: Rowohlt
- van der Kooij, C. (2002). *Mäeutik und integrierte, erlebensorientierte Pflege*. Reader des Instituts für mäeutische Entwicklung in der Pflegepraxis. (0.0.).
- van Werde, D. (1990). Die Wiederherstellung des psychologischen Kontakts bei akuter Psychose: Eine Anwendung von G. Prouty's „Pre-Therapy“. *GwG-Zeitschrift* 78 (1), 42–45.
- van Werde, D. (1998). Prä-Therapie im Alltag einer psychiatrischen Station. In G. Prouty, M. Pörtner & D. van Werde, *Prä-Therapie* (S. 87–160). Stuttgart: Klett Cotta.
- Wittrahm, A. (1990). Lebensqualität durch Beziehungsqualität. Personenzentrierte Perspektiven für die Diskussion um eine menschengerechte Altenpflege. In M. Behr, U. Esser et al. (Hrsg.), *Jahrbuch für personenzentrierte Psychotherapie, Bd. 1* (S. 159–179). Salzburg: Otto Müller.

Autor:

Ulrich Pfeifer-Schaupp, Prof. Dr., Professor für Sozialarbeitswissenschaft, Arbeitsschwerpunkt Klinische Sozialarbeit (Sozialpsychiatrie, Beratungsmethoden); Systemischer Therapeut und Supervisor (DGSF), Leiter des Freiburger Instituts für systemische Therapie und Beratung.

Korrespondenzadresse:

*Dr. Ulrich Pfeifer-Schaupp
Ev. Hochschule Freiburg
D-79114 Freiburg, Bugginger Str. 38
E-Mail: pfeifer-schaupp@eh-freiburg.de*

Penny Dodds

Prä-Therapie in der Demenzpflege

Zusammenfassung: *Im Rahmen einer britischen Studie wurde abgeklärt, inwieweit Prä-Therapie in der Demenzpflege anwendbar ist und welche Voraussetzungen dabei besonders berücksichtigt werden müssen. Bei Personen, die sich in einem prä-expressiven Zustand befanden, gewann die Kontaktreflexion des nonverbalen Verhaltens an Bedeutung. Im verbalen Bereich war der vermehrte Gebrauch von unbestimmten Pronomen relevant. Es wurden persönliche und soziale Faktoren eruiert, welche die Kontaktarbeit erschwerten oder behinderten.*

Schlüsselwörter: *Demenzpflege, Prä-Therapie, Kontaktarbeit, Kontaktreflexion, nonverbales Verhalten*

Abstract: Pre-therapy in dementia care. *A British study clarifies the extent to which pre-therapy is applicable in dementia care and which prerequisites must be given special consideration. In persons in a pre-expressive state, contact reflection of non-verbal behavior is of greater importance. With regard to verbal skills, the increased use of indefinite articles is relevant. Personal and social factors which adversely affect establishment of contact were also determined*

Key words: *dementia care, pre-therapy, establishing contact, contact reflection, non-verbal behavior*

In stationären Pflegeeinrichtungen gehören Körperpflege und pflegerische Aufgaben zu den Alltagspflichten der Mitarbeitenden. Schwer demenzkranke Menschen brauchen Hilfe bei grundlegenden täglichen Verrichtungen wie Waschen, Anziehen und Essen. Für eine einfühlsame Pflege von Menschen mit Demenz scheint sich die *Prä-Therapie* zu eignen (Van Werde & Morton, 1999).

Zu den zentralen Konzepten der Prä-Therapie gehört die *Kontaktarbeit* (Prouty, 1998). Dieses Konzept bezeichnet den Gebrauch von Kontaktwiedergaben bzw. *Kontaktreflexionen*. Hierzu gehören Reflexionen der Körperhaltung, des Gesichtsausdrucks, der Situation und der Wörter bei Personen, die nicht in Kontakt sind mit ihrem Erleben, ihren Gefühlen, ihrem Umfeld und die sich anderen Menschen nicht auf verständliche Weise mitteilen können. Diese Personen befinden sich in einem vorsprachlichen Zustand, der auch als *kontaktloser oder prä-expressiver Zustand* bezeichnet wird. Auf Seiten der Betreuungsperson erfordert dieser Zustand ein semiotisches Verstehen.

Die Kontaktreflexionen der Betreuungsperson beziehen sich auf das unmittelbare Erleben bzw. auf bildhafte Äußerungen desselben. Zum Beispiel gibt die Betreuungsperson den Gesichtsausdruck wieder oder wiederholt Körperbewegungen und Gesten. Mit Hilfe der Kontaktreflexionen werden *Kontaktfunktionen* angeregt. Dadurch entstehen Verhaltensweisen mit Realitätskontakt, affektivem Kontakt und kommunikativem Kontakt. Es wird also angenommen, dass durch Prä-Therapie reale, affektive und kommunikative Kontakte zunehmen. Personen kommen aus dem prä-expressiven Zustand

heraus, sie beginnen Kontakt aufzunehmen und sich auszudrücken (expressiver Zustand).

In Großbritannien ist die prä-therapeutische Kontaktarbeit in der Pflege und Betreuung von schwer demenzkranken Menschen relativ neu. Die Arbeit von Morton und Van Werde (1999) gab den Anstoß zu einer Studie im Rahmen einer *Dissertation* (Dodds, 2008), die hier in Form einer Zusammenfassung referiert wird. Mit ihr sollte die Anwendung von Kontaktarbeit im Bereich der Demenzpflege in Großbritannien erstmals systematisch untersucht werden.

Fragestellung

Proutys Methode der Prä-Therapie (Prouty et al., 2002) wurde mit unterschiedlichen Klientengruppen und verschiedenen Settings in Verbindung gebracht. Es stellte sich die Frage, ob Kontaktarbeit tatsächlich einen Beitrag zur Demenzpflege leisten kann. Die Fragestellung der Untersuchung lautete:

Was geschieht, wenn Pflegepersonen lernen, mit Kontaktreflexionen zu arbeiten und diese bei demenzkranken Menschen anzuwenden?

Mit der qualitativen Studie wurden zwei Anliegen verfolgt: Zum einen herauszufinden, was verbale und nonverbale Kontaktarbeit bei Menschen in fortgeschrittenen Stadien der Demenz bewirkt; ob sie – wie das bei anderen Klientengruppen der Fall war – beim Pflegepersonal eine stärkere emotionale Beteiligung auslöst und zu

mehr Kommunikation führt. Zum anderen sollten die Erfahrungen festgehalten werden, die das Personal beim Erlernen der Kontaktarbeit macht: Welche Probleme und Hindernisse zeigen sich bei ersten Versuchen der Umsetzung in die Praxis?

Vorgehen

Die Studie wurde nach der *Action Research Method* durchgeführt. Entscheidend bei diesem Ansatz ist, dass die Einführung von Veränderungen oder Innovationen mit den Mitarbeitenden *gemeinsam erarbeitet* und parallel dazu eine *Befragung* durchgeführt wird. Die Vorgehensweise ist *prozessorientiert*. Es geht darum, Veränderungen einzuführen und zugleich den Veränderungsprozess selbst zu erforschen. Der Schwerpunkt liegt auf „learning by doing“ (Mc Niff & Whitehead, 2006).

Die Daten wurden mit Hilfe von *Videoaufnahmen* erhoben. Dies erforderte Aufnahmen von Teamsitzungen, in denen die Pflegepersonen in Prä-Therapie unterwiesen werden; von Interaktionen mit demenzkranken Menschen, in denen Kontaktreflexionen verwendet werden; von Gesprächen mit dem Team über die Erfahrungen mit Kontaktarbeit.

Die Auswertung der Daten erfolgte mittels einer fortlaufender Vergleichsanalyse sowie mit der sog. Dimensional Analysis (Schatzman, 1991).

Die *Dimensional Analysis* stellt einen Ansatz dar, Daten unter Verwendung eines analytischen Rahmens strukturiert zu betrachten. Auf diese Weise kann detailliert beschrieben werden, wie die Daten analysiert wurden. Dabei werden zwei Konzepte verwendet: „Natural Analysis“ und „Dimensionen“. Für Schatzman ist die Natural Analysis der kognitive Prozess, der dazu eingesetzt wird, die Welt zu interpretieren und zu verstehen. Dimensionen werden eingesetzt, um die Eigenschaften, den Kontext und die Bedeutung von Phänomenen zu erfassen. Dadurch wird eine systematische, multi-dimensionale Datenanalyse möglich, so dass sich zentrale Dimensionen bzw. theoretische Perspektiven entwickeln (Kools et al., 1996).

Da Videoaufnahmen von demenzkranken Menschen gemacht wurden, musste aus ethischen Gründen ein sogenanntes *Framework of assent and consent* geschaffen werden – entsprechend den in Großbritannien geltenden Durchführungsbestimmungen für wissenschaftliche Forschung mit Menschen, die ihr Einverständnis für die Teilnahme an der Forschung nicht selbst geben können (Department of Health, 2001).

Mit dem Begriff „assent“ ist gemeint, dass eine Drittperson befugt ist, diese Zustimmung für jemanden zu erteilen, der selbst dazu nicht (mehr) in der Lage ist. Überdies wurden Bereitwilligkeit und Wohlbefinden der beteiligten Personen während der Videoaufnahmen ständig überprüft. Sobald sich jemand mit der Kamera unwohl fühlte, wurde die Kamera ausgeschaltet.

Die Untersuchung erstreckte sich über 18 Monate und umfasste elf Mitarbeitende aus drei verschiedenen Pflegeabteilungen. Drei von ihnen waren ausgebildete Pflegefachkräfte, die anderen acht Pflegehilfen hatten keine spezielle Ausbildung absolviert. In allen drei Abteilungen erfolgte stationäre Pflege für Menschen in fortgeschrittenem Stadium der Demenz.

Ergebnisse

Aus der Untersuchung ging hervor, dass Kontaktreflexionen wiederholt dazu führten, dass demenzkranke Personen sich vermehrt ausdrücken konnten. Die Pflegepersonen stellten verschiedentlich fest, dass sie ihre praktischen Aufgaben leichter erfüllen konnten und die Klienten weniger Widerstand leisteten, wenn sie mit Kontaktreflexionen arbeiteten.

Dass Kontaktreflexionen demente Personen expressiver machen, wurde u. a. an folgendem Beispiel deutlich: Die Reflexionen eines Mitarbeiters führten zu Augenkontakt und auch dazu, dass die demente Person auf ihre Umgebung reagierte. Doch war dies nicht immer der Fall. Manchmal reagierten die Personen nicht, oder der Mitarbeiter konnte wegen anderer Aufgaben die Kontaktarbeit nicht fortsetzen. Jedoch waren die Mitarbeiter generell der Meinung, dass – im Vergleich zu den üblichen Reaktionen – die Reaktion der demenzen Person auf Kontaktarbeit größer wurde.

Als charakteristisch für Kontaktarbeit mit Demenzkranken erwies sich der *vermehrte Gebrauch von unbestimmten Pronomen*. Im Allgemeinen wird in der Prä-Therapie Wert darauf gelegt, konkret zu reflektieren, d. h. Wörter, Situationen oder Handlungen möglichst genau wiederzugeben. Demenzkranke Menschen leben aber zuweilen in einer Welt, in der das, was sie mit ihrem inneren Auge sehen, nicht das ist, was andere sehen. Mit einer konkreten Reflexion lenken Betreuende also eine Person möglicherweise von ihrer subjektiven Realität ab, anstatt ihr dort zu begegnen. Zum Beispiel kann jemand ein Hemd festhalten, aber meinen, es sei ein Putzlappen oder ein Babyjäckchen. Es zeigte sich, dass der Gebrauch von unbestimmten Pronomen („Sie halten es“) Menschen oft besser helfen kann, zum Ausdruck zu bringen, wie sie die Welt erleben, als eine konkrete realitätsbezogene Reflexion („Sie halten das Hemd“).

Da die Ausdrucksfähigkeit durch demenzielle Prozesse, welche die verbale Kommunikationsfähigkeit beeinträchtigen, erschwert ist, stellte sich die Frage, ob die *nonverbale Kommunikation* an Bedeutung gewinnt. Aus der vorliegenden Untersuchung ging auch hervor, dass nonverbale Reflexionen in der Demenzpflege besonders relevant sind.

Das folgende Beispiel zeigt, wie eine demenzkranke Person sich nach und nach besser ausdrücken und mit der Betreuerin und dem Umfeld Kontakt aufnehmen konnte. Das geschah vorwiegend durch die Verwendung *nonverbaler Kontaktreflexionen*. Die Abkürzungen

bezeichnen die *Art der Reflexion* (KR: Reflexion der Körperhaltung, SR: Situationsreflexion, GR: Reflexion des Gesichtsausdrucks, WWR: Wort-für-Wort-Reflexion, WR: wiederaufgreifende Reflexion).

Betreuerin: „Wir gehen.“ (KR)
(Sie reflektiert das Gehen)

Bewohner: (keine Reaktion)
(Geht weiter, kein Augenkontakt, keine Veränderung im Verhalten.)

Betreuerin: „Da ist das Geländer.“ (SR)
(Die Betreuerin greift über ihn hinweg zum Geländer. Das könnte zu dringlich erscheinen; da aber das Sprachverständnis bei Menschen mit Demenz erheblich beeinträchtigt sein kann, müssen ihnen vermehrt visuelle und nonverbale Hinweise gegeben werden.)

Bewohner: (keine Reaktion)
(Geht weiter, kein Augenkontakt, keine Veränderung im Verhalten.)

Betreuerin: „Wir gehen, Ihre Hände an Ihrer Seite, das Geländer.“ (SR, KR, SR)
(Die verbalen Reflexionen werden nonverbal verdeutlicht.)

Bewohner: (keine Reaktion)
(Geht weiter, kein Augenkontakt, keine Veränderung im Verhalten.)

Betreuerin: „Da ist die Wand.“ (SR)
(Sie berührt die Wand, dazu muss sie so über ihn hinweggreifen, dass ihre Hand in sein Gesichtsfeld rückt.)

Bewohner: (Schaut auf die Hand der Betreuerin – Hinweis auf Kontakt.)

Betreuerin: „Da, Sie schauen auf meine Hand an der Wand.“ (SR, WR)

Bewohner: (Geht weiter – Kontakt ist abgebrochen.)

Betreuerin: „Wir gehen, Sie schauen zu Boden.“ (SR, GR)

Bewohner: (Berührt die Wand.)

Betreuerin: „Da ist ein Bild.“ (SR)
(Sie berührt die Ecke des Bilderrahmens.)

Bewohner: (Berührt den Rahmen – dass er sich mit dem Bild beschäftigt, ist ein Hinweis auf Realitätskontakt.)

Betreuerin: „Ihre Hand berührt den Rahmen.“ (SR)

Bewohner: (Blickt zum Bild, dann zur Betreuerin – Realitätskontakt mit dem Bild, kommunikativer Kontakt mit der Betreuerin.)

Betreuerin: „Sie schauen mich an und das Bild.“ (GR, SR)

Bewohner: „Grrrrrrrrrr.“
(Er berührt das Bild – es stellt einen Tiger dar –, schaut dann die Betreuerin an, knurrt und lächelt.)

Oft waren die Kontakte kürzer und flüchtiger. Ein Betreuer beschrieb, wie das einfache Wiedergeben von Körperbewegung und Gesichtsausdruck einen intensiven und nachhaltigen Augenkontakt auslöste, der den Kern eines zwischenmenschlichen Kontaktes bilden könnte:

„Er sah mich an und begann zu lächeln. Er spricht nicht viel. Als er lächelte, lächelte ich auch (GR). Ich sah ihm direkt in die Augen und sagte: ‚Hallo. Wie geht es Ihnen?‘ Das passiert nicht sehr häufig. Ich konnte nie mit ihm ins Gespräch kommen. Es war einfach nur das, verstehen Sie, er hat in diesem Moment realisiert, dass wir einander in die Augen sahen, und wir lächelten beide.“

Kontaktarbeit führte bei Menschen mit Demenz häufig unverzüglich zu emotionalem Kontakt. Zuweilen konfrontierten die Klienten ihre Bezugspersonen mit starken Emotionen. Beispielsweise bewirkte ein Betreuer mit Hilfe von Kontaktreflexionen, dass ein Bewohner – bruchstückhaft – davon sprechen konnte, wie er im Krieg kleine Kinder getötet hatte. Eine andere Bewohnerin rief nach ihrer Mutter, die vor vielen Jahren gestorben war. Eine Teilnehmerin beschrieb ihre Begegnung mit einer Person mit starken Emotionen wie folgt:

„Sie sagte ‚Mum‘. Ich sagte ‚Mum‘ (WWR). Als das eine Weile so weiterging, fühlte ich mich immer mehr wie ihre Mutter. Es kam mir vor, als sei ich ganz in ihrer Welt, ja, als sei ich in ihr selber. Ich hatte das Gefühl, wir seien uns begegnet, weil ich in ihrer Welt war. Es gab in diesem Moment keine andere Welt. Ich fühlte, was sie fühlte, ihre Trauer ... und es war ein unglaubliches Privileg, dass ich mich in ihre Welt hineinbegeben und ihre Trauer fühlen konnte. Es war einfach nur unglaublich und ich war überwältigt. Ich ging da einfach hinein, und das ist, als würde man von einem anderen Menschen völlig überschwemmt.“

Für die Betreuenden war es aber nicht immer leicht, mit so intensiven Gefühlen zurechtzukommen. Das war vor allem dann der Fall, wenn sie bei ihnen *Hilflosigkeit* und *Hoffnungslosigkeit* auslösten. Sie hatten Angst davor, „eine Büchse voller Würmer aufzumachen“ oder Reaktionen hervorzurufen, denen sie im Rahmen des Stationsalltags nicht gewachsen waren.

Probleme bei der Kontaktarbeit

Die Studie förderte einige Faktoren zu Tage, welche die Kontaktarbeit erschwerten oder die Mitarbeitenden gar daran hinderten, Kontaktreflexionen anzuwenden.

So befürchteten die Pflegepersonen, *nicht genügend Zeit* zu haben, um sich einzelnen Klienten zu widmen. Sie scheuten sich, mit demenzkranken Menschen emotionale Gespräche in Gang zu bringen, denen sie dann doch nicht genügend Aufmerksamkeit schenken konnten. Meistens müssen Pflegepersonen eine ganze

Gruppe von Klienten betreuen, da bleibt ihnen kaum Zeit für Einzelgespräche.

In der Regel fühlten sich die Mitarbeitenden wohl, wenn die Kontaktarbeit zu positiven Gefühlen oder zu emotionaler Beteiligung geführt hatte, denn dann hatten sie das Gefühl, ihrem Gegenüber auf der Ebene seines Erlebens begegnet zu sein. Kontaktarbeit ist eine Hilfe, um sich Menschen mit Demenz zu nähern. Wenn starke, mitunter negative Emotionen ins Spiel kamen, konnte diese Nähe Pflegepersonen aber auch überfordern.

Im Lernprozess wurde deutlich, wie sehr Kontaktarbeit von der üblichen Kommunikationsweise des Pflegepersonals abweicht. Kontaktreflexionen erfordern, dass die Pflegepersonen die Welt des Klienten wahrnehmen und darauf eingehen. Das steht häufig im Widerspruch zu den gewohnten Kommunikationsformen, die von den Bedürfnissen der Pflegepersonen ausgehen.

Einzelne an der Studie beteiligten Pflegekräfte sagten aus, sie würden sich „unwohl“ fühlen, weil sie die Kontaktreflexionen als unnatürlich empfänden. Andere Pflegepersonen empfanden manchmal die Kontaktreflexionen zunächst auch als zu simpel, doch sobald sie anfangen, damit zu arbeiten, merkten sie, dass es schwieriger war, als sie geglaubt hatten. Es bedarf demnach einer längeren Zeit des Lernens und Anwendens der Kontaktreflexionen, bis das Pflegepersonal so damit umgehen kann, dass es sich dabei wohl fühlt.

Beispielsweise befürchteten einige Pflegekräfte, dass die Reflexionen als *Nachäffen* des Klienten empfunden werden könnten. Sie fühlten sich gehemmt, denn sie wollten nicht den Anschein erwecken, respektlos zu sein oder sich über die Klienten lustig zu machen. Diese Hemmung scheint mit internen Verhaltensregeln zusammenzuhängen, die festschreiben, wie Kommunikation stattfinden soll. Fragwürdig an dieser Gesprächsregelung ist, dass sie von der Annahme ausgeht, beide Seiten seien gleichermaßen in der Lage, sich auszudrücken. Dass Kontaktreflexionen diese Verhaltensregeln durchbrechen, löste aber beim Pflegepersonal manchmal Unbehagen und Widerwillen aus. Wenn Pflegepersonen nicht wirklich verstehen, wie Kontaktreflexionen *empathisch* angewendet werden, kann bei ihnen leicht das Gefühl aufkommen, es sei nicht respektvoll, andere Menschen einfach zu spiegeln.

Manchmal fanden es die Teilnehmenden schwierig zu beurteilen, ob eine Person mit Demenz sich in einem expressiven oder in einem prä-expressiven Zustand befand oder ob sie zwischen dem einen und dem anderen hin- und herschwankte. Das wurde zusätzlich erschwert durch organische Auswirkungen der Demenz. Patienten können oft sehr bewusst wahrnehmen, was sie fühlen und wie sie ihre Situation erleben, aber sie können es aufgrund von kognitiven und sprachlichen Beeinträchtigungen nicht zum Ausdruck bringen. Die Gefahr besteht, dass sie fälschlicherweise als prä-expressiv eingestuft werden und Kommunikationsversuche auf dieser Ebene dann zwangsläufig scheitern. Eine Mitarbeiterin beschrieb dies so:

„Ich habe gespiegelt und wiederholt, was er (der Patient) tat. Er wurde sehr ärgerlich und lief weg. Und eine andere Dame, die nicht sprechen kann, die ist auch sehr wütend geworden und hat mich sogar geschlagen.“

Schlussfolgerungen

Es war nicht das Ziel dieser Untersuchung, eine quantitative Analyse des Kontaktumfangs aus der Prä-Therapie durchzuführen. Das Ziel der Studie war lediglich, einen ersten Eindruck über die Einführung von Kontaktarbeit in der Demenzpflege zu gewinnen. Weitere Forschungsarbeit ist erforderlich, um die Frequenz der Reaktion auf Kontaktreflexionen zu quantifizieren.

Insgesamt hat die Studie ergeben, dass die Einführung von Kontaktarbeit sinnvoll, aber keineswegs einfach ist. Es kamen einige Faktoren zum Vorschein, welche die Arbeit mit Kontaktreflexionen erschwerten oder behinderten. Die Pflegepersonen fühlten sich durch die Rahmenbedingungen ihres Arbeitsumfeldes (z. B. durch Zeitdruck) in der Anwendung der Kontaktreflexionen behindert. Auch hatten sie Hemmungen, vor anderen Mitarbeitenden prä-therapeutisch zu arbeiten. Zum Teil kam dies von der Befürchtung, sie könnten dabei beobachtet werden, etwas zu tun, das merkwürdig erscheint, nicht funktionieren oder den demenzkranken Menschen aufregen würde.

Dieses Ergebnis der Studie zeigt, wie wichtig es ist, alle Beteiligten so einzubeziehen, dass sämtliche Mitarbeitenden und auch die Angehörigen wissen, worum es bei der Kontaktarbeit geht und weshalb sie angewendet wird. Bei der Einführung von Prä-Therapie ist es deshalb auch notwendig, sich über das Arbeitsumfeld und dessen Auswirkungen auf das Verhalten des Personals Gedanken zu machen. Kontaktarbeit stellt herkömmliche Kommunikationsformen in Frage und erfordert, dass sich Pflegepersonen auf die Welt des demenzkranken Menschen einlassen. Das ist nicht allen Pflegekräften angenehm. Manche fühlen sich wohler in einer Rolle, die ihnen nicht abverlangt, sich mit der Gefühlswelt demenzkranker Menschen zu befassen. Auch ist es manchen Pflegepersonen unangenehm, Einblick in diese Welt zu nehmen. Wenn in der Demenzpflege Kontaktarbeit eingeführt werden soll, muss gewährleistet sein, dass die Mitarbeitenden die nötige Unterstützung erhalten, um – wenn intensive Gefühle aufbrechen – der Situation gewachsen zu sein.

Nun stellt sich die Frage, ob Pflegepersonen überhaupt in der Lage sind, starke Emotionen auszuhalten, mit denen die Klienten sie zuweilen konfrontieren. Eine Voraussetzung für weitergehende Kontaktarbeit mit älteren und verwirrten Menschen scheint darin zu bestehen, dass das Pflegepersonal vermehrt mit den Grundlagen der personenzentrierten Arbeitsweise vertraut gemacht wird.

Die Mitarbeitenden können Kontaktarbeit lernen und anwenden, und der vorliegende Ansatz vermag ihnen zu einem besseren

Zugang zu den demenzkranken Personen zu verhelfen. Durch vermehrten Gebrauch nonverbaler Reflexionen und unbestimmter Pronomen wird es Pflegepersonen möglich, eine stärkere emotionale Beziehung zu den Patienten aufzubauen, was ihnen hilft, die Person in ihnen zu sehen.

Kontaktarbeit hat in der Demenzpflege viel zu bieten. Die Reflexionen wurden von den Mitarbeitenden gut begriffen, und obwohl deren Anwendung schwieriger war, als es auf den ersten Blick ange-

nommen werden konnte, stellten sie für das Personal eine konkrete, greifbare Hilfe dar, um sich in der Kommunikation mit ihren Klienten besser in deren subjektives Erleben einzufühlen. Kontaktarbeit ergänzt bestehende Pflegeansätze und eine qualifizierte Pflegeperson sollte sie in ihre bereits vorhandenen Kommunikationsfähigkeiten einbinden können.

Übersetzung aus dem Englischen von Marlis Pörtner

Literatur

- Department of Health (2001). *Seeking Consent: Working with Older People*. London: Department of Health.
- Dodds, P. (2008b). Pre-Therapy and Dementia: an action research project. *PhD Thesis*. University of Brighton, UK.
- Kools, S. et al. 1996. Dimensional Analysis: broadening the conception of grounded theory. *Qualitative Health Research*. 6 (3): 312-330.
- McNiff, J. & J. Whitehead (2006). *All you need to know about Action Research*. London: SAGE.
- Prouty, G., Van Werde, D. & Pörtner, M. (1998). *Prä-Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schatzman, L. (1991). Dimensional Analysis: Notes on an alternative approach to the grounding of theory in qualitative research. In D. R. Maines (Ed.). *Social Organisation and Social Process*. New York: Aldine De Gruyter.
- Van Werde, D. & Morton, I. (1999). The Relevance of Prouty's Pre-Therapy to Dementia Care. In I. Morton (Ed.). *Person-Centred Approaches to Dementia Care* (S. 139-166). Bicester: Winslow Press.

Autorin:

Penny Dodds, Lecturer and Nurse Specialist Practitioner in Older Persons Mental Health. Member of the International Pre-Therapy Network. Co-ordinator of the South East UK. Regional Pre-Therapy Interest Group (Lehrbeauftragte und Fachschwester für die geistige Gesundheit von Senioren. Mitglied des internationalen Prä-Therapie-Netzwerks. Koordinatorin der Prä-Therapie-Interessengruppe der britischen Region Südost).

Korrespondenzadresse:

*Penny Dodds
School of Nursing
Westlain House
University of Brighton
Falmer
East Sussex
UK - BN1 9PH
P.Dodds@brighton.ac.uk*

Maria Langfeldt-Nagel

Personzentrierte Gesprächsführung in der Ausbildung der Altenpflege

Zusammenfassung: *Psychologen arbeiten nicht nur unmittelbar mit alten Menschen, sie haben durch ihre Beteiligung an der Ausbildung von Altenpflegern und Altenpflegerinnen sowie als Supervisoren auch einen indirekten Einfluss. Durch Unterricht und Supervision sollen die Kompetenzen der Pflegenden so erweitert werden, dass das Wohlbefinden der betreuten alten Menschen gefördert und ihre Selbstbestimmung geachtet wird. Befragungen in verschiedenen Einrichtungen der Altenpflege ergeben jedoch, dass diese Ziele eher nicht erreicht werden. Altenpflegerinnen wiederum leiden darunter, dass ihre Bemühungen um die alten Menschen so wenig bewirken. Die Personzentrierte Gesprächsführung kann in vielen Situationen des Altenpflegealltags hilfreich sein, die betreuten alten Menschen emotional zu unterstützen und ihre Selbstbestimmung zu achten. Gleichzeitig entlastet sie auch die Pflegenden und trägt zu deren Berufszufriedenheit bei.*

Schlüsselbegriffe: *Altenpflege, Altenpflegeausbildung, Einfühlerndes Verstehen, Gesprächsanalyse, Personzentrierte Gesprächsführung, Selbstbestimmung*

Abstract: **Person-centered conversations in the professional formation in nursing of elderly people.** *As well as working face-to-face with elderly people, psychologists may also be indirectly involved with the elderly as supervisors and providers of training to geriatric nurses. Vocational training and supervision programs are designed to enable geriatric nurses to develop their overall competence in increasing elderly patients' well-being and respecting their right to self-direction. However, according to surveys in various types of residential homes, these aims are rarely achieved. As a result, nurses themselves tend to be frustrated when their care efforts fail to take effect. It was found that person-centered communication can be helpful in many everyday care situations with elderly people, by supporting them emotionally and respecting their right to self-direction. At the same time, it can alleviate the burden of caregiving and increase nurses job satisfaction.*

Key words: *geriatric care, vocational training for geriatric nurses, empathy, interpersonal communication analysis, person-centered communication, self-direction*

Kommunikation in der Altenpflege

Alte Menschen in Einrichtungen der Altenpflege

Die Medien zeichnen häufig ein sehr negatives Bild von Einrichtungen der Altenpflege. So wird beispielsweise immer wieder davon berichtet, dass alte Menschen in Heimen verwahrlosen. Ist das die Regel?

Um diese Frage zu klären, werden Untersuchungen herangezogen, in deren Rahmen Bewohner von Altenheimen gefragt wurden, was sie als Belastung erleben, welche Wünsche sie an die Pflege haben oder wie gute Pflege aussehen sollte (Brandenburg 1994, Garms-Homolowa 1998, Häussler-Sczegan 1998, Kruse & Schmitt 1999, Schwerdt 2002, Sonntag u. a. 2003, Wahl & Reichert 1994).

Die befragten alten Menschen beklagten, dass sich die Altenpflegerinnen¹ nicht für ihre individuellen Bedürfnisse interessieren, sie erlebten sich mehr als Objekte der Pflege denn als akzep-

tierte Partner. Nach Wünschen gefragt, machte ein großer Teil der Teilnehmer keine Angabe: „Das würde auch nichts ändern.“ Sie hatten aufgegeben, sich auch nur vorzustellen, was sie gerne hätten. Wenn Wünsche geäußert wurden, ging es um individuelle Zuwendung. Die befragten alten Menschen wünschten sich mehr Kontakte zu den Pflegenden, sie wünschten sich, geachtet und ernst genommen zu werden, sie wünschten sich auch mehr Entscheidungsfreiheit und Mitspracherecht (Sonntag u. a. 2003, Wagner u. a. 1996, Winter 1997). Neu aufgenommene Bewohner lebten sich dann gut ein und waren zufrieden, wenn sie Zuwendung von den Pflegenden bekamen, wenn sie emotional unterstützt wurden und wenn Selbstbestimmung möglich war (Klingensfeld 1999).

¹ Der Lesbarkeit willen wird auf die Nennung „Altenpfleger und Altenpflegerinnen“ verzichtet. Da in der Altenpflege überwiegend Frauen arbeiten, wird von „Altenpflegerinnen“ die Rede sein, die Altenpfleger sind mitgemeint. Im Gegenzug wird ansonsten die männliche Form gewählt und die Frauen sind jeweils mitgemeint.

Die alltägliche Kommunikation

Was kann getan werden, damit sich alte Menschen in Einrichtungen besser betreut fühlen? Die Altenpflegerinnen, die den ganzen Tag um sie herum sind, stellen wichtige Bezugspersonen dar. Im vorliegenden Beitrag soll gezeigt werden, wie Personenzentrierte Gesprächsführung helfen kann, die Pflege für die betreuten Menschen wie auch für die Altenpflegerinnen zufriedenstellend zu gestalten. Es handelt sich hier nicht um (Prä-)Therapie oder Beratung im engeren Sinne. Es geht um die ganz alltägliche Kommunikation der Altenpflegerinnen mit den betreuten alten Menschen und deren Angehörigen.

Altenpflegerinnen müssen in sehr unterschiedlichen Situationen mit den betreuten Menschen reden: Sie kündigen alltägliche Verrichtungen wie Körperpflege an und begleiten sie mit Worten; sie informieren und beraten; sie helfen alten Menschen, sich in einer Einrichtung der Altenpflege einzuleben; sie reagieren auf Widerstände; sie stehen in Krisen bei; sie begleiten Sterbende; sie versuchen, alte Menschen mit Demenz zu verstehen und mit depressiven alten Menschen umzugehen; sie informieren, beraten und unterstützen Angehörige. Sie nehmen Anteil am Leben der betreuten Menschen, manchmal sind sie auch die Einzigen, die regelmäßigen Kontakt halten.

In der Altenpflege Gespräche zu führen heißt weniger, dass man sich in einen ruhigen Raum zu einer Beratung zurückzieht. Das dürfte eher die Ausnahme darstellen. Altenpflegerinnen müssen ständig und in unpassenden Momenten reagieren. So werden Fragen wie beispielsweise „Warum lässt der liebe Gott mich so leiden?“ während der Körperpflege gestellt, wenn andere noch versorgt werden sollen. Es wird nicht auf eine ruhige Stunde gewartet, um über Einsamkeit zu klagen.

Psychologen können die Altenpflegerinnen in der Ausbildung auf ihre Aufgaben vorbereiten und sie im Rahmen von Fortbildung sowie als Supervisoren unterstützen. Zur Ausbildung in der Altenpflege gehört in Deutschland Unterricht in Psychologie und Gesprächsführung. Viele Einrichtungen bieten ihren Mitarbeiterinnen Supervision in Form von Teamsupervision an.

Der Schwerpunkt der Ausbildung sollte auf der alltäglichen Kommunikation liegen, auf den Möglichkeiten, auch unter Zeitdruck und in ungünstigen Momenten einfühlsam zu reagieren und den betreuten Menschen Wertschätzung zu vermitteln.

Ziele in der Altenpflege

Formulieren von Zielen

Eine bewusste Gestaltung der Altenpflege setzt voraus, die Ziele zu klären, die das Handeln im Alltag leiten (Langfeldt-Nagel 2006). Ziele sind festzulegen und zu konkretisieren. Wenn zwei angestrebte

Ziele im Widerspruch zueinander stehen, muss begründet entschieden werden, welches Vorrang haben soll. Wie dies geschehen kann, soll an zwei zentralen Zielen gezeigt werden:

- *Wohlbefinden fördern*
- *Selbstbestimmung achten*

So formuliert sind diese Ziele sehr allgemein. Sie müssen für den Alltag spezifiziert werden, damit abgeleitet werden kann, was es für eine konkrete Person in einer konkreten Situation zu erreichen gilt. Oft ist es sinnvoll, eine mittlere Ebene zwischen den allgemeinen und den konkreten Zielen einzuführen. Beim allgemeinen Ziel „Wohlbefinden fördern“ lassen sich auf der mittleren Ebene „körperliches“ und „psychisches Wohlbefinden“ unterscheiden. Für diese beiden Bereiche können dann auf der konkreten Ebene Ziele formuliert werden, z. B. „Schmerzfreiheit“ als eine Unterkategorie des „körperlichen Wohlbefindens“. Um ein solches Ziel zu erreichen, können beispielsweise Medikamente verordnet werden: „Herr Müller bekommt in bestimmten Abständen eine bestimmte Dosis Morphium.“ Psychisches Wohlbefinden wird befördert, wenn eine Person sich unterstützt fühlt. Im konkreten Fall lässt sich das so anstreben: „Die Betreuerin bleibt bei Herrn Müller, bis seine Schmerzen nachgelassen haben.“

Auf diese Weise entsteht eine Systematik von Zielen: Ein allgemeines Ziel wird auf einer mittleren Ebene genauer bestimmt, auf der konkreten Ebene werden Ziele so formuliert, dass sie sich in die Praxis umsetzen lassen. Die folgende Tabelle führt einige Beispiele an.

Allgemeine Ebene	Mittlere Ebene	Konkrete Ebene
Wohlbefinden	körperliches Wohlbefinden	schmerzfrei sein ausgeschlafen sein
	psychisches Wohlbefinden	zufrieden sein Freude erleben sich verstanden fühlen sich unterstützt fühlen sich wertgeschätzt fühlen
Selbstbestimmung	Kontrolle ausüben können	informiert sein etwas bewirken können etwas ablehnen können
	Entscheidungsspielraum haben	Handlungsalternativen haben seine Rechte kennen

Tabelle : Beispiele für eine Systematik von Zielen

Nicht immer ist die Verfolgung eines Zieles unproblematisch. Manchmal schließen sich Ziele gegenseitig aus. So kann die Realisierung des Zieles „Selbstbestimmung achten“ im Pflegealltag auf Schwierigkeiten stoßen. In unserer Gesellschaft steht die Selbstbestimmung in der persönlichen Wertehierarchie vieler Menschen ganz oben. Sozialgesetzbuch und Heimgesetz fordern, dass die Selbstbestimmung der Heimbewohner geachtet wird. Für die meisten Menschen ist es ein äußerst unangenehmer Gedanke, pflegebedürftig und damit von anderen abhängig zu werden. Die

Angst davor ist so groß, dass sich die wenigsten mit dem Problem auseinandersetzen. So kommt dann ein Umzug in ein Altenheim oft überraschend und ist häufig nicht selbst bestimmt.

Von jedem Menschen in einer Gemeinschaft werden Einschränkungen gefordert. In einer Einrichtung der Altenpflege müssen verschiedene Dienste miteinander koordiniert werden. Auch innerhalb einer Einheit ist eine Struktur nötig, um die Arbeit bewältigen zu können. Routinen sind nützlich, um den betreuten Menschen wie auch den Pflegenden Übersicht und damit Sicherheit zu vermitteln. Es ist die immerwährende Aufgabe der Altenpflegerinnen, das Recht auf Selbstbestimmung der betreuten Menschen mit den Erfordernissen der Institution in Einklang zu bringen. Die lange Tradition der Unterordnung sowohl der betreuten Menschen wie auch der Mitarbeiter unter Institutionen erfordert eine besondere Sensibilität für dieses Problem.

Konflikte zwischen angestrebten Zielen entstehen häufig dann, wenn alte Menschen beispielsweise Diäten, die für ihr körperliches Wohlbefinden nötig sind, nicht einhalten wollen, wenn sie sich weigern, Medikamente einzunehmen, oder wenn sie Pflegemaßnahmen ablehnen. Soll hier der Selbstbestimmung der Vorrang eingeräumt werden? Dazu gilt es abzuklären, ob der betreute Mensch ausreichend informiert ist, um Entscheidungen treffen zu können. In der Pflege stellt sich zudem die Frage, ob kranke und behinderte alte Menschen noch die physische oder psychische Kraft haben, etwa bei Schwäche, Schmerzen oder Verwirrtheit, selbstbestimmt zu handeln. Das gilt besonders für psychisch kranke Menschen. Vor allem bei Demenzen und Depressionen sind die Betroffenen durch ihre Krankheit behindert, die volle Verantwortung für ihr Handeln zu übernehmen. In solchen Fällen gilt es, der Fürsorge begründet einen höheren Stellenwert einzuräumen. Wie dies geschehen kann, wird etwa bei Elfner (2008) deutlich.

Realisierung der Ziele durch die Art der Kommunikation

Wie kann die Kommunikation zwischen den Altenpflegerinnen und den betreuten alten Menschen gestaltet werden, um Ziele wie „Wohlbefinden fördern“ und „Selbstbestimmung achten“ zu erreichen? In einem Experiment von Langer und Rodin (1976) wird gezeigt, welche *minimalen Unterschiede* in der Formulierung einer Rede zu deutlichen Unterschieden im Wohlbefinden führen.

In der Untersuchung wurde folgende *Hypothese* geprüft: Das Gefühl, Verantwortung für sich zu übernehmen, hat bei Altenheimbewohnern positive Auswirkungen. Der Direktor eines gut geführten Altenheimes hielt vor zwei Wohnbereichen, deren Bewohner sich hinsichtlich der physischen und psychischen Gesundheit nicht unterschieden, unterschiedliche Reden. Beim ersten Wohnbereich betonte er, dass die Bewohner Verantwortung für sich selbst hätten, dass sie ihre Zimmer einrichten könnten, wie sie es wollten, und das Personal ihnen dabei helfen würde; dass sie selbst entscheiden könnten, welchen Beschäftigungen sie nachgehen wollten, und

dass sie bei Unzufriedenheit Änderungen herbeiführen könnten. Schließlich bekamen sie noch einen Blumentopf geschenkt mit der Aufforderung, sich um ihn zu kümmern.

Bei der Rede vor dem zweiten Wohnbereich betonte der Direktor, dass er wünschte, dass alle sich wohl fühlten, und das Personal angewiesen wäre, alles für ihr Wohlbefinden zu tun. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe erhielten auch einen Blumentopf, aber mit dem Hinweis, dass sich die Altenpflegerinnen darum kümmern würden.

Die Bewohner des ersten Wohnbereiches wurden in den Wochen nach der Rede aktiver und fühlten sich glücklicher als vorher. Dieser Effekt wurde bei jenen des zweiten Wohnbereiches nicht festgestellt. Die Betonung der eigenen Verantwortung führte zu mehr Wohlbefinden und mehr Aktivität.

Das Experiment zeigt, wie wichtig es ist, was gesagt wird. Es genügt nicht, sich wohlwollend um die betreuten Menschen zu kümmern. Altenpflegerinnen machen häufig die Beobachtung, dass alte Menschen nach der Aufnahme in ein Altenheim passiver werden und die Stimmung schlechter wird. Das Experiment von Langer und Rodin zeigt, dass diese Entwicklung nicht zwangsläufig eintreten muss.

Die Altenpflegerinnen

Belastungen in der Altenpflege

Der Beruf der Altenpflegerin stellt hohe Anforderungen. Wie werden diese erlebt? Was wirkt belastend? Zu diesem Thema liegen einige Untersuchungen vor (Garms-Homolowa 1998, Koch-Straube 2003, Montada 1996, 386f, Kruse & Schmitt 1999, Wahl & Kruse 1994, Zimmer u. a., 1999).

Altenpflegerinnen betreuen in der Regel alte Menschen, deren körperliche oder geistige Fähigkeiten nachlassen, die chronisch krank oder gebrechlich sind, bei denen kaum Aussicht auf Besserung besteht. Die Pflege endet gewöhnlich mit dem Tod der betreuten Menschen. Vor allem bei Krankheiten wie Demenz und Depression entstehen Probleme. Belastend ist in diesen Fällen die gestörte Kommunikation, dass „nichts rüberkommt“. Manche Bemühungen der Altenpflegerinnen stoßen auf Widerstand bei den alten Menschen, der ihnen unverständlich erscheint. Als Belastung werden auch bestimmte Verhaltensweisen alter Menschen wie aggressives Verhalten, Ungeduld und Jammern erlebt.

Es wird aber nicht nur geklagt in der Altenpflege. In einer Untersuchung von Muthny & Bermejo (1999) gab die Hälfte der befragten Altenpflegerinnen an, die Arbeit mit den alten Menschen als positiv zu erleben. Wenn eine vertrauensvolle Beziehung hergestellt werden konnte, wenn am Alltag der betreuten Menschen teilgenommen wurde, wenn die Pflege Wirkungen zeigte und zu mehr Lebensfreude führte, wurde die Arbeit als zufriedenstellend erlebt (Heinemann-Knoch 1998).

Es sind nicht nur die kranken oder sterbenden alten Menschen, die belasten. Die Strukturen der Einrichtungen der Altenpflege sind leider nicht immer so, dass eine zufriedenstellende Arbeit möglich ist. Gewöhnlich gilt es ein enormes Arbeitspensum zu bewältigen, die meisten Altenpflegerinnen schieben Überstunden vor sich her. Aus finanziellen Gründen werden nicht nur ausgebildete Altenpflegerinnen eingesetzt, je nach Gesetzeslage sind 50 % oder mehr der Pflegenden nicht ausgebildet. Das führt häufig zu Spannungen im Team.

Die Folgen der Belastungen zeigen sich am Gesundheitszustand der Altenpflegerinnen: Fast ein Drittel ist emotional erschöpft, mindestens ein Fünftel kaum intrinsisch motiviert, bei einem Viertel ist die Arbeitszufriedenheit gering. Im ersten Jahr nach der Ausbildung gab ein Viertel der Altenpflegerinnen den Beruf auf, nach drei bis fünf Jahren war die Hälfte ausgeschieden. Von den Frauen nannte ein gutes Drittel psychische und physische Überlastung als Grund, bei den Männern waren es hauptsächlich die schlechten Arbeitsbedingungen, die zur Berufsaufgabe führten (Meifort & Becker 1996, Meifort 1997).

Eine Arbeit kann dann nicht als zufriedenstellend erlebt werden, wenn die gesetzten Ziele nicht zu erreichen sind. Gerade die Ziele „Selbstbestimmung“ und „emotionales Wohlbefinden“ werden nach den Aussagen der betroffenen alten Menschen nicht realisiert. Das kann verschiedene Gründe haben. Natürlich ist bei unzureichender Personalausstattung eine zufriedenstellende Altenpflege nicht möglich. Es sind aber nicht nur die äußeren Bedingungen, die die Arbeit erschweren. Manche Konzepte in der Altenpflege lassen einerseits den alten Menschen wenig Selbstbestimmung und stellen andererseits an die Altenpflegerinnen unerfüllbare Ansprüche, so dass diese zwangsläufig Misserfolge erleben.

Solche Konzepte sind in guter Absicht entstanden. Man wollte die „Satt-und-sauber-Pflege“ überwinden und auch die psychischen Bedürfnisse der betreuten alten Menschen berücksichtigen. So wurde gefordert, „ganzheitlich“ zu pflegen, ohne zu klären, was darunter zu verstehen sei und ob der Anspruch eingelöst werden könne. Die meisten Pflegetheorien haben einen ganzheitlichen Hintergrund. Auch die Pflegeleitbilder der Einrichtungen der Altenpflege betonen meistens die ganzheitliche Pflege. Das kann dazu führen, dass man psychische Vorgänge in Analogie zu körperlichen behandelt. Es werden „Pflegediagnosen“ wie „chronisch geringes Selbstbewusstsein“, „Verdrängung von Gefühlen“, „Störung der persönlichen Identität“ oder „beeinträchtigte Anpassung“ vorgeschlagen; und es kann auch vorkommen, dass festgelegt wird, in welchem Zeitraum solche „Störungen“ behoben werden sollen (Christiansen 2001, Sowinski & Behr 2002).

Abgesehen davon, dass diese pseudopsychologischen Diagnosen theoretisch nicht fundiert sind, werden die Altenpflegerinnen in keiner Weise dafür ausgebildet. Sie bleiben ratlos; es scheint aber so, als ob alles machbar sei und es eher an ihren mangelnden Fähigkeiten liege, wenn sie die betreuten Menschen nicht auf den von den Pflegenden festgelegten Weg bringen.

Die Altenpflegerinnen müssen also klären, was sie erreichen wollen und was sie erreichen können. Geschieht dies nicht, kann es keine klare Zielorientierung geben. Damit entsteht dann das Gefühl, nie genug getan zu haben. Die Entwicklung vertrauensvoller Beziehungen zu den betreuten Menschen würde damit behindert.

Altenpflegeschülerinnen und -schüler

Die Schülerschaft in den Fachseminaren für Altenpflege ist in verschiedener Hinsicht sehr heterogen. Es sind keineswegs nur junge Leute, die ihre erste Ausbildung machen. Sehr viele der Schülerinnen und Schüler werden umgeschult. So variiert das Alter von 17 Jahren bis Anfang 50. Auch die vorhergehende Bildung ist sehr unterschiedlich. Als Eingangsvoraussetzung wird ein mittlerer Bildungsabschluss verlangt, entweder eine zehnjährige Schulzeit oder ein kürzerer Hauptschulbesuch und eine mindestens zweijährige abgeschlossene Berufsausbildung.

Hier treffen Menschen mit den unterschiedlichsten Berufslaufbahnen zusammen: Es gibt promovierte Schülerinnen, solche mit Hauptschulabschluss, einer Ausbildung und langem Berufsleben ebenso wie auch junge, die gerade die Schule verlassen haben. Die Schüler und Schülerinnen kommen aus verschiedenen Nationen.

Die Heterogenität der Schülerschaft ist ein Vorteil für den Unterricht. Durch die unterschiedlichen Lebensläufe der Schüler und Schülerinnen ergeben sich unterschiedliche Sichtweisen. Diese Vielfalt macht den Unterricht lebendig.

Die Ausbildung

Seit dem Jahre 2003 ist eine bundeseinheitliche Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in Kraft. Die Ausbildung zum Altenpfleger und zur Altenpflegerin dauert drei Jahre und findet im Wechsel von Unterricht und praktischer Ausbildung statt. Für den theoretischen Unterricht sind mindestens 2100 Stunden vorgesehen. Der Unterricht ist in „Lernfeldern“ organisiert. Eines davon ist „Anleiten, beraten und Gespräche führen“, das 80 Stunden umfasst und folgende Lerninhalte vorsieht:

- Kommunikation und Gesprächsführung
- Beratung und Anleitung alter Menschen
- Beratung und Anleitung von Angehörigen und Bezugspersonen
- Anleitung von Pflegenden, die nicht Pflegekräfte sind

Das Lernfeld „Die eigene Gesundheit fördern“ enthält u. a. die Punkte

- Stressprävention und -bewältigung
- Kollegiale Beratung und Supervision

Es sollen „pflegerelevante Grundlagen“ der Psychologie vermittelt werden, die nicht weiter spezifiziert sind und für die auch keine feste Stundenzahl vorgesehen ist.

Personzentrierte Gesprächsführung

Für die Ziele „Wohlbefinden fördern“ und „Selbstbestimmung achten“ ist es wichtig, wie miteinander geredet wird. Die Personzentrierte Gesprächsführung bietet emotionale Unterstützung bei gleichzeitiger Achtung der Selbstbestimmung und trägt zum Erreichen dieser Ziele bei. Sie sollte daher ein wichtiges Element in der Ausbildung der Altenpflegerinnen sein.

Wenn Altenpflegeschülerinnen gefragt werden, was sie vom Psychologieunterricht erwarten, so ist die Antwort meistens: „Ich möchte die alten Menschen verstehen.“ Dahinter steht allerdings die Erwartung, für bestimmte Verhaltensweisen rezeptartig Deutungen zu erhalten. Das Angebot der Personzentrierten Gesprächsführung kann daher zunächst einmal Enttäuschung hervorrufen. Es werden keine Methoden vermittelt, die zu einer Überlegenheit führen, auch keine, mit denen man Problemlösungen elegant durchsetzen kann; der Partner „führt“ das Gespräch, wie die Lösung aussehen wird, bleibt offen. Das kann Unsicherheit auslösen. Es widerspricht auch dem Selbstverständnis, für alles eine vernünftige Lösung parat zu haben und sie durchsetzen zu müssen. Die Personzentrierte Gesprächsführung erfordert eine andere Sichtweise.

Analyse von Gesprächen

Es ist zunächst hilfreich zu klären, wie Kommunikation abläuft und wie Störungen entstehen. Das Kommunikationsmodell von Schulz von Thun (1989) eignet sich dazu, die Komplexität einer Aussage zu demonstrieren. In jeder Aussage stecken verschiedene Informationen; dem Gesprächspartner steht frei, auf welche er reagieren will. Es geht also nicht nur darum, was und wie etwas gesagt wird, sondern auch, was gehört und verstanden wird.

Schulz von Thun unterscheidet vier Aspekte einer Aussage:

- *Sachinhalt*: Worüber ich informiere.
- *Selbstoffenbarung*: Was ich von mir selbst preisgebe.
- *Beziehung*: Was ich von dir halte und wie wir zueinander stehen.
- *Appell*: Wozu ich dich veranlassen möchte.

Der Gesprächspartner kann einen der Aspekte auswählen. Schulz von Thun spricht in seinem Modell von vier Ohren, auf denen gehört werden kann.

Das Modell eignet sich gut für die Analyse alltäglicher problematischer Gesprächssituationen. Dazu ein Beispiel:

Die Altenpflegerin eines ambulanten Dienstes kommt zu spät zu einer Patientin. Sie sollte um acht Uhr da sein. Die Patientin sagt: „Es ist schon halb neun.“ Was kann bei dieser Aussage gehört und verstanden werden?

Je nachdem, auf welches „Ohr“ sie trifft, wird das Gespräch unterschiedlich verlaufen:

- *Sach-Ohr*: Wie ist der Sachverhalt zu verstehen?

Es wird eine Feststellung über die Uhrzeit getroffen. Befremdlich wäre jedoch, wenn die Altenpflegerin sachlich antworten würde: „Ja, es stimmt, es ist halb neun.“ (Allenfalls könnte eine unfruchtbare Debatte beginnen, ob es tatsächlich schon halb neun sei oder erst 8 Uhr 25.)

- *Selbstoffenbarungs-Ohr*: Was geht im Gesprächspartner vor?

Die Altenpflegerin kann sich überlegen, was in der Patientin vorgehen mag und wie sie sich fühlt. Die meisten Menschen werden ärgerlich, wenn sie warten müssen. Eine pflegebedürftige Patientin ist möglicherweise auch beunruhigt oder bekommt Angst. Wenn die Altenpflegerin auf die Selbstoffenbarung hört, fühlt sie sich ein und wird bei ihrer Antwort die Gefühle der Patientin berücksichtigen: „Sie waren beunruhigt?“

- *Beziehungs-Ohr*: Was denkt er von mir? Wie steht er zu mir?

Die Altenpflegerin mag sich fragen „Was hält sie von mir?“ und zu dem Schluss kommen: „Sie hält mich für unzuverlässig.“ Wenn sie das heraushört, wird sie sich möglicherweise verteidigen – „Was glauben Sie, was heute alles los war!“ – und vielleicht sogar zu einem „Gegenangriff“ übergehen: „Sie müssen auch mal Rücksicht nehmen!“

- *Appell-Ohr*: Was soll ich tun, denken, fühlen? Was will er von mir?

Als Appell ist zu verstehen: „Werden Sie zuverlässiger!“ oder „Kümmern Sie sich besser um mich!“ Da die Altenpflegerin ihr Versäumnis nicht rückgängig machen kann, entwickelt sie möglicherweise Schuldgefühle. Oder sie versucht eine Kompensation: „Morgen werde ich dafür etwas länger bleiben.“

Für Altenpflegeschülerinnen ist es zunächst ungewohnt, eigene Analysen anzustellen und Alternativen durchzuspielen. Sie erwarten eher Rezepte, wie in einer bestimmten Situation zu reagieren sei. Sie sind manchmal enttäuscht und erachten die vier Seiten einer Nachricht als unnötig kompliziert. Deshalb ist es notwendig, viele Beispiele der Schülerinnen zu analysieren. Vor allem die Unterschiede zwischen dem Hören der Beziehungsbotschaft und der Selbstoffenbarung gilt es herauszuarbeiten.

Häufig berichten Altenpflegerinnen, dass sich Angehörige über unzureichende Pflege beklagen. Die Altenpflegeschülerin Anna berichtet über ein Gespräch mit dem Enkel einer Bewohnerin:

Enkel: Ist meine Großmutter gewaschen worden?

Anna: Ja, sie ist fertig für die Nacht.

Enkel: Was ist das für ein Saustall! Die Waschlappen sind trocken.

Anna: Sind Sie gekommen, um uns zu kontrollieren? Wir benutzen Einmalwaschlappen.

(Frau M., 2001)

Annas Antwort zeigt, dass sie die Botschaft über die Beziehung herausgehört hat: Dieser Enkel denkt, dass ich meine Arbeit nicht richtig mache, und will mich kontrollieren. Daher fühlt sie sich ungerechtfertigt angegriffen und antwortet unfreundlich. Es fällt schwer, sich gegen Vorwürfe nicht zu verteidigen, besonders wenn man sie für ungerechtfertigt hält. Falsche Aussagen stehen zu lassen, um zu fragen, was im Gesprächspartner vor sich geht, ist nicht leicht. Die Möglichkeit, anhand des Modells von Schulz von Thun eine andere Sichtweise einzunehmen, hilft aber dabei. Anna hätte sich fragen können, was in dem Enkel vorgeht. Er hat wahrscheinlich von schlechter Pflege in Heimen gehört und möchte verhindern, dass seine Großmutter vernachlässigt wird.

Betreute alte Menschen gehen nicht immer freundlich mit den Altenpflegerinnen um. Fast alle Schülerinnen berichten, dass sie beschimpft und auch tätlich angegriffen werden.

Einige der Bewohner sitzen im Tagesraum des Wohnbereichs. Das Radio ist eingeschaltet, es wird Tanzmusik gespielt. Herr S., mittelgradig dement, klagt sehr häufig, dass er wirr im Kopf sei und man ihm helfen solle. Die Tanzmusik scheint ihm zu gefallen, er wirkt ruhig und zufrieden. Die Altenpflegeschülerin sieht eine Möglichkeit, ein Gespräch anzuknüpfen: „Haben Sie gerne getanzt?“ Herr S. schimpft: „Lassen Sie mich in Ruhe mit Ihrem Geschwätz.“ (Frau L., 2001)

Hier handelt es sich um einen Appell, dem die Altenpflegerin ohne Probleme nachkommen kann. Sie wird jedoch kaum emotionslos reagieren. Welche Gefühle bei ihr auftreten, hängt davon ab, welchen Aspekt sie wahrnimmt. Hört sie die Selbstoffenbarung, wird sie bedauern, Herrn S. überfordert zu haben, und sich vornehmen, ihr künftiges Verhalten seinen Fähigkeiten anzupassen. Fragt sie sich, was Herr S. von ihr hält, wird sie sich abgewertet fühlen und sich ärgern.

Altenpflegerinnen hören bei alten Menschen mit Demenz gewöhnlich auf die Selbstoffenbarung: Der alte Mensch fühlt sich unwohl und kann sich nicht anders verständlich machen.

Behinderung von Gesprächen

Auch gut gemeinte Gespräche verlaufen manchmal so, dass zwar viel Zeit damit verbracht wird, die Beteiligten trotzdem unzufrieden sind. Wenn etwa ein betreuter Mensch klagt, dass das Leben eintönig sei, ist eine Altenpflegerin geneigt, ihm einen guten Rat zu geben: „Machen Sie dies oder das, dann geht es Ihnen besser!“ Bei Klagen über die Schwierigkeiten des Lebens wird korrigierend eingegriffen: „Sie dürfen sich nicht so beklagen. Anderen geht es viel schlechter.“ Solche Aussagen führen gewöhnlich nicht weiter; sie werden daher „Gesprächsbarrieren“ oder auch „Gesprächslaster“ genannt. Es gibt verschiedene Listen über behindernde Aussagen (z.B. Gordon 2002, Weber 2000).

In der Altenpflege werden Gespräche vor allem durch folgende Hindernisse blockiert (nach Weber 2000):

- *Dirigieren* („Gehen Sie zur Biografiearbeit. Das wird Ihnen gut tun.“)
- *Bagatellisieren* („Das ist doch nicht so schlimm. Morgen sieht die Welt schon wieder ganz anders aus.“)
- *Examinieren* („Warum wollen Sie nicht in den Aufenthaltsraum gehen? Da hätten Sie doch Gesellschaft.“)
- *Moralisieren* („Sie sollten nicht nur an sich denken!“)

An einem Gespräch, das Altenpflegeschüler S. mit einer Bewohnerin eines Pflegeheimes geführt und anschließend protokolliert hat, soll gezeigt werden, wie ein gut gemeintes Gespräch für beide Seiten unbefriedigend verlaufen kann:

Die Situation: Schüler S. teilt das Frühstück aus. Frau M. muss wegen einer Blutuntersuchung nüchtern bleiben.

Frau M.: „Sagen Sie mal, bekomme ich heute kein Frühstück? Ich hungrig hier nur, ich wiege schon zwei Kilo weniger, seit ich hier bin!“

S.: „Sie bekommen das Frühstück nach der Blutentnahme. Das ist doch nicht so schlimm, wenn Sie jetzt ein bisschen warten müssen.“

Frau M.: „Ja, ja, gestern habe ich Diabetikerkost bekommen, obwohl ich keine Diabetikerin bin.“

S.: „Sie haben das Essen selber angekreuzt. Warum haben Sie nicht aufgepasst und falsch angekreuzt?“

Frau M.: „Ja, Sie haben Recht, ich bin an allem schuld. Mein Gott, ich möchte nach Hause.“

S.: „Frau M., regen Sie sich nicht auf. Versuchen Sie, sich ein bisschen zu beschäftigen, dann ist es nicht mehr so langweilig und Sie denken nicht mehr an Ihren Hunger.“

Frau M.: „Wann kommt Dr. T.? Ich muss mit ihm sprechen. Man geht hier verloren. Auf jeden Fall möchte ich die Infusion loswerden, die stört mich sehr.“

S.: „Am besten, Sie sprechen mit Dr. T. darüber.“

Frau M.: „Er kommt aber nicht! Wo ist er? Ich habe keine Lust mehr.“ (Sie fängt an zu weinen.)

S.: „Frau M., das ist doch nicht so schlimm. Es wird alles wieder gut.“

Die Stationsleiterin kommt und kümmert sich um die weinende Frau M. (Langfeldt-Nagel 2004, S. 82f)

Schüler S. war mit dem Verlauf des Gespräches nicht zufrieden. Frau M. war unglücklich. Die Stationsleitung musste intervenieren. S. war unter Druck, weil er auch noch anderen Bewohnern das Frühstück bringen musste. Er nahm eine erzieherische Haltung ein und machte Frau M. Vorschläge, wie sie mit ihrem Ungemach umzugehen habe. Er bagatellierte (*Das ist doch nicht so schlimm! Es wird alles wieder gut.*), examinierte (*Warum haben Sie nicht aufgepasst ...*) und dirigierte (*Versuchen Sie, sich ein bisschen zu beschäftigen ...*). Frau M. fühlte sich nicht verstanden.

In der professionellen Arbeit kommt leicht die Vorstellung auf, vernünftige Lösungen parat haben zu müssen. Es kann als Versagen erlebt werden, sie nicht durchsetzen zu können. Hier lässt sich ansetzen. Statt sich zu sagen „Ich habe versagt, wenn ich eine vernünftige Lösung nicht durchsetzen kann“ ist es möglich zu fragen: „Wie erlebt das der betreute alte Mensch?“

Einführendes Verstehen

Wenn im Unterricht die beschriebenen Gesprächshindernisse behandelt wurden, kam häufig die Frage: „Aber was sollen wir denn sagen?“ Wie kann man so miteinander reden, dass sich die alten Menschen verstanden und akzeptiert fühlen? Das Hören auf die Selbstoffenbarung und das Verbalisieren der vermuteten Gefühle werden „Einführendes Verstehen“ genannt. Es ist ein Weg, emotionale Unterstützung zu bieten und gleichzeitig die Selbstbestimmung der betreuten Menschen zu respektieren.

Folgende Fragen können gestellt werden:

- Wie sieht das mein Gesprächspartner?
- Was erlebt und fühlt er jetzt?
- Welche Bedeutung hat das, was er sagt, für ihn?

Es geht um das Verstehen des Gegenübers. Das Einführende Verstehen kann nicht als Technik eingeübt werden. Es setzt Offenheit für den Gesprächspartner voraus und die Bereitschaft, dessen Blickwinkel einzunehmen. Um sich vom Gesprächspartner führen zu lassen, ist eine akzeptierende Haltung notwendig.

Für den Unterricht ist es hilfreich, Gespräche protokollieren zu lassen. Es kommt vor, dass ein Gespräch zunächst unbefriedigend verläuft und dann – oft eher unbewusst – auf das Gefühl des Gesprächspartners eingegangen wird. Danach nimmt das Gespräch eine andere Wendung.

Im folgenden Beispiel wird deutlich, wie die Argumentation auf der Sachebene manchmal nicht weiterführt. Schwester Andrea berichtet über ein Gespräch mit der Tochter einer vor drei Wochen aufgenommenen Bewohnerin:

Die Tochter beschwerte sich bei mir, dass ihre Mutter viel alleine sei. Sie hätte mehr Betreuung erwartet. Ich erklärte ihr, dass wir da seien, wenn sie Hilfe benötige. Ansonsten hätten wir ihr angeboten, an Gemeinschaftsveranstaltungen teilzunehmen. Das habe die Mutter abgelehnt. Die Tochter erklärte, warum sie die Mutter ins Heim habe bringen müssen und dass sie es sich anders vorgestellt habe. Ich sagte dann: „Die Heimübersiedlung war für Ihre Mutter sehr schwer, und für Sie ist es auch nicht leicht. Sie könnten Ihrer Mutter helfen, sich einzugewöhnen.“ Die Tochter fragte, wie die Hilfe aussehen könnte. Ich habe ihr dann gesagt, dass sie die Mutter in den Tagesraum begleiten könnte. Dann fiel es ihr nicht so schwer, zu den anderen Bewohnern Kontakt aufzunehmen. Die Tochter hat dann noch gesagt, dass

es nicht immer leicht wäre mit ihrer Mutter. (Langfeldt-Nagel 2004, S. 198)

Schwester Andrea antwortete auf die Beschwerden der Tochter zunächst auf der Sachebene. Erst als die Tochter sich durch den Satz „... für Sie ist es auch nicht leicht ...“ verstanden fühlte, war sie bereit, Vorschlägen zu folgen. Sie konnte dann auch zugeben, dass es nicht nur an den Altenpflegerinnen lag, dass ihre Mutter Schwierigkeiten mit dem Eingewöhnen hatte.

Wenn versucht wird, sich in den Gesprächspartner hineinzusetzen, kann eine schwierige Situation sehr schnell verändert werden. Schwester C., die im ambulanten Dienst Frau J. betreut, berichtet:

Frau J. hat seit frühester Jugend spastische Lähmungen, die immer schlimmer werden. Sie kann kaum noch gehen oder sitzen. Sie leidet unsagbar unter Schmerzen. Ihre Willensstärke hat ihr bis jetzt immer geholfen. Sie lässt sich nicht gern anfassen. Da dies aber immer häufiger nötig wird, ist sie oft unzufrieden und uns gegenüber auch ungerne. Als ich sie wieder einmal aus dem Bett holen wollte, wurde sie sehr ungehalten und schimpfte, ich hätte sie nicht richtig angefasst. Ich setzte mich neben sie, legte den Arm um sie und sagte: „Sie haben große Schmerzen und es ist nicht leicht für Sie zu erleben, dass es jeden Tag schlimmer wird.“ Ich fügte noch hinzu, dass alle aus dem Team ihr helfen wollten. Sie antwortete: „Das weiß ich ja.“ Sie war beruhigt und gab sich in der nächsten Zeit auch Mühe, nicht mehr mit uns zu schimpfen. (Langfeldt-Nagel 2004, S. 90)

Schwester C. hat trotz der Vorwürfe von Frau J. einfühlsam geantwortet. Ein einziger Satz führte zu einer Veränderung des Verhaltens und zu einem entspannten Umgang.

Das Einführende Verstehen erleichtert die alltägliche Kommunikation. Dazu einige Gesprächssituationen, die in der Altenpflege häufig vorkommen:

Bei Beschwerden – vonseiten betreuter alter Menschen oder deren Angehöriger – wird gerne mit *Rechtfertigungen* reagiert. Hingegen führt Einführendes Verstehen wie „Sie sind verärgert“ oder „Sie sind enttäuscht“ meistens dazu, dass die Beschwerden auf der Sachebene weiterverhandelt werden können. Man kann auch die enttäuschten Erwartungen ansprechen: „Sie haben etwas anderes erwartet.“ Mit dem Einfühlen ist noch nichts über die Berechtigung der Vorwürfe gesagt.

Immer wieder kommt es vor, dass Wünsche nicht erfüllt werden können oder dass etwas abgesagt werden muss. Die Altenpflegerinnen sind dann geneigt, schnell *Ersatzangebote* zu machen und die Enttäuschung zu übergehen oder zu bagatellisieren. Um diese zu verarbeiten, ist es günstiger, das Gefühl aufzugreifen: „Sie sind jetzt sehr enttäuscht.“

Manchmal fordern Ratsuchende dazu auf, Probleme zu lösen. So wird etwa gesagt: „Was soll ich denn tun?“ Oder: „Sie als aus-

gebildete Altenpflegerin müssen mir doch sagen können, was ich da tun soll.“ Der erste Impuls dürfte bei den meisten sein, sich auf das Problem einzulassen und *Lösungen* zu präsentieren. Will man das nicht, kann auf das Gefühl eingegangen werden: „Sie sind ganz ratlos?“ Die Altenpflegerin bietet so Unterstützung, ohne die Verantwortung für Entscheidungen zu übernehmen.

Manchmal versuchen die betreuten alten Menschen, Altenpflegerinnen in ihre Familienangelegenheiten hineinzuziehen. Da werden beispielsweise die Angehörigen angeklagt, dass sie nicht zu Besuch kommen, und die Altenpflegerinnen aufgefordert, Partei zu ergreifen oder auch die Verwandten zur Rede zu stellen. Die erste Reaktion bei den Altenpflegerinnen mag darin bestehen, die Familienangelegenheiten ordnen zu wollen. Wenn sie sich darauf einlassen, sind sie manchmal enttäuscht, weil die Sichtweisen der Familienmitglieder erheblich differieren können. Sie wissen dann nicht, wen sie bedauern sollen, und fühlen sich ausgenutzt. In solchen Situationen ist es hilfreicher, sich auf das Gefühl des Gesprächspartners zu konzentrieren, etwa: „Sie ärgern sich über Ihren Sohn?“ Der Gesprächspartner fühlt sich verstanden, ohne dass seiner Aufforderung, Partei zu ergreifen, nachgekommen wird.

Es ist noch nicht lange her, dass in der Altenpflege vermittelt wurde, demente alte Menschen seien zur „Realität“ zurückzuführen. Das führte bei diesen zu Unruhe und Widerstand. Eher hilft es, ihnen in ihre Welt zu folgen und ihre Gefühle zu verstehen. Manchmal kann schon beruhigen, wenn nur der Versuch gemacht wird, sie zu verstehen: „Ich versuche, Sie zu verstehen, es gelingt mir im Moment nicht.“ Freundliche Zuwendung kann helfen, Spannungen abzubauen. Es kann auch ein Scherz sein, mit dem Verständnis ausgedrückt wird und über den der demente alte Mensch lachen kann. Es ist viel Beobachtung nötig, um herauszufinden, was einen dementen alten Menschen beunruhigt oder ängstigt. Manches unverständliche Verhalten, mancher Widerstand lässt sich erklären, wenn man die Biografie kennt. Es ist daran zu denken, dass Frauen, die sich nicht ausziehen lassen wollen, möglicherweise eine Vergewaltigung erlitten haben; Männer können Kriegsgräuere erlebt haben. Gerade demente alte Menschen müssen sicher sein, dass ihr Widerstand – oft ihre einzige Möglichkeit, sich auszudrücken – verstanden und respektiert wird.

Einführendes Verstehen bietet nicht nur emotionale Unterstützung für die betreuten alten Menschen, es schafft auch Entlastung für die Altenpflegerinnen. Sie müssen keine Lösungen präsentieren, sondern können sie gemeinsam mit den betreuten Menschen erarbeiten; sie müssen nicht Partei ergreifen (und vorher abwägen, wer wohl Recht hat); sie müssen auch nichts gegen den Willen der betreuten Menschen durchsetzen; sie müssen sie zu nichts „bringen“ und müssen sie auch nicht „motivieren“, etwas zu tun, wofür sie sich nicht selbst entschieden haben. Gleichzeitig wird das Ziel „Selbstbestimmung achten“ realisiert. Die Altenpflegerinnen können vertrauensvolle Beziehungen aufbauen und damit ihre Arbeit als erfolgreich erleben.

Kongruenz

Eine Voraussetzung für das Einfühlende Verstehen ist das Bewusstwerden der eigenen Gefühle und Empfindungen. Besteht Kongruenz zwischen dem Selbstbild und dem, was im Körper vorgeht bzw. was davon wahrgenommen werden kann? Altenpflegerinnen kommen mit Vorstellungen über sich selbst und über pflegebedürftige alte Menschen in ihren Beruf. In der Ausbildung wurden im Laufe der Zeit verschiedene Vorstellungen über das Alter vermittelt, alte Menschen beispielsweise als gütig und weise beschrieben. In der Praxis erleben die Altenpflegerinnen aber klagende, jammernde, nörgelnde und manchmal auch gehässige alte Menschen.

In der Gerontopsychologie wurde die Kompetenz alter Menschen betont. Den Abbau im Alter erklärte man mit mangelnden Anforderungen an die alten Menschen; „Aktivierung“ wurde das Zauberwort in der Altenpflege. Die Altenpflegerinnen haben es jedoch eher mit alten Menschen zu tun, die auch bei guter Pflege immer schwächer werden.

Die Widersprüche zwischen ihren Vorstellungen vom Alter und ihren Wahrnehmungen können dazu führen, dass sich Altenpflegerinnen für wenig kompetent halten. Sie stellen fest, dass sie ihrem eigenen Idealbild einer Helferin nicht entsprechen. Die Inkongruenz muss irgendwie verarbeitet werden. Eine Möglichkeit ist, sie auf die Umstände zu schieben. So ist dann häufig zu hören: „In der Praxis geht das nicht“ oder „Dazu haben wir keine Zeit“. So wird ein Schutzschild gebildet, der hilft, die Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit nicht schmerzlich bewusst werden zu lassen und die Grenzen der Belastbarkeit nicht wahrzunehmen.

Das Umfeld in der Altenpflege ist nicht immer hilfreich dabei, Erfahrungen angemessen zu verarbeiten. In der langen christlichen Tradition der Pflege wurde von den Helfenden gefordert, die eigene Person nicht wichtig zu nehmen. Das gilt heute weniger, jedoch herrscht häufig ein Klima der Konkurrenz vor. Schülerinnen erhalten eher selten Unterstützung, ihre Schwierigkeiten werden manchmal damit abgetan, dass sie für den Beruf nicht geeignet seien. Die Erfahrung eigener Schwächen wirkt dann bedrohlich.

In der Ausbildung und in der Supervision ist es daher wichtig, den Altenpflegerinnen Raum zu geben, ihre Vorstellungen vom Altern, vom Helfen und von den Beziehungen zwischen ihnen und den betreuten Menschen zu klären. Wesentlich für die Kongruenz ist die Wahrnehmung des eigenen Erlebens. Die Altenpflegerinnen brauchen Unterstützung, z. B. um sich ihres Ärgers über Beschwerden, ihrer Wut, wenn alte Menschen gehässig über andere reden, ihrer Ungeduld, wenn demente alte Menschen immer wieder die gleichen Sätze wiederholen, bewusst zu werden. Wenn auch solche „unpassenden“ Gefühle akzeptiert werden, lassen sich Fassaden abbauen.

Im zweiten Schritt geht es darum zu überlegen, ob es in der konkreten Situation angebracht und hilfreich ist, die eigenen Gefühle mitzuteilen, und wenn ja, wie dies geschehen kann, ohne den Gesprächspartner zu verletzen. Wie die Wahrnehmung und die

Mitteilung der eigenen Gefühle helfen können, Beziehungen zu klären, wird am folgenden Gespräch deutlich.

Die Altenpflegeschülerin T. berichtet über das Gespräch mit der Ehefrau eines Patienten mit einer Hemiparese links nach einer Apoplexie, dessen Lagerung ihr übertragen wurde:

Die Ehefrau des Patienten war jeden Tag anwesend. Ich hatte den Patienten auf die linke Seite gelagert.

Ehefrau: „Mein Mann kann nicht gut auf dieser Seite liegen. Er fühlt sich nicht wohl dabei.“

T.: „Es ist aber wichtig für Ihren Mann, wenn wir ihn lagern, damit die Wahrnehmung des Körpers stimuliert wird. Außerdem möchten wir dadurch die Spastizität hemmen. Schauen Sie doch mal zu, dann können Sie später diese Lagerung selbst vornehmen.“

Ehefrau: „Wenn mein Mann nun aber mal Wasser lassen muss? Kann er dann wieder auf den Rücken?“

T.: „Nein, klingeln Sie, dann komme ich und reiche Ihrem Mann die Urinflasche.“

Als ich später in das Zimmer kam, lag der Patient auf dem Rücken.

Ehefrau: „Ich habe gleich gesagt, mein Mann kann nicht auf der Seite liegen.“

T. (Ich merkte, wie eine Wut in mir aufstieg, und antwortete so freundlich und gelassen, wie ich nur konnte): „Ich hatte Ihnen doch erklärt, warum diese Lagerung so wichtig ist, und außerdem werden Sie sehen, dass Ihr Mann sich an diese Lagerung gewöhnen wird, es ist nur am Anfang so unbequem.“

Ehefrau: „Mein Mann musste aber mal Wasser lassen und so konnte ich ihm die Urinflasche nicht reichen.“

T.: „Aber wieso haben Sie dann nicht geklingelt, auch darum hatte ich Sie gebeten. Wenn alle Besucher so sind, dann braucht man keine Behandlungen mehr, dann ist alles für die Katz.“

Ehefrau: „So meinte ich das doch nicht, natürlich möchte ich, dass nur alles Mögliche für meinen Mann getan wird.“

T. (Ich fühlte, dass ich ungerecht war, und fragte aus der Unsicherheit heraus): „Was ist denn los mit Ihnen? Haben Sie kein Vertrauen? Oder trauen Sie mir nichts zu?“

Ehefrau: „Nein, nicht doch, ich sehe ja, wie liebevoll Sie mit meinem Mann umgehen und auch mit seinem Bettnachbarn, aber ich komme mit dieser Situation nicht klar.“

T.: „Das liegt wohl daran, dass Sie nichts über diese Krankheit und Behandlungen wissen. Vor der Ausbildung hatte ich auch keine Ahnung.“

Ehefrau (wirkt traurig): „Ich habe meinen Mann noch nie so hilflos gesehen, ich selber fühle mich so hilflos. Was kann ich denn nur machen, um ihm zu helfen?“

T. (Ich fühlte mich selbst hilflos): „Sie möchten Ihrem Mann mehr helfen, fühlen sich aber selber hilflos.“

Ehefrau: „Ja, ich möchte gerne helfen, ich sollte mich besser beim Pflegepersonal informieren, vielleicht kann ich dann mit dieser Situation besser umgehen.“

T. (Ich fasste Mut zu sagen): „Bevor ich Ihren Mann jetzt wieder lagere, möchte ich noch etwas sagen: Ich war eben ganz schön sauer auf Sie, weil Sie es nicht verhindert haben, dass Ihr Mann sich auf den Rücken gelegt hat.“

Ehefrau: „Dafür helfe ich Ihnen jetzt bei der Lagerung.“

Ich war wütend auf Frau X. und später über mein eigenes Verhalten frustriert. Ich habe ziemlich viel falsch gemacht. Aber dieses Gespräch hat es ermöglicht, dass ich heute noch Kontakt zu Frau X. habe. Wir gehen offener miteinander um. (Frau T., 1993)

In diesem Gespräch zeigt sich, wie das Überspielen von Gefühlen zu einem unbefriedigenden Gesprächsverlauf führt. T. möchte höflich bleiben und schluckt ihren Ärger hinunter, kann aber die Freundlichkeit nicht durchhalten und drückt ihren Ärger schließlich in Vorwürfen aus. Der Ehefrau wird im Laufe des Gespräches bewusst, dass ihre eigene Hilflosigkeit hinter ihrem Widerstand steht, und teilt dies auch mit. Diese Offenheit führt bei T. zum Verständnis für die Nöte der Ehefrau. T. vermag dann auch selbst ihren Ärger auszudrücken.

Durch das Wahrnehmen und Akzeptieren eigener Gefühle kann sich mehr Selbstbewusstsein entwickeln. Die eigenen Grenzen werden bewusst – eine Voraussetzung dafür, sich nicht zu überfordern. Die Berücksichtigung der eigenen Gefühle und Bedürfnisse hilft auch, jene der betreuten alten Menschen wahrzunehmen und zu akzeptieren.

Fazit

Die Personzentrierte Gesprächsführung ermöglicht es, in der alltäglichen Kommunikation die Selbstbestimmung der betreuten alten Menschen zu achten und ihnen emotionale Unterstützung zu bieten. Die Zuwendung, das Zuhören, das Folgen in die Welt des Gesprächspartners und das Akzeptieren seines Erlebens, seiner Sichtweise und seiner Gefühle führen auch in der Beziehung zwischen einem Helfer und einem hilfsbedürftigen alten Menschen zur Kommunikation in Augenhöhe. Die alten Menschen fühlen sich so eher verstanden, sie können ihre Angst vor Abhängigkeit abbauen und sich besser mit ihrer Situation auseinandersetzen. Auch im Zustand großer Schwäche können sie sich respektiert fühlen.

Wenn die Pflegenden die eigene Person beachten, sich ihrer Vorstellungen, Gefühle und Reaktionen bewusst werden und die eigenen Grenzen akzeptieren, wird es möglich, Fassaden und Schutzmechanismen abzubauen. Die Beziehungen zu den betreuten Menschen werden bewusster gestaltet; auf diese Weise können die Altenpflegerinnen ihre Arbeit als zufriedenstellend erleben.

Literatur

- Brandenburg, H. (1994). Soziologie des Heims. In A. Kruse & H.-W. Wahl (Hrsg.), *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort* (S. 67–81). Bern: Huber.
- Christiansen, I. (2001). *Problemlösungen durch Pflegemanagement*. Siegen: Pflegedokumentation.
- Elfner, P. (2008). *Personenzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie*. München: Reinhardt.
- Garms-Homolowá, V. (1998). Potentiale für eine selbstständigere Lebensführung. In M. Häussler-Sczepan, *Möglichkeiten und Grenzen einer selbstständigen Lebensführung in Einrichtungen* (S. 128–147). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 147/1. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gordon, T. (2002). *Die neue Beziehungskonferenz. Effektive Konfliktbewältigung in Familie und Beruf*. München: Heyne.
- Häussler-Sczepan, M. (1998). Zusammenfassende Bewertung und Empfehlungen für Forschung und Praxis. In M. Häussler-Sczepan, *Möglichkeiten und Grenzen einer selbstständigen Lebensführung in Einrichtungen* (S. 148–162). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 147/1. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heinemann-Knoch, M., Korte, E. u. Schwarz, B. (1998). Arbeits- und Sichtweisen der Mitarbeiter/innen. In M. Häussler-Sczepan, *Möglichkeiten und Grenzen einer selbstständigen Lebensführung in Einrichtungen* (S. 105–110). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 147/1. Stuttgart: Kohlhammer.
- Klingensfeld, H. (1999). *Heimübersiedlung und Lebenszufriedenheit älterer Menschen*. Frankfurt a. M.: Lang.
- Koch-Straube, U. (2003). *Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie*. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), Reihe Pflegewissenschaft, Bern: Huber.
- Kruse, A. & Schmitt, E. (1999). Konfliktsituationen in Alten- und Altenpflegeheimen. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 155–169). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Langer, E. J. & Rodin, J. (1976). The Effects of Choice and Enhanced Personal Responsibility for the Aged: A Field Experiment in an Institutional Setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 191–198.
- Langfeldt-Nagel, M. (2004). *Gesprächsführung in der Altenpflege*. München: Reinhardt.
- Langfeldt-Nagel, M. (2006). *Psychologie in der Altenpflege*. München: Reinhardt.
- Meifort, B. (1997). Berufsbildung, Beschäftigung und Karrieremöglichkeiten von Frauen in der Altenpflege in der BRD. *Materialien zur Frauenpolitik*, 10, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Meifort, B. & Becker, W. (Hrsg.) (1996). *Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften in den ersten Berufsjahren*. Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe, KDA.
- Montada, L. (1996). Machen Gebrechlichkeit und chronische Krankheit produktives Altern unmöglich? In M. M. Baltes & L. Montada (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter* (S. 382–392). Frankfurt a. M.: Campus.
- Muthny, F. A. & Bermejo, I. (1999). *Fortbildungs- und Supervisionsbedarf in der Altenpflege*. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.) (1999), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 202–210). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Schulz v. Thun, F. (1989). *Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Schwerdt, R. (2002): *Gute Pflege in der Beurteilung von Menschen mit Pflegebedarf*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sonntag, A., Bischkopf, J., Ritz, A., Jakob, A. & Angermeyer, M. C. (2003). „Pflege mit Herz, Gesundheit oder Sterben.“ Wünsche zur Veränderung der Pflegesituation von Altenpflegeheimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, 280–286.
- Sowinski, C. & Behr, R. (2002): *Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung*. Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe, KDA.
- Wagner, M., Schütze, Y. & Lang, F. R. (1996). Soziale Beziehungen alter Menschen. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 301–316). Berlin: Akademie Verlag.
- Wahl, H.-W. & Kruse, A. (1994). Sensible Bereiche der pflegerischen Arbeit in Heimen. In A. Kruse & H.-W. Wahl (Hrsg.), *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort* (S. 83–111). Bern: Huber.
- Wahl, H.-W. & Reichert, M. (1994). Übersiedlung und Wohnen im Altenheim als Lebensaufgabe. In A. Kruse & H.-W. Wahl (Hrsg.), *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort* (S. 15–47). Bern: Huber.
- Weber, W. (2000). *Wege zum helfenden Gespräch*. München: Reinhardt.
- Winter, M. (1997). Lebenswelt Altenheim: Zur Rolle professionell Pflegenden bei der sozialen Unterstützung pflegebedürftiger Heimbewohner. *pschomed* 9/2, 87–90.
- Zimber, A., Albrecht, A. & Weyerer, S. (1999). Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege: Auswirkungen der Pflegeversicherung. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 185–199). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.

Autorin:

Maria Langfeldt-Nagel, Diplom-Psychologin, Dr. paed., 1942, Unterrichtstätigkeit an Fachseminaren für Altenpflege für die Fächer Psychologie und Gesprächsführung
Lehrtätigkeit u. a. zum Thema „Psychologie des Alterns“

Korrespondenzadresse:

M. Langfeldt-Nagel
Falkensteinerstr. 4
60322 Frankfurt
maria.langfeldt@t-online.de

Margot Klein

Personzentrierte Beratung von älteren Menschen und deren Angehörigen

Zusammenfassung: *In der vorliegenden Arbeit wird die Personzentrierte Beratung hinsichtlich der Beratung älterer Personen und ihrer Angehörigen spezifiziert. Die für die Beratung älterer und verwirrter Menschen relevanten Konzepte wie z. B. zugehende Beratung und biografische Begleitung werden vorgestellt und anhand von Beispielen aus der Beratungspraxis illustriert. Es wird dargelegt, dass der Personzentrierte Ansatz bei der Begleitung von Entscheidungsprozessen älterer Menschen besonders geeignet ist, da die Emotionen und der persönliche Kontext der Klienten wegleitend sind. Darüber hinaus werden die oftmals nicht wahrgenommenen Rahmenbedingungen der Entscheidungsprozesse benannt, um zu verdeutlichen, dass Beratung nicht in einem machtfreien Vakuum stattfindet. Es gehört zum Aufgabenbereich personenzentrierter Beratung, die immanenten Handlungsanteile im Verhältnis zu institutionellen Vorgaben zu reflektieren und personenzentriert statt normzentriert vorzugehen.*

Schlüsselwörter: *Personzentrierte Beratung, psychosoziale Beratung, Altenberatung, Angehörigenberatung, zugehende Beratung, biografische Begleitung, Demenz*

Summary: Person-centered counseling of the elderly and their family members. *This paper examines person-centered counseling with regard to counseling the elderly and their family members. Concepts that are relevant for counseling of the elderly and people with dementia, such as holistic or integrated counseling and biographical documentation, will be presented and illustrated using real life examples. This paper will show that the person-centered approach is particularly well-suited to aiding the decisionmaking processes of the elderly people, because the emotions and the personal context of the client are essential. In addition, we will discuss the framework conditions of the decisionmaking process that are often not consciously perceived in order to illustrate that counseling often does not take place in a power-free vacuum. One of the areas of responsibility of person-centered counseling is to reflect on the inherent breakdown of actions compared to institutional guidelines and to respond based on the person instead of the norm.*

Keywords: *Person-centered counseling, counseling for the aged, holistic/integrated counseling, biographical support, dementia*

Beratung älterer Menschen ist das „jüngste“ altersgruppenbezogene Fachgebiet der Beratung und Psychotherapie. Hat sich Jugendberatung relativ früh als spezielles Angebot für eine Altersgruppe in den 1970er Jahren herausgebildet, brauchte die Altenberatung noch weitere 20 Jahre, um sich wenigstens ansatzweise als eigenständiger Beratungsbereich zu etablieren. Insbesondere im psychosozialen Bereich, der sich stark an therapeutischen Grundlinien orientiert, lehnten manche professionelle Kräfte es ab, die letzte Phase des Erwachsenenlebens als spezielle Disziplin einzuordnen, und auch weiterhin gibt es sicher gewichtige Gründe, diese Abspaltung mit einem kritischen Blick zu betrachten. Besteht nicht die Gefahr, dass alte Menschen durch diese Aufteilung nicht mehr zu den Erwachsenen gezählt und sogar als „kindhaft“ eingestuft werden? Wird durch diese Abtrennung nicht übersehen, dass lebensgeschichtliche Themen sich nicht von speziellen Altersproblemen

trennen lassen? Ergibt sich beim Älterwerden eine besondere Thematik, die eine andere Vorgehensweise sowie ein spezifisches Fachwissen erforderlich machen?

Beratung älterer Menschen befindet sich im Schnittfeld zwischen Gesundheitswesen und Sozialarbeit. Sie beschäftigt sich mit Problemen von Menschen, die aus dem Produktionsprozess ausgeschieden sind und deren Körper ihnen zunehmend Grenzen auferlegt, die sie vorher nicht oder nur bedingt gekannt haben. Diese Begrenzungen zwingen sie, die gewohnte Selbstständigkeit portionsweise oder manchmal sogar in starkem Maß aufzugeben und Hilfe von Außensehenden (Verwandten und/oder Professionellen) anzunehmen.

Ein derartiger Prozess besitzt seine eigene Qualität – er ist in der Regel nicht mit jenen Veränderungen vergleichbar, die der betroffene Mensch in seinen zurückliegenden Jahren erlebt hat und bearbeiten musste. Er gerät in eine Lernsituation, die er oft nicht

wünscht, zum Teil heftig ablehnt, und schlittert in der Folge in eine Krise. Für Angehörige dieser Altersgruppe bedeutet es eine anomische Situation, wenn sie in eine Lebensphase hineinwachsen, für die sie keine Regeln und Standards gelernt haben außer jene wenigen, die sie bei ihren Großeltern und Eltern erlebten. Da sich jedoch der Alterungsprozess zum Teil verlangsamt und verlängert hat, lassen sich diese Erfahrungen, die ja Sekundärerfahrungen darstellen, nur bedingt produktiv in die eigene Verarbeitung integrieren. Neue Bewältigungsformen müssen entwickelt werden, während die Probleme bereits eingetreten sind. Angesichts der Schwächung des Organismus ergibt sich eine doppelt schwierige Aufgabe: Unter Zeitdruck sollten Entwicklungen und Veränderungen bewältigt werden, die man im Grunde genommen ablehnt und verweigern will und für die man fast keine Energie mehr aufbringt.

Ähnlich ergeht es den professionellen Kräften: Beraterinnen für ältere Menschen sind zuständig für eine Lebensphase, die sie selbst noch nicht erlebt haben, die ihnen sozusagen „fremd“ ist und die sie im besten Fall von der „Anschauung“ und vom „Miterleben“ her kennen. Sie sind daher besonders auf empathische Kompetenzen angewiesen, die ihnen die Möglichkeit eröffnen, sich in die Lebenswelt einer anderen Person einzufühlen bzw. ihre Gefühle wahrzunehmen.

Besonders relevant ist die Wertschätzung gegenüber Gefühlen, die aus den Veränderungen des Körpers und des Erlebens im Alter entstehen, andernfalls rutschen Beraterinnen wie gutmeinende Angehörige und Pflegekräfte in Hoffnung gebende Haltungen ab, die sich in Bemerkungen wie „Es wird schon wieder“ oder „Das geht bald wieder vorbei“ äußern. Kompetenzen wie Empathie, Wertschätzung und Kongruenz (s. u.) sind für Beraterinnen unabdingbar, weil sie die Grundlage für Handlungen bilden, die in der Beratung erarbeitet werden. Auf die Emotionen älterer und verwirrter Menschen nicht einzugehen, würde für viele Beraterinnen bedeuten, in eine Richtung abzuweichen, die normzentriert statt personenzentriert ist. Sie würden sich nicht primär an den Gefühlen und Bedürfnissen orientieren, die für die betreffende Person wichtig sind, sondern an Vorgaben, die für die Außenwelt oftmals große Bedeutung haben und dadurch dominieren – gerade auch, wenn sie oft gar nicht so erscheinen mögen, sondern sich als selbstverständlich präsentieren. Die Betreuerinnen älterer Menschen, die in Institutionen arbeiten, befinden sich meistens in Wirkzusammenhängen, die Inkongruenz geradezu vorspielen. In diesen Fällen scheint es wichtiger, dieselbe zuzulassen und zu spüren, als sie zu überdecken oder auszuschalten (vgl. u. a. Elfner, 2008).

Häufig ordnet man die Bedürfnisse und den Willen alter Menschen gesellschaftlichen Normen unter. Beispielweise werden alte Menschen zunehmend hospitalisiert oder gar psychiatrisiert, weil sie nicht verstanden werden. Ihre Verhaltensweisen werden als fremd, abweichend oder krank definiert und durch Medikamente bzw. Psychiatrie und Heimeinweisungen zu ändern oder zu unterdrücken versucht. Gerade der Personenzentrierte Ansatz ist von

elementarer Bedeutung für die Beratung älterer Menschen, damit es Beraterinnen gelingen kann, die Person und nicht eine Krankheit, ein Problem oder eine Abweichung wahrzunehmen.

Lebenslage alter und verwirrter Menschen

Je nach Betrachter wird Altsein unterschiedlich definiert: Kinder erleben Eltern als alt (modisch). Junge Menschen fürchten den 30. Geburtstag und 80-Jährige sagen zu 50-Jährigen: „Ach, sind Sie noch jung!“ Wie Medienanalysen zeigen, werden heute meist als „jung“ und „dynamisch“ verstandene Senioren öffentlich überwiegend strahlend faltenlos und ohne graue Haare präsentiert (vgl. u. a. Galliker & Klein, 1997).

Diese Senioren sind jedoch nicht die alleinige und auch nicht die wichtigste Zielgruppe der Altenberatungsstelle; vielmehr handelt es sich bei deren Klienten um Personen zwischen 60 und 100 Jahren, also um *zwei* Generationen, wobei der Schwerpunkt bei den Hochaltrigen, bei Menschen ab 80, liegt. Hier beginnt sich für die meisten Menschen der Verlust von Fähigkeiten so stark auszuwirken, dass sie ihn oft nicht mehr alleine bewältigen bzw. kompensieren können. In den letzten Jahren lässt sich allerdings eine Zunahme jüngerer Klienten ab 60 Jahren beobachten: Es handelt sich zum Teil um Alleinstehende oder um Paare ohne Kinder, die sich aufgrund der Medienpräsenz des Themas Alter damit beschäftigen, was aus ihnen wird, wenn sie nicht mehr können. Sie wollen sich der Zukunft nicht ausliefern, sondern darüber nachdenken und diese planen.

Im Alter verändern sich die körperlichen Fähigkeiten: Die Kraft und die Beweglichkeit lassen nach, ebenso die Wahrnehmungs- und Bewegungsfähigkeiten, für die zunehmend Substitute (Brille, Hörgerät, Stock, Rollstuhl) benötigt werden. Umstellungen im Alltag werden erforderlich, die sich anfänglich meist noch selbstbestimmt kontrollieren lassen. Personen mit Beeinträchtigung der Gedächtnisleistungen können diese Kontrollkompetenz aber nur noch bedingt durch zumindest punktuelle Unterstützung ausüben. Sie brauchen besondere Aufmerksamkeit und Kenntnis ihrer Lebenswelt für eine adäquate Kommunikation. Entgegen landläufiger Meinung können mit verwirrten und dementen Menschen sehr wohl Beratungsgespräche geführt werden, wenn Beraterinnen die entsprechende Kompetenz besitzen, sich einerseits in die Lebenswelt älterer und verwirrter Personen hineinzuversetzen und andererseits die personenzentrierte Haltung zu leben (s. u.).

Inbesondere ältere Menschen, deren Gedächtnis schwächer wird, benötigen für die alltägliche Orientierung sowie für ihre Selbstsicherheit und ihr Selbstvertrauen ihr gewohntes Umfeld, das wie ein sicheres Schneckenhaus für sie ist (Klein & Ensinger-Boschmann, 1995).

Lag eine Person 30 oder 40 Jahre lang im *selben* Bett und stand immer mit dem rechten Bein auf, so war diese morgendliche Bewegung Teil ihres Lebensgefühls und ihres *Selbst*. Steht das Bett

(im Krankenhaus oder im Heim) plötzlich an einem anderen Ort und muss die Person nun mit dem linken Fuß aufstehen, so ist sie zusätzlich verwirrt und meist nicht mehr in der Lage, sich umzuorientieren. Ein Mensch, der durch entsprechende Maßnahmen in eine unüberschaubare Summe solcher kleiner, ihm nicht bewusster Veränderungen gebracht wurde, leidet unter deutlicher „Mehr-Verwirrung“. Er beginnt an sich zu zweifeln, gerät aus dem Takt und kann kaum mehr neue Informationen aufnehmen; er erscheint als entscheidungsinkompetent.

Zu den typischen Reaktionen älterer Menschen bei einem verordneten Wohnortwechsel gehört ein sprunghafter Anstieg der Verwirrtheit. Desorientierung der eigenen Lebenswelt und Desorganisation neuronaler Strukturen zeigen sich nicht nur phänomenologisch und neurologisch, sondern sind dann auch testpsychologisch nachweisbar, was paradoxerweise oft noch als Rechtfertigung erfolgter Maßnahmen angeführt wird. Doch Erinnerungen sind eben nicht nur im Kopf lokalisiert, sondern im vertrauten, von der Person mitgestalteten Umfeld verkörpert (Galliker & Klein, 1998).

Der ältere, teilweise kraft Psychotests und psychopathologischer Diagnostik nun auch quasi wissenschaftlich eindeutig als „dement“ ausgewiesene *Patient* reagiert oft mit Panik, die er aber selten noch als solche verbal ausdrücken, geschweige denn bearbeiten kann, weil sich für ihn die Lebensverhältnisse fundamental verändert haben. Er kann sich kaum mehr orientieren, und schließlich geht auch seine bisherige Persönlichkeit verloren – er wird jemand anderes, manchmal sogar etwas anderes, quasi nun ein Teil einer Institution, ist er doch nicht mehr *bei sich selbst* zu Hause.

Gerade in der Beratungsarbeit mit älteren verwirrten Menschen ist für Berater besonders wichtig, sich mit den definitiven Attributionen und sozialen Diskriminierungen des Alters, seiner Abwertung und der Fremdbestimmung durch die Institutionen und die Gesellschaft auseinanderzusetzen und zu sortieren, welche Probleme sozusagen von professionellen und familiären Helfern zusätzlich mitproduziert wurden und nicht originär sind.

Formen der Beratung älterer Menschen

Hat Rogers in seinen ersten Schriften zum Personenzentrierten Ansatz (PZA) eigentlich noch keinen Unterschied zwischen Beratung und Therapie formuliert und die Begriffe teilweise synonym verwendet (vgl. u. a. Rogers, 1942/1985), geht es in der Beratungsarbeit mit älteren Menschen darum, die inzwischen vielfältigen Konzepte u. a. aufgrund der Zunahme der Variationen in der Realität voneinander abzugrenzen, um so differenziertere Zuordnungen und Orientierung zu ermöglichen. Hat die Gesprächspsychotherapie (GPT) ausschließlich die Beziehung zwischen Klienten und Therapeuten innerhalb eines relativ institutionsfreien Raumes zum Gegenstand, in dessen Fokus die Selbstexploration des Klienten steht, kommt in der personenzentrierten Beratung der Handlungsspielraum hinzu,

dem der institutionelle Kontext oftmals keinen Platz mehr lässt, sondern ihn quasi zum Strafraum macht.

Viele Ratsuchende kommen erstmals in die Beratung, um Informationen einzuholen. Sie spüren, dass sie noch alles bewältigen, ihre Kräfte allerdings allmählich etwas nachlassen, und sie möchten gewappnet sein für das, was auf sie zukommt. Diese Gespräche sind stark geprägt von Fragen und Antworten. Für personenzentrierte Beratung ist es sehr wichtig, das Augenmerk auf den gewünschten Informationstransfer zu richten, jedoch ein feines Ohr für die mit-schwingenden Töne zu entwickeln. Hinter den Fragen stecken Lebensgeschichten, die das Hören der Antworten mitbestimmen.

Manch ältere Ratsuchende haben früher ihre Eltern gepflegt und darunter gelitten. Sie möchten ihren eigenen Kindern nach Möglichkeit nicht zur Last fallen und suchen nach Unterstützungsformen oder nach größtmöglicher Selbständigkeit. Andere Ratsuchende haben Eltern ins Heim gebracht und wünschen jetzt, wenn sie sich dem Alter ihrer inzwischen verstorbenen pflegebedürftigen Eltern nähern, nicht ins Heim zu müssen, haben aber Mühe, sich das einzugestehen. Betrachten wir hierzu den Ausschnitt aus einem Beratungsgespräch:

D.: Damals haben wir beide den ganzen Tag gearbeitet. Wir hätten uns gar nicht immer um ihn (d. h. um den Vater, Anm.) kümmern können. Wir sind oft hingegangen und haben ihn besucht. Wir haben auch gar nicht gewusst, was es alles gibt. Die im Krankenhaus haben gesagt, er kann nicht mehr alleine bleiben.

B.: Und das haben Sie auch so akzeptiert.

D.: Ja, was hätten wir denn machen sollen.

B.: Heute tut Ihnen das etwas leid.

D.: Wenn man heute so drüber nachdenkt, schon. Er ist im Heim immer in seinem Zimmer gelegen. Gefallen hat es ihm nicht.

B.: Für sich selbst möchten Sie so eine Situation nicht.

D.: Nein, wir wollen das nicht, mein Mann und ich. Aber ob das geht? Deswegen sind wir zu Ihnen gekommen. Weil wir merken, dass wir nicht mehr so können wie früher.

An diesem Beispiel, das sozusagen die Evaluation einer vorangegangenen *nicht* personenzentrierten „Beratungsentscheidung“ darstellt, wird offenbar, wie häufig Klienten den für sie getroffenen Entscheidungen professioneller Kräfte folgen und wie sehr sie letztlich langfristig unter den Folgen fremdbestimmter Entscheidungen leiden.

Manch ältere Menschen suchen eher die *Aussprache* als eine Problemlösung. Anlass für das Gespräch ist meistens eine kleine Sachfrage, deren Beantwortung den Weg frei macht für das Sprechen über die gegenwärtigen Sorgen, über das vergangene und nicht mehr greifbare Leben, über die abwesenden oder fremd gewordenen Kinder, über die Nachbarn, mit denen der Kontakt nicht so klappt, über die körperlichen Einschränkungen und Schmerzen, über den Verlust der Gleichaltrigen, der die zunehmende Vereinsamung vor Augen führt. In diesem Fall bleibt der Schwerpunkt der Beratungs-

person beim Zuhören, mittels dessen die Klienten ihre psychische Belastung verringern können. Sie erwarten keine Lösungen, keine Ratschläge, keine Informationen. Sie erwarten höchstens Verständnis, Empathie, durch die sie ihren eigenen Gefühlen Raum lassen können, um später, etwas bestärkt darin, dass sie nicht ganz alleine sind, wieder hinaus ins Leben zu gehen. Wichtig bei dieser Art von Gesprächen ist es, dass die Klienten Vertrauen in den Berater und in sich selbst gewinnen, um ihre Probleme zu offenbaren und um wiederzukommen.

Berger (2006) hat die Beratung und insbesondere den personenzentrierten Beratungsprozess eingehend dargestellt. Unter *Beratung* versteht der Autor eine Form zwischenmenschlicher Unterstützung im Alltag. Die Beraterin stellt Hilfe bereit, wenn jemand nicht weiterweiß, im Entscheiden oder Handeln blockiert ist oder den Überblick in lebenswichtigen Momenten verloren hat. Generelles Ziel der Beratung ist es, „Orientierungs-, Entscheidungshilfen und Unterstützung bei Problem-, Konflikt- und Krisenbewältigung anzubieten (...)“ (Kunze, 2008, S. 179).

Beratung wurde lange Zeit primär als auf Sachverhalte und die Vermittlung von Informationen zentriert verstanden. Der Berater war der Experte, er interpretierte, erklärte, erteilte Ratschläge, ermahnte und traf Anordnungen. Dieser direktiven Beratung setzte Rogers bekanntlich die nicht-direktive Beratung entgegen, wobei eine Trennung von der GPT noch nicht erfolgte (vgl. Rogers, 1942/1985). Die meisten Experten haben sie zunächst zurückgewiesen und abgewehrt, doch schließlich wurde sie als revolutionär aufgefasst und von vielen Menschen als wegweisend für die Beratung rezipiert.

Die personenzentrierte Beratung ist heute nicht einfach mehr eine verkürzte Anwendung der GPT auf das Feld der Beratung, doch teilt sie mit der GPT „die theoretischen Grundlagen und die radikale Zuwendung zur Person“ (Berger, 2006, S. 340). In Abgrenzung vom cartesianischen Primat der Vernunft werden Emotionen nicht als Störfaktoren aufgefasst (wie beispielsweise noch in behavioristischen Theorien des 20. Jahrhunderts), sie spielen im Beratungsprozess vielmehr eine entscheidende Rolle. „Durch ihre Emotionen erfahren die Ratsuchenden von sich selbst, wie sie eine Situation empfinden, welche Bedeutung sie Ereignissen beimessen und zu welchen Handlung sie motiviert sind. Der Emotionsprozess determiniert nicht die Handlungen, er erleichtert aber das Wählen und Handeln“ (Berger, 2006, S. 343).

Beratung im Sinne des PZA heißt, dass niemand besser als die betroffene Person selbst weiß, was ihr gut tut und was für sie notwendig ist; das bedeutet – wenngleich nicht losgelöst von der gegenständlichen Umgebung (Wohnung, Quartier usw.) sowie der persönlichen Umwelt – auf deren Aktualisierungstendenz zu vertrauen. „Persönlichkeitsentwicklung und Lernen geschehen von Geburt an und das ganze Leben durch Kontakt und Beziehung zu Mitmenschen. Ein günstiger Verlauf (...) hängt entscheidend von der Qualität der Beziehungen ab.“ (Kunze, 2008, S. 182)

Im Folgenden wird speziell der personenzentrierte Prozess bei der *Beratung älterer Menschen* behandelt. Zunächst wird auf verschiedene Aspekte desselben hingewiesen:

- *Aussprache*: Die vom Klienten vorgebrachten persönlichen Probleme erfordern aufmerksames aktives Zuhören und die Abklärung, ob es (vorerst) beim Zuhören bleibt oder ob eventuell andere Ebenen (Informationen, Handlungen) sinnvoll werden. Weiterführend versucht die Beraterin vor allem dem, was sie von dem Ratsuchenden aufnimmt, eine Stimme zu geben.
- *Informationsvermittlung*: Beim Informationsfluss zwischen Berater und Klienten bezieht sich der Berater auf die Aufnahmekapazität des Klienten; nicht zuletzt auch, um zu erkennen oder zu erspüren, ob die gestellten Fragen einem Teil der „eigentlichen“ Fragen entsprechen, ob noch andere versteckte Fragen mitgebracht werden und ob der Klient die Antworten des Beraters versteht und annehmen kann.
- *Unterstützung bei Entscheidungen*: Die Beraterin hilft der ratsuchenden Person bei der Selbstexploration und bei der Explikation zuvor geklärter Handlungsalternativen. Dabei achtet sie darauf, dass möglichst unabhängig von fremden Interessenvertretern die persönlichen Anliegen der Ratsuchenden zum Vorschein kommen. Jeder Versuch, die Ratsuchende durch Argumentieren oder Überreden offen oder auch subtil zu beeinflussen, wird unterlassen. Andernfalls würde nach dem PZA der Beratungs- und Entscheidungsprozess eine Bedrohung der Selbststruktur darstellen und Ängste wecken (vgl. u. a. Tolan, 2003). Bei der Versorgung im Falle der Pflegebedürftigkeit fühlen sich viele ältere Menschen dem Druck ausgesetzt, in ein Heim zu müssen, weil sie keine sichere Alternative für die Versorgung zu Hause kennen, weil Hausärzte und Angehörige häufig davon sprechen, dass „es zu Hause nicht mehr geht“, und Ärzte vielfach – mitunter gegen die Vorstellungen und Bitten der Betroffenen – für stationäre Behandlungen eintreten (vgl. u. a. auch Klein & Kannicht, 2007). Derartige Aussagen verunsichern viele ältere Menschen und sie verlieren ihre eigenen Bedürfnisse aus dem Blickfeld. Demnach geht es bei einer entsprechenden Beratung um die Frage, was die Ratsuchende möchte: Werden die ständige Rufbereitschaft des Pflegepersonals, ein gemeinsamer Mittagstisch mit anderen Personen, leichteres Verlassen der Räumlichkeiten durch einen Fahrstuhl, die Befreiung vom Kümmern um das eigene Wohl präferiert? Oder sind die gewohnten Gegenstände in der eigenen Wohnung, die vertrauten Nachbarn, der eigenständige Tagesablauf und eine selbst abschließbare Wohnungstüre wichtiger? Zu den Aufgaben der Beraterin gehört es, der ratsuchenden Person behilflich zu sein, aus deren inneren, subjektiven Bezugsrahmen heraus die Vorteile und Nachteile beider Alternativen zu eruieren. Dabei ist immer auch auf die mögliche Realisierung beider Lösungen hinzuweisen (z. B. indem die Beraterin darlegt, wie mit Hilfe von hauswirtschaftlichen Helferinnen, Pflegepersonal und/oder sozialarbeiterischer Begleitung bei Bedarf auch der Verbleib in der eigenen Wohnung

möglich ist), um eine Entscheidung zu begünstigen, die den Bedürfnissen und Kompetenzen des Ratsuchenden entspricht und nicht primär den Bedürfnissen seines privaten und professionellen Umfeldes (Hedtke-Becker u. a. 2003). Beratung (und ganz besonders Beratung im Sinne des PZA) darf niemals dazu missbraucht werden, Personen in ihren Entscheidungen zu beeinflussen (z. B. nun doch ins Heim zu gehen, weil dort alles besser für die Ratsuchende sei). Für ältere Ratsuchende sollte gelten, was für personenzentrierte Beratung generell festgestellt wird: „Sie sollte niemanden dazu zwingen, „zur Einsicht zu gelangen““ (Berger, 2006, S. 345).

- **Hilfestellungen:** Zu den konkreten Problemen und Konflikten, die sich im Gespräch mit einer älteren Person ergeben, werden Handlungs- bzw. Lösungsschritte entwickelt. Dies bedeutet, dass die Beraterin gegebenenfalls auch Aufgaben mit und für den Klienten übernimmt (Anträge ausfüllen, Finanzierungspläne aufstellen, Kontakt zu anderen Institutionen herstellen). Damit bewegt sich die Beraterin über die reine Beratung hinaus und verlässt teilweise die eigentliche Beziehungsarbeit, was eine Vielzahl von Komponenten auslöst, die allerdings wiederum in die Beziehungsebene hineinwirken: Wie viele Informationen aus dem Beratungsgespräch kann (oder auch muss und darf) die Beraterin an eine außenstehende Fachperson weitergeben? Welche Informationen bzw. Meinungen von Fachleuten kann (oder auch muss und will) die Beraterin an den Klienten zurückvermitteln, um eine authentische Beziehung wahren zu können? Wie löst die Beraterin die Konflikte, die sich aus unterschiedlichen Fachmeinungen von Ärzten, Pflegekräften und Betreuern ergeben? Wie verändert die Beraterin ihre Haltung zum Klienten aufgrund der Meinungen der Fachleute und der Angehörigen? Wie verhält sich eine Beraterin, wenn die Entscheidungsgewalt von Angehörigen und Fachleuten nicht mit den Bedürfnissen und Wünschen des Klienten übereinstimmt und sich gegen seine Person richtet? Wechselt sie von der Personenzentriertheit zur Institutionenzentriertheit im Sinne einer subtilen bis offenen Unterordnung oder Manipulation gemäß den bestehenden Machtverhältnissen? Die Antworten auf diese Fragen sind vielschichtig und verlangen von der Beratungsperson nicht nur viel Fingerspitzengefühl, sondern auch systemisches Denken, das ihr etwa ermöglicht, den Luhmann'schen „blinden Fleck“ im familiären und/oder professionellen institutionellen Umfeld zu erkennen. Dabei geht es darum, nicht nur jenen anderer Institutionen (etwa der Psychiatrie), sondern auch den der eigenen Institution (ambulante Beratungsstelle) wahrzunehmen (Schulte, 1993). Grundsätzlich gilt es aber im Sinne des PZA durch Gespräche mit anderen Bezugspersonen der Klientin nicht zuletzt auch den professionellen, institutionengebundenen, den externen Bezugsrahmen zu stabilisieren oder – falls dieser sich als brüchig erweist – solch minimale Änderungen in demselben zu ermöglichen, dass der innere Bezugsrahmen der Klientin, der ihr als Entscheidungsgrundlage dient, nicht angetastet wird und sie sich aus diesem heraus so weit als möglich frei entscheiden kann. Im Sinne des PZA darf also systemisches Denken nicht dazu beitragen, etwas

bei der älteren Person zu verändern (z. B. deren Entscheidung zu beeinflussen), sondern ihr zu ermöglichen, so zu bleiben, wie sie ist. Das heißt, bei der Entscheidung sind ihre Bedürfnisse maßgebend.

- **Biografische Begleitung:** Einen gewichtigen Unterschied zur klassischen Beratung stellt in der Altenberatung das offene Ende der Beratung dar. Der Prozess des Älterwerdens birgt beständige Veränderungen in sich, auf die mit psychischer Auseinandersetzung reagiert wird und die auch Handlungen erfordern (s. o.). In solchen Fällen endet das Beratungssetting nicht, sondern erweitert sich zur *Biografischen Begleitung* (Klein, 1998). Das bedeutet, dass die Beraterin zur beständigen Ansprechperson wird und den alten Menschen sowie seine Familie im gesamten Prozess des Älterwerdens begleitet. Zur Entlastung der Beraterin werden auch Funktionen im Sinne des *Case-Managements* übernommen (vgl. u. a. Löcherbach, 1998). Diese Funktionen beinhalten vor allem Strukturierungs- und Koordinierungsaufgaben. Das Ziel ist, dass die ältere Person tatsächlich gestützt und die Familie entlastet wird.

- **Selbstvergewisserungsarbeit:** Oft wird gegen das Lebensende hin eine Art Rückschau und Reflexion gewünscht, um Abschied vom Leben nehmen zu können (vgl. u. a. Karl & Nittel, 1980). Das Leben wird rückblickend zu einer Einheit, zu einer Suche nach dem Selbst in allen Formen und der Wahrnehmung der realen Bedingungen („... dann kam der Krieg und wir hatten nichts von unserer Jugend“). Diese Art von Reflexion (vgl. u. a. auch Radebold, 2005) ist ungetrübt von gegenwärtigen Problemlösungsaufgaben, was nicht ausschließt, dass sie noch prägend sein kann für folgende Entscheidungsprozesse („Wie spreche ich mit meinen Kindern über meine Vorstellungen vom Sterben?“).

Themen der Beratung

Bei alten und älter werdenden Menschen drängen sich Themen in den Vordergrund, die – wie in jedem Beratungsbereich – von den Beraterinnen besondere Wissensschwerpunkte verlangen (vgl. u. a. Rauen, 2001). Die wichtigsten Themen der Beratung lassen sich wie folgt auflisten:

- **Belastungen:** Beschwerlichkeiten und Probleme im Alltag
- **Versorgung:** Probleme im Haushalt – Fragen nach Unterstützung: z. B. Was gibt es wo und wann? Wie kann man was wofür machen?
- **Finanzierung:** Möglichkeiten der Finanzierung der Pflege und Betreuung und die vielfach schwer fallende Entscheidung, das oft mühsam ersparte Geld ausgeben zu müssen
- **Informationen:** Auskünfte über die Pflegeversicherung; Unterstützung bei der Beantragung
- **Bezugspersonen:** Schwierigkeiten mit den Kindern, Konflikte mit Nachbarn, mit Personen der Behörden usw.
- **Einsamkeit:** Verlust von vielen wichtigen, v. a. gleichaltrigen Bezugspersonen

- *Selbstbild*: Veränderung des Selbstbildes und das Problem einer größeren Differenz zum Idealbild mit dem Älterwerden
- *Abschied*: Sterben und Tod, Komplementierung des Selbstbildes

Notwendige Kompetenzen personenzentrierter Beratungspersonen

Im Folgenden soll auch kurz darauf hingewiesen werden, welche Interessen und Fähigkeiten eine Altenberaterin mit sich bringen sollte:

- *Interesse an Lebensgeschichten* (u. a. Aufmerksamkeit und Anregungen zu Erzählungen sowie Unterstützung des Selbst bzw. des autobiografischen Gedächtnisses und der Erinnerungsarbeit)
- *Geduld und Bereitschaft zu langen Prozessen* (gegebenenfalls Verzicht auf Fortschritte sowie Akzeptanz von Stillstand und Rückfällen)
- *Fähigkeit zur Netzwerkgestaltung* (u. a. Erkennen der Kontaktmöglichkeiten eines älteren Menschen und der Möglichkeiten von Ergänzungen)
- *Beschäftigung mit Leben, Sterben und Tod* (z. B. Bewusstsein, dass für ältere Menschen die Art des Sterbens ebenso wichtig sein kann wie die Lebensart)
- *Wissen über Institutionen und gesellschaftliche Normen* (insbesondere bezüglich sozialer Abweichungen und entsprechender sozialer Diskriminierungen)
- *Gerontologisches Fachwissen* (u. a. bezüglich Langsamkeit, bezüglich Wahrnehmungsstörungen wie z. B. Schwerhörigkeit und bezüglich Vergesslichkeit im Alter)

Zugehende Beratung

Die Arbeitsweise einer Beratungsstelle für ältere Menschen unterscheidet sich erheblich von jener einer Beratungsstelle für andere Alters- oder Zielgruppen. Häufig reicht das klassische Beratungssetting für ältere und verwirrte Menschen nicht aus.

Ältere Menschen verlieren entweder kontinuierlich oder phasenweise Mobilitätskompetenzen, ihre Möglichkeit, eine Beratungsstelle aufzusuchen, ist dadurch sehr eingeschränkt. Gleichzeitig nimmt der Bedarf an Beratung zu, da sich eine Vielzahl neuer Probleme eröffnet, die – wie die Erfahrung der letzten zwei Jahrzehnte zeigt – nur mittels psychosozialer Beratung oder dann auch durch Psychotherapie in bewältigbare Bahnen geleitet werden können. Daher ist neben dem klassischen Beratungssetting die *zugehende oder aufsuchende Beratung* ein weiteres Kernelement der Altenberatung (Karl & Nittel, 1980).

Die zugehende Beratung trägt der Immobilität älterer und verwirrter Personen Rechnung, indem die Beraterin die älteren

Personen in ihrem Wohnumfeld aufsucht. Durch die Vertauschung im Setting (nicht die Klientin, sondern die Beraterin bewegt sich zum Gespräch) ergeben sich viele Veränderungen. Die Anonymität des Hintergrundes wird aufgelöst. Die Beraterin sieht nicht nur die Person, sondern auch das Umfeld, d. h. die Beraterin berücksichtigt, dass die Personenzentriertheit durch das Einwirken des Umfeldes tangiert wird bzw. dass die Person als Persönlichkeit wahrgenommen werden kann. Häufig erlebt die Beraterin nicht alleine den Klienten, sondern auch Angehörige, Nachbarn, Freunde, und erlebt Wertungen, die sich auf die Person als „Objekt der Versorgung“ beziehen. Dadurch wird die Zentriertheit auf die Person komplexer. Die zugehende Beratung gehört bei betagten und verwirrten Ratsuchenden zu den Bedingungen, die es Beratungspersonen ermöglichen, „ihre Aufmerksamkeit nicht nur auf das innere Erleben der Ratsuchenden zu richten, sondern vor allem auf deren Bezugsrahmen“ (Berger, 2006, S. 337).

In der zugehenden Beratung ist die freie Entscheidung des Klienten, zu einer Beratungsstelle zu gehen, eingeschränkt. Zwar wird immer wieder der Wille und die Bereitschaft zum Hausbesuch angesprochen und geklärt. Es bleibt jedoch ein Rest an Unsicherheit, da es vom Klienten viel mehr Kraft fordert, einer Beraterin abzusagen, als einfach nicht mehr zu ihr zu gehen. Für die Beraterin verbindet sich mit der Frage nach dem Fortgang der Gespräche sowie bei Reduktion oder Beendigung der Hausbesuche die stetige Überlegung, ob Vernachlässigung oder Überbetreuung (und damit Verunselbstständigung) stattfinden.

Für rüstige ältere Personen besteht die Möglichkeit, die Beratungsstelle während der Sprechstunde aufzusuchen oder spezielle Termine zu vereinbaren. Bei berufstätigen oder weit entfernt lebenden Angehörigen ist der Besuch der Beratungsstelle die Regel. Da berufstätige Angehörige unter der Woche wenig Möglichkeit haben, eine Beratungsstelle aufzusuchen, werden auch Termine am Samstag angeboten.

In der Mehrzahl der Fälle kommen die Ratsuchenden auf eigene Veranlassung. Nicht selten weisen aber auch Angehörige oder Nachbarn, rechtliche Betreuer oder Ärztinnen die Beratungsstelle auf einen älteren Menschen hin, von dem diese annehmen, dass er mit seinem Alltag nicht mehr zurechtkommt.

Bei älteren Personen nimmt in der Regel die Beraterin Kontakt mit dem Klienten auf. Diese Kontaktaufnahme kann sich als durchaus zeitaufwändig erweisen: Viele ältere Menschen, die merken, dass sie ihren Alltag nicht mehr bewältigen können, haben starke Schamgefühle entwickelt und möchten sich Hilfe ersparen, die ja ihre Schwäche offenbart. Für die Beraterinnen beginnt hier die personenzentrierte Beratung: nämlich dem durch Bezugspersonen und professionelle Helfer ins Blickfeld geratenen Menschen so zu begegnen, dass dieser nicht erleben muss, auf ein Objekt reduziert zu werden.

Für eine Annäherungsweise an betagte und verwirrte Menschen im Sinne der zugehenden Beratung eignet sich der PZA besonders,

geht es doch häufig darum, im Spannungsfeld zwischen dem von außen festgelegten „Etikett“ und dem „eigenen Erleben des Klienten“ zu arbeiten.

Neben den persönlichen Haltungen im Sinne der GPT gehört zur Personenzentriertheit auch die Berücksichtigung des sozialen Drucks auf die Person. Viele alte Menschen werden dazu „motiviert“, in ein Heim zu gehen: „Dort werden Sie doch rund um die Uhr betreut“, „Sie sind nicht allein“, „Nach einiger Zeit haben Sie sich schon gut eingewöhnt und dann gefällt es Ihnen besser“. Diese Überzeugungsversuche, die gerade *nicht* von den Bedürfnissen der Klientin ausgehen, prägen häufig „Beratungen“ im Gesundheitsbereich. Sie offenbaren eher die Sorgen, Meinungen und Interessen der Professionellen und ihrer Institutionen, als dass sie erkunden, wie sich die Klientin ihre Zukunft vorstellt.

Beraterinnen einer selbstständigen ambulanten Beratungsstelle verfügen zwar formal über die erforderliche Autonomie und institutionelle Unabhängigkeit zu einer gleichberechtigten Beratung von Personen. Über den Weg der Beauftragung können sich jedoch auch bei ihnen zahlreiche Faktoren einschleichen, welche die Zentriertheit auf die Klientin beeinträchtigen. Insbesondere der Wunsch nach einer schnellen Lösung für die häufig schwierige Situation und die Ansicht der Nahestehenden, eine Fachperson sei geeignet oder dazu da, den Betroffenen „in vernünftige Bahnen zu lenken“, erschweren die Beratungssituation. In der Regel erfordert jede Auftragsberatung ein Vorgespräch mit dem Zuweisenden, in dem auf die Zeitdimension, den Entwicklungsprozess sowie auf die grundlegende Orientierung an den Bedürfnissen des Klienten aufmerksam gemacht wird.

Meistens dauert die Beratung älterer Menschen mehrere Stunden. Manchmal geht die Beratung in eine *biografische Begleitung* (s. o.) über; das heißt, der Hilfebedarf verändert sich entweder stetig oder in seltenen Fällen auch sprunghaft, so dass die auftretenden Fragen einer kontinuierlichen Reflexion bedürfen.

Durch die *Personenkontinuität* ist es sowohl für die Klienten als auch für die Beraterinnen leichter, das bereits vorhandene, gemeinsam erarbeitete Vertrauen als Grundlage für die Besprechung weitergehender Fragen zu nutzen. Für die meisten älteren Personen ist es sehr wichtig, eine vertraute Bezugsperson zu haben, um nicht wieder alles von vorne erzählen zu müssen.

Beispielsweise möchten ältere Ratsuchende mit Beratungspersonen besprechen, was sie mit den Kindern nicht besprechen können oder wollen – weil es ihnen peinlich ist oder weil sie ihre Kinder nicht belasten möchten oder starken Widerspruch erwarten, dem sie sich nicht gewachsen fühlen. So fällt es hochaltrigen Personen schwer, mit ihren Kindern über den eigenen Tod zu sprechen, weil sie ihnen nicht wehtun wollen und diese das Thema bagatelisieren („... die sagen dann sowieso nur: ‚Mama, du wirst doch hundert‘.“).

Für die Altenberatung ist ein regelmäßiges Setting relevant. Zu Beginn der Beratung erfolgen teils engmaschige Besuche, die als

solche deklariert werden müssen. Ansonsten erleben die alten Menschen den Rückgang der Häufigkeit als Reduktion ihrer Bedeutung für die Beraterin und sind verletzt („... plötzlich war ich nicht mehr so wichtig für sie“). Das kann einen inneren Rückzug des Klienten zur Folge haben, der möglicherweise dazu führt, dass sich die ältere Person in Krisenzeiten nicht wieder meldet.

Beispiele von Beratungen älterer Personen

Frau S., 65 Jahre, ist durch einen Schlaganfall körperlich sehr eingeschränkt. Ihre Reaktionsfähigkeit ist verlangsamt und das Sprechen strengt sie an. In der Reha-Klinik wurde ihr der Umzug in eine behindertengerechte Wohnung vorgeschlagen. Ihre rechtliche Betreuerin (Frau G.) bemühte sich daraufhin, ihr eine bessere barrierefreie Wohnung zu besorgen, so dass sie die sechs Stufen, die ihr jetzt schwer fallen, nicht mehr überwinden muss. In der Beratung schildert Frau S. ihre momentane persönliche Situation wie folgt:

S.: Die Frau G. will mir eine neue Wohnung besorgen. In der Wohnung wohne ich schon seit 31 Jahren.

B.: So lange schon (fast fragende Tonlage).

S.: Ja, in die bin ich mit meinem geschiedenen Mann eingezogen und meinen Sohn habe ich auch hier großgezogen, das hintere Zimmer da war sein Kinderzimmer. Ich kenne die Wohnung in- und auswendig. Und der Wotan (der Hund) auch.

B.: Da hängt man an der Wohnung.

S.: Ja, das ist meine Wohnung. Und die Frau R. (die Vermieterin), die kenne ich auch schon so lange. Die ist ganz in Ordnung. Wir haben uns immer gut verstanden. In letzter Zeit hat sie etwas gesponnen, aber gerade ist wieder Ruhe. Der Nachbar nebenan hat seinen Schlüssel wieder zurückgebracht. Vor dem habe ich jetzt auch meine Ruhe.

B.: Da sind Sie froh, dass es wieder entspannter geworden ist.

S.: Das können Sie laut sagen. Das hat ganz schön genervt. Die Frau G. hat eine Einzimmerwohnung gefunden, in den Quadraten. Aber ein Zimmer will ich nicht. Ich will nicht im gleichen Raum schlafen und wohnen. Ich brauche mein Schlafzimmer.

B.: Mit einem Zimmer wäre es Ihnen zu eng.

S.: Ich muss mich doch mal hin- und her bewegen können. Und meine Sachen brauchen auch Platz.

B.: Eigentlich möchten Sie am liebsten in ihrer Wohnung bleiben?

S.: Im Grunde genommen schon. Und teuer ist sie auch nicht. Die Treppen schaffe ich noch. Sogar alleine, wenn ich mich am Geländer hochziehe. Das hat die Frau R. extra für mich einbauen lassen. Bloß das mit dem Duschen ist schwierig. Das Bad ist zu eng.

Durch die Wiedergabe einzelner Aussagen und die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (z. B. „Da sind Sie froh“) im persönlichen Bezugsrahmen von Frau S. war es möglich, auch die vor sich selbst versteckten Bedürfnisse in ihr Blickfeld zu rücken und ihre

Bedeutung auftauchen zu lassen. Frau S. erlebte, dass sie zwar an einer anderen Wohnung interessiert war, im Grunde genommen aber *auch* da weiterleben wollte, wo sie vorher schon die Hälfte ihres Lebens verbracht hatte.

In der Betreuung von Frau S. war immer wieder die Rede von besseren, für sie leichteren und angenehmeren Wohnverhältnissen. Anfänglich hatte sie einen Umzug vehement abgelehnt, sich zwischendurch zwar auf das Thema eingelassen, aber sämtliche konkreten Angebote jeweils aufgrund eines Mangels abgelehnt. Im Beratungsgespräch wurde dann deutlich, dass Frau S. nicht aus eigenem Antrieb umziehen wollte, sondern sich den Verbesserungsvorschlägen des wohlmeinenden Umfeldes gebeugt hatte. Durch die Ratschläge professioneller Bezugspersonen war sie in ihren eigenen Wünschen irritiert worden und wählte den Weg der vordergründigen Annahme und der partiellen Ablehnung.

Häufig werden scheinbarweise Ablehnungen vorgetragener Lösungsangebote seitens der Klienten beklagt; sie sind jedoch in der Regel vom professionellen Umfeld selbst hervorgerufen worden. Sie sind ein Zeichen dafür, dass Professionelle eher auf ihre eigenen Vorstellungen („Was ist denn für den Klienten gut?“) reagieren als sich auf die Bedürfnisse der Klienten oder Patienten einlassen. Ablehnungen von Vorschlägen durch Patienten werden im Medizinbetrieb als mangelnde Compliance des Patienten interpretiert bzw. missverstanden. In Wirklichkeit werden die scheinbaren Verweigerungen und Rückzüge durch „Vor-Schläge“ hervorgerufen (Rogers, 1942/1985).

In einer personenzentrierten Beratung lässt sich entwickeln, was der Klient für sich will. Damit vermeidet der Berater auch ermüdende und als solche fragwürdige Überzeugungsarbeiten oder gar Manipulationen. Wie die Situation von Frau S. zeigt, wird durch die langsame, bedächtige Personenzentrierung letztlich viel Zeit und Energie eingespart. Die Beraterin macht keine Vorschläge; sie expliziert bestimmte Elemente, die Frau S. auf der Zunge liegen („so lange schon“), mit einem „halbfragenden“ Tonfall in der Stimme, um Frau S. ein möglichst breites Spektrum bei ihrer Antwort zu ermöglichen. Die Beraterin bringt also etwas vorerst noch nicht Ausgedrücktes paralingual als Option ins Spiel. Auch durch ihren Bezug auf kontextuelle Hinweise könnte im Folgenden etwas geöffnet werden. Die Klientin tippt mit dem Wörtchen „doch“ sachte und für Außenstehende kaum merklich einen tiefer liegenden Wunsch an, auf den die Beraterin mit einer Frage antwortet, die sie mit dem korrespondierenden „eigentlich“ einleitet (zur Bedeutung scheinbar bedeutungsloser „Füllwörter“ sowie des paralingualen und nonverbalen Verhaltens vgl. Galliker & Weimer, 2006).

Für Frau S. ergab sich schließlich durch das Beratungsgespräch eine Klärung. Sie fand *ihren* Standpunkt heraus, konnte ihn vertreten und stand nicht mehr länger unter Druck (was für sie in ihrer Schlaganfallgefährdung von größter Wichtigkeit war). Das professionelle Umfeld konnte seine knappe Zeit für sinnvollere Aufgaben einsetzen als für mehr oder weniger subtile Überredungskünste. Das „bessere

Verständnis eigener Einstellungen“ (Berger 2006, S. 335) bildete auch für Frau S. eine gute Basis, um die in Zukunft auf sie zukommenden Probleme und Entscheidungen bewältigen zu können.

Beim folgenden Beispiel geht es um das Wohl der Ratsuchenden unter Berücksichtigung der Kongruenz und der sogenannten Abgrenzung der Beratungsperson. Bei der Beratung älterer Personen kann es vorkommen, dass die Ansprüche vereinzelter, meist isolierter Personen, die sich verstanden fühlen, schnell ansteigen und die Beraterin überfordern. In diesem Fall sollte die Beratungsperson die Überforderung als *ihr* Problem wahrnehmen können, ohne die Ratsuchende zu verletzen. Sie sollte zu einer konstruktiveren Lösung gelangen und nicht einfach in *bloßer* Abgrenzung verhaftet bleiben, aber doch auch sich selbst in die Beziehung einbringen.

Nach einem Krankenhausaufenthalt von Frau D. wird die Beraterin angerufen. Frau D. sieht sehr schlecht und hat Bewegungseinschränkungen durch einen Katheterbeutel am Bein sowie eine gebrochene Schulter. Sie weint und ist ganz unglücklich, weil sie fast nichts mehr machen kann. Ein Pflegedienst hilft ihr beim Wechseln des Katheterbeutels und zum Teil beim Baden. Ihre Putzhilfe macht ihr nun auch das Frühstück, und das Mittagessen bekommt sie von Essen auf Rädern. Formal gesehen ist sie versorgt. Sie fühlt sich jedoch elend und allein und bittet die Beraterin, sie weiterhin zu besuchen.

Die Beraterin besucht sie einige Male. Frau D. berichtet, wie ihr die vielen kleinen Handreichungen des Alltags schwerfallen. Die Beraterin erlebt, dass Frau D. jeden Tag jemanden braucht, der sich dieser kleinen Dinge annimmt, um sie zu entlasten und um mit ihr zu sprechen. Nach jeder Beratungsstunde wirkt sie gelöster. Sie bedankt sich sehr und sagt: „Ach, kommen Sie bald doch wieder“.

Die Beraterin erklärt freundlich, dass sie selbst nicht so häufig kommen könne, wie sich Frau D. dies wünsche; sie könne ihr jedoch eine freundliche Frau vermitteln, die sie täglich besuche. Frau D. hält inne, antwortet, dass sie doch ihre Putzfrau habe, und fordert die Beraterin auf wiederzukommen. Bei einem Telefongespräch kommt es zu folgendem Dialog:

D.: Ach, kommen Sie doch vorbei, bitte, bitte. Heute ist so ein trüber Tag, ich sehe fast nichts.

B.: Leider kann ich heute nicht, ich habe heute den ganzen Tag Termine.

D.: Sie können doch nach den anderen noch bei mir vorbeischauen. Nur ein halbes Stündchen.

B.: Ich weiß, dass Sie jemanden brauchen, der sich um Sie kümmert, aber ich kann leider nicht jeden Tag zu Ihnen kommen. Sie brauchen jeden Tag jemanden, der für Sie ein Weilchen da ist.

Die Beraterin musste die Klientin enttäuschen. Echte Abgrenzung erfolgt aber nicht ohne Bezug. Im Beitrag der Beraterin ist ein erster Bezug der Beraterin zur Person der Klientin erkennbar („Ich ... Sie ... Sie ... Ich“). Dieser Bezug von ihr auf das Gegenüber und der Rückbezug auf sich selbst sind hier und jetzt beziehungsbildend und

könnten einen ersten Ansatz zu einer weiterführenden Begegnung darstellen (vgl. auch Buber, 1962).

Am nächsten Tag besucht die Beraterin Frau D. abends. Als die Beraterin das Gespräch auf die andere Person bringt, schweigt Frau D. ein Weilchen und fährt dann leicht vorwurfsvoll fort:

D.: Sie haben ja auch keine Zeit.

B.: Ja, leider habe ich nicht so viel Zeit, wie Sie es gerne hätten.

D.: Sie wissen immer, wovon ich spreche.

B.: Sie sind mich schon ein bisschen gewöhnt. Da fällt es Ihnen schwer, sich an jemand anderen zu gewöhnen?

D.: Ja, da haben Sie recht.

Frau D. ist 85 Jahre alt und hat keine eigenen Kinder. Seit 20 Jahren ist sie verwitwet und lebt alleine. Ihre einzige noch lebende Schwester wohnt weit entfernt und ist so krank, dass sie Frau D. nicht besuchen kann. Durch die intensiven Beratungsgespräche hat Frau D. jemanden erlebt, der ihr nahe kommt und der ihre Einsamkeit verringert. Aus dieser Situation ist der Wunsch entstanden, diesen persönlichen Kontakt öfters zu genießen. Die Beraterin kann diesem Wunsch nur teilweise entsprechen. Sie grenzt sich aber nicht einfach nur ab, sondern begegnet der Person der Klientin mit ihrem Anliegen („*Sie ... mich*“).

Im folgenden Gespräch wird der Beraterin bewusster, dass sich Frau D. so an ihr als Bezugsperson orientiert hat, dass die Brückenfunktion, die sie als Beraterin einnimmt (nämlich nach der Klärung des ökonomischen und psychosozialen Hilfebedarfs auf die Erfüllung dieser Bedürfnisse durch entsprechende andere Bezugspersonen hinarbeiten), in dieser Situation nicht erfüllbar ist. Frau D. möchte nicht noch eine weitere Person in ihrem Umfeld. Sie möchte die Person, die sie „hat“, behalten, weil sie ihr nun schon vertraut ist.

Die Beraterin versteht dies nur allzu gut, spürt sie doch die Einsamkeit und Bedürftigkeit der Klientin bezüglich verständnisvoller Kontakte; gleichwohl fühlt sie sich von der Klientin unter Druck gesetzt. Das Unwohlsein der Beraterin bildet den Schlüssel für weitere Ebenen: Sie erlebt zeitliche Anforderungen von Frau D., die sie als professionelle Person mit zeitlichen Begrenzungen nicht berücksichtigen kann. Zwar ist es wichtig, dass Frau D. diese ihre Anforderungen entwickelt; in ihnen sind Selbstbestimmung und Lebenswille verborgen. Für die Beraterin ergibt sich auch die Aufgabe, diese Anforderungen am Leben zu erhalten, ja weiterentwickeln zu lassen; allerdings muss sie die Aufgabe weitergeben, nicht zuletzt um die Inkongruenz zu beenden und sich vor Überforderung zu schützen. Trotz engen Zeitbudgets sucht sie die Klientin schließlich erneut zu Hause auf. Sie möchte die Klientin nicht verletzen und nicht unterversorgt wissen, doch auch sich selbst und die anderen Klienten nicht vernachlässigen.

Beim nächsten Termin fragt die Beraterin Frau D., ob sie eine Praktikantin der Sozialpädagogik mitbringen könne, denn für die jungen

Menschen sei es wichtig, ihr Wissen über die Lebenssituationen im Alter nicht nur aus Büchern zu gewinnen, sondern direkt von Menschen erfahren zu können. Frau D. reagiert mit einer Kombination aus Interesse und Angst: „Sie sind aber dabei, wenn sie kommt?“ Beim ersten Besuch der Praktikantin registriert Frau D. sofort deren Behinderung am Arm und stellt eine Verbindung zu ihrer eigenen Behinderung durch die gebrochene Schulter her. Sie fragt die Praktikantin nach deren Empfindungen und vergleicht sie mit ihrem eigenen Erleben. Frau D. löst sich aus dem Gefängnis ihrer körperlichen Einschränkungen und stellt eine Gemeinsamkeit zur neuen Besucherin her. Sie spricht lebhaft und aufmerksam. Der sonst fast permanent klagende Tonfall ist plötzlich reduziert. Nachdem die Praktikantin sich verabschiedet hat, äußert sie der Beraterin gegenüber: „Das hat mir gefallen, dass sie (die Praktikantin, Anm.) ihre Behinderung ganz offen angesprochen hat. Sie ist sehr höflich. Man merkt, dass sie eine gute Erziehung hat.“

In der Begegnung mit der Beraterin ist es der Klientin nun möglich, sich ein wenig von der Beraterin zu lösen und sich auf eine Drittperson zu beziehen (Praktikantin). Die Klientin erzählt der Beraterin vom Kontakt mit der Praktikantin. Sie integriert sie und begibt sich dadurch in einen begleiteten partiellen Ablösungsprozess. Dank des sehr vorsichtigen und geduligen „kongruenten“ Verhaltens der Beraterin hat sich die Beziehung zwischen Klientin und Beraterin „vertieft“, und beide Personen sind in ihr etwas „gewachsen“.

Beratung dementer Menschen

Altersdemenz bezieht sich auf Menschen, die ihr Leben bis dahin selbstständig gemeistert und bewältigt haben und die nun im Alter Gedächtnisverluste erleiden. Sie haben Selbstbilder geformt und verkörpern nach wie vor einen reichen Schatz von Erinnerungen. Wenngleich derselbe in der Regel nur mehr partiell zugänglich ist, bleibt er nicht einfach unwirksam, sondern wird in zwischenmenschlichen Begegnungen in der einen oder anderen Form wieder angesprochen (vgl. u. a. auch Bauer, 2002).

Demenz erstreckt sich von geringfügigen Erinnerungsverlusten bis zu ausgeprägtem Vergessen basaler Sprech- und Körperfunktionen. Die Beeinträchtigung bezieht sich vor allem auf kognitive Fähigkeiten. Erst im letzten Stadium ist eine originäre Schädigung emotionaler Kompetenzen nicht ausgeschlossen. Ansonsten sind emotionale Veränderungen in der Regel Reaktionen auf die körperlichen Veränderungen bzw. durch sie bedingt. Damit ist die personenzentrierte Beratung das adäquate Medium für die Kommunikation mit dementen Menschen.

Demente ältere Menschen werden oftmals nicht ernst genommen in ihren Äußerungen und Bedürfnissen, weil ihre Zuhörer sie schlecht verstehen und die Dialoge mit ihnen schwer fallen. Daraus schließen die meisten Außenstehenden, dass sie fast nichts begreifen würden und deshalb über sie bestimmt werden könne,

obwohl der Wille bei dementen Menschen bis zuletzt erhalten bleibt (vgl. u. a. Becker, 1996 und 1999).

Bei Demenz wird in der Regel nicht genau unterschieden, ob der Betroffene im Bereich der Merk-, Konzentrations-, Wortfindungs- oder Denkfähigkeit und der Weise, wie sich die einzelnen Funktionen tangieren, beeinträchtigt ist, was häufig einen inadäquaten Umgang mit dementen Menschen zur Folge hat. Besonders zu beachten ist, dass Demenz keine existenzielle Situation ist, die durch die oft praktizierte, bloß punktuelle Erfassung in den Griff zu bekommen ist. Demenzielle Symptome können aber durch eine Verlaufsbeobachtung und durch wiederkehrende Kommunikation auf der Basis des PZA annähernd erkannt und einigermaßen adäquat eingeschätzt werden (Näheres in Klein & Ensinger-Boschmann, 1995).

Bei der Zusammenarbeit mit dementen Personen ist darauf zu achten, dass sie nicht aufgrund einzelner Ereignisse oder auch Eigenschaften als dement festzulegen sind. Es gibt bei ihnen beständig kleinere oder auch Veränderungen im Sinne von Verschlechterungen oder Verbesserungen. Bezüglich der Aussagen und Handlungen dementer Menschen ist dieselbe Offenheit zu bewahren wie bei nicht dementen Personen auch, um das Konstante *und* die Variabilität ihrer Verhaltensweisen zu würdigen und das eigene Verhalten immer wieder neu auf sie abzustimmen. Von großer Bedeutung ist es auch, die Tonlagen, welche die Worte begleiten, sowie Mimik und Gestik wahrzunehmen. Dies hilft der Beraterin, eine Emotion oder auch die längerfristige Stimmung einer dementen Person zu erfassen und als richtungsweisend in die Begegnung einzubeziehen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Beraterin eine Äußerung nicht ohne weiteres versteht.

Die Beratung dementer Personen bezieht sich nach dem Muster des PZA auf die immer noch vorhandenen emotionalen Kompetenzen. Sie vermag über die damit zugänglichen Bilder eine Brücke zur kognitiven Welt aufzubauen, gerade was die vormalis von der Klientin nur noch emotional erreichbaren und von der Beraterin im Sinne einer Annahme oder einer Ablehnung durch die ältere Person erspürbaren Alternativen bei einer Entscheidung anbelangt.

Herr W. ist ganz aufgeregt und unruhig, als die Beraterin zum Hausbesuch kommt:

W.: Die werden einem weggenommen.

B.: Das ärgert einen.

W.: Ganz, ganz, ganz – das ist furchtbar.

B.: Das ist schlimm für Sie. Da ist man ganz hilflos.

W.: Ja, da muss ich sagen, dass ich da alleine stehe.

B.: Und Sie können gar nichts dagegen machen.

Was möchte Herr W. der Beraterin mitteilen? Die Beraterin weiß von der Tochter, dass Herr W. vor kurzem in einer Tagespflegeeinrichtung zur Kontaktaufnahme war und sich sehr dagegen gewehrt hat, dort zu bleiben. Er war so aufgeregt geworden, dass seine Frau ihn vor dem Ende abholen musste. Die Beraterin hat ihn sonst bei ihren

Hausbesuchen als eher ruhig erlebt. Beim angesprochenen Kontakt vermutet sie, dass er von dem kürzlich erlebten Ereignis berichten will. Das emotionale Befinden der damaligen Situation taucht wieder auf, die Beraterin erlebt mit, wie es ihm damals ergangen ist und jetzt erneut geht.

Im ersten Satz, den die Beraterin nicht ganz nachvollziehen kann, spürt sie viel Ärger, den sie als emotionalen Erlebnisinhalt verbalisiert und den Herr W. bekräftigt. In ihrer Empathie ergibt sich das Gefühl, dass dieser Ärger daraus resultiert, dass er sich inmitten dieser vielen fremden Leute und der fremden Umgebung alleine und hilflos gefühlt hat, weil er die Tagesstätte nicht ohne Unterstützung seiner Familie wieder verlassen konnte. Durch die Verbalisierung des emotionalen Erlebnisinhaltes wird für Herrn W. dieser Moment stellvertretend ausgesprochen. So erlebt er sich verstanden und seine Aufregung legt sich „von selbst“. In der Arbeit mit dementen Menschen ist es besonders wichtig, nicht der Versuchung zu erliegen, sie direkt verbal zu beruhigen.

Frau N., 96 Jahre, lebt alleine, ist sehr vergesslich und oft stark verwirrt, sie kennt die Beraterin schon seit geraumer Zeit. Eines Tages stürzt sie und bricht sich den Arm. Halbwegs genesen stürzt sie erneut, bricht sich das Bein und wird bettlägerig. Im Bett verstummt sie fast völlig. Die Pflegepersonen wissen nicht, was mit ihr los ist. Sie vermuten, dass die Klientin sterben wird. Die Beraterin macht einen Hausbesuch. Sie setzt sich ans Bett, etwa 80 Zentimeter in Augentfernung, damit Frau N. sie gut wahrnehmen kann.

B.: Guten Tag, Frau N. Ich bin es, die Frau B.

N.: (Der Blick wird wacher. Sie nickt.)

B.: Es geht Ihnen nicht gut?

N.: (Sagt nichts.)

B.: Sie haben Schmerzen?

N.: (Nickt und sagt leise:) Ja.

B.: Das tut überall weh?

N.: (Sie nickt wieder.)

B.: Sie trauen sich kaum aufstehen?

N.: (Nickt erneut.)

B.: (Ganz langsam und vorsichtig in leicht fragendem Ton:) Sie haben genug?

N.: (Schweigt.)

Längere Pause. Frau N. schließt immer wieder mal die Augen. Sie ist sehr erschöpft.

B.: Haben Sie schon mal übers Sterben nachgedacht?

N.: (Schüttelt den Kopf.)

Lange Pause. Frau N. nickt immer wieder mal kurz ein. Nach einer gewissen Zeit:

B.: Frau N., ich gehe wieder. Bis bald. Auf Wiedersehen.

Kurze Zeit nach diesem Gespräch beginnt Frau N. mehr zu essen. Sie steht wieder auf und läuft mit Hilfe der Krankengymnastin. Was

ist geschehen? Frau N. ist durch ihre Stürze in ein „Loch“ gefallen, das sie sich selbst nicht erklären konnte. Sie hat ihren Körper als zunehmend schwach erlebt. Wegen ihrer Demenz ist es ihr schwer gefallen, ihre Situation zu bedenken, und sie verharrte in ihrer Bewegungslosigkeit.

Aufgrund der bald vierjährigen Beziehung der Beraterin zur Klientin war die Beraterin in der Lebenswelt der Klientin präsent und konnte sich daher gut vorstellen, was geschehen war. Durch vorsichtige, bewusst eher allgemein gehaltene Verbalisierungen gefühlter emotionaler Erlebnisinhalte näherte sich die Beraterin der momentanen Befindlichkeit ihrer Klientin. Dank der Wachsamkeit der Beraterin konnte sich die Klientin öffnen („*längere Pause*“). Im Verweilen kam es zu Momenten (schwer beschreibbarer) gegenseitiger Berührung. Die Beraterin konnte Frau N. mit deren persönlichem Anliegen begegnen, so dass sie merkte, dass sie noch nicht sterben *musste*.

Das sich den außenstehenden Professionellen aufdrängende Thema des Sterbens (s. o.) war für die Beraterin in dieser Situation immer noch spürbar; gleichzeitig erlebte sie aber auch die Abwesenheit des Themas bei der Klientin selbst, wengleich Frau N. ihm körperlich ausgeliefert war. Durch das sicherlich etwas gewagte Aussprechen des bis dahin Unausgesprochenen und das nachfolgende Aushalten der Stille hat die Beraterin es Frau N. ermöglicht, Facetten ihrer Schwäche ins Auge zu fassen und sich dem auch aufgrund ihres Alters naheliegenden Thema Sterben ohne Festlegung auf eine Richtung zu nähern.

Gendlin hat in seinem Werk immer wieder darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, warten zu können. Es handelt sich um eine manchmal nur minimale, manchmal auch längere Zeit des Verweilens, in der (noch) nicht (ganz) klar ist, was geschieht, aber in der schon körperlich spürbar ist, dass *etwas* geschieht, das persönlich relevant ist (Gendlin, 1998). „Es handelt sich um Augenblicke der Begegnung, die von Präsenz erfüllt sind und in denen man sich öffnen kann“ (Brossi, 2008).

Wie es aufgrund der nachfolgenden Entwicklung zu interpretieren ist, hat sich Frau N. nun vorerst gegen das Sterben entschieden. Anscheinend hat Frau N. durch die Gewährwerdung („Ich darf über das Sterben nachdenken, ohne dass ich gleich sterben muss“; vielleicht auch: „Ich darf Angst haben“) einen Bann gebrochen und dadurch eine gewisse Entscheidungsfähigkeit gewonnen.

Frau N. baute wieder Lebenskraft auf, gewann Mobilität zurück und lebte noch einige Zeit. Demente Menschen bedürfen, wie das vorgestellte Beispiel zeigt, besonders ausgeprägter Vorsicht, Unterstützung und Beratung für diese inneren Entscheidungsprozesse. In den Beratungsgesprächen sind basale Elemente von größter Bedeutung – gepaart mit den Komponenten des PZA.

In der Beratung dementer Personen gilt es, den Gefühlen ihren Platz zu geben – ihnen Zeit zukommen zu lassen und sie als bestehend und berechtigt anzuerkennen. Die Unterdrückung dieser Gefühle durch Psychopharmaka kann als Gewalt verstanden werden

– sie raubt den Betroffenen die Form, ihre Gefühle auszudrücken. Beispielweise erhalten Menschen mit nächtlicher Unruhe im Heim häufig Neuroleptika, weil sie Mitbewohnerinnen und Pflegekräfte stören. Im häuslichen Bereich, insbesondere wenn sie alleine leben, wird niemand tangiert, und die Unruhe über den nicht mehr vollständig funktionierenden Körper und Geist kann mittels Bewegung abgebaut werden. Es geht also darum, für demente Menschen neue Wege zu finden und die Ursachen häufig stattfindender Gewalt zu beheben.

Besänftigungsversuche im Alltag durch Pflegekräfte oder Angehörige bewirken meist das Gegenteil von dem, was angestrebt wurde, weil der demente Mensch darum kämpft, dass seine Perspektive wahrgenommen wird. In diesem Fall bleibt sein Gefühlsstau bestehen. Die Verwirrtheit nimmt noch zu, denn die Blockade führt dazu, dass sich der demente Mensch nicht auf andere Dinge konzentrieren kann.

Der PZA eignet sich besonders für die Arbeit mit dementen Menschen, weil er vom Hier und Jetzt ausgeht, aber auch das Früher und Woanders berücksichtigen kann. Demente Menschen verlieren vielfach einen großen Teil ihres Abstraktionsvermögens, was bedeutet, dass sie oft nur wahrnehmen, was sie im Moment unmittelbar sehen und hören. Gleichzeitig sind aber auch die emotionalen Gehalte ihrer vergangenen Erlebnisse gegenwärtig und vermischen sich mit dem momentanen Erleben.

Die personenzentrierte Beraterin hilft alten und verwirrten Klienten, Worte für ihre nach wie vor vorhandenen reichhaltigen Gefühle zu finden. Die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte, eines der zentralen Elemente des PZA, ist bis zu einem sehr weit fortgeschrittenen Grad der Demenz möglich. Sie hilft, einen Zugang zu Emotionen *und* Wahrnehmungen zu finden. Im alltäglichen Umgang mit dementen Menschen steht dieser Zugang meist nicht mehr offen. Ohne ihn bleiben aber die Emotionen in den dementen Menschen stecken, belasten sie unaussprechlich und erscheinen außenstehenden Personen in Form unsinniger Verhaltensweisen. Durch die Versprachlichung der Erlebnisinhalte wird der Sinn vieler Ausdrucksformen eruierbar und nachvollziehbar. Demente Menschen entgehen so der Gefahr, als „verrückt“ attribuiert zu werden.

Beratung von Angehörigen und Bekannten

Beratung erfüllt neben kurativen auch rehabilitative Aufgaben (z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt) und *präventive* Aufgaben (Sickendiek et al., 1999). Beratungsstellen werden häufig von Angehörigen aufgesucht, die sich in Sorge um ihre betagten Partner, Eltern, Tanten oder Onkel befinden. Sie fühlen sich oft allein mit dem Problem und manchmal betrachten sie sich auch als überfordert. Sie suchen Informationen, Verständnis und konkrete Unterstützung. Die Beratungsperson wird also oft auch zum Gesprächs- und Kooperationspartner der Angehörigen älterer und verwirrter

Menschen. Hierbei sind neben personenzentrierten Gesichtspunkten der Gesprächsführung auch systemische zu berücksichtigen (Näheres hierzu in Klein & Kannicht, 2007).

Pflegesituationen werden häufig zu einer Art psychosozialen Marathons. Für kurze Versorgungsunterstützungen reichen die Kräfte des familiären Umfeldes meistens aus. Je länger aber Pflege dauert, desto mehr strukturelle Änderungen gilt es zu bewältigen. Die eingesetzten Energien (Zeit, Aufmerksamkeit, Geld) sollten sinnvoll verteilt und eingesetzt werden, und das familiäre Netz sollte sich erweitern, Hilfe von außen akzeptieren und integrieren. Dies bedeutet für manche familiäre Systeme einen *Paradigmenwechsel*, der ihnen meist erst im Verlauf der Beratung bewusst wird und der später, in der Umsetzung, der Unterstützung bedarf. Hierfür ist wichtig, dass Angehörige auch der eigenen Bedürfnisse gewahr werden. Andernfalls würden sie sich längerfristig nicht der Erfüllung der Bedürfnisse anderer Menschen widmen können (Bruder, 1988). Im Folgenden sei ein Beispiel für die Beratung einer Angehörigen angeführt:

Herr T. kommt wegen seiner Mutter in die Beratungsstelle. Seine Mutter ist 80 Jahre alt und lebt seit dem Tod des Vaters alleine in der eigenen Wohnung. Herr T. ist der einzige Sohn. Er wohnt in einem Nachbarort und ist berufstätig. Er erlebt, dass seine Mutter körperlich schwächer wird und seltener für sich kocht. Auch mit dem Putzen klappe es nicht mehr so wie früher. Er habe den Eindruck, die Mutter werde zunehmend vergesslicher.

Herr T. stellt sich die Frage, ob seine Mutter nicht in eine Institution mit betreutem Wohnen umziehen solle. Er macht sich große Sorgen, weil er eine „Rückwärtsentwicklung“ an der Mutter beobachtet und sich selbst als diejenige Person betrachtet, welche die Defizite dieser Entwicklung kompensieren sollte, dies aber aufgrund von Entfernung und Berufstätigkeit nicht leisten kann. Also sucht er nach einer Lebensform für seine Mutter, die deren Defizite auffängt.

Kürzlich hat ihn seine Mutter besuchen wollen und ihn vom Bahnhof seines Wohnortes aus angerufen. Sie bat ihn, sie abzuholen, weil sie den Weg zu ihm nicht mehr gefunden habe. Der Sohn war über den Verlust der Wegkenntnis bestürzt und nahm in seinem Schrecken nicht mehr wahr, dass die Mutter sich doch zu helfen gewusst hatte: Sie hatte ihn angerufen, ihm das Problem erklärt und ihn um ein Entgegenkommen gebeten.

B.: Sie sind sehr erschrocken, als Sie bemerkt haben, dass Ihre Mutter den Weg zu Ihnen nicht mehr findet?

T.: Ja, sie hat mich doch die ganzen Jahre dort besucht. Am Telefon hat sie gesagt, es wäre eine Baustelle und alles wäre ganz anders.

B.: Und jetzt haben Sie das Gefühl, Ihre Mutter kommt alleine nicht mehr zurecht?

T.: Ja, jetzt habe ich Angst, dass zu Hause was passiert, dass sie den Herd anlässt. Manchmal habe ich auch schon gemerkt, dass sie Dinge nicht aufräumt oder was nicht macht, was sie früher immer gleich erledigt hat.

B.: Sie spüren, dass Ihre Mutter zu Hause nicht immer gut alleine zu-rechtkommt und Sie aber nicht dauernd bei ihr sein können?

T.: Ja, aber sie würde nicht akzeptieren, dass jemand anderer als ich ihr hilft. Sie glaubt ja, dass sie noch alles alleine machen kann.

B.: Und dies setzt Sie unter Druck.

T.: Ich kann doch nicht immer gleich kommen, wenn etwas ist.

Im Verlauf des Gesprächs verdeutlicht Herr T. den Druck, dem er sich ausgesetzt fühlt. Während weiterer Gespräche löst er sich etwas aus dieser Spannung, verringert seine Ängste, bewegt seine Verantwortlichkeit auf die Beobachtung und Gestaltung der Rahmenbedingungen statt auf die rein konkrete Hilfestellung und überlässt seine Mutter ein bisschen mehr sich selbst.

In der Angehörigenberatung im engeren Sinne geht es in erster Linie um das Erleben des Angehörigen, der sich meistens in einer ausgeprägten *Belastungs- und Konfliktsituation* befindet. Angehörige sind im Zwiespalt, dass sie sich für jemand anderen zunehmend verantwortlich und zuständig fühlen, ihnen gleichzeitig aber zu wenig Zeit bleibt, um sich über ihre eigene veränderte Situation klar zu werden. Zudem geraten sie in die Zwickmühle, den normativen Vorstellungen des Umfeldes entsprechen zu müssen.

Häufig bildet sich mit der Angehörigenberatung ein „Dreiecksverhältnis“ zwischen der älteren Person, dem Angehörigen und der Beraterin. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn sowohl die älteren Menschen als auch ihre Angehörigen von derselben Beraterin betreut werden und die Interessen der Ratsuchenden divergieren. In diesem Fall gehört zu den Aufgaben der Beraterin auch die *Mediation*. Es geht für die Beteiligten darum, miteinander eine Lösung zu finden, in der die verschiedenen Vorstellungen und Interessen berücksichtigt werden (vgl. Haas & Wirz, 2001).

Von der Beratung zur Betreuung

Angehörige brauchen einerseits Beratungsgespräche, in denen sie sich ihrer Situation bewusst werden. Sie benötigen darüber hinaus meist konkrete Hilfestellung und Entlastung, um die personenzentrierte Beratung in eine personenzentrierte Begleitung bzw. Betreuung umzusetzen. Hierzu sei ein weiteres Beispiel angeführt:

Frau F. wendet sich ziemlich beunruhigt an die Beratungsstelle. Ihre Mutter sei zunehmend vergesslich, sie gehe nicht mehr aus dem Haus, vergesse ihre Medikamente einzunehmen bzw. nehme sie mehrmals hintereinander, wodurch es ihr manchmal körperlich sehr schlecht gehe. Frau F. und ihre Schwester schauten oft nach der Mutter, könnten sich aber nicht die ganze Zeit um sie kümmern. Sie überlege, ihre Mutter in ein Heim zu geben, obwohl diese unbedingt zu Hause bleiben möchte. Frau F. hält sie für unterversorgt und befürchtet, dass die Situation sich zuspitzt.

Im Gespräch mit der Beraterin wird offensichtlich, dass Frau F. sich sehr um ihre Mutter bemüht, diese jedoch auf ihre Eigenständigkeit pocht und „gar nicht einsieht“, dass sie Hilfe benötigt. In der Beraterin gewinnt sie eine Gesprächspartnerin. Ihre Belastung mindert sich unter anderem dadurch, dass sie nicht mehr alleine zuständig ist und dass sie durch die Reflexion der Vergesslichkeit ihrer Mutter Verständnis für Abwehrhaltungen („Ich gehe noch selbst zum Friseur, ich brauche doch kein Kindermädchen“) gewinnt. Parallel kann sie sich darauf einlassen, sich selbst und ihrer Mutter Zeit zu geben. Im Gespräch ergibt sich, dass ihre Mutter noch nie viel unterwegs gewesen sei. Nach dem frühen Tod des Ehemannes habe sie die Kinder alleine großgezogen und sei gerne alleine gewesen.

Eine psychosozial geschulte Mitarbeiterin, Frau Z., die durch die Beraterin angeleitet wird, beginnt die Mutter (Frau G.) einmal in der Woche zu besuchen. In den ersten Wochen darf die Mitarbeiterin meistens nicht die Wohnung betreten. Die beiden Frauen unterhalten sich aber an der Türe miteinander. Nach wenigen Minuten verabschiedet sich die Besucherin jeweils wieder. Mit der Zeit wird Frau Z. dann doch hereingebeten. Offensichtlich hat sich Frau G. an ihr Gesicht gewöhnen können. Dabei hat sie auch erlebt, dass die Besucherin ihr wohlgesonnen ist. Mit wachsender Vertrautheit lernt Frau Z. die Klientin besser kennen und umgekehrt. Mit der Zeit wird es für die Klientin schließlich fast selbstverständlich, dass Frau Z. jeden Montag kommt und mit ihr Tee trinkt, ihr einen Apfel schält und mit ihr über die Medikamente spricht.

Eines Tages möchte Frau G. zum Friseur und Frau Z. bietet ihr an mitzugehen. Auf der Grundlage eines freundlichen Kontaktes erlebt Frau G. die Hilfe als wohlmeinende Geste und kann sie sogar als angenehm empfinden. Die Begleitung zum Friseur resultiert aus einer Initiative von Frau G. und ist für sie nicht länger ein Ausdruck von Abwertung („Du kannst das nicht mehr, also brauchst du jemanden“, sondern vielmehr: „Wenn ich etwas brauche, ist jemand da“).

Das heißt: Im Spektrum des Hilfeangebotes führt jeweils Frau G. Regie, wenn sie ihr Bedürfnis situationsadäquat äußert und sich entscheidet, zu gehen und jemanden mitzunehmen, oder sich an einem anderen Tag eben auch dafür entscheidet, zu Hause zu bleiben.

Die Betreuung älterer Menschen besteht so weit wie möglich in der Hilfe zur Selbsthilfe. Wann immer möglich, entscheiden weder

die Professionellen noch die Angehörigen für ihre Bezugspersonen. Dies würde nur zur weiteren Verunselbstständigung beitragen. Auch würde der kurzfristige Zeitgewinn längerfristig betrachtet einen zeitlichen „Mehr-Aufwand“ bedeuten.

Von den mehr oder weniger verschiedenen Interessen kann in der Angehörigenberatung nicht abstrahiert werden. Gerade in einer „gemischten Beratungsstelle“ (Beratung älterer, verwirrter Menschen und/oder Beratung der Angehörigen älterer, verwirrter Menschen) können divergierende Interessen besonders deutlich zum Vorschein kommen. Zuweilen verdichten sie sich zu handfesten Gegensätzen, welche die Arbeit im Vergleich zu jener in einer reinen Angehörigenberatungsstelle sicherlich erschweren, aber auch die Möglichkeit bieten, die Konflikte auszutragen und so wenigstens ein Stück weit zu lösen bzw. mit ihnen zu leben.

Meistens kommen die zu Beginn der Beratung manchmal auch für die Ratsuchende selbst noch unterschwellig und für die Beraterin zunächst nur spürbaren Konflikte erst bei fortschreitender Beratung zum Vorschein, wenn eine gewisse objektive Entlastung eingetreten ist, die auch Raum bietet hinsichtlich einer psychischen Entlastung, und wenn eine gewisse Sensibilisierung für die persönlichen Interessen der Beteiligten geweckt wurde.

Häufig ist die psychische Belastung der Angehörigen auch dann ausgeprägt, wenn zwischen ihnen und den Pflegebedürftigen keine besonderen Interessendivergenzen bestehen. Die Beziehung zwischen älteren, verwirrten Menschen und ihren Angehörigen ist nicht symmetrisch. Bei einem chronischen Verlauf von Altersbeschwerden und Krankheit müssen die Angehörigen immer *mehr* geben und erhalten *weniger* zurück. Mit der vollständigen Pflegeübernahme ist ein Aufwand verbunden, der in Deutschland heute zwar in finanzieller Hinsicht partiell entschädigt wird, in psychischer Hinsicht jedoch meistens nicht ohne weiteres als „lohnend“ empfunden wird.

Das Kräfte-reservoir der Angehörigen reicht in der häufig lang anhaltenden Pflege meistens nicht aus. Deshalb ist es wichtig, dass die Beratungsstelle nicht nur auf den möglichen Beizug von Pflegekräften und hauswirtschaftlichen Helferinnen hinweist, sondern diese bei Bedarf auch bereitstellt und die Organisation der Pflege- und Hausarbeit sicherstellt.

Literatur

- Bauer, J. (2002). *Das Gedächtnis des Körpers*. Frankfurt a. M.: Eichborn.
- Becker, J. (1996). *Die Wegwerf-Windel auf der Wäscheleine. Die Handlungslogik dementer alter Menschen verstehen lernen*. Darmstadt: afw – Arbeitszentrum Fort- und Weiterbildung.
- Becker, J. (1999). „Gell, heut geht's wieder auf die Rennbahn.“ *Die Handlungslogik dementer Menschen wahrnehmen und verstehen*. Darmstadt: afw – Arbeitszentrum Fort- und Weiterbildung.
- Berger, F. (2006). Personenzentrierte Beratung. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (333–372). Heidelberg: Springer.
- Brossi, R. (2008). Achtsamkeit und Präsenz in der Gesprächspsychotherapie. *Psychodynamische Psychotherapie*, 7/3, 141–149.
- Bruder, J. (1988). Filiale Reife – ein wichtiges Konzept für die familiäre Versorgung kranker, insbesondere dementer alter Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 1, 95–101.
- Buber, M. (1962). *Ich und Du. Werke*. Bd. 1. München: Kösel-Schneider
- Elfner, P. (2008). *Personenzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie*. München/Basel: Ernst Reinhardt.
- Galliker, M. & Klein, M. (1997). Implizite positive und negative Bewertungen – Eine Kontextanalyse der Personenkategorien <Senioren>, <ältere Menschen>, <alte Menschen> und <Greise> bei drei Jahrgängen einer Tageszeitung. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 10, 27–41.
- Galliker, M. & Klein, M. (1998). Konstante soziale und räumliche Umwelt im Alter: Gedächtnistheorie, Fallbeispiele und Praxisrelevanz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31, 104–111.
- Galliker, M. & Weimer, D. (2006). *Psychologie der Verständigung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gendlin, E.T. (1998). *Focusing in der Praxis. Eine schulübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Haas, E. & Wirz, T. (2003). *Mediation. Konflikte lösen im Dialog*. Zürich: Jean Frey.
- Hedtke-Becker, A. u. a. (2003). *(Familien-)Medizin und Sozialarbeit – ein Kooperationsmodell*. Hockenheim: Larimar.
- Karl, F. & Nittel, K. (1980). „Zugehende stadtteilorientierte Beratung älterer Menschen“ – Zugangsformen und Interventionsmuster. *Zeitschrift für Gerontologie*, 21, 21–27.
- Kitwood, T. (2000). *Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Huber: Bern.
- Klein, M. (1998): Biographische Begleitung – ein Konzept zur häuslichen Versorgung altersverwirrter Menschen. In *Altenhilfe. Umgang mit verwirrten und psychisch kranken alten Menschen in der Praxis. Dokumentation einer Tagung vom 5. Februar 1998*. Dezernat III, Sozialamt, Stadt Mannheim, 54–55.
- Klein, M. & Ensinger-Boschmann, E. (1995). Die Logik der Verwirrtheit. *Forum Sozialstation Nr. 74/Juni 1995*, 35–39.
- Klein, R. & Kannicht, A. (2007). *Einführung in die Praxis der systemischen Therapie und Beratung*. Heidelberg: Auer.
- Kohli, M. & Robert, G. (Hrsg.) (1987). *Biographie und soziale Wirklichkeit*. Stuttgart: Metzler.
- Kunze, D. (2008). Das Personenzentrierte Konzept in Beratung und Pädagogik. *Psychodynamische Psychotherapie*, 7, 179–190.
- Löcherbach, P. (1998). Altes und Neues zum Case Management – Soziale Unterstützungsarbeit zwischen persönlicher Hilfe und Dienstleistungsservice. In S. Mrochen, E. Berchtold & A. Hesse (Hrsg.). *Standortbestimmung sozialpädagogischer und sozialarbeiterischer Methoden*, 104–123. Weinheim: Beltz.
- Radebold, H. (2005). *Die dunklen Schatten der Vergangenheit. Ältere Menschen in Beratung, Psychotherapie, Seelsorge und Pflege*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rauen, C. (2001). *Coaching. Innovative Konzepte und Vergleich*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Rogers, C.R. (1942/1985). *Die nicht-direkte Beratung*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Schulte, G. (1993). *Der blinde Fleck in Luhmanns Systemtheorie*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Sickendiek, U., Engel, F. & Nestmann, F. (1999). *Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze*. Weinheim: Juventa.
- Tolan, J. (2003). *Skills in person-centred counseling and psychotherapy*. London: Sage.

Autorin:

Margot Klein, Dipl.-Soz., Mitarbeiterin der Beratungsstelle Viva für ältere Menschen und ihre Angehörigen in Mannheim. Fortbildnerin für Beratung und Kommunikation mit älteren und verwirrten Menschen und Angehörigen. Lehraufträge an der Hochschule Mannheim.

Korrespondenzadresse:

Margot Klein
 Beratungsstelle Viva für ältere Menschen und ihre Angehörigen
 Jenaer Weg 7/2
 68309 Mannheim
 Telefon: 0049 – 621 – 70 34 35
 E-Mail: m.klein@beratungsstelle-viva.de

Ellen Ensinger-Boschmann

Personzentrierte Gruppenarbeit mit demenziell erkrankten Menschen zur Unterstützung des Selbstwahrnehmungs- und Bewältigungsprozesses

Zusammenfassung: *Psychosoziale Maßnahmen für demenzkranke Menschen werden im Gegensatz zu medikamentösen Behandlungsprogrammen immer noch kritisch hinterfragt. In diesem Erfahrungsbericht einer seit vier Jahren bestehenden Gruppe sollen Möglichkeiten und Grenzen psychosozialer Gruppenarbeit besonders im Hinblick auf die Anwendung des Personzentrierten Ansatzes (PZA) aufgezeigt werden. Welchen Effekt hat der Ansatz bei dementen Menschen und für den Gruppenprozess? Entgegen der immer noch vorherrschenden Meinung, die kognitive Abbauprozesse mit fehlender Selbstreflexion und Verhaltenssteuerung gleichsetzt, können im vorurteilsfreien Umgang mit dementen Menschen Lernprozesse ermöglicht und innerhalb des Gruppenprozesses Verständigung untereinander und Verständnis füreinander in Gang gesetzt werden.*

Schlüsselwörter: *Erlebnisgruppe, Gruppenprozess, Lernerfahrung, Kommunikationsfähigkeit, familienentlastende Projekte*

Abstract: *Person-centered group work with persons with dementia to support the process of self perception and coping with dementia. Psychosocial interventions for persons with dementia are still underestimated in comparison to medical/pharmacological treatment programs. This report describes the experiences obtained with a group during four years, and sketches the possibilities and limits of psychosocial group work, especially in the context of the application of the person-centered therapy/approach/method. What are the effects of the person-centered method for persons with dementia and for the group process? Contrary to the still dominating opinion which sets the cognitive degradation a par with the lack of self reflection and behavioral control, it is possible to encourage learning experiences for persons with dementia in an interaction free of prejudice as well as the group process itself initiate an understanding among the members and a high level of appreciation for each member of the group.*

Keywords: *Experience- Group, Dementia, Learning Experience, Communication Capabilities, Family Disburdening Projects*

Die Erlebnisgruppe begann vor vier Jahren mit vier Teilnehmern, sie ging aus einer Einzelberatung mit einem relativ jungen demenziell erkrankten Mann in frühem Stadium hervor, der sich wünschte, innerhalb einer Gruppe angstfrei kommunizieren zu können. Nach rund einem Jahr war die Gruppe auf neun Mitglieder angewachsen, nun hat sie acht feste Mitglieder. Die ausschließlich männlichen Gruppenteilnehmer sind zwischen 60 und 74 Jahren alt und hatten unterschiedliche Demenzdiagnosen im frühen Stadium. Alle vier Gruppenmitglieder der ersten Stunde sind noch dabei, allerdings sind die graduell unterschiedlichen demenziellen Entwicklungsmuster jetzt stärker spürbar. Die Gruppenstruktur ist sehr homogen. Alle Teilnehmer haben in einer beruflich gehobenen Position gearbeitet, sind in langjähriger Ehe verheiratet, haben alle – bis auf einen Teilnehmer – erwachsene, berufstätige Kinder, die sich mehr oder weniger an der Versorgung beteiligen. Die Ehefrauen tragen durchwegs die Hauptlast der Versorgung und Pflege.

Krankheitsbilder und Potenzial der Teilnehmer innerhalb der Gruppe

Herr A., 68 Jahre, frontotemporale Demenz seit 2001, mittleres Erkrankungsstadium, hat ein gutes personelles, örtliches und zeitliches Orientierungsvermögen, registriert, wenn die Gruppenleiterin pünktlich oder einmal unpünktlich ist. Reagiert nicht auf Fragen oder Anforderungen, leichte Wortfindungsstörung, kann sich freuen und genießt kleine Freuden (Zigarette, Kaffee und Kuchen). Da ihm die Wertschätzung der Gruppe wichtig ist, hat er gelernt, mit seinen Wünschen auf einen günstigen Zeitpunkt zu warten, bemerkt nur das Positive in einem äußerst ritualisierten Sprechablauf.

Herr B., 73 Jahre, Demenzdiagnose seit 2004, frühes Erkrankungsstadium, ist örtlich, zeitlich, personell und situativ gut orientiert, starke Wortfindungsstörung, er kommt noch alleine in die Gruppe und

erledigt vorher oder nachher Arztgänge etc. Er ist humorvoll, ein aufmerksamer Zuhörer, bringt seiner Frau immer „Mannemer Dreck“ aus der Konditorei mit. Trotz seiner schweren Wortfindungsstörung beteiligt er sich in liebenswürdiger Weise an dem Gruppengespräch und zeigt sehr viel Geduld und Verständnis für die noch schwerer kranken Gruppenmitglieder.

Herr C., 69 Jahre, Alzheimer Demenz seit 2003, schweres Erkrankungsstadium, ist situativ, zeitlich, örtlich und personell nicht mehr orientiert (war zu Beginn anders, da erkannte er noch die Gruppenmitglieder, z. B. konnte er die neueren und die älteren Mitglieder sowie die Gruppenleiterin unterscheiden). Nun erkennt er nur noch das Café und den großen quadratischen Tisch des Gruppenraums als irgendwie vertraute Örtlichkeit, legt ein höfliches Benehmen an den Tag, lässt Damen immer den Vortritt und hilft jedem in die Jacke. Von ihm habe ich die Unterscheidung von Mütze und Hut gelernt. Er steht immer unter Spannung, manchmal beteiligt er sich aber mit einem Witz am Gespräch, der uns alle frappiert – und dann kann man deutlich sehen, wie in diesem Moment die Spannung weg ist. Auf nonverbaler Ebene kämpft er um seine Menschenwürde; wenn man ihn zu etwas zwingt oder ihm etwas aufdrängt, reagiert er unwillig bis aggressiv.

Herr D., 74 Jahre, Demenzdiagnose 2003, seit 2008 Levy-Körperchen-Demenz, mittleres Erkrankungsstadium, ist situativ, zeitlich, örtlich und personell gut orientiert. Da er früher sehr sportlich war, ist er durch die auftretenden Sprech- und Bewegungsstörungen eines diagnostizierten „Sekundärparkinson“ sehr irritiert. Wegen seines Humors, seiner Präsenz und seines Problembewusstseins ist er so etwas wie der Leader der Gruppe.

Herr E., 60 Jahre, vaskuläre Enzephalopathie seit 2003, mittleres Erkrankungsstadium, ist situativ und personell orientiert, zeitlich und örtlich im Laufe der Zeit weniger. Ein eher schweigsamer Mann, aber sehr hilfsbereit, begeisterungsfähig und mitfühlend gegenüber den Gruppenmitgliedern. Will nichts müssen, will nur wollen – ihn in einer schwierigen Situation um Hilfe zu bitten, ist immer erfolgreich.

Herr F., 64 Jahre, Depression mit demenzieller Entwicklung nach Herzoperation 2001, seit 2008 diagnostizierte Alzheimerdemenz, mittleres Erkrankungsstadium, personell und situativ orientiert, örtlich und zeitlich weniger, was durch seine Sehschwierigkeiten verstärkt wird. Aufgrund seiner früheren Gewerkschafts- und Parteiarbeit gruppenerfahren und mit viel Wortwitz sehr präsent in der Gruppe, trotz seiner Ängstlichkeit mit vielen depressiven Elementen kann er sich über den Kontakt und den Trost, die er in der Gruppe erfährt, freuen.

Herr G., 66 Jahre, frühe Demenz seit 2003, mittleres Erkrankungsstadium, situativ, personell und zeitlich orientiert, ein sportlicher und immer gut gelaunter Mann, aber eher still wegen seiner Wortfindungsstörungen, die sich im Laufe der Zeit verstärkt haben. Spielt

noch Tennis in seinem Verein, das Joggen musste er aufgeben, weil er sich örtlich nicht mehr zurechtfindet. Ein geduldiger Zuhörer, liebt Wortspiele, die ihm viel Spaß machen. Wenn man ihm auf der Nase herumtanzt, kann er mit Vehemenz für Ordnung in der Gruppe sorgen. Das macht auf die Gruppenmitglieder viel Eindruck.

Herr H., 65 Jahre, frontotemporale Demenz seit 2004, frühes Erkrankungsstadium, situativ, örtlich, zeitlich und personell orientiert, kommt und geht alleine nach Hause, ein schweigsamer Mann mit vielen depressiven Elementen, leichte Wortfindungsstörung, stark ritualisiertes Mitteilungsbedürfnis.

Herr I., 72 Jahre, Demenzdiagnose seit 2003, seit 2007 Levy-Körperchen-Demenz, mittleres Erkrankungsstadium, personell, situativ, zeitlich und örtlich orientiert, schwerhörig, aber ein aufmerksamer Beobachter, sehr präsent in der Gruppe und wegen seiner höflichen Umgangsformen geschätzt. Aufgrund der sich verstärkenden Wahnvorstellungen hat ein Aufenthalt im ZI¹ ihn so pflegebedürftig gemacht, dass er sich nie mehr wirklich erholt hat und nicht mehr in die Gruppe kommen kann. Er ist allen Gruppenteilnehmern außer Herrn C. noch lebhaft im Gedächtnis. Ich führe ihn deshalb auf, weil er in Gesprächen, z. B. über Krankheit, ZI etc., immer noch eine Rolle spielt.

Vorgehensweise bei der Gruppenarbeit

Bei unserer Gruppenarbeit mit den demenziell erkrankten Männern versucht die Gruppenleiterin die einzelnen Personen mit ihrer besonderen Lebensgeschichte und Individualität in den Vordergrund zu stellen und nicht die Krankheit mit ihren Defiziten und Verhaltensstörungen, wie es das medizinische Modell macht. Grundannahme ist, dass auch Personen mit Demenz einsichts- und lernfähig sind – dieses Lernen ist allerdings nicht am Erreichen einer bestimmten Leistung wie beim Gedächtnistraining orientiert und kommt auch völlig ohne Bewertung aus. Der Gruppenprozess selbst bietet eine Lernerfahrung an, z. B. sich als (dementer) Mensch anders zu sehen, seine Gefühle in stärkerem Maße zu akzeptieren, offener zu sein für die Bedeutung dessen, was sich außerhalb wie innerhalb seiner selbst abspielt (Rogers, 1977/2004).

Die Gruppenleiterin installiert mit den Betreuern innerhalb der Gruppe ein Interaktionsnetz. Durch unser Zuhören und den von Empathie gekennzeichneten Stil entsteht die Kommunikationsbereitschaft der Gruppenmitglieder untereinander. Im Sinne einer hilfreichen Beziehung (Rogers, 1977/2004) sind eine positive Einstellung und Verständnis gegenüber demenzen Menschen richtungweisend; immer mit der Frage, ob wir dem Anderssein der Demenzkranken gerecht werden, ob wir die Entsprechung zu dem finden, was sie bei uns suchen – wie Anerkennung, Menschenwürde,

1 Institution der Psychiatrie

Geduld – oder was sie für sich selbst suchen, z. B. Klarheit, Sinn oder Lebensfreude. Die Welt des dementen Menschen ist ihm selbst und uns nie wirklich klar und wir können die Bedeutung seiner Erfahrung und deren Sinngebung oft nur dunkel erahnen. Letzten Endes müssen wir Doppeldeutiges wie Widersprüchliches tolerieren und die Situation offenlassen, mit der Zuversicht auf spätere, zufällige Klärung.

Entscheidend für das Gelingen dieses emphatischen Verstehens ist die Kongruenz. Demente Menschen haben generell ein Augenmerk auf die Gestimmtheit der Menschen, die mit ihnen umgehen. Sie haben ein besonderes Sensorium für die Unstimmigkeit, wenn das Gesagte nicht dem Verhalten entspricht, das sich in Mimik, Gestik und Prosodie ausdrückt. Dies spüren sie; genau das verwirrt sie auch zusätzlich, macht sie misstrauisch oder lässt sie sich zurückziehen. Da demente Menschen permanent auf der Suche nach Sinn und Bedeutung sind, müssen die Gruppenleiterin und die Betreuer eindeutig sein, d. h. sie müssen das meinen, was sie sagen. Das hat Bedeutung vor allem bei dem, was stört und die Betreuer in Spannung versetzt. Ein Beispiel soll das veranschaulichen:

Wir sitzen um unseren Tisch; Herr C. steht auf und stellt sich unschlüssig an den Tisch. Die Leiterin sieht ihn freundlich an und fragt: „Möchten Sie sich wieder setzen?“ Manchmal genügt die Nachfrage und Herr C. setzt sich wieder. Wenn Herr C. sich nicht setzen will, sagt er „Nein!“ oder „Also Leut’, was soll das?“ oder „Muss das sein?“

Wenn es uns nicht gelingt, *wirklich* freundlich zu sein, wenn wir insgeheim verärgert oder ungeduldig sind, weil Herr C. beispielsweise schon zum dritten Mal aufsteht, spürt er das und reagiert darauf mit Unschlüssigkeit und/oder Ungehaltensein. Von Herrn C. aus gesehen, möchte er nicht mehr reden, ihm fehlen – wie an seinen Reaktionen abzulesen ist – die Aufmerksamkeit und das Verständnis für das Gespräch. Da die Gruppe selbst aber schon viel Erfahrung damit hat, geht sie manchmal so vor:

Wenn schon eine Weile (etwa eine gefühlte halbe Stunde) vergangen ist, schlägt in dieser Situation ein Teilnehmer vor, „Machen wir doch jetzt schon eine Pinkelpause und gehen dann spazieren!“ Manchmal geht Herr C. auf den Vorschlag ein und sagt „Ja, gerne, damit bin ich einverstanden“. Manchmal gehen die Gruppenteilnehmer jedoch nicht auf diesen Vorschlag und das Bedürfnis von Herrn C. ein. Wenn er sich dann auf Nachfrage hin nicht mehr setzen möchte, begleitet ihn ein ehrenamtlicher Helfer freundlich nach draußen, dreht eine kleine Runde um den Block und kommt nach kurzer Zeit wieder mit Herrn C. zurück. Jetzt freut sich Herr C., wieder bekannte Gesichter zu sehen, und setzt sich an seinen Platz in unserer Gesprächsrunde.

Das Bemühen um Kongruenz gibt die Möglichkeit, unsere innere Resonanz im Blick zu haben und *unsere* Reaktion auf unverständliches oder nicht-perfektes Verhalten der Gruppenteilnehmer kritisch zu

hinterfragen. In kollegialen Gesprächen versuchen die Betreuer sich bewusst zu machen, dass z. B. unser „Ärger“ die Situation für Herrn C. noch unverständlicher werden lässt, als sie es für ihn schon ist. Da ist jedoch nicht nur „Ärger“ über Störungen, sondern auch Angst der Betreuer, dass etwas „Unvorhergesehenes“ passieren könnte. Besonders bei Ausflügen entsteht die Angst vor chaotischen, unübersichtlichen Situationen, etwa dass die Gruppenmitglieder bei Rot über die Straße laufen oder aus einer Irritation heraus in die falsche Richtung (weg-)laufen, dass sie in die Frauentoilette gehen und ins Waschbecken pinkeln *könnten*. Diese Angst lässt uns oft reglementierend eingreifen und dies provoziert bei den Gruppenteilnehmern Unwilligkeit oder Verzweiflung darüber, dass sie wieder etwas falsch gemacht haben. Nur wenn wir unsere Angst immer wieder thematisieren und in ihren Nuancen verstehen, finden wir entweder angemessene Verhaltensweisen entsprechend der Situation oder verwerfen die Angst. So etwa verhindert die Zwanghaftigkeit unseres versicherungsrechtlichen Denkens einen überlegten Umgang mit potenziellen Gefahren. Erst durch die feine Unterscheidung *unserer* emotionalen Zustände können wir die Emotionen anderer besser wahrnehmen und differenzieren. Diese Achtsamkeit befähigt uns, unverständliches oder nicht-perfektes Verhalten zuzulassen, indem wir zunächst dem Impuls des dementen Menschen folgen, eine Beruhigung der Situation und eventuell später Klärung herbeiführen. So gelingt es, ein unterstützendes Umfeld zu schaffen, welches das Recht auf Fehler miteinschließt. Bleibt dieses Spannungsfeld unreflektiert, dann passiert es, dass unverständliches oder nicht-perfektes Verhalten als Kompetenzverlust generalisiert oder als Gefahrenpotenzial überschätzt wird.

Zur Akzeptanz gehört es, die Demenz in ihrer Funktionsweise und von ihrem Wesen her zu verstehen. Die Liebenswürdigkeit der Gruppenteilnehmer macht es uns leicht, sie in ihren Fähigkeiten zu bestätigen und sie nicht als mit dem Etikett „Demenz“ versehene Menschen zu behandeln – all dies sollte in der folgenden Darstellung des praktischen Teils unserer Gruppenerfahrung deutlich werden.

Beschreibung der Erlebnisgruppe

Ziel der Gruppenarbeit

Die vier Gruppenmitglieder der ersten Stunde hatten nach eigenem Bekunden das Interesse, ohne Versagensängste zu kommunizieren, noch etwas zu erleben und von der Welt etwas mitbekommen zu können. Innerhalb des geschützten Rahmens der Gruppe sollte die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit – Sprechen, Zuhören, Aufnehmen und Verstehen – erreicht werden. Das Gesprächsangebot fördert diesen Prozess zwischen den beteiligten Personen, indem Vorlieben geäußert, Meinungen gebildet und Entschlüsse mehrheitlich gefasst werden. Die Gruppenleitung schlägt allenfalls vor; gemacht wird aber das, was die Gruppenmitglieder aufgrund ihrer Befindlichkeit oder ihres Interesses äußern und entscheiden.

Die Integration des Krankheitsbildes in das jeweilige individuelle Selbstbild wird dadurch in Gang gesetzt, dass die Gruppenteilnehmer ihre unterschiedlichen Fähigkeiten und Handicaps erleben, über eigene Bewältigungsstrategien sprechen und jene der anderen Gruppenteilnehmer erfahren können. Daraus erwächst das Verständnis für sich selbst und füreinander.

Die Aktivitäten

Die Gruppe trifft sich jeden Montag zur gleichen Zeit am gleichen Ort (dem am Neckar liegenden „Gesundheitstreffpunkt Mannheim“) für zweieinhalb Stunden, und das – um Kontinuität und Regelmäßigkeit zu gewährleisten – ohne Ferienpause (ausgenommen Oster- und Pfingstmontag). Anfangs begann die Gruppe mit der Planung von Ausflügen (erstes Thema: „Am Neckar entlang“). Die Thematik der Ausflüge veränderte sich im Laufe der Zeit („Mannheim macht sich schön – Stadtjubiläum 2007“ und „Welche Stadt liegt schon an zwei Flüssen?“) – die Themen haben mit der unmittelbaren Lebensumwelt zu tun und liegen den Männern irgendwie am Herzen, z. B. lieben sie Stadtpläne, Landkarten und Wegerichtungen wie Norden oder Süden, den Neckar flussaufwärts oder flussabwärts. Mit der Frage des Ziels ist auch die praktische Frage „Wie kommen wir dahin?“ verbunden: zu Fuß, mit der Straßenbahn oder dem Schiff (am Anfang noch mit dem Fahrrad). Schon bei der Planung werden vielfältige lebensgeschichtlich relevante Erinnerungen wach, etwa an den Arbeitsplatz, an Familienausflüge, ob es sich um gebürtige oder zugewanderte Mannheimer handelt. Auch das Problem, was es für sie bedeutet, nicht mehr Auto zu fahren, kommt dabei zur Sprache.

Nach dem Planungstreffen findet dann beim folgenden Treffen die Exkursion statt, das Erlebnis. Beim nächsten Planungstreffen verknüpfen sich die Erinnerungen an das Erlebte mit der Planung des nächsten Ausflugs. Diese Regelmäßigkeit der Treffen und die immer gleiche Abfolge von Planung und Aktion ermöglichen demenziell erkrankten Menschen durch den ritualisierten Ablauf Erinnerung – ein dem Alltag entlehntes Gedächtnistraining.

Im Laufe der letzten beiden Jahre haben die Gruppenteilnehmer die Gesprächsrunde bevorzugt, das sogenannte Planungstreffen. Zu Beginn hingegen waren die Exkursionen – das Erlebnis, das der Gruppe ihren Namen gab – beliebter. Unserer Beobachtung nach liegt das nicht nur an der Verschlechterung der körperlichen Befindlichkeit – Fahrradfahren ist nicht mehr möglich –, sondern daran, dass die Vertrautheit untereinander und das Selbstvertrauen der demenziell Erkrankten beim Gespräch gewachsen sind. Bei den Planungstreffen sitzen wir zusammen in „einer Runde“ um einen großen quadratischen Tisch. In der Mitte, zentriert, steht ein Blumenstrauß oder ein anderes schönes Symbol der Jahreszeit, das zum Betrachten einlädt. Hier ist der Ort, an dem sich die Gruppenmitglieder kennengelernt haben, die Ausflüge planen und ihre Erinnerungen austauschen. Hier ist auch der Ort, an dem sie ihre Gedanken sammeln können und freundliche Zuhörer finden. Hier

erleben sie sich als ernst genommene und verstehende Gesprächspartner und fühlen sich in der Gesprächssituation als kompetent. Sie erkennen sich gegenseitig – allerdings als Personen, nicht mit Namen – und ermessen ihre unterschiedlichen Schwierigkeiten und Fähigkeiten.

Die Betreuer

Am Anfang gab es drei Betreuer: eine Gruppenleiterin mit personenzentrierter Gesprächsausbildung, einen ehrenamtlichen Helfer sowie einen zusätzlichen ehrenamtlichen Helfer für die Ausflüge, zur Urlaubs- oder Krankheitsvertretung. Mit der größer werdenden Gruppe und der Verschlechterung des Krankheitsbildes bei einigen Teilnehmern erweiterte sich die Anzahl der Betreuer vor einem Jahr auf vier Betreuer: eine Gruppenleiterin, eine Sozialarbeiterin, einen ehrenamtlichen Helfer (Musiker) sowie einen weiteren ehrenamtlichen Helfer (Sozialarbeiter) für die Ausflüge und als Krankheits- und Urlaubsvertretung.

Gruppenerfahrung im Laufe von (bisher) vier Jahren

Verbesserung von Sprechen und Zuhören

Zwei Drittel der Teilnehmer haben Sprachstörungen unterschiedlicher Schwere und Genese und sind durch eine Vielzahl organischer oder emotional bedingter Wortfindungsstörungen gehandicapt. In der Öffentlichkeit neigen sie dazu, vorsichtshalber zu schweigen. Nicht so in der Gruppe – in der Gesprächsrunde können sie ihrer Langsamkeit folgen, haben Zeit und Raum für ihre Gedanken und Gefühlsäußerungen. Wiederholungen sind eher interessant. Bei sich auftuenden Wortlücken suchen alle zusammen vorsichtig tastend die verloren gegangenen Wörter.

Ein Beispiel: Bei der Planung einer Exkursion nach Worms zum uralten jüdischen Friedhofer erzählt Herr B. von der romantischen, fast gespenstischen Atmosphäre in der Abenddämmerung, „wenn die ...“ – und dann passiert es: Das Wort ist weg. Herr B. versucht, den Begriff zu umschreiben: „... so weiße Dinger, die aufsteigen, besonders dann, wenn es feucht ist“ (O-Ton) Es geht ein lustiges Ratespiel los, was „weiße Dinger“ sein könnten, die in der Nähe des Rheins sind, in der Abenddämmerung „wabern“, wie es Herr B. mit sanft schwingenden Händen beschreibt. Das Wort „Nebelschwaden“ findet sich bald.

Alle beteiligen sich an der Suche nach dem Begriff; Herr C. versteht den Wortkontext nicht ganz genau, aber er kommentiert die Suche immer wieder mit den Worten: „Na so was, mer werres doch noch finne!“ Bis heute denken alle in Verbindung mit dem jüdischen Friedhof in Worms an den Begriff und das gemeinsame lustige

Rätselraten. Alle erinnern sich noch an das schreckliche Regenwetter beim Besuch des jüdischen Friedhofes, wo wir dann in ein Wormser Café flüchteten, ohne Nebelschwaden gesehen zu haben, obwohl es ziemlich feucht war.

Dieses Beispiel steht für die Verbesserung von Sprechen, Zuhören, Aufnehmen und Verstehen. Das nachfolgende Gespräch beschreibt die Assoziationsfähigkeit beim Umgang mit Worten und die Fähigkeit der Teilnehmer, miteinander zu kommunizieren.

Einmal stehen pinkfarbene Tulpen auf dem Tisch. Herr C. bewundert die schönen Blumen. Schweigen. Alle schauen auf die Tulpen. Schweigen. Die Gruppenleiterin bringt ins Spiel, dass Tulpen ja viele Farben haben können und ob ihnen die Farbe Pink gefalle.

GL: „Finden Sie Pink schön oder andere Farben schöner?“ Schweigen. Dann meint Herr E., ein eher schweigsamer Mensch: „Pinke-Pinke ist schöner!“ Lachen. Nur Herr A. und Herr F., zwei Nicht-Mannheimer, und auch ein Betreuer schauen etwas verwirrt. „Wissen Sie, was Pinke-Pinke ist?“, fragt Herr D. in die Runde hinein. Kurze Pause, und mit einem bedeutungsvollen Nicken und seiner etwas heiseren Stimme murmelt er dann „Geld“. Lachen. Allgemeines Gemurmel: „Hätten wir gern“ oder „Hamm’ wer nicht“. Lachen. Dann wird das Wortspiel von Herrn D., unserem beredtesten Mitglied, weitergeführt: „Pinkelpause ist am schönsten“, bemerkt er triumphierend lächelnd. Lachen. „Besonders im Gänsemarsch“, kommentiert Herr E. und spielt auf unsere infolge der unübersichtlichen räumlichen Situation etwas umständliche Art an, die Toilette zu benützen: Wir gehen nämlich immer alle zusammen durch einen langen Gang in einen anderen Gebäudeteil. Über das mit der Pinkelpause verbundene Problem des Harndrangs, auf die Angst, nicht rechtzeitig auf die Toilette zu kommen bzw. sich auf einer neuen Toilette nicht schnell genug zurechtzufinden, wollen die Gruppenteilnehmer jedoch ausdrücklich nicht reden.

Kommunikationsprozess untereinander – Grenzen der Selbstreflexion

Der Kommunikationsprozess der Gruppenmitglieder untereinander läuft stets langsam an und erfordert von den Betreuern geduldiges Warten. Wenn die Teilnehmer nach Betreten des Raums um den Tisch herum sitzen, betrachten sie erst einmal den Tisch und die anwesenden Personen. (Manchmal kommentiert Herr A. die Sitzordnung: „Frau Boschmann, Sie sitzen aber nicht da, wo Sie letztes Mal saßen.“) Sie bemerken an der Zahl der anwesenden Personen, ob einer oder mehrere fehlen. Es ist schon ein Ritual, dass sie nachfragen, ob die Fehlenden auf Urlaub oder krank sind. Die Namen der Abwesenden benennen sie nicht, das erfolgt dann meist mit dem ersten Satz der Betreuer (die Begrüßung findet unter großem Hallo auf der Straße statt): „Herr E. ist in Urlaub und Herr F. immer noch im Krankenhaus.“ Schweigen. Wir stoßen mit der bereitgestellten Apfelsaftschorle an. (Herr A. kommentiert fast immer die Qualität der Schorle mit den Worten: „Das war schon immer gut und ist auch

heute wieder gut.“) Schweigen. Wir warten auf den Impuls, der von den Gruppenmitgliedern kommt. Schweigen. Manchmal bemerken sie die den Tisch schmückenden Dinge, wie z. B. die pinkfarbenen Tulpen, und sagen etwas dazu, manchmal nicht. Schweigen. Warten. Schweigen. Aber irgendwann kommt ein Einwurf von den Teilnehmern, der zum Gesprächsthema wird. Und dann sind wir drin im Thema, mit dem sie sich konzentriert etwa eine halbe Stunde befassen – sei es die Planung des nächsten Ausflugs, sei es eine kleine Erinnerung an einen der vergangenen Ausflüge, sei es das Wetter, sei es der Urlaub eines Gruppenmitgliedes, sei es die Sorge um das Wohlbefinden eines kranken Gruppenmitgliedes.

Herr F. ist seit längerem im Krankenhaus (ZI), und bei jedem Treffen, an dem die Gruppenmitglieder feststellen, dass er nicht da ist, fragen sie nach ihm. „Ist Herr F. immer noch im ZI?“

GL: „Ja.“

Herr G.: „Haben Sie ihn besucht? Geht es ihm gut?“ (Ich habe ihnen einmal gesagt, dass ich Herrn F. besuchen werde.)

GL: „Ich glaube, ja.“

Herr D., Herr G., Herr E., Herr B.: „Wann kommt er wieder?“ (Herr A. oder Herr C. fragen nie nach den abwesenden Gruppenmitgliedern.)

GL: „Leider weiß ich es nicht.“ Schweigen. Trauriges Schweigen.

GL: „Haben Sie Sorge, dass es Herrn F. nicht gut geht?“ Schweigen.

GL: „Sie waren alle selbst im ZI, können Sie sich noch daran erinnern?“

Eisiges Schweigen. Darüber möchten die Teilnehmer nicht reden. Nur Herr D. sagt dann mit einer wegwerfenden Handbewegung: „Versuchskaninchen – freiwillig, zehn Tage, dann habe ich es abgelehnt.“ (Es ist das zweite Mal, dass ein Gruppenmitglied so lange im ZI war, und Herr D. möchte gerne in der Gruppe über die Wirkungsweise der Medikamente reden und spricht das Thema öfters an, aber die anderen wollen nicht.) In diesen Momenten wird deutlich, dass die Gruppe sich eigentlich zum Spaßhaben zusammenfindet, und dies ist ein Thema, worüber sie erklärtermaßen – zumindest in der Gruppe – nicht reden wollen, und das akzeptieren wir, auch Herr D.

Wir spüren den Impulsen der Teilnehmer nach, beispielsweise als Herr F. aus dem ZI kam. Nach dem Frage- und Antwortritual, wer da ist und wer nicht, begrüßten ihn alle freundlich. Einige fragten ihn, wie es ihm gehe (es war deutlich sichtbar, dass es ihm nicht gut ging). Herr F. ist in der Gruppe wegen seines feinsinnigen Humors ein beliebtes Mitglied. Früher vorher hatte Herr F. immer einen kleinen Witz auf den Lippen und brachte dadurch viel Lustiges in die Gruppe ein.

Herr F.: „Ich fühle mich nicht fit und ich wollte deshalb gar nicht kommen. Ich fühle mich gar nicht wohl und wenn ich hier etwas falsch mache, dann bitte ich dies von vornherein zu entschuldigen. Ihr wisst, ich bin immer gern hierher gekommen, aber jetzt fühle ich mich einfach nicht fit.“ Betroffenes Schweigen.

Herr G.: „Das ist traurig, vielleicht geht es Ihnen bei uns bald besser.“

Herr F.: „Das glaub' ich nicht, mir ist einfach unwohl und ich fühl' mich unsicher und ich würde gerne in der Gruppe bleiben, aber mir ist unwohl und ich wollt' deshalb gar net komme, also wenn ich was falsch mache, dann entschuldigt des bitte.“

Herr E.: „Das ist nicht schlimm, wenn Sie was falsch machen, bitte bleiben Sie bei uns in der Gruppe ... das wird schon werden“, und lächelt ihn freundlich an. „Ja, Ja“, stimmen einige mit ein.

Herr F.: „Ich weiß net, ich glaub' net.“

GL: „Sie wollten unbedingt nach Hause, Herr F., hat sich das Unwohlsein zu Hause ein wenig gebessert?“

Herr F.: „Nein, eigentlich net, ich bin net fit, ich kann nirgends allein hingehen, ich bin auch zu Haus so hilflos und hab immer Angst, was falsch zu mache.“

Herr D.: „Oh je, un immer mit de Mutter hinnedran ... da kann man es nie richtig machen.“ Leises (verlegenes) Lachen der anderen Gruppenteilnehmer.

Schweigen. Schweigen. Herr F. geht nicht darauf ein – bei ihm ist es Realität, dass er von seiner Ehefrau häufig korrigiert wird.

In dieser Situation überlegte ich mir, in welcher Weise ich intervenieren sollte, ob Herr F. auch ähnlich wie Herr D. unter dem korrigierenden Verhalten seiner Frau leidet, aber in diesem Moment hat mich das Unbehagen von Herrn F. diesbezüglich anders reagieren lassen und ich nahm den Gesprächsfaden in der folgenden Weise wieder auf:

GL: „Haben Sie die Hoffnung, dass es zu Hause besser wird, Herr F.?“

Herr F.: „Die Ärzte hawwe gsagt, dass ich abwarte muss. Also, wie gesagt, ich komm' gern in die Gruppe, aber ich sag's nochmal, ich bin net fit un des müsst ihr entschuldige.“

Herr G.: „Sie brauchen sich nicht zu entschuldigen, wir sind froh, wenn Sie kommen. Es wird sicherlich besser werden. Wir wünschen Ihnen alles Gute.“

„Ja, das wünschen wir Ihnen“, stimmen mehrere mit ein.

Hier wird deutlich, dass die Gruppenteilnehmer die Situation von Herrn F. verstehen, aber das Thema Medikamente oder das korrigierende Verhalten der Ehefrauen ist zu schwierig, um thematisiert werden zu können. Da hängt zu viel dran, etwa die beängstigende Zukunftsperspektive wie die Heimfrage, auch wenn es nur um Urlaub oder Erkrankung der pflegenden Ehefrau geht. Vom Selbstverständnis der Gruppenmitglieder her handelt es sich nicht um eine Selbsterfahrungsgruppe, sondern um eine Erlebnisgruppe, „eine schöne Abwechslung innerhalb einer langen Woche“, wie Herr G. die Treffen charakterisierte. Über individuelle Probleme wollen sie weniger sprechen, über Probleme innerhalb der Gruppe schon. Die Teilnehmer wollen in der Gruppe einen Weg finden, mit ihrer Erkrankung auskommen. Ihre Strategie ist, die Krankheit mit Humor

zu bewältigen, auf die Krisensituation eines Gruppenmitglieds aber auch mit Mitgefühl zu antworten.

Integration des Krankheitsbildes in das individuelle Selbstbild

Die Demenz ist durch Bilder von Verwirrtheit, Kontrollverlust und völliger Abhängigkeit medial geprägt. Diese Bilder ängstigen die Betroffenen. Im frühen Krankheitsstadium fällt es ihnen schwer, ihren Zustand damit in Einklang zu bringen und das Krankheitsbild zu akzeptieren. In den letzten beiden Jahren erleben die Gruppenteilnehmer die schmerzlich fortschreitende Krankheitsentwicklung von Herrn C., einem Gruppenmitglied der ersten Stunde. Dessen zeitweise auftretende Unruhe oder völliges Nichtverstehen einer Situation verlangt einiges von ihnen (und von den Betreuern) ab. Sie erleben aber auch, dass Herr C. in völliger Ruhe und Einssein mit sich selbst nicht selten vernünftig und inhaltsadäquat einen zur Situation passenden Kommentar machen kann.

Ein Beispiel: Wir haben zur Weihnachtszeit Nürnberger Lebkuchen gegessen, und im Gespräch kommen die Gruppenteilnehmer auf den „Mannemer Dreck“, sozusagen das Gegenstück zum Nürnberger Lebkuchen. Sie vergleichen beides miteinander. Zu dem Problem, dass der Nürnberger Lebkuchen bekannter ist, bemerkt Herr C.: „Wie man so ein wohlschmeckendes Lebensmittel ‚Mannemer Dreck‘ nennen kann – das ist nicht werbewirksam.“ (O-Ton) Herr C. hatte eine leitende Position in der Modebranche; man sieht nicht nur, wie sein aus der Biografie resultierendes Wissen im aktuellen Bezug richtig zum Tragen kommt, sondern auch, dass er in entspanntem Zustand seine Gedanken sammeln, dem Gespräch folgen und sich daran beteiligen kann.

Dieses Beispiel veranschaulichte, dass Demenz nicht mit „Blödheit“ gleichzusetzen ist, sondern eine durch Stress verursachte Irritation der Schaltstelle Gehirn darstellt. Diese Erkenntnis erleichtert den Gruppenteilnehmern, das Krankheitsbild in ihr Selbstbild zu integrieren. Das Beispiel zeigt auch, dass die Teilnehmer das Gefühl der Ruhe in der Gruppe als Schlüssel für ihre Kommunikationsfähigkeit gefunden haben. Sie haben gelernt, dass sie sich artikulieren können, wenn man ihnen Zeit und Aufmerksamkeit zugesteht – auch außerhalb der Gruppe. Dies soll ein weiteres Beispiel zeigen:

Nach dem Planungstreffen gehen wir meist in ein altes Mannheimer Café in der Nähe, das sehr bekannt ist für seinen guten Kuchen. Anfangs ist es für die Gruppenteilnehmer schwierig, selbst zu bezahlen. Sie haben Angst, nicht schnell genug den Preis zu verstehen, den richtigen Geldschein zu finden etc. Aber im Laufe der Zeit – das Umfeld des Cafés und die Bedienung sind ihnen vertraut – können sie mit „Zahlen bitte“ die Rechnung bestellen und bezahlen. Die Bedienung trägt durch ihre Persönlichkeit viel dazu bei, sie spricht jeden einzeln an, lässt genügend Zeit für die etwas umständliche Suche im

Geldbeutel und hat auch immer einen netten Spruch auf den Lippen, der die Gruppenteilnehmer zum Lachen bringt. Ganz anderes passiert uns beim zuvor beschriebenen Ausflug in einem Café in Worms: Auch in einer ihnen fremden Umgebung müssen die Teilnehmer ihre Rechnung begleichen. Beim Bezahlen geht die Bedienung nun nicht auf die jeweils gezückten Geldbeutel ein, sondern präsentiert einem Betreuer die Rechnung mit der Begründung, dass es so schneller gehe. Lange erinnern sich die Teilnehmer noch an die unfreundliche Bedienung, die sie nicht selbst zahlen hat lassen.

Leider können die Gruppenteilnehmer sich das Gefühl des „Gesammeltseins“ nicht durchgehend im öffentlichen Raum (z. B. in der Straßenbahn, auf der Bank, beim Postschalter, im Geschäft) zurückerobert oder bei anderen Menschen einfordern. Sie können es in kleinen Schritten und nur da anwenden, wenn sie erkennen, dass der Gesprächs- oder Verhandlungspartner sich auf sie einlässt. Wenn sie merken, dass sie Geduld oder Einfühlungsvermögen nicht einfordern können, bleibt die Integration des Krankheitsbildes in das Selbstbild äußerst schmerzhaft.

Verständnis für sich selbst und füreinander

Beispiel: Nach einer für uns alle – auch für die Angehörigen – aufwühlenden Problemsituation mit Herrn C., dessen demenzielle Entwicklung am weitesten fortgeschritten ist, stellt die Gruppenleiterin im folgenden Planungstreffen vorsichtig die Frage, wie die anderen Gruppenteilnehmer die Unruhe von Herrn C. (häufiges Aufstehen, ungeschlüssiges Um-den-Tisch-Herumlaufen) sehen und wieweit sie dies mittragen wollen. Für die Gruppenteilnehmer selbst ist dies keine Frage. Hier dem Sinn nach die Meinung der Gruppenteilnehmer: „Herr C. ist Mitglied der ersten Stunde. Sein Verhalten stört manchmal, aber wir können das aushalten.“ Jeder von ihnen signalisiert Mitleid, weil sie bemerkt haben, dass Herr C. gerade in diesem Spannungszustand Schmerzen, Kummer oder vielleicht nur eine Frage hat, die er nicht mehr in Worte fassen kann. „Er bleibt bei uns – er ist unser Mann“ fasst Herr D., ein noch sehr beredtes Gruppenmitglied, die Situation zusammen.

Die Gruppenteilnehmer können für das fehlerhafte Verhalten von Herrn C. Verständnis aufbringen und „aushalten“, weil sie diesen zeitweise auftretenden Zustand von Herrn C. verstehen. Sie kennen aus eigener Erfahrung die Qual, wenn sie sich und anderen ihre Befindlichkeit nicht erklären können. Das weitere Beispiel zeigt, dass die Gruppenteilnehmer fehlerhaftes Verhalten erkennen.

Herr A. hat mit der Demenz ein Suchtproblem entwickelt – Rauchen ist für ihn das höchste Glück. Er weiß, dass er in der Gruppe nicht rauchen darf. Anfangs schottet er sich auf den Ausflügen oder auf dem Weg zum Café von der Gruppe ab, um unterwegs rauchenden Personen eine Zigarette für 20 Cent abzukaufen. Dadurch gerät die Gruppe in Schwierigkeiten, weil die anderen auf ihn warten müssen und deshalb

wütend sind (einmal geht er auch dabei kurzzeitig verloren). Bis auf einen Teilnehmer, der im Berufsleben viel geraucht hat, sind alle Gruppenteilnehmer überzeugte Nichtraucher, sie lehnen Herrn A. und sein Verhalten ab. Nach einem Gespräch der Gruppenleiterin mit der Ehefrau von Herrn A. gibt diese seither einem Betreuer ein Päckchen mit ein paar Zigaretten für den Fall mit, dass ihr Mann rauchen möchte. Jetzt wendet sich Herr A. auf unseren Spaziergängen oder auf dem Weg zum Café immer an den Betreuer und es entstehen keine Konfusion oder ungewollte Wartepausen mehr für die Gruppe. Auch toleriert die Gruppe jetzt sein Verhalten mit Amüsement.

Herr A. kennt die ablehnende Haltung gegenüber dem Rauchen auch von zu Hause her. Inzwischen hat er gelernt, während der Planungstreffen länger zu warten, und will nicht mehr wie früher schnell einmal rausgehen, um zu rauchen. Jetzt schlägt er nach angemessener Zeit immer als Erster in der Runde vor, „wann es ans Spaziergehen geht, um wieder ordentlich zu laufen“, worüber die Gruppenteilnehmer je nach Lust und Laune abstimmen – nicht ohne sich eine bissige Bemerkung über sein tatsächliches Bedürfnis zu verkneifen.

Diskussion der Effektivität der psychosozialen Gruppenarbeit

In Gatterer (2007) werden Ergebnisse von Studien zusammengefasst, in denen Effekte von psychosozialen Maßnahmen für demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen untersucht wurden. Ein Ergebnis ist unter anderem, dass individualisierte, biografische Unterstützungsprogramme effizienter als globale Trainings von Funktionen sind. Ein weiteres Ergebnis ist, dass psychosoziale Maßnahmen einen messbar positiven Einfluss auf den Verlauf der Demenzerkrankung haben, indem Verhaltensstörungen positiv beeinflusst und die Kommunikationsfähigkeit verbessert werden. Dadurch kann eine signifikant längere Betreuungszeit zu Hause erreicht werden.

Diese Ergebnisse lassen sich durch die eigene Gruppenerfahrung bestätigen: Die Kommunikationsfähigkeit in der Gruppe hat sich verbessert, die Verhaltensstörungen haben sich verringert oder werden von der Gruppe toleriert. Die Gruppe besteht seit nahezu vier Jahren, und trotz Verschlechterung des Krankheitsbildes – uns Betreuern ist die Entwicklung zur mittelschweren bis schweren Demenz kaum negativ aufgefallen – stellt niemand das Weiterführen der Gruppe in Frage. Zu erkennen ist, dass sich Mitgefühl und Selbstwertgefühl als wesentliche Bestandteile des Gruppengefühls herauskristallisiert haben, ebenso wie innerhalb dieses positiven Bezugssystems Personen und Ereignisse für die dementen Gruppenmitglieder erkennbar werden.

Eine offene Frage ist, ob die Teilnehmer lernen könnten, Verständnis bzw. Entschleunigung für sich in kleineren kommunikativen Kontexten einzufordern, ähnlich wie beim oben geschilderten Kaffeetrinken. Eine andere weitergehende Frage ist, ob das Gefühl

der Achtsamkeit und das daraus resultierende Mitgefühl durch die Elemente Wiederholung und Ausdauer so verstärkt werden, dass dieses positive Gefühl nicht „irgendwie“, sondern durch Bildung tatsächlicher synaptischer Verbindungen Erinnerung ermöglicht (Singer & Ricard, 2008).

Um zum Praktischen zurückzukehren: Die Merkmale des Gruppengefühls, Mitgefühl und Selbstwertgefühl, helfen den Teilnehmern der Gruppe, sich in anderen institutionellen Kontexten außerhalb der Gruppe zurechtzufinden, z.B. in weitergehenden Betreuungsangeboten der Tagespflege, in die einige Teilnehmer der Gruppe seit einem Jahr gehen. Durch das erworbene Gruppengefühl besitzen sie die Fähigkeit, sich aufeinander zu beziehen und sich gegenseitig zu unterstützen.

Ein Beispiel: Herr E., der seit neuestem in der Tagespflege ist, hilft dem Gruppenmitglied Herrn C. in die Jacke, wenn die Tagespflege zu Ende geht. Das ist für Herrn C., wenn er am Ende des Tages ist und in der Hektik der Situation nicht mehr versteht, was los ist, das Startsignal zum Gehen. Herr E., kennt diese Geste des In-die-Jacke-Helfens aus der Gruppe von Herrn C., der in seinem Berufsleben in der Modebranche gearbeitet hat.

Unseres Erachtens liegt die Effektivität einer personenzentriert geleiteten Gruppenarbeit darin, dass dadurch langfristige Versorgungskonzepte zu Hause einfacher möglich werden. Weitergehende, familienentlastende Angebote wie Tagespflege stoßen auf mehr Akzeptanz bei den demenzkranken Menschen, einfach dadurch, dass sie sich nicht so verloren fühlen, wenn ein Bekannter aus der Gruppe da ist. Auch die Angehörigen wollen schließlich, dass Demenzkranke nicht nur untergebracht sind, sondern sich dort auch wohlfühlen können.

Literatur

- Gatterer, G. (2007). Effizienz spezifischer neuropsychologischer und klinisch-psychologischer Interventionen im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 40, 88–95.
- Bischoff, R., Simm, M. & Zell, R. (2004). *Der Kampf gegen das Vergessen*. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Singer, W. & Ricard, M. (2008). *Hirnforschung und Meditation. Ein Dialog*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Rogers, C. R. (1973/2006). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1977/2004). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Hüther, G. (2001). *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Unterstützungsprogramme für Angehörige und familienentlastende Projekte

Um die häusliche Versorgung zu gewährleisten, sind kontinuierliche Unterstützungsprogramme für pflegende Angehörige unumgänglich. Neben der Möglichkeit der Einzelberatung bieten wir eine angeleitete Selbsthilfegruppe für die Ehefrauen in Form von vierteljährlichen Workshops an, bei denen geeignete Referenten zu den von den Ehefrauen selbst gewählten Themen Stellung nehmen. Um die Bedingungen der Arbeit mit Angehörigen aufgrund unserer Erfahrungen zu skizzieren und auszuwerten, wäre ein weiterer Artikel nötig. Für die Ehefrauen selbst bedeutet die Selbsthilfegruppe im Wesentlichen die Möglichkeit, einander gegenseitig zu stärken, ihre Erfahrungen auszutauschen und sich teilweise privat zu Unternehmungen am Wochenende zu treffen, um nicht immer alleine mit dem kranken Ehepartner zu sein.

Für uns Betreuer sind die Ehefrauen in den Workshops im Wesentlichen Stichwortgeber für die Planung von Unterstützungsangeboten an ihrer Bedürfnislage entlang, wie z. B. dem kürzesten Kurzzeitpflegeangebot (ein bis zwei Übernachtungen), wenn sie ungestört an Familienfesten oder Theateraufführungen teilnehmen wollen. Auch hier kommt, wie oben geschildert, das Gruppengefühl positiv zum Tragen, wenn es gilt, ein erweitertes Betreuungsangebot in Form einer Kurzzeitübernachtung von ein bis zwei Nächten ohne Stress für die demenziell Erkrankten zu schaffen.

Eine weiteres Projekt ist, Sportgruppen für demenziell Erkrankte im mittelschweren Stadium zu ermöglichen, da die Gruppenteilnehmer entweder aus Sportgruppen herausgefallen oder in keine Sportgruppe integriert sind. Diese Sportgruppe wird in Kooperation mit einem Verein konzipiert, der sich auf Gesundheitssport spezialisiert hat.

Autorin:

Ellen Ensinger-Boschmann, Dipl. Päd. und Soz. Arb., arbeitet seit 13 Jahren in der Beratungsstelle VIVA, die nach neuen Wegen bei der psychosozialen Versorgung alter Menschen, besonders der altersverwirrten Menschen, sucht. Ein Arbeitsschwerpunkt ist der Personenzentrierte Ansatz (PZA)

Korrespondenzadresse:

*Ellen Ensinger-Boschmann
Beratungsstelle Viva für ältere Menschen und ihre Angehörigen
68309 Mannheim, Jenaer Weg 7/2
Telefon: 0049-621-703435
E-Mail: e.boschmann@beratungsstelle-viva.de*

Mark Galliker

Gesprächspsychotherapie mit einer älteren Frau

Zusammenfassung: Dargestellt wird der therapeutische Prozess bei einer 73-jährigen depressiven Frau. Die ersten Therapiestunden standen ganz im Zeichen der Herstellung eines Kontaktes zur Klientin. Der Therapeut konzentrierte sich zu Beginn der Therapie auf die Wiedergabe ihrer verbalen Beiträge und später dann auf die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte. Er unterstützte so gut wie möglich die Exploration der Klientin und gelangte zunehmend von einseitig empathischen zu dialogischen Wiedergaben.

Schlüsselwörter: Zugehende Beratung und Therapie, Verbalisierung, Selbstexploration, empathische und dialogische Resonanz, therapeutischer Prozess

Abstract: Talking therapy with an elderly woman. The therapeutic process of a 73-year-old woman with depression is presented. The first hours were used entirely to establish contact with the client. The therapist initially focused on reflecting the client's utterances and later on the verbalization of emotional experiences. He supported the client's self-exploration as far as possible and increasingly progressed from unilateral empathetic reflection to dialog-based reflection.

Key words: proactive counseling and therapy, verbalization, self-exploration, empathetic and dialog-based resonance, therapeutic process

Die im Folgenden beschriebene Gesprächspsychotherapie (GPT) mit einer 73-jährigen Frau¹, welche in psychopathologischer Hinsicht als depressiv und alkoholabhängig eingestuft wurde, dauerte 32 Therapiestunden. Es handelt sich um einen Praxisbericht, in dem einige wenige relevante Gesprächsausschnitte dargestellt werden und auf theoretische Erörterungen weitgehend verzichtet werden muss. Der Bericht gliedert sich in drei Teile, wobei die einzelnen Abschnitte durch einen Wohnortswechsel der Klientin während der Therapie und durch die Eingewöhnung am neuen Wohnort extern vorgegeben wurden.

Die Therapie wurde im Rahmen der so genannten *Zugehenden Beratung und Therapie* einer ambulanten Beratungsstelle für ältere und verwirrte Menschen und ihre Angehörigen in einer süddeutschen Industriestadt durchgeführt. Bei dieser Vorgehensweise geht es im Unterschied zur „Prä-Therapie“ nicht in erster Linie darum, *individuelle* Bedingungen für Veränderungen mitunter im Sinne von Rogers' (1959/1987) erster Voraussetzung zu persönlichen Veränderungen in der Therapie zu fördern (vgl. u. a. Prouty, 1998), sondern *objektive* (insbesondere räumliche) Voraussetzungen für ein Individuum so zu gestalten, dass eine Therapie realisierbar wird (vgl. u. a. Karl & Nittel, 1980). Bei den ersten fünf – noch nicht elektronisch festgehaltenen – Therapiestunden (s. u.) handelte es

sich vor allem um einfache verbale Wiedergaben im Sinne der klassischen GPT (Rogers, 1942/1985).

Anhand der im Folgenden in komprimierter Form dargestellten Fallgeschichte soll der Frage nachgegangen werden, ob sich die Durchführung einer GPT mit einer älteren Klientin überhaupt als sinnvoll erweisen kann. Obwohl dies seit Jahrzehnten wissenschaftlich nicht mehr in Frage gestellt wird (vgl. u. a. Bergeest & Rönnecke, 1980), ist die Auffassung nach wie vor weit verbreitet, dass Psychotherapie – und insbesondere auch GPT – mit älteren Menschen ein wenig lohnendes oder sogar riskantes Unterfangen darstellt. Beim vorliegenden Beispiel kommen neben der Voraussetzung des Alters noch weitere Faktoren hinzu, die eine GPT als fragwürdig erscheinen lassen könnten: Das Setting (GPT bei der Klientin zu Hause) ist ungewöhnlich, und zwischen der Klientin und dem Therapeuten bestehen relativ große Unterschiede im sprachlichen Ausdruck. Ist die Durchführung einer GPT nur mit Angehörigen der Mittelschicht möglich, die vielleicht noch über besondere Kompetenzen hinsichtlich der Verbalisierung verfügen, oder hängt der therapeutische Fortschritt eher von anderen Faktoren ab?

Anmeldungsgrund

Frau K. wurde von einer Sozialarbeiterin wegen einer schweren Depression und eines massiven Alkoholproblems zur Therapie angemeldet. Die Klientin wollte allerdings von Ärzten, Psychiatern,

1 Die in diesem Artikel angeführten Informationen (Namen, Altersangaben usw.) wurden ohne wesentliche Informationsverluste anonymisiert und leicht verändert.

Psychologen und Sozialarbeitern nichts mehr wissen. Angesichts des sehr schlechten Befindens von Frau K. vereinbarte man dennoch, einen Therapieversuch zu wagen. Unter Berücksichtigung der psychiatrischen Diagnose (Anpassungsstörung mit lang andauernder depressiver Reaktion bei einer instabilen Persönlichkeit mit Alkoholabusus) äußerten die Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle den Verdacht auf Borderline. Schließlich wurde eine Persönlichkeitsstörung mit einem Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie im Selbstbild, verbunden mit deutlicher Impulsivität, angenommen (DSM-IV, 301.83).

Gemäß OPD (*Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*) zeigte sich ein „geringes strukturelles Integrationsniveau“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 120). Diese Diagnose verwies insbesondere auf Probleme hinsichtlich der Kompetenz, eigene Impulse, Affekte, den Selbstwert und damit Bezüge zu den Mitmenschen genügend regulieren zu können. Bei der innerhalb der Beratungsstelle bestehenden möglichen Alternative GPT versus KVT (Kognitive Verhaltenstherapie) wurde aufgrund der Inkongruenz der Klientin und der zunächst in keiner Weise gegebenen Compliance die erste Option gewählt. Die Inkongruenz der Klientin wurde vor dem Hintergrund des siebenstufigen *Prozesskontinuums* (PK) von Rogers (u. a. 1961/2006), dessen oberste Stufe die (kaum je realisierbare) Leitvorstellung der so genannten *fully functioning person* darstellt, sowie der *Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (OPD), insbesondere der hinsichtlich der GPT besonders relevanten Achse IV (Struktur), betrachtet (Arbeitskreis OPD, 2006).

Die Strukturachse der OPD bezieht sich auf das *Selbst* in seiner Beziehung zu den so genannten Objekten (Fähigkeit bzw. Unfähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle; Möglichkeit bzw. Unmöglichkeit zur inneren und äußeren Abgrenzung). Mit zunehmend geringerem Strukturniveau wird gemäß OPD sehr viel häufiger von Persönlichkeitsstörungen ausgegangen (Oberbracht, 2005). Die mit diesem OPD-System anvisierte Struktur bezieht sich auf die Verfügbarkeit über psychische Funktionen in der Regulierung des Selbst und seiner Beziehung zu inneren und äußeren Objekten. Der Grad der Verfügbarkeit oder der Einschränkung wird anhand des Integrationsniveaus (gute, mäßige, geringe Integration, Desintegration) der jeweiligen Funktionen beschrieben. Von den sechs Strukturdimensionen betreffen die ersten drei das Selbst (Selbstwert, Selbststeuerung, Abwehr) und die weiteren drei den Bezug zu den Objekten (Objektwahrnehmung, Kommunikation, Bindung).

Zur theoretischen sowie praktischen Orientierung im Rahmen des Personenzentrierten Ansatzes (PZA) wurde auch das nicht psychopathologisch verfasste und unmittelbar auf das Geschehen im Gespräch hin ausgerichtete humanpsychologische Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation (vgl. Schulz von Thun, 1981) beigezogen und jeweils hinsichtlich des verbalen, präverbalen und nonverbalen Verhaltens der Beteiligten befragt (Galliker & Weimer, 2006).

Die genannten Instrumente und Modelle wurden allerdings bewusst ausschließlich in einem heuristischen Sinne verwendet (vgl. Brossi & Biermann-Ratjen, 2007). Der Therapeut versuchte der Klientin möglichst unbefangen und eben *nicht* theoriezentriert zu begegnen. Im Verlaufe der Therapie spielten die angeführten Hilfsmittel für den Therapeuten dann auch eine immer geringere Rolle; ja die vorgängigen Diagnoseversuche wurden schließlich einfach vergessen. Jedenfalls tauchten sie im Diskurs der Supervision *nie* wieder auf.²

Anamnese

Frau K. (73 J.) arbeitete seit ihrem 17. Lebensjahr als Hilfsarbeiterin in einer Großgießerei in einer süddeutschen Industriestadt. Später war sie in einer industriell betriebenen Großwäscherei beschäftigt. In beiden Unternehmen musste sie sehr hart körperlich arbeiten. Sie war stolz auf ihre damaligen Leistungen. Dieselben waren eine Bestätigung, die sie für ihr Selbstwertgefühl zeitlebens brauchte. In der Großgießerei lernte Frau K. – damals noch Fräulein P. – schon bald einen acht Jahre älteren Mann kennen. Herr K. war ein gut aussehender, geselliger Facharbeiter, der in seiner Freizeit als Leader einer Band zum Tanz aufspielte und dem Alkohol schon in jüngeren Jahren nicht abgeneigt war. Als Fräulein P. im Alter von 18 Jahren von Herrn K. schwanger wurde, wollte sie ihn *nicht* heiraten; ihr war bewusst, dass er ihr nicht treu sein konnte. Auf Druck ihrer Mutter, die den jungen Arbeiter bewunderte, heiratete sie ihn schließlich dennoch.

Frau K. gebar drei Kinder. Ihr Mann war mit der Zeit immer seltener zu Hause. Wenn er nicht selbst bei einer Veranstaltung auftrat, trieb er sich in Nachtclubs herum und kam häufig erst frühmorgens alkoholisiert nach Hause. Stellte sich ihm seine Frau in den Weg, dann schlug er sie, und auch gegenüber den Kindern verhielt er sich aggressiv. Aus Rache, weil ihre Mutter sie zur Heirat gezwungen hatte, weigerte sich Frau K., ihren Sohn der Mutter, die keine Erfahrung mit einem männlichen Kind besaß, zur zwischenzeitlichen Betreuung zu überlassen.

Nach vielen tristen Ehejahren veranlasste Frau K. gegen den Willen ihres Mannes die Scheidung und setzte diese dann auch gegen allen Widerstand durch. Fortan hatte Frau K. besonders mit den Kindern Probleme und das Jugendamt wurde eingeschaltet. Doch laut Aussage von Frau K. konnte sie diesem gegenüber klarstellen, dass sie ihre Kinder nicht schlug. Einige Jahre nach der Trennung lernte Frau K. Herrn E. kennen. Herr E. war ein eher ernster und zurückhaltender Mann. Sie musste ihn manchmal dazu überreden, mit ihr am Samstagabend tanzen zu gehen. Frau K.s ehemaliger Mann reagierte unverhältnismäßig eifersüchtig auf Herrn E.

² An dieser Stelle möchte ich mich bei Rosina Brossi, Agnes Kraft, Jörg Merz und Urs Muigg für ihre Unterstützung herzlich bedanken.

Nach jahrelanger Trennung konnte Herr K. seine Ex-Frau dazu überreden, wieder mit ihm zusammenzuziehen. Wegen der in Aussicht gestellten Rente willigte sie schließlich ein; handelte mit ihm jedoch aus, dass Erotik aus der künftigen Beziehung – wie während der Trennungsphase – ausgeschlossen bliebe. Sie stellte gegenüber ihrem Mann klar, dass die „Wiedervereinigung keinesfalls aus Liebe“ erfolgen würde. Doch die Familie war nun wieder zusammen. Regelmäßig besuchten die inzwischen erwachsenen Kinder (zwei Töchter und ein Sohn) mit ihren Kindern (insgesamt neun Enkeln) ihre Eltern bzw. Großeltern an Sonntagen. Doch nach einigen wenigen Jahren schon erkrankte Herr K. und die Klientin pflegte ihn bis zu seinem Tode.

Frau K. blieb nach dem Tode ihres Ehemannes an Sonntagen alleine in ihrer Wohnung. Sie war sehr unzufrieden mit sich und der Welt. Sie vernachlässigte sich, begann zu rauchen und zu trinken. Ihre Wohnung wurde unordentlich und schmutzig. Sie bekam keinen Besuch mehr. Wenn sie jemanden im Treppenhaus oder auf der Straße vor dem Haus traf, kam es mit großer Wahrscheinlichkeit zu einem Streit. Frau K. verließ ihre Wohnung und schließlich auch das Bett immer seltener. Wenn sie einmal ausging, war sie zu den Leuten aggressiv. Auch mit ihren nächsten Angehörigen zerstritt sie sich. Seit Monaten sah sie ihre drei Kinder und ihre acht Enkel nicht mehr. Mit ihrer ältesten Tochter und Lieblingstochter R. telefonierte sie höchstens noch einmal pro Monat. Bei einem dieser Gespräche versicherte sie der Tochter, dass sie niemanden mehr sehen wolle, worauf auch dieser spärliche Kontakt unterblieb. Frau K. war verbittert und manchmal auch aufgewühlt. Dabei machte sie aus ihrem Hass auf alle und alles keinen Hehl mehr.

Kurz vor Beginn der Therapie kam es zu einer Auseinandersetzung mit der Vermieterin, weil diese behauptet hatte, Frau K. würde die Haustreppe nicht mehr richtig reinigen. Frau K. sah sich ungerrecht behandelt; unter anderem auch deshalb, weil ihr Nachbar, ein älterer Herr, mit dem sie sonst verhältnismäßig gut auskam, noch nie die Treppe gereinigt hatte und dies von der Vermieterin noch nie beanstandet worden war. Sie beschimpfte die Vermieterin so heftig, dass diese ihr kündigte. Hierauf vermittelte ihr der gesetzliche Betreuer (Herr D.) ein Appartement im Rahmen des betreuten Wohnens in einem Quartier am anderen Ende der Stadt.

Beginn der Therapie

Eine Mitarbeiterin der Beratungsstelle fragte beim Therapeuten an, ob es ihm noch möglich sei, mit Frau K. eine Psychotherapie zu Hause durchzuführen. Der Therapeut vertrat gegenüber der Beraterin zunächst die Meinung, dass die Klientin aufgrund ihres noch nicht allzu hohen Alters die Beratungsstelle in der Innenstadt aufsuchen könne. Die Beraterin erachtete diesen Vorschlag jedoch zumindest für die ersten Therapiestunden als unrealistisch, und zwar aus folgenden Gründen:

- Die Klientin wohnte in einem Außenbezirk der Stadt. Die Fahrt mit der Straßenbahn dauerte 20 Minuten. Außerdem waren es rund fünf Minuten von Zuhause zur Straßenbahnhaltestelle und zirka zehn Minuten von der Endhaltestelle zur Beratungsstelle.
- Beim ersten Besuch auf der Beratungsstelle wäre eine Begleitung hin und zurück durch die Beraterin oder eine andere Betreuungsperson notwendig gewesen, denn seit dem Tod ihres Mannes bewegte sich die Klientin – wenn überhaupt – nur noch zu Fuß innerhalb ihres Stadtteils.
- Auch bei einem geglückten Therapiebeginn mit Einwilligung der Klientin wäre die Fortsetzung zumindest fraglich gewesen. Die Klientin wäre aufgrund ihrer Einstellung gegenüber Ärzten, Psychiatern und anderen Betreuungspersonen wahrscheinlich zu wenig motiviert gewesen, den langen Weg ein zweites Mal – und nun alleine – zurückzulegen.
- Die Klientin würde, auch wenn sie wirklich mit einer Psychotherapie einverstanden wäre und wider Erwarten den Weg alleine finden würde, aufgrund ihres Alkoholproblems und ihrer Nikotinsucht sicherlich unterwegs bei einem Café oder einem Kiosk „hängenbleiben“.

Die Beraterin rief einige Tage später den Therapeuten nochmals an und informierte ihn über das Einverständnis von Frau K. für einen ersten Besuch. Als der Therapeut an dem mit der Beraterin vereinbarten Termin an der Wohnungstüre der Klientin läutete, tat sich zunächst gar nichts. Erst nach mehrmaligem „Rufen“ öffnete sich die Türe und Frau K. meldete sich mit den Worten: „Was wollen Sie hier eigentlich?“ – „Ach, Herr G.?“ – „Mit Ihnen habe ich überhaupt nicht gerechnet!“ Nach einer längeren Pause sagte Frau K.: „Ah so, also – jawohl, Sie können schon reinkommen“.

Die Klientin, eine eher klein gewachsene, hübsche ältere Frau, war damals noch sehr mager und hatte kurze, fettige Haare. Das Aussehen von Frau K. machte den Anschein, als ob der Gram seit einiger Zeit „direkt an ihr zehrte“, weshalb sie trotz aller körperlicher Vorzüge „gar nicht gut aussah“, wie sich Herr D. dem Therapeuten gegenüber ausdrückte.

In der Wohnung (drei Zimmer) herrschte eine große Unordnung. Der Therapeut saß der Klientin an einem niedrigen rechteckigen Sallontisch in dem wenig gepflegten Wohnzimmer gegenüber. Auf dem Tisch befanden sich ein Teller mit einem halb gegessenen Kotelette, einige Bierflaschen und viele Zigarettenstummel.

Ein richtiges Gespräch kam beim ersten Treffen nicht zustande. Von einem offensichtlich andauernden, nagenden Kummer innerlich hart geworden und mit stillem, unnachsichtigem Pessimismus erfüllt, gab die Klientin höchstens kurz angebundene Antworten und verschloss sich dem Therapeuten gegenüber. Die Klientin gab aber dem Therapeuten immerhin zu verstehen, dass sie sich ihm gegenüber „nicht öffnen“ wolle und „keine Beziehung“ wünsche. Sie appellierte auch nonverbal an ihn, sie gefälligst „nicht zu stören“. Auf ausdrückliche Fragen hin stellte sie diese Verneinungen

wiederum in Abrede. Diese erste „Therapiestunde“ war in Wirklichkeit eine mit vielen längeren Pausen durchsetzte „Fragestunde“. Immerhin konnte aber nach dieser ersten Stunde ein zweiter Termin vereinbart werden.

Erste Therapiephase

Eine Woche später ließ die Klientin den Therapeuten zunächst wieder längere Zeit vor der Wohnungstüre warten, bevor sie ihn mit den Worten hineinließ: „Mit Ihnen habe ich gar nicht gerechnet, ich wollte gerade fortgehen, da haben Sie jetzt aber Glück gehabt. Was wollen Sie überhaupt hier? Ich will doch gar nichts von Ihnen. Was meinen Sie eigentlich, wer Sie sind, Sie Klugscheißer.“

Besonders in der ersten Therapiephase (bis zur 7. Stunde; s. u.) musste der Therapeut von Frau K. einiges einstecken. Auch in späteren Phasen der Therapie fühlte er sich manchmal durch seine Klientin verletzt. Dennoch fand der Therapeut die unglückliche Frau von Anfang an auf eine Art sympathisch. Die Ausdrucksweise der Klientin klang für „Mittelschichtsohren“ vielleicht etwas derbe, doch das war offenbar ihre Art sich auszudrücken, und sie war zumindest offen und ehrlich, sagte jeweils direkt heraus, was sie dachte ohne Rücksicht auf mögliche Verluste.

In den ersten Stunden sprach Frau K. mit einer eher monotonen Stimme. Sie wurde in ihrer „Erzählung“ vom Therapeuten mühsam unterstützt. Die Klientin sagte in einem für den Therapeuten manchmal noch schwer verständlichen Soziolekt, dass sie mit niemandem mehr etwas zu tun haben wolle, schon gar nicht mehr mit ihren Kindern und früheren Bekannten. Die für den Psychotherapeuten (mitunter auch körperlich) spürbaren seelischen Schmerzen, ihre tiefe Enttäuschung, manchmal fast schon Verzweiflung, verbalisierte sie in keiner Weise. Anregungen zur Verbalisierung wies sie zurück, und insbesondere für die vorschnelle Frage, ob sie ihren seelischen Schmerz auch körperlich spüre, hatte sie wenig übrig. Die Klientin wirkte niedergeschlagen und trübsinnig, oft mürrisch, bitter, ja manchmal auch verächtlich und feindselig. Die Grundstimmung war aber Niedergeschlagenheit und vordergründig Ergebenheit in das eigene Schicksal.

Die Klientin wollte eigentlich einfach in Ruhe gelassen werden und endlich Ruhe finden. Mehr wollte sie ursprünglich gar nicht, und der Therapeut kam sich auch bei diesem zweiten Besuch noch als Eindringling vor; er wollte sich schon bei der Klientin entschuldigen und sich am Ende der Stunde endgültig von ihr verabschieden, als diese sich plötzlich nach einem neuen Termin erkundigte.

In den nächsten fünf Therapiestunden wurden von der Klientin folgende Themen angesprochen:

- Ehe
- Kinder
- Enkel
- Scheidung

- Pflege des Mannes
- Frühere Arbeit (Gießerei, Wäscherei)
- Kündigung und bevorstehender Umzug

Zunächst kamen die Gespräche nur stockend voran. Der Therapeut hatte nach wie vor das Gefühl, manchmal Fragen stellen zu müssen. Er fürchtete, dass es nicht weiter gehe und Frau K. den Kontakt abbrechen würde, denn in der dritten Stunde sagte die Klientin nach einer längeren Gesprächspause: „Es hat doch alles keinen Zweck, hören wir doch endlich auf damit.“

Der Therapeut „hörte“ dann diesen Satz immer wieder, wenngleich ihn die Klientin später nur noch einmal wiederholte. Er entschloss sich, vorerst so gut wie möglich i. S. des frühen Rogers (1942/1985) vorzugehen und sich auf die verbalen Äußerungen der Klientin zu zentrieren, wenn möglich auf die wenigen mit Gefühlston, was jedoch oft sehr schwierig war und nicht immer gelang. Die Vornahme genauer Wiedergaben ist zwar strukturell einfach, doch in der Durchführung sehr anspruchsvoll und in der Praxis für viele Therapeuten wohl selten oder vielmehr kaum je in der Perfektion realisierbar, wie dies Rogers im Gespräch mit Gloria demonstriert hat (Näheres in Klein & Galliker, 2007). Immerhin sprach die Klientin mit der Zeit etwas fließender; hin und wieder erzählte sie auch schon von Ereignissen, nach denen der Therapeut sich nicht einmal erkundigt hatte. Die Pausen wurden von Stunde zu Stunde seltener und auch etwas kürzer.

Während der ersten Therapiephase (sie dauerte bis zum Umzug der Klientin nach der 7. Therapiestunde) *erschloss* sich dem Therapeuten ein innerer Bezugsrahmen, der von Verlust, Resignation, Ressentiments, Schutz vor feindseligen Menschen, Eigenständigkeit sowie Erklärbarkeit der Einsamkeit geprägt war (allerdings wurde dieser Bezugsrahmen noch keineswegs von der Klientin selbst i. e. S. persönlich eröffnet). Weder von der Klientin noch vom Therapeuten wurden Probleme (z. B. Alkohol- und Nikotinabhängigkeit, Einsamkeit) angesprochen oder gar Gefühle (z. B. Hass) zu verbalisieren versucht. Die Klientin wirkte dadurch manchmal rigide. Befriedigungsmöglichkeiten schienen deutlich eingeschränkt zu sein. Einmal erzählte sie von einem „Ausraster“. Doch der Hintergrund all ihrer Beiträge war eine immense Einsamkeit und scheinbare Machtlosigkeit derselben gegenüber. Der Therapeut beschränkte sich in seinem Vorgehen im Wesentlichen darauf, ihrer Resignation behutsam eine Stimme zu geben.

Die Beziehung zwischen Klientin und Therapeut blieb aber distanziert. Die Klientin versprach sich offenbar nicht viel von dieser „Gesprächspsychotherapie“. Aber sie sprach mit diesem Therapeuten (allerdings recht vordergründig und vielleicht auch nur, weil er jede Woche doch etwas Abwechslung in ihr Leben brachte). Der Therapeut fühlte sich jeweils vor und noch einige Zeit nach der Begrüßung beklommen. Während der Therapiestunde löste sich jedoch dieses Gefühl allmählich auf, am Ende der Stunde war der Therapeut meistens lockerer. Und er ging immer wieder gern zur

Klientin; warum, konnte er selbst nicht richtig verstehen. Sie hatte für ihn von Anfang an neben allem Abweisenden etwas Anziehendes an sich; genau wusste er aber nicht, was das war. Vielleicht war es auch nur so eine diffuse Erwartung, die er als wohltuend empfand.

Der Therapeut sprach während der ganzen Therapie von sich aus das Alkohol- und Nikotinproblem von Frau K. *nie* an. Auch die Klientin kam selten darauf zu sprechen. Dies war erstmals gegen Ende der ersten Therapiephase der Fall. Aus dem folgenden Gesprächsausschnitt³ geht hervor, dass die Klientin nach dem Tod ihres Mannes zu rauchen angefangen hatte.

Gesprächsausschnitt (7. Stunde)

K23: *Der Doktor hat mich abgehört wegen dem Husten und gsagt, dass es nicht gut aussieht. Sie kriegens auf der Lung. Der war bös dieser, dieser -Arzt.*

T24: *Der hat geschimpft mit Ihnen?*

K24: *Der hat gesagt, seit Ihr Ehemann gestorben ist, sind Sie anders geworden.*

T25: *Eben, also zum Beispiel zu rauchen haben Sie begonnen.*

K26: *Ah joo*

T26: *Also mit dem Tod Ihres Mannes haben Sie zu rauchen begonnen. Fast, fast – ah – ein paar Tage später.*

K27: *Ja -- ... und seitdem habe ich zu rauchen begonnen ... es wären ... am 23. (Monat) wären es fünf Joohr – ah.*

T27: *Kann ich sagen, dass er Ihnen fehlt, oder, der Mann?*

K28: *Manchmal sowieso –. Was ist manchmal?*

T28: *Manchmal*

K29: *Manchmal ja, die meiste Zeit ja, ich mache manchmal den Radio nicht an, weil er hat ja auch viel Musik gemacht.*

T29: *Ja, selber gespielt.*

K30: *Hat selber Musik gespielt, joo. Und wenn bei einem Sender Musik kommt, mit Schlager, da – da drück ich gleich um.*

T30: *Ah so, dann hören Sie das oder*

K31: *Ah joo – nei. Ich drück um, wenn die Schlager kommen.*

T31: *Die haben Sie nicht gern oder ... was hat*

K32: *Ich kann die Lieder nicht hören.*

T32: *Was hat er denn gespielt?*

K33: *Mein Mann?*

T33: *Ja.*

K34: *Der hat Ziehharmonika gespielt.*

T34: *Ja, wel*

K35: *und Schlagzeug.*

T35: *Ja – welche Musik hat er gemacht? Auch Schlager?*

K36: *Ah joo, der hat alles gespielt.*

T36: *Schlager zum Tanzen?*

K37: *Ah joo.*

T37: *Ja.*

K38: *Die Zeiten sind halt vorbei. ...*

T38: *Das haben Sie halt ah – jetzt akzeptiert, aber es ist leer, leerer, seit er nicht mehr da ist, oder?*

K39: *Ja, es ist ruhig, es ist still. (Th: Ja) Die Kinder kommen nicht mehr. ... Was will I do sagen? Was will ich machen?*

T39: *[Räuspern] Kommen sie nicht mehr, die Kinder?*

K40: *-- Die werden kommen, wenn ich in einer anderen Wohnung bin. Ich krieg ja eine andere Wohnung – durch den Herrn D.*

T40: *Und da kommen dann die Kinder. Da, da glauben Sie, dass die Kinder kommen.*

K41: *Die kommen dann, das weiß ich.*

T41: *Kommen sie hierhin nicht wegen der Wohnung?*

K42: *Ja.*

T42: *Was sagen sie denn zur Wohnung?*

K43: *Gar nichts. Zu der Wohnung nichts. Aber man kann da nicht sitzen.*

T44: *Man könne nicht sitzen hier.*

K45: *Die können nicht sitzen.*

T45: *In der neuen Wohnung hat es vielleicht mehr Platz [unsicher]?*

K46: *Mmh.*

T46: *Und wo wohnen die Kinder? Hier in der Nähe? Oder in der Nähe der neuen Wohnung?*

K47: *Nee ... die – G. wohnt drin in der Stadt. Und der H. der wohnt in Dings in, in – was weiß I wie das Kaff heißt ... I glaube – Feigele (Feidene) oder Ivese (Ilvese) oder was das isch.*

T47: *Aber in der Nähe von M. (Stadt)?*

K48: *Jaja. (Th: Mmh) Und die R. wohnt nicht weit von do weg (Th: Ja). Also die hat also a mol agrufe--*

T48: *Aber sie die R. kommt auch nicht hierhin –. Ja nur, weil es keinen Platz hat – oder äh?*

K49: *Nee – weil, weil ihnen der Papa gestorben ist.*

T49: *Weil der Vater gestorben ist?*

K50: *Ah joo.*

T50: *Sie sind vorher wegen dem Vater gekommen -- vor allem?*

K51: *Ah ja, die sind wegen uns allen zwei (sehr betont) gekommen. Aber denen geht es halt nicht in den Kopf rein, dass der nicht mehr do sitzt – nicht?*

T51: *Das geht ihnen nicht ... Sie können das nicht akzeptieren?*

K52: *Nee.*

T52: *Sie wollen quasi Sie nur zusammen – mit dem – ähm – Mann sehen?*

K53: *Ah joo. -- (sehr lange Pause) Sollen sie halt draußen bleiben. ... Ich hab ihnen gesagt bleib fort ... aber – Herr D. gesagt, wie er do war, die vorige Woche, ich habe eine Wohnung – mal sehen.*

T53: *Das wäre schön*

K54: *Ja.*

T54: *Und Ihnen macht es nichts aus, da (von N.) weg zu gehen?*

3 Um einen Eindruck vom Soziolekt der Klientin zu geben und dennoch die Lesbarkeit zu erhöhen, wurde bei den folgenden Dialogausschnitten jeweils eine teilweise Annäherung der aufgenommenen Sprache an die Schriftsprache vorgenommen (z. B. „gworden“ für „geworden“). Legende: Kurze (–), längere (– –) Pause; betont; (Bemerkungen zum Dialoginhalt); [Paralinguales/Nonverbal]; ... unverständlich.

K55: *Nee – ganz im Gegenteil.*

T55: *Sie sind froh, wenn Sie weggehen?*

K56: *Ich bin froh, wenn ich aus dem Haus komme.*

T56: *Ja, Sie haben mir ja erzählt, da wegen der – Vermieterin und wegen dem Mann da drüben, wegen dem Putzen haben Sie mir erzählt vor einer Woche (K: bestätigendes Geräusch). Da sind Sie froh, wenn Sie wegkommen.*

K57: *Ha joo. Aber mit der habe ich sowieso wieder Krach ghabt.*

Frau K. war im Alltag Affekten ausgeliefert, die sie in der Therapie noch nicht richtig zeigte oder gar zu verbalisieren vermochte. Die Klientin sprach über weite Strecken monoton und machte einen deprimierten, meistens resignierten Eindruck. Alternativ zu einer manchmal doch aufscheinenden diffusen Erregung existierten dann wieder länger dauernde Zustände emotionaler Unbelebtheit. Was steckte hinter ihrer Depressivität und Verbitterung, was drückte ihre Depression aus? Manchmal wirkte die Stimme der Klientin auf den Therapeuten wie durch etwas Vergangenes oder Gegenwärtiges beleidigt; manchmal klang durch die meistens eher düstere Stimmung hindurch auch ganz leise Sehnsucht. Ansonsten gelangten kaum Emotionen an die Oberfläche des Gesprächs, und allenfalls vorhandene „innere Zustände“ oder Erfahrungen wurden schon gar nicht als Gefühle ausformuliert.

In dieser ersten Therapiephase vermochte sich Frau K. auch noch kaum auf ihre Klientenrolle einzulassen. Sie erlebte dieselbe eher als Zumutung und konnte möglicherweise hilfreiche und/oder wohltuende Seiten des psychotherapeutischen Angebots kaum wahrnehmen oder gar nutzen. Der Therapeut hatte den Eindruck, dass es der Klientin eigentlich gleichgültig war, mit wem sie sprach, brachte sie doch kaum je zum Ausdruck, dass sie die Präsenz des Therapeuten nun akzeptierte oder dass sie die Gespräche sogar fortan wirklich wollte. Die Klientin beantwortete die Fragen des Therapeuten meistens nur kurz, nicht ohne zu verstehen zu geben, dass diese Antworten auch für den Therapeuten eigentlich selbstverständlich sein sollten, was mitunter mit der Qualifikation des ausgedehnten „Ah joo“ zum Ausdruck gebracht wurde; ein „Ah joo“, das der Therapeut allerdings mit der Zeit auch als Bestätigung betrachtete bzw. als erstes Anzeichen von Wohlwollen empfand.

Die Klientin machte sich keine Gedanken darüber, was ihre Äußerungen für andere Personen bedeuten konnten. Sie fand ihre Erfahrungen einfach selbstverständlich, setzte sich kaum mit ihnen auseinander und erwartete auch vom Therapeuten nichts oder jedenfalls nicht viel. Die Klientin wollte möglichst schnell „darüber hinwegkommen“ und sich selbst und andere möglichst wenig damit beschäftigen. Es lag ihr fern, sich auf ihr eigenes Erleben und dessen Bedeutung zu konzentrieren. Beispielsweise schien die Klientin sehr darunter zu leiden, dass die Kinder sie nicht mehr besuchen kamen, doch drückte sie niemals Schmerz aus, ja bestritt denselben und versuchte mehrmals, den reinen Sachverhalt zu erklären

(Art der Wohnung; mangelnde Sitzgelegenheit; andere Wohnung; Tod des Vaters).

In dieser ersten Therapiephase wirkte die Klientin meistens kraftlos, doch gab es auch einige Gesprächssequenzen, die auf Außenstehende sicherlich „irgendwie atemlos“ gewirkt hätten. Die Gespräche kamen zwischenzeitlich immer noch nur mühsam voran. Manchmal war es wie ein vorsichtiges gegenseitiges Abtasten der Gesprächspartner.

Bei der Besprechung des Themas der ausbleibenden Besuche der Kinder folgte der Therapeut einmal dem Wegschauen der Klientin *nicht* (vgl. T52 zu K51), so dass diese plötzlich unwirsch gegenüber den abwesenden Kindern reagierte („Sollen sie halt draußen bleiben. ... Ich hab ihnen gesagt, bleibt fort“). Die Klientin schien sich der Wirkung dieses negativen Appells kaum bewusst zu sein. Sie erzählte fast ausschließlich über äußere Dinge, die zwar gelegentlich auch ein intensiveres Empfinden durchscheinen ließen, doch verortete sie ihre Probleme gänzlich bei anderen Menschen; bei der hier angeführten Gesprächssequenz war dies ausschließlich die Vermieterin, wegen der sie das Haus, in dem sie jahrelang gelebt hatte und das sich in einem Quartier befindet, in dem sie einen großen Teil ihres Lebens verbracht hatte, verlassen musste.

Die Klientin wich dem Therapeuten v. a. dann aus, wenn ihre Verletzungen von diesem tangiert wurden. Beispiel: T50: „Sie (die Kinder) sind vorher wegen dem Vater gekommen – vor allem? K51: Ah ja, die sind wegen uns allen zwei gekommen“. Diese Aussage wurde im Nachhinein mit einer externen Erklärung zwar formal zurückgenommen, aber zugleich inhaltlich legitimiert: „Aber denen geht es halt nicht in den Kopf rein, dass der nicht mehr do sitzt – nicht?“

Im Großen und Ganzen wirkte der Therapeut ruhig und hielt sich eher zurück. Allerdings war er nicht nur vorsichtig und behutsam, sondern auch wachsam, so dass er meistens – keineswegs immer – wie selbstverständlich quasi recht nahe bei dem von der Klientin Dargebotenen blieb. Der Therapeut war sich aber bewusst, dass er bei aller positiven Übertragung vor allem Mitleid mit der Klientin verspürte. Er fühlte sich in seiner Rolle noch nicht so sicher und manchmal recht unwohl oder sogar unbehaglich während dieser ersten Therapiestunden. Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, ja manchmal Selbstaufgabe (wahrscheinlich aber kaum je Suizidalität) der Klientin stimmten ihn trotz aller Abgrenzungsversuche ebenfalls niedergeschlagen und manchmal selbst hoffnungslos. Aber es gab für ihn immer auch wieder Lichtpunkte. Er spürte, dass hinter der Ausdrucksweise der Klientin (manchmal spröde und zuweilen auch kurz angebunden, ja schroff und mit kaum entgegenkommenden Beiträgen) noch einiges verborgen sein könnte (vgl. u. a. oben T27/K28).

In dieser ersten Therapiephase sah sich der Therapeut manchmal wie mit einer Mauer konfrontiert. Doch handelte es sich für ihn um eine natürliche Gartenmauer, die uneben war, Löcher hatte und teilweise mit Moos und Efeu überwachsen war. Im Innern der Mauer schienen sich auch kleinere Tiere aufzuhalten (Lurche, Käfer usw.)

und hinter ihr vermutete er einen wilden Garten mit zahlreichen Blumen, Bäumen und Tieren, ja vielleicht auch wilden Tieren, die größer und vielleicht teilweise auch weniger harmlos waren als jene in der Mauer. Ermöglichten diese Löcher auch einen Durchblick in den Garten? Der Therapeut fragte sich, ob er hier überhaupt durchblicken durfte. Würde er damit nicht das doch mühsam erkämpfte und noch immer sehr bedingte Vertrauen wieder verspielen? Und weiter: Würde er durch seine Konzentration auf bestimmte Stellen in der Mauer das Elend schlimmstenfalls nur noch verstärken?

Eine außenstehende Person gewinnt nach dieser ersten Therapiephase sicherlich den Eindruck, dass hier zwei Menschen aus zwei ganz verschiedenen Welten aufeinandergestoßen sind und eine entsprechende Spannung besteht. Bildlich gesprochen streckte der Therapeut zu Beginn der Therapie zwar erwartungsvoll seine Arme in Richtung Klientin aus, doch vermochte er sie nicht zu erreichen, denn sie zeigte ihm ihre kalte Schulter, nahm manchmal die Ellbogen zu Hilfe und versuchte auch, dem Therapeuten auszuweichen. Offensichtlich kam noch keine richtige Beziehung zustande, obwohl der Therapeut und sicherlich auch schon manchmal die Klientin sich bemühten, dem jeweiligen Gegenüber trotz allem zu begegnen.

Mittlere Therapiephase

Der Umzug in die neue Wohnung bedeutete die Zäsur zur zweiten Therapiephase (8. bis 20. Sitzung). Diese zweite Phase dauerte von der ersten Stunde am neuen Wohnort bis zur Zeit, als sich die Klientin einigermaßen an die neue Wohnsituation eingewöhnt hatte und schließlich die Gegenstände (u. a. Möbel), die in der neuen Einzimmerwohnung mit Kochecke und Bad („betreutes Wohnen“) keinen Platz fanden, im Keller unterbringen konnte.

Von Anfang dieser Eingewöhnungsphase an äußerte sich die Klientin sehr negativ über ihre neue Wohnsituation. Erstens handle es sich nicht wie von Herrn D. versprochen um eine eigentliche Wohnung, sondern nur um ein Zimmer mit einer Kochecke und einem kleinen Bad und zweitens sei ihr der neue Stadtteil fremd, so dass sie sich nicht weit von ihrem neuen Lebensort entfernen könne, ohne sich zu verirren. Es sei nicht das in Aussicht gestellte „alte Heimatquartier“, sondern eine Neubausiedlung, die sie zuvor nie gesehen habe und mit der sie nichts anfangen könne. Frau K. fand ihre neue Wohnnachbarin und auch die anderen Bewohnerinnen des Hauses überhaupt nicht wie angekündigt freundlich, sondern hochnäsiger und kaum erträglich. Sie würde von ihnen beobachtet und negativ eingeschätzt. Zufällig sei es ihr sogar möglich gewesen, ein Telefongespräch mitzuhören, in dem ihre alte Vermieterin sie bei den Leuten im neuen Haus schlecht gemacht hätte. Offenbar fühlte sich die Klientin durch diese Frau nach wie vor bedroht und von allen anderen Personen abgelehnt.

Die Klientin vermisste ihre alte, relativ geräumige Wohnung. Die meisten persönlichen Dinge, die sie beim Umzug mitgenommen

hatte (u. a. Möbelstücke, Bilder), konnte sie am neuen Ort gar nicht unterbringen. Wochenlang ließ sie dieselben in ihrem Zimmer herumliegen – teilweise vielleicht auch als Ausdruck dafür, dass sie in ihrem „neuen Zuhause“ noch nicht richtig angekommen war. Erst Wochen später konnten die Gegenstände, die in ihrem Appartement keinen Platz fanden, von einer Helferin im Keller untergebracht werden. Gleichwohl schien die Klientin ihren Umzug nicht wirklich zu bereuen, bekräftigte sie doch mehrmals, dass sie es am alten Ort mit dieser Vermieterin einfach nicht länger ausgehalten hätte und nun „halt etwas Neues“ auf sie zukomme, dem sie nicht mehr gewachsen wäre.

Im Übrigen hatte die Klientin Probleme, ihr emotionales Befinden zu repräsentieren und kognitiv zu verarbeiten. So erzählte sie von ihrem verstorbenen Ex-Ehemann, dessen Bild sie in der neuen Wohnung wider Erwarten wieder aufgehängt hatte (im alten Wohnzimmer hing kein Bild ihres Mannes an der Wand), bei der einen Gelegenheit ausgesprochen positiv und bei der anderen Gelegenheit wieder sehr negativ, ohne sich dieser Ambivalenz je bewusst zu werden und sie zu verbalisieren.

Zu Beginn ihres Aufenthaltes am neuen Wohnort ging Frau K. noch in den gemeinsamen Aufenthaltsraum der Bewohnerinnen und Bewohner des Hauses. Bei ihrem dritten Besuch geschah jedoch einem älteren Herrn ein Missgeschick: Er schüttete ein Glas Cola über ihr Kleid aus, worauf die Klientin ihn als „Sau“ bezeichnete. Einer Mitbewohnerin des Hauses sei dieses Schimpfwort in den falschen Hals gekommen. Diese Frau mache sie jetzt bei jeder Gelegenheit bei den anderen Bewohnern des Hauses schlecht, beispielsweise indem sie von ihr als „Säuferin“ rede. Der Mann selber hätte aber ihren Ausruf als gar nicht so schlimm empfunden, jedenfalls stellte er sich einige Tage später bei einer Begegnung im Treppenhaus selber schalkhaft als „Herr Sau“ vor.

Frau K. erzählte dieses Erlebnis mit ernster Stimme. Ihre Fähigkeit, sich i. S. des OPD-2 mithilfe guter innerer Objekte zu regulieren, schien noch ebenso eingeschränkt zu sein wie ihre Kompetenz, auf äußere Hilfe angemessen einzugehen (als die Klientin einige Wochen später auf diese Episode zurückkam, lächelte sie ein wenig verlegen und bei einer Wiederholung gegen Ende der Therapie konnte sie darüber lachen). Fortan schaute sie zwar etwas mehr auf sich selber als dies früher der Fall war, doch waren die Beziehungen zu anderen Personen nach wie vor durch gegenseitige Abwendung und Ablehnung geprägt.

Während der Zeit der zweiten Therapiephase ging die Klientin kaum mehr aus ihrem Zimmer, um sich im Haus umzuschauen. Das Gebäude verließ sie nur noch, um in einem nahen Laden Zigaretten und Bier zu holen. Ansonsten schien ihr der neue Stadtteil zu unübersichtlich und zu gefährlich. Wenn sie weiter als zum Laden ging, befürchtete sie, dass sie nicht mehr zu ihrem neuen Wohnort zurückfinden würde; also unterließ sie nun solche „Ausflüge“ (einmal musste sie tatsächlich von einem „netten Herrn“ zurückgebracht werden, den sie dann aber an der Haustür ziemlich unwirsch „abfertigte“).

In den Therapiestunden der Eingewöhnungsphase begann sich die Klientin darüber zu beklagen, dass ihr fast nichts mehr Freude bereitere. „Vielleicht mal einen Western im Fernsehen schauen“, das hätte auch schon ihr Mann gerne gemacht, oder „mal etwas Gutes essen“ – ;„aber das sei dann auch schon wirklich alles“. Der Klientin schien es schlechter zu gehen als je zuvor. Trotz der misslichen Situation machte Frau K. seit langem wieder einmal eine neue Erfahrung, doch vermochte sie sich zunächst nicht vorzustellen, was dieselbe bedeuten könnte:

Gesprächsausschnitt (12. Stunde)

K49: *Da hab Ich auch schon rumgegruschelt. – Ich weiß nicht, was mit mir los is. – Ich kas nicht saage. – Ich stelle mei Sach von einem Platz zu dem andere hie.*

T49: *Ah, Sie räumen immer um.*

K50: *Ja, ich räume immer um.*

T50: *Und das ist – das ist (K: was Neues für) – das ist wie eine neue Erfahrung.*

K51: *Ah joo.*

T51: *Das haben Sie nicht gehabt?*

K52: *Ne nee, in N. (anderer Stadtteil) da hab ich und die andere Hälfte von meinem Schrank, die steht jetzt unten im Keller ... Jetzt steht alles in dem Schrank drin.*

T52: *In N. da war alles – hatte alles seinen Platz irgendwie.*

K53: *Hatte alles seinen Platz.*

T53: *Und hier wissen Sie noch nicht ... da räumen Sie immer hin und her.*

K54: *Ha joo --. Da geh ich do hin, dann geh ich zum Schrank, dann mache ich den Schrank wieder ah – dann mache ich den Schrank wieder zu ... [unduldsam aufzählend]. Dann gehe ich wieder hin und hol noch was ... würde sagen, du hast einen Vogel.*

T54: *Sagen Sie etwas zu sich selber? -- Das ehm – der Vogel heißt, dass Sie spinnen, oder? [lacht]*

K55: *Ah joo. – An manchen Tagen komme ich mir vor wie e Dabeti (komme ich mir vor wie bedepert).*

T55: *[Räuspern] Das ist irgendwie eine neue Erfahrung. Es ist einfach, weil es noch nicht alles so*

K56: *Ja, das ... [schnell] ich bin noch nicht richtig eingewöhnt.*

T56: *Ja genau. Sie sind noch nicht so eingewöhnt.*

K57: *Ich bin noch nicht richtig eingewöhnt. [bestätigend]*

T57: *Dann probieren Sie verschiedene Sachen aus.*

K58: *Ah joo. -- Da habe ich ein Bad. Da habe ich einen Berg voll Wäsch. Oh, das muss ich heut auch noch wäsche. Wenn do der Herr D. käänte und würde reingucken, der kriegte einen Herzinfarkt ... Ah ja – das gäbe zwei Maschinen voll.*

T58: *Also der würde das schauen, der Herr D., ob Sie die Wäsche machen?*

K59: *der hat kürzlich die Türe aufgemacht im Bad und hinein geguckt. Aber da habe ich kei dreckige Wäsch hier do ghabt.*

T59: *Also der ist auch schauen gegangen, wie das (K: Ja) aussieht.*

K60: *Ja -- also nicht so als Kontrolle, nei. Der hat halt wissen wolle, – ob ich überhaupt baden tu.*

T60: *Ja, – also nicht, ob Sie da – Ordnung haben oder nicht Ordnung. Es ging nicht um das, sondern*

K61: *Nee –*

T61: *ob Sie sich schon da einigermaßen eingewöhnt haben. (K: ja, aber) ob Sie was brauchen.*

K62: *Ja, ich kann mich schlecht eingewöhnen – doo, ich weiß es auch nicht – Hät der (Herr D.) mich auf die alte S. (alter Kern des Stadtteils, in dem die Klientin früher lebte) getu [vorwurfsvoll], wärs anders da [leicht empört] ...*

T62: *Ja (-) es hätte Ihnen besser gefallen.*

K63: *Do hat mei Tante gewohnt – und meine Kusine wohnt noch dort. Und derer Mann. Die wohne alle noch dort. (Th: hm) ... na.*

T63: *Aber Sie haben ähm – keine Adressen, haben Sie mir gesagt und keine Telefonnummer.*

K64: *Ich wess zwar – wo ich hin muss. Aber ich habe mit dere [abschätzig, ja verächtlich] kein Kontakt mehr.*

T64: *Ja, schon vorher nicht mehr.*

K65: *Den hab ich nicht, den habe ich schon an der (Name) Stros schon abbroche.*

T65: *Ja – Sie, Sie haben den abgebrochen.*

K66: *[plötzlich laut und empört] Die hat mit meinem Mann rumgemacht –*

T66: *Sie haben – nichts mehr mit ihr zu tun haben wollen, ja.*

K67: *Nei -- ... hat ein olle Schaaf ...*

T67: *Sie hat Sie verletzt, oder?*

K68: *-- [sich überwindend] Ah ja -- sie hat mal gesagt, wenn ich den will, krieg ich ihn sowieso (Th: Hat sie gesagt?) Ha joo -- Dann hab ich gesagt, dann lass dich jo nicht auf der Stros blicke – [wütend] hab ich gesagt, ich schlage dich in den Bordstein rein.*

T68: *Ah, sie, sie hat Ihnen gesagt, ja – deinen Mann könnte ich jederzeit haben?*

K69: *Ja, wenn ich ihn will, – krieg ich ihn – hat sie gesagt -- (Th: Ja) ... hart zu mir. -- Die ist nicht sauber im Kopf ...*

Die Klientin zeigte in dieser zweiten Therapiephase offensichtlich mehr Kraft als in der ersten. Stellenweise vermochte sie Emotionen ansatzweise zu verbalisieren und sei es nur hinsichtlich der Verhaltensebene i. S. von PK 3 (K62: „Ja, ich kann mich schlecht eingewöhnen“), wobei sie in dieser Hinsicht gewissermaßen bereits zu sich selbst kam und schon authentisch war, doch konnte die Klientin ihre konflikthafter Befürchtungen und Bedürfnisse noch nicht verbalisieren und womöglich auch noch nicht verbal austragen (z. B. Eifersucht), sondern sie ließ dieselben direkt in ihr Verhalten einfließen, indem sie agierte (K68: „Dann (..) hab ich gesagt, ich schlag dich in den Bordstein rein“). Offenbar kam dann für den Therapeuten diese massive Aggression in der Therapiestunde so plötzlich, dass er an dieser Stelle nicht direkt auf sie eingehen konnte und auf der Beschreibungsebene des Vorfalls blieb (vgl. erste Therapiephase, in

der die Klientin von ihren Auseinandersetzungen mit anderen Menschen allenfalls *berichtete*)

Der Klientin gelang es nach wie vor nicht, die zu erwartenden Reaktionen zu antizipieren und zur Verhaltenskontrolle einzusetzen, weshalb sich eigene und fremde Interessen auch kaum je ausgleichen konnten (z. B. konnte die Klientin auf den auf sie wieder freundlich zugehenden älteren Herrn in dieser Phase der Therapie noch nicht eingehen). Durch heftige, teilweise destruktive Verhaltensweisen wurden die Beziehungen zu anderen Personen massiv belastet und dann auch meistens abrupt abgebrochen. Im Unterschied zu früher verschaffte sich die Klientin ihren Emotionen sowie ihren Erinnerungen jetzt aber auch in der Stunde Luft, *ohne* sie auf den Therapeuten zu übertragen und bei ihm abzuagieren, was zwar auf zunehmendes Vertrauen in die therapeutische Beziehung hinwies, doch schien dies keineswegs ihre Probleme zu vermindern, sondern ganz im Gegenteil zu verschärfen.

Allmählich wurde hinter der Depressivität und Verbitterung der Klientin auch ihre Wut über die erlittenen Verletzungen sichtbar. Früher hätte sie sich beispielsweise niemals zugestanden, dass das Verhalten ihrer Kinder sie sehr verletzte (siehe z. B. Phase 1, K48–53). Diese Gefühle hatte sie quasi „hinuntergeschluckt“ oder „weggedrückt“, so dass sie sich zu einem – vom Therapeuten nun deutlich empfundenen – Knoten verdichteten, der sie den Schmerz, die Trauer, die Scham und die Angst vor Missachtung und Unbeliebtheit sowie vor der Zukunft gar nicht mehr spüren ließ.

Während der Eingewöhnungszeit brachte die Klientin ihren Hass gegenüber ihren eigenen Kindern viel stärker zum Ausdruck als in der ersten Therapiephase. Diese hätten sich nach dem Tod des Vaters nicht um die Bezahlung von dessen Schulden gekümmert. Sie sei von ihnen gezwungen worden, alles selber zu übernehmen. Sie wolle zwar keines ihrer Kinder „verbrennen oder in den Rhein werfen“, aber was die sich seit dem Tod des Vaters geleistet hätten, „das gehe einfach zu weit“. Deshalb habe sie auch schon ein neues Testament geschrieben und dafür gesorgt, dass die Kinder enterbt würden.

Die Klientin war impulsiv und gleichzeitig sehr kränkbar bei Reaktionen auf ihre Impulsivität. Ihre inneren Bilder waren bedrohend, ja verfolgend (so erzählte die Klientin dann auch, dass ihre alte Vermieterin sie bei den Leuten im neuen Haus schlecht gemacht hätte; s. o.). Die Klientin sprach in späteren Sitzungen auch über ihre Ängste als Reaktion auf diese Bedrohungen (im dritten Therapieteil, was jedoch der Kürze halber hier nicht ausgeführt wird). Gemäß OPD waren diese Regungen noch kaum in ihr gebunden, sondern richteten sich direkt nach außen. So zeigten sich auch kaum intrapsychische Konflikte, sondern es dominierten weiterhin die interpersonellen.

Der Therapeut fühlte sich in dieser zweiten Phase manchmal ähnlich wie die Klientin (u. a. ängstlich, gekränkt, ja manchmal sogar etwas verbittert) – meistens veranlasst durch die Klientin, wenngleich er weniger häufig direkt angegriffen wurde. Aus dem manchmal aggressiven Verhalten der Klientin machte er jeweils

keine große Geschichte, nahm einfach nur das entsprechende Gefühl bei sich zur Kenntnis; das heißt, er versuchte zumindest das schroffe, in einigen Fällen ihn auch irritierende verbale Verhalten nicht allzu persönlich zu nehmen. Er fragte sich im Stillen: „Was bedeuten diese teilweise heftigen Reaktionen? Wie kann ich sie verstehen?“ Offenbar erlaubten es die Bindungserfahrungen der Klientin noch nicht, einer Beziehung zum Therapeuten zu vertrauen, Ansätze zu einer solchen wahrzunehmen und ungebrochen zu akzeptieren. Dieses Verständnis mag dazu beigetragen haben, dass der Therapeut kaum Akzeptanzprobleme hatte (Höger, 2008).

Zwar erwiderte der Therapeut der Klientin in einigen wenigen Fällen, dass „er so etwas“ nicht so gerne höre, dass das ihm schon nicht ganz egal wäre oder so ähnlich, jeweils der Situation entsprechend, doch geschah dies nebenbei eher wie selbstverständlich als zaghaft, was die Klientin ihrerseits zu akzeptieren schien. Das ermöglichte dann dem Therapeuten wiederum, auch weiterhin auf das von der Klientin Vorgebrachte einzugehen und sie von ihrem inneren Bezugssystem her, das sich inzwischen v. a. hinsichtlich verschiedener Ärger-Dimensionen ausdifferenziert hatte, zu verstehen. Dabei achtete er darauf, dass die von der Klientin meistens schon nach kurzer Zeit unterbrochene Selbstexploration immer wieder aufgenommen und fortgesetzt wurde. So konnte es der Therapeut anscheinend kaum erwarten, dass Frau K. auch zu einer gewissen Selbstrepräsentation gelangte (z. B. Th54: „Sagen Sie etwas zu sich selber?“), vermeinte er doch zu spüren, dass sich bei der Klientin etwas verändert hatte.

Vielleicht wichtiger als das beharrliche Ansinnen des Therapeuten, die kleinsten Anzeichen einer Selbstexploration aufzunehmen oder sogar von sich aus naheulegen und beim meistens schnell einsetzenden Abbruch – wann und wo immer möglich – eine Wiederaufnahme zu ermöglichen, war der natürliche oder vielmehr fast schon naive Bezug zu den (oft aggressiven) Verhaltensweisen der Klientin. So bestand nicht weiterhin die Gefahr, dass die Klientin sich selber ernsthaft pathologisierte, so wie dies zu Beginn der Therapie vor dem Hintergrund der erfolgten Diagnose noch zumindest implizit der Fall gewesen war (z. B. die Art, wie die Klientin vom Psychiater erzählte). Allerdings versuchte der Therapeut manchmal – wie bereits angedeutet (s. o.) – der Klientin auch Grenzen zu setzen, wenn die Aggressionen ihn selber betrafen und es ihm doch etwas zuviel wurde, ohne allerdings die Grundhaltung der Wiederholung mit der Hoffnung auf die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte je zu verlassen. Die Begrenzung geschah i. d. R. ohne Aufhebens und so wohlwollend, wie für ihn gerade möglich („Wenn Sie so was sagen, möchte ich am liebsten reagieren, aber würde das etwas bringen?). Später wird der Therapeut sogar glauben, dass diese „Auffangäußerungen“ den Fortgang der Therapie ermöglichten und schließlich zu einer „Wende“ führten.

Gegen Ende der Eingewöhnungszeit schien die Klientin ihren Umzug gar nicht mehr zu bereuen, bekräftigte sie doch mehrmals, dass sie es am alten Ort mit dieser Vermieterin einfach nicht länger

ausgehalten hätte und nun „halt etwas Neues“ auf sie zukomme und sie auch schon neue Erlebnisse gehabt habe, von denen sie aber nicht sagen könne, was das sei, wobei sie durchblicken ließ, dass es sich bei diesen Erfahrungen nicht einfach wie früher nur um erlebte „Unruhe“, „Unordnung“ und „Umordnung“ (bzw. Desorientierung) handeln könne (s.o.). Frau K. wusste aber noch nicht, was sie mit den neuen Erfahrungen anfangen sollte. Jedenfalls konnte sie dieselben noch nicht richtig als emotionale Erfahrungsinhalte verbalisieren. Frau K. vermochte sie aber im Gespräch mehr oder weniger spontan „nachzumachen“ bzw. präverbal auszudrücken. Beispielsweise wurde dies bei einer erneuten Schilderung der Erfahrung des beständigen Umordnens deutlich:

Gesprächsausschnitt (20. Stunde)

K34 Langsam gewöhn ich mich dran.

T34 Das heißt, ein bisschen äh besser fühlen Sie sich schon als am Anfang, seh ich das richtig? Am Anfang hat's ja Ihnen hier überhaupt nicht gefallen.

K35 Ah ja, ein bisschen besser ist es schon, aber es ist – es ist ...

T35 Sie denken doch an die alte Wohnung.

K36 Ha ja – ich tu do – das eine tu do ich ins andere Ecke, vom andere Eck wieder so hie – ohoohoooho (macht entsprechendes Geräusch).

T36 Es ist so wie ein ewiger Umlauf.

K37 Ha joo (lacht).

Bei der früheren Präsentation dieses Vorgangs gelangte die Klientin noch nicht zur Imitation des Geräusches (vgl. oben, 12. Stunde, K54). Die Klientin hatte schon damals gemerkt, dass etwas nicht mehr stimmte und sie nicht mehr einfach so weitergehen konnte wie früher, doch nun begann sich die durch die Psychiatrie psychopathologisch geprägte Verdinglichung gleichsam aufzuweichen und – zunächst präverbal – zu verflüssigen.

Die Klientin ließ nun auch den Therapeuten zwischenzeitlich näher als bisher an sich herankommen, worauf dieser unmittelbar reagierte. Das Engagement des Therapeuten zeigte sich beispielsweise darin, dass er die durch die Äußerungen der Klientin zum Vorschein kommenden, aber von ihr als solche noch nicht selber zum Ausdruck gebrachten Emotionen *an Stelle* der Klientin verbalisierte (siehe weiter oben Th67: „Sie hat sie verletzt, oder?“), obgleich er gerade dies nicht intendierte.

Oft bewegte sich der Therapeut in der mittleren Therapiephase gleichsam mit der Klientin zusammen im Labyrinth derselben. Manchmal trafen sie sich, waren dann quasi recht nahe zusammen, um dann wieder ziemlich weit auseinanderzugehen. Oft waren sie im Labyrinth der Klientin miteinander eine Zeitlang wie eingeschlossen; dann eröffneten sich aber doch wieder Ausgangsmöglichkeiten, die aber nur vorübergehend genutzt werden konnten. Die meiste Zeit grenzten sich Therapeut und Klientin gemeinsam vom ebenso gefährlichen wie diffusen Dschungel der Außenwelt ab. Das

Labyrinth war sozusagen ein innerer Bezugsrahmen, der – bei allem Chaos und aller Unübersichtlichkeit – auch einen gewissen Schutz nach außen bot. Doch manchmal kamen die beiden Gesprächspartner auch einander so nahe, dass die Gefahr bestand, dass es eigentlich zu eng wurde, so dass sie sich wieder schnell voneinander entfernten. Die Klientin tat dies einmal auch recht unverfroren, was den Therapeuten verletzte und es ihn auch viel Kraft kostete, bis die Beziehung wiederum neu aufgenommen werden konnte.

Letzter Therapieabschnitt

Die Klientin gewöhnte sich schließlich an die neue Wohnsituation. Auf keinen Fall wollte sie wieder umziehen. Einen alten Baum könne man nicht mehrmals verpflanzen, gab sie dem Therapeuten gegenüber zu verstehen. Sie telefonierte inzwischen wieder mit ihrer ältesten Tochter (R.). Auch mit einer langjährigen Freundin (Ch.) hatte sie wieder Kontakt aufgenommen. Zwar hatte sie nach dem ersten Telefonat den Hörer nach einer Kränkung wieder resolut aufgelegt, doch rief Ch. nochmals an und die Klientin reagierte mit „Du kennst mich ja“, worauf beide Frauen lachten. Ch. wird sie nun besuchen kommen. Allerdings sei noch nicht klar, ob die Hausordnung es ihr erlaube, auch ihren Hund mitzubringen.

Im letzten Abschnitt der Therapie (21.–32. Stunde) begann die Klientin Eifersucht, Stolz, Verletzung und Wut *von sich aus* zu verbalisieren, ja manchmal ansatzweise zu explorieren und nicht nur zu agieren wie im zweiten Abschnitt. Auch brachte sie einzelne Affekte und emotionale Befindlichkeiten miteinander in Verbindung. So ließ sie mit der Zeit in ihrer Wut die Reaktion auf seelischen Schmerz durchblicken. Zwar betonte die Klientin noch mehrmals, dass sie ihre Angehörigen in keiner Weise brauche, doch kamen unter ihrer rauen Schale auch weichere Gefühle zum Vorschein. Mit der Zeit konnte auch die Klientin die erlittenen Verletzungen verbalisieren. In der Begegnung mit dem Therapeuten sprach sie schließlich offen und ganz klar aus, dass zu den schlimmsten Verletzungen, die sie in ihrem Leben erlitten hätte, jene gehörten, die ihr von ihren Kinder zugefügt worden seien. Frau K. glaubte, dass die Kinder sie früher am Sonntag nur wegen ihres Vaters besuchten und nach dessen Tod wegblieben, weil sie die Mutter nicht mochten. Doch die Klientin merkte mit der Zeit auch, dass sie dieses Verhalten teilweise selber durch Aussagen wie „Jetzt werdet ihr dann sicher nicht mehr kommen, aber das ist egal, das ist halt so“ oder „Sollen sie halt draußen bleiben“ (s.o., erste Therapiestunden, K53) gefördert hatte.

Hie und da tauchten in den nun manchmal auch längeren Erzählungen der Klientin frühere Erlebnisse auf, von denen der Therapeut bis dahin noch nichts erfahren hatte. So erzählte die Klientin eines Tages plötzlich von ihrer Lehre als Buchbinderin, die sie vor ihrer Arbeit in der Gießerei trotz aller Widerstände durchgestanden und schließlich erfolgreich abgeschlossen hatte. Im Weiteren erinnerte sich die Klientin an schöne Erlebnisse mit ihrem Verlobten

zusammen. In der Folge erzählte sie auch mehr von Herrn E., mit dem sie nach der Scheidung etwa ein Jahr lang zusammengelebt hatte. Die Eifersucht ihres Mannes verwandelte sich nun mehr in ein zweiseitiges Gefühl i. S. von auf der einen Seite erlitten und andererseits aber auch selber provoziert. Schließlich schilderte sie ihre Versöhnung mit ihrer Mutter kurz vor deren Tod – eine Geschichte, die ihr in der Zeit der ersten und zweiten Therapiephase scheinbar nicht mehr präsent war; die jedenfalls für den Therapeuten damals als solche „unvorstellbar“ war und falls sie der Klientin auch schon damals (wieder) präsent war; die sie dem Therapeuten sicherlich nicht erzählt hätte.

Die Klientin ließ nun von Zeit zu Zeit auch die Schilderung kleiner Erlebnisse in das Gespräch einfließen, die ihr Freude bereiteten (ausgiebige Bäder, Friseurbesuche, wieder mal etwas Gutes selber kochen). Auch gegenüber dem Therapeuten war Frau K. viel offener und meistens auch freundlicher als früher. Als dieser einmal 5 Minuten zu spät kam, begrüßte sie ihn mit den Worten: „Gut, dass Sie noch kommen“. In der 24. Stunde erzählte sie von einem Ereignis, das sie besonders freute:

Gesprächsausschnitt (24. Stunde)

K44 *Ich hab am Samstag einen Haufen Besuch gehabt. Ach Gott war ich froh, wie der Besuch wieder fort war. (trocken)*

T44 *Wer ist gekommen?*

K45 *Mei Kinder! (stolz)*

T45 *(sehr erstaunt) Die sind gekommen?*

K46 *Die sind gkommen – ja. (bestätigend)*

T46 *Die sind gekommen! (lacht erfreut)*

K47 *Die sind gkommen, ja -- alle drei mit Kind und Kege.*

T47 *Die waren alle hier? – Nehmen Sie mich auf den Arm? Ich mein, meinen Sie das ernst?*

K48 *Ah joo (lacht lange)– Die Kleinen haben sich hier doch auf den Teppich ghockt und gesse. Die sind überraschend gkommen, die haben sich nicht angemeldet. Das können – müssen Sie mir doch auch glauben.*

T48 *Das glaube ich Ihnen schon -- und das freut mich auch sehr, dass die Kinder jetzt zu Ihnen gekommen sind. – Aber – Sie waren auch überrascht – so wie ich jetzt?*

K49 *Ah joo -- aber zum gute Glück hab ich immer zum Essen do und wir haben miteinandern gesse (stolz).*

T49 *Da haben Sie alle miteinander gegessen – äh – darf ich Sie nochmals fragen, ja-- drei Kinder und – drei mal drei Enkel?*

K50 *Jaa -- ich hab den Tisch ausgezogen. Die haben alle gesse do – war dann froh, als sie wieder fort waren. Ah – bis zum Abend sind die do geblieben. Die sind morgens gkommen. – Aber die sind mir auf den Wecker ggangen! (lacht)*

T50 *Das kann ich mir aber vorstellen (lacht). Nein ehrlich, – aber dann war's doch zuviel für Sie?*

K51 *[längere Pause] Ich hab gemeint, mich laust der Aff ab. Ach Gott hab ich gsagt – Ihr habt Euch verloffte!*

T51 *(lacht)*

K52 *Da haben die anfange zu lachen (lacht jetzt selber).*

T52 *Das war eine große Überraschung – ich kann es auch – immer noch nicht ganz fassen.*

K53 *Ja doch – meine Freundin hat hinterher noch agrufe. Die hat gefragt, haben die wenigsten Blumen mitgebracht? Ich hab gsagt; Nei! Ja soviel Blume will ich gar nicht. Ich habe die ja schon da vorne stehen und hab sie auch da hinne stehen.*

T53 *Ah – die haben nix mitgebracht? -- ich glaube – das war für Sie auch gar nicht so wichtig, oder doch?*

K54 *Nei, das war gar nicht wichtig. Ich wollt auch gar nix. Besser die haben nix mitgebracht.*

T54: *Ah, die haben ja nichts*

K55: *Nee – ich wollte auch gar (Th: Ja) nix. [scheint doch ein wenig enttäuscht zu sein]*

T56: *Manchmal hat man auch viel zu viel.*

K56: *-- Ich habe gesagt, Hauptsache is, ihr seid doo.*

T57: *Ja, genau (wie erleichtert).*

K57: *He – war alles (Th: Ja) Zum guten Glück habe ich Salatgurken doo gehabt und – ich hab Kartoffeln doo. (Th: Gottseidank.) Nudeln doo.*

T58: *Das heißt, Gottseidank seid ihr da, dass das für Sie eigentlich das – das größte Geschenk war (K: Ja), dass sie gekommen (K: Joo) sind ja.*

K58: *Ja. Ich habe nicht gerechnet, dass sie käänte –. Ich habe do gar nicht dra denkt.*

T59: *Und die Stimmung –, wie war die denn?*

K59: *Ah ja [freudig], es hat zu lachen gegeben [lacht leise] net.*

T60: *Hat es zu lachen gegeben?*

K60: *Ah joo. Das is –*

T61: *Da war die Stimmung also gut? [jetzt plötzlich eher skeptisch]*

K61: *[schnell] An und für sich ja [möchte eigentlich nicht darüber sprechen] -- Ja, mir hat die R. gesagt – [dezidiert] do fehlt jetzt bloß noch der Papa –. Hör doch keiner uf, sei mal ruhig von ihm -- lass ihn ganz in Ruh [erregt]. Und dann war das Thema abgeschlossen. [verhalten traurig]*

T62: *Ja, Sie haben gesagt, lass ihn ganz in Ruhe, ja.*

K62: *Ah joo --*

T63: *Aber – sie wollte ja damit auch sagen wahrscheinlich sonst wäre wieder die ganze Familie zusammen, oder, wenn er da wäre*

K63: *Ah joo [bestätigend]*

T64: *So was wollte sie ja ausdrücken – wahrscheinlich ja –. Und sie hat ja gesehen, dass Sie ihn da auch aufgehängt haben.*

K64: *Ehmm -- Die haben alle blöd geguckt – [eine Art verschlucktes Lachen] Aber was soll's? [sich abfindend, fast akzeptierend]. Vorbei ist vorbei und fertig. [Seufzen]*

T65: *[Zuerst etwas zögernd, fasst sich dann aber ein Herz] Ja, mit ihm ist es vorbei – mit der Familie vielleicht jetzt doch nicht.*

K65: *No, noi. [selbstbewusster]*

T66: *Ja, eben.*

K66: Die R. hat wie ... Mama, wir sehen uns wieder in der Stadt.
 T67: [neugierig] Das is – was – ja, wie war das für Sie?
 K67: Ah ja, hab ich gsagt, [leicht zynisch] wers glaubt wird selig!
 [lacht]
 T68: [betroffen] Haben Sie direkt gesagt?
 K68: Hat sie mich aber angeguckt [befreites Lachen] – ja, ja, wers glaubt wird selig –. Aja – die hat zuerst eine Weile suchen müssen (Th: ja) bis sie die Straße gefunden haben – hä. Das is – war ein bisschen kompliziert.
 T69: Sind sie mit dem Auto gekommen? Mit, mit
 K69: Nein, die sind mit mit [stottert leicht] mit der Straßenbahn.
 T70: [unsicher] Alle drei Familien? Es sind drei Familien, oder?
 K70: Ah joo.
 T71: Die haben sich schon vorher getroffen dann?
 K71: Ah joo -- Die haben dann gesagt, ... und heute gehen wir mol zu der Oma. Die Enkelkinder haben das gesaagt [stolz] – ha.
 T72: Was haben die Enkelkinder gesagt?
 K72: [ungeduldig] Heut gehen wir wohl zu der Oma.
 T73: Ja.
 K73 Ha – Ja vor der Tür hab ich sie nicht stehen lassen könne. Das ist nicht gegangen [trocken] (Th: Ja). Aber ich habe ... den Herzschlag, wie ich die alle gesehen hab ... [lacht]
 T74: [freut sich offensichtlich] Da war mal was los hier – [lacht jetzt auch] das kann man wohl sagen.
 K74: [heiter] Ja, die Kleinen haben sich da auf den Teppich gehockt, zum guten Glück habe ich den gsaugt ghabt und geputzt gehabt ein bissl. Und heute muss ich wieder durchputzen, weil der Boden der ist so schnell dreckig und staubig. –. Da bleibt mir gar keine Wahl. – Das is

T75: Und ist alles schon wieder aufgeräumt und so – das haben Sie noch miteinander gemacht oder?
 K75: Jaja. – Da habens geholfen. [einräumend]
 T76: [kurz angebunden, wie das jetzt nicht so wichtig wäre] Das ist schön ja.
 K76: – Ah ja, [energisch] da ist keine Wahl geblieben, alles an mir hängen [scheinbar empört] zu lassen. [lacht herzhaft]
 T77: [erleichtert] Ja, das wäre – das wäre noch schöner gewesen

K77: -- Ich habe gesagt, oh lieeeber Gott, die ganze Bagaaaaage! Hmmm [lustvoll] ist do -- Die Frau do drüben (die Nachbarin, s. o.) hat grad lachen müssen -- (Th: Die Frau da drüben). Die hat lachen müsse, weil ich gsagt habe, die Bagaaage. Die Gooldbagaaage is doo, hab ich gsagt, oh lieeeber Gott, da werd ich verrückt. -- Ah, ja die sind dann bis abends geblieben [stolz] -- ha – aber mein Glück war, ich habe halt ziemlich viel eingekauft.
 T78: [Gesprächspartnerin bestätigend] Es war alles da, was es braucht, ja
 K78: Es war alles do, ja. - Ja, ja, die R. hat dann geholfen

Da habe ich gesagt, soo, hab ich gsagt, jetzt

[wie sich aufraffend] haben wir uns wieder einmal gesehn. [dann entspanntes leichtes Lachen]

Diesen Therapieausschnitt erlebte der Therapeut insgesamt viel leichter und lebhafter als sämtliche Ausschnitte in den vorangegangenen Phasen. Es war jetzt wie mehr Luft zum Atmen vorhanden. Die Klientin sprach überhaupt nicht mehr monoton wie früher, sondern sehr farbig, fröhlich und laut, zuweilen auch affinitiv. Sie vermochte jetzt auch ihre Stimme sowie ihre Stimmung zu differenzieren (vgl. u. a. auch K61).

Der Therapeut brachte sich nun mehr ein und wirkte jetzt stellenweise wie befreit. Das zeigte sich auch daran, dass seine Resonanz nicht eine vorwiegend empathische blieb wie über weite Strecken in der ersten und oft auch noch in der zweiten Therapiephase, sondern dass sie nun manchmal einen dialogischen Charakter annahm (beim obigen Beispiel angefangen mit T47).

In den folgenden Therapiestunden achtete der Therapeut mehr als zuvor auf eine wo immer mögliche gegenseitige Beziehung, so dass sich allmählich ein „echtes Gespräch“ entwickeln konnte. Er schaute, ob es in dem Bezugsrahmen der Klientin, in den er sich immer wieder begab und in dem er sich „aufmachte“, auch für ihn selbst „stimmte“ (i. S. der Kongruenz). Er versuchte mit seinen Wiedergaben eine Bewegung vom Du zum Ich und wieder zum Du zurück zu vollziehen und so auch sich selbst „einzufädeln“, indem er besonders auf das „Zwischen“ achtete (Buber, 1962/2002). Dialogische Resonanz ist Resonanz auf das Erleben beider Personen in einer Beziehung (Schmid, 2008).

Noch in der gleichen Therapiestunde, in der die Klientin über den unerwarteten Besuch der Kinder und Enkel stellenweise auf hoher PK-Stufe (s. o.) sprach, bestätigte sie schließlich auch ihre Freude über deren Besuch. Allerdings wagte zunächst der von der Wende so überraschte Therapeut noch gar nicht zu hoffen, dass die Klientin ihre Freude über den Besuch ihren Angehörigen gegenüber auch verbal ausdrücken konnte (vgl. z. B. oben K67). Deshalb meinte er, sie darauf ansprechen zu müssen; obgleich die Freude offensichtlich war und bis dahin nur nicht als solche von ihr gegenüber dem Therapeuten verbalisiert wurde und möglicherweise auch nicht gegenüber den Kindern und Enkeln ausgedrückt worden war. Hierzu seien aus dem obigen Gespräch die unmittelbar folgenden Interaktionen angeführt:

K79: Was hätt ich auch noch sagen sollen?

T80: – Sie haben – äh – soo -- es kommt mir ein bisschen vor, dass Sie vielleicht nicht so viel von der Freude – Freude oder so ihnen wirklich gezeigt haben, als sie da waren.

K80: Ah doch, ich hab mich schon gefreut.

T81: Ah – sie (die Kinder) haben gemerkt, dass Sie sich gefreut haben.

K81: Ja, ja – sicher.

T82: Hm – Sie haben das ihnen auch gesagt oder eher so ein bisschen

K82 Ah ja.

T83 Bagaaage (lacht).

- K83: *Ah ja -- aber die haben gewusst ...*
T84: *Die wissen*
K85: *Die wissen*
T86 *wie Sie das meinen.*
K86: *Ja, die wissen genau, die wissen, wie ich das meine - die waren nicht böse.*
T87: *Ja - ja - das weiss ich schon ja, ja.*
K87: *Die - jaja.*
T88: *Sie haben aber auch gemerkt, dass - dass Sie Freude haben, ja.*
K88: *(möchte lieber nicht länger darauf eingehen) Ja, der Tag war schnell rum (Th: Mmh). Hat noch eine Freundin angerufen von O. (Ort in der Nähe von M.).*
T89: *Die Ch. hat auch noch angerufen, gestern ja.*
K89: *Ja.*
T90: *Die war ja auch schon zwei-, dreimal da.*

Die Kompetenz zur Kommunikation mit anderen Menschen schien wieder intakt zu sein, wenngleich die Klientin die Freude über das Wiedersehen ihrer Kinder und Enkel zwar sicherlich mit viel Humor, aber gerade dadurch noch nicht so ganz ungehemmt zu verstehen geben konnte.

An einigen Gesprächsstellen kam nun auch ansatzweise die Fähigkeit der Klientin zur internen Kommunikation und zur Selbstreflexion zum Vorschein. Zehn Interaktionen später, im gleichen Gespräch, geht es um die Wiederaufnahme von Beziehungen der lange Zeit vereinsamten Klientin:

- T102: *Sie telefonieren öfters miteinander oder? (mit H., mit der sich Frau K. kürzlich ebenfalls wieder versöhnt hatte).*
K102: *Ja. Wir gön öfter miteinander telefonieren. Ah ja -. Die ... (die Klientin erzählte, dass H., deren Freundin L. im Krankenhaus besucht hatte) war gerade die - L. im Krankenhaus ... Heute am Morgen heim --. Ja- do guckt sie halt denn nach dere*
T103: *Ich glaube, das ist eine Freundin von Ihnen, die H.*
K103: *Ja.*
T104: *Ja.*
K104: *Ja so- sie ist in Ordnung die H. -- aber ich war halt nicht so warm mit dere. Ich meine die L. und ich wir kenne uns schon ewig.*

Nach dem ersten Beitrag (K102) erwartete der Therapeut zunächst für einen Moment noch einen aggressiven Ausdruck gegen L. sowie gegen H. i. S. einer „Eifersuchtsattacke“ (so wie dies in der mittleren Therapiephase der Fall gewesen war), doch sprang sie gleichsam mit einem Satz „in sich“ und sprach von ihrem Gefühl L. gegenüber (K104), was früher nicht möglich gewesen wäre. Für die Klientin bot sich nun die Möglichkeit der Introspektion bezüglich der eigenen Affekte und der inneren Kommunikation. Allerdings war ihre Selbstexploration meistens nur kurz und bündig wie beim obigen Beispiel. Immerhin wies dieser Unterschied zu den mangelnden Explorations-

möglichkeiten zu Beginn der Therapie darauf hin, dass die Klientin in der therapeutischen Beziehung doch eine gewisse Basis für Sicherheit gewonnen hatte (vgl. auch Höger, 2008).

Die Fähigkeit der Klientin, sich selbst i. S. des OPD durch gute innere Bilder zu regulieren, war nun wenigstens ansatzweise gegeben. Meistens reagierte die Klientin nicht mehr einfach nur impulsiv. Es gab nun auch Momente der kurzen Besinnung. Hierzu sei noch ein Beispiel aus demselben Gespräch gleich im Anschluss an obige Gesprächsstelle angeführt:

- T105: *Sie waren auch manchmal zu dritt zusammen.*
K105: *[sinnt längere Zeit nach]. Ah ja --. Ja -, als unsere Manne noch gelebt haben, da waren es andere Zeiten. [seufzt]*
T106: *Manchmal trauern Sie auch diesen Zeiten nach.*
K106: *-- Ah joo -- ach Gott ... dieses Bisschen des werde ich ah no rumbringen.*
T107: *Dieses Stück Leben kriegen Sie auch noch hin, glaube ich.*
K107: *Dees Stücke bring ich auch noch rum [melancholisch]*

Die Klientin sagte diesen letzten Satz nicht trübsinnig klagend, sondern fast schon akzeptierend und wirkte dabei weniger resigniert als in früheren Stunden. In den nächsten Therapiestunden war sie dann manchmal auch richtig traurig und zwar v. a. in den Momenten, in denen sie früher eher zynisch gegenüber anderen Menschen und auch gegenüber sich selbst reagiert hatte. Der folgende Gesprächsausschnitt ist aus der übernächsten Therapiestunde.

Gesprächsausschnitt (26. Stunde)

- K12: *Mei Mann wär bald 72 gworde als er starb. Es war grad an meinem Geburtstag (T: Ja). Hm. De ham do ah gfeiert meinen Geburtstag - Houu houu, hab ich da ein Tief ghabt. Das war so schlimm -- da war ich fertig.*
T13: *Ich spüre, wie traurig Sie das auch jetzt macht.*
K13: *-- Ja - aber was soll ich denn machen, es muss weiter- weitergehen (hustet). Es muss weitergehen. Ich kann es eh nicht ändern.*
T14: *Ja - wie Sie glaube ich auch: gewisse Dinge muss man einfach akzeptieren. Können wir gar nichts dagegen machen. Aber es macht mich auch ganz traurig, wenn ich Sie so traurig sehe.*
K14: *Ah jo, ah jo (beginnt zu weinen). Nei, ich werde diese bissl Zeit auch noch rumbringen.*
T15: *Das glaube ich auch -- aber - jetzt sind Sie ganz traurig.*
K15: *(mit einer abwesenden Handbewegung) Ich kann bloß froh sein - dass ich hier kein Treppenhaus mehr - muss - putzen müssen (lächelt etwas gequält).*

Offensichtlich verleugnete Frau K. nicht mehr ganz ihre Trauer über ihre Verluste und Trennungen (zuerst ihres Ehemannes, später übergehend auch der Kinder und Enkel sowie von Bekannten und Freundinnen), wie dies früher der Fall war. Lange Zeit hielt sie die

Trauer mit ihrer Wut überdeckt. Auch jetzt sprach sie noch nicht gerne über das, was sie so traurig machte.

In einer früheren Therapiestunde glaubte die Klientin, dass sie deshalb über *sich* selber so wütend gewesen war (und nicht nur über andere Menschen), weil sie zu viel trank; nun drückte sie sich wie folgt aus: „Ich trank auch deshalb, weil ich (eigentlich) so traurig war“. Während die Klientin noch vor einigen Wochen nur wiederholte, dass sie Ruhe und mehr Raum benötige, sprach sie nun auch davon, dass sie viel Trost und Liebe brauche.

Über die Mitbewohner (insbesondere ihre Wohnnachbarin) sowie ihre wichtigsten Bezugspersonen (Kinder, Enkel) sprach Frau K. nun um einiges positiver als früher. Die Klientin ging wieder in den gemeinsamen Aufenthaltsraum der Wohnsiedlung. Bald nahm sie die Gelegenheit wahr, ihre Freundin (Ch.) zu besuchen und einige Tage bei ihr zu verbringen.

Die Klientin berichtete fortan die Tagesereignisse meistens in recht heiterer oder lustiger Weise, wobei sie allerdings kaum je ausdrücklich zugestand, dass es ihr nun wirklich besser ginge. Doch manchmal *wirkte* sie auch schon richtig hoffnungsvoll. Der Therapeut folgte dieser Hoffnung und bewunderte – meistens im Stillen – ihren trockenen Humor.

Der Therapeut hielt sich nun aber viel weniger zurück als in den früheren Phasen; getraute sich auch mehr eigene Positionen zu beziehen, die der Klientin nicht unbedingt passten, aber sie gelegentlich zum Nachdenken anregten. Die Gespräche wurden dialogisch. Oft auch eigentliche Rede und Gegenrede, meistens aber freundlich und manchmal fröhlich, nie langweilig, immer unterhaltsam.

Abschluss der Therapie

Die zusammengefügte Struktur der Objektbeziehungen (OPD, 2006) zeigte sich in einer regen Interaktion zwischen Klientin und Therapeut. Das wilde Durcheinander und Ineinander-Verschlungensein der mittleren Therapiephase war überwunden. Die Beziehung nahm nun Gestalt an, ja sie war fast schon eine „runde Einheit“ bei gleichzeitig bestehender gesunder Distanz, in der es immer hin- und herging. Zwischen Klientin und Therapeut hatte sich eine lebendige gegenseitige Beziehung entwickelt, die als solche auch eine Ablösung erlaubte. In inhaltlicher Hinsicht wurde klarer als früher, was Gegenwart und was Vergangenheit war. Die Klientin sprach

viel lebhafter und farbiger als früher. Den Therapeuten verletzte sie seltener als früher und wenn doch einmal, weniger heftig und eher scherzhaft. Giftige Pfeile trafen kaum mehr ein; es erschienen nun mehr Lichtblitze. Dies war immer dann der Fall, wenn sie von ihrer Familie und auch von ihren „neuen Beziehungen“ sprach. Mit ihren Angehörigen, ihren alten Bekannten und Freundinnen hatte sie nun mehr Kontakt. Die Klientin schien den Therapeuten weniger zu benötigen. So schlug der Therapeut vor, die Abstände zwischen den Therapiestunden zu vergrößern. Gegen Ende der 31. Therapiestunde teilte die Klientin dem Therapeuten mit, dass sie ihn nicht mehr brauche. Es wurde noch eine Stunde durchgeführt und die Therapie dann abgeschlossen.

Schlussbemerkungen

Ist eine Therapie mit einer älteren Klientin in einer scheinbar hoffnungslosen Situation möglich? Die vorliegende Falldarstellung ist ein Beispiel dafür, dass die GPT auch mit älteren Personen unterschiedlicher Sprachgruppen und unter ungewöhnlichen externen Bedingungen durchgeführt werden kann, sofern zu Beginn der Therapie vorsichtig vorgegangen wird, der Therapeut die notwendige Geduld aufbringt und mit der Zeit auch präverbale und nonverbale Gesichtspunkte hinsichtlich lebensrelevanter Sachverhalte, des emotionalen Ausdrucks, der Appelle sowie der Beziehung zum Klienten berücksichtigt. Die klassischen Vorstellungen der Prä-Therapie können hinsichtlich prä-expressiver Zustände bei einer Klientel nicht genügen, die zwar Probleme im zwischenmenschlichen und emotionalen Kontakt hat, aber bei der Verbalisierung nicht weiter behindert ist. Im vorliegenden Fall beschränkte sich der Therapeut zu Beginn des Kontaktes auf die Zentrierung der Klientenäußerungen und mit der Zeit wo immer möglich auf Äußerungen emotionalen Gehalts i. S. des klassischen PZA. Erst in der dritten Therapiephase brachte sich der Therapeut selber etwas mehr ein. So konnte allmählich eine Beziehung aufgebaut werden, die auch Momente emotionaler Berührung beinhaltete. Allerdings bestand damit wieder die Gefahr des Sich-zu-nahe-Kommens, welche die Klientin ja von Anfang an und auch in der mittleren Therapiephase ausschließen wollte und vor der sie beim Aufblitzen einer weitergehenden Beziehung erneut zurückschreckte.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2006). OPD. *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Hans Huber.
- Bergeest, H. G. & Rönnecke, B. (1980). Gesprächspsychotherapie mit alten Menschen. In: H. Petzold & E. Bubolz (Hrsg.). *Psychotherapie mit alten Menschen*. Paderborn: Junfermann.
- Brossi, R. & Biermann-Ratjen, E.-M. (2007). „Es ist so weiter oben und weiter hinten“ – Darstellung der Entwicklung des therapeutischen Prozesses einer Patientin, die an einer Selbststrukturschwäche leidet. *PERSON*, 11 (2), 140–150.
- Buber, M. (1962/2002). *Das dialogische Prinzip*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Galliker, M. & Weimer, D. (2006). *Psychologie der Verständigung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Höger, D. (2008). Die Bedeutung der Bindungstheorie für die Gesprächspsychotherapie und die Psychotherapie im Allgemeinen. *Psychodynamische Psychotherapie*, 7, 150–157.
- Karl, F. & Nittel, D. (1980). „Zugehende stadtteilorientierte Beratung älterer Menschen“ – Zugangsformen und Interventionsmuster. *Zeitschrift für Gerontologie*, 21, 21–27.
- Klein, M. & Galliker, M. (2007). Der Dreischritt als Untersuchungseinheit der Therapieforschung – Zu einer gegenstandsangemessenen Evaluation Personenzentrierter Psychotherapie, veranschaulicht am Gespräch von Rogers und Gloria. *PERSON*, 11, 127–139.
- Oberbracht, C. (2005). *Psychische Struktur im Spiel der Beziehung. Klinische Anwendung und empirische Prüfung der Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik bei stationären psychosomatischen Patienten*. Universität Hamburg: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Prouty, G. (1998). Pre-therapy and the pre-expressive self. *Person-Centred Practice*, 6, 80–88.
- Rogers, C.R. (1942/1985). *Die nicht-direkte Beratung*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Rogers, C.R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG-Verlag.
- Rogers, C.R. (1961/2006). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schmid, P. F. (2008). Resonanz – Konfrontation – Austausch. Personenzentrierte Psychotherapie als koreaktiver Prozess des Miteinander und Einander-Gegenüber. *PERSON*, 12, 22–34.
- Schulz von Thun, F. (1981). *Miteinander reden. Band 1*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Autor:

Mark Galliker, Prof. Dr. phil., Psychotherapeut FSP. Lehraufträge für Gesprächsführung und Beratung, Emotion und Motivation sowie Geschichte und Paradigmen der Psychologie.

Korrespondenzadresse:

Mark Galliker
Institut für Psychologie der Universität Bern
UniTobler, Muesmattstr. 45. CH-3000 Bern 9
E-Mail: mark.galliker@psy.unibe.ch

Rezensionen*

Margarethe Letzel

Ian Morton: Die Würde wahren. Personzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Mit einem Vorwort von Marlis Pörtner (Original: Person-centred Approaches to Dementia Care. Bicester: Winslow, 1999)

Stuttgart: Klett-Cotta, 2002, 220 Seiten, ISBN: 978-3-608-91039-1, Euro 24,00 / SFr 45,90

Mitzerleben, wie ein nahestehender Mensch mehr und mehr Gedächtnisstörungen erleidet, dadurch immer hilfsbedürftiger wird und seine Persönlichkeit zu verlieren scheint, das gehört zu den besonders schmerzhaften Erfahrungen. Angemessen damit umzugehen, „die Würde (der betroffenen Person) zu wahren“, bedeutet für Angehörige wie für beruflich Involvierte eine große Herausforderung. Das Phänomen Demenz bringt mit sich, dass es – ähnlich wie bei psychotischen Zuständen oder schwereren geistigen Handicaps – fast nicht möglich ist, sich in das Erleben der von Demenz betroffenen Personen hineinzusetzen. In besonderem Maß stellt sich für Betreuung und Pflege daher die Frage: Wie begleite und handle ich empathisch?

In seinem Buch „Die Würde wahren“ beschreibt Ian Morton die Auseinandersetzung mit dieser Problematik, wie sie in den vergangenen Jahrzehnten im englischsprachigen Raum stattgefunden hat, sowie den aktuellen Stand in Theorie und Praxis. Mit einem prägnanten Überblick über die Entwicklung der vergangenen fünf Jahrzehnte veranschaulicht er, von welchem hohem Wert der Personzentrierte Ansatz in dieser Arbeit war und dort immer bedeutsamer wird. Insbesondere zeigt er auf, als wie befruchtend sich Proutys Prä-Therapie auch für dieses Feld erweist. Detailliert skizziert der Autor, was es bedeutet hat, von einem vorherrschend medizinischen Modell abzuweichen und den Kontakt und die Lebensqualität der von Demenz betroffenen Personen ins Zentrum zu stellen.

Aus Sicht des Personzentrierten Ansatzes besonders interessant sind die Ausdifferenzierungen zum Thema „personzentriert“.

Der Autor konstatiert einen „inflationären“ Umgang mit diesem Begriff und versucht zu verdeutlichen, dass das Potenzial des Personzentrierten Ansatzes nicht zum Tragen kommen kann, wenn er nicht richtig aufgefasst oder nur in Fragmenten verwendet wird. Ob diese Differenzierung des Autors auch für interessierte Lesende verständlich wird, die Theorie und Praxis des Personzentrierten Ansatzes nicht fundiert kennen, bleibt meines Erachtens offen. Ian Mortons Verdienst liegt jedoch eindeutig darin, mit seinen Argumenten einen in die Zukunft weisenden Punkt für die Weiterentwicklung der Thematik aufzuzeigen.

Die von Carl Rogers mit dem Personzentrierten Ansatz entworfene Theorie zeigte ihren Wert – ganz in dessen Sinn – rasch auch auf anderen Gebieten denn Beratung und Psychotherapie. Wie Morton ausführt, fand Rogers' Ansatz bereits sehr früh auch in die Reflexion und die praktische Arbeit im Umgang mit demenzen Personen Eingang, wurde aber mit anderen Theorien verbunden und zu neuen Theorien entwickelt (Stichworte: Validation und Resolutionstherapie), die sich später nur teilweise als überzeugend erwiesen. Anschaulich zeigt der Autor (interessanterweise nur anhand sehr weniger Fallbeispiele), welches Potenzial in Pflege und Betreuung dementer Personen noch auszuschöpfen wäre, würde der Personzentrierte Ansatz, wie er insbesondere für die Prä-Therapie entwickelt wurde, auf breiter Basis angewendet. Dass Mortons Erfahrungen und Anregungen weite Verbreitung finden – zu wünschen ist es!

* Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden, dzt.:
Franz Berger, Basel, E-Mail: franz.berger@unibas.ch bzw. Gerhard Stumm, Wien, E-Mail: gerhard.stumm@tplus.at
Vorliegende Rezensionen mögen per E-Mail bei einem der beiden eingereicht werden.
Detailinformationen zu Rezensionen siehe hintere innere Umschlagseite (U3)

Marlis Pörtner

Tom Kitwood: Demenz. Der Personzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen

Bern: Hans Huber, 5., ergänzte Auflage 2008, 237 Seiten, ISBN 3-456-84568-5, Euro 26,95/SFr 44,90

Dieses Buch ist sozusagen ein Klassiker auf dem Gebiet der Demenzpflege. Die englische Erstausgabe „Dementia reconsidered“ (Buckingham: Open University Press) von 1997 brachte seinerzeit eine radikal neue Sichtweise der Demenz ins Spiel, die bezüglich Pflege und Betreuung demenzkranker Menschen ein grundlegendes Umdenken erforderlich machte. Kitwoods Ansatz hat seit dem Erscheinen der deutschen Ausgabe auch im deutschsprachigen Raum da und dort positive Veränderungen bewirkt – wenn auch längst nicht in so umfassender Weise, wie es zu wünschen wäre. Die alten Paradigmen, gegen die Kitwood angetreten ist, spuken auch heute noch in vielen Köpfen herum und prägen weiterhin sowohl den Umgang mit demenzkranken Menschen wie auch die Strukturen und Pflegekonzepte zahlreicher Einrichtungen. Kitwoods Erkenntnisse sind deshalb nach wie vor hochaktuell.

Der Autor bezeichnet den „Erhalt des Personseins“ als zentrale Aufgabe der Pflege und Betreuung; er bricht damit radikal mit der (bis heute nicht ganz ausgerotteten) These, dass fortschreitende Demenz die Person irreversibel zerstöre und lediglich eine leere Körperhülle zurücklasse. Kitwood hingegen ist der Überzeugung, das Personsein werde durch eine „maligne Sozialpsychologie“ untergraben, welche auf einem ausschließlich medizinischen Verständnis von Demenz beruhe und Menschen zu Objekten mache. Diese entpersonalisierenden Tendenzen im Pflegealltag hat Kitwood in einer Forschungsstudie (1990) anhand von konkret definierten Handlungselementen eindeutig nachweisen können (The dialectic of dementia: with particular reference to Alzheimer's disease. *Ageing and Society*, 10, 177–196).

Kitwood definiert Demenz als einen dialektischen Prozess, bei dem neuropathologische und sozialpsychologische Faktoren gleichermaßen wirksam sind und einander gegenseitig beeinflussen – negativ oder positiv. Während die „maligne Sozialpsychologie“ traditioneller Pflegekonzepte die Entpersonalisierung fördert und beschleunigt, lässt sich diese durch sinnvolles Zusammenwirken medizinischer und sozialpsychologischer Gesichtspunkte erheblich eindämmen oder sogar verhindern. Kitwoods Idealbild von guter Pflege und Fürsorge ist, dass „jedes Fortschreiten der neurologischen Beeinträchtigung – das bei einer nicht unterstützenden Sozialpsychologie potentiell extrem schädigend sein kann – durch positive Arbeit an der Person kompensiert“ wird. Dass sich das nie vollständig, sondern immer nur ansatzweise verwirklichen lässt, ist ihm bewusst. Allerdings hat sich gezeigt, dass trotz massiver neuropathologischer Beeinträchtigung „für manche Menschen hohe Grade eines relativen Wohlbefindens“ ermöglicht werden können. Die Erfahrungen in dem von Janet Bell und Iain McGregor gegründeten

Spring Mount Pflegeheim in Bradford haben das auf eindruckliche Weise bestätigt und Kitwood in seinen Überzeugungen bestärkt. Er hatte engen Kontakt zu Spring Mount, das mit seinem vorbildlichen Pflegekonzept ein lebendiges Beispiel für die Richtigkeit seiner Thesen bot (Bell, J. & McGregor, I. [1995]. A challenge to stage theories of dementia. In T. Kitwood & S. Benson (Eds.), *The New Culture of Dementia Care* [pp. 12–15]. London: Hawker).

Das deterministische „Standardparadigma“ – auf eine kurze Formel gebracht: „keine Heilung, keine Hilfe, keine Hoffnung“ – hält Kitwood definitiv für falsch. Doch bestreitet er nicht, dass demenzkranke Menschen sich stark verändern und Verhaltensweisen oder Eigenschaften entwickeln können, die sie bisher nie gezeigt haben. Das ist für ihn kein Hinweis auf den Verlust der Persönlichkeit, sondern darauf zurückzuführen, dass aufgrund neuropathologischer Schädigungen Ressourcen verlorengegangen und psychische Abwehrmechanismen zusammengebrochen sind – bisher nicht bewusst wahrgenommene oder mit Willenskraft beherrschte Emotionen, Bedürfnisse oder Impulse können sich so plötzlich ungebremst Bahn brechen. Interessant aus personenzentrierter Sicht ist Kitwoods Beobachtung, dass dies vermehrt bei Menschen auftritt, denen ihre unterschwelligsten Gefühle und heimlichen Sehnsüchte nie bewusst geworden sind. Mit anderen Worten: Kongruenz erweist sich auch in diesem Zusammenhang als entscheidend wichtiger Faktor. Eine andere Beobachtung lässt Beratende aufhorchen: Kitwood stellt fest, dass Bezugspersonen, die gut begleitet werden und dadurch einen besseren Zugang zu demenzkranken Menschen finden, kaum jemals den Eindruck haben, ihre Angehörigen seien „nicht mehr sie selbst“.

Kitwood setzt sich eingehend mit seinem Thema auseinander. Zunächst geht er der Frage nach, „was es heißt, eine Person zu sein“, wobei er sich, unter anderem, auf Buber beruft. Dann beschreibt er detailliert „Demenz als psychiatrische Kategorie“ und weist auf andere Krankheitsbilder hin (Depression, psychotische Komplikationen), die häufig mit Demenz einhergehen und nicht unbeachtet (d. h. unbehandelt) bleiben dürfen, sowie auf gewisse körperliche Zustände, welche die Demenz verstärken. Dann erweitert er den Blickwinkel, indem er auf die sozialpsychologischen Faktoren hinweist, die bei der Entstehung von Demenz eine Rolle spielen und den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen. Dieser „malignen Sozialpsychologie“ stellt er ein unterstützendes Betreuungskonzept gegenüber, das die Einzigartigkeit jeder Person achtet, deren subjektives Erleben berücksichtigt und individuellen Bedürfnissen Rechnung trägt. Er beschreibt sehr genau, welche Handlungsweisen diese Anforderungen erfüllen, und stellt mit der DEM (Dementia Care Mapping)-Methode ein Instrument zur Verfügung, das es

ermöglicht, das praktische Handeln in Betreuung und Pflege anhand von konkreten Kriterien zu reflektieren und zu überprüfen.

Weshalb empfiehlt sich die Lektüre nicht nur für Angehörige von Pflegeberufen, sondern auch für Personenzentrierte Therapeutinnen und Berater? Zum einen vermittelt das Buch ein weit über die gängigen Vorstellungen hinaus weisendes umfassendes und vielschichtiges Bild der Demenz, das ein sehr viel differenzierteres Verständnis für die betroffenen Menschen ermöglicht. Dieses Hintergrundwissen ist für die therapeutische Begleitung demenzkranker Menschen ebenso hilfreich wie für die Beratung von Teams und Angehörigen. Beratende erfahren zudem durch Kitwoods Auflistung von förderlichen und schädlichen Handlungsweisen sehr genau, worauf es bei der Betreuung ankommt, was der Qualität ihrer Beratungen zu Gute kommt.

Etwas erschwert wird das Lesen durch einen umständlichen, nicht eben flüssigen Sprachduktus, was auch an der Übersetzung liegen könnte. Dieser ist jedenfalls ein gravierender Mangel vorzuwerfen: der unbedarft nachlässige Umgang mit den Begriffen „personenzentriert“ und „personenzentriert“, zwischen denen beliebig hin- und hergewechselt wird. Das ist in diesem Kontext besonders unverständlich, verdeutlichen Kitwoods Ausführungen zum „Personsein“ doch – einmal mehr –, weshalb „personenzentriert“ der adäquate deutsche Begriff ist.

Eine sehr gute zusammenfassende Darstellung von Kitwoods Ansatz und den Erfahrungen in Spring Mount findet sich übrigens in dem ebenfalls in diesem Heft besprochenen Buch von Ian Morton „Die Würde wahren ...“!

Reinhold Stipsits

Peter Elfner: Personenzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie

München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag 2008, 126 Seiten, ISBN 978-3-497-01981-6, Euro 19,90 / SFr 35,90

In hoch entwickelten Gesellschaften nimmt die Beschäftigung mit dem Alter rapide zu. Einerseits werden wir dank der verbesserten Gesundheitsvorsorge stetig und allmählich durchschnittlich immer älter, andererseits bestehen erhebliche Ressentiments gegenüber den Hochbetagten: Alte werden zur Belastung für das Gesundheitswesen erklärt, wenngleich dabei die Verkürzung auf eine ökonomische Dimension die Möglichkeiten der Arbeit mit den Alten in der Gesellschaft gar nicht mehr in den Blick nimmt. Geragogisches Handeln oder Geragogik – als Beschäftigung mit der Begleitung von alten Menschen im „Normalzustand“ – und Gerontopsychiatrie – als Psychiatrie für alte Menschen mit psychischen Störungen – stehen als Arbeitsfelder vor Augen. Inwieweit eine personenzentrierte Beratung, die sich traditionell nicht gerade für psychische Etikettierungen stark macht, hier eine Aufgabe findet, ist allemal theoretisch offen und von Praktikern in ihrer Arbeit zu entscheiden.

Peter Elfner nimmt sich dieser Thematik in seinem an Seiten knapp und gut überschaubar gehaltenen Band an. Indem er zunächst das *Altern* fokussiert und in der Folge die psychopathologischen Alterungsprozesse thematisiert, spricht er von der Gerontopsychiatrie als der zuständigen Disziplin für psychische Beeinträchtigungen eines wachsenden Segments der Bevölkerung. In seinem artikulierten Verständnis ist eine „natürliche“ Entwicklung vorausgesetzt, von diesem aus erschließt er den Leserinnen und Lesern die Welt der Alterspsychiatrie. Wenig überraschend kommt daher auch der „Personenzentrierte Ansatz“ zum Einsatz: Dieser Ansatz – von Elfner aus stilistischen Gründen synonym mit klientenzentriert oder geschlechtstherapeutisch verwendet – entspringt

nicht alleine einer Grundhaltung oder „schlimmstenfalls einer Technik von Empathie, wertschätzender Akzeptanz und Echtheit/Kongruenz“, sondern wird als ein Beziehungsangebot verstanden, das auf einer Persönlichkeitstheorie beruhend konzipiert ist und auch dem alten Menschen gerecht werden kann.

Und Elfner weiß, wovon er spricht. Er hat eine klare Ordnung vor Augen, die er – unaufdringlich, ohne die einzelnen Themen überstrapazieren – mit den relevanten Topoi vorstellt. In einem ersten Kapitel über Aspekte des Alterns beschreibt er ein vielfarbiges Bild von alternden Menschen, nimmt neben kontroversen und manchmal negativ getönten Bildern vom Alter auch die zwischenmenschlichen Beziehungen zum Thema und erkennt, dass Betagte nicht *nur* unter dem Fokus der sozialen Unterstützung betrachtet werden sollten (S. 27). Immer noch tabuisierte Themen wie Sexualität alter Menschen und auch gleichgeschlechtliche Beziehungen greift Elfner auf. Er erkennt im Umgang mit nahen Beziehungen einen hohen Wert. Elfner verweist auf die faktische Schwierigkeit der fehlenden Verfügbarkeit von alten Männern. Objektiv geringere Lebenserwartung und der „Einfluss normativer gesellschaftlicher Überzeugungen“ spielten hier eine Rolle, die zur nachhaltigen Verzerrung des Bildes von Alterssexualität bei Männern und Frauen beitragen. „Sowohl ein negatives Altersbild als auch eine zu sehr an jugendlichen Idealen orientierte Vorstellung kann bewirken, dass sich alte Menschen sexuell nicht mehr attraktiv oder unter Leistungsdruck fühlen“ (S. 23). Wenn bei jüngeren Menschen Statuspassagen Abschnitte im Lebenslauf markieren helfen, deren Erreichen eine Bewältigung für den Normalzustand gehalten wird, so ist bei älteren Menschen

die Phase des Ruhestands und der unterstellten Minderung von Produktivität, für Elfner Anlass für Kritik. Seine Wertschätzung zeigt sich gerade darin, dass er Älteren Kompetenzen zuerkennt. Selbstbestimmung zählt, daher wird bei ihm die anzustrebende Wohnform an die passende Lebensform angedacht und nicht umgekehrt. Elfner plädiert also durchaus für ein selbstständiges Altern, in dem dann Sterben und Tod den Abschluss der letzten Lebensphase bilden.

Im Abschnitt über Gerontopsychiatrie erfährt man von der Verteilung psychischer Krankheitsbilder und den Netzwerken der Versorgung alter Menschen. Altenhilfe ist in diesem Bereich in erster Linie eine Frage der Familie, und dann von Ambulanzen, gerontopsychiatrischen Tageskliniken, die gut erreichbar sind oder selbst mobile Dienste anbieten. Eine differenzialdiagnostische Trennung in demente und nicht-demente Störungsbilder kann nach Elfner bei der Behandlung helfen. Leitend sind für ihn dennoch die hilfreichen Haltungen und Verhaltensweisen, wie er sie in dem Personenzentrierten Ansatz gewinnt bzw. erkennt.

In seinem dritten Kapitel schafft Elfner dann einen knappen, nur dem Anschein nach traditionellen Überblick über den Personenzentrierten Ansatz, den er stets mit Beispielen für die Anwendung auf seine Altersklientel unterlegt. Die Aktualisierungstendenz als Entwicklungspotenzial – auch im hohen Alter – ist wohl eine theoretisch nur dünn ausgewiesene und schwerer belegbare Annahme. Hier könnte die Diskussion noch vertieft geführt werden.

Die personenzentrierte Psychotherapie in der Gerontopsychiatrie ist für Elfner das zentrale Thema des nächsten Kapitels. In Anlehnung an die Arbeiten von Prouty, Pörtner sowie Linster kommt Prämotivationsarbeit für Elfner ein besonderer Stellenwert zu: Wie kann gelingen, dass sich alte Menschen vertrauensvoll auf einen Weg der Veränderung im Zuge einer therapeutischen Beziehung einlassen? Von der Prä-Therapie zur Psychotherapie ist es nicht nur bei jüngeren Zielgruppen in psychiatrischer Bedürftigkeit oft ein weiter

Weg. Zu den Beratungsangeboten kommen auch Lernangebote, also insgesamt pädagogisch intendierte Strategien.

Hier weitet Elfner offenkundig den Rahmen des traditionellen personenzentrierten Arbeitens aus, ohne deshalb den Rahmen zu sprengen. Unterstützende Angebote, die das Geschehen lenkend beeinflussen, sind hier ebenso für ihn am Platz, wie Projektarbeit als geragogisches Handeln in der Gerontopsychiatrie statthaft ist. Lernen im Alter bedeute eher ein „weiterlernendes Anknüpfen an bestehende Erfahrungen als eine Aneignung vollkommen neuen Wissens“ (S. 66). Der Respekt begleitet seine Handlungen und dazu gehöre in der Arbeit mit alten Menschen auch Wahrnehmung von Verlangsamung von Prozessen, Ansprechen von verschiedenen Sinnesorganen, bei Trainings altersadäquate Schriftbilder, von Visualisierungen bis zu Pausen und Wiederholungen.

Das sechste Kapitel des Buches behandelt in kurzen, dichten Passagen die Fallbeispiele zu ausgewählten Störungen. Hier wird man fündig, wenn man sich ein Bild von Depression, von Demenz und von Anpassungsstörung als den substanziell wichtigen und häufigen Kategorien von Störungsbildern im Alter machen möchte. In kurzen Ausschnitten aus Einzelgesprächen wird ersichtlich, wie nahe Elfner mit seinen betagten Klientinnen und Klienten am Alltag und dessen Bewältigung arbeitet. Die Prämotivationsarbeit kombiniert er mit wohl(-wollend) abgewogener praktischer Unterstützung. Wie er im Schlusswort festhält, seien gerade alterspsychiatrische Patientinnen und Patienten eine dankbare Klientel. Offenbar ist die Qualität einer geduldigen und ausdauernden Achtsamkeit allorts, aber besonders im höheren Alter, von besonderem Wert.

Das Buch vermittelt einen guten Einblick, beeindruckt durch seine nachvollziehbare Sprache, die die Dinge beim Namen nennt. Herr Elfner hat wohl nicht zufällig auch das Privileg, von Marlis Pörtner das Geleitwort zum Buch mit auf den Weg bekommen zu haben.

Diether Höger

Luise Reddemann. Würde – Annäherung an einen vergessenen Wert in der Psychotherapie

Stuttgart: Klett-Cotta, 2008. 144 Seiten, ISBN 978-3-608-89066-2, € 18,90, SFr. 32,70

Die Autorin beginnt den zweiten, dem Thema Würde und Psychotherapie gewidmeten Teil des Buches mit der Frage, warum „Würde“ kein expliziter Gegenstand der Psychotherapie bzw. der Ethik der Psychotherapie sei. Wer auf der Basis des Personenzentrierten Ansatzes (PZA) arbeitet und dies liest, fragt sich, ob sie denn noch nie etwas vom PZA gehört oder gelesen hat. Zwar wird im PZA speziell der Terminus „Würde“ nicht oder nur selten explizit genannt. Aber unter den von Rogers formulierten sechs Bedingungen, d. h. Voraussetzungen für konstruktive Persönlichkeitsänderungen findet

sich jene, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut „unconditional positive regard“ erlebt, also positive Beachtung, ohne dies an Bedingungen zu knüpfen. Voraussetzungslose Anerkennung, verbunden mit empathischem Verstehen, bedeutet nichts anderes als die Person so, wie sie ist, zu würdigen. In diesem Sinne hat Reddemann völlig Recht, wenn sie an anderer Stelle schreibt, dass „Wertschätzung“ allein nicht genüge. Denn im PZA geht es eben darum, dass Wertschätzung erst dann ihre therapeutische Wirkung erhält, wenn sie nicht an Bedingungen geknüpft ist, und sei dies auch noch so

subtil. Zudem betont die personenzentrierte Arbeitsgrundlage „Aktualisierungstendenz“ die Eigenständigkeit der Person, die es zu würdigen gilt.

Die darauf folgenden Beispiele aus der Praxis zeigen, wie in Psychotherapien tatsächlich gegen die Würde verstoßen wird: wenn etwa eine Patientin über Misshandlungen durch ihre Mutter berichtet und vom Therapeuten als Erstes gefragt wird, ob sie sich vorstellen könne, warum die Mutter das gemacht habe. Wer sich als „personenzentriert“ arbeitend bezeichnet, muss sich – wenn ihm so etwas passiert – über alles hinweggesetzt haben, was er in seiner Ausbildung gelernt hat. Hier wird deutlich, wie dringend die Psychotherapeuten eine breitere Kenntnis des Personenzentrierten Ansatzes nötig hätte und wie bezeichnend es für sie ist, dass sie ihn – zumindest in Deutschland – systematisch ausgesperrt hat.

Aber Reddemann kennt offensichtlich den PZA, denn sie fragt nur wenige Seiten später: „Wie kommt es, dass in Deutschland die Methoden, die am meisten die Würde zum Gegenstand ihrer Überlegungen machen, nicht oder nicht voll anerkannt sind? Ich meine damit sowohl die Existenzanalyse nach Frankl wie die personenzentrierte Psychotherapie nach Rogers.“ (S. 103) Und als Kommentar zu den abschreckenden Beispielen aus der Praxis schreibt sie, dass eine Therapeutin, die zu empathischer Einfühlung fähig sei, möglicherweise keine Ethikkenntnisse brauche, um mitzufühlen, dass das beschriebene Verhalten eine Würdeverletzung darstelle. Vehement kritisiert Reddemann die in Deutschland bestehende Reduktion von Psychotherapie auf lediglich zwei Verfahren: das analytisch-tiefenpsychologische und das verhaltenstherapeutische.

So gesehen hat Reddemann mit ihrer eingangs gestellten Frage tatsächlich Recht. Denn in einer dermaßen reduzierten psychotherapeutischen Landschaft sucht man einen nennenswerten Diskurs über Würde in der Psychotherapie vergeblich. Sie macht auch deutlich, dass „hinter der sogenannten Wissenschaftlichkeit und Evidenzbasierung sich zunehmend menschenverachtendes Denken verbirgt“ (S. 103), wenn sie lediglich nach den üblichen Regeln erfolgt und beispielsweise die individuellen Unterschiede ignoriert, die in der Praxis nur übersehen kann, wer mit Blindheit geschlagen ist. Und so wird deutlich, wie sich der Mainstream der Wissenschaft zusammen mit dem deutschen Gesundheitssystem als Instrument systematischer Entwürdigung der Klientinnen und Klienten erweist.

Reddemann nennt und diskutiert fünf Bereiche, in denen das Thema Würde – nicht nur in der Psychotherapie – besondere Beachtung verdient: Erstens den Respekt vor Autonomie, u. a. mit dem Hinweis auf die Notwendigkeit, mit dem Begriff „Widerstand“ äußerst vorsichtig umzugehen. Zweitens geht es um die Würde der Verletzlichkeit und des Scheiterns, was bedeutet anzuerkennen, dass ein Lebenslauf nicht erst durch seine Erfolge achtenswert ist; außerdem wird in diesem Zusammenhang eine Neukonzeption von „Abstinenz“ diskutiert. Der dritte Bereich ist der Respekt vor den Wünschen nach Verbundenheit und die Würdigung der Beziehungs-

wünsche von Klientinnen und Klienten, auch wenn sie von außen gesehen als ungünstig erscheinen mögen. Viertens geht es um den Respekt vor Individualität und Verschiedenheit, nicht zuletzt auch im Gegensatz zu einer evidenzbasierten Medizin, sofern sie alle Patienten über einen Kamm schert. Auch hier verweist Reddemann auf Rogers, und zwar als denjenigen, der dieses Thema mit dem Konzept der Aktualisierungstendenz wohl am tiefgehendsten durchdrungen habe, und sie fragt: „Ist es im Interesse der Würde der PatientInnen, dass psychotherapeutische Ausbildungen durchlaufen werden, ohne dass dieses Prinzip zumindest genannt wird?“ (S. 114) Sie verweist auch auf die demütigende und verletzende Wirkung der sogenannten Nachqualifizierung, der sich hoch qualifizierte und erfahrene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Deutschland nach dem Psychotherapeutengesetz unterziehen mussten, sofern sie nicht in einem der beiden etablierten Verfahren ausgebildet waren. Nicht nur das: „Die Einengung auf letztlich zwei Verfahren verstößt sowohl gegen die Würde der Individualität unserer PatientInnen wie gegen die Würde des Reichtums und der Lebendigkeit unseres Faches.“ (S. 114) Der fünfte Bereich schließlich ist das Recht auf Intimität, besonders relevant im stationären Setting mit seinen oft vorhandenen Kontrollmechanismen.

Dies alles ist denjenigen, die nach dem PZA arbeiten, durchaus vertraut. Erübrigt sich also für sie die Lektüre dieses Buches? Die Antwort ist ein entschiedenes „Nein“. Denn wir können immer gewinnen, wenn uns anscheinend Vertrautes auch aus einer anderen Perspektive gezeigt wird. Vor allem aber: Die Prinzipien des PZA sind bekanntlich höchst abstrakt formuliert und können ihre Wirkung erst entfalten, wenn sie in einer konkreten (therapeutischen) Beziehung erkennbar werden. Diese immer wieder neue Verbindung abstrakter Begriffe mit konkreten Phänomenen herzustellen ist eine Aufgabe, die lebenslang nicht beendet werden kann. Und hierfür finden wir im ersten Teil des Buches, der sich mit dem Begriff der Würde auseinandersetzt, eine Fülle von wertvollen Anregungen.

Dieser erste Teil beschreibt die Geschichte der Annäherung der Autorin an das Thema. Er beginnt mit dem Grimm'schen Märchen vom Wasser des Lebens, geht weiter mit einer Theateraufführung, die zu J.S. Bach führt, gefolgt von einem weiteren Märchen – jenem von Gevatter Tod. Bach ist für Reddemann ein Vorbild an Würde als ein sein Leiden und Sterben akzeptierender Mensch, der angesichts scheinbarer Würdelosigkeit zur Akzeptanz findet: „durch das Wahrnehmen des gesamten Spektrums menschlicher Möglichkeiten, in Sonderheit der Freude sowie des Lobens und Dankens“ (S. 22). In den beiden Märchen geht es um das Thema Tod und seine Anerkennung als untrennbaren Teil des Lebens, eine Anerkennung, die (nicht nur!) für ärztliches, d. h. heilendes Tun unabdingbar ist, indem es nämlich auf den „würdevollen Umgang mit unserer Sterblichkeit und dem Machbaren bzw. nicht Machbaren“ (S. 28) ankommt. Würde geht aus psychotherapeutischer Sicht da verloren, wo es an Akzeptanz unserer Sterblichkeit und all dessen mangelt, was damit zusammen hängt, wie z. B. Schwäche oder Verletzlichkeit.

Als nächstes geht Reddemann auf die Würde als Thema der Ethik ein und beginnt eine erste Annäherung mit Albert Schweitzers Ausspruch „Ich bin Leben, das leben will, inmitten von Leben, das leben will“, in dem sich Ehrfurcht vor dem geheimnisvollen Willen zum Leben zeigt. Sie bezieht daraus die Anregung, jede Lebensäußerung (Verhaltensweisen, Meinungen, Gefühle) aufzufassen als „Leben, das leben will, inmitten von Leben, das leben will“. Wer denkt da nicht an den Begriff der Aktualisierungstendenz, der hier eine anschauliche Beschreibung erhält?

Reddemann betont, dass für psychotherapeutisches Handeln in hohem Maß die Begriffe entscheidend seien, in denen wir über Therapie denken und sprechen, und dass die im Diskurs fallenden Termini wie „Wertschätzung“, „Achtung“, „Respekt“ nicht ausreichen, um „Würde“ zum Gegenstand unserer Wahrnehmung und Reflexionen zu machen. „Ich bin überzeugt, dass wir vor allem in der Psychotraumatologie ein *explizit* gemachtes Bewusstsein und daraus abgeleitetes Handeln für Würde benötigen. Das heißt, dass wir uns bei allem, was wir tun, sehr bewusst die Frage stellen, ob unser Tun mit der Würde unserer PatientInnen – und unserer eigenen – vereinbar ist, und nicht nur, ob wir mit ihnen und uns wertschätzend umgehen.“ (S. 38) Worum es gehe, sei die Spannung zwischen dem Helfenwollen und dem Respekt vor der Würde des Kranken. Sie nennt in diesem Zusammenhang das Beispiel eines Flüchtlings, der um Verstehen und nicht um Hilfe bat, denn Hilfe würde ihn klein machen. Dies mag auch nach dem PZA Arbeitende daran erinnern, dass eine Übersetzung von „unconditional positive regard“ als „Wertschätzung, Achtung, Respekt“ in der Tat zu kurz greift, solange sie nicht deren Freiheit von Bedingungen explizit mit einschließt.

In einem weiteren Schritt der Annäherung an den Begriff der Würde beruft sich Reddemann auf philosophische Sichtweisen. Sie bezieht sich auf Schriften von Emanuel Levinas und Richard Rorty, vor allem auch von Seyla Benhabib, deren feministische Sicht das zentrale Anliegen Reddemanns ist. Die von ihr postulierte kommunikative Ethik setzt an die Stelle einer Gleichheit der Fähigkeiten die Gleichheit der Ansprüche und betont die Autonomie des Individuums zusammen mit der damit verbundenen Forderung nach partnerschaftlicher Begegnung statt entmündigender „Fürsorge“ als einer Rechtfertigung paternalistischen Denkens (wobei Reddemann eine Gemeinsamkeit mit Carl Rogers sieht). Und sie betont, dass Würde nicht voll gedeiht, wo Gleichberechtigung nicht realisiert ist und Frauen ausgeklammert werden. „Man muss auch immer wieder dem Subjekt psychotherapeutischer Theorien und Handlungsanweisungen ein Geschlecht geben!“ (S. 67), wobei

Reddemann eingesteht, wie leicht ihr selbst die Gender-Perspektive immer wieder aus dem Blick gerate. Darin werde deutlich, dass es – bei Männern wie bei Frauen – um das „Bemühen um“ geht, und wie trügerisch die Meinung sei, diese Perspektive zu besitzen. Würde hängt davon ab, dass Wahrheitsansprüche immer wieder hinterfragt werden und dass wir erkennen, wenn Teilinteressen als Allgemeininteressen ausgegeben werden.

Reddemann zeigt weiters, wie gesellschaftliche Zustände wie Arbeitslosigkeit, Sozialabbau und Armut einen Verlust der Würde bedeuten, wie sie durch den Neoliberalismus als eine moderne Form der Menschenverachtung und Entwürdigung verstärkt werden, und wie das mit ihm verbundene Profitdenken inzwischen auch im Bereich des Gesundheitswesens immer mehr die Leitlinien der bestehenden Strukturen bestimmt.

Wer von Vertreterinnen des Feminismus zu verantwortende konkrete Entwürdigungen erlebt hat, mag allerdings an die heilende Wirkung des Feminismus für unsere Gesellschaft nicht so recht glauben. Damit ist es wie mit anderen „Ismen“ auch: Sie leuchten als Ideen nicht nur ein, sondern nähren auch die Hoffnung auf eine bessere Welt. Nur wird ihre Umsetzung in konkretes Handeln von unseren Schwächen wesentlich mitbestimmt, in denen die Doppeldeutigkeit des Adjektivs „menschlich“ erkennbar wird. Mir erscheint hier eher die Wertvorstellung der Humanität angebracht, denn sie ist nicht denkbar ohne explizite Anerkennung der Würde. Sie kann sich erst dann entfalten, wenn wir uns stets der individuellen Verschiedenheiten bewusst und bereit sind, uns der Vielfalt menschlicher Seinsweisen zu öffnen. Genau hier bekommt auch das, was wir vom Feminismus lernen können, seinen besonderen Wert.

Auch Reddemann geht es bei der „Gender-Frage“ letztlich um die Verbindung von Weiblich und Männlich, wenn sie Mythos und Bild der „heiligen Hochzeit“ als ein psychologisches Konzept heranzieht, und zwar als Symbol eines inneren Wandlungsvorganges in der Beziehung zum eigenen Selbst.

So wie das Buch geschrieben ist, ist es kein wissenschaftliches im üblichen Sinne. Es ist in seinem Stil anders, weithin getragen von Subjektivität, was aber kein Einwand sein soll, im Gegenteil. Denn hier ist die Subjektivität stets transparent und klar erkennbar – ganz im Unterschied zu „wissenschaftlicher“ Literatur, die ihre Subjektivität verschleiert oder erst gar nicht erkennt. Dabei besteht die Subjektivität Reddemanns in einer Perspektive, die auf allgemein Gültiges verweist. Und so hätte die Wissenschaft dieses Buch bitter nötig, denn es handelt von Dingen, die geeignet sind, sie menschlicher (im Sinne von humaner) zu machen.

Europäische Standards für personenzentrierte und erfahrende Ausbildung & Das Europäische Zertifikat für Personenzentrierte und Erfahrungreiche Psychotherapie und Beratung

Das Netzwerk europäischer Vereinigungen für Personenzentrierte und Erfahrungreiche Psychotherapie und Beratung (NEAPCEPC) hat auf seiner letzten Generalversammlung am 6. Juli 2008 in Norwich beschlossen, ein Europäisches Zertifikat für Personenzentrierte und Erfahrungreiche Psychotherapie (PCE-Zertifikat) zu schaffen. Dieses Zertifikat gründet in den schon 2001 vereinbarten Ausbildungsprinzipien des Netzwerks, die für alle Mitgliedsvereine verpflichtend sind (siehe unten) sowie auf den ethischen Standards der Mitgliedsvereine.

Es wird ein Zertifikat für Praktiker bzw. Praktikerinnen, eines für Ausbilder und Ausbilderinnen (Trainer) und eines für Ausbildungsinstitutionen geben.

Jedes Mitglied einer Mitgliedsvereinigung (also Einzelpersonen), jeder Ausbilder und jede Ausbilderin einer Mitgliedsvereinigung und jede Mitgliedsvereinigung kann um dieses Zertifikat ansuchen.

Zu den Vorteilen des Zertifikats gehören

- *Sichtbarkeit auf der offiziellen Website des Netzwerks:* Alle Zertifikatsinhaber und -inhaberinnen sind berechtigt, kostenlos im öffentlichen Online-Register des Netzwerks angeführt zu werden, und zwar mit ihren jeweils aktuellen Daten und einem direkten Link zur persönlichen Homepage (!) bzw. bei Vereinigungen der Homepage des Vereins. Ausbilder und Vereine können auch eine Kurzbeschreibung ihrer Schwerpunkte bzw. ihres Selbstverständnisses publizieren.
- *Personenzentrierte und Erfahrungreiche Therapien sind für die Öffentlichkeit sichtbar:* Eine Liste qualifizierter Psychotherapeuten und Berater aus ganz Europa und die entsprechenden Vereinigungen und Institute sind auf Mausklick abrufbar.
- *Klienten und Klientinnen können qualifizierte Personenzentrierte und Erfahrungreiche Therapeutinnen und Beraterinnen einfach finden:* Wer eine Personenzentrierte Therapeutin oder einen Erfahrungreichen Berater sucht, gleich wo in Europa, wird im Internet sofort fündig.
- *Verstärkter Einfluss und größere Bedeutung Personenzentrierter und Erfahrungreicher Therapien:* PCE Therapie- und Beratungsansätze

werden dadurch in ihrer Auseinandersetzung mit anderen Orientierungen gestärkt und es wird deutlich, wie breit die PCE Ansätze verbreitet sind.

- *Zertifikat auf Papier für den Aushang:* Jeder Zertifikatsinhaber und jede -inhaberin erhält ein schön gestaltetes schriftliches Zertifikat, das er oder sie in der privaten Praxis, der Institution oder an sonst geeigneter Stelle aufhängen kann.
- *Ausbilder und Ausbilderinnen (Trainer) können sich und ihre Angebote präsentieren:* Mit einem Kurztext über das persönliche Profil sowie Workshops und andere Angebote kann dieser Personenkreis (neben dem Link zur eigenen Homepage) für alle leicht zugängliche Informationen anbieten.
- *Das PCE-Zertifikat unterstützt die Mobilität von Klienten und Klientinnen sowie von Therapeuten und Beraterinnen innerhalb Europas:* Wer an seinem neuen Wohnort einen PCE Therapeuten sucht, kann einen finden. Berater und Therapeutinnen können einfacher Kontakte knüpfen und Kollegen und Kolleginnen finden.
- *Kongressteilnahme zu reduzierten Preisen:* Zertifikatsinhaber und -inhaberinnen können zu ermäßigten Preisen an vom Netzwerk veranstalteten Symposien, Konferenzen usw. teilnehmen.

Die Generalversammlung hat ein Komitee eingesetzt, das derzeit die Details ausarbeitet. Es besteht aus Claire Higgon, Großbritannien (clairhiggon@aol.com), Peter F. Schmid, Österreich (pfs@pfs-online.at) und Jan Roelf Takens, Niederlande (rj.takens@psy.vu.nl).

Im Lauf des Jahres 2009 wird das Zertifikat erhältlich sein. Die Anmeldung dafür geschieht über das Internet und ist mit einer einmaligen Gebühr von 50 EUR für Einzelpersonen, 100 EUR für Ausbilder und 150 EUR für Mitgliedsvereine verbunden. Es gilt (ohne weitere Kosten), solange der oder die Betreffende Mitglied eines Mitgliedsvereins beim Netzwerk ist. Details werden auf der Website abrufbar sein (<http://pce-europe.org/ncertific.htm>)

PERSON dokumentiert nachfolgend die Ausbildungsprinzipien und die Grundlagen für das PCE-Zertifikat.

Die Statuten des Netzwerks (Network of the European Associations for Person-Centred and Experiential Psychotherapy and Counselling finden sich in der PERSON 2 (1999) S. 156-158 sowie auf der Homepage des Netzwerks: www.pce-europe.org. Peter F. Schmid

Peter F. Schmid ist einer der Initiatoren und Gründer des Weltverbandes für PCE Psychotherapie und Beratung (WAPCEPC) sowie des Europäischen Netzwerks (NEAPCEPC) und Delegierter des IPS der APG, Wien.

Prinzipien personenzentrierter und experienzieller Aus- und Fortbildung in Psychotherapie und Beratung

Die folgenden Prinzipien stehen in Übereinstimmung mit den Prinzipien des Netzwerks (Statuten I.1). Die Bezeichnung „personenzentriert und experienziell“ wurde gewählt, um fortgesetzten Dialog und beständige Entwicklung zu fördern; es ist nicht beabsichtigt, ein bestimmtes Verständnis dieser Ansätze und ihrer Beziehung zueinander zu bevorzugen.

- Personenzentrierte bzw. experienzielle Ausbildung und Fortbildung in Psychotherapie und Beratung wird als Förderung von Personalisation, d. h. Entwicklung der Persönlichkeit, des Ausbildungsteilnehmers bzw. der Ausbildungsteilnehmerin durch personenzentrierte bzw. experienzielle Beziehung und Begegnung zwischen den Ausbildern bzw. Ausbilderinnen und den Ausbildungsteilnehmern bzw. Ausbildungsteilnehmerinnen verstanden. Sie zielt darauf, die persönlichen und professionellen Fähigkeiten zu erlernen, die erforderlich sind, personenzentrierte bzw. experienzielle Beziehungen mit Klienten anzubieten, aufzunehmen, zu gestalten und weiter zu entwickeln.
- Sie ist ein Unterfangen, das sowohl an Prozess und Erfahrung orientiert als auch einer tiefen theoretischen Reflexion der Erfahrungen verpflichtet ist.
- Sie besteht aus
 - Selbsterfahrung in verschiedenen Settings (z. B. Ausbildungsgruppen, Gruppen zur Persönlichkeitsentwicklung, Gruppentherapie oder -beratung, Einzeltherapie oder -beratung),
 - Auseinandersetzung mit den theoretischen Arbeiten von Carl Rogers und anderen personenzentrierten und experienziellen Theoretikern und fortwährender Entwicklung der eigenen theoretischen Einstellungen des Ausbildungsteilnehmers bzw. der Ausbildungsteilnehmerin,

- konkreter Umsetzung der Bedingungen,
- supervidierter Praxis personenzentrierter bzw. experienzieller Beziehungen mit Klienten.

Unter anderem besteht die theoretische Ausbildung aus folgenden Elementen: anthropologische, philosophische und ethische Grundlagen, Persönlichkeits- und Beziehungstheorie im Allgemeinen und in Prozessen verschiedener Personen und Gruppen in verschiedenen Situationen, Psychopathologie- und Therapietheorie, Kontextwissen (z. B. auf rechtlichem, medizinischem, wirtschaftlichem usw. Gebiet). Die theoretischen Grundlagen stimmen mit den Prinzipien, die in den Statuten des Netzwerks (I.2) festgehalten sind, überein.

- Sie wird in Beziehungen mit verschiedenen Facilitators bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bzw. Beratern und Beraterinnen bzw. Lehrern und Lehrerinnen und in verschiedenen Settings durchgeführt, damit die Ausbildungsteilnehmer bzw. die Ausbildungsteilnehmerinnen verschiedene Lernmöglichkeiten nutzen können, Kreativität gefördert wird und persönliche und kulturelle Verschiedenheit wertgeschätzt wird.
- Innerhalb der Anforderungen des jeweiligen gesetzlichen und institutionellen Rahmens ist sie, wie von Carl Rogers postuliert, einem selbstbestimmten Lernweg, auf der Basis von „Empowerment (Ermächtigung)“ und der „Freiheit zu lernen“, und der Bewertung durch den Ausbildungsteilnehmer bzw. die Ausbildungsteilnehmerin selbst verpflichtet.
- Institutionen und Personen, die Ausbildung anbieten, sind klar definierten ethischen Standards verpflichtet, der kontinuierlichen wissenschaftlichen Entwicklung von Theorie und Praxis der personenzentrierten und experienziellen Ansätze, der wissenschaftlichen Forschung und der Zusammenarbeit mit ähnlichen Institutionen und Personen auf nationaler und internationaler Ebene.

Brüssel, November 11, 2001

The European Certificate for Person-Centred and Experiential Psychotherapy and Counselling (PCE Certificate)

(decided by the General Assembly on July 6th, 2008, in Norwich, UK)

Preliminary Statement

The Network of the European Associations for Person-Centred and Experiential Psychotherapy and Counselling (NEAPCEPC) aims to achieve and maintain a high standard of training and practice for person-centred and experiential (PCE) psychotherapists and counsellors.

Amongst others, its goal is to serve the public through promotion of the person-centred paradigm. It does this by supporting and encouraging scientific study, as well as the improvement of practice in this paradigm, especially in the field of psychotherapy and counselling; also by engaging in socio-political processes to ensure the continued contribution of the paradigm in health, social insurance, education, academic contexts etc. (see Statutes II.).

In order to accomplish this objective NEAPCEPC proposes the establishment of a European Certificate for Person-Centred and Experiential Psychotherapy and Counselling (hereafter, PCE Certificate) for both organizations and individuals. This will help ensure that PCE psychotherapists and counsellors are trained according to NEAPCEPC standards. The PCE Certificate will also aid mobility of PCE psychotherapists and counsellors within Europe.

This is in accordance with the Principles of NEAPCEPC, the World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling (WAPCEPC), the World Council for Psychotherapy (WCP), the 1990 Strasbourg Declaration on Psychotherapy, the World Health Organisation (WHO) of the United Nations and the non-discrimination act valid within the framework of the European Union.

Requirements for award of a PCE Certificate

• Organizations

An application for a PCE Certificate can be made by its Member Organizations (hereafter, NEAPCEPC Member Organizations), i.e. national person/client-centred and experiential organizations, training institutes and other institutions in Europe which

- adhere to NEAPCEPC principles and goals as described in its Statutes,
- are committed to clearly defined ethical standards,
- have a commitment to psychotherapy and counselling training and/or further training according to state of the art person-centred training standards and national (if these exist) psychotherapy and/or counselling training standards (see Statutes IV.2.).

NEAPCEPC Member Organizations are required to adhere to the 'Principles for Person-Centred and Experiential Training and Further Training' ratified at the NEAPCEPC General Assembly in Brussels on November 11, 2001. (See below).

• Trainers

Applications for a PCE Certificate can be made by those individuals who are recognized as trainers for PCE psychotherapy and/or counselling by NEAPCEPC Member Organizations.

In cases where there is no trainer accreditation scheme within the Member Organization, the Certificate Committee (see below) will take an individual decision based on the application. The Certificate Committee is authorised to request further information from the parties involved as needed.

Trainers who hold PCE Certificates are required to adhere to the 'Principles for Person-Centred and Experiential Training and Further Training' as outlined below, undertake regular further training in theory development and practice, and contribute to the ongoing development of the paradigm in theory and practice.

• Psychotherapists and Counsellors

Psychotherapists and counsellors who are members of a NEAPCEPC Member Organization and have undertaken a certificated client/person-centred and/or experiential training are eligible to apply for a PCE Certificate.

Psychotherapists or counsellors who hold PCE Certificates are required to undertake regular further training and support the paradigm.

Application Procedures

The NEAPCEPC Board proposes a committee (hereafter, Certificate Committee) of at least three persons from at least three different members of the General Assembly who are not members of the current Board. The General Assembly elects the members of the Certificate Committee for a period of two years. Re-election is possible.

Applications for PCE Certificates are made to the Certificate Committee.

- NEAPCEPC Member Organizations send an application stating their promise to adhere to the 'Principles for Person-Centred

and Experiential Training and Further Training' together with their details and current training regulations to the Certificate Committee. All Member Organizations will automatically be included in the online register.

- Trainers send their Curriculum Vitae (with special reference to their client/person-centred and/or experiential psychotherapy or counselling qualifications and their training experience) to the Certificate Committee together with their personal details and with confirmation of their status as a trainer by their organization. Candidates who do not wish to be listed in the online register (see below), must include a written statement to that effect.
- Psychotherapists and counsellors send their details to the Certificate Committee together with confirmation of their membership by their organization.

Respective forms will be made available through the internet. All data for the internet must be submitted electronically.

Applicants transfer a single fee at the time of their application for the PCE Certificate to NEAPCEPC to meet the expenses. This fee is set by the General Assembly. The fee is not refundable.

[Suggestion for the time being: NEAPCEPC Member Organizations 150 EUR, trainers 100 EUR, psychotherapists & counsellors 50 EUR.]

After receipt of the fee the application will be processed by the Certificate Committee. If there are any open questions the applicant will be contacted for clarification. If the application is in order the PCE Certificate will be issued and sent to the applicant.

The PCE Certificate will be issued in English, signed by a representative of the NEAPCEPC Certificate Committee and, in the case of individual applicants, by the NEAPCEPC Member Organization. The certificate may be translated by the respective NEAPCEPC Member Organization in to the language(s) of the country within which it is being awarded. The certificate will note requirements for its continuing validity (see below). A PCE Certificate awarded to trainers covers both the qualification for training and practice as a psychotherapist and/or counsellor (if applicable).

Should an application be refused by the Certificate Committee the applicant has the right of one appeal to the Board.

Validity

- The PCE Certificate for NEAPCEPC Member Organizations remains valid as long as the organization remains a Member Organization of NEAPCEPC and adheres to the criteria for the award of the PCE Certificate.
- The PCE Certificate for trainers remains valid as long as the trainer adheres to the criteria for the award of the PCE Certificate, undertakes regular supervision and further training in theory development and practice, contributes to the ongoing development of the paradigm in theory and practice and is a

member of a NEAPCEPC Member Organization.

- The PCE Certificate for psychotherapists/counsellors remains valid as long as the individual adheres to the criteria for the award of the PCE Certificate, undertakes regular supervision and further training, supports the paradigm and is a member of a NEAPCEPC Member Organization.

Applicant details are only checked at the time of application. NEAPCEPC cannot be held responsible for the conduct of PCE Certificate holders after the award of the certificate. If NEAPCEPC receives reliable information regarding misconduct of PCE Certificate holders the organizations or persons in question will be removed from the register (see below).

NEAPCEPC Member Organizations are obliged to update the Certificate Committee one month prior to a NEAPCEPC GA with any new versions of their training regulations.

Public register of PCE Certificate holders

A register of all PCE Certificate holders will be made available for the public through the Internet.

- This register lists the name, country, address, phone and fax numbers, e-mail address and website address of the PCE Certificate holder.
- NEAPCEPC Member Organizations can add a profile of the organization of no more than 300 words to the register
- Trainers can add a personal profile of no more than 200 words to the register.

All PCE Certificate holders are obliged to advise the Certificate Committee of changes to their details.

Benefits of the PCE Certificate

All individual counsellor/psychotherapist PCE Certificate holders are entitled to be listed in the public register (see above) with a direct online link to their personal website.

All PCE Certificate holders are entitled to use 'Holder of The European Certificate for Person-Centred and Experiential Psychotherapy and Counselling (PCE-Certificate)' in their business correspondence. This contributes to the promotion and support of the PCE paradigm.

All PCE-Certificate holders are entitled to participate in any symposia or conferences organized by NEAPCEPC at a reduced rate.

When moving within Europe PCE Certificate holders can easily present their client/person-centred and experiential credentials as a member of a NEAPCEPC Member Organization.

Norwich, July 6, 2008