

Die natürliche Adaption in der personenzentrierten Psychotherapie

Wie sich Therapeutinnen auf Klientinnen einstellen

Magdalena Kriesche
Wien, Österreich

Der vorliegende Artikel befasst sich mit der Frage, wie sich personenzentrierte Psychotherapeutinnen auf ihre Klientinnen einstellen und welche Mechanismen diesen Einstellungs- bzw. Anpassungsprozessen zugrunde liegen. Es wird auf Adaptionformen wie die ziel- und ergebnisorientierte Adaption, die beziehungsorientierte Adaption sowie auf die Perspektive der Selektion (Hutterer, 2005) eingegangen, um schließlich das Konzept der natürlichen Adaption vorzustellen. Die natürliche Adaption stellt eine Zwischenperspektive zu den genannten Adaptionformen dar, sowie den Versuch der Komplexität der therapeutischen Praxis gerecht zu werden. Hierbei wird besonders auf das Konzept des impliziten Wissens Bezug genommen, das seinen Ausdruck sowohl in verinnerlichtem Beziehungswissen als auch in verinnerlichtem Theoriewissen findet. Im Zuge einer empirischen Studie mittels des Persönlichen Gespräches nach Langer (2000) wird die Relevanz dieses Phänomens in der Praxis untersucht.

Schlüsselwörter: Anpassungsprozesse, natürliche Adaption, implizites Wissen

Natural adaption in Person Centered Psychotherapy. The article at hand deals with the question how person-centred therapists adapt themselves to their clients and which mechanisms underlie this process. Different forms of adaption like relationship-oriented and aim- and effect-oriented adaption are discussed as well as the selective approach (Hutterer, 2005) within person-centred therapy. Next, the natural adaption is introduced. The article aims to develop a perspective of adaptive proceeding, which can be found between the different forms of adaptive proceeding in person-centred therapy. Furthermore it aims to come up to the complexity of the therapeutic practice. For the thesis of natural adaption the concept of tacit knowing is especially meaningful, which expresses itself in internalized knowledge about relationships and internalized theoretical knowledge. With a qualitative survey, based on the method of “the personal interview” by Langer (2000), the phenomenon of natural adaption is examined in therapeutical practice.

Keywords: Adaption processes, natural adaption, tacit knowing

„Wir wissen mehr, als wir zu sagen wissen.“
(in Anlehnung an Polanyi, 1985)

Den Ausgangspunkt der Überlegungen zu einer natürlichen Adaption¹ in der personenzentrierten Psychotherapie bildet die Auseinandersetzung mit differentiellen Konzepten und adaptiven Strategien in der personenzentrierten Psychotherapie², die im Verlauf der historischen Entwicklung des Ansatzes formuliert wurden. Zwar finden sich in der Literatur zahlreiche ausformulierte differentielle Behandlungs- bzw. Therapie(prozess)

konzepte (vgl. Frohburg, 2005), jedoch gibt es kaum eine allgemeine Auseinandersetzung mit den Begriffen „adaptive Vorgehen“ bzw. „adaptive Interventionsstrategien“. Mit diesen Begriffen werden Anpassungsprozesse des therapeutischen

Mag.^a Magdalena Kriesche (vormals Tojčić), geb. 1982, Pädagogin, Sonder- und Heilpädagogin und Personenzentrierte Psychotherapeutin; tätig im Familienzentrum Baden der Caritas sowie in Wien in freier Praxis; Kontakt: magdalena.kriesche@teletronic.at

- 1 Die Grundlage des vorliegenden Artikels bildet meine Diplomarbeit, die ich im Rahmen des Projektstudiums Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung im Jahr 2010 an der Universität Wien verfasst habe.
- 2 In diesem Artikel werden überwiegend die Begriffe „personenzentrierter Ansatz“ und „personenzentrierte Psychotherapie“ verwendet, um das breite Spektrum personenzentrierter Therapiekonzept(weiter)entwicklungen zu berücksichtigen. Die in der Literatur vorkommenden Begriffe „personenzentrierte Psychotherapie“, „klientenzentrierte Psychotherapie“ und „Gesprächspsychotherapie“ werden in dieser Arbeit synonym verwendet. Der Begriff „personenzentrierte Psychotherapie“ wird besonders dann verwendet, wenn Bezug auf die therapeutische Beziehung genommen wird.

Vorgehens an unterschiedliche Bedingungen beschrieben, die sowohl positiv als auch negativ konnotiert werden (z. B. Frohburg, 1989; Hutterer, 2005). Nach Frohburg (1989, 1992) lassen sich adaptive Interventionsstrategien in konzeptexterne und konzeptinterne Strategien unterscheiden, wobei konzeptexterne Strategien in Methodenintegration und Methodenkombination und konzeptinterne Strategien in Methodenerweiterung und Methodendifferenzierung unterteilt werden können. Eine andere Art der Unterscheidung trifft Hutterer (2005), der zwischen beziehungsorientierter Adaption, ziel- und ergebnisorientierter Adaption differenziert und die Perspektive der Selektion bzw. des selektiven Vorgehens einführt.

Die Frage, die sich aus der Beschäftigung mit unterschiedlichen Adaptionsformen in der personenzentrierten Psychotherapie ergibt ist, ob es abseits jener in der Literatur beschriebenen Adaptionsformen eine Adaptionsform gibt, die dem personenzentrierten Ansatz in Theorie und Praxis von jeher immanent ist. Diese Adaptionsform wird als „natürlich“ bezeichnet, da sie dem Wesen bzw. der Natur des Ansatzes entspringt und entspricht. Dazu erscheint es wichtig sich den Anpassungs- bzw. Einstellungsprozesse aufseiten der Therapeutin³ und den ihnen zugrunde liegenden Mechanismen zu widmen.

Es wird davon ausgegangen, dass Therapeutinnen in ihrer Arbeit weit mehr wissen, als sie zu sagen wissen und das personenzentrierte Beziehungsangebot nicht nur der personenzentrierten Therapietheorie entsprechend verwirklichen, sondern auch ihre persönlichen Möglichkeiten und Voraussetzungen eine wichtige Rolle für Anpassungsprozesse in der Therapie spielen. Mittelpunkt des Interesses stellen die Präsenz der Therapeutin, ihre Kongruenz sowie ihre Empathie dar. In diesen Variablen findet sowohl die Persönlichkeit der Therapeutin als auch ihr Erfahrungswissen, im Sinne impliziten Wissens (inklusive verinnerlichtem Theoriewissen), Niederschlag und wirkt so in der Beziehungsgestaltung mit der Klientin mit. Nachdem die Persönlichkeit der Therapeutin für ihre „Wirksamkeit“ entscheidend ist und authentische Reaktionen je nach Persönlichkeit recht unterschiedlich ausfallen können (Hutterer, 2005), rückt die Persönlichkeit der Therapeutin in Verbindung mit ihrem impliziten Erfahrungswissen in den Fokus der Betrachtung adaptiver Strategien und differentiellen Vorgehens.

Die Frage nach einer natürlichen Adaption im personenzentrierten Ansatz erschließt insofern eine Forschungslücke, als es in der Literatur keine hinreichende Auseinandersetzung mit

Einstellungsprozessen von Therapeutinnen unter dem Fokus impliziten Wissens gibt, die sich sowohl mit implizitem Beziehungs- und Erfahrungswissen als auch mit verinnerlichtem Theoriewissen befasst. Der Nutzen dieser Auseinandersetzung für die personenzentrierte Psychotherapie ist hinsichtlich des Ausbildungswesens und der Entwicklung des eigenen Stils der angehenden Therapeutinnen zu sehen und stellt den Versuch dar der Komplexität der therapeutischen Praxis zu begegnen. Darüber hinaus können die dargelegten Sichtweisen teilweise zur Auflockerung in der Diskussion um störungsspezifische Konzepte beitragen.

Adaption im personenzentrierten Ansatz

Frohburg (1992), die sich mit Adaption in der Psychotherapie im Allgemeinen und im Speziellen in der personenzentrierten Psychotherapie auseinandersetzt, führt an, dass der Anwendung adaptiver Strategien grundsätzlich zwei Intentionen zugrunde liegen: „Einmal das Anliegen, durch eine weitgehende Individualisierung der Behandlung den Therapieprozess zu optimieren und dadurch die therapeutische Effizienz zu verbessern und zum anderen das Ziel, den Anwendungsbereich psychotherapeutischer Einflussmöglichkeiten zu erweitern.“ (S. 67). In dieser Darstellung werden konzeptübergreifende Adaptionsansätze (Methodenintegration, Methodenkombination) und konzeptinterne Adaptionsansätze (Differenzielle Psychotherapie, Methodenerweiterung) unterschieden. Die Autorin geht davon aus, dass sich Psychotherapeutinnen bei der Umsetzung adaptiver Strategien „impliziter oder expliziter Entscheidungsheuristiken“ (S. 68) bedienen, um eine entsprechende Anpassung vorzunehmen. „Diese lassen sich als Konditionsregeln beschreiben: wenn Bedingung X gegeben ist oder eintritt, ist das Therapeutenverhalten in Richtung Y zu verändern.“ (Frohburg, 1992, S. 68). Dabei präzisiert Frohburg, dass diese Modifizierungen oder Anpassungen nicht allzu subjektiv oder ohne wissenschaftliche Basis vorgenommen werden sollten und daher im Einzelnen einer Begründung bzw. Bestimmung bedürfen. Ausgangspunkte solcher Anpassungen können „[...] im Bereich der Nosologie, der persönlichkeits-, störungs- und handlungsbezogenen Psychodiagnostik, der speziellen Therapieprozess-Merkmale, vielleicht auch im Alter und Geschlecht der Patienten (oder Therapeuten) oder anderswo gesucht werden.“ (Frohburg, 1992, S. 68).

Begibt man sich, von dieser recht geradlinig und die therapeutische Praxis stark vereinfachenden und technologisierenden Darstellung, eine Ebene tiefer, so lassen sich zwei weitere Adaptionsformen beschreiben, die sowohl konzeptextern bzw. konzeptübergreifend als auch konzeptintern vorgenommen werden können. Diese beschreibt Hutterer (2005) als

³ Es werden überwiegend die Termini „Therapeutin“ und „Klientin“ verwendet, da es in der Praxis mehr weibliche Therapeutinnen und Klientinnen gibt als männliche Therapeuten und Klienten. Es sind aber in jedem Fall sowohl männliche als auch weibliche TherapeutInnen und KlientInnen angesprochen. Wird in der zitierten Literatur oder von einer der GesprächspartnerInnen die männliche Form verwendet, so wird diese auch im Text übernommen.

ziel- und ergebnisorientierte Adaption und als beziehungsorientierte Adaption.

Unter einer **ziel- und ergebnisorientierten Adaption** versteht man jene Anpassungen und Bemühungen, die auf die Optimierung des therapeutischen Handelns abzielen, um abgrenzbare Therapieziele umzusetzen. Bei diesem Vorgehen wird die Therapeutin zur Expertin, die ihr Bedingungs- und Änderungswissen einsetzt, um bestimmte Ziele zu realisieren. Die Entscheidungen für bestimmte Interventionen und Handlungsweisen erfolgen auf rationaler Basis und können je nach Wissensstand der Therapeutin sehr unterschiedlich gestaltet sein (Hutterer, 2005). Alles in allem ist die Absicht jene, für jedes Störungsbild, jedes Verhalten und jede Besonderheit passende Interventionen, Methoden und Techniken bereitzustellen und somit eine so genannte differentielle Indikationsstellung vornehmen zu können. Biermann-Ratjen et al. (2003) meinen dazu: „Das dem adaptiven Indikationsmodell zugrunde liegende Prinzip ist mit wesentlichen Prinzipien des Klientenzentrierten Konzepts nicht kompatibel.“ (S.167). Nachdem der Therapeutin nur ein gewisses Maß an Bedingungs- und Änderungswissen zur Verfügung steht und dieses nicht unbegrenzt erweiterbar ist, stößt dieses Vorgehen hier an seine Grenzen. Darüber hinaus kann nicht davon ausgegangen werden, dass für jede Eventualität der Praxis eine abgestimmte Theorie oder ein abgestimmtes Konzept elaboriert werden kann, auch wenn Autoren wie Sachse (1999) anderes suggerieren.

Die **beziehungsorientierte Adaption** hingegen fokussiert nicht auf die Erreichung bestimmter Therapieziele, sondern auf die Verwirklichung einer bestimmten Qualität von Beziehung mit der Klientin. Die Therapeutin versucht sich auf die Klientin, ihre individuellen Probleme, ihr Erleben, ihre Art sich auszudrücken etc. einzustellen, bzw. in diese einzufühlen. „[...] die adaptive Verwirklichung personenzentrierter Handlungsprinzipien kennt nur ein zentrales Kriterium: das empathische Bemühen um eine optimale Individualisierung in der therapeutischen Vorgangsweise.“ (Hutterer, 2005, S.10). Hierbei ist die Herstellung des Kontakts zwischen Therapeutin und Klientin, das Aufrechterhalten der Interaktion und die Vermittlung der therapeutischen Präsenz wesentlich. „Je nachdem, mit welchen Inhalten, Ausdrucks- und Erlebnisformen von Klienten Therapeuten konfrontiert sind, können ihre Kontakt- und Einfühlungsbemühungen sehr unterschiedlich ausfallen.“ (Hutterer, 2005, S.10). Im Gegensatz zur ziel- und ergebnisorientierten Adaption stehen bei der beziehungsorientierten Adaption nicht rationale Überlegungen und Entscheidungen im Vordergrund, sondern Handlungsweisen, die stark von implizitem Wissen geleitet sind und eine wirkungsvolle Handlungsorientierung darstellen, die nicht durch explizites und noch so gut abgestimmtes Regelwissen ersetzbar sind (Hutterer, 2005). Die Begrenztheit des Erfahrungserwerbes ist jedoch eng verbunden

mit der Begrenztheit impliziten Wissens, womit die Grenzen der beziehungsorientierten Adaption aufgezeigt werden. „Die Endlichkeit des Lebens und die Gerichtetheit jeder individuellen Biographie erlauben es keinem individuellen Therapeuten qualitativ und quantitativ unbeschränkt Erfahrungen zu machen.“ (Hutterer, 2005, S.11). Darüber hinaus ist es nicht möglich, zu beliebig vielen Menschen eine Beziehung von gleichermaßen hoher Qualität aufzubauen, weder in der Psychotherapie noch in anderen zwischenmenschlichen Kontexten (Hutterer, 2005).

Differentielles Vorgehen in der personenzentrierten Psychotherapie erschöpft sich jedoch nicht alleine in adaptiven Strategien, sondern schließt selektive Strategien ebenso mit ein. Unter **selektiven Strategien** oder selektivem Vorgehen versteht man, dass sich die Therapeutin bereits im Vorfeld ihrer therapeutischen Arbeit ihrer persönlichen Stärken und Grenzen bewusst ist und diese auch in der „Wahl“ ihrer Klientinnen berücksichtigt (Hutterer, 2005). Hier spricht Hutterer (2005) auch von der „Ansprechbarkeit des Praktikers für einen Klienten“ (S.15). Der Autor geht davon aus, dass es nicht eine einzige personenzentrierte Psychotherapeutin gibt, die in der Lage ist, jegliches Störungsbild, das sich im Indikationsprofil personenzentrierter Psychotherapie befindet, gleich gut und erfolgreich zu behandeln. Eckert (2007) meint dazu, dass eine „gute“ Psychotherapeutin wisse, „für welche Patienten er (sie) ein(e) „gute(r)“ Therapeut(in) sein kann und für welche nicht“ (S.24). Entscheidend ist, dass die individuelle Persönlichkeit der Therapeutin ebenso wirksam für den Therapieprozess ist wie auch andere Therapiemerkmale. Dieser Zusammenhang wird auch am Thema der Passung in der Psychotherapie verdeutlicht. Für die Passung zwischen Klientin und Therapeutin, kommen nicht nur therapiebezogene Merkmale der Therapeutin zum Tragen, sondern ebenso personenbezogene Merkmale (Kriz, 2005).

Das Konzept der natürlichen Adaption im personenzentrierten Ansatz

Versuch einer Definition

Unter dem Begriff der natürlichen Adaption werden all jene Anpassungsvorgänge verstanden, die dem personenzentrierten Therapiekonzept, ausgehend von den therapeutischen Grundhaltungen, von jeher immanent sind. Als natürlich wird diese Adaptionsform deshalb bezeichnet, da die zugrundeliegenden Mechanismen der Natur bzw. dem Wesen des personenzentrierten Ansatzes entsprechen und entspringen. Sie ist als natürlich zu bezeichnen, weil sie auf implizitem Wissen aufbaut,

das jedem expliziten Wissen zugrunde liegt, sowie jedem Erkenntnis- und Verstehensprozess innewohnt (Polanyi, 1985). Die natürliche Adaption stellt eine „Zwischen-Position“ bzw. ein Bindeglied zwischen der von Hutterer (2005) beschriebenen beziehungsorientierten Adaption, der ziel- und ergebnisorientierten Adaption und der Selektion dar.

Anhand folgender Abbildung soll die Position der natürlichen Adaption veranschaulicht werden

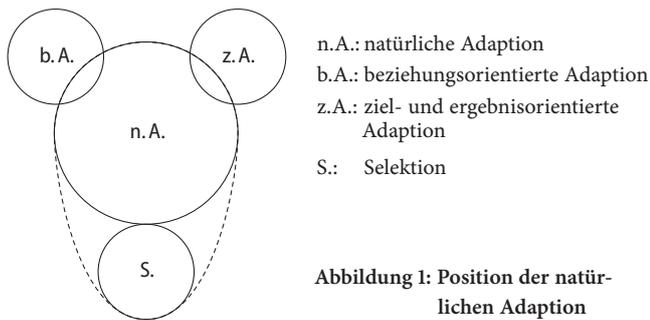


Abbildung 1: Position der natürlichen Adaption

Das Verhältnis der natürlichen Adaption zu beziehungsorientierter Adaption, ziel- und ergebnisorientierter Adaption und Selektion

Abbildung 1 veranschaulicht, dass die natürliche Adaption größere Teile der beziehungsorientierten Adaption umfasst sowie kleinere Teile der ziel- und ergebnisorientierten Adaption. Die Grundlage der natürlichen Adaption bildet dabei die Selektion. Die natürliche Adaption baut aber nicht lediglich auf Selektion bzw. selektiven Strategien auf, sondern umfasst diese gleichzeitig. Nachdem Therapeutin und auch Klientin als Personen bereits selektiv und auf ihre Individualität selektiert sind, sowie jede Therapeutin über ganz unterschiedliche Vorerfahrungen (beruflicher und privater Natur), Ressourcen, Potentiale, Fähigkeiten, Charakterzüge etc. verfügt und daher niemals „alles“ können, wissen, erfahren, erleben und vielleicht auch verstehen kann, ist Selektion integraler Bestandteil von Psychotherapie. Ist sich die Therapeutin ihrer Stärken und Grenzen bewusst und berücksichtigt diese entsprechend in der „Wahl“ ihrer Klientinnen, bildet Selektion die Grundlage ihres weiteren therapeutischen Agens (Hutterer, 2005). Dies wird von Frohburg (1989, 1992) weiter unterstützt, die davon ausgeht, dass Anpassungsvorgänge auch an Merkmale stattfinden können, die sich aufseiten der Therapeutin befinden. Es lässt sich daher unterstreichen, dass die Persönlichkeit der Therapeutin sowohl für Anpassungsvorgänge in der Psychotherapie als auch für ihre „Wirksamkeit“ eine Rolle spielt (Hutterer, 2005). Natürliche Adaption umfasst hinsichtlich beziehungsorientierter Adaption, die Annahme der Einzigartigkeit jeder therapeutischen

Beziehung und der Verwirklichung des einführenden Verstehens seitens der Therapeutin. Die Einzigartigkeit jeder Beziehung (und jeder beteiligten Person) impliziert unterschiedliche Einstellungs- und Anpassungsprozesse seitens der Therapeutin, die sich „jeweils individuell auf die verbale Exploration der unterschiedlichen Belastungen und Probleme von Klienten einstellt“ (Hutterer, 2005, S. 10). Dieses Einstellen auf und Einfühlen in unterschiedliche Lebensformen, Probleme und Belastungen von Klientinnen stellt gleichzeitig auch den Brückenschlag zur ziel- und ergebnisorientierten Adaption dar. Ausgangspunkt der Überlegungen ist hierbei, dass es Lebensformen gibt, die für ein Störungsbild charakteristisch sind bzw. sein können, und diese auch der Störungslehre entsprechend in der Ausbildung vermittelt werden. Dabei wird angenommen, dass Ausbildungsinhalte in Verbindung mit praktischer Erfahrung über die Zeit hinweg so weit verinnerlicht werden können, dass diese in der therapeutischen Arbeit implizit wirksam werden (Polanyi, 1985; Klappacher, 2006).

Natürliche Adaption enthält größere Teile beziehungsorientierter Adaption als ziel- und ergebnisorientierter Adaption, da angenommen werden kann, dass die Therapeutin über mehr implizites Wissen über Beziehungen und Beziehungsgestaltung verfügt als über verinnerlichtes Theoriewissen. Da der Mensch beziehungsangewiesen ist und von Anfang an in Beziehung zu anderen steht (z. B. Schmid, 2002) wird angenommen, dass die Therapeutin in ihrem bisherigen Leben bereits viel implizites Wissen über Beziehungen erworben hat, das nun auch in ihrer professionellen Tätigkeit implizit wirksam ist.

Merkmale und Mechanismen natürlicher Adaption

Kennzeichnend für natürliche Adaption ist, dass Anpassungsprozesse in der Therapie wie von selbst zu laufen scheinen und keiner bewussten Überlegung seitens der Therapeutin bedürfen. Anpassungen werden quasi im Fluss des therapeutischen Tuns automatisch (daher nicht bewusst) von der Therapeutin vorgenommen und sind nicht vollständig explizierbar. Der Fluss der therapeutischen Arbeit kann auch beinhalten, dass die Therapeutin völlig in ihrem Tun aufgeht, was nach Csikszentmihalyi (1985, 1990) als „flow“ bezeichnet werden kann. „Im Flow-Zustand folgt Handlung auf Handlung und zwar nach einer inneren Logik, die kein bewußtes Eingreifen von seiten des Handelnden zu erfordern scheint. Der Handelnde erlebt den Prozeß als einheitliches „Fließen“ von einem Augenblick zum nächsten [...]“ (Hutterer, 2004, S. 247). In diesem Fließ-Erlebnis verschmelzen Handlung und Bewusstsein gewissermaßen und die betreffende Person ist völlig in ihre Aktivität vertieft und auf sie konzentriert (Hutterer, 2004). „Sobald sich jedoch die Aufmerksamkeit teilt, indem man die eigene Aktivität von außen

sieht, wird der „flow“ unterbrochen.“ (Hutterer, 2004, S. 247). Bis zu einer solchen Unterbrechung verfügen Anpassungsprozesse oder Anpassungsleistungen über einen intuitiven und selbstverständlichen Charakter und können auch als „Bauchentscheidungen“ (Gigerenzer, 2008) bezeichnet werden. Entscheidend ist, dass die Therapeutinnen in ihrer Arbeit weit mehr zu wissen scheinen, als sie zu sagen wissen. Dies deutet auf den großen Anteil impliziten Wissens hin, der an der therapeutischen Arbeit beteiligt ist und quasi die Triebfeder natürlicher Adaption darstellt.

Implizites Wissen

Laut Klappacher (2006) verhält es sich mit dem Verhältnis von explizitem zu implizitem Wissen so wie mit der Spitze und dem Fundament eines Eisberges, der im Ozean schwimmt – nur ein Neuntel ragt dabei über die Wasseroberfläche. So bildet das implizite Wissen das Fundament, auf das jegliches explizite Wissen aufbaut (Klappacher, 2006), wobei es kaum explizites bzw. implizites Wissen in seiner jeweiligen Reinform gibt. Wichtig zu unterscheiden ist, dass implizites Wissen einen dynamischen Wissensbegriff beschreibt, hingegen explizites Wissen einen statischen. Implizites Wissen „[...] findet seinen Ausdruck in Form einer erfolgreich ausgeführten körperlich-praktischen oder geistigen Tätigkeit.“ (Klappacher, 2006, S. 19), die der Handlung zugrunde liegenden Regeln bleiben allerdings unausgesprochen bzw. unformuliert. Implizites Wissen ist persönliches und soziales Wissen, das weder losgelöst von seiner Trägerin noch von dem sozialen und kulturellen Kontext, in das es eingebettet ist, gesehen werden kann (Klappacher, 2006). Dies gilt ebenso für das therapeutische Handlungswissen einer Therapeutin, das sowohl in der Wissensträgerin als auch im sozialen und kulturellen Kontext verankert ist. Der Stellenwert, den die Persönlichkeit der Therapeutin in der Psychotherapie einnimmt, erfährt damit nochmals eine besondere Akzentsetzung. In dieser Sichtweise werden verinnerlichte Lernerfahrungen der Therapeutin, aber auch der Kontext, in dem die Therapeutin ihre mentalen (und vermutlich auch emotionalen) Fähigkeiten entwickelt hat (beeinflusst durch Erziehung, Sprache, Kultur etc.) (Klappacher, 2006), hervorgehoben, die wiederum maßgeblichen (impliziten) Einfluss auf ihr Tun haben. Das Handeln der Therapeutin kann in dieser Denkweise als ein „flexible(s) Anpassen an Besonderheiten und Unvorhersehbarkeiten der Situation“ (Klappacher, 2006, S. 24f.) verstanden werden, was den adaptiven Aspekt therapeutischen Handelns nochmals hervorhebt. Das Verinnerlichen von Lehren lässt sich auch in Bezug auf psychotherapeutische Ansätze verstehen, da das jeweilige Therapiekonzept im Handeln der Therapeutin wirkungsvoll wird, ohne dass es sich unbedingt explizieren lässt. Das schließt mit ein, dass ehemals explizite Inhalte (wie z. B.

störungsspezifisches Wissen) so weit verinnerlicht werden können, dass sie zwar im Handeln wirkungsvoll sind, aber nicht mehr entsprechend artikulierbar sind. Dazu lässt sich noch hinzufügen, dass prinzipiell auch andere verinnerlichte Überzeugungen (z. B. in Bezug auf Beziehungsgestaltung, Krankheitsentstehung etc.) in der Praxis implizit wirksam werden können, zumal implizite Schlüsse oder Integrationen nicht unfehlbar sind und daher auch „Missverständnisse“ oder „Missintegrationen“ handlungsleitend werden können. Laut Klappacher (2006) erweisen sich solche quasi fehlgeschlagene implizite Integrationen als besonders veränderungsresistent.

Natürliche Adaption in der personenzentrierten Psychotherapie

Im Bereich der Literatur lassen sich etliche Bereiche finden, die auf das Vorhandensein einer natürlichen Adaption hindeuten und im Folgenden näher umrissen werden sollen.

Präsenz und Wahrnehmung

Den Ausgangspunkt der Überlegungen bildet sowohl in der Theorie als auch in der Praxis die Präsenz der Therapeutin. Schmid (2002, 2007) meint, dass es sich bei der Beschreibung der Grundhaltungen der Therapeutin (Kongruenz, unbedingte Wertschätzung und Empathie) um eine detaillierte Beschreibung der Gegenwärtigkeit bzw. Präsenz der Therapeutin handelt und meint weiter, dass Kongruenz, unbedingte Wertschätzung und Empathie „[...] drei Dimensionen dieser *einen* Grundhaltung sind.“ (Schmid, 2007, S. 44). Dabei schließt der Begriff „Gegenwärtigkeit“ das Gewordensein der Therapeutin, einen Entwurf von Zukunft sowie ihr Werdenkönnen mit ein und kann (begegnungsphilosophisch) verstanden werden als „[...] authentische Haltung, in der jeweiligen Gegenwart des Anderen zu sein, präsent zu sein, für sich und für die anderen im jeweils gegebenen Moment bedingungslos offen zu sein: Es ist ebenso staunende Offenheit für das eigene Erleben erforderlich [...]“ (Schmid, 2007, S. 44). Die Therapeutin kann hier als Person mit ihrem (zum jeweiligen Zeitpunkt) vollständigen impliziten und expliziten Erfahrungs-Wissen verstanden werden, die im jeweiligen Moment auf ihre umfassende Erfahrung zurückgreifen bzw. diese nutzen kann.

Um für die Klientin sowie für sich und das eigene Erleben bedingungslos offen zu sein, ist eine hohe und umfassende Wahrnehmungsfähigkeit, Aufmerksamkeit sowie ein hohes Ausmaß an Selbstreflexivität seitens der Therapeutin erforderlich. Wahrnehmung wird als komplexer Prozess verstanden, der über das bloße Wahrnehmen der Umwelt über unsere fünf Sinne hinausgeht, zumal Wahrnehmung auch eine reflexive

Komponente beinhaltet (Goldstein, 2002). Polanyi (1985) versteht Wahrnehmung als reduzierteste Form impliziten Wissens bzw. Schließens, da sie eine „[...] Brücke zwischen den höheren schöpferischen Fähigkeiten des Menschen und den somatischen Prozessen [...]“ (S.16) darstellt.

Wahrnehmung und Sprache

Zum funktionalen Bereich der Wahrnehmung gehört auch die Wahrnehmung der sozialen Kommunikation, die auch die Sprache miteinschließt. Diese Wahrnehmung umfasst „[...] die Wahrnehmungsvorgänge beim Sprechen und Zuhören, einschließlich dem Erfassen der nichtverbalen Kommunikation durch Mimik, Gestik und Bewegungen. Dies umfasst alle Leistungen der Wahrnehmung, die am Verstehen, dem emotionalen Erleben und der Regulation von sozialen Interaktionen beteiligt sind.“ (Goldstein, 2002, S. 5). Dazu meint Zurhorst (2007), dass sich die therapeutische Beziehung unter anderem in einer gemeinsamen Sprache, einschließlich der Körpersprache, und einer gemeinsamen Verständigung vollzieht. Die Wahrnehmung der Therapeutin umfasst und erfasst daher viele unterschiedliche Aspekte einer Situation, der Umwelt bzw. einer anderen Person. Dabei spielt im Sinne des impliziten Wissens die unterschwellige Aufmerksamkeit der Therapeutin auf Einzelheiten sowie ihre bewusste Aufmerksamkeit auf die zu verstehende Person eine Rolle für den Wahrnehmungsprozess.

Empathie und Intuition

Die Empathie bzw. das Wesen der Empathie stellt einen „Ort“ in der personenzentrierten Psychotherapie dar, an dem zahlreiche adaptive Prozesse ablaufen. Die Therapeutin ist bestrebt sich in den inneren Bezugsrahmen der Klientin einzufühlen und die Gefühle und das Erleben der Klientin so zu verstehen, als wäre es ihr eigenes. Diese „Als-ob-Komponente“ der Empathie beinhaltet adaptive Prozesse seitens der Therapeutin, die sich an den inneren Bezugsrahmen sowie an das Empfinden und Erleben der Klientin anpasst. Dabei spürt die Therapeutin die Gefühle und persönlichen Bedeutungen der Klientin und teilt diese der Klientin mit (Rogers, 1980/2007). Im Sinne einer hermeneutischen Empathie (Keil, 1992) ist die Therapeutin in ihrem empathischen Verstehen darum bemüht „[...] die lebensgeschichtlich gewordene Bedeutung der Inkongruenz intuitiv zu erspüren und zu erfassen.“ (S. 88). Dafür bedarf es laut Keil (1992) eines psychotherapeutisch geschulten Wahrnehmungsvermögens und führt weiter aus, dass hermeneutische Empathie, wenn sie (durch Ausbildung) am eigenen Leibe erfahren wird, die „Grundlage für therapeutische Intuition“ (S. 90) bilden kann. Diesen Ausführungen lässt sich entnehmen, dass in

der therapeutischen Arbeit große Anteile impliziten Wissens enthalten sind, da Intuition nach Polanyi als Leistung impliziten Wissens bzw. impliziten Schließens aufgefasst werden kann (Klappacher, 2006).

Empathie und Körperlichkeit

Staemmler (2009) geht in seiner Auseinandersetzung mit der Empathie in der Psychotherapie auf den Aspekt der Körperlichkeit von Einfühlung ein. So verweist der Autor darauf, dass eine „Entkörperlichung“ (Staemmler, 2009, S. 31) in der Psychotherapie sowie eine Entkörperlichung der Empathie im vorherrschenden wissenschaftlichen Forschungsparadigma zu erkennen ist. Schmid (2007) nimmt Bezug darauf, dass die Präsenz der Therapeutin immer auch eine körperliche Präsenz ist und Begegnung daher auch ein „[...] intimes, sinnliches und sinnhaftes Geschehen (ist).“ (S. 44) sowie darauf, dass Psychotherapie immer ganzheitliche Therapie einer Person mit Leib, Seele und Geist ist. Auch Polanyi (1985) verweist darauf, dass es unser Körper ist, mit dem wir unserer Umwelt gegenwärtig werden. So sieht er den Körper als „[...] das grundlegende Instrument, über das wir sämtliche intellektuellen oder praktischen Kenntnisse von der äußeren Welt gewinnen.“ (S. 23). Dies schließt ebenso das Wahrnehmen und Verstehen einer anderen Person mit ein. Polanyi (1985) geht dabei davon aus, dass wir uns auf die Wahrnehmungen unseres Körpers verlassen. Hier lässt sich eine Verbindung zu Gendlin (1984) finden, der von „implizitem Erleben“ spricht und dabei jene Aspekte des Erlebens beschreibt, die im Erleben und Verhalten bereits implizit wirksam sind. Dieses implizite Erleben ist zwar bereits körperlich spürbar, jedoch (noch) nicht bewusst und begrifflich fassbar (Stumm & Pritz, 2007). Es ist anzunehmen, dass diese Form des Erlebens nicht nur aufseiten der Klientin sondern auch aufseiten der Therapeutin in der therapeutischen Arbeit gefunden werden kann.

Gegenseitigkeit, Resonanz und Passung

Ein weiterer Aspekt, der eng mit der Empathie verknüpft ist, ist die teilweise⁴ Gegenseitigkeit von Therapeutin und Klientin. Wie Fehringer (1992) meint: „Zuerst muss man zu zweit sein.“ (S. 117). Nicht nur die Therapeutin ist darum bemüht sich in die Klientin einzufühlen und diese zu verstehen, sondern auch für die Klientin ist die Therapeutin eine „Andere“ (in Anlehnung an Schmid, z. B. 2009), die es zu verstehen gilt. Könnte die

⁴ Der Zusatz „teilweise“ wurde hier verwendet um jene „Einschränkung“ des Dialog-Konzeptes in der personenzentrierten Psychotherapie hervorzuheben, die Buber 1957 im Gespräch mit Rogers betonte, zumal es in der psychotherapeutischen Beziehung keine vollständige Gegenseitigkeit von Therapeutin und Klientin geben kann (Beck, 1991).

Klientin nicht auch (einfühlsam) die Bemühungen der Therapeutin verstehen und wahrnehmen, so wäre die sechste Bedingung nach Rogers nicht erfüllt. Rogers (1957/2007) beschreibt dies als: „The communication to the client of the therapist’s empathic understanding and unconditional positive regard is to a minimal degree achieved.“ (S. 241). Hier lässt sich anmerken, dass der Aspekt einer „gemeinsamen Beziehung“ und daher der beiderseitigen Beteiligung von Therapeutin und Klientin von etlichen Autoren hervorgehoben wird (z. B. Schmid, 2002, 2007; Zurhorst, 2007). Daran knüpft auch die emotionale Resonanz zwischen Therapeutin und Klientin sowie die Passung von Therapeutin und Klientin an. Gindl (2002) geht davon aus, dass Resonanz ein Grundprinzip therapeutischer Beziehungen darstellt und meint im Sinne eines dialogischen Resonanzverständnisses:

Der dialogische Prozess ist sozusagen ein Schwingungsgeschehen zwischen zwei aufeinander angewiesenen und einander entgegengesetzten Polen. Dabei werden diese Pole nicht wie im dialektischen Prozess zu einer Synthese vereinigt, sondern bleiben als solche in ihrer Eigenheit bei gleichzeitigem Aufeinander-angewiesen-und-bezogen-Sein bestehen. (S. 27)

Dialogische oder personale Resonanz hat ihren Ursprung in Therapeutin und Klientin bzw. in der gemeinsamen Beziehung (Schmid, 2008). Diese Art der Resonanz ist von Selbstresonanz und empathischer Resonanz (konkordant und/oder komplementär) zu unterscheiden, die ebenso in der Therapie in Erscheinung treten (Schmid, 2008). Gindl (2002) geht weiters darauf ein, wie Resonanz im Gegenüber erzeugt wird. Dabei führt sie an, dass das Gesamt des Ausdrucks, gesprochene Worte, Körperausdruck, Stimmklang und affektiver Gehalt des Gesagten beinhaltet und auf die Therapeutin wirkt – sowie umgekehrt auf die Klientin.

Vom Aspekt der Resonanz aus lässt sich eine Verbindung zur Passung in der therapeutischen Beziehung herstellen. Passung beinhaltet seitens Therapeutin und Klientin personale Merkmale und seitens der Therapeutin therapiebezogene Merkmale. Therapiebezogenen Merkmale hängen eng mit dem Behandlungsmodell der Therapeutin zusammen, das in das jeweilige Therapiekonzept eingebettet ist und sich sowohl implizit als auch explizit in der zwischenmenschlichen Haltung der Therapeutin der Klientin gegenüber äußert (z. B. in einer empathischen Haltung) (Kriz, 2005).

Die beschriebenen Bereiche sind als Teilaspekte eines umfassenden Einstellungsprozesses zu verstehen, der von der Therapeutin zahlreiche unterschiedliche und komplexe Anpassungsvorgänge erfordert.

Die empirische Untersuchung

Um die Relevanz des Phänomens der natürlichen Adaption in der therapeutischen Praxis zu untersuchen, wurde im Anschluss an die erst theoretischen Überlegungen, eine empirische Studie mittels des Persönlichen Gesprächs nach Langer (2000) durchgeführt. Diese Untersuchungsmethode ist der qualitativen Sozialforschung zuzuordnen und wurde in Anlehnung an die personenzentrierte Psychotherapie nach Carl Rogers und die Themenzentrierte Interaktion nach Ruth Cohn entwickelt. Die Interviews werden mit der Eingangsfrage („Wie stellen Sie sich als personenzentrierte Psychotherapeutin/Psychotherapeut in der Therapie auf Ihre Klientinnen und Klienten ein bzw. von Klient zu Klient um und welche Prozesse laufen dabei bei Ihnen ab?“) eröffnet und dauern so lange bis die Interviewpersonen alles für sie Relevante zur Thematik gesagt haben.

Die Forscherin ist in ihrer Forschungsarbeit selbst eine Suchende und tritt nicht in der Rolle einer Expertin auf (Langer, 2000), viel mehr steht die Begegnung von Person zu Person im Vordergrund. Die Forscherin ist in der Gesprächssituation kongruent und der anderen Person gegenüber wertschätzend und begleitet das „Erzählen und die Art, wie sich die Person ausdrückt“ (S. 21) mit verstehender Resonanz. Die Forscherin kann Verständnis- bzw. „Verstehensfragen“ stellen, um Beispiele bitten und sich rückversichern, alles Relevante zum Thema richtig verstanden zu haben. So entwickelt sich zwischen Forscherin und Gesprächspartnerin im Sinne der Themenzentrierten Interaktion von Unterthema zu Unterthema ein Prozess des „lebendigen Miteinander-Lernens, Miteinander-Arbeitens und Miteinander-Seins“ (Langer, 2000, S. 29). Diese Interviewform stellt einen möglichst großen Erzählraum zur Verfügung, der tiefe Einblicke in die Erfahrungs- und Gefühlswelt der Interviewpersonen gewährt. Auf diesem Wege können Anteile impliziten Wissens sprachlich erhellt werden und so einer andern Person zugänglich gemacht werden. Dabei ist es der Forscherin auf diesem Wege „[...] ohnehin nur möglich, aus dem Meer des Erlebten und Bedachten, das eine Person zu einem Thema in sich trägt, ein Aquarium zu füllen.“ (Langer, 2000, S. 41).

Ziel dieser Art von Forschung ist nicht allgemeingültige Aussagen zu treffen, sondern „die Vielfalt von Handlungs-, Erlebens-, Gefühls-, Bewertungs- und Gestaltungsmöglichkeiten“ (Langer, 2000, S. 15) zu einem bestimmten Thema aufzuzeigen.

Stichprobe

Für die Untersuchung wurden acht Personen, davon sechs Frauen und zwei Männer ausgewählt, die mit der Zusatzbezeichnung „Personenzentrierte Psychotherapie“ mindestens

fünf Jahre in der Psychotherapeutenliste des Bundesministeriums für Gesundheit eingetragen waren. Die durchschnittliche Eintragungsdauer der Teilnehmenden betrug zum damaligen Zeitpunkt (2009) allerdings 15 Jahre, lediglich eine Therapeutin hatte erst vor fünf Jahren ihre Ausbildung abgeschlossen. Die tatsächliche berufliche Tätigkeit betrug bei drei Personen allerdings rund 30 Jahre. Idealerweise, jedoch nicht notwendigerweise, sollten die Therapeutinnen und Therapeuten in Ausbildungskontexten tätig sein, was zum damaligen Zeitpunkt auf sieben der acht Personen zutraf.

Bearbeitung der Gespräche

Nachdem von den aufgezeichneten Gesprächen, die durchschnittlich 50 bis 60 Minuten dauerten, sprachbereinigte Transkripte erstellt wurden, wurden die Aussagen der Interviewpersonen im nächsten Schritt zu Verdichtungsprotokollen thematisch zusammengefasst. Diese stellen eine „konzentrierte, geordnete, verständnisfördernd gestaltete Bearbeitung“ (Langner, 2000, S. 58) des jeweiligen Gesprächs dar, wobei diese eine „reine Dokumentation“ (ebd.) des Gesprächs darstellen und

keine Interpretationen enthalten. Im Zuge der anschließenden Validierung hatten die Teilnehmenden nochmals die Möglichkeit, schriftlich Aussagen zu berichtigen, zu ergänzen oder gänzlich zu streichen. Im letzten Schritt werden die Verdichtungsprotokolle aller Gespräche zusammengeführt und die Aussagen weiter thematisch verdichtet. Auf diesem Wege werden jene Themenfelder herausgearbeitet und präzisiert, die anschließend in Bezug zu den theoretischen Überlegungen zur natürlichen Adaption gesetzt werden.

Ergebnisse

Die Untersuchungsergebnisse können im Rahmen dieses Artikels nur in Form der Überschriften der Themenbereiche dargestellt werden, da eine adäquate Ergebnisdarstellung nach dieser Methode direkte und indirekte Aussagen zu jedem Themenbereich beinhaltet und quasi jede Person zu Wort kommt, die eine Aussage zum jeweiligen Themenbereich getroffen hat. Die folgende Tabelle gibt jedoch einen Einblick in die Vielschichtigkeit des Themenbereichs und in die Komplexität von Einstellungsprozessen:

Beschreibung in der Praxis	Verknüpfung mit der Theorie
1. Erstes Einstellen und Rahmenbedingungen der therapeutischen Arbeit / Einstellen über Bauch und Hirn	
Rahmenbedingungen, die Einstellungsprozesse erleichtern: <ul style="list-style-type: none"> • Pausen • Abwechslung zwischen Settings • Abwechslung zwischen Störungsbildern 	Selektives Vorgehen (Hutterer, 2005): <ul style="list-style-type: none"> • Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen • „Wahl“ der Klientinnen um optimale personenzentrierte Haltung zu verwirklichen
Einstellungsprozesse verlaufen: <ul style="list-style-type: none"> • bewusst – überlegt • spontan – intuitiv / über „den Bauch und wenig übers Hirn“ 	Polanyis Begriff von Intuition (1985) „Bauchentscheidungen“ (Gigerenzer, 2008)
2. Offenheit	
Offenheit für: <ul style="list-style-type: none"> • die Klientin / Erleben der Klientin • das eigene Erleben 	Präsenz der Therapeutin (2007)
Einstellen auf die ganze Person, unterschwellige Wahrnehmung ihrer Einzelheiten	psychotherapeutisch geschulte Wahrnehmungsfähigkeit als Grundlage hermeneutischer Empathie (Keil, 1992) implizites Schließen inkl. Verinnerlichtem Theoriewissen (Klappacher, 2006)
3. Wahrnehmung und Resonanz	
<ul style="list-style-type: none"> • Umfassende Wahrnehmung in der therapeutischen Situation • Wahrnehmung von Veränderungen (sowohl bei Kl. als auch Th.) • Betonung der körperlichen Ebene der Wahrnehmung 	<ul style="list-style-type: none"> • Präsenz der Therapeutin (Schmid, 2007) • reflexive Komponente der Wahrnehmung (Goldstein, 2002) • körperliche Ebene der Wahrnehmung (Zurhorst, 2007)
Resonanzgeschehen entscheidend dafür, ob eine therapeutische Beziehung entsteht / fehlende Resonanz verknüpft mit erschwerter Einfühlung	Empathie als Form emotionaler Resonanz / erschwerte Empathie als Mangel emotionaler Resonanz (Gindl, 2002) wechselseitiger Charakter von Resonanz (Schmid, 2008), (Gindl, 2002)

4. Schwierige Situationen und Beeinträchtigungen der therapeutischen Arbeit	
Irritationen der therapeutischen Arbeit: <ul style="list-style-type: none"> • Verlust des intuitiven Charakters • Fluss der Arbeit wird unterbrochen • vermehrt bewusste/theoretische Überlegungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil impliziten Wissens fällt in schwierigen Situationen geringer aus als Anteil expliziten Wissens • Fließerlebnisse / Flow (Csikszentmihalyi, 1985, 1990)
5. Beziehung und Passung	
Passung als entscheidende Therapiefrage – Merkmale guter Passung entziehen sich größtenteils der sprachlichen Explikation	hoher Anteil impliziten Beziehungswissens
Betonung der gemeinsamen Beziehung	Stellenwert der Persönlichkeit der Therapeutin in der th. Arbeit (Schmid, 2007), (Hutterer, 2005)
6. Erfahrung und Ortskenntnis	
Ortskenntnis: <ul style="list-style-type: none"> • Erfahrung in der therapeutischen Arbeit • explizites Theoriewissen (Therapitheorie, störungsspezifisches Wissen) • Selbsterfahrung • Vertrauen in die eigene Wahrnehmungsfähigkeit 	in großen Teilen Konzept natürlicher Adaption; verinnerlichtes Theoriewissen findet keine explizite Erwähnung
7. Die eigene Persönlichkeit / das eigene Gewordensein	
Stellenwert der eigenen Persönlichkeit / des eigenen Gewordenseins hervorgehoben: <ul style="list-style-type: none"> • förderliche Aspekte (z. B. erleichterte Einfühlung) • hinderliche Aspekte (z. B. Gefahr eines „Vorab-Fokus“) 	räsenz und Persönlichkeit der Therapeutin, die immer deren Gewordensein, Gegenwärtigkeit und Werdenkönnen umfasst (Schmid, 2007)
Umsetzung des personenzentrierten Beziehungsangebotes dem eigenen Naturell entsprechend	„Wirksamkeit“ der Therapeutin in engem Zusammenhang mit deren Persönlichkeit (Hutterer, 2005)
Widerspiegelung eigener Therapieerfahrung (Lehrtherapie) in der therapeutischen Beziehungsgestaltung	implizites Lernen als Lernen durch Erfahrung in einer Expertinnenkultur (Klappacher, 2006)
8. Störungsspezifisches Wissen	
explizites und implizites störungsspezifisches Wissen werden in der therapeutischen Arbeit beschrieben	implizites Wissen / natürliche Adaption
explizites störungsspezifisches Wissen als Unterstützung für: <ul style="list-style-type: none"> • schwierige Situationen • schwierige Erlebensformen (z. B. Persönlichkeitsstörungen) 	ziel- und ergebnisorientierte Adaption (Hutterer, 2005) als ein möglicher Teil von Einstellungsprozessen
9. Therapeutische Interaktion	
Hin und Her in den Therapiestunden als: <ul style="list-style-type: none"> • „Ping-Pong“ • automatisches Reagieren in Hier und Jetzt, das wie von selbst läuft • leichte Bewegung, die keiner bewussten Überlegung bedarf 	<ul style="list-style-type: none"> • Fließerlebnisse / Flow (Csikszentmihalyi, 1985, 1990) • implizites Wissen im Sinne einer „erfolgreich ausgeführten körperlich-praktischen oder geistigen Tätigkeit“ (Klappacher, 2006, S. 19).
10. Auf sich selbst schauen	
hoher Stellenwert von Psychohygiene: <ul style="list-style-type: none"> • Einfluss auf die Qualität der therapeutischen Arbeit • Trennung von Berufs- und Privatleben • theoretische Auseinandersetzung mit der therapeutischen Arbeit • Selbstreflexion • Supervision 	selektives Vorgehen in Bezug auf Arbeits- und Beziehungsgestaltung (Hutterer, 2005) als Basis von natürlicher Adaption
11. Relevanz der Ausbildung	
hoher Stellenwert von Ausbildung: <ul style="list-style-type: none"> • personenzentrierte Grundlagen absichern vor der Entwicklung des eigenen Stils • eigene Ausbildungstätigkeit als Anlass zur ständigen Auseinandersetzung mit eigener therapeutischer Tätigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • implizites / explizites Lernen • Versuch sprachlicher Erhellung (Polanyi, 1985) implizit wirksamer Anteile der therapeutischen Tätigkeit

Tabelle 1: Hauptergebnisse der empirischen Studie

Diskussion

Reflexion der Methode

Die qualitative Forschung mittels des Persönlichen Gespräches nach Langer (2000) hat ihre Grenzen bei der Mitteilungsbereitschaft und der Mitteilungsmöglichkeit der Gesprächspartnerinnen. Sie erschöpft sich auch dort, wo der sprachliche Ausdruck begrenzt (möglich) ist und Erfahrungen nicht in Worte gefasst werden können. Dennoch ermöglicht es diese Art der Forschung am ehesten implizite Anteile der therapeutischen Arbeit sprachlich zu erhellen und der wissenschaftlichen Bearbeitung zugänglich zu machen. Der zur Verfügung gestellte breite „Erzählraum“, die Vertraulichkeit des Gespräches und die nicht-wertende Haltung der Gesprächsführenden ermöglichen es den Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern sich mit eigenen Erfahrungen auseinanderzusetzen und auch neue Erkenntnisse zu gewinnen.

Implikationen für Theorie und Praxis

Das Konzept der natürlichen Adaption stellt eine „Zwischen-Position“ zu den bisher beschriebenen Adaptionsformen in der personenzentrierten Psychotherapie dar und zielt darauf ab, die Komplexität der therapeutischen Praxis näher zu beleuchten, sowie differentielle Konzepte unter einem neuen Gesichtspunkt zu betrachten. Das Konzept erkennt den Anteil verinnerlichten persönlichen und professionellen Erfahrungswissens der Therapeutin an, sowie den Anteil verinnerlichten Theoriewissens und betont, dass verinnerlichtes störungsspezifisches (Erfahrungs-) Wissen ebenso an Einstellungsprozessen beteiligt ist, wie Wissen und Erfahrung um Beziehungen und Beziehungsgestaltung. Wichtig ist es Aspekte personenzentrierter Beziehungsgestaltung aufzuzeigen, die ihrer Natur nach, in Theorie und Praxis, adaptive Momente enthalten (z. B. Empathie, Präsenz). Es wird daher weder die Absicht verfolgt, personenzentrierter Theorie und Praxis etwas hinzuzufügen oder gar abzusprechen, sondern viel mehr Vorhandenes sichtbar zu machen. Darin liegt allerdings gleichzeitig die Gefahr einer gewissen Beliebigkeit. Auf diesem Wege könnte jegliches therapeutische (oder vielleicht auch nicht-therapeutische) Vorgehen als natürlich klassifiziert werden, sobald es in der Therapie implizit wirksam wird. Nachdem die personenzentrierte Psychotherapie ein hohes Maß an Individualisierung (Kongruenz äußert sich von Therapeutin zu Therapeutin unterschiedlich) und Individualisierbarkeit mit sich bringt und gleichzeitig immer wieder ein Ort der Methodenleihe und Methodenintegration ist (Hutterer, 2005), könnte diese Entwicklung durch das vorliegende Konzept weiter voran getrieben werden. Da die Bedeutung der Persönlichkeit der Therapeutin besonders hervorgehoben wird, könnte im Sinne impliziten Wissens argumentiert werden, dass jede

Therapeutin andere implizite Anteile in ihre Arbeit einbringt und die Umsetzung des personenzentrierten Konzeptes daher eine große Schwankungsbreite aufweist bzw. aufweisen muss. Dabei könnten gänzlich therapie-fremde Aspekte, sowie nicht-personenzentrierte Aspekte in die Therapie Einzug halten und legitimiert werden. Als Argumentationsgrundlage für die Entwicklung weiterer differentieller Konzepte könnte die natürliche Adaption insofern herangezogen werden, als argumentiert werden könnte, dass es sich bei differentiellen Konzepten lediglich um den Versuch handle, implizit leitende Erfahrungen und Überzeugungen transparenter zu machen. Dagegen lässt sich einerseits argumentieren, dass bei dem Versuch, etwas Implizites explizit zu machen, das Wesentliche verloren geht (Klappacher, 2006). Andererseits setzt natürliche Adaption im Vorfeld eine weitgehende „Identifizierung“ (Polanyi, 1985) mit dem personenzentrierten Grundkonzept voraus. Erst wenn theoretische Inhalte und Erfahrungen in der Psychotherapieausbildung verinnerlicht wurden, können sie auch implizit handlungsleitend werden. Diese Verinnerlichung bzw. Identifizierung beschreibt Polanyi (1985) als besondere Erscheinungsform der Einfühlung (in eine Thematik/Theorie). Jene Erfahrungen und Überzeugungen, die zwar handlungsleitend sind, jedoch nicht-therapeutisch sind, gilt es im Zuge von Lehrtherapie und Supervision sichtbar zu machen und im Zuge dessen einen adäquaten Umgang mit diesen zu finden. Dies gilt nicht nur für die Zeit der Ausbildung, sondern für die gesamte Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit. Denn auch die Therapeutin lebt in ständiger Entwicklung und macht laufend Erfahrungen – sie ist daher nie „ausgelernt“. Gerade in der Psychotherapieausbildung bedarf es der Verschränkung von explizitem und implizitem Lernen. Lehrtherapie, Supervision und eigene praktische Tätigkeit sind neben der Vermittlung expliziter Lerninhalte unverzichtbare Bestandteile einer fundierten Ausbildung. Persönliche, praktische eigene Erfahrung kann durch kein noch so umfassendes oder detailreiches Behandlungskonzept oder Manual ersetzt werden.

Daher wird, im Sinne natürlicher Adaption, der Stellenwert einer fundierten Ausbildung mit großem Schwerpunkt auf implizites Lernen bzw. auf Sozialisationsprozesse in Expertenkulturen (Klappacher, 2006) betont. Das Konzept wendet sich daher gegen eine zunehmende Verschulung von Psychotherapieausbildungen und gegen die weitere Ausdifferenzierung differentieller Konzepte, die oftmals eine einfache und rasche Lernbarkeit und Anwendbarkeit der personenzentrierten Psychotherapie suggerieren (vgl. Hutterer, 2005).

Auf der Ebene personenzentrierter Therapietheorie wäre eine umfassendere Auseinandersetzung mit adaptiven und impliziten Aspekten der Beziehungsgestaltung wichtig, um das Konzept weiter zu festigen. Ebenso wären weitere empirische Untersuchungen zu weiterführenden Fragestellungen

interessant. Die Frage, ob es geschlechtsspezifische Unterschiede bei Einstellungsprozessen bzw. der Verwirklichung des personenzentrierten Beziehungsangebotes gibt wurde im Zuge der Untersuchung aufgeworfen, da es zum Bereich „Intuition“ keine Aussagen der männlichen Teilnehmer gab. Dieser Aspekt wäre vor allem in Hinblick auf implizites Wissen zu untersuchen, da sich in der Bildung impliziten Wissens (und auch in der Art, wie Erfahrungen gesammelt werden) der Kontext, in dem die betreffende Person eingebettet ist (Erziehung, Sprache, Kultur etc.) niederschlägt. (Klappacher, 2006). Dies betrifft vermutlich auch den geschlechtsspezifischen Kontext. So könnten weitere Aspekte von Einstellungsprozessen beschrieben werden und das Konzept der natürlichen Adaption weiter ausgebaut werden.

Abschließend lässt sich festhalten, dass das vorgestellte Konzept den Versuch darstellt, einen personenzentrierten Blick auf personenzentrierte Theorie und Praxis zu werfen und Vorhandendes sichtbar zu machen.

Literatur

- Beck, H. (1991). *Buber und Rogers. Das Dialogische und das Gespräch*. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H. (2003). *Gesprächspsychotherapie, Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Csikszentmihalyi, M. (1985). *Das Flow-Erlebnis: Jenseits von Angst und Langeweile: Im Tun aufgehen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow. The Psychology Of Optimal Experience*. New York: Harper Perennial.
- Eckert, J. (2007): Gesprächspsychotherapie. In: C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. (3. Aufl.), Heidelberg: Springer Medizin Verlag (S. 233–287).
- Fehringer, C. (1992). Mein Kopf weiß oft nicht, was mein Mund spricht. Therapeutische Beziehung als Sprachgeschehen. In P. Frenzel, P.F. Schmid & M. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der Personenzentrierten Psychotherapie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie (S. 365–380).
- Frohburg, I. (1989). Zur Entwicklung adaptiver Strategien in der Psychotherapie. In I. Frohburg & S. Schönian (Hrsg.), *Adaptive Strategien in der Psychotherapie*. Berlin: Verlag der Gesellschaft für Psychologie der DDR (S. 4–14).
- Frohburg, I. (1992). Unterschiedliche Konzepte adaptiver Interventionsstrategien in der Gesprächspsychotherapie. In R. Sachse, G. Lietzer & W.B. Stiles, (Hrsg.), *Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie. Eine grundlegende Neuorientierung*. Heidelberg: Roland Asanger Verlag (S. 67–79).
- Frohburg, I. (2005). Methodische Akzentsetzungen in der Gesprächspsychotherapie. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 1/2005, 22–28.
- Gendlin, E.T. (1984). *Focusing. Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme*. (4. Aufl.), Salzburg: Otto Müller Verlag.
- Gigerenzer, G. (2008). *Bauchentscheidungen. Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition*. München: Wilhelm Goldmann Verlag.
- Gindl, B. (2002). *Anklang – Die Resonanz der Seele. Über ein Grundprinzip therapeutischer Beziehung*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Goldstein, E.B. (2002). *Wahrnehmungspsychologie*. (2. dt. Aufl.) Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Heinerth, K. (1997). Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: J. Eckert, D. Höger & H.W. Linster (Hrsg.), (1997). *Praxis der Gesprächspsychotherapie. Störungsbezogene Falldarstellungen*. Berlin, Köln: Kohlhammer Verlag (S. 50–72).
- Hutterer, R. (2004). Vervielfältigte Version von: R. Hutterer (1998). *Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität einer interdisziplinären Denkrichtung*. Wien: Springer.
- Hutterer, R. (2005). Eine Methode für alle Fälle. Differentielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Klärung und Problematisierung, *Person*, 1/2005, 1–21.
- Keil, W.W. (1992) Hermeneutische Empathie. In R. Stipsits & R. Hutterer, (Hrsg.), *Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie*. Wien: WUV Universitätsverlag (S. 83–91).
- Klappacher C. (2006). *Implizites Wissen und Intuition. Warum wir mehr wissen, als wir zu sagen wissen: Die Rolle des Impliziten Wissens im Erkenntnisprozess*. Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.
- Kriz, J. (2005). Von den Grenzen zu den Passungen. *Psychotherapeutenjournal* 1/2005, 12–20.
- Langer, I. (2000). *Das persönliche Gespräch als Weg in der psychologischen Forschung*. Köln: GwG-Verlag.
- Polanyi, M. (1985). *Implizites Wissen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Rogers, C.R. (1957/2007). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 44, 240–248.
- Rogers, C.R. (1980/2007). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachse, R. (1999). *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Schmid, P.F. (2002). Anspruch und Antwort: Personenzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie*. Wien, New York: Springer Verlag (S. 75–106).
- Schmid, P.F. (2007). Begegnung von Person zu Person. Die anthropologischen Grundlagen Personenzentrierter Therapie. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes*. Wien: Facultas (S. 34–48).
- Schmid, P.F. (2008). Resonanz – Konfrontation – Austausch. Personenzentrierte Psychotherapie als kreativer Prozess des Miteinander und Einander-Gegenüber. *Person*, 1/2008, 22–34.
- Schmid, P.F. (2009). „HIER BIN ICH“. Zu einem dialogischen Verständnis des Personenzentrierten Ansatzes. *Person*, 2/2009, 155–165.
- Stammmler, F.- M. (2009). *Das Geheimnis des Anderen – Empathie in der Psychotherapie. Wie Therapeuten und Klienten einander verstehen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stumm, G. & Keil, W.W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie*. Wien, New York: Springer Verlag (S. 1–64).
- Stumm, G. & Pritz, A. (Hrsg.) (2007). *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien, New York: Springer Verlag.
- Zurhorst, G. (2007). Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie (GPT). Jenseits von Deutungs- und Manipulationsmacht. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes*. Wien: Facultas (S. 79–94).

Internetquellen

- Tojčić, M. (2010). *Die natürliche Adaption im personenzentrierten Ansatz. Wie sich Therapeutinnen auf Klientinnen einstellen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Verfügbar unter: http://othes.univie.ac.at/9676/1/2010-04-21_0106494.pdf