

Rosanne Knox^{1,2}

Das Risiko-Erleben von Therapeutinnen in der Personzentrierten Psychotherapie: Eine qualitative Explorationsstudie

Zusammenfassung: Die Beziehung in der Psychotherapie³ ist von wesentlicher Bedeutung, das wird immer mehr erkannt und betont. Dieser Artikel stützt sich auf eine Pilotstudie zum Erleben des Risikos, das Therapeutinnen erfahren, wenn sie ihre eigene Person ins Spiel bringen, und zum Zusammenhang dieses Erlebens mit der Qualität des psychologischen Kontakts. Qualitative Interviews mit acht praktizierenden Psychotherapeutinnen wurden durchgeführt, sie alle arbeiteten nach dem Personzentrierten Ansatz. Themen, die sich herauskristallisierten, drehen sich um den Prozess der Therapeutinnen, wenn sie ein Risiko eingehen, um den Prozess der Klientinnen, d. h. um ihre Reaktionen und Antworten, und um die Auswirkungen auf die Psychotherapiebeziehung sowohl in der unmittelbaren Sitzung wie im weiteren Verlauf der Therapie. Die meisten Interviewten waren der Ansicht, dass im kritischen Moment, in welchem die Therapeutin ein Wagnis einging, der Kontakt sich deutlich vertiefte. Er wurde mit Begriffen wie ‚authentischer‘, ‚echter‘ und ‚liebvoll‘ umschrieben. In einigen wenigen Fällen führte eine Intervention mit Risikocharakter zu einem Bruch in der Beziehung, gelegentlich bewirkte sie ein vorzeitiges Ende der Psychotherapie. Die Studie hebt auch die Wechselwirkung zwischen Interventionsart und Kontaktqualität hervor. Der Artikel schließt mit Überlegungen der Autorin.

Schlüsselwörter: Risikoerleben, Selbsteinbringung, Personzentrierte Psychotherapie, therapeutische Beziehung, Beziehungstiefe, Qualitative Psychotherapieforschung

Abstract: Experiencing risk in person-centred counselling: a qualitative exploration of therapist risk-taking. With increasing emphasis being given to the importance of the relationship in counselling, this paper is based on an initial exploration of counsellors' experiences of risk when bringing their own person into play, and the way in which these experiences relate to the quality of psychological contact. Qualitative interviews with eight practising counsellors were conducted using a person-centred approach. Themes emerging included the process of risk-taking for counsellors, the process of reaction and response for clients and the effects on the relationship both in the immediate session and in the long term. Most participants expressed the view that the greatest impact of a critical moment of risk-taking was to facilitate deeper levels of contact, usually described in terms of being more 'authentic', 'real' and 'loving'. In a few cases the risk-taking intervention led to a rupture in the relationship, sometimes precipitating the end of the therapy. The study also highlighted the interdependence of the types of interventions and the quality of contact. The author's reflections are also given.

Keywords: risk taking, self-disclosure, person-centred psychotherapy, psychotherapy relationship, relational depth, qualitative psychotherapy research

1 Dieser Beitrag erschien erstmals im British Journal of Guidance & Counselling, 35:3, 317–330 (Knox, Rosanne, 2007) ‚Experiencing risk in person-centred counselling: a qualitative exploration of therapist risk-taking‘. Er wurde von der Autorin für PERSON überarbeitet und von Franz Berger übersetzt. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlags Taylor & Francis Ltd. Online-Publikation 1. August 2007.

2 Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit verwende ich, sofern nicht explizit Männer gemeint sind, die weibliche Form (Anmerkung des Übers.).

3 Anmerkung des Übers.: Im angelsächsischen Raum sind *counselling* und *psychotherapy* austauschbar, beide Begriffe werden im Originalartikel alternierend verwendet. Da *Beratung* im deutschen Sprachraum weiter gefasst wird als *Psychotherapie*, übersetze ich sachgemäß *counsellor* und *counselling* mit *Psychotherapeut* resp. *Psychotherapie*.

Der Kontext der Studie

In der Personzentrierten Psychotherapie ist die therapeutische Beziehung seit jeher von zentraler Bedeutung (Cooper, 2004; Mearns & Cooper, 2005; Mearns & Thorne, 1999, 2000; Merry, 2002; Rogers, 1951a, 1961a, 1961c, 1967b, 1980a; Schmid, 2001a, 2001b, 2002). Der Rolle der Selbsteinbringung bei der Förderung eines tiefen Kontakts kommt dabei wachsende Aufmerksamkeit zu (Baldwin, 2000; Bozarth & Wilkins, 2001; Kottler, 1986; Kramer, 2000; Lietaer, 2001; Rowan & Jacobs, 2002; Shadley, 2000; Wosket, 1999; Wyatt, 2001). Schmid betonte die Wichtigkeit, sich selbst als Person in die Begegnung einzubringen (Schmid, 2001a), das heißt, nicht nur *mit* dem Anderen zu sein, sondern auch ihm *gegenüber* zu sein. Dies schließt beides ein, den individualen Aspekt des Personseins und den dialogischen Aspekt des Personwerdens.

In einer Definition der Personzentrierten Psychotherapie schreibt Schmid:

„... im Sinne einer ‚Aktualisierungstherapie‘ geht es dabei um die Eröffnung kreativer, offener Räume, die entstehen, wo Menschen selbst offen, wertschätzend und einfühlsam sind, miteinander als Personen leben, spielerisch und neugierig, wo sie sich einlassen und selbst ins Spiel bringen, sich engagieren, Risiken eingehen und nicht zögern, als die Personen, die sie tatsächlich sind, sich auch miteinander zu konfrontieren“ (Schmid, 1997).

Die vorliegende Arbeit berichtet über den ersten Schritt in der qualitativen Untersuchung eines risikobehafteten Prozesses, den Therapeutinnen in der Personzentrierten Psychotherapie erleben, wenn sie in der therapeutischen Beziehung ihre eigene Person ins Spiel bringen.

Meine eigenen Erfahrungen in der Arbeit mit Klientinnen weckten in mir den Eindruck, dass ein Zusammenhang bestehe zwischen der Höhe des Risikos, das in einer Beziehung eingegangen wird, und der Lebendigkeit dieser Beziehung. Es schien mir, eine gedeihliche, heilende Beziehung erfordere ein ständig sich veränderndes, möglicherweise genau beachtetes Ausmaß an Risiken, die von der Klientin wie von der Therapeutin als solche wahrgenommen werden. Damit werden Wachstumsgelegenheiten angeboten und eine Variation der Kontaktebenen wird ermöglicht. Letzteres schließt den meiner Überzeugung nach wirksamsten Faktor des therapeutischen Prozesses, nämlich den Kontakt auf der Ebene einer tiefgehenden Beziehung (Mearns, 1996; Mearns & Cooper, 2005), mit ein.

Diskussionen rund um die Risiken, die bestehen, wenn Therapeutinnen ihre eigene Person ins Spiel bringen, haben oft die Verletzlichkeit betont, die eine Therapeutin erfahren muss, wenn sie auf echte Gegenseitigkeit in der Beziehung setzt und einen tiefen Kontakt ermöglicht (Baldwin & Miller, 2000; Jung, 1951; Mearns & Thorne, 1999; Rogers, 1967b, 1970a, 1980a; Rowan & Jacobs, 2002; Thorne, 1991; Wosket, 1999). Rogers selbst stellte fest: „Ich muss völlig bereit sein, ein Risiko einzugehen, bevor ich Schritte mache, die ein Aufgeben von Kontrolle bedeuten“ (Rogers, 1980a, S. 305).

Lietaer erinnert daran, dass die Therapeutin in Momenten einer Ich-Du-Begegnung (Buber 1970) „ihre professionelle Rolle fast gänzlich aufgibt und der Klientin auf eine sehr persönliche und tief menschliche Weise begegnet“ (Lietaer 2001, S. 47). Wosket vertritt die Ansicht, unsere Fehlbarkeit mache uns am menschlichsten und sie stelle daher das größte Potenzial dar, um andere zu heilen (Wosket 1999).

Anlässlich der Diskussion über die Herausforderungen, die in der Begegnung mit der Klientin liegen, betonen Mearns und Schmid, wie wichtig die Risikobereitschaft der Therapeutinnen sei. Sie schreiben: „Der Begegnungsmodus birgt immer ein Risiko (berührt, überrascht, verletzt, geliebt usw. zu werden)“ (Mearns & Schmid, 2006b, S. 261).

Therapeutinnen betonen zunehmend die Rolle, die der Selbsteinbringung zukommt, um Klientinnen beim Erreichen einer tieferen Ebene der Selbstexploration zu unterstützen. „Die Selbsteinbringung von Therapeutinnen“, so Yalom, „erzeugt die Selbsteinbringung von Klientinnen“ (Yalom 2002, S. 29). Er identifizierte drei nützliche ‚Bereiche‘ der Selbsteinbringung:

- Therapeutinnen äußern sich zur Funktionsweise der Therapie: Die Psychotherapeutin muss dabei auf jede Vorstellung von magischem Heilen oder von Autorität verzichten und der Klientin eine Erklärung zu den Grundannahmen und zur Funktionsweise von Psychotherapie anbieten. Dazu gehören Hinweise auf das, was die Klientin tun kann, um ihren eigenen Fortschritt zu maximieren.
- Therapeutinnen teilen eigene aktuelle Gefühle mit, wenn sie meinen, es sei im Interesse der Klientin.
- Therapeutinnen sprechen aus ihrem persönlichen Leben: Die Therapeutin lässt die Klientin an einigen Informationen aus ihrem eigenen Leben teilhaben. Yalom warnt allerdings vor einem unvorsichtigen Gebrauch dieser Art von Selbsteinbringung (Yalom 2002).

Als Knox et al. (1997) untersuchten, wie Klientinnen Selbstmitteilungen der Therapeutinnen wahrnehmen, stellten sie fest: Klientinnen betrachteten das Mitteilen von *persönlichen Informationen* der Therapeutinnen als vorteilhaft; die Mitteilung *unmittelbarer Gefühle* hingegen wurde von den Antwortenden nicht als nützlich bezeichnet.

Einige Autorinnen kommentierten, das berufliche Umfeld lade nicht sehr häufig zu einer risikobereiten Arbeitsweise ein. Thorne erkannte, dass in vielen Praxissettings Gegenseitigkeit im Austauschen von Persönlichem schwierig anzubieten war, und er gibt zu, selbst in der Vergangenheit zu unsicher gewesen zu sein, als dass er „das fantasierte Unbehagen der Institutionshierarchie riskiert hätte“ (Thorne 1991, S. 85). Mearns & Thorne weisen darauf hin, dass es im Feld der Beratung und Psychotherapie immer schwieriger werde, die Art von Risiken einzugehen, die einem vollen Sich-Einlassen auf das Leben entspringe (Mearns & Thorne 2000, S. 212).

Zur Methodologie der Studie

Die Studie wurde mit einer Kombination von phänomenologischen und hermeneutischen Methoden durchgeführt (McLeod, 2001; Moustakas, 1994), mit dem Ziel, ein „meditatives Innewohnen“ (McLeod, 2001, S. 56) in den Erfahrungen, die mir beschrieben wurden, mit einer interpretativen Analyse des erzeugten erlebensbezogenen Textes zu kombinieren.

Die befragten Psychotherapeutinnen

Die Primärdaten stammen aus halbstrukturierten Interviews mit sechs Therapeutinnen und zwei Therapeuten. Von diesen N=8 Teilnehmenden, alles Briten, beschrieben vier ihre Arbeitsweise als rein personzentriert und vier als personzentriert/integrativ. Fünf Teilnehmende umschrieben ihre ursprüngliche Ausbildung mit personzentriert, drei als integrativ.

Praxiserfahrung der Interviewten (in Jahren): 1(n=1, in Ausbildung); 2(n=3); 4(n=1); 10(n=1); 11(n=1); 16(n=1)

Alter der Interviewten: 30–59 Jahre, die Mehrheit davon zwischen 35 und 45 Jahren. Sechs der acht Interviewten beschrieben sich als weiß.

Sieben Befragte gehörten verschiedenen Beratungs- und Therapieorganisationen mit Sitz in London an, eine Befragte arbeitete innerhalb des National Health Service. Vier Interviewte führten zudem eine private Praxis.

Zielsetzung der Studie und der Begriff des Risiko-Erlebens

Diese Studie explorierte mit phänomenologischer Methodik das Risiko-Erleben von Psychotherapeutinnen. Als Pilotuntersuchung, die auf Felder künftiger Untersuchungen hinweisen soll, hatte sie folgende Ziele:

1. Identifikation verschiedener Arten von Risiken, die Therapeutinnen nach eigener Definition und Wahrnehmung eingegangen sind.
2. Exploration der wahrgenommenen Wirkungen und Folgen der beschriebenen Risiken, ihre Beweggründe dazu und die Art und Weise, wie sie sich auf die Klientinnen, die Therapeutinnen, die Beziehung und den psychotherapeutischen Prozess auswirkten.
3. Untersuchung der Einstellung der Therapeutinnen zum Eingehen von Risiken in Zusammenhang mit ihrer eigenen persönlichen und beruflichen Entwicklung und ihrem weiteren beruflichen Umfeld.

Diese Studie rückt die Wahrnehmung und das Erleben der Befragten zum Eingehen von Risiken in der Therapie in den Fokus und umfasst daher eine facettenreiche, breite Definition von Risiko. Risiko wird

nicht objektiv als etwas definiert, das als gewagte Intervention des Therapeuten betrachtet werden könnte, sondern lediglich in Begriffen des Erlebens der Therapeutinnen und ihrer Wahrnehmung der potenziellen Konsequenzen einer Intervention, Handlung oder eines äußeren Ereignisses. Die Reaktion der Klientin, Beeinträchtigung des therapeutischen Prozesses oder der Beziehung, Schaden, der der Klientin zugefügt wurde oder Schaden für die Therapeutinnen selbst wurden als solche Konsequenzen erfragt.

Interviews und qualitative Datenanalyse

Vor diesem Hintergrund wurden die Teilnehmerinnen gebeten, Beispiele für ihre eigene Risikobereitschaft zu schildern, wie sie z. B. eine Intervention machten, die in sich etwas Unvorhersagbares enthielt oder Mut in der Ausführung verlangte. Ich habe nicht beabsichtigt, zwischen Handlungen bzw. Interventionen zu unterscheiden, die nach verbreiteter Auffassung signifikante Risiken in sich bergen können, und solchen, die sich für einzelne Therapeutinnen als speziell riskant angefühlt haben mögen, begründet etwa in mangelnder Erfahrung, in einer spezifischen Richtung der Ausbildung oder in ihrer Natur oder ihren Überzeugungen. Die Teilnehmerinnen wurden daraufhin zu ihrer inneren Verarbeitung der als riskant erlebten Handlung vor, während und nach der Intervention sowie nach ihrer Einschätzung über die Folgen ihrer Handlung befragt.

Alle weiteren Fragen ergaben sich aus der Kombination der Beschreibung jedes einzelnen Interviewten und meinem eigenen vorformulierten Begriffssystem, das ich geistig präsent hatte. Auf diese Weise hoffte ich, alle Explorationsbereiche, auf die ich fokussieren wollte, abzudecken, mir gleichzeitig aber auch die Freiheit zu geben, so viel zusätzliche Information wie möglich einzuschließen.

Es war mir bewusst, dass ich Sorge tragen musste, dass keine Therapeutin durch die Erfahrung geschädigt werde; die Lenkung der Aufmerksamkeit auf die eigene Risikoübernahme könnte sich nämlich eventuell auf das Selbstbild auswirken. Das gilt auch für mich selbst angesichts der Natur der Exploration. Tatsächlich war mein Interesse an diesem Thema ursprünglich von der wachsenden Sorge angeregt worden, ich könnte gelegentlich gegenüber meinen Klientinnen und möglicherweise auch gegenüber mir selbst überprotektiv werden, und ich wollte wissen, ob ich wirklich bereit war, meine eigene Person in eine reale Begegnung einzubringen.

Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und von mir wörtlich transkribiert. Ich führte auch eine modifizierte Übung des *Interpersonal Process Recall* (Barker, 1985; Cashwell, 2002; Rennie, 1992) durch, ich wandte sie auf meine Transkripte an, um meine eigenen Erinnerungen an die Interviews und meine seinerzeitigen Eindrücke zu stützen.

Die Analyse startete während des Interviewprozesses dort, wo die Therapeutinnen von ihren Erfahrungen berichteten und dann

neues Verstehen und Interpretationen dieser Erfahrungen auszudrücken begannen, sei es, dass sie darüber nachdachten, oder als Antwort auf weiteres Nachfragen (Kvale 1996). Im Anschluss an die Interviews tauchte ich in die Daten ein und erlaubte mir, mit ihnen so in Interaktion zu treten, wie es gerade passierte. Anfänglich hörte ich die Tonbandaufzeichnungen ab und las meine Transkripte, dann schloss ich meine Notizen mit ein, die ich unmittelbar nach den Interviews gemacht hatte, ebenso meine Übung mit dem IPR sowie die Notizen, die ich nachträglich in unterschiedlichen Abständen zu den Interviews hinzugefügt hatte. Eine Phase des Rückwärts- und Vorwärtspendelns vom Allgemeinen zu den spezifischen Details, wie Walcott das Vorgehen beschreibt, mündete in einen Prozess der Kategorisierung, sobald gemeinsame Themen aufschienen (Kvale 1996).

Grenzen der Studie

Dass in dieser Studie nur das wiedergegeben wird, was die Therapeutinnen von ihrem eigenen Erleben und vom Erleben der Klientinnen wahrgenommen haben, bedeutet zweifellos eine Einschränkung. Ein nützlicher nächster Schritt wäre die Erforschung des Erlebens der Klientinnen aus deren Perspektive. Eine weitere Einschränkung bildet die Tatsache, dass die Interviewten ihren therapeutischen Ansatz zwar als personenzentriert bezeichneten, einige ihn aber auch integrativ nannten. Die interviewten personenzentrierten Psychotherapeutinnen repräsentierten außerdem verschiedene Schulen innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes. Schließlich bedeutet das Faktum, dass die Interviewten alle in London wohnten, die meisten in therapeutischen Institutionen arbeiteten und sich fast alle als weiße Briten bezeichneten, auch, dass Information fehlt, die möglicherweise aus einem breiteren kulturellen und professionellen Hintergrund käme.

Ergebnisse

Folgende Themen kristallisierten sich in der Datenanalyse heraus:

- Kategorien von Handlungen oder von Interventionen, welche ein Erleben von Risiko für die Therapeutinnen enthielten.
- Der Prozess des Eingehens eines Risikos, wie er von den Psychotherapeutinnen erlebt wurde.
- Der Prozess des Reagierens der Klientinnen, wie er von den Psychotherapeutinnen wahrgenommen und beschrieben wurde.
- Die Wirkung auf die Kontaktqualität im Augenblick des Wagnisses sowie im weiteren Verlauf der therapeutischen Beziehung.
- Die Kontaktqualität im kritischen Moment des Wagnisses bezogen auf die verschiedenen Interventionsarten mit Risikocharakter.

Handlungs- und Interventionstypen mit Risikocharakter

Handlungen und Interventionen, die von den interviewten Therapeutinnen als signifikant risikobeladen betrachtet wurden, fielen hauptsächlich unter folgende Kategorien:

- Selbstmitteilungen aus ihrem persönlichen Leben. Hier beschrieben die Therapeutinnen Ereignisse aus ihrem eigenen Leben, welche eine gewisse Relevanz für die Ereignisse hatten, die von den Klientinnen beschrieben wurden. Zwei interviewte Therapeutinnen zum Beispiel sprachen kurz über die eigene Fehlgeburt, als ihre Klientinnen sagten, niemand könne verstehen, wie sie sich nach einer Fehlgeburt gefühlt hätten.
- Abgrenzungsrisiken (einschließlich Berühren, Umarmen). Eine Teilnehmerin erzählte zum Beispiel, dass ihr Training sie im Glauben ließ, dass Therapeutinnen Klienten nie berühren sollten. Sie habe sich daher in dieser Hinsicht völlig gehemmt gefühlt. Als sie schließlich eines Tages einen extrem verzweifelten Klienten berührte, schien es ihr ein enormes Risiko zu sein, obwohl ihre Handlung vom Klienten mit Dankbarkeit entgegengenommen wurde.
- Theoretische Herausforderungen. Eine Therapeutin stellte die Überzeugung ihres Klienten in Frage, er leide unter ‚blockierter Trauer‘. Sie tat dies, als sie den Eindruck gewonnen hatte, sie stütze sich auf eine Theorie, die für den Klienten irrelevant war.
- Aktuell erlebte Gefühle zeigen. Dies schien dann besonders riskant zu sein, wenn die beschriebenen Gefühle als negativ hätten wahrgenommen werden können, zum Beispiel Gefühle von Distanz (siehe Egan, 2002, Flannery, 1995; May, 1980; Thorne, 1994 zu diesem Thema).
- Risiken, die in der Tiefe der angebotenen Beziehung liegen. Ein Teilnehmer, der mit todkranken Klienten arbeitet, beschrieb, wie rasch die Beziehung zu diesen Klienten tiefe Liebesgefühle umfasst.
- Fehler eingestehen. Die Therapeutin hat etwas getan oder gesagt, was sie später als wenig hilfreich empfand, und teilt dann ihre Gedanken dazu der Klientin mit. Eine Teilnehmerin zum Beispiel gestand ihren Fehler ein, als sie unerwartet einen Arm ihrer Klientin berührte.
- Ansprechen von sexuellen Inhalten. Eine Therapeutin fand es riskant für sich selbst, einem Klienten zu erlauben, seine sexuellen Phantasien über sie auszusprechen, zum Teil wegen ihrer eigenen Probleme im Zusammenhang mit der Ausbeutung von Frauen. Hingegen fühlte sie sich gut, als sie einer Klientin erlaubte, ihre sexuellen Phantasien bezüglich Frauen zu schildern, weil sie ihre eigene Sexualität mit Frauen erkundet hatte.

Tatsächlich brachten mehrere Interviewte das Eingehen von Wagnissen in der Psychotherapie mit ihrer eigenen Entwicklung und ihrem persönlichen Hintergrund in Beziehung. Eine Interviewte sagte, sie sei imstande, in ihrer Arbeit Risiken einzugehen, weil sie

aus einer Familienkultur der Risikobereitschaft und Selbstaufopferung komme. Sie empfand sich selbst seit jeher als jemand, die Wagnisse eingeht. Eine andere Therapeutin betrachtete eine noch so geringfügige Grenzverletzung als bedeutendes Risiko, da sie sich selbst im Leben als Regelhüterin empfand.

Unter den von Yalom beschriebenen Typen der Selbsteinbringung wurde der Austausch über das Funktionieren der Therapie (Yalom, 2002) von keiner der Interviewten als Auslöser einer Risikoerfahrung erwähnt. Hingegen fühlten einige Teilnehmende, dass der Verzicht auf eine diesbezügliche Erläuterung das Risiko verschärfe.

Wenn Psychotherapeutinnen Risiken eingehen: Der Prozess bei den Therapeutinnen

Für die Therapeutinnen selbst schien es zwei deutlich unterscheidbare Wege zu geben, die zu kritischen Momenten, ein Risiko einzugehen, hinführen.

Absichtliche Handlungen und Interventionen

Der Handlung ging eine Phase von einem gewissen Ausmaß an Angst und Zweifel voraus, ob ein Risiko eingegangen werden soll oder nicht. Das schloss hauptsächlich Ängste über mögliche Reaktionen der Klientin ein, aber ebenso Befürchtungen über mögliche Auswirkungen auf die Therapeutin selbst. Ein Interviewter sagte zum Beispiel: „Ich war innerlich aufgewühlt bei der Vorstellung, es zu sagen.“ Die Handlung mag über mehrere Sitzungen hinweg überlegt werden oder einfach nur für einige Minuten. Es gab da immer das Element von ‚den ganzen Mut zusammen nehmen‘, das umso größer schien, je länger die Phase des Überlegens dauerte. Das absichtliche Eingehen eines Wagnisses geschah in dem Moment, wo es passierte, gut vorbereitet, und die Therapeutinnen waren auf die Reaktionen ihrer Klientinnen gefasst, um ihr eigenes Risiko zu minimieren. Beispiele: „Wenn sie die Therapie abbricht, muss ich das auf der Therapiestation erklären.“ „Vielleicht wird sie mich anschreien.“ „Ich könnte erröten.“ „Ich könnte auf sie voll abfahren.“ „Ist es sicher für mich?“ „Ich könnte vor ein Sex-Tribunal gezerrt werden.“ Mehrere Teilnehmerinnen überlegten, wie ihre Supervisorin über ihre Handlungen denken würde; andere haben ihre Absichten im Voraus mit ihrer Supervisorin diskutiert.

Instinktive Handlungen und Interventionen

Die Handlung wurde als ein instinktiver Schritt beschrieben, aus dem Moment heraus, ohne Überlegung oder zumindest ohne Bewusstheit einer solchen Überlegung. Ich schließe die Möglichkeit nicht aus, dass Instinkt auch bei einem Teil der absichtlichen Risikohandlungen eine Rolle spielte; das Wort ‚Instinkt‘ wurde im Kontext von Handlungen, die ohne vorausgehende Überlegungen

unternommen wurden, lediglich häufig erwähnt. Eine Therapeutin, die eine Sitzung mit einer todkranken Klientin beschrieb, sagte:

„Ich fühlte Wärme, und ich legte meine Arme um sie, und sie hielt sich an mir fest und wollte nicht mehr loslassen; und das war reiner Instinkt. Ich konnte nur noch halten, halten, halten. Und sie sagte: ‚Oh, Sie wissen, Sie wissen.‘“

Andere Interviewte schlossen in ihre Beschreibungen Wörter wie „intuitiv“, „unbewusster Prozess“, „geschah ganz plötzlich“, „ohne Zeit zum Nachdenken“, „völlig unbeabsichtigt“, „Instinkt, das Natürlichste der Welt“ mit ein. In diesen Fällen waren die Therapeutinnen unvorbereitet auf die Reaktionen der Klientinnen, und sie waren tatsächlich oft überrascht von deren Reaktion. Die meisten Fälle dieses Typs von Wagnis, so wurde berichtet, hatten eine positive Wirkung, wenngleich oft auf unerwartete Weise, gewöhnlich abhängig von der Tiefe des Kontaktes und dem Ausmaß der Selbsteinbringung in der Beziehung. Einige Therapeutinnen sagten, sie hätten nicht begriffen, dass ihre Intervention ein solches Risiko für die Klientin darstellte, und da wurde dann auch häufiger von Panikgefühlen berichtet. Das zeigen Sätze wie die folgenden: „Ich dachte, o.k., Gott, was wird jetzt passieren?“ „Ich spürte, wie mein Herz pochte.“ „Ich wollte Hals über Kopf zu meinem Supervisor rennen.“

In einigen Fällen allerdings nahm ich auch ein Gefühl der Erleichterung in der Art und Weise wahr, wie die Therapeutinnen über ihre Gefühle nach einem Moment des Risikos sprachen. Es war zu spüren, wie sie zur Ruhe nach einem Sturm gelangten. Nun schien es den Therapeutinnen möglich, sich ihrer größten Furcht ohne Angst vor dem Entscheidungsprozess zu stellen: Die Tat war vollbracht, die Würfel waren gefallen. Eine Interviewte sagte: „Ich spürte, sie hatte die Wahl.“ Eine andere wiederum: „Ich war auf den Ansturm gefasst.“ Einer Therapeutin schien es, als ob sie versuchte, um die „Spitze dessen zu kurven, was zwischen uns vorging“. Es hörte sich ganz danach an, als ob sich die Therapeutinnen – ohne den Kontakt zu den Klientinnen zu verlieren – eine Sicherheitszone geschaffen hätten, innerhalb der sie die Auswirkungen ihrer Interventionen in Erfahrung bringen oder sich möglichen künftigen Auswirkungen stellen und dabei intakt bleiben konnten.

Typischerweise dauerten die Zweifel der Therapeutinnen in der Regel eine Weile an: „Habe ich das Richtige getan?“ „Wird die Klientin weglaufen?“ „Das kann ich nicht tun!“ „Bin ich inkompetent?“ Solche Gefühle schienen unabhängig von der Reaktion der Klientinnen und ohne Bezug auf die Bewertung der Reaktion der Klientin durch die Therapeutinnen aufzutreten. Parallel zu der Aufgabe, sich an oft größere Veränderungen in der Beziehung anzupassen, und parallel zur fortlaufenden Arbeit mit der Klientin hatten die meisten Therapeutinnen mit dem Gefühl zu kämpfen, sie würden das Wesentliche ihrer Ausbildung verraten, die den Einsatz der eigenen Person explizit oder implizit entmutigt hatte. Im Gespräch über dieses Sich-selbst-Einbringen erwähnte eine Therapeutin:

„Ich denke, ich mache das inzwischen, aber das hat damit zu tun, dass ich bereit bin, mehr Risiken einzugehen, und ich denke, das kam durch die Erfahrung ... Die Ausbildung hat mich kaum dazu ermutigt. Ich glaube nicht, dass es möglich ist, ganz ich selbst zu sein in einer Sitzung, bevor ich nicht bereit bin, Risiken einzugehen. Mich selbst da hinein zu begeben ist ein Wagnis.“

Eine andere Therapeutin merkte an:

„Ich dachte, Therapie sei total unpersönlich. Lass Dich selbst zu Hause!“

Und eine andere Interviewte:

„Das Härteste während meines Trainings war, dass mir beigebracht wurde, auf eine bestimmte Art zu sein, auf eine bestimmte Weise zu sitzen, was nun wirklich nicht der Sinn der Sache ist ... Es ist eine Art zu sein, und wir alle reagieren unterschiedlich.“

Die meisten beschrieben das Gefühl, als täten sie etwas Unerlaubtes, als überschritten sie die Grenzen ihrer Rolle als Therapeutin. Es erinnerte einige auch an Trainings mit Tonbandaufzeichnungen und an die Furcht, dabei ertappt zu werden, wie sie sich selbst irgendwie einbringen.

Der Prozess der Klientinnen

Die Interviewten waren der Ansicht, dass die meisten Klientinnen auf den kritischen Moment des Wagnisses in typischer Weise reagierten. Zuerst kam ein Schock, gewöhnlich gefolgt von einem Zurückweichen (physisch, psychisch oder beides), dann schloss sich eine Phase an, wo die Klientinnen versuchten Zeit zu gewinnen und während der sie wenig bis keine Anhaltspunkte darüber gaben, was gerade in ihnen vorging. Diese Phase konnte Minuten, den Rest der Sitzung oder mehrere Sitzungen andauern, bevor Klientinnen die Handlung der Therapeutinnen zurückwiesen oder akzeptierten. Es war, als ob eine Saat ausgesät worden wäre, die Zeit brauchte, um sich zu verwurzeln und zu wachsen, und die von der Klientin streng gehütet wurde, sogar vor der Therapeutin. Als ein Therapeut seinem Klienten sagte, er spüre etwas Festgefahreneres und frage sich, ob der Klient etwas Unausgesprochenes zurückhalte, bestätigte der Klient in seiner unmittelbaren Reaktion kaum diese Intervention und wandte sich etwas anderem zu. Erst mehrere Wochen später kam er darauf zurück und gab zu, wie wichtig diese Herausforderung für ihn gewesen sei, und er begann zum ersten Mal von der langen Periode eines sexuellen Missbrauchs in seiner Kindheit zu sprechen. Andererseits konnte die Saat verderben statt aufzugehen, und stillschweigend konnte sich Fäulnis ausbreiten, bis es einen Bruch in der Beziehung gab oder diese sogar endete. Als eine andere Therapeutin ihre Klientin damit konfrontierte, dass sie nicht zu Sitzungen erschienen sei, sagte die Klientin unmittelbar darauf kaum etwas dazu und umarmte sogar die Therapeutin, als sie den Raum verließ, wie es ihre Art war. Erst später gab sie zu, wie verärgert sie gewesen sei und dass all das Vertrauen, das sie über Jahre aufgebaut hatten, verloren war.

Die Reaktionen der meisten Klientinnen schienen also im Wesentlichen von zwei Faktoren abzuhängen, die ich für grundlegend halte, nämlich davon, ob die Klientinnen verstanden, welches Risiko eingegangen worden war, und vom Grad der Übereinstimmung dieses Verständnisses mit dem Verständnis der Therapeutin. Einige Interviewte meinten, das Verstehen ihrer Klientinnen hänge bis zu einem gewissen Grad von ihrem Selbstkonzept und der momentanen Verarbeitungskapazität ab, indem diese ihre Wahrnehmungen und Interpretationen der Handlungen der Therapeutin beeinflussten. Als zum Beispiel der Therapeut, der meinte, sein Klient sei ‚festgefahren‘, ihn hierzu befragte, spürte er, dass dieser sowohl genügend Selbst-Einsicht wie Verständnis vom therapeutischen Prozess besaß, um in der Lage zu sein, die Idee zu akzeptieren, dass da etwas sein könnte, was er möglicherweise vermeide. Dieses Beispiel illustriert auch, wie wichtig die Stabilität der Beziehung ist: Der Klient hatte ausreichend Vertrauen in den Therapeuten, um zu glauben, dass dieser eine Hilfe anbot, als er einen heiklen Punkt ansprach, und ihn nicht dafür kritisieren wollte, wie er von der Therapie Gebrauch machte, oder dass er vielleicht seine Ungeduld ausdrücken wollte, weil die Therapie nur langsam voranschritt. In diesem Fall sagte der Interviewte, er hätte gespürt, dass bereits ein starkes Vertrauen in die Beziehung vorhanden war und dass er sich dem Klienten in diesem Augenblick sehr nahe gefühlt hätte.

Die Therapeutin, die ihre Klientin mit ihren verpassten Sitzungen konfrontiert hatte, fragte sich, ob sie bei der Klientin ein Verständnis für die Bedeutung ihrer häufigen Abwesenheiten angenommen hatte, das vielleicht nicht vorhanden war oder das von ihrem Verständnis abwich, oder ob das, was die Klientin als In-Frage-Stellen ihres Engagements empfunden habe, in ihr starke Gefühle geweckt habe, deren sich die Therapeutin nicht bewusst war. Die Therapeutin sagte ferner, dass sie die Konfrontation am Ende der Sitzung gemacht habe, als sie dabei waren, wieder auf die Ebene eines ‚Alltag-Kontaktes‘ zurückzukommen. Die Klientin könnte sich möglicherweise ohne das Sicherheitsnetz eines tiefgehenden Kontaktes im kritischen Moment des Risikos relativ unsicher gefühlt haben, sodass ihre Abwehr automatisch aktiviert worden sei. Es lohnt sich jedoch, hier festzuhalten, dass die Therapeutin in ihren nachträglichen Überlegungen zu der Ansicht kam, dass vor dem Hintergrund der therapeutischen Arbeit, die darauf abzielt, dass die Klientin ihre eigene Stimme findet, der Akt der Therapeutin, ihre eigene Stimme beizusteuern, vielleicht die Klientin in die Lage versetzt hat, dasselbe zu tun, auch wenn dies zur Beendigung der Beziehung führte.

Auswirkung auf die Beziehung

Sofern gegenseitiges Verstehen gegeben war, schien das Moment des Risikos zu einem beidseitig geteilten Moment zu werden, und die Interviewten beschrieben eine wahrnehmbare Veränderung sowohl

in der therapeutischen Beziehung wie im therapeutischen Prozess. Oft wurde erwähnt, dass der Kontakt authentischer geworden sei, selbst dann, wenn die Klientin die konkrete Intervention zurückgewiesen habe. Eine Therapeutin sagte mit Blick auf Veränderungen in der Beziehung: „Es gab da eine greifbare Veränderung in unserer Beziehung, viel Augenkontakt ... entspannt.“ Eine andere erzählte: „Es entstand eine enge Beziehung. Sie wurde offener für das, was sie wirklich fühlte.“ Und jemand anderer: „Die Kontaktebene war umfassender ... offener ... über alles konnte gesprochen werden.“ Oft wurde etwas Schelmhaftes ausgedrückt, etwa mit den Sätzen: „Es war eine Partnerschaft wie die von Bonnie und Clyde.“ „Da war etwas wirklich Unartiges dabei.“ „Sie erlaubte ein Gefühl von Schelmhaftigkeit“, und Spaß gehörte ebenfalls dazu: „Zum ersten Mal konnten wir zusammen lachen.“ Sogar wenn die erste Reaktion als aggressiv wahrgenommen worden war, äußerten Therapeutinnen die Ansicht, dass als Langzeitwirkung die Beziehung gestärkt und eine tiefere Ebene der Echtheit erlebt und ausgedrückt wurde. Eine Therapeutin beschrieb es so:

„Plötzlich redeten wir über die reale Beziehung, über wirkliche Phantasien. Eine zusätzliche Ebene von Wirklichkeit. Fragen, die vorher nicht gestellt werden konnten, wurden jetzt zu einem therapeutischen Thema.“

In einigen Fällen diente die als riskant empfundene therapeutische Handlung als Modell der Selbstmitteilung für die Klientinnen; nachahmend begannen sie zu lernen, wie sie selbst ähnliche Risiken eingehen und sich dabei sicher fühlen können. Für jene Klientinnen, deren Reaktion einen zurückweisenden Charakter hatte, war die Wirkung auf die Beziehung bisweilen sehr dramatisch und führte in einigen Fällen zur Beendigung der Therapie.

Während die interviewten Therapeutinnen fanden, dass das Mitteilen von aktuell erlebten Gefühlen eine positive Wirkung auf die Beziehung und den therapeutischen Prozess hatte, schienen die meisten Interventionen, in denen biografische Informationen eingebracht wurden, die Verwirrung der Klientinnen nur zu vergrößern. In zwei Fällen hatten zwei Interviewte in der Therapie ihrer Klientin mitgeteilt, dass sie selbst ähnlich traumatische Erfahrungen hatten durchstehen müssen. Beide Klientinnen hatten die Ansicht ausgedrückt, niemand könne wissen, wie sie sich gefühlt hätten, und die Therapeutinnen schätzten es als hilfreich ein, wenn sie ihre Klientinnen wissen ließen, sie könnten sie vielleicht verstehen. Dennoch bestritt in einem Fall die Klientin, dass sie das Erlebnis berührt habe, und widersprach damit einer früheren Aussage. Im anderen Fall schien die Klientin schlicht verwirrt, und die Therapeutin – dieses Ereignis reflektierend – sagte, sie habe gespürt, dass die Klientin sich darüber gewundert haben mag, ob die Therapeutin überhaupt etwas von sich erzählen dürfe. Möglich, dass diese Art von therapeutischer Selbstmitteilung von den Klientinnen nicht als selbstverständlicher Teil des therapeutischen Prozesses erfahren oder verstanden wurde und sie deshalb nicht in der Lage waren, die mitgeteilte Erfahrung zu nutzen. Möglich auch, dass die Äußerung

der Therapeutin zum Erleben ihres eigenen Traumas in der Klientin das Bedürfnis weckte, sie zu beschützen, oder den Gedanken hervorrief, die Therapeutin ertrage ihr eigenes Trauma nicht. Ebenso könnten sie den Eindruck gewonnen haben, die Therapeutin habe ihnen die Aufmerksamkeit entzogen, oder die Erfahrung der Therapeutin korrespondierte nicht mit der ihrigen.

Folgende Arten von Risiken, die regelmäßig Klientinnen und Therapeutinnen in engeren Kontakt zueinander brachten, konnten unterschieden werden:

- Macht abtreten
- Sich erlauben, verletzlich zu sein
- Die eigene Unvollkommenheit zugeben und
- Abstand zu einer Haltung einzunehmen, als besäße man die Weisheit.

Anstatt seine Expertise einzusetzen, wird auf diese verzichtet.

Die Schilderungen der Interviewten legen tatsächlich den Schluss nahe, dass etwas vom Bestärkendsten, was eine Therapeutin für die Klientin tun kann, das Eingeständnis eines Fehlers ist, den sie im Verlauf der Therapie gemacht hat.

Eines der Beispiele dazu stammt von einer Therapeutin, die mit einer sexuell missbrauchten Klientin arbeitete. Als sich diese nach einer besonders emotionalen Sitzung erhob, um zu gehen, kam sie der Therapeutin auf dem Weg zur Tür ungewohnt nahe. Die Therapeutin empfand ihr gegenüber ein warmes Gefühl, streckte ihre Hand aus und berührte sie im Vorbeigehen leicht am Arm. Das geschah ganz ohne Worte, und die Therapeutin dachte nicht mehr daran bis zur nächsten Sitzung, in welcher die Klientin außerordentlich ängstlich zu sein schien. Als die Therapeutin dies ansprach, war sie überrascht, von der Klientin zu hören, dass sie die ganze Woche wegen der Berührung ihres Arms beunruhigt gewesen war. Die Therapeutin bekämpfte den Impuls, ihr Handeln zu rechtfertigen (etwa in der Art von „Ich empfand gerade viel Wärme Ihnen gegenüber“) und gab ihren Fehler unmittelbar zu. Sie gestand ein, sie ohne Erlaubnis berührt zu haben, wie das andere vor ihr getan haben, es sei eine Dummheit gewesen, dies zu tun. Mit diesem Eingeständnis, dass ihr Fehler unterlaufen können, veränderte sich die Beziehung. Die Therapeutin sagte: „Es fühlte sich an, als hätten wir einen Draht zueinander gefunden, als hätten wir uns gegenseitig verstanden. Wo du mit jemandem echt in Kontakt bist. Purer Kontakt. Es war eine neue Qualität da ... es entspannte.“ Ihre Beschreibung der neuen Beziehung schloss Wörter wie „wirklich“, „authentisch“ und die viel missachtete, aber höchst hilfreiche Facette einer Therapie, nämlich „Spaß“ mit ein. Sie lachten zusammen über ihre Albernheit und ihre bisherigen Gefühle der Unbeholfenheit, die sie daran gehindert hatten, voreinander offen zu sein. Die Klientin kam zunehmend in die Lage mitzuteilen, was sie hier und jetzt in dieser Beziehung fühlte. Gelegentlich erlaubte sie sich den Spaß, die Therapeutin beim Hinausgehen am Arm zu berühren. Sie fanden eine neue Vertrauensbasis, welche die bevorstehende schwierige Arbeit möglich machte.

Meine ursprüngliche Hypothese, dass der Moment, in welchem Therapeutinnen ein Risiko in der Beziehung eingehen, zu einem Kontakt auf einer tieferen Ebene führen könne, schien nun zu einfach, und ich begann, auf die Beziehung zwischen der Art der Interventionen und dem unmittelbaren Beziehungskontext zum Zeitpunkt eines kritischen Moments des Risikoverhaltens zu achten. Die Risikoereignisse, die beschrieben wurden, ließen sich für mich in vier unterschiedliche Kategorien von Therapeuteninterventionen gliedern. Ich bezeichne sie als

- *Passiv-unterstützend*: Die Therapeutin geht ein minimales oder gar kein Risiko ein und die Interventionen sind hauptsächlich reflektierender und bejahender Art;
- *Extern motiviert*: Die Therapeutin nimmt die Klientin mittels theoretischen Wissens und Überzeugungen wahr, und dies bestimmt ihre Interventionen;
- *Selektiv authentisch*: Therapeutinnen greifen ein eigenes spezifisches Gefühl, eine Reaktion oder Emotion heraus und entscheiden sich, diese in irgendeiner Weise zu nutzen (zum Beispiel wenn der Therapeut seinem Klienten mitteilt, er habe etwas Unausgesprochenes gefühlt, welches ihre Verbundenheit blockiere); und schließlich
- *Ganzheitlich authentisch*: Die Therapeutin riskiert ihr ganzes Selbst in der Tiefe der angebotenen Beziehung.

Ich betrachte diese Kategorien als unterscheidbare Arbeitsebenen. Sie können in ein und derselben Sitzung in beliebiger Kombination auftreten, obwohl sie eigentlich auch darauf schließen lassen, dass sie einen Entwicklungsprozess der Beziehung darstellen, in dessen Verlauf verschiedene Kategorien oder Grade des Risikoverhaltens eingeschlossen werden können.

Ich begann damit, Risikomomente als Tor zu einer anderen Dimension zu sehen, etwa analog zu Computerspielen. Ein kritisches Risikomoment hat die Fähigkeit, die erlebte Kontakttiefe von einer Ebene auf eine andere zu bewegen, ohne zu wissen, in welcher Richtung das Tor sich öffnen wird. Indem ich meine Aufmerksamkeit auf den Beziehungskontext vor und nach einem kritischen Risikomoment richtete, fand ich, dass die Kontakte in folgende Kategorien eingeteilt werden können:

- *Fragiler Kontakt*: Klientin und Therapeutin stehen oberflächlich in Beziehung, oft zu Beginn einer Beziehung oder am Ende einer Sitzung; ein Gefühl, als würde man sich auf der Straße begegnen.
- *Rationaler Kontakt*: Es ist ein gewisser Grad gegenseitigen Verstehens gegeben, gelegentlich auch eine starke Arbeitsbeziehung, aber die intellektuelle Ebene überwiegt.
- *Emotionaler Kontakt*: Die Beziehung von Klientin und Therapeutin spielt sich auf einer emotionalen Ebene ab, mit hohem Engagement, in der Regel gekennzeichnet durch eine starke Erfahrung von Empathie und Wärme (oder – alternativ dazu – durch einen erhöhten Grad an Ärger und Aggression).

- *Kreativer Kontakt*: Was zwischen den Beteiligten passiert, übernimmt die Hauptrolle, oft beschrieben als ein Gefühl von Liebe, Entspannung, aber auch von Aufregung.

Ich verwende den Begriff ‚kreativer Kontakt‘, weil ich bemerkte, dass ein starkes schöpferisches Element dabei war – eine miteinander erschaffene und geteilte Lebenserfahrung, beschrieben mit Sätzen wie ‚es war umfassend‘, ‚zwei Personen in einem Raum, die sich gegenseitig lieben‘, ‚sehr entspannt ... Verlust der Befangenheit‘, ‚darin eins‘. Eine Therapeutin beschrieb es als ein „Sich-Erlauben, zu lieben und geliebt zu werden. Es war eine Weise zu sein, innerhalb der Beziehung selbst, und eine Art des Antwortens auf den anderen.“ Das erinnert mich an Schmidts Beschreibung der Begegnung mit Klientinnen: „nicht indem einfache Antworten gegeben werden, sondern indem man selbst als Person die Antwort ist“ (Schmid 2001b, S. 62). Die Wirkung dieser Erfahrung war stark, wie das beispielsweise von den Worten einer Teilnehmerin unterstrichen wird: „Da ist dieses wow! der Liebe drum rum.“

Ich war neugierig zu erfahren, ob die in dieser Studie Interviewten solch tief empfundene Momente in der Therapie beschreiben, welche Mearns als ‚vertiefte Beziehung‘ identifiziert hat (Mearns 1996; Mearns & Cooper 2005). Die Therapeutinnen schienen auch ein Echo auf Rogers‘ Begriff der Präsenz (Rogers, 1986h), Thorne‘ Beschreibung der Zärtlichkeit (Thorne, 1991) und auf den von Rowan und Jacobs diskutierten transpersonalen Ansatz (Rowan & Jacobs, 2002) wiederzugeben. Ich hatte jedoch nicht den Eindruck, als würden sie sich etwas Größerem ergeben, wie es oft beschrieben wurde, vielmehr kreierten sie etwas Großes zwischen sich und ergaben sich daraufhin diesem Großen. Es war ihre einzigartige Schöpfung, ihre Wahl, ihre Macht. Sie vereinnahmten es und wurden ihrerseits davon vereinnahmt. Ich ziehe hier allerdings auch die Möglichkeit in Betracht, dass diese Unterscheidung bis zu einem gewissen Grad eher in meiner Wahrnehmung als Forscherin mit einem agnostischen Standpunkt liegt als in den Erfahrungen selbst.

Die unmittelbare Ebene des Kontakts im kritischen Moment des Riskierens wurde von den meisten als etwas empfunden, das einen hohen Voraussagewert liefert. Wer ein Risiko in einem als angemessen empfundenen Kontext einging, bewirkte oft eine Verschiebung der Beziehung in Richtung eines tieferen Kontakts, der in der Regel als authentischer geschildert wurde. Im Kontext eines fragilen Kontakts konnte die kleinste Herausforderung ein größeres Risiko für die Klientin bedeuten. Im Kontext eines rationalen Kontakts verkraftete hingegen die Therapie eine weit größere theoretische Herausforderung ohne wesentliches Risiko für die Beziehung. Kam es zu selektiver oder ganzheitlicher Authentizität, – beide typisch für die als instinktiv bezeichneten Interventionen –, schien dies eine positive Wirkung zu haben, wenn sie im Kontext eines emotionalen Kontakts erfolgte. Die ganzheitliche Authentizität führte oft zu einer Erfahrung von kreativem Kontakt oder ging mit ihr einher.

Diskussion und Folgerungen

Als bedeutsame Variable eines kritischen Moments von Risiko erwies sich in dieser Studie die Beziehung zwischen der Qualität des Kontaktkontextes und der Art der risikoträchtigen Intervention. Gleichzeitig wirkte sich das kritische Moment, ein Risiko einzugehen, am häufigsten auf die Tiefe und die Qualität der Beziehung aus. Die Interventionsweisen und die Beziehungsqualität sind zwei Aspekte, die häufig separat betrachtet werden. Diese Studie legt nahe, dass sie eher einen Vorhersagewert für das Ergebnis liefern, wenn sie als auf einander bezogen betrachtet werden. Wenn nur einer dieser zwei Aspekte isoliert untersucht wird, wendet man sich meines Erachtens nur jenem Teil des Geschehens zu, den man gerade als den bedeutendsten Wirkfaktor in der Therapie ansieht.

In einer Abhandlung zur Selbstoffenbarung wies Kramer darauf hin, dass „das Risiko ab- und der Gewinn zunimmt, wenn Selbsteinbringung auf eine gute Art stattfindet“ (Kramer 2000, S 75), und er erwähnte auch die beiden am häufigsten beobachteten Fehler, die er und auch andere hervorgehoben hatten, nämlich dass zu viel oder zu wenig gesagt wurde. Diese Studie legt nahe, dass der Beziehungskontext – sowohl bezüglich des Vertrauens in die fortlaufende Beziehung wie der unmittelbaren Kontaktebene, die im kritischen Moment des Riskierens besteht, – ein entscheidender Faktor ist, den in der Prozessdiagnostik zu berücksichtigen sich lohnt.

Diese Pilotstudie unterstrich ebenfalls die Rolle der Risikoübernahme durch Therapeutinnen. Risiken einzugehen bewegt die Beziehung und den therapeutischen Prozess in eine Richtung, die neue Arbeitsdimensionen umfasst. Das kritische Moment des Riskierens bildet den Ort, an dem ein Wechsel der Ebene des Kontakts eingeleitet wird: Dieser wird authentischer und erleichtert bei der Klientin tiefere Ebenen der Selbsteinbringung. Das kritische Moment des Riskierens könnte auch den Punkt markieren, an welchem ein Bruch in der Beziehung entsteht, der manchmal zur Beendigung der Therapie führen kann.

Die Kontaktebene, die ich als ‚kreativen Kontakt‘ definiert habe, hat nach Meinung der Interviewten in sich selbst eine heilende Qualität, die irgendwie der erlebten Tiefe des Kontakts entspringt. Wie bewirkt sie Heilung? Geschieht sie durch die Erfahrung selbst oder ist sie verbunden mit dem Prozess, durch den eine vertiefte Beziehungsebene erreicht wird? Oder könnte so eine Erfahrung Heilung bewirken, weil in der Beziehung viel tiefere Mitteilungsebenen möglich werden? Eine Therapeutin drückte es so aus: „Fragen, die zuvor nicht gestellt werden durften, wurden nun zum therapeutischen Thema.“

Darüber hinaus war ich von den Reaktionen einiger Interviewter überrascht. Typischerweise signalisierten sie ein Widerstreben davor, sich selbst in ihre Arbeit einzubringen aus Furcht, sie würden das Wesentliche ihrer Ausbildung verraten. Die meisten meinten, die Vorstellung, sich selbst auf irgendeine Weise in die Beziehung einzubringen, sei in der Ausbildung nicht nur ausgespart geblieben,

sondern sogar aktiv entmutigt worden. Vielleicht zeigen diese Ergebnisse, was Mearns und Thorne mit ihrer Äußerung meinten, als sie schrieben, Nicht-Direktivität werde manchmal mit Passivität in der Beziehung verwechselt (Mearns & Thorne 2000).

Neulich haben Mearns und Schmid gemeinsam einen Artikel verfasst und dabei die Personzentrierte Psychotherapie als einen tiefgreifenden ko-kreativen Personwerdungsprozess beschrieben. Sie betonten, wie wertvoll es sei, wenn die Therapeutin nicht nur auf die – wie sie es nannten – konkordante und komplementäre empathische Resonanz Bezug nimmt, sondern ebenso auf die personale oder dialogische Resonanz, die ihren Ursprung weder in der Klientin noch in der Therapeutin, vielmehr in beiden gemeinsam hat bzw. die – wie sie es ausdrückten – „aus der Beziehung von Person zu Person geboren wird“ (Mearns & Schmid, 2006a, S.184).

In ihren Forschungen zum Einsatz des Selbst durch Therapeutinnen skizzierte Shadley vier unterscheidbare Selbstmitteilungsstile. Denjenigen, der am wenigsten offenbart, nannte sie ‚reflektives Feedback‘. Dieses schloss nach ihrer Beschreibung Selbstexposition mit ein, etwa „beim Befragen oder Herausfordern von Familien und durch das Wiedergeben von Eindrücken“, aber die Therapeutin „teilt selten eine persönliche Information oder ein starkes Gefühl mit“ (Shadley 2000, S. 199). Rowan und Jacobs meinten, dass dies wohl der Stil sei, der in Therapiekursen am häufigsten gelehrt werde (Rowan & Jacobs 2000). Einige Autoren vermuten, dass so bedeutende Momente eines vertieften Kontakts in den Ausbildungskursen deswegen nicht diskutiert würden, weil sie jenseits der herrschenden ‚Doktrin‘ lägen (Yalom 1980, zit. durch Lietaer 2001). Ich frage mich, ob einige Trainingskurse im Personzentrierten Ansatz, welche die Nicht-Direktivität so sehr betonen, es bei der Vermittlung der Bedeutung von Kongruenz versäumen, die Therapeutinnen zu ermutigen, auf ihre Kongruenz zu vertrauen.

Die meisten Befragten erwähnten ein inneres Ringen bei diesem Thema, vor allem in den ersten beiden Jahren nach der Zertifizierung. Sehr Erfahrene unter den Befragten hingegen haben offenbar das Eingehen von Risiken in ihre gesamte Art, in Beziehung zu sein und damit zu arbeiten, integriert. Sie waren weniger ängstlich, Risiken einzugehen, auch dann, wenn sie das Resultat als negativ wahrnahmen. Es schien sogar, dass sie eher dazu neigten, die Verantwortung für eine offensichtlich negative Reaktion den Klientinnen zuzuweisen, während weniger erfahrene Therapeutinnen dazu tendierten, die Schuld für das, was sie als ihre eigene dürftige Urteilsfähigkeit ansahen, auf sich zu nehmen.

Als ich zum Schluss auf die Beschreibungen der Gedanken und Gefühle der Befragten während der Sitzungen sowie auf die Beschreibung des Versuchs vieler Klientinnen, ‚Zeit zu gewinnen‘, zurückblickte, fiel mir auf, dass in jeder Sitzung eine große Menge nicht geteilter Erfahrungen gemacht werden (auch Mearns & Cooper 2000 erwähnen diesen Punkt). Was die Klientinnen betrifft, haben sie, auch wenn ihre unmittelbare Reaktion aussah, als würden sie sich zurückziehen, oft über das Gesagte nachgedacht, es weiter

verarbeitet, sind auf eigene Weise damit umgegangen und mehrere Wochen später darauf zurückgekommen. Wenn dies der Fall war, schien es bisweilen, als hätten sie dieses neue Verstehen in ihre Art zu sein integriert – ohne weitere Hilfe durch die Therapeutin, womit sie zeigten, wie wichtig es sowohl für die Therapeutin ist, an ihre Klientinnen zu glauben, wie für die Klientinnen, Vertrauen in ihre Therapeutin zu haben. Diese Beobachtung unterstreicht aber auch die Wichtigkeit eines Riskobewusstseins und eines Wach-Bleibens für Signale, die anzeigen, wenn die Saat verdirbt oder nicht zum Blühen kommt.

Es gab ein großes Ausmaß an nicht ausgesprochenem Erleben auch dann, wenn Klientin und Therapeutin in relativ engem Kontakt standen. Welche Rolle spielt diese bedeutende Menge an Nicht-Ausgesprochenem? Könnte es sein, dass dieses interne, separate Erleben ein notwendiger Teil des gesamten Prozesses ist, welcher die Verbundenheit am Rande des Erfahrens der Einzelnen erleichtert und die Begegnung im Zwischenraum leichter macht? Oder dient dieses unausgesprochene Erleben eher dazu, tiefe Kontakte zu behindern oder zu vermeiden? Erneut denke ich, dies sei ein Feld für weitere Erkundungen.

Abschließend lässt sich festhalten:

Diese Studie befasste sich explorativ mit dem Erleben von Risiko in der Personzentrierten Psychotherapie aus der Perspektive der Therapeutinnen. Die Mehrzahl der beschriebenen Beispiele schloss

irgendeine Form von Selbstmitteilung vonseiten der Therapeutin ein, sei es, dass eine persönliche Information mitgeteilt, ein im Moment erlebtes eigenes Gefühl geäußert oder eine theoretische Analyse darüber, was in der Klientin vorging, abgegeben wurde.

Alles in allem legt diese Studie nahe: Wenn Therapeutinnen erleben, dass sie mit einer Intervention ein Risiko eingehen, kann dieser kritische Moment – aus der Sicht der Therapeutinnen – die therapeutische Beziehung in eine Richtung bewegen, die tiefere Ebenen des Kontakts einschließt, und er birgt das Potenzial, den therapeutischen Prozess zu fördern. Die Untersuchung unterstreicht allerdings auch, dass Interventionen des Typs Selbsteinbringung, die das Eingehen eines Risikos enthalten, die Möglichkeit vielfacher interaktioneller Verwicklungen in sich bergen und deswegen jeweils einer genauen Abwägung und Indikation bedürfen. Zu den Variablen mit Vorhersagewert zählen

- das Vertrauensniveau in der fortlaufenden therapeutischen Beziehung,
- die Motivation der Therapeutinnen,
- die Verstehens- und Verarbeitungskapazität der Klientin und
- die Kontaktebene im kritischen Moment des Risikoerlebens, bezogen auf die Art der ausgeführten Intervention.

Die Studie deutet weiter darauf hin, dass einige Therapeutinnen einen Konflikt erleben zwischen ihrem Ausbildungsschwerpunkt und dem Sich-Einbringen als Person.

Literatur

- Baldwin, M. (Ed.) (2000). *The Use of Self in Therapy* (2nd ed.). Binghampton, NY: Haworth Press.
- Baldwin, D. C., JR & Miller, S. G. L. (2000). Implications of the wounded healer paradigm for the use of self in therapy. In: Baldwin, M. (Ed.), *The Use of Self in Therapy* (2nd ed.) (pp. 243–261). Binghampton, NY: Haworth Press.
- Barker, C. (1985). Interpersonal process recall in clinical training and research. In: Watts, F. N. (Ed.), *New Developments in Clinical Psychology* (pp. 54–169). Chichester: Wiley/BPS.
- Bozarth, J. D. & Wilkins, P. (2001). *Unconditional Positive Regard*. Series "Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice", Vol 3. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Buber, M. (1970). *I and Thou*. Edinburgh: T & T Clark.
- Cashwell, C. S. (2002). *Interpersonal Process Recall*. Greensborough: University of Carolina.
- Cooper, M. (2004). Towards a relationally-orientated approach to therapy: empirical support and analysis. *British Journal of Guidance and Counselling*, 32(4), 451–460.
- Egan, G. (2002). *The Skilled Helper* (7th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Flannery, J. (1995). Boredom in the therapist. *Psychotherapy Journal*, 11(4), 536–544.
- Jung, C. G. (1951). Fundamental questions of psychotherapy. In: Read, H., Fordham, M. & Adler, G. (Eds.), *Practice of Psychotherapy, Collected Works, Volume 16* (pp. 133–338). New York: Pantheon Books.
- Knox, S., Hess, S. A., Peterson, D. A. & Hill, C. E. (1997). A qualitative analysis of client perception of the effects of helpful therapist self-disclosure in long-term therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 44(3), 274–283.
- Kottler, J. A. (1986). *On Being a Therapist*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kramer, C. (2000). Revealing our selves. In: Baldwin, M. (Ed.), *The Use of Self in Therapy* (2nd ed.) (pp. 61–96). Binghampton, NY: Haworth Press.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. London: Sage.
- Lietaer, G. (2001). Being genuine as a therapist: congruence and transparency. In: Wyatt, G. (Ed.), *Congruence*. Series "Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice", Vol. 1 (pp. 36–54). Ross-on-Wye: PCCS Books.

- May, R. (1980). *Psychology and the Human Dilemma*. New York: W. W. Norton.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative Research in Counselling*. London: Sage.
- Mearns, D. (1996). Contact at relational depth. *Counselling*, 96, 306–311.
- Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at Relational Depth in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.
- Mearns, D. & Thorne, B. (1999). *Person-Centred Counselling in Action* (2nd ed.). London: Sage.
- Mearns, D. & Thorne, B. (2000). *Person-Centred Therapy Today*. London: Sage.
- Mearns, D. & Schmid, P. (2006a) Being-with and being-counter: Person-centered psychotherapy as an in-depth co-creative process of personalization. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 3, 174–190.
- Mearns, D. & Schmid, P. (2006b) Being-with and being-counter: Relational depth: The challenge of fully meeting the client. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 4, 255–265.
- Merry, T. (2002). *Learning and Being in Person-Centred Counselling* (2nd ed.). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological Research Methods*. London: Sage.
- Rennie, D. L. (1992). Qualitative analysis of the client's experience of psychotherapy: the unfolding of reflexivity. In: Toukmanian, S. G. & Rennie, D. L. (Eds.), *Psychotherapy Process Research: Paradigmatic and Narrative Approaches* (pp. 211–233). London: Sage.
- Rogers, C. R. (1951a). *Client-Centred Therapy*. London: Constable.
- Rogers, C. R. (1961a). *On Becoming a Person*. London: Constable.
- Rogers, C. R. (1961c). Ellen West—and Loneliness. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 1 (2) pp. 94–101. Reprinted in H. Kirschenbaum and V. Henderson (Eds.) (1990) *The Carl Rogers Reader Ed. 2* (pp. 157–168). London: Constable.
- Rogers, C. R. (1970a). *On Encounter Groups*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin.
- Rogers, C. R. (1980a). *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1986h) A client-centred/person-centred approach to therapy. In I. L. Kutash and A. Wolf (Eds.) *Psychotherapist's Casebook* (pp. 197–208). San Francisco: Jossey-Bass. Reprinted in H. Kirschenbaum and V. Henderson (Eds.) (1990), *The Carl Rogers Reader* (pp. 135–152). London: Constable.
- Rowan, J. & Jacobs, M. (2002). *The Therapist's Use of Self*. Buckingham: Open University Press.
- Schmid, P. F. (1997). Person-centred approach. In S. Auntes & J. Marques-Teixeira (Eds.), *Conference Volume: Proceedings of the IVth ICCCEP Conference, Lisbon, 1997*. Lisbon: Universita Catolica Portuguesa, 2001. Available online at: <http://www.pce-world.org/idxconf.htm> (accessed 10 January 2004).
- Schmid, P. F. (2001a). Authenticity: The person as his or her own author. Dialogical and ethical perspectives on therapy as an encounter relationship. And beyond. In: Wyatt, G. (Ed.), *Congruence*. Series "Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice", Vol. 1 (pp. 201–216). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2001b). Acknowledgment: The art of responding. Dialogical and ethical perspectives on the challenge of unconditional relationships in therapy and beyond. In: Bozarth, J. & Wilkins, P. (Eds.), *Unconditional Positive Regard*. Series "Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice", Vol. 3 (pp. 49–64). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2002). Presence: Im-media-te co-experiencing and co-responding. Phenomenological, dialogical and ethical perspectives on contact and perception in person-centred therapy and beyond. In: Wyatt, G. & Sanders, P. (Eds.), *Contact and Perception*. Series "Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice", Vol. 4 (pp. 182–203). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Shadley, M. L. (2000). Are all therapists alike? Revisiting research about the use of self in therapy. In: Baldwin, M. (Ed.), *The Use of Self in Therapy* (2nd ed.) (pp. 191–211). Binghampton, NY: Haworth Press.
- Thorne, B. (1991). *Therapeutic and Spiritual Dimensions*. London: Whurr.
- Thorne, B. (1994). *Carl Rogers*. London: Sage.
- Wolcott, H. F. (1994). *Transforming Qualitative Data: Description, Analysis, Interpretation*. London: Sage.
- Wosket, V. (1999). *Therapeutic Use of Self*. London: Routledge.
- Wyatt, G. (Ed.) (2001). *Congruence*. Series "Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice", Vol. 1. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Yalom, I. D. (2002). *The Gift of Therapy*. London: Piatkus Books.

Autorin:

Rosanne Knox, MA, MBACP (accred) UKRC, 1955, forschte mit dem Schwerpunkt ‚Beziehungserleben in der therapeutischen Begegnung‘ an der Faculty of Health and Human Science der Thames Valley University in Ealing, London, und absolviert zurzeit ein Doktoratsstudium an der University of Strathclyde in Glasgow/UK. Sie ist leitende Supervisorin der Childline-Dienste der NSPCC, einer Kinderschutzorganisation in Großbritannien, und personzentrierte Psychotherapeutin in privater Praxis.

Korrespondenzadresse:

Rosanne Knox
Counselling Unit
University of Strathclyde
76 Southbrae Drive
Glasgow G13 1PP UK
E-Mail: RosanneKnox@aol.com