

Lore Korbei

Spezifische therapeutische Reaktionen auf unterschiedlich strukturgebundenenes Erleben¹

Zusammenfassung: *In diesem Artikel werden verschiedenen Stufen psychischer Befindlichkeit mehr oder minder strukturgebundenen Erlebens aufgrund der spezifischen therapeutischen Resonanzen verschiedene Vorgehensweisen zugeordnet. Das Hauptaugenmerk liegt auf der Qualität und Intensität der therapeutischen Beziehung.*

Schlüsselwörter: *Klientenzentrierte Psychotherapie, spezifische therapeutische Resonanzen, differentielle Interventionen, Strukturgebundenheit, therapeutische Beziehung.*

Abstract: *Specific therapeutic reactions to differentiated structure-bound „experience“. Five more or less structure-bound stages of the client can be related to different resonances of the therapist – with differential interventions following. The accent lies on the quality and intensity of the therapeutic relationship.*

Keywords: *Client-centered psychotherapy, specific therapeutic resonance, differential interventions, structure-bound, therapeutic relationship.*

Die Klientenzentrierte Psychotherapie wird immer wieder dahin gehend missverstanden, dass sie völlig naiv meinen würde, die unterschiedlichsten Individuen mit ihren äußerst verschiedengestaltigen Leidens-, Störungs- und Lebensformen mit immer der gleichen und „ein“fachen Methode, nämlich mit Wertschätzung und empathischem Verstehen, sinnvoll behandeln zu können. Höger (1989) hat demgegenüber schon lange klargestellt, dass das klientenzentrierte Therapiekonzept bewusst auf einem sehr hohen Abstraktionsgrad formuliert wurde und dass die konkreten therapeutischen Strategien und Vorgehensweisen demnach zwar aus diesem Konzept ableitbar sind, jedoch in jedem Fall von der jeweiligen konkreten Situation her gestaltet werden müssen. Die Klientenzentrierte Psychotherapie stellt daher ein Breitbandkonzept, aber kein Breitbandverfahren dar. Die therapeutischen Vorgehensweisen müssen grundsätzlich der jeweiligen Situation adäquat sein und sind daher von vornherein sehr verschiedengestaltig und differenziert.

Rogers hat keine Systematik von konkreten therapeutischen Verfahrensweisen entwickelt, für ihn war die therapeutische Grundeinstellung, die „operationale Philosophie des Therapeuten“ das Wichtigste. Zum Zusammenhang von therapeutischer Grundeinstellung und Methode schreibt er (1951a/1972, S. 34): „Nach unserer Erfahrung ist ein Berater, der versucht, eine *Methode* anzuwenden, zum Mißerfolg verurteilt, solange diese Methode nicht mit seinen

eigenen Grundeinstellungen übereinstimmt. Auf der anderen Seite kann der Berater, dessen Einstellungen so beschaffen sind, dass sie die Therapie fördern, nur teilweise erfolgreich sein, wenn sich seine Einstellungen nur unzulänglich in geeigneten Methoden und Techniken durchführen lassen.“ Rogers (1957a/1991, S. 183) sieht „keinen wesentlichen therapeutischen Wert in solchen Techniken (...) wie Interpretation der Persönlichkeitsdynamik, freier Assoziation, Traumanalyse, Übertragungsanalyse, Hypnose, Interpretation des Lebensstils, Suggestion und ähnlichem. Jedoch kann jede dieser Techniken ein Kanal werden, um die wesentlichen Bedingungen, die formuliert wurden, zu kommunizieren.“

Es wird im klientenzentrierten Bereich allerdings oft unterschätzt, wie wichtig *adäquate „Kanäle“* für die Kommunikation der therapeutischen Grundeinstellungen sind. Dies hängt sicherlich mit der überaus vorrangigen Gewichtung der Grundeinstellung gegenüber den konkreten Vorgehensweisen zusammen. So hat Rogers (1959a/1987) beispielsweise die letzte seiner sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie so formuliert, dass der Klient² die bedingungslose positive Beachtung der Therapeutin ihm gegenüber und das empathische Verstehen der Therapeutin zumindest in geringem Ausmaß wahr- und annehmen können muss. Die therapeutischen Grundhaltungen können nichts bewirken, wenn sie von den Klienten

1 Bei der Entstehung dieses Artikels ist W. W. Keil maßgeblich Pate gestanden: dafür möchte ich an dieser Stelle herzlich danken.

2 Der einfacheren Lesbarkeit halber verwende ich zumeist *die* Therapeutin und *der* Klient: sinngemäß sind beide Geschlechter gemeint.

nicht als solche erlebt werden. Bei dieser Formulierung kann leicht übersehen werden, dass es sich hier – ebenso wie schon bei den anderen Bedingungen – um eine „Bringschuld“ der Therapeutin handelt: Wie schaffe ich es als Therapeutin, in das Wahrnehmungsfeld des Klienten zu kommen und das Angenommen-Werden und -Sein „drüben“ spürbar zu machen? Das weist darauf hin, dass das therapeutische Vorgehen spezifisch zu gestalten ist, dass eben geeignete „Vehikel“ zu schaffen sind, um Empathie, Wertschätzung und Kongruenz sichtbar und spürbar zu transportieren.

Von daher ist es meiner Meinung nach erforderlich, für bestimmte Formen und Intensitäten des psychischen Seins und Gestört-Seins von Klienten adäquate Vorgangsweisen und Interventionen zu entwickeln. Ich möchte mich dabei jedoch nicht so sehr auf unterschiedliche psychische Störungen im Sinne der üblichen Klassifikationsschemata beziehen und für sie entsprechende störungsspezifische Vorgehensweisen entwickeln. Dafür gibt es im klientenzentrierten Bereich einige Konzepte, z. B. von Finke, Teusch, Keil, Swildens, Binder, Biermann-Ratjen u. a. m.

Ich möchte vielmehr von einer anderen phänomenologischen Perspektive ausgehend, verschiedene *Qualitäten und Intensitäten strukturgebundenen Erlebens* unterscheiden, die davon bestimmt werden, in welchem Bereich auf dem Kontinuum Kongruenz – Inkongruenz der Klient sich gerade aufhält. Die jeweilige Art des strukturgebundenen Erlebens des Klienten bewirkt eine jeweils entsprechende körperlich erlebte Resonanz der Therapeutin. Je „hartnäckiger“ der Klient im strukturgebundenen (Nicht-)Erleben ist, desto stärker wird die Resonanz der Therapeutin „ausschlagen“ und damit die Beziehung zwischen beiden beeinflussen. J. Binder (pers. Mitteilung) hat vorgeschlagen, diese „Hartnäckigkeit“, diese „Inkongruenz“, dieses „Strukturgebundene“ mit dem Terminus „*fremd*“ zu beschreiben: Also je *fremder* das (Nicht-)Erleben des Klienten bei der Therapeutin „ankommt“, sich anfühlt, desto komplexer wird die Störung des Klienten sein.³

Die Qualität der therapeutischen Beziehung wird somit vor allem von der Art des Erlebens des Klienten und der darauf folgenden Resonanz der Therapeutin bestimmt. Ich möchte in diesem Sinne im Folgenden fünf verschiedene Formen der Qualität der von der Therapeutin erlebten Beziehung beschreiben, die auch die jeweils entsprechenden spezifischen therapeutischen Vorgehensweisen einschließen sollen.

In **Stufe 1** geht es um Klienten, deren Erlebens- und Erfahrungsmöglichkeiten offen sind, sodass die Therapeutin in ihrem eigenen inneren Prozess ohne Hemmnis und unmittelbar den Klienten begleiten kann. Wenn dies in großer Kontinuität der Fall wäre, käme man in die Nähe der von Rogers als theoretische Idealform entworfenen „fully functioning person“. Bei **Stufe 2** handelt es sich

um „leichte Verstörungen“ im Leben und Erleben der Klienten, die oft nur leiser therapeutischer Anstöße bedürfen, um wieder mit sich selbst in Übereinstimmung zu kommen. Auf **Stufe 3** befinden wir uns im Bereich der „neurotischen Störungen“. Die Lebendigkeit der Klienten ist in etlichen Bereichen deutlich eingeschränkt, es bedarf professioneller Ausdrucksformen der Resonanz der Therapeutin, um die Wiederherstellung des Experiencingprozesses zu ermöglichen. Den möglichen Umgang mit den Manifestationen und Folgen „früher Störungen“ versuche ich dann auf **Stufe 4** zu skizzieren. Bei **Stufe 5** geht es schließlich um fragile, dissoziative Prozesse von Personen mit kontaktlosem psychotischem (Nicht-)Erleben oder auch von geistig behinderten Personen, und die hier möglichen therapeutischen Reaktionen.

Die Bedeutung des Experiencing-Prozesses bei Rogers und Gendlin

Bevor die verschiedenen Stufen in der Qualität und Intensität des Erlebens im Einzelnen erläutert werden, möchte ich kurz auf das generelle Verständnis des Experiencing-Prozesses bei Rogers und bei Gendlin eingehen. Während in Rogers' Therapiekonzept der Schwerpunkt beim Erleben des Therapeuten liegt, ist für Gendlin das Erleben des Klienten das Wesentliche. Gendlin ergänzt die sechs Bedingungen von Rogers insofern, als er dem Erleben von unbedingter Wertschätzung und empathischem Verstehen auf der Seite der Therapeutin (Rogers' Bedingungen 4 und 5), das Experiencing, den Felt Sense auf der Seite des Klienten gegenüberstellt. So sagte Rogers (1961a *orig.*, p. 150): „Gendlin has called my attention to this significant quality of experiencing as a referent. He is endeavouring to build an extension of psychological theory on this basis.“ Die Basis für Gendlins Veränderungskonzept bildet das Erleben – die für Psychotherapie nötige Art und Tiefe des inneren Erlebens – des Klienten, das angestoßen werden kann – eventuell sogar mit den „*verpönten Focusing-Instruktionen*“. Focusing soll – so angewandt – die Kraft der therapeutischen Beziehung tragen, nicht verhindern. Insofern ist Gendlins Experiencing-Konzept eine unverzichtbare Ergänzung. Er postuliert eine zusätzliche, notwendige Bedingung für Veränderung (durch Psychotherapie), nämlich die Art und Weise, wie der Klient mit seinem Erleben in Beziehung ist und damit umgeht: indem er aus seinem Felt Sense heraus sein gegenwärtiges Erleben expliziert. Generell ausgedrückt kommt damit der Klient vom inkongruenten zum kongruenten Zustand.

Der Begriff der Strukturgebundenheit bei Gendlin

Laut Rogers (1961a *orig.*, p. 131) ist die Entwicklung von gestörtem/verstörtem Erleben und Verhalten zum „gesunden“ Erleben als eine Entwicklung von rigiden Strukturen zum Erlebensprozess zu sehen:

³ Deshalb sind Intervention und Supervision als Schärfung des Handwerkszeugs der Psychotherapeut/inn/en unerlässlich, sowie eine profunde (Lehr-)Therapie.

„Individuals move, I began to see not from fixity or homeostasis through change to a new fixity, though such a process is indeed possible. But much the more significant continuum is from fixity to changiness, from rigid structure to flow, from stasis to process.“

Rogers wie Gendlin verließen also den Strukturansatz zugunsten des Prozessansatzes. Das heißt, Feststellungen wie „Wien bleibt Wien“ oder Wünsche wie „Ich will so bleiben, wie ich bin“ sind als gefährliche Drohungen zu verstehen, denn sie bedeuten Erstarrung. Wie hoch und wie stabil das Integrationsniveau einer Person auch immer sei, ein möglicher Prozess ist immer vorzuziehen, als Erlösung aus der Erstarrung. Wenn mein Erleben von Strukturen bestimmt wird, ist es ohne Farben, die vom Felt Sense ausgehen, bzw. hat es immer dieselbe Farbe – ein Leben wie aus zweiter Hand. „Frozen wholes“ nennt das Gendlin – zu Eis erstarrte Ganzheiten. Strukturgebundenen Erleben ist wie eine Wiederholung eines ewigen Kreislaufes – eine Schallplatte, die hängen bleibt. „Diese Runde hatten wir schon“, pflegte Friedhelm Köhne, einer der Focusing-Initiatoren in Deutschland, bei dementsprechenden Situationen zu sagen. Das Stocken oder das Überspringen des Erlebens-Prozesses macht das Nicht-Verbundene mit der Situation aus und daher das Second-Hand-Gefühl einer endlosen Schleife der Wiederholung. Ich denke da an den Film „Und ewig grüßt das Murmeltier“. Das rigide, „ewig gleiche“ Erleben und Handeln des Protagonisten lässt ihn eben immer wieder „den gleichen Tag“ erleben, solange bis sich sein Zugang zu den gleichen Szenen und Episoden verändert hat. Nicht die Erlebnisse selbst, die Erlebens-Inhalte, sind dabei strukturgebunden, sondern der Stil des Erlebens, die Art und Weise, wie die Inhalte erlebt werden. „Aus diesem Teufelskreis komme ich nicht heraus, ich kann nicht anders“, ist dazu eine denkbare Formulierung. Dazu passt die Resonanz der Therapeutin: „Was immer mein Klient fühlt oder denkt – die Tonart, in der das zum Ausdruck gebracht wird, bleibt immer dieselbe.“ Parallel zu den vier „gesunden“ ethologischen Reaktionen bei Gefahr werden in schwierigen Situationen „die Ängstlichen“ fliehen, „die Depressiven“ sich tot stellen, „die Zwanghaften“ aggressiv werden, „die Histrionischen“ Täuschungsmanöver einsetzen.⁴ Ich möchte bei all dem darauf hinweisen, dass das „Gestörte/Verstörte“ nicht nur im Erleben des Klienten zu sehen ist, sondern auch in der Unausweichlichkeit, eben der Strukturgebundenheit der Reaktion darauf.

Die Pathologiegrenze ist dort, wo aus dem „I did it my way“ die Erstarrung eintritt, die Rigidität überhand nimmt. Diese Erstarrung, diese Rigidität sind die Indikatoren für eine „Überstrukturierung“ der Person im krankmachenden, krankhaften Sinn – ohne den Wert von Struktur an sich ganz aus dem Auge zu verlieren.

Strukturgebundenen Erleben im Sinne von Gendlin ist also das Gegenteil von authentischem, von kongruentem Erleben. Es kann sich gegebenenfalls zwar wie eigenes Erleben anfühlen, ist aber ohne Fortsetzungsordnung („carrying forward order“). Der exakte

Symbolisierungsprozess ist eben nicht möglich, er ist entweder blockiert oder er wird übersprungen. So schreiben auch Biermann-Ratjen et al. (2003, S. 98): „Im Symbolisierungsprozess (vgl. Gendlin 1978; 1981) werden Körperempfindungen, Vorstellungen, Gefühle, Gedanken und Worte bewusst, die aufeinander bezogen sind, sich gegenseitig Ausdruck und vor allem Sinn verleihen. Der erfolgreiche Abschluss eines Symbolisierungsprozesses, der Abschluss der Entwicklung des ‚felt sense‘ geht mit einer deutlichen, auch körperlich spürbaren Entspannung einher im Sinne eines: ‚Das ist es, was mich im Moment bewegt‘. Kann ein ‚felt sense‘ nicht zu Ende entwickelt werden, bleibt diese Entspannung aus. Erfahrung wird also bewusst in Körperempfindungen, Vorstellungen, Gefühlen, Gedanken und Worten, und vollständig bewusste Erfahrung ist auch ‚sinnvolle‘ Erfahrung (‚felt sense‘ heißt ‚gefühlter Sinn‘).“

In Focusing-Termini: Selbsterleben ist ausschließlich prozesshaft und wirkt immer implizit. Sobald Selbsterleben in festen Bahnen, in festen Strukturen verläuft, hört es auf Selbsterleben zu sein.

Fünf verschiedene Stufen psychischer Befindlichkeit

Im Folgenden möchte ich nun versuchen, verschiedene Formen mehr oder minder strukturgebundenen Erlebens von Klienten und die von ihnen ausgelöste Resonanz der Therapeutinnen so zu unterscheiden, dass sich dabei fünf Stufen psychischer Befindlichkeit, die in der Resonanz mehr oder weniger vertraut bzw. mehr oder weniger „fremd“ empfunden werden, ergeben können. Dabei sollen, diesen Stufen entsprechend, spezifische therapeutische Vorgehensweisen aus der jeweiligen Resonanz heraus entwickelt werden.

Stufe 1: Offener Zugang zu implizit wirksamem Experiencing

Wenn der Selbstexplorationsprozess des Klienten ungestört, d. h. selbstempathisch, selbstwertschätzend und kongruent sich entwickeln kann, dann kann die Therapeutin – in Focusing-Termini ausgedrückt – kontinuierlich mit sich selbst fokussieren und so dem Klientenprozess, der die nötige therapeutische Tiefe hat, folgen. Sie kann – angesichts des Erlebensflusses des Klienten – ohne Stocken bei ihrem Erlebensfluss bleiben, sie ist präsent im besten Sinne.⁵ Das heißt übersetzt in Interventionen, dass „Tiefes Hören“ im Sinne von Rogers⁶, bzw. Saying Back als eine der „listening qualities“ von Gendlin ausreichen. Interesse und aufmerksames Zuhören im Sinne des bedingungsfreien Akzeptierens prägen hier die therapeutische Beziehung. Ausgedrückt wird dies eben z. B. durch einführendes Wiederholen.

4 siehe dazu Biermann-Ratjen & Swildens, 1993, S. 103f., S. 115f.

5 siehe dazu Rogers, 1980a/1981, S. 79 f.

6 siehe dazu Rogers, 1980a/1981, S. 19 ff.

Wenn der Klient kontinuierlich kongruent sein kann angesichts der empathischen, unbedingt wertschätzenden und ebenfalls kongruenten Therapeutin, dann ist das zugleich das Ziel und das Ende der Therapie. Schmid (1994, S. 272) resümiert das Ende der therapeutischen Beziehung folgendermaßen: „Ziel des therapeutischen Prozesses bleibt die volle – also wechselseitige und symmetrische – personale Begegnung, bei der beide Personen in tiefer und freier Weise einander als Personen gegenüberreten und somit, einerseits eins werdend, sich andererseits als jeweils Andere anerkennend, einander als Personen gegenwärtig sind und vergegenwärtigen.“

Stufe 2: Der Felt Sense ist noch nicht da, er muss erst angestoßen werden⁷

Wir erleben beispielsweise in einer Stunde mit einem sonst lebendigen Klienten, dass nur mehr Interpretationen oder Schlussfolgerungen aus seinem Erleben „zugelassen“ werden. Es kann aber auch der Fall sein, dass der Klient bloß „unklare, schwammige Gefühle“ hat oder dass er zwischen verschiedenen inneren Positionen „hin- und herhüpft“. Wenn dies der Fall ist, dann sind diese Klienten wieder im strukturgebundenen Erleben gelandet.

Manchmal gelingt es, den Klienten in seiner Problematik (Inkongruenz) durch einfaches empathisches Einfühlen zu verstehen. Meist aber kann auf dieser Stufe die Therapeutin nicht selbstverständlich mitfühlen: Sie empfindet z. B. so, wie der Klient gerade nicht empfindet, oder beispielsweise auch anstelle des Klienten. Das sorgfältige Fokussieren der Therapeutin mit sich selbst rückt hier schon mehr in den Vordergrund.

Meist wird ein einfaches Anstoßen des Felt Sense den ins Stocken geratenen Prozess wieder ins Rollen bringen. Verbale und nicht-verbale erlebensaktivierende Interventionen ermöglichen es in diesem Fall, aus einem „Nicht-Erleben“ Erleben zu entfalten. Guiding-/Leading-Schritte finden neben Pacing-Schritten jetzt Platz – das alles aus dem „listening“ bzw. aus dem „Tiefen Hören“ heraus. Wiltschko⁸ (2003, S. 206ff.) unterteilt „listening“ in Markieren, Partialisieren und Saying Back – teilweise dem Guiding/Leading, teilweise dem Pacing zugeordnet.

Mögliche Interventionen sind beispielsweise:

- Irgendetwas in Ihnen sagt ...
- Was erleben Sie jetzt in Ihrem Körper?
- Wie/wo spüren Sie das in Ihrer Körpermitte?

⁷ Diese Art von Interventionen gilt in der strengen Variante Personenzentrierter Psychotherapie als nicht person- sondern als focusing-orientiert, eben ein Anstoßen des Felt Sense, wenn dieser noch nicht da ist. Siehe Brodley, 1990, S. 87ff; aber auch van Balen, 1994, S. 80ff.

⁸ J. Wiltschko hat zusammen mit E. T. Gendlin 1999 das Buch „Focusing in der Praxis“ herausgegeben. Er ist seit 30 Jahren der Wegbereiter von Focusing im deutschen Sprachraum und hat die Focusing-Therapie mitentwickelt.

- Welche Gedanken, Bilder, Gefühle, Körpergefühle entstehen dazu und passen dazu?
- Wie spürt es sich genau an, das jetzt nicht fühlen zu können?
- Wie wäre der nächste körperlich gefühlte Schritt?
- Was sagt Ihr „Innerer Kritiker“ dazu?
- Erinnern Sie das jetzt Gefühlte an etwas aus Ihrer Kindheit/Vergangenheit, bzw. gibt es das öfters in Ihrem jetzigen Leben?
- Was wäre jetzt gut zu spüren?
- Wie würde es sich anfühlen, „anders“ als sonst zu erleben?
- Um etwas zu vertiefen, zu verdeutlichen, kann ich als Therapeutin auch Angebote machen, etwas körperlich zu verstärken, zu vermindern, zu verlangsamen, zu verdichten. Ich kann auch empathisch mitatmen, um dann einen anderen Atemrhythmus vorzuschlagen (z. B. um mehr Freiraum zu „eratmen“). Ich kann auch „das Gegenteil anbieten“ oder für den Klienten probeweise „einen Teil übernehmen“, z. B. einen Teil seiner Haltung durch ein „Von-mir-gehalten-Werden“ kurzzeitig übernehmen.
- Ich kann auch als Therapeutin „ein angesagtes Experiment“ anbieten, z. B. einen Klienten mit einer belasteten Körperstruktur einladen auszuprobieren, wie es sich anfühlen würde, „anders als üblich dazustehen.“⁹
- Auch Focusing-Instruktionen können hier Platz finden; der Versuch, die Focusing-Fertigkeiten zu lehren.¹⁰

Nach einem Guiding-/Leading-Schritt der Therapeutin ist es dennoch ratsam, rasch wieder das Erleben des Klienten zu begleiten: der Rhythmus, der Duktus der Stunden soll nicht einseitig von der Therapeutin gestaltet oder kontrolliert werden. Auch hier prägen Neugierde und Interesse die Interaktion zwischen Therapeutin und Klient. Leading-/Guiding-Schritte sind als Hilfestellung zur Verdeutlichung der inneren Welt des Klienten gedacht. Interventionen können der Konkretisierung dienen, bzw. einem organismusbezogenen Verstehen – und auch einem selbstkonzeptbezogenen Verstehen. Ebenso kann die Therapeutin in diesem Rahmen biographische Brücken anbieten.¹¹

Das Bild der Klient-Therapeutin-Beziehung, das ich auf diesen beiden ersten Stufen zeige, ist eher das eines Nebeneinanders, eines „Gemeinsam-auf-etwas-Blickens“ – wie etwa bei Daniel Stern, wenn Kind und Mutter einen gemeinsamen Fokus auf etwas legen – in diesem Fall auf das „Innenleben“ der Klienten, deren gefühlte Bedeutungen.

Stufe 3: Experienzielle therapeutische Response als notwendiger Anstoß

Klienten, die intellektualisieren und rationalisieren sind in der freiberuflichen Praxis meist unser „tägliches Brot“. Sie rationalisieren

⁹ siehe dazu Kurtz & Prester, 1979, S. 163 f.

¹⁰ siehe dazu Gendlin, 1997, S. 337

¹¹ siehe dazu Finke, 1994, S. 49

in der Art „mir geht es schlecht – weil ...“, aber das wird eben nicht wirklich erlebt – ohne entsprechendes Experiencing. Wir befinden uns im Bereich der „neurotischen“ Störungen.

Die Strukturgebundenheit ist hier massiver als bei Stufe 2, die Behinderung, zum Erleben zu kommen, größer. Ich nehme hier trotzdem eine prinzipielle Möglichkeit der Selbstexplorationsfähigkeit an, aber diese kann nicht aus sich heraus wirksam werden – und auch nicht mit „leichtem Anstoßen“ im Sinne einer erlebensaktivierenden Intervention. Der Unterschied zur Stufe 2 ist graduell, die Lebendigkeit der Klienten ist aber in weiten Bereichen eingeschränkt – die „Gestörtheit/Verstörtheit“ prägnanter und deutlicher. Es ist jedoch prinzipiell möglich, verleugnete (aber eben abrufbare) oder verzerrte organismische Erfahrungen zu erreichen.

Der Selbstwahrnehmung sind diese Strukturen meist schwieriger zugänglich. Partner/innen bemerken sie und reagieren im täglichen Leben meist so, dass die Strukturen verfestigt werden, die Schutzfunktion ausgebaut wird. Gendlin (1978, S. 41) betont: „Niemand wird besonders durch solche Antworten und Analysen verändert, die ausdrücken, wie es nicht funktioniert.“ Das gilt natürlich auch für Therapeutinnen! Die Therapeutin ist hier als Gegenüber gefragt, das gerade nicht so reagiert „wie alle“, um die Struktur des Klienten nicht noch zu verfestigen. Hier wird die Beziehung zwischen Therapeutin und Klient, die Therapeutin als Gegenüber essenzieller als bei Stufe 2, wo ein „freundliches Nebeneinander“ von Therapeutin und Klient genügt.

In diesem Bereich ist zweierlei wichtig: einführendes Störungswissen und wie immer ein sorgfältiges Fokussieren der Therapeutin mit sich selbst. Das Störungswissen ist aus verschiedenen Quellen möglich: entwicklungspsychologische, klinisch-psychiatrische, körperbezogene, aus der Kunst u. v. a. m. Einführendes Störungswissen steht im Dienste der Empathie, um konstruktive Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Wenn kein empathisches Verstehen möglich ist, dann sind auch Wertschätzung und Kongruenz des Therapeuten bedroht.¹²

Der Akzent in diesem Bereich liegt auf der Person der Therapeutin – einer Art „aufmunternder Konfrontation“. Der Klient benötigt geeignete Antworten („responses“ nennt es Gendlin), um aus den Stereotypen einen Ausweg zu finden.

„Gendlin definiert das ‚Unbewusste‘ als unterbrochene, unvollständige Prozesse des Körpers, die darauf warten, sich fortsetzen zu können. Dazu benötigen sie Selbst-Antworten oder Antworten von anderen – Antworten, die mit dem Körper interagieren und dadurch den nächsten ‚richtigen Schritt‘ (Felt Shift) hervorbringen.“, schreibt Wiltshko (2003, 268). Wir werden also in diesem Zusammenhang an Antworten wie Listening, erlebensaktivierende Interventionen usw., also an die „üblichen Verdächtigen“ denken können. Die *Response*, die Beantwortung ist dabei aber aus dem Focusing-Prozess der Therapeutin entstanden.

Es gilt die eigene Betroffenheit mehr oder weniger „massiv“ zu formulieren. Bei allem geht es darum, nach der Antwort gleich wieder zurück zum Klienten zu gehen und seinen Felt Sense zu erkunden – bis der Prozess wieder „von innen angefühlt wird“ und ins Rollen kommt. Also auch hier ist der Aktualisierungstendenz zu vertrauen. So meint Gendlin (1978, S. 39): „Werden gewisse implizit wirkende Aspekte des Selbsterlebens durch Symbole oder Ereignisse weiterentwickelt, bringt das nachfolgende Selbsterleben immer weitere, bisweilen neu wiederhergestellte Aspekte, die auf diese Art am Prozess teilzunehmen beginnen und implizit in diesem Selbsterleben zur Wirkung kommen.“ Weiters wird auch darauf zu achten sein, das Lebendige, die Bewegung wahrzunehmen – wie Gendlin sagt: „dort wo drive drinnen ist“ – also zu achten auf „das Neue, Einzigartige“, das in der Antwort des Klienten auf die Antwort der Therapeutin liegt. Die Wiederholung, das Stereotype, ist trotzdem meist aufzunehmen und anzuerkennen, gegebenenfalls auch zu betauern oder/und darüber zornig zu sein. Die Ressource, das „Neue“, dort wo „drive“ drinnen ist, ist zu feiern – aber es gilt eben auch dem Defizitären nachzuspüren.

Wie schaut also auf dieser 3. Stufe (natürlich sind die Übergänge nach beiden Seiten fließend) die Hilfe aus, um den erstarrten Klienten-Prozess zu verflüssigen?

Die Therapeutin kann beispielsweise folgende Vorgehensweisen finden:

- Aus dem eigenen Felt Sense heraus die momentane Beziehungsqualität ansprechen.
- Symbolisierungen aus dem eigenen Felt Sense heraus anbieten – Gedanken, Bilder, Gefühle, Körpergefühle etc. – vorzugsweise in der „Lieblingsmodalität des Klienten“, um dann gegebenenfalls auch einen Modalitätenwechsel anzubieten, z. B. von der Kognition zur Emotion.
- Aus einem einführenden Wissen heraus eine Antwort in Form von „Sonden“¹³ anbieten – z. B. für einen histrionischen Patienten: „Ich höre dich!“
- Es kann fallweise auch wichtig sein, mit einem Klienten als Antwort „in die Arena zu steigen“, z. B. im Sinne eines Kräftemessens. Dabei geht es nicht um Gewinnen oder Verlieren, sondern darum, einen Konflikt auch modellhaft durchzutragen, z. B. in der Ablösungsphase. Das ist gegebenenfalls selbstverständlich auch „körperlich“ auszudrücken – wobei die Kognition, die Versprachlichung, unabdingbar ist.

Sorgfältige Focusing-Prozesse der Therapeutin ergeben auf Stufe 3 meist zwei entgegengesetzte Gesichtspunkte, zwei Pole – die auch zu zwei verschiedenen Arten von Interventionen führen. Auch hier wird es auf die „Wohl-Dosiertheit“ ankommen: Bei welchem Klienten? In welcher Therapiephase? Bei welcher Beziehungsqualität? – sind entsprechende Fragen dazu. Einer speziellen Beachtung bedarf auch hier der Freiraum der Therapeutin, der erste der sechs

¹² vgl. dazu Binder, 2002, S. 299 ff.

¹³ siehe dazu Siems, 1986, S. 158 ff.

Focusing-Schritte, der während des gesamten Prozesses beachtet werden soll!

In dieser „bipolaren Beantwortung“ wird der „Opfer-Anteil“ des Klienten betrauert werden müssen, die Wut gegebenenfalls gespürt – das was nicht hätte geschehen dürfen. Es ist auch wichtig, die Sehnsucht nach einer „passenden Antwort“ ins Erleben zu rücken. Wir tragen – laut Gendlin – ein Wissen davon „wie es sein sollte“ in uns, und darauf können wir rekurren. Unser Körper trägt schon immer „Umweltwissen“ in sich. Diesen Punkt werde ich bei Stufe 4 noch genauer ausführen.

Das ist allerdings nur die eine Seite: das (Mit-)Empfinden der Not von damals und auch von jetzt! Das gehört zumeist zum „honey-moon“ von Therapeutinnen und Klienten. Die andere Seite besteht darin, den „handelnden Teil“ im Klienten nicht zu vernachlässigen, dort „wo er was tut“, wo „er es treibt“. Die Therapeutin fokussiert also auch z. B. auf das „Darstellerische“, das „Beifall-Heischende“ eines histrionischen Klienten – auf das, was/wie „der Klient ihr tut“. Wenn der Klient sich dessen gewahr wird, liegt hier seine größte Veränderungschance!

Auf dieser Stufe könnte man etwa nach Finke (2004, S. 47ff., S. 60ff.) zwischen Beziehungsklären (die thematisierte Beziehung) und dem Ausdruck aus dem Therapieprinzip Echtheit (Konfrontieren, Selbstöffnen und Selbsteinbringen) unterscheiden. Die Tiefe eines körperlich spürbaren Erlebens ist jedoch in beiden Fällen zu erreichen, wenn Veränderung stattfinden soll!

Stufe 4: Versperrter Zugang zum Experiencing; Refilling

Dies ist der Bereich der Persönlichkeitsstörungen und der Psychosomatischen Beschwerden. Es gibt selbstverständlich fließende Übergänge zu den Phasen 3 und 5. Die Klientenzentrierte Psychotherapie gilt als besonders geeignet bei „frühen“, schweren Störungen. Auch hat die Praxis des Focusing in der Psychiatrie begonnen. Heinerth (2002, S. 145ff.) spricht von versperrten Räumen, wo bestimmte Selbstaspekte durch einen Mangel an empathischem Verstandenwerden in der frühen Kindheit oder eventuell auch später gar nicht entstehen konnten. Jedenfalls bestehen meist Unzugänglichkeiten zum eigenen Erleben, z. B. bei den meisten psychosomatischen Klienten.

Aber wie schaut eine Antwort aus, wenn die Frage nicht gestellt werden kann? Wenn es „dort drüben“ leer ist und „unbebaut“? Gendlins Überzeugung ist es, dass wir – wie schon erwähnt – ein inneres Gefühl dafür mitbringen, was wir als Antwort der Umwelt erwarten können. Das gilt auch dann, wenn man sich der direkten Frage nach der Antwort gar nicht bewusst ist. In diesem Sinn will getröstet werden, wer des Trostes bedarf; in den Arm genommen werden, wer weint; gestillt werden, wer hungrig ist. Dies wurde übrigens durch die Forschungen zum „kompetenten Säugling“ erhärtet und ist auch ein „Beweis“ für die Aktualisierungstendenz. Ebenso ist uns

in dieser Weise klar, „was nicht hätte passieren sollen“. Der Körper verfügt über sehr komplexe Beziehungsmuster zwischen dem einzelnen Lebewesen und seiner Umwelt. Der kompetente Säugling will und muss folgerichtig auch liebgeliebt werden!

Die Therapeutinnen können auf dieses innere Wissen ihrer Klienten zurückgreifen: *Refilling* heißt hier das Zauberwort des Focusing – wobei Refilling keine spezielle Focusing-Technik ist, sondern etwas, das wir aus verschiedenen Therapieschulen kennen. Aber auch hier ist der Akzent auf der Genauigkeit der Therapeutin mit sich selbst in sorgsamem Focusing-Prozessen. Refilling wird mit vertiefenden Fragen eingeleitet wie etwa:

- Was wäre damals richtig/passend gewesen? Was hätten Sie damals gebraucht? Was hat gefehlt? (Arbeit mit/an dem Inneren Kind – auf die *Vergangenheit* gerichtet)
- Was brauchen Sie jetzt, was ist jetzt passend/richtig? (Arbeit *im Hier und Jetzt*)
- Wie würde es sich anfühlen, wenn das Problem schon gelöst wäre („Zauberfrage“ für die *Zukunft*)?

Das „Wieder-Auffüllen“ bzw. das erstmalige Auffüllen kann in verschiedenen Modalitäten erfolgen:

- Durch das bloße Dabei-Sein; als fühlender „Mit-Mensch“, als „Zeuge“
- Durch passende Imaginationen („Stellen Sie sich vor, Sie wären die Mutter/der Vater dieses Kindes“, „Ich appelliere an Ihren ‚weisesten‘ Teil“)
- Durch Aufträge wie etwa: einen Brief an die Mutter/den Vater zu schreiben – und ihn so zu beantworten, wie man es sich von den Eltern gewünscht hätte
- Durch tatsächliche körperliche Berührungen durch die Therapeutin.

Da ist oft eine delikate Gratwanderung notwendig. Schon die Frage nach einer körperlich gespürten Befindlichkeit kann heikel sein – auch wenn es nicht in der Art eines: „Was will ihr zuckender Fuß mir sagen?“ passiert, was „Ertappt-Werden“ oder Scham des Nicht-Kontrollieren-Könnens auslösen kann. Bedrohung kann hier schon von erlebensaktivierenden Interventionen, von Guiding-/Leading-Schritten ausgehen – ein Verstört-Sein auslösen innerhalb der Beziehung. Es kann auch generell angstausslösend sein, den eigenen Körper wahrzunehmen – z. B. bei psychosomatischen Klienten. Die Intention, die die Interventionen der Therapeutin leitet, ist es, „neu“ zu installieren, nachzuholen, was nicht war – im Sinne eines „work in process“: Hier wird erst gebaut. Es geht um diese oft als „typisch weiblich“ gesehene Qualität der Klientenzentrierten Psychotherapie: das Halten, das (Wieder-)Auffüllen, das (Re-)Filling.

Auch hier ist die Resonanz der Therapeutin eine „bipolare“: Es geht einerseits um das Refilling – auf der anderen Seite um das genaue Wahrnehmen der hartnäckigen, lebensfeindlichen Strukturen der Patienten, ihre pathologischen (Selbst-)Erlebensmuster, z. B. in Form von innerlichen rigiden elterlichen Instanzen. W. Keil (2005/B, S. 7) benennt das so: „Massiv dysfunktionale

Beziehungserfahrungen sind bei Persönlichkeitsstörungen und bei vielen Formen von Sucht zu erwarten: Beziehungspartner werden unausweichlich für die eigenen Bedürfnisse instrumentalisiert.“ Damit taucht der „pädagogische Teil“ in der angebotenen Nach-Entwicklung auf, d. h. es gilt konkret z. B. dem Psychosomatiker zuzumuten, dass „Spüren erlernbar ist“, oder dem Narzissten zuzumuten, dass er über den Selbst-Empathie-Prozess (z. B. für seinen „armen Teil“) zur Empathie für Andere kommen wird („Mitschwingen ist erlernbar!“). Es ist also in dieser Stufe besonders wichtig, sich als Person zur Verfügung zu stellen, die auch bereit ist, im Hier und Jetzt die „Nach-Entwicklung zu fördern“ – die Räume gemeinsam „aufzusperrn“, wobei das eben heißen kann, dass „Substanz“ noch nicht da ist und erst durch die Interaktion entsteht. Einführendes Störungswissen wird hier immer wichtiger.

Stufe 5: Kontakt zu sich selbst erst ermöglichen

Als Verstehensmöglichkeit für Personen auf Stufe 5 zitiere ich eine Passage von Rogers (1959a/1987, S. 54) über den Prozess des Zusammenbruchs und der Desorganisation einer Person. Dieser Prozess ist so vorstellbar: „Einmal ist es das Selbstkonzept, dann wieder die organismische Befriedigung, die die Rückmeldung liefert, durch die der Organismus sein Verhalten reguliert.“ Die Veränderung, die von einer offenen psychotischen Episode bewirkt werden kann, charakterisiert Rogers (1959a/1987, S. 55) so: „Es ist nun ein Selbstkonzept welches das wichtige Thema einschließt: ‚Ich bin eine verrückte, unangepasste, unzuverlässige Person, die Impulse und Kräfte in sich trägt, die jenseits meiner Kontrolle sind.‘ Es ist so ein Selbst, das wenig oder kein Selbstvertrauen vermittelt.“

Auch hier sind Übergänge möglich – von fragilen, dissoziativen Prozessen bis zu kontaktlosem, psychotischem oder geistig behindertem („Nicht-“)Erleben. Gendlin verweist jedoch darauf: „Es ist immer wer drinnen!“.

Als Übergang zwischen Stufe 4 und 5 sehe ich die (Selbst-)Erlebensformen, die schwer traumatisierte Klienten erleiden, wo flashbacks oder Überschwemmt-Werden im Vordergrund stehen, bzw. manche Aspekte des Erlebens sehr schwer zugänglich sind.

Warner (2000) beschreibt, wie sich labiles, fragiles Selbsterleben von traumatisierten/missbrauchten Klienten ausdrückt: nämlich im Überschwemmt-Werden oder/und Fern-Bleiben von Erleben. Für diese Patienten ist es schwierig, die Erfahrungen in einem Gewahrsein mittlerer Intensität zu halten. Auch kennzeichnet oft ein Übermaß an Scham diese Prozesse.

Coffeng (2000) erarbeitet für post-traumatische Klienten ein ganzes Spektrum von möglichen Interventionen – von allgemein selbstverständlichen Regeln wie die Klientin als Expertin oder wie Respekt vor dem Symptom und dem Rhythmus der Klientin, bis zur Arbeit mit dem Inneren Kind. Er kommt auch zu „verschärften Regeln“ wie besondere Achtsamkeit vor den körperlichen Grenzen des Klienten und zu imaginativen Interventionen wie dem Einführen

von „Zeugen“ oder dem Rückgriff auf Idealeitern. Coffeng bezieht sich dabei hauptsächlich auf Gendlin und in seinen präsymbolischen Kontaktreflexionen auf Prouty.

Prouty (1994) hat für psychotisches Erleben bzw. eben Nicht-Erleben eine Reihe von Kontaktreflexionen aufgestellt, die die Funktion haben sollen und auch haben, die Arbeit mit schizophrenen, autistischen und entwicklungsbehinderten Patienten zu ermöglichen: von der Prä-Therapie zur Therapie.

Die Resonanz der Therapeutin wird hier oft verwirrt, ängstlich, chaotisch sein. Wie bleibe ich in Beziehung – wie baue ich Beziehung auf „zu dem, der ‚da drinnen‘ ist“? Expertinnen-Wissen im Sinne eines „einfühlenden Wissens“ ist daher gefragt, ebenso wie ein hohes Maß an Beziehungs-Kompetenz – auch aus den Focusing-Prozessen der Therapeutin. Wie wir aus vielen Veröffentlichungen wissen, geht es hier in erster Linie um die Verwirklichung der ersten Bedingung in Rogers' Therapiekonzept, nämlich um das Bewahren bzw. das Herstellen von psychologischem Kontakt. Einfühlsames Dabei-Sein und -Bleiben der Therapeutin soll die Kontinuität des Erlebens des Klienten gewährleisten. Für die meisten Klienten ist ein „Sich-Spüren(-Dürfen)“ verunmöglicht (worden). Die Therapeutin wird also gegebenenfalls ihr Erleben aus ihrer Resonanz heraus anbieten. Am Anfang wird die Therapeutin gut begreifen, dass das Erleben vom Klienten eben nicht in Aufmerksamkeit gehalten werden kann – später wird es darum gehen, die Klienten vorsichtig zum Kontakt mit ihrem Erleben zu führen. Auf die Dauer gilt es, den Erlebensprozess auf einem erträglichen Niveau zu halten – eben focusing-mäßig nicht zu nah und nicht zu fern: das, was zu Beginn der Therapie noch nicht gelingt.

Ein einfaches vertiefendes Fragen wäre hier selbstverständlich kontraindiziert, aber auch „forscheres“ Intervenieren ist nicht geeignet. Die Verbindung der Teile, die dem Klienten (noch) nicht gelingt, sind von der Therapeutin im Gewahrsein zu halten. Das erfordert eine hohe Qualität von Listening, von Saying Back, um die Beziehung tragfähig zu gestalten. Manchmal wird es darum gehen, offene Fragen zu stellen, manchmal darum, „seitwärts Angesprochenes“ zu hören und aufzugreifen. Immer wieder gilt es, den Bezugsrahmen klarzustellen (z. B. „Aha, das ist so und so, und deshalb schämen Sie sich“), die Bewertung der Klienten für den Moment zu respektieren – auch wenn sie nicht die der Therapeutin ist. „Tiefes Hören“ ist auf allen anderen Stufen auch zentral und drückt sich eben in den verschiedenen Interventionen aus. Hier aber hat es die Funktion einer Boje auf hoher See, bzw. die Funktion der Mutter, der Bezugsperson beim Kleinkind: die Welt zu erklären, Verbindungen zu schaffen – solange bis der Klient diese Funktion wieder für sich selbst übernehmen kann. Ähnliches gilt für dissoziative Prozesse, wo es zentral ist, allen Teilen/Stimmen Raum zu geben.

Zusammenfassung

Ich habe versucht, fünf verschiedene Stufen psychischer Befindlichkeit mit verschiedenen klientenzentrierten bzw. Focusing-Vorgehensweisen in Korrelation zu setzen und dann auch mit konkreten Interventionen zu verbinden. Sie alle sollen dazu dienen, den Selbstexplorationsprozess der Klienten anzuregen, bzw. exakte Symbolisierungen entstehen zu lassen, um (Selbst-)Erfahrung zu ermöglichen.¹⁴

Rogers verweist in allen seinen Veröffentlichungen implizit oder explizit auf den Wert der Qualität der Beziehung für den gesamten therapeutischen Prozess: eben getragen von Empathie, Wertschätzung und Kongruenz. Die verschiedenen Interventionen sind getreu der „Högerschen Pyramide“¹⁵ aus diesem Überbau abgeleitet.

Ich stelle die Hypothese auf, dass bei den zwei ersten Stufen das Selbstregulationsmodell im Vordergrund steht: Hier genügen ein „Nebeneinander“ von Therapeutin und Klient sowie „sanfte“, wenig eingreifende Interventionen wie Tiefes Hören, Saying Back, Partialisieren – Pacing-Schritte eben, oder beispielsweise erlebensaktivierende Interventionen als Guiding-/Leading-Schritte. Der Hauptakzent liegt auf der bedingungslosen Wertschätzung.

Bei den Stufen 3 und 4 wird das Gegenüber immer wichtiger, die aufmunternde Konfrontation, die Kongruenz der Therapeutin, die Zumutung einer Nach-Entwicklung als Möglichkeit. Das Guiding/Leading wird massiver, z. B. in Form von Sonden. Die Rolle der Therapeutin wird aktiver. Antworten und (Wieder-)Auffüllen verlangen nach einem präsenten Gegenüber. Das heißt nicht nur, dass die Genauigkeit der Therapeutin mit sich selbst zentraler wird, das heißt auch, dass einführendes professionelles Wissen dabei unabdingbar ist.

Auf Stufe 5 entspricht das Bemühen um das Aufrechterhalten des psychologischen Kontaktes dem intensiven Kontakt einer Mutter-Kind-Dyade bzw. einer Halt gebenden Beziehung in den ersten Lebensmonaten. Hier ist der Akzent auf empathischen Prozessen, um Kontakt zu gewährleisten. Wohltemperierte „sanfte“ Interventionen sind hier gefragt – aus ganz anderen Gründen als auf Stufe 1. Über die Therapeutin soll es für den Klienten möglich werden, vorsichtig Kontakt zum eigenen Erleben aufzunehmen.

Die Aufgaben der Therapeutin werden immer schwieriger, aber auch immer lohnender. Der genaue innere Prozess des Wahrnehmens des eigenen Felt Sense, das exakte Symbolisieren des Impliziten ermöglicht es der Therapeutin, die (inkongruenten) Abweichungen/Verstörungen der Klienten zu erfassen und entsprechend zu intervenieren: Die Qualität und Intensität der therapeutischen Beziehung ist der Wegweiser.

Literatur:

- Biermann-Ratjen, E.-M. & Swildens, H. (1993). Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts. In: J. Eckert et al. (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung, Bd.1.* (S. 57–142). Köln: GWG Verlag.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Binder, U. (2002). Empathie in Bezug auf die Behandlung von Menschen mit schweren Störungen. In C. Iseli, W.W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Owald, P.F. Schmid & P. Wacker (Hrsg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (S. 299–320). Köln: GwG.
- Binder, U. & Binder, J. (1991). *Studien zu einer störungsspezifischen Klientenzentrierten Psychotherapie.* Eschborn bei Frankfurt/M.: Klotz Verlag.
- Brodley, B. T. (1990). Client-centered and experiential: Two different therapies. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (eds.), *Client-centered and experiential therapy in the nineties* (pp. 87–107). Leuven: Leuven Univ. Press.
- Coffeng, T. (2000). Prä-experientieller Kontakt mit Trauma und Dissoziation. In: H.-J. Feuerstein, D. Müller & A. Weiser-Cornell (Hrsg.), *Focusing im Prozess* (S. 51–61). Köln: GWG Verlag.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion.* Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie.* Stuttgart: Thieme.
- Gendlin, E. T. (1978). Eine Theorie der Persönlichkeitsveränderung. In: H. Bommert & H.-D. Dahlhoff (Hrsg.) *Das Selbsterleben in der Psychotherapie* (S. 1–62). München: Urban & Schwarzenberg. (Orig. ersch. 1964: A theory of personality change.)
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing. Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme.* Reinbek: Rowohlt. (Orig. ersch. 1978: Focusing. New York: Bantam.)
- Gendlin, E. T. (1987). *Dein Körper – dein Traumdeuter.* Salzburg: O. Müller. (Orig. ersch. 1986: Let your body interpret your dreams. Wilmette IL: Chiron.)
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebens-bezogenen Methode.* Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta. (Orig. ersch. 1996: Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method. New York: Guilford.)
- Gendlin, E. T. & Wiltshko, J. (1999). *Focusing in der Praxis. Eine schulengreifende Methode für Psychotherapie und Alltag.* Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Heinerth, K. (2002). Verspernte und verzerrte Symbolisierungen. Zum differenziellen Verständnis von Persönlichkeits- und neurotischen Störungen. In C. Iseli, W.W. Keil, L. Korbei, N. Nemeskeri, S. Rasch-Owald, P.F. Schmid & P. Wacker (Hrsg.), *Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende* (145–180). Köln: GwG.
- Höger, D. (1989). Klientenzentrierte Psychotherapie – ein Breitbandkonzept mit Zukunft. In: R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der Klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 197–222). Heidelberg: Asanger.
- Kegan, R. (1986). *Die Entwicklungsstufen des Selbst.* München: Kindt Verlag.
- Keil, W.W. (2005). *Klientenzentrierte Therapie-Theorie. Skriptum zum Kompakt-Seminar der ÖGWG.* Unveröff. Manuskript, 5. Aufl.
- Kurtz, R. & Prester, H. (1979). *Botschaften des Körpers.* München: Kösel.
- Prouty, G. F. (1994). *Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy, applications to schizophrenic and retarded psychoses.* Westport (Ct.): Praeger.

14 Biermann-Ratjen et al. (2003, S. 79): Mehr oder weniger bewusste Erfahrung ist mehr oder weniger vollständig symbolisierte Erfahrung, das heißt auch weniger oder mehr abgewehrte Erfahrung.

15 Höger, 1989, S. 197 ff.

- Rogers, C. R. (1951a/1972). *Die klient-bezogene Gesprächstherapie. Client-centered therapy*. München: Kindler; ab 1983 Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/M.: Fischer-Tb. (Orig. ersch. 1951: Client-centered therapy. Its current practice, implication, and theory. Boston: Houghton Mifflin.)
- Rogers, C. R. (1957a/1991). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Personzentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 165–184). Mainz: Grünwald. (Orig. ersch. 1957: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In *Journal of Consulting Psychology* 21, 2, 95–103.)
- Rogers, C. R. (1959a/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG (Orig. ersch. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch, (Ed.) *Psychology. A study of a science*. Vol. III. New York: McGraw Hill, 184–256.)
- Rogers, C. R. (1961a). On becoming a person. A therapists view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin. (Dt. 1973: *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett.)
- Rogers, C. R. (1980a/1981). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett. (Orig. ersch. 1980: A way of being. Boston: Houghton Mifflin.)
- Schmid, P. F. (1994). *Personzentrierte Gruppenpsychotherapie. Ein Handbuch, Bd. I: Solidarität und Autonomie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Siems, M. (1986). *Dein Körper weiß die Antwort. Focusing als Methode der Selbsterfahrung. Eine praktische Anleitung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Stumm, G., Wiltschko, J. & Keil, W. W. (Hrsg.) (2003). *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Van Balen, R. (1994). Klientenzentrierte Therapie und experientielle Therapie: zwei verschiedene Therapien? In W. W. Keil, P. Hick, L. Korbei & V. Poch (Hrsg.), *Selbst-Verständnis. Beiträge zur Theorie der Klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 80–105). Salzburg-Bergheim: Mackinger.
- Warner, M. S. (2000). Person-centred therapy at the difficult edge: a developmentally based model of fragile and dissociated process. In D. Mearns & B. Thorne (2000). *Person-centred therapy today. New frontiers in theory and practice* (pp. 144–171). London: Sage.
- Warner, M. S. (2002). Psychologischer Kontakt, bedeutungstragende Prozesse und die Natur des Menschen. Eine Neuformulierung personzentrierter Theorie. *PERSON* 6,1, 59–64.

Autorin:

Lore Korbei, DSA, MSc. Klientenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis; Supervisorin (ÖGWG, ÖBVP, ÖVS); Lehrtherapeutin und Ausbilderin in der Österreichischen Gesellschaft für wissenschaftliche Klientenzentrierte Psychotherapie und Personorientierte Gesprächsführung (ÖGWG); Gesellschafterin der PCA – Austria; von Gene Gendlin autorisierte Focusing-Ausbilderin und Koordinatorin für Österreich (International Focusing Institute New York). Interessensschwerpunkte und Veröffentlichungen im Bereich Klientenzentrierte Körpertherapie, Supervision und Abgrenzung zu anderen Therapierichtungen.

Korrespondenzadresse:

Lore Korbei
 lore.korbei@vienna.at
 Dornbacher Straße 52
 A – 1170 Wien