

Jobst Finke

# Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie der Depression

## Therapietheoretische Voraussetzungen und Behandlungskonzepte eines störungsbezogenen Ansatzes

**Zusammenfassung:** *In der vorliegenden Arbeit wird für eine Synthese von „Problemzentrierung“ und „Personzentrierung“, d. h. von funktional-analytischer und hermeneutisch-dialogischer Betrachtungsweise plädiert. Am Beispiel der Depression wird ein personenzentriertes Arbeiten gezeigt, dass sich von störungsbezogenen Konzepten leiten lässt. Dies bedeutet, jene Inhalte und Themen zu beschreiben, die für die depressive Störung charakteristisch sind. Die Bearbeitung dieser Themen erfolgt entlang jener Handlungskonzepte, die sich aus den Kernmerkmalen bzw. therapeutischen Grundhaltungen der Personzentrierten Psychotherapie ableiten.*

**Schlüsselbegriffe:** *Funktionalistische Pragmatik, hermeneutische Dialogik, Schlüsselthemen, Handlungskonzepte.*

**Abstract: Disorder-centered psychotherapy of depression. The disorder-centered approach and its theoretical premises and concepts of treatment.** *In this paper it is intended to get a synthesis of a „person-centered“ and a „problem-centered“ perspective. I try to expound a „problem-centered“ conception of Person-Centered Psychotherapy also in regarding the „person-centered perspective“. The problem-centered approach must be understood as well as disorder-centered and as person-centered. This kind of problem focusing is depicted by performing different themes. Especially in this context the key-themes of depressive disorder are pointed out. In the therapeutic process the therapist has to anticipate these themes and the psychotherapeutic treatment must be geared to them.*

**Key-words:** *disorder-centered, depressive disorder, key-themes, concept of treatment.*

Depressive Störungen sind vor allem für die Personzentrierte Psychotherapie (PZT) bedeutsam. Dies ist deswegen der Fall, weil die personzentrierte Therapietheorie in besonderer Weise den Bedürfnissen depressiver Klienten entspricht. Die Haltung des Akzeptierens, Anerkennens und Wertschätzens kommt dem meist negativen Selbstwörterleben dieser Klienten entgegen. Das Konzept der Empathie und die damit einhergehende Bereitschaft, den Klienten konsequent aus seinem Bezugssystem zu verstehen, lässt den Therapeuten zu einem inneren Begleiter des Klienten werden, den gerade Depressive in der Isolation ihrer depressiven Welt benötigen. Nicht von ungefähr hat die PZT auch auf dem Gebiet der depressiven Störungen die meisten Effektivitätsstudien vorzuweisen.

Wir vertreten eine störungsbezogene Gesprächspsychotherapie, d. h. dass wir uns auf die mit der Störung verbundenen (und oben schon angedeuteten) Probleme und Bedürfnisse dieser Klienten

auch konzeptuell in besonderer Weise einzustellen versuchen. Da ein solches Vorgehen innerhalb der PZT noch nicht ganz selbstverständlich ist, soll hier vor der Darstellung der Therapiepraxis zunächst die für uns bedeutsame wissenschafts- und therapietheoretische Grundlage dieses Vorgehens beschrieben werden.

### Die PZT zwischen funktionalistischer Pragmatik und hermeneutischer Dialogik

Das gewissermaßen Revolutionäre des Personzentrierten Ansatzes besteht in einem Widerspruch gegen die Leitbilder der modernen Wissenschaft, zumindest auf der Ebene der Therapeut-Klient-Beziehung. In der modernen Medizin (und auch in der frühen Zeit der modernen Psychotherapie) war eine Therapeuten-Zentrierung,

die den Arzt als den beobachtenden bzw. diagnostizierenden und kontrollierenden Experten sieht, allgemein üblich geworden. In der modernen Psychologie hatte diese Zentrierung ihre Entsprechung in der Beziehung zwischen Experimentator und Versuchsperson gefunden. Dieser Therapeuten-Zentrierung hatte Rogers bekanntlich eine Klienten-Zentrierung entgegengesetzt, die nur noch den Klienten als den Experten seiner selbst gelten ließ, auf Seiten des Therapeuten aber jede Möglichkeit (therapeutisch sinnvollen) Expertentums verneinte.

Es ist aber zu fragen, ob hierdurch nicht die Einseitigkeit der einen Zentrierung durch eine ebenso einseitige „Gegenzentrierung“ ausgetauscht wurde (Waldenfels 1991). Hier soll jedenfalls bezweifelt werden, dass sich die Einseitigkeit einer radikalen Klienten-Zentrierung mit den Ansprüchen vereinbaren lässt, die an eine Psychotherapie als Heilbehandlung gestellt werden. Denn nach dem heutigen Verständnis basiert eine wissenschaftlich fundierte Heilbehandlung u. a. auf der Erkenntnis (Diagnostik) dessen, was geheilt werden soll und einer klaren Definition der Instrumente (Therapietechnik), durch die die als negativ bewerteten Phänomene beeinflusst und somit das Therapieziel erreicht werden sollen. Dabei steht zur Diskussion, wieweit dieses (naturwissenschaftliche) Modell medizinischer Heilkunde auf die Psychotherapie zu übertragen ist. Würde damit nicht eine Perspektive aufgegeben werden, die an der Vision der Ursprünglichkeit einer Begegnung von Person zu Person ausgeht und an der Unmittelbarkeit eines empathischen Miterlebens festhält? Andererseits ist zu fragen, wieweit eine Psychotherapie sich von diesem Modell aller angewandten Wissenschaften entfernen kann, ohne völlig den Charakter von Therapie als ein Heilverfahren zu verlieren (siehe dazu auch die Gegenüberstellung der Ansätze bei Keil, 1998).

Es wird hier dafür plädiert, das Unternehmen Psychotherapie als polar strukturiert zu denken, wobei die beiden Pole, auf die es bezogen ist, als funktionalistische Pragmatik einerseits und als hermeneutische Dialogik andererseits zu charakterisieren wären. „Funktionalistische Pragmatik“ ist unter zweckrationalen Aspekten daran interessiert, dass der therapeutische Eingriff „gut funktioniert“, dass also die anvisierten Ziele (z. B. Reduzierung der Symptome, Vermehrung personaler Autonomie) durch die eingesetzten Mittel möglichst effizient zu erreichen sind. Dies bedeutet eine funktionale Betrachtungsweise der Zwecke bzw. Ziele einerseits und der eingesetzten Mittel bzw. „Instrumente“ andererseits. Letzteres läuft auf die Darstellung einer Therapietechnik hinaus. Diese Position impliziert u. a. das Interesse an Kontrolle und Beherrschung von z. B. psychopathologischen Phänomenen, auch insofern sich diese in der therapeutischen Interaktion zeigen.

„Hermeneutische Dialogik“ meint dagegen das Interesse an Verständigung, den Willen zum Verstehen interaktionaler Äußerungen in der personalen Begegnung, ohne es sofort auf Beeinflussung und Veränderung abgesehen zu haben. In der Interaktion von Personen wird ein Sinn realisiert, ein Sinn, der erst verständlich wird auf dem

Hintergrund eines Erlebens-Zusammenhangs. Durch die gemeinsame Verdeutlichung dieses Sinns kann die dialogische Verständigung für den Betroffenen zur Selbstverständigung werden, d. h. zur Auflösung seiner Inkongruenz und damit zur Selbsttransparenz führen (Rogers, 1959/1987), ohne dass dies von vorneherein intendiert wird. Das humane Bedürfnis nach Orientierung an Sinnkonzepten und Werten fordert den Überstieg einer rein utilitär-funktionalen Perspektive immer wieder heraus. Gerade dies wiederum macht auch eine hermeneutische Position in der Psychotherapie unverzichtbar (Keil, 1997; Finke, 1999; Spielhofer, 1999).

Die Ausschließlichkeit einer hermeneutischen Dialogik jedoch kann zu einer Verfehlung der Aufgabe von Psychotherapie als an Kriterien der Genesung orientierter Heilbehandlung führen, insofern ausdrücklich auf jede Symptom- oder auch nur Problemzentrierung (Mearns, 2004), auf eine funktionsanalytische Betrachtungsweise und auf ein konzeptgeleitetes Vorgehen verzichtet wird. Die Verabsolutierung einer funktionalistischen Pragmatik andererseits läuft auf ein sozialtechnisches Manipulieren des Klienten, auf ein „social engineering“ und auf eine instrumentalistische Verkürzung dessen hinaus, was Psychotherapie sein kann und sein soll. So muss es in der Psychotherapie darum gehen, beide Aspekte zu berücksichtigen bzw. mit einander abzugleichen. Übrigens lässt sich die hier gemeinte Polarität auch beziehungstheoretisch beschreiben. Dann wäre einer „Beobachter-Beziehung“ eine „Teilnehmer-Beziehung“ gegenüberzustellen, wobei das jeweilige Beziehungskonzept durch die Perspektive und die Rolle, die der Therapeut hier einnimmt, zu definieren ist. In der ersteren nimmt der Therapeut die Perspektive eines distanzierten Beobachters und die Rolle eines planenden Operators bzw. gezielt intervenierenden Technikers ein, in der letzteren dagegen geht es um die Rolle eines Anteil nehmenden Akteurs, eines einfühlsam um Verständigung bemühten Mitspielers. Die Balance zwischen beiden Beziehungskonzepten ist stets subtil auszubalancieren (Finke 2005).

### **Das Therapiekonzept:**

Im Mittelpunkt der personenzentrierten Therapietheorie stehen die drei therapeutischen Kernmerkmale, die von Rogers als therapeutische Einstellungen bzw. Haltungen charakterisiert wurden. Um aber das personenzentrierte Therapiekonzept in seiner Komplexität zu beschreiben (und um die anschließenden Erörterungen des Vorgehens bei der depressiven Störung zu verstehen), ist darauf hinzuweisen, dass diese therapeutischen Einstellungen einerseits ein je spezifisches Beziehungsangebot konstellieren und dass aus ihnen andererseits bestimmte Handlungsregeln abzuleiten sind. So sieht es jedenfalls aus oben genannten Gründen die störungsbezogene Gesprächspsychotherapie.

## Die Beziehungskonzepte:

Mit dem Kernmerkmal *Einführendes Verstehen* wird eine Alter-Ego-Beziehung konstellierte, da der Therapeut hier die Rolle eines „Alter-Ego“, eines „anderen Selbst“ des Klienten einnehmen und „sein eigenes Selbst beiseite stellen“ soll (Rogers, 1951/1973a, S. 53). Der Therapeut soll sich ganz in den Klienten hineinversetzen, dessen Perspektive übernehmen und den Klienten aus dessen Bezugssystem verstehen. Der Therapeut nimmt gewissermaßen die Rolle eines Katalysators des inneren Zwiegesprächs ein, das der Klient mit sich selbst zu führen hat.

Mit dem Merkmal *Kongruenz/Echtheit* und dem damit verbundenen Prinzip einer personalen „Begegnung von Person zu Person“ (Rogers, 1977, S. 26) wird eine Dialog-Beziehung konstellierte. Der Therapeut hat hier die Rolle eines Dialog-Partners, eines bedeutsamen Anderen des Klienten, der Sein eigenes Selbst, sein eigenes Bezugssystem nicht beiseite stellt, sondern einbringt (Rogers, 1976, S. 200; Schmid, 1994, 2002). Beide Konzepte ergänzen sich insofern, als der Therapeut im Laufe der Therapie zwischen beiden oszilliert. Das Merkmal *Bedingungsloses Akzeptieren* dagegen ist die alles therapeutische Tun tragende Grundhaltung. Sie ist die Basis für das Wirksamwerden der beiden spezifischen Beziehungskonzepte (Spielhofer, 2004; Finke, 2005).

## Die Handlungskonzepte:

**Einfühlen und Verstehen:** Die Verwirklichung der therapeutischen Kernmerkmale ist natürlich an bestimmte verbale (und z. T. auch nonverbale) Handlungen des Therapeuten gebunden. Man kann hier auch von therapeutischen Interventionen sprechen. Diese Handlungen stehen in einem regelhaften Verhältnis zu den Kernmerkmalen. Das *Einführende Verstehen* wird realisiert vorwiegend durch Aufgreifen von Gefühlen aber auch von Kognitionen. Wenn im Folgenden von den Interventionen die Rede ist, die sich aus der Einstellung des *Einführenden Verstehens* ergeben, wird hier von „*Einfühlen und Verstehen*“ gesprochen. Mit dieser Formulierung soll also die Handlungsebene angezeigt werden.

Beim Verbalisieren von „Erlebnisgehalten“ (Tausch, 1970) sind aber nicht nur unterschiedliche Gefühle, sondern auch Gefühle und Bedürfnisse unterschiedlichen Grades ihrer Symbolisierung (Rogers, 1959/1987, S. 24) zu unterscheiden. So ergibt sich eine Stufung des therapeutischen Vorgehens vom Ansprechen weitgehend symbolisierter Gefühle bis hin zum Aufgreifen von Emotionen und Bedürfnissen, die erst im Laufe der Therapie zunehmend am „Rande der Gewährwerdung auftauchen“ (Rogers, 1977, S. 21), zu Beginn der Therapie aber noch nicht symbolisiert sind. Die folgende tabellarische Übersicht soll dies veranschaulichen.

## Stufen des Einführenden Verstehens (aus Finke 2004)

Eine Patientin sagt: „Als meine Mutter dann wieder ihre vorwurfsvolle Miene aufsetzte, war es, als müsste ich ausrasten, ich bin einfach weggegangen“.

### 1. Umakzentuierendes Wiederholen

*Einführendes Wiederholen*

T1: *Diese Vorwurfshaltung hat Sie fortgetrieben.*

### 2. Aufgreifen des vorherrschenden Gefühls

T2: *Sie hätten überschäumen können vor Wut*

### 3. Verdeutlichen des situativen Kontextes

*Konkretisierendes Verstehen*

T3: *Was Sie so aus der Fassung brachte, war der anklagende Blick Ihrer Mutter.*

### 4. Aufgreifen von selbstreflexiven Gefühlen

*Selbstkonzeptbezogenes Verstehen*

T4: *Dass Sie so schroff reagierten, war Ihnen hinterher auch etwas peinlich.*

### 5. Aufgreifen von haltungsprägenden Gefühlen und Bedürfnissen

*Organismusbezogenes Verstehen*

T5: *Da wurde etwas in Ihnen getroffen, was Sie auch ohnmächtig machte.*

### 6. Verdeutlichen des lebensgeschichtlichen Kontextes

T6: *Sie fühlten sich plötzlich wieder als das ganz kleine Mädchen, das es auch früher der Mutter nie recht machen konnte.*

Selbstöffnen/Selbsteinbringen: Das Realisieren des Einstellungsmerkmals Kongruenz/Echtheit führt auf der Handlungsebene zur Interventionskategorie Selbsteinbringen oder Selbstöffnen („self disclosure“, Carkhuff, 1969). Diese besagt, dass der Therapeut seine vorwiegend emotionale (aber auch kognitive) Resonanz auf die therapeutische Situation bzw. auf den Klienten mitteilt. Dies können nun positive Emotionen wie Freude, Anerkennung und Stolz oder eher negative Gefühle wie Ärger, Gekränktheit oder Langeweile sein. Im ersteren Falle ergäben sich eher stützende, selbstwertstabilisierende, ressourcenaktivierende Funktionen, im letzteren eher konfrontierende und hinterfragende und damit letztlich klärende Wirkungen und Aufgaben. (Das gelegentlich als „Zusatzvariable“ benannte Konfrontieren (Tscheulin, 1992) kann dann dem Selbstöffnen zugerechnet werden, wenn es in Form einer „Ich-Botschaft“ formuliert wird.) So lassen sich beim Selbstöffnen/Selbsteinbringen schon auf den ersten Blick zwei unterschiedliche Funktionskreise

bzw. Dimensionen unterscheiden. Die folgende Aufstellung (aus Finke, 2004) macht aber deutlich, dass dies nur eine sehr grobe Unterscheidung ist.

### Selbstöffnen / Selbsteinbringen

#### Mitteilen von Anteilnahme

- T: Ich freue mich, dass Sie das geschafft haben.  
T: Ich Sorge mich, dass Sie sich so schnell entscheiden.

#### Mitteilen von Ähnlichkeit

- T: Das kann ich gut nachempfinden, ich habe Ähnliches erlebt.  
T: Ich kenne solch quälenden Zweifel.

#### Mitteilen von Beurteilungen und Bewertungen

- T: Ich finde, dass Sie das gut gemeistert haben.  
T: Sie waren da für mein Empfinden wirklich in einer schwierigen Situation.

#### Konfrontation mit Beobachtung

- T: Es erstaunt mich, dass Sie immer ...  
T: Es irritiert mich, dass Sie jetzt scheinbar so ganz cool bleiben.

#### Anbieten einer alternativen Erlebnisweise

- T: An Ihrer Stelle würde mich das aber ärgern.  
T: Ich wäre da aber stolz auf mich.

#### Mitteilen der (negativen) emotionalen Resonanz

- T: Es macht mich jetzt etwas unzufrieden, dass Sie ...  
T: Es ärgert mich und kränkt mich irgendwie auch, dass Sie...

Die oben genannten Interventionsformen können hinsichtlich ihrer Funktion und Indikation nicht im Einzelnen erörtert werden (Näheres dazu bei Finke, 2004). Hier sei nur gesagt, dass *Selbsteinbringen* eine genaue Indikation voraussetzt. Das bedeutet, dass auch die Wahl des Zeitpunktes wie die der Formulierung und „Dosierung“ stimmen müssen. In der Regel sollte diese Interventionskategorie erst eingesetzt werden, wenn man den Klienten und seine Belastbarkeit schon einigermaßen kennt. Sehr allgemein kann gesagt werden, dass *Selbsteinbringen* vor allem indiziert ist bei Klienten, die die stellungnehmende Präsenz eines bedeutsamen Anderen brauchen, da sie das ausschließliche auf sich selbst Zurückverweisen, wie es im Rahmen des *Einfühlenden Verstehens* weitgehend geschieht, für sich selbst zu wenig zu einer konstruktiven Selbstauseinandersetzung nutzen können. Es sind dies häufig Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung. Aber auch bei Klienten, die sich in einer akuten Krise befinden oder deren psychische Funktionsfähigkeit durch belastende Ereignisse beeinträchtigt ist, können vor allem die stabilisierenden, ressourcenaktivierenden Interventionsformen des *Selbsteinbringens* angezeigt sein.

Das *Selbsteinbringen* und überhaupt die Dialog-Beziehung kommt in manchen Aspekten der Alltagskommunikation nahe. Gerade darin liegt auch ein Risiko. Es kann eine emotionale „Verstrickung“ des Therapeuten, aber auch die Gefahr mitsichbringen, missverstanden zu werden und den Klienten unbeabsichtigt zu kränken oder zu entmutigen.

Deshalb kommt es gerade hier auf eine angemessene Formulierung an. Die Angemessenheit der Formulierung ist natürlich, so auch bei den Interventionsbeispielen im folgenden Praxisteil, vom jeweils interaktionellen Kontext abhängig. Die gleiche Formulierung kann in einem anderen Kontext falsch (weil den Klienten zu sehr verunsichernd, kränkend, beschämend), mindestens missverständlich sein. In diesen Kontext gehen u. a. die Art der Störung und der Persönlichkeit des Klienten (seine individuellen Verletzlichkeiten, sein Verbalisierungsniveau), das Vertrauen zum Therapeuten und das jeweilige Prozessstadium (Swildens, 1991) ein.

**Beziehungsklären:** Sind die sich aus dem *Einfühlenden Verstehen* ergebenden Interventionsformen beziehungstheoretisch der Alter-Ego-Beziehung und das *Selbsteinbringen* der Dialog-Beziehung zuzuordnen, so muss dem *Beziehungsklären* („immediacy“, Carkhuff, 1969) eine Zwischenstellung zwischen den beiden Beziehungskonzepten zugeschrieben werden. Insofern der Therapeut die Klientenäußerungen als Anspielungen auf seine Person versteht, fühlt er sich als der bedeutsame Andere angesprochen, und er sieht sich so in der Rolle eines Dialog-Partners. Insofern er aber nicht als dieser Andere antwortet, sondern einfühlsam die Beziehungserwartungen des Patienten aus dessen Perspektive zu verstehen und zu verbalisieren sucht, nimmt er die Rolle eines Alter-Ego des Klienten ein. Der Therapeut muss sich hier gewissermaßen selber mit den Augen des Klienten sehen (Finke, 2004).

### Themenzentrierung

Das Aufgreifen von Gefühlen im Sinne eines „reflecting of feelings“ (Rogers, 1951/1973) ist ein weiteres Kennzeichen der PZT, auch wenn Rogers dies nicht als schematisch anzuwendende Behandlungsanleitung verstanden wissen wollte. Die therapeutische Zentrierung auf Gefühle hat ihren Grund in dem sehr ursprünglichen Hinweischarakter von Gefühlen, sie informieren mit großer Unmittelbarkeit über wichtige Bedürfnisse und Motive einer Person. Außerdem können sie ihrerseits Motivationen und die mit ihnen korrespondierenden Sinnkonzepte auch beeinflussen. Aber angesichts der großen Bedeutung, die von personenzentrierter Seite den Gefühlen zugeschrieben wird, mag es verwundern, dass die PZT sich bisher nicht eben häufig mit spezifischen Gefühlen beschäftigt und allgemein mit Themen auseinandergesetzt hat, die für Personen wichtig sind: z. B. Liebe, Hass, Trauer, Schuld usw. Es ist hier eher ein Mangel an Versuchen festzustellen, die großen Lebensthemen

des Menschen, und das sind weitgehend zentrale Gefühle, aus einer personenzentrierten Perspektive zu behandeln. Für die therapeutische Situation behinderte zudem eine Rationalitätskritische Tabuisierung des Expertentums eine Konzeptualisierung und Ausrichtung des therapeutischen Vorgehens an der Leitlinie inhaltlich relevanter Themen. Manche, die sich den radikalen Formen des o. g. Tabus widersetzen, proklamierten die Notwendigkeit, den Therapeuten zumindest als Experten für den therapeutischen Prozess, nicht jedoch für den Inhalt, zu sehen.

Hier stellt sich jedoch die Frage, ob der „Prozessexperte“ nicht auch „Inhaltsexperte“ sein muss, da manche Prozessaspekte sich erst auf dem Hintergrund von inhaltlichen Vorgaben erkennen lassen. Hier soll die These vertreten werden, dass für das Verstehen des Klienten und des Prozesses, in dem er sich gerade befindet, Vorstellungen über mögliche Inhalte eine Rolle spielen. Das Antizipieren von Inhalten, die in der Therapie mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eine Rolle spielen werden, kann dem Therapeuten den verstehenden Zugang zum Klienten erleichtern. Diese Inhalte betreffen Themen, die sich einerseits aus der Störung und dem belastenden Lebensereignis des Klienten, andererseits aus seiner Persönlichkeitsstruktur und Lebensgeschichte ergeben. Indem der Therapeut sich für das mögliche Auftauchen solcher Themen sensibilisiert, kann er den Klienten zielgerichteter und vor allem auch umfassender verstehen. Wenn er z. B. antizipiert, welche Unterthemen sich um das Thema „Schuldgefühle“ gruppieren, kann er diese Gefühle in ihrer ganzen Komplexität viel sicherer erahnen und in möglichst vielen Facetten empathisch aufgreifen und verdeutlichen (was sich auch auf die Qualität unserer Therapieergebnisse ausgewirkt haben dürfte, Teusch et al., 2003).

Da hier nicht nur die etwa per ICD-10 erfassbare Störung, sondern auch jeweils typische Persönlichkeits- und Situationsmerkmale in den Blick genommen werden, ist dieser Ansatz ganzheitlich, geht jedenfalls über das Erfassen rein störungsspezifischer Merkmale hinaus. Die jeweils als zentral erachteten Themen wurden als Schlüsselthemen bezeichnet, die jeweils hinsichtlich ihrer verschiedenen Aspekte aufgegliedert werden. Dabei kommt es gelegentlich auch zu thematischen Überschneidungen (Teusch & Finke, 1995; Finke & Teusch, 2002).

Bei einer depressiven Störung sind meist folgende Inhalte bzw. Themen bedeutsam:

### Die Schlüsselthemen der Depression

#### Depressives Erleben

Bedrücktheit, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Suizidalität

#### Schuldgefühle

Selbstbeächtigung  
Minderwertigkeitsgefühle

Gewissensstrenge  
Überhöhtes Selbstideal  
Idealisierung des Anderen

#### Verlusterleben

Bindungs- und Verschmelzungswünsche  
Trennungsschmerz und Ratlosigkeit  
Angst vor Einsamkeit und neuer Rolle  
Enttäuschungswut  
Verlustbewältigung, Neuorientierung

#### Selbstbescheidung und Anspruch

Das Bescheidenheits-Ideal  
Negative Überzeugung von Nichtbeachtung  
Verdeckte Vorwurfshaltung und Feindseligkeit  
Zuwendungserwartung und Schamgefühle

Diese Liste enthält nicht alle für Depressive bedeutsamen Themen. Die hier aufgeführten Themen sind jedoch für viele depressiv gestörte Klienten charakteristisch. Sie finden sich zum Teil schon im Diagnose-Inventar der ICD-10. Zum anderen Teil ergeben sie sich aus einer idealtypischen Beschreibung des Erlebens depressiver Personen.

Dies legt auch die Empfehlung nahe, eine Vorstellung darüber zu haben, auf welcher Beziehungsebene und mit welchen Interventionen die Bearbeitung eines jeweiligen Themas erfolgen könnte. Mit einer solchen gewissermaßen präskriptiven Darstellung des therapeutischen Vorgehens sollen aber nur Leitlinien entworfen werden, auf deren Hintergrund dieses Vorgehens überhaupt erst bewertbar und kritisierbar wird. Mit solchen Entwürfen therapeutischen Handelns sollen nur Raster von Möglichkeiten des Vorgehens, keinesfalls aber starre Behandlungsanweisungen vorgegeben werden (Finke 2004).

Dies soll anhand der oben genannten Themen veranschaulicht werden. Dabei ist im Sinne einer Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie (Swildens 1991) darauf zu achten, dass die relevanten Themen in einer dem Erleben des Klienten angemessenen Reihenfolge bearbeitet werden. Auf keinen Fall soll dem Klienten ein Thema aufgedrängt oder ein Thema angesprochen werden, für dessen Bearbeitung er noch nicht belastbar genug ist.

## Behandlungspraxis

### Depressives Erleben

Besonders bei Klienten mit ausgeprägterer Depressivität ist wichtig, dass zu Beginn der Therapie der Therapeut sich dem depressiven Erleben selbst zuwendet, also der Bedrücktheit, dem

Gefühl der Verzweiflung, der Freud- und Interesselosigkeit, der Hoffnungslosigkeit. Bei schweren depressiven Zuständen kommt es aber darauf an, dieses Erleben nicht sofort auf seinen Sinn hin verstehen zu wollen, genauer, vom Klienten nicht zu erwarten, in einen Prozess eines solchen Selbstverstehens einzutreten. Hierzu wäre der schwer Depressive noch gar nicht in der Lage. Vielmehr kommt es zunächst darauf an, den Patienten zu stützen, d. h. ihm bei der Bewältigung der Depressivität zu helfen. Hier sind folgende Schritte wichtig.

### **Anerkennen und Zuwenden**

Die hier genannten Interventionsformen lassen sich aus dem Therapieprinzip *Bedingungsfreies Akzeptieren* ableiten. Wenn der Therapeut bei solchen Interventionen aber auch seine eigene emotionale Resonanz zum Ausdruck bringt, bzw. wenn er diese im Kontext von „Ich-Botschaften“ formuliert, sind sie eher dem *Selbstöffnen* zuzurechnen. In jedem Falle kommt es zunächst darauf an, den Patienten in seinem Leiden, in der Art seiner depressiven Vorstellungen und Befürchtungen anzunehmen, und ihn nicht in seinem Bedürfnis, angehört zu werden, durch voreiliges Beschwichtigen und Bagatellisieren zurückzuweisen. Da die Welt des Depressiven meist düster und oft auch erschreckend ist, kann der Therapeut versucht sein, schon aus Gründen des Selbstschutzes sich auf diese Welt nicht empathisch einzulassen und damit den Patienten in seinem Anliegen zurückzuweisen.

**Interessiertes Zuhören:** Dem Depressiven hilft es schon, die Zuwendung und das Interesse seines Gegenübers zu spüren. Dabei ist es wichtig zu erleben, dass der Andere bereit ist, engagiert zuzuhören und so kundzugeben, dass das Leiden des Depressiven ihn wirklich interessiert und „angeht“.

**Anerkennen der depressiven Symptomatik:** Der Therapeut hat das depressive Erleben, die düsteren Vorstellungen des Klienten als für diesen gültig zunächst anzuerkennen. Obschon dieses Erleben beim Versuch der Einfühlung auch für den Therapeuten belastend sein kann, hat er der Versuchung zu widerstehen, bagatellisierend und vordergründig tröstend zu reagieren. Vielmehr muss er dem Patienten das Gefühl geben, ihn wirklich ernst zu nehmen und an seinem Leiden Anteil nehmen zu wollen. Der Ausdruck solcher Anteilnahme wirkt schon ressourcenmobilisierend.

T: *Ich versuche mir vorzustellen, wie Ihnen zumute ist, wie hoffnungslos Sie jetzt alles empfinden.*

**Bestätigen:** Der Therapeut wird auch das Ausmaß des Leidens und des Gequältheits anerkennen und insofern den Patienten in seiner Fähigkeit, Leid zu ertragen, bestätigen.

T: *Es ist sicher sehr schwer für Sie, diesen Zustand jetzt auszuhalten.*

**Sich-Solidarisieren:** Für den Klienten wirkt die Erfahrung einer Anteilnahme, die zumindest im Ansatz zu einer Art Schicksalsgemeinschaft wird, sehr ressourcen-mobilisierend. Der Therapeut sollte seine Solidarität und sein Interesse am Schicksal des Patienten auch ganz persönlich, d. h. in Form einer „Ich-Botschaft“ zum Ausdruck bringen. Damit interveniert der Therapeut aus einer Position der Dialog-Beziehung bzw. des Therapieprinzips *Echtheit*. Diese Position ist oft angemessen, wenn es darum geht, Aspekte des *Bedingungs-freien Akzeptierens* sehr unmittelbar und konkret zu realisieren.

T: *Es ist mir wichtig, Sie nicht mehr so leiden sehen zu müssen.*

**Ermutigen:** Wenn die bisherigen Schritte vollzogen wurden, ist es gerade bei schwer Depressiven indiziert, den negativen Überzeugungen und der fatalistischen und pessimistischen Haltung eine andere Überzeugung und eine andere Haltung entgegen zu setzen. Diese Entgegensetzung dürfte aber nur auf dem Hintergrund der vorherigen Anteilnahme und Anerkennung überzeugend wirken. Der Therapeut wird sie wiederum vorwiegend in Form einer Ich-Botschaft, also des *Selbsteinbringens* vermitteln.

T: *Ich weiß, dass Sie selbst das jetzt ziemlich pessimistisch sehen, ich bin aber davon überzeugt, dass es Ihnen schon bald wieder deutlich besser gehen wird.*

### **Einfühlen und Verstehen**

Aus der Grundhaltung des *Einfühlenden Verstehens* ergeben sich die oben dargestellten Verstehensangebote. Beim Verstehen ist das Erfassen der Bedeutung z. B. eines Gefühls intendiert, also das Klären eines Zusammenhanges dieses Gefühls z. B. mit anderen Gefühlen, Bedürfnissen und früheren prägenden Erlebnissen (emotional-motivationale Schemata). Ein solcher Klärungsprozess kann ansatzweise auch bei Klienten eingeleitet werden, die noch schwer depressiv sind. Es ist jedoch darauf zu achten, die entsprechenden Interventionen immer wieder zu „durchmischen“ mit den oben dargestellten ermutigenden und stützenden Äußerungen, um den Patienten hier nicht zu überfordern. Es kann jedoch, etwa durch *Aufgreifen des vorherrschenden Gefühls*, auch der noch kränkere Patient wenigstens ansatzweise angeregt werden, aus einer gewissen Distanz auf sich selbst und seine momentanen negativen Überzeugungen zu blicken und so eben diese Überzeugungen zu relativieren.

T: *Im Augenblick erscheint Ihnen alles so trostlos, und Sie können sich noch gar nicht vorstellen, dass Sie sich je wieder über etwas freuen können.*

Nicht selten hört man in Therapeuten-Kreisen die Befürchtung, dass durch ein einfühlsames Spiegeln der düsteren Gedanken der Patienten diese noch tiefer in ihre Depressivität hineingestoßen werden könnten. Diese Therapeuten neigen dann dazu, dem Patienten das Unbegründete der Hoffnungslosigkeit nachzuweisen oder ihm

sonstwie seine „trübe Stimmung“ auszureden. Diese Art des Trostes und des aufmunternden Zuspruches werden die Klienten aber oft als ein Bagatellisieren, ein Nicht-ernst-nehmen erleben. Sie werden sich von Ihrem Therapeuten wenig verstanden und angenommen fühlen. Dieser Eindruck der Klienten dürfte häufig auch gar nicht so unrichtig sein. Denn es sind nicht selten die inneren Ängste und die dadurch bedingte Abwehr des Therapeuten selbst, die ihn zu einem solchen Verhalten veranlassen. Der Therapeut hat seinerseits möglicherweise eine untergründige Angst, in den Sog der depressiven Welt des Patienten hineingezogen zu werden, und kommt dann in die Gefahr, diese Ängste vor einer Gefühlsansteckung durch ein aufmunterndes Schulterklopfen abzuwehren.

Durch das engagierte Bemühen, ein hohes Ausmaß an positiver Beachtung und emotionale Wärme zu realisieren, könnte sich andererseits ein Problem insofern ergeben, als gerade der depressive Patient allzu sehr abhängig wird von der Zuwendung seines Therapeuten und dass dies der gewünschten Autonomieentwicklung im Wege steht. Im ersten Stadium der Therapie muss der Therapeut allerdings eine solche Abhängigkeit und ein damit verbundenes Geborgenheitserleben des Patienten zulassen. In den späteren Therapiestadien sollte er jedoch zunehmend Autonomietendenzen ansprechen und bestärken. Behandlungstechnisch bietet sich hier vor allem die Interventionsform des *Beziehungsklärens* an. Dies soll weiter unten verdeutlicht werden.

### Suizidalität

Zu suizidalen Krisen kann es bei fast allen psychischen Störungen kommen, insofern ist dies für die Psychotherapie generell ein bedeutsames Thema. Bei depressiven Klienten gilt dies aber wegen der Eigenart der Symptomatik in ganz besonderer Weise. Die meisten Klienten mit depressiven Störungen, vor allem mit schweren, haben mindestens gelegentliche Suizidgedanken. Ihre Suizidvorstellungen können hier motiviert sein durch ein phantasmatisch nur im Tod zu stillendes Bedürfnis nach grenzenloser Nähe oder auch durch das Bedürfnis, solchen quälenden Nähewünschen zu entfliehen oder auch, um den jeweiligen Partner zum Erfüllen von Nähewünschen zu bewegen. Schließlich kann die bilanzierende Resignation, solche drängenden Nähewünsche nie befriedigen zu können, den Tod als Ausweg erscheinen lassen.

Bei depressiven Klienten sollte routinemäßig nach Suizidvorstellungen gefragt werden. Dass dies oft nicht geschieht, hat nicht selten damit zu tun, dass dem Therapeuten selbst das Thema „unangenehm“ ist oder dass er befürchtet, durch solche Fragen den Klienten erst auf suizidale „Gedanken zu bringen“. Letzteres trifft natürlich nicht zu, vielmehr wird gerade der empathische Mitvollzug suizidaler Gedanken beim Patienten das Erleben von Anteilnahme, Nähe und Verstandesein und damit eine Ermutigung und Stützung bewirken.

T: *Vielleicht hatten Sie auch schon mal den Gedanken, mit dem Leben einfach Schluss zu machen?*

T: *Diese Gedanken an den Tod, die haben in solchen Augenblicken etwas Beruhigendes für Sie.*

Ziel muss es hier sein, die Motive der Todeswünsche zu klären und konstruktivere Bewältigungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Ein weiteres Anliegen sollte es sein, sich ein genaues Bild von den Suizidvorstellungen der Klienten zu machen. Wie konkret sind diese, wie drängend, wie häufig, ist es früher schon zu Suizidhandlungen gekommen? So kann der Therapeut das Suizidrisiko abschätzen und auch die Indikation einer evtl. notwendigen stationären Einweisung prüfen. Ist ein Klient häufig mit Suizidgedanken beschäftigt, empfiehlt sich ein „Suizidvertrag“, in dem der Therapeut seine auch telefonische Erreichbarkeit festlegt und der Klient sich zur Rückmeldung verpflichtet, wenn Suizidimpulse sehr drängend werden. Aus forensischen Gründen ist es wichtig, hierüber auch Protokoll zu führen.

### Die weiteren Themen bei depressiven Störungen

Bisher wurde ein Vorgehen bei schwer Depressiven beschrieben, das aus der Sicht einer personenzentrierten „Standard-Therapie“ eher eine Art Prätherapie darstellt. Jetzt soll ein personenzentriertes Vorgehen im engeren Sinne erörtert werden. Dies setzt in der Regel voraus, dass die Klienten nicht sehr schwer depressiv sind, weil ein solcher Zustand meist auch mit einer Denkhemmung bzw. einer Denk-Verlangsamung, Konzentrationsstörungen und einer emotionalen Erstarrung verbunden ist.

Eine kurze Fallskizze sei der folgenden Darstellung vorangestellt.

Eine 51-jährige Lehrerin wird von einem Internisten wegen einer mittelschweren depressiven Episode zur Psychotherapie „geschickt“. Sie klagt über eine niedergedrückte Stimmung, Antriebs- und Interesselosigkeit, Schlaf- und Appetitstörungen. Sie wirkt dabei anfangs etwas scheu, insichgekehrt, kontaktgehemmt und dem Psychotherapieangebot gegenüber ambivalent. Ihre Depressivität führt sie auf den plötzlichen Tod ihres Ehemannes vor drei Monaten zurück. Sie mache sich schwere Vorwürfe, nicht mehr auf ihren Mann Acht gegeben zu haben, vielleicht hätte sie durch mehr Zuwendung den Tod verhindern können.

Erst nach sieben Sitzungen kann sie sich soweit öffnen, um anzudeuten, wie belastend ihre eheliche Situation schon seit vielen Jahren für sie gewesen war. Zögernd schildert sie den Ehemann als herrisch, meist mürrisch-gereizt und regelmäßig viel Alkohol trinkend. Sie selbst hatte ihm gegenüber wohl immer ein Verhalten von vordergründiger Anpassung und Unterwerfung gezeigt.

Die Inkongruenz besteht hier zwischen einem sehr von fremden Wertintroyekten, von kollektiv anerkannten Normen einer bürger-

lichen Wohlanständigkeit geprägten Selbstkonzept einerseits und einer organismischen Erfahrung, in der Bedürfnisse nach Freiheit, Individualität und Eigenständigkeit eine Rolle spielen, aber nur sehr vage und verzerrt symbolisiert sind, andererseits. Durch den Tod des Ehemannes wurden diese Bedürfnisse aktiviert und gelangten an den Rand der Gewährwerdung (Rogers, 1959/1987). Die Patientin reagierte auf diese Gewährwerdung mit Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen.

Im Folgenden soll zwar diese Klientin immer wieder zur Sprache kommen, es soll aber kein nur auf diesen konkreten Fall bezogenes Behandlungsprotokoll erstellt werden, weil die individuellen Besonderheiten eines solchen Falles die allgemeingültigen Eckpunkte der Therapiepraxis zu sehr überlagern würden. Aus didaktischen Gründen soll das therapeutische Vorgehen nur in gewissermaßen schematisierter Form dargestellt werden, um so die über den individuellen Fall hinausgehenden Grundzüge dieses Vorgehens (wenn auch nur ausschnittshaft) deutlich werden zu lassen. Dadurch gewinnt die Darstellung den Charakter eines Manuals. Diese auf das Prinzipielle zentrierte Darstellungsform soll vor allem die Bearbeitung der zentralen Themen der Störung (einschließlich der jeweiligen Unterthemen) durch die verschiedenen gesprächspsychotherapeutischen Interventionskategorien zeigen.

Natürlich wird der Therapeut in der konkreten Praxis das jeweils vorherrschende Thema zuerst aufgreifen und sich nicht unbedingt an die hier vorgeschlagene Reihenfolge halten. Im Sinne einer Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie (Swildens, 1991) allerdings ist ein idealtypischer Prozess- bzw. Phasenverlauf insofern zu beachten, als der Therapeut sich immer fragen muss, ob ein bestimmtes Thema auch schon wirklich „dran ist“, da durch dessen zu frühe Bearbeitung der Klient überfordert werden kann. Die unten genannten Interventionsbeispiele sind in der Regel Verstehensangebote, die sich aus der Realisierung der Grundhaltung des *Einfühlenden Verstehens* ergeben, im anderen Falle wird dies jeweils ausdrücklich angezeigt. Wie schon gesagt, sind die Interventionsbeispiele in ihrer Angemessenheit immer kontextabhängig, was besonders für das *Selbsteinbringen* gilt, da mit dieser Intervention oft auch persönliche Wertungen verbunden sind.

## Schuldgefühle

Bei vielen depressiven Klienten bestimmen Schuldgefühle sehr nachdrücklich das depressive Erleben. Dieses Thema der Schuld kann oft so zentral werden, dass das Verlusterleben, das meist auslösend für die Depression war, ziemlich peripher wird. Diese eigenartigen Verkehren der Relevanz des beherrschenden Themas ist charakteristisch für die Depression, vor allem in ihrer schweren Form, und unterscheidet diese von dem nicht pathologischen Gefühl der Trauer. Bei sehr schwer Depressiven kann das Schuld erleben

zu einem Schuldwahn werden. Das Thema Schuld hat viele Aspekte, die hier in Form der folgenden Unterthemen erörtert werden.

**Selbstbeziehung:** Schuldgefühle sind immer mit starken Selbstvorwürfen verbunden. Ein Verlusterlebnis, z. B. der Verlust des Partners durch Tod oder Trennung, aber auch der Verlust von beruflicher Stellung, sozialem Ansehen oder von körperlicher Integrität bzw. Gesundheit, ist häufig der Auslöser einer Depression. Charakteristisch für schwerer Depressive ist jedoch die Umbildung des Verlustschmerzes und der Trauer in quälende Schuldgefühle. Der Klient wähnt dann nicht selten, am Verlust der Bezugsperson selbst schuld zu sein. Beim Tod dieser Person ist es oft die Vorstellung, durch Unachtsamkeit die Verschlimmerung der zum Tode führenden Krankheit nicht früh genug erkannt und etwa durch rechtzeitiges Herbeirufen eines Arztes den plötzlichen Tod nicht verhindert zu haben.

Dies war so auch bei der oben genannten Klientin der Fall. Bei ihr standen die Schuldgefühle gegenüber der Trauer ganz im Vordergrund. Dieses hatte hier aber seinen Grund nicht in der Eigendynamik der Depression, sondern wohl eher in dem Umstand, dass die Klientin den Tod ihres Ehemannes als Befreiung empfand und genau wegen dieser organismischen Erfahrung Schuldgefühle bekam.

Bei Verlust eines Angehörigen durch Trennung kann der quälende Gedanke eine Rolle spielen, durch das eigene Verhalten die Trennung verursacht zu haben.

T: *Mit diesem Gedanken, der Alleinschuldige zu sein, quälen Sie sich jetzt ständig.*

T: *Immer wieder überfällt Sie die Vorstellung, bei Ihrem Mann tief in der Schuld zu stehen.*

T: *Mit diesen Selbstvorwürfen wüten Sie regelrecht gegen sich selbst.*

Mit diesen Interventionen arbeitet der Therapeut auf eine exakte Symbolisierung der eigentlich gegen den Partner gerichteten Aggressionen hin. Um dabei der Klientin auch Nähe und persönliche Anteilnahme zu signalisieren und sie dadurch zu stützen, könnte der Therapeut per *Selbstöffnen* intervenieren. Dabei ist vorausgesetzt, dass aufgrund einer bereits gewachsenen Vertrauensbeziehung die Klientin die Sorge des Therapeuten als konstruktives Engagement erleben kann.

T: *Es bekümmert mich, dass Sie alle Schuld nur bei sich sehen.*

Es dürfte selbstverständlich sein, dass der Therapeut nicht versucht, der Klientin ihre Schuldgefühle „auszureden“, sondern aus einer Position des *Einfühlenden Verstehens* (und dabei vor allem durch *Aufgreifen selbstreflexiver Gefühle*) geduldig darum bemüht ist, die Klientin anzuregen, die Bedeutung dieser Gefühle zu verstehen und sie über diesen Weg einer Selbstverständigung zu ändern, was hier auch eine Änderung des Selbstkonzeptes impliziert. Eine Ausnahme bildet freilich der Schuldwahn schwerer Depressiver, hier sei auf die oben gemachten Hinweise für die Therapie dieser Patienten verwiesen.

**Minderwertigkeitsgefühle:** Mit Schuldgefühlen sind oft Minderwertigkeitsgefühle vermischt. Eine schuldhafte Verarbeitung z. B. von Beziehungskonflikten, ist meist auf ein negatives Selbstwertleben zurückzuführen. Ein in diesem Sinne negatives Selbstkonzept ist charakteristisch für Personen, die dazu neigen, belastende Lebensereignisse depressiv zu verarbeiten. Wegen des mangelnden Selbstvertrauens und des mangelnden Glaubens an die Selbstwirksamkeit fühlen diese Personen sich anderen gegenüber hinsichtlich fast aller Fähigkeiten schnell unterlegen und hilflos. Dabei ist dieses Unterlegenheitsgefühl auch ambivalent, ihr organismisches Erleben sagt ihnen, dass sie auch ihre Stärken haben, nur wagen sie nicht, sich dazu zu bekennen, d. h. diese voll und konsequent zu symbolisieren.

Dies war auch bei unserer Klientin so. Sie hatte einerseits ein mit Angst gepaartes Unterlegenheitsgefühl gegenüber ihrem Mann und hatte doch insgeheim das Gefühl, die Stärkere zu sein. Der Therapeut muss diese gegenläufigen, nur vage symbolisierten Erlebnisaspekte aufgreifen, damit die Klientin sie in ihr Selbstkonzept integrieren und so die Inkongruenz überwinden kann.

T: *Da gibt es Momente, wo Sie sich doch stark und unangreifbar fühlen.*

T: *Da ist immer dieses Gefühl von Wertlosigkeit, so dass Sie gar nicht glauben können, Anerkennung und Zuwendung auch verdient zu haben.*

Wenn der Patient sehr verzagt und mutlos ist, kann es auch indiziert sein, ihn per *Selbstöffnen* in seinem Selbstwertgefühl zu stabilisieren und ihn zu ermutigen.

T: *Ich war sehr beeindruckt, wieviel Mut Sie in dieser Situation bewiesen haben.*

**Gewissensstrenge:** Der Nährboden für Schuldgefühle ist ein strenges Gewissen. Depressive gehen nicht selten in kaum verständlicher Weise mit sich selbst hart ins Gericht. Sie verurteilen sich mit kaum nachvollziehbarer Rigorosität. Es mag dann manchmal so scheinen, als ob sie gegen die Selbstanerkennung, in der sie eine Selbstgerechtigkeit befürchten, ankämpfen müssten. Auch die genannte Klientin betonte oft, dass sie sich „Nachlässigkeiten“, auch solche gegen ihren Mann, nicht verzeihen könne. Der Therapeut muss die gewissermaßen gegenläufigen, sehr verdeckten organismischen Tendenzen erahnen und die Klientin ermutigen, sie zu symbolisieren und anzuerkennen, dadurch dass er sie stellvertretend für die Klientin anspricht (*Aufgreifen selbstreflexiver und haltungsprägender Gefühle*).

T: *Ständig quälen Sie sich mit Vorwürfen und Sie verurteilen sich erbarmungslos, fast als ob Sie befürchten, sonst zu hochmütig zu werden.*

Ein schlechtes Befinden scheinen manche Depressive auch wie eine gerechte Strafe zu erleben, ein Straferleben, mit dem sie ihre

Schuldgefühle in Schach halten können. Sie erwecken den Eindruck, als ob sie sich gegen eine Gesundheit wehren und verbissen auf ihrem schlechten Befinden insistieren würden, so dass die Interpretation nahe liegt, als würde eine Gesundheit, besonders ein behagliches Wohlergehen mit ihrem Gewissen unvereinbar sein und ihnen unerträgliche Schuldgefühle bereiten (Binder & Binder, 1991). Im Therapeuten mag dann aber spontan eher die Vorstellung entstehen, als wolle die Klientin ihn an sich scheitern lassen. Zumindest stellt sich im Therapeuten dann sehr intensiv das Gefühl ein, alles, was er sagt und unternimmt, sei vergeblich, die Klientin signalisiere ihm, dass nichts ihr bisher geholfen habe und auch in Zukunft nicht werde helfen können. Dies kann im Therapeuten ein tiefes Gefühl der Ohnmacht, der Nutzlosigkeit erzeugen, was dann ein Gefühl des Ärgers oder der Resignation mit sich bringt. So wichtig es nun ist, der Klientin zu vergegenwärtigen, was sie bei seinem Interaktionspartner bewirkt, so muss man doch sehr vorsichtig hierbei zu Werke gehen. Sehr problematisch kann es sein, wenn der Therapeut seinen Ärger direkt anspricht, weil Klienten hier mit starken Schuldgefühlen und darauf mit noch mehr Abwehr reagieren können. Sinnvoller ist es deshalb, wenn der Therapeut zunächst seine eigene Ratlosigkeit anspricht. Der Therapeut nimmt dadurch gewissermaßen eine Rollenumkehr vor. Er stellt sich nicht als der machtvolle, alles beherrschende Heiler dar, gegenüber dem die Klienten sich klein und minderwertig fühlen und gerade deswegen opponieren müssen. Indem der Therapeut per *Selbsteinbringen* seine eigene Hilflosigkeit anspricht, möglichst ohne jeden Unterton des Vorwurfes, weist er der Klientin gewissermaßen die Rolle zu, sich auf ihre positiven Möglichkeiten und Kräfte zu besinnen. Zumindest gibt der Therapeut so (per *Selbsteinbringen*) zu erkennen, dass er sich nicht länger die Rolle des allein verantwortlichen Helfers zuschreiben lassen will.

T: *Ich fühl' mich jetzt etwas ratlos, bin ziemlich konfus, weiß im Moment nicht, wie es weiter gehen soll.*

Diese Form der Intervention setzt ein fortgeschrittenes Stadium der Therapie und damit ein gewisses gegenseitiges Vertrauen voraus. Sie setzt auch voraus, dass der Therapeut die Belastbarkeit der Klienten, ihre Beziehungserwartungen und ihre Art, Beziehungen zu strukturieren, recht gut einschätzen kann.

**Überhöhtes Selbstideal:** Ein überhöhtes Selbstideal und hohen Forderungen an die eigene moralische Integrität sind die Kehrseite der Schuldgefühle des Depressiven. Dem negativen Selbstbild der Depressiven steht ein unerreichbar positives Selbstideal gegenüber. Die große Diskrepanz zwischen Selbstbild und Selbstideal ist hier also typisch. Die Therapie muss von beiden Seiten ansetzen, Besserung des Selbstbildes bzw. des Selbstwelterlebens (s. oben) und Minderung bzw. Korrektur des Selbstideals. Hinsichtlich des letzteren wird der Therapeut versuchen, durch *Aufgreifen selbstreflexiver Gefühle* die realitätsferne Überhöhung des Selbstideals zu verdeutlichen.

T: *Wenn Sie bei sich Fehler entdecken, geraten Sie ganz aus dem Häuschen, das können Sie sich nie verzeihen.*

**Idealisierung des Anderen:** Der Selbstverurteilung und den Schuldgefühlen steht oft eine Verklärung des Partners gegenüber. Empörung und Entwertung des Partners würde im Erleben der Klienten die Beziehung zu ihm zerstören, durch Idealisierung des Partners können sie diese imaginär weiter aufrecht erhalten. Dies spielte zwar im Falle unserer Klientin weniger eine Rolle, aber sie hatte das diffuse Gefühl, sich zutiefst schuldig zu machen, wenn sie ihre ganze Empörung, Wut und auch Verachtung ihrem Mann gegenüber exakt symbolisieren würde. Das Ansprechen der Idealisierung soll diese natürlich auch hinterfragen, das muss aber sehr behutsam geschehen.

T: *Sie wollen ihn ganz frei von Schuld sehen und möchten es nicht zulassen, dass auch er mal in einem weniger günstigen Licht erscheint.*

Wenn der Therapeut spürt, dass auch er in die Idealisierung der Anderen einbezogen wird, sollte er dies per *Beziehungsklären* ansprechen, um die Klientin im weiteren Gespräch erleben zu lassen, dass eine eventuell ambivalente Sicht des Gegenübers, in der auch gelegentliche negative Gefühle wie Enttäuschung und Ärger ihren Platz haben, keinesfalls im Widerspruch zu einer guten Beziehung stehen muss.

T: *Sie scheinen in mir einen Menschen von absoluter Güte zu sehen.*

## Verlusterleben und Trauer

Bei vielen Klienten, die wegen einer „Depression“ in die Behandlung kommen, ist diese nicht so schwer ausgeprägt, dass dadurch auch das Ausdrucks- und Kontaktverhalten deutlich beeinträchtigt ist. Bei diesen Klienten sind meist die Schuldgefühle nicht so ausgeprägt, dass sie das gesamte Erleben dominieren. Vielmehr ist das Verlusterleben, d. h. die Trauer um den Verlust eines geliebten Menschen durch Tod oder Trennung oder auch der Verlust einer beruflichen Position hier noch weitgehend das Erleben bestimmend. Ziel einer Psychotherapie muss es sein, dieses Verlusterleben aufzugreifen und in seinen verschiedenen Facetten zu verdeutlichen, um dem Patienten so eine „gesunde“ Trauerarbeit zu ermöglichen, d. h. den Verlust durch Umstrukturierung des Selbstkonzeptes zu bewältigen.

Wie schon gesagt, spielten das Thema der Trauer und die damit verbundenen Unterthemen bei der o. g. Klientin nur bedingt eine Rolle.

**Bindungs- und Verschmelzungswünsche:** Der akute Verlust z. B. eines Partners durch Trennung ist mit dem Selbstkonzept und auch dem Beziehungskonzept vieler Klienten oft völlig unvereinbar. Die

oft verzehrende Sehnsucht nach Nähe, Gemeinsamkeit und einem völligen Einssein mit einem anderen ist bei einem Verlusterlebnis oft das die ersten Phasen der Trauer beherrschende Thema. Wenn dieser Verlust besonders schmerzhaft ist, wird er zu verleugnen gesucht, die Gemeinsamkeit wird als weiter bestehend imaginiert. Es kommt darauf an, gerade auch das hier wirksame Bedürfnis einfühlsam anzusprechen und es so auch zu verdeutlichen.

T: *Es ist ganz wichtig für Sie, das Gefühl zu haben, dass diese Beziehung doch irgendwie weiterbesteht.*

Manchmal ist es nur die durch Nebensächlichkeiten ausgelöste Befürchtung vor einem drohenden Verlust z. B. des Partners, die zum Auslöser einer depressiven Episode wird. Solche Klienten brauchen die ständige Bestätigung, dass der Partner die Unbedingtheit der Nähe aufrechterhält. Dies kann sich auch in der therapeutischen Beziehung zeigen und ist dann im Sinne des *Beziehungsklärens* anzusprechen, um im Weiteren die stereotypen negativen Beziehungserwartungen zu klären und zu korrigieren.

T: *Dass ich unseren Termin verschoben habe, hat Sie sofort befürchten lassen, ich könnte nicht mehr so an Ihnen interessiert sein.*

**Trennungsschmerz und Ratlosigkeit:** Sobald die Klienten beginnen, den Verlust anzuerkennen, müssen sie sich auch dem Schmerz des Verlustes stellen und sich auch mit der Ratlosigkeit und dem Gefühl, in der absoluten Unvollständigkeit als Einzelperson gar nicht existieren zu können, auseinandersetzen.

T: *Sie fühlen sich nach dieser Trennung nur wie ein halber Mensch, es ist, als sei ein Stück von Ihnen selbst herausgerissen.*

Das Ziel ist es hier natürlich nicht, die Klienten mit einem Defiziterleben zu konfrontieren, sondern durch ein empathisches Nachvollziehen soll einerseits das Erleben von Anteilnehmender Nähe und Begleitung vermittelt und andererseits das Selbstverstehen erweitert werden. Die Klienten sollen sich ihr Erleben, sich durch die Trennung wie amputiert und völlig unvollständig zu fühlen, in möglichst vielen Aspekten vergegenwärtigen. So sollen sie angeregt werden, sich mit ihrer Neigung, sich nur in der absoluten Nähe zu einem Anderen als „ganzer Mensch“ zu fühlen, auseinanderzusetzen.

**Angst vor Einsamkeit und neuer Rolle:** Unter den Klienten, die zur Ausbildung einer Depression neigen, haben manche die Tendenz, Partnerbeziehungen nur im Sinne eines totalen Einsseins zu erleben und nur in diesem Modus der Verschmelzung zu einem Erleben von Ganzheitlichkeit fähig zu sein. Deshalb können sie das Alleinsein nur als totales Ausgestoßensein und fürchterliche Einsamkeit erleben. Hier gilt es, durch *Aufgreifen haltungsprägender Gefühle* eben diese oft tief in der Persönlichkeit verankerten Erlebensweisen zu verstehen und eine Klärung ihrer Zusammenhänge mit Aspekten der Lebenssituation und der Lebensgeschichte einzuleiten. Über den

Weg einer solchen Selbstverständigung kann eine Änderung dieser Erlebnis- und Beziehungsmuster erreicht werden.

Die oben erwähnte Klientin hatte zwar einerseits den Tod ihres Mannes nicht als Verlust, sondern als Befreiung empfunden. Dass das volle Gewahrwerden dieses Gefühls aber nicht exakt symbolisiert wurde, hatte nicht nur mit den Schuldgefühlen zu tun, die dadurch induziert wurden, sondern auch mit der „Angst vor der Freiheit“, d. h. vor all den Herausforderungen, die gerade mit der neuen Situation verbunden waren.

T: *Sie trauen sich noch gar nicht zu, auch ganz auf sich selbst gestellt zu leben.*

T: *Es fällt Ihnen noch schwer, sich auch ohne Ihren Mann als gesellschaftlich geachteter Mensch zu erleben.*

Es ist im Laufe einer Therapie auch wichtig, gelegentlich biografische Zusammenhänge aufzugreifen, um bestimmte Reaktionsweisen der Klienten zu verstehen.

T: *Wenn Ihr Vater früher immer nur Leistung forderte, dann haben Sie schon damals schmerzvoll vermisst, nicht um Ihrer selbst willen wirklich bejaht und wertgeschätzt zu werden.*

**Enttäuschungswut:** Ärger und Wut als Reaktion auf das Verlassen werden bleiben beim Depressiven meist außerhalb des Gewahrseins, da eine exakte Symbolisierung (Rogers, 1987/1959) dieser Gefühle mit dem Selbstkonzept des Depressiven unvereinbar sind und Schuldgefühle auslösen würden (und nicht selten auch auslösen). Außerdem würde dadurch oft noch bestehende Phantasie einer immer noch heilen Beziehung gefährdet werden. Für die konstruktive Bewältigung des Verlusterlebens und für die Förderung der Autonomie des Depressiven ist aber die Symbolisierung dieser aggressiven Gefühle wichtig.

Bei unserer Klientin bestand weniger eine Enttäuschungswut, sondern eher die (nur verzerrt symbolisierte) Wut und Empörung einer jahrelang Gedemütigten. Auch hier ist es natürlich wichtig, dass die Klientin dieses Gefühl akzeptieren und in ihr Selbstkonzept integrieren kann.

T: *Da spüren Sie bei sich auch sehr viel Empörung und Ärger, dass man so mit Ihnen umgegangen ist.*

Der Therapeut muss sich aber fragen, ob die Klienten schon belastbar genug sind, um mit den Schuldgefühlen, die durch die Vergewärtigung von Wut in ihnen ausgelöst werden können, einigermaßen gefasst umgehen zu können. Besteht noch eine faktische Beziehung zum relevanten Partner, so könnte hier auch die Angst entstehen, durch eine allzu intensive Beschäftigung mit der Wut auf den Partner diese Beziehung zu gefährden. Deshalb kann es sinnvoll sein (natürlich nur bei entsprechender Konstellation der therapeutischen Beziehung), dass der Therapeut sich als „Projektionsfigur“ anbietet und per *Beziehungsklären* interveniert.

T: *Manchmal sind Sie vielleicht auch mit mir etwas unzufrieden oder gar regelrecht enttäuscht?*

Die Klienten können so die für Depressive wichtige Beziehungserfahrung machen, dass ein Ansprechen von negativen Gefühlen gegenüber dem jeweiligen Partner diese Beziehung keinesfalls gefährden muss, sondern vielmehr vertiefen kann.

Das Vorgehen bei dem Themenkomplex Selbstaggressivität–Fremdaggressivität lässt sich insgesamt wie folgt zusammenfassen: Es ist zunächst die selbstquälerische, selbstaggressive Komponente zu verdeutlichen. Sodann ist behutsam die fremdaggressive Seite herauszuarbeiten. Das Therapieziel müsste hierbei darin bestehen, die Selbstdestruktivität gewissermaßen ein Stück weit in Fremdaggressivität zu überführen. Hierüber könnten sich die Klienten dann von Zuspruch und Anerkennung der anderen unabhängig machen und so zu mehr Autonomie finden. Das Verfolgen dieses Therapiezieles, also im Erspüren der Fremdaggressivität gewissermaßen die zerstörte Verbindung zur organismischen Erfahrung wieder herzustellen, kann aber durchaus problematisch werden. Der Depressive könnte das Äußern von Aggressionen gegenüber einer für ihn wichtigen, vielleicht der wichtigsten Bezugsperson als Zerstörung dieser Beziehung erleben und mit erneuten Selbstvorwürfen reagieren. Die Situation würde noch komplizierter, wenn er sich hierzu auch noch vom Therapeuten angetrieben fühlt. Schon deshalb scheint es viel günstiger, wenn die Klienten Fremdaggressivität zunächst gegenüber der Person ihres Therapeuten erleben und verbalisieren können und hier die Erfahrung machen, dass das Äußern von Aggressivität nicht gleichbedeutend ist mit der Zerstörung einer Beziehung, sondern dass die Beziehung sogar hierdurch vertieft werden kann. Deshalb erscheint es angezeigt, dieser therapeutischen Aufgabe, nämlich die Umlenkung der Aggressivität von innen nach außen, vorzugsweise über die Technik des *Beziehungsklärens* zu verfolgen.

T: *Dass ich Sie neulich etwas warten ließ, das hat Sie im Grunde schon sehr geärgert.*

**Verlustbewältigung, Neuorientierung:** Auch hier sind wiederum mehrere Schritte zu vollziehen. Im Laufe der Besserung der Depression wird der Therapeut auf zunächst nur vereinzelte zage Hinweise auf Autonomiebedürfnisse stoßen. Diese muss er sofort aufgreifen.

T: *Manchmal ist da bei Ihnen schon das Gefühl, auch auf eigenen Füßen stehen zu wollen.*

T: *Ein bisschen ist die Vorstellung vielleicht auch schön für Sie, jetzt Ihr Leben ganz nach Ihren Bedürfnissen ausrichten zu können.*

Wenn die Klienten zunehmend ihre bisher abgewehrten Autonomiebedürfnisse symbolisieren können, wird der Therapeut sie anregen, sich mit ihrem Selbstkonzept auseinanderzusetzen, das ja bisher so strukturiert war, dass sich die Klienten nur als Teil eines Anderen

verstehen konnten. Ein weiterer Schritt besteht schließlich darin, dem neu gewonnenen Selbstständigkeitserleben auch Ziele zu geben, d. h. den Klienten zu helfen, nach Inhalten dieser neuen Selbstständigkeit zu suchen und ihr weiteres Leben an geänderten Sinnkonzepten auszurichten.

## Selbstbescheidung und Anspruch

Diese Problematik steht in einer gewissen Beziehung zu dem für die Depressiven so bedeutsamen Themenkomplex „Selbstaggression versus Fremdaggression“. Die Bescheidenheit und Abtretung eigener Interessen, die der Depressive sich auferlegt, kontrastiert mit einem manchmal maßlosen Wunsch nach Anerkennung. Werden die Klienten in diesem Wunsch enttäuscht, können sie mit Kränkung und geheimer Verärgerung reagieren. Da andererseits dieser ausgeprägte Wunsch nach Beachtung mit dem Selbstkonzept des Depressiven nicht vereinbar ist, so wird er, wie auch die Verärgerung, oft nur verzerrt symbolisiert. Wo er doch an den Rand der Gewährwerdung tritt, schämen sich die Klienten deswegen und versuchen, sich zu noch mehr Bescheidenheit zu verpflichten.

Dieses Thema, einschließlich der folgenden Unterthemen, war auch für unsere Klientin bedeutsam. Sie zeigte sich in ihrem Auftreten sehr zurückgenommen und bescheiden, fast schüchtern. Sie erwähnte gelegentlich, dass es ihr eigentlich peinlich sei, so die Zeit des Therapeuten, der doch wohl wichtigere Dinge zu tun habe, zu beanspruchen. Nur sehr indirekt und versteckt konnte sie selten einmal andeuten, dass sie sich eigentlich häufigere Gespräche wünschte. Die Enttäuschung über ihre 24-jährige Tochter, an der sie sehr hing, die aber immer „wenig Zeit“ für sie hatte, kämpfte sie mit vielen Rechtfertigungen für das Verhalten der Tochter nieder.

**Das Bescheidenheits-Ideal:** Dieses Thema ist ein Teilaspekt des schon oben erörterten Themas „überhöhtes Selbstideal“. Der Therapeut versucht auch hier, durch *Aufgreifen selbstreflexiver Gefühle* die Inadäquatheit dieser Idealbildung zu verdeutlichen und sie auf ihren Sinn hin zu verstehen. Dieser Sinn kann z. B. in Abwehr von mit dem Selbstkonzept unvereinbaren „Riesenansprüchen“ an Beachtung bestehen.

P: *Ich erwarte nicht, dass man auf mich besondere Rücksicht nimmt.*

T: *Es gehört zu Ihren Idealen, an Ihre Mitmenschen keinerlei Ansprüche zu stellen.*

P: *Ja, man sollte nicht immer im Mittelpunkt stehen wollen.*

T: *Solche Wünsche würden Sie immer bei sich entschieden bekämpfen.*

Es entspricht dem oben genannten Ideal, sich zur absoluten Anpassungsbereitschaft und Bedürfnislosigkeit verpflichtet zu fühlen. Diese Selbstverpflichtung führt die Klienten dazu, auch an ihr

Gegenüber ausdrücklich keinerlei Ansprüche zu stellen. Diese gezeigte Selbstverleugnung lässt sich gut über das *Selbsteinbringen* bearbeiten, weil hier das vordergründige Beziehungsangebot der Klienten durch die emotionale Resonanz des Therapeuten in seiner Zwiespältigkeit verdeutlicht werden kann.

T: *Es ist mir nicht ganz wohl dabei, dass Sie scheinbar immer mit mir zufrieden sind.*

Der Therapeut macht so der Klientin deutlich, dass er ihr Beziehungsangebot als nicht kongruent empfindet. Das wird die Klientin natürlich zunächst verunsichern. Aufgabe des Therapeuten dabei ist es abzuschätzen, wieviel Verunsicherung er der Klientin zumuten kann bzw. ob diese Verunsicherung konstruktiv wirken und die Klientin dazu führen wird, ihre Unzufriedenheit zu symbolisieren und zu verbalisieren. Auf jeden Fall zeigt der Therapeut, dass das Äußern von Unzufriedenheit mit dem Therapeuten oder Kritik erlaubt ist und nicht, z. B. durch Zuwendungsentzug, „bestraft“ wird.

**Negative Überzeugung von Nichtbeachtung:** Gemäß ihrem negativen Selbstbild sind viele Depressive davon überzeugt, gerade das, was sie sich so sehr wünschen, nicht zu bekommen, Anerkennung und Beachtung. Der Zuwendung anderer Menschen, auch der des Therapeuten, misstrauen sie, sie bezweifeln deren Ehrlichkeit. Diese meist nur sehr indirekt geäußerte Grundüberzeugung ist erlebnisnah durch das *Beziehungsklären* anzusprechen, da so die negativen Beziehungserwartungen der Klienten ganz im Hier und Jetzt zu klären sind.

T: *Vielleicht dachten Sie, als ich das letzte Mal unseren Termin verschob, dass auch ich wenig an Ihnen interessiert bin.*

**Verdeckte Vorwurfshaltung:** Diese Problematik berührt das schon unter „Enttäuschungswut“ behandelte Thema. Wegen der vermeintlichen Nichtbeachtung und manchmal auch wegen übergroßer Zuwendungserwartungen, die zwangsläufig enttäuscht werden müssen, sind manche Depressive von einer latenten Vorwurfshaltung gegenüber ihren bedeutsamen Kontaktpersonen erfüllt. Dieser Vorwurf wird oft aber nur indirekt geäußert und von den Klienten meist auch nur verzerrt symbolisiert, da er mit ihrem Selbstkonzept nicht vereinbar und auch nur schwerlich angemessen zu begründen wäre. So wichtig es ist, den Klienten dabei zu helfen, diese Gefühle von Empörung und Ärger exakt zu symbolisieren, um sich mit ihnen auseinandersetzen und sie gegebenenfalls korrigieren zu können, so ist doch darauf zu achten, dass den Klienten dadurch nicht erneute Schuldgefühle entstehen. In diesem Sinne kommt es u. a. darauf an, diese Problematik nicht zu früh und sehr behutsam zu thematisieren.

T: *Manchmal denken Sie vielleicht doch, dass Ihre Tochter sich Ihnen nicht ganz vorbehaltlos zuwendet, und das macht Sie schon etwas traurig.*

**Zuwendungserwartung und Schamgefühle:** Depressive haben oft, dies wurde schon angedeutet, „Riesenerwartungen“ bezüglich der Zuwendung anderer. Das Gewahrwerden dieser Erwartungen ist oft mit Scham- und Schuldgefühlen verbunden, da sie mit dem Selbstkonzept, namentlich dem Selbstideal, des Depressiven nicht vereinbar sind. Schamgefühle empfindet der Depressive aber auch angesichts der erlebten Demütigung, die die vermeintliche Nichtbeachtung durch andere für ihn bedeutet. Solche Schamgefühle lassen sich über das *Aufgreifen selbstreflexiver Gefühle* wie auch über das *Beziehungsklären* bearbeiten. Beim letzteren Vorgehen können auch die mit der Scham verbundenen Beziehungserwartungen geklärt werden.

T: *Fast schämen Sie sich dafür, dass Sie manchmal wünschen, ich würde viel uneingeschränkter für Sie da sein.*

Um noch einmal auf die oben genannte Klientin zurückzukommen: Die anfängliche Abwehr des therapeutischen Kontaktes hatte nach ca. 6 Wochen einer zunehmend vertrauensvolleren Beziehung zum Therapeuten Platz gemacht. Nach etwa 8 Wochen waren die depressiven Symptome fast ganz abgeklungen. Im Verlaufe der weiteren Therapie konnte sich die Klientin zunehmend offener mit ihrem Erleben während der Ehejahre auseinandersetzen und die diesbezüglichen Gefühle und Bedürfnisse symbolisieren. Sie wirkte jetzt auch im Kontaktverhalten gelöster und selbstbewusster.

## Schlussbetrachtung

Hier sollte kein therapeutischer Erfahrungsbericht, sondern ein Therapiekonzept vorgestellt werden. Die Eckpunkte dieses Konzeptes sollten so beschrieben werden, das sich eine rasterartige Darstellung eines verallgemeinerungsfähigen Behandlungsplanes ergibt. Damit sollten aber keine verbindlichen Handlungsanleitungen

vorgegeben werden, die rigide zu befolgen wären. Vielmehr sollte nur eine Art Leitlinie entworfen werden, die dem therapeutischen Handeln selbst dann eine Orientierung geben kann, wenn der Therapeut im Einzelfall sich zu einem abweichenden Vorgehen entscheidet. Insofern soll der Therapeut mit seinem Wissen durchaus frei und kreativ umgehen (Schmid, 2005). Aber erst auf dem Hintergrund eines solchen Wissens und der damit verbundenen Begrifflichkeit kann der Therapeut im Nachhinein sein eigenes Vorgehen überhaupt erst beschreiben und kritisch sichten.

Freilich, die vorliegende Darstellung ähnelt in formaler Hinsicht einem Manual. Ein personenzentriertes Behandlungsmanual – das scheint manchen Vertretern unseres Ansatzes ein Widerspruch in sich selbst zu sein. Dass es sich damit nicht so verhalten muss, sollte im theoretischen Teil dieser Arbeit gezeigt werden. Außerdem müssen sich auch Kritiker einer Manualisierung der PZT mit der Gefahr einer Marginalisierung unseres Ansatzes im wissenschaftlichen Psychotherapie-Diskurs auseinandersetzen. Denn dort wird inzwischen von den Therapieverfahren eine solche Manualisierung nachdrücklich gefordert. Diese Forderung wird schon deswegen erhoben, um etwa bei Vergleichsstudien zwischen verschiedenen Verfahren zu wissen, was man eigentlich vergleicht. Denn das bloße Etikett, z. B. „PZT“, sagt zu wenig darüber aus, was die Therapeuten wirklich tun. Neben der Unschärfe bei der Kennzeichnung und Abgrenzung des personenzentrierten Verfahrens ermöglicht der Verzicht auf jede Beschreibung des therapeutischen Vorgehens auch eine behandlungspraktische Beliebigkeit. Ein Heilverfahren, das im Diskurs wissenschaftlicher Therapien anschlussfähig sein will, kann nicht darauf verzichten, die Regeln seines Handelns zu explizieren und damit dieses Handeln überhaupt erst diskutierbar zu machen. Für alle angewandten Wissenschaften ist eben charakteristisch, das Procedere der Anwendung selbst zum Gegenstand der Beschreibung und der Überprüfung zu machen.

## Literatur:

- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and Human Relations, a Primer for Lay and Professional Helpers* (Vol.1 Selection and Training, Vol.2 Practice and Reserch). New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *PERSON 1, 1*, 5–13.
- Keil, W. W., (1998). Der Stellenwert von Methoden und Techniken. *PERSON, 2, 1*, 32–44.
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie – Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2005). Beziehung und Technik. *PERSON, 9, 1*, 51–64.

- Finke, J. & Teusch, L. (2002). Die störungsspezifische Perspektive in der Personenzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 147–162). Wien – New York: Springer.
- Mearns, D. (2004). Problem-Centered is not Person-Centered. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 2*, 88–101.
- Rogers, C. R. (1951a/1973). *Die klient-bezogene Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler (Original erschienen 1951: Client-centered therapy. Ist current practice, implications, and theory. Boston: Houghton Mifflin)
- Rogers, C. R. (1961a/1976). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta (Original erschienen 1961: On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin)

- Rogers, C. R. (1962c/1977). Ein Bericht über Psychotherapie mit Schizophrenen. In Rogers, C. R. (1977b), *Therapeut und Klient* (S. 162–179). München: Kindler. (Orig. ersch. 1962: Some learnings from a study of psychotherapy with schizophrenics)
- Rogers, C. R. (1975e/1977). Klientenzentrierte Psychotherapie. In Rogers, C. R. (1977b), *Therapeut und Klient* (S. 15–52). München: Kindler. (Orig. ersch. 1975: Client-centered psychotherapy)
- Rogers, C. R. (1959a/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung*. Köln: GwG (Orig. ersch. 1959: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: S. Koch (Ed.), *Psychology, A study of a science. Vol. III Formulations of the person and the social context*. New York – Toronto – London: McGraw-Hill)
- Schmid, P. F. (1994). *Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie*, Bd. 1: Autonomie und Solidarität. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Schmid, P. F. (2002). Anspruch und Antwort: Personenzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 75–105). Wien – New York: Springer.
- Schmid, P. F. (2005). Kreatives Nichtwissen. Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftskritischen Anspruch des Personenzentrierten Ansatzes. *PERSON*, 1, 4–20.
- Spielhofer, H. (1999). Empathie, hermeneutisches Verstehen oder Konstruktion? Das Erkenntnisverfahren in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *PERSON*, 3, 2, 122–130.
- Spielhofer, H. (2004). Psychotherapie als Prozess der Anerkennung. *PERSON*, 8, 2, 102–113.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Tausch, R. (1970). *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Teusch, L. & Finke, J. (1995). Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Panik und Agoraphobie. *Psychotherapeut*, 40, 88–95.
- Teusch, L., Böhme, H., Finke, J., Gastpar, M. & Skerra, B. (2003). Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy. *Psychotherapy Research* 13: 307–322.
- Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Waldenfels, B. (1991). Der Kranke als Fremder – Gesprächstherapie zwischen Normalität und Fremdheit. In: Finke, J. & Teusch, L. (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen* (S. 95–123). Heidelberg: Asanger.

### Zur Person:

*Jobst Finke, Dr.med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin sowie für Neurologie und Psychiatrie, Ausbilder in der GwG und ÄGG, tätig in der klinischen Weiterbildung und als Supervisor. Arbeitsschwerpunkte: Störungs- und Therapietheorie der Gesprächspsychotherapie, Beziehungskonzepte der psychotherapeutischen Schulen, zahlreiche Publikationen vorwiegend zu diesen Themen.*

### Korrespondenzadresse:

*Dr. J. Finke, Hagelkreuz 16, 45134 Essen  
E-Mail: jobst.finke@uni-essen.de*