

Elisabeth Zinschitz

# Prä-Therapie – eine Antwort auf eine lange nicht beantwortete Frage

## Die Klientenzentrierte Psychotherapie in der Arbeit mit psychisch schwer kranken oder geistig behinderten Menschen

**Zusammenfassung:** Den Lesern wird hier eine Einführung in die Prä-Therapie von Garry Prouty geboten. Diese Vorgehensweise führt uns dort, wo die klientenzentrierte Theorie in Bezug auf die erste von Rogers formulierte Bedingung für therapeutische Veränderung offen geblieben ist, weiter, indem sie die Herstellung und Festigung von psychologischem Kontakt ermöglicht und so einen Zugang zu Klienten<sup>1</sup> mit psychotischem Erleben oder kognitiven Behinderungen bietet. Darüber hinaus wird dargestellt, wie die prä-therapeutischen Reflexionen auch als eine Form von früher empathischer Resonanz wirksam sind.

**Stichwörter:** Geistige Behinderung, Empathie, Entwicklungspsychologie, Klientenzentrierte Psychotherapie, Psychose, prä-expressives Selbst, Prä-Therapie, Prouty.

### Einleitung

Im Laufe der letzten Jahrzehnte hat der Schwerpunkt in der Betreuung geistig behinderter und schwer psychotischer Menschen sich von der Unterbringung und Aufbewahrung weg bewegt, hin zur Verbesserung ihrer Lebensqualität. Dadurch rückte auch die Beziehung zwischen Betreuer und Klient mehr in den Mittelpunkt. Im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung, aber auch bei Patienten mit Schizophrenie stößt man allerdings immer wieder an Grenzen, vor allem wenn es darum geht, sie aus ihren Stereotypen, aus ihrer Passivität, aus ihren Wutanfällen und ihren autodestruktiven oder autistischen Verhaltensweisen herauszuholen. Oft reichen pädagogische oder psychologische Konzepte nicht aus, um sie in ihrem oft unverständlichen oder irrationalen Verhalten zu begreifen. Auch die Suche nach Psychotherapeuten, die mit diesen Menschen arbeiten können, führt häufig nicht zum gewünschten Erfolg.

Trotz der enttäuschenden Ergebnisse des Wisconsin-Projektes in den fünfziger/sechziger Jahren vermehren sich in der klientenzentrierten Literatur die Publikationen zur Arbeit mit diesen speziellen Gruppen von Klienten. Ute Binder zeigt in ihren zahlreichen Artikeln über Empathie bei psychotischen Patienten, wie sie die

klientenzentrierten Grundhaltungen umsetzt. Soeben erschien ein Buch von Hans Peters mit dem Titel „Psychotherapeutische Zugänge mit geistiger Behinderung“ und an anderer Stelle habe ich dargelegt, weshalb ich die Klientenzentrierte Psychotherapie gerade bei geistig behinderten Klienten für sehr geeignet halte (Zinschitz, 2001).

Um überhaupt einen psychotherapeutischen Zugang zu einem Menschen zu finden, zu dem man keinen oder nur schwer Kontakt herstellen kann, bedarf es spezifischer Vorgehensweisen. Hier bietet Proutys Prä-Therapie eine Möglichkeit, über die oben beschriebenen Grenzen hinauszugehen.

### Geschichtliche Entwicklung der Prä-Therapie

#### Die Klientenzentrierte Psychotherapie mit schizophrenen Patienten

Das sogenannte Wisconsin-Projekt gilt als ein nicht sehr erfolgreicher Versuch, bei psychotischen Patienten mit der Klientenzentrierten Psychotherapie Erfolge zu erzielen. Es erbrachte leider nicht die erhoffte Bestätigung der Annahme, dass Klientenzentrierte Psychotherapie auch bei Menschen, die kaum oder nicht kommunikativ waren, mehr Wirksamkeit haben könnte. Die Ergebnisse zeigten im Wesentlichen, dass diese Patienten die Kernbedingungen nur geringfügig wahrnahmen, dass die therapeutische Grundhaltung

1 Um den Text leserlich zu halten, wird hier ausschließlich die männlichen Form der auf Personen verweisende Substantiva verwendet. Die Autorin legt Wert darauf, ausdrücklich festzuhalten, dass damit auch weibliche Personen gemeint sind.

keine signifikante Veränderung in ihrem Erleben hervorrief und dass es diesbezüglich auch keinen signifikanten Unterschied zwischen der durch Klientenzentrierte Therapeuten behandelte Gruppe und der Kontrollgruppe gab (s. Rogers et al., 1967; Prouty, 1990).

Differenzen innerhalb des Teams, aber auch Schwierigkeiten mit dem psychiatrischen Personal, das die zunehmende Selbstbestimmung der Patienten nicht akzeptieren konnte (s. Cohen, 1997, 176), mögen wesentlich dazu beigetragen haben, dass das Projekt nicht zum erhofften Resultat führte; die langfristige Folge war jedenfalls, dass Klientenzentrierte Psychotherapie als nicht für die Behandlung von psychotischen Patienten geeignet galt. Ein wichtiger Meilenstein in der Entwicklung des Ansatzes war dieses Projekt dennoch, insofern als es innerhalb der Klientenzentrierten Therapie eine Bewegung hin zu mehr Authentizität und Transparenz in der psychotherapeutischen Beziehung in Gang setzte (s. Thorne, 1992, 84).

### „There is somebody in there!“

In seinen Workshops beschreibt Prouty immer wieder sehr eindrucksvoll, wie sein geistig behinderter und ansonsten nicht sehr kommunikativer Bruder Bobby, zu Garrys großem Erstaunen, einmal unerwartet aus sich heraus ging. Als Garry mit einem Freund darüber sprach, ob sein Bruder ihn wohl verstehen könne, sagte dieser plötzlich: „Du weißt, dass ich dich verstehe, Garry!“, um dann wieder in seine Verslossenheit zurück zu versinken. In seiner späteren Arbeit mit geistig behinderten und psychisch kranken Menschen wurde er daran erinnert, und er verstand: „There is somebody in there“ – Da drinnen ist jemand ...

Die Frage war nun, wie man mit diesem Jemand Kontakt aufnehmen könnte. Prouty berichtet, wie dabei für ihn drei prägende Erfahrungsstränge zusammenkamen: Zuerst waren da die Erlebnisse mit seinem Bruder; dann kam er während seines Universitätsstudiums in Chicago mit Eugene Gendlin und durch ihn mit Rogers' Theorie in Kontakt und machte eine Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie; 1966 begann er schließlich in einer geschützten Werkstätte mit geistig behinderten und psychisch kranken Menschen zu arbeiten.

### Die Verknüpfung der drei Stränge

Garry Prouty merkte, dass Rogers' erste Bedingung für eine psychotherapeutische Beziehung, nämlich das Vorhandensein psychologischen Kontakts (vgl. Rogers, 1959a), bei diesen Klienten nicht immer erfüllt war. Sie schienen ihn oder die Umgebung nicht wahrzunehmen oder sich nicht einmal ihrer selbst bewusst zu sein. Rogers hatte diese Bedingung zwar formuliert, aber völlig offen gelassen, wie dieser Kontakt, falls nicht vorhanden, herzustellen sei

(s. Prouty, 1994, 26). In seinem Bericht über das Wisconsin-Projekt beschreibt Rogers lediglich die Tatsache, dass die Beziehung einen Problemfaktor darstellt, insofern als die schizophrenen Patienten dazu tendierten, den Aufbau von Beziehungen entweder durch anhaltendes Schweigen oder durch einen Wortschwall abzuwehren. Gendlin (1970) hob hervor, dass in der Psychose das Erleben eingengt wird oder nicht zugänglich ist. Prouty kritisiert diese Ansätze insofern, als die Schizophrenie hier über ein theoretisches Konstrukt (Kontakt oder Erleben) definiert wird, das abwesend oder beeinträchtigt ist (1994, 26).

Aus dem Versuch, die Frage zu beantworten, wie klientenzentrierte Theorie und Praxis auf den fehlenden oder beeinträchtigten psychologischen Kontakt konstruktiv reagieren können, wurde die Prä-Therapie geboren. Prouty beschreibt dies als eine natürliche Geburt, die sich im Rahmen seiner klientenzentrierten Arbeit mit diesen Menschen vollzog. Erst Gendlin wies ihn darauf hin, dass seine Vorgehensweise eine andere war, schon alleine da Prouty andere Ergebnisse als Gendlin und Rogers erzielte. Erst Jahre später wurde Prouty dazu bewogen, seine Gedanken schriftlich zu formulieren, und es war eine angenehme Überraschung zu bemerken, dass er damit für viele, die in diesem Bereich arbeiteten, eine Antwort auf eine bis dahin unbeantwortete Frage zu geben schien.

## Die philosophischen Grundlagen

### Die konkrete Phänomenologie

In seiner Studienzeit wurde Prouty bereits vom phänomenologischen Naturalismus und Realismus des amerikanischen Philosophen Marvin Farber beeinflusst. (vgl. Prouty et al., 1998, 21f). Die Prä-Therapie steht in der existenziell-phänomenologischen Tradition, in der es darum geht, die Phänomene in ihrer existenziellen Bedeutung zu beschreiben, wie sie vom Menschen erlebt werden. Das ist insofern wesentlich, als die Prä-Therapie mit dem konkreten, unmittelbaren Erleben und nicht mit den für die Psychotherapie allgemein wichtigen symbolischen Bedeutungen arbeitet. Prouty verwendet für die philosophische Sichtweise konkreten Erlebens den Begriff des „An sich“. Dabei bezieht er sich auf Scheler in Zusammenhang mit seinen Ausführungen über die Entsymbolisierung des konkreten Phänomens und auf Sartre, der das „An-Sich“ als „ganz und gar auf sich selbst verweisend“ beschreibt, sowie auf Husserl bezüglich dessen Auffassung des In-der-Welt-Seins. „Das heißt, dass die Erfahrung sich auf sich selbst bezieht und sich selbst bedingt. Für die Psychotherapie bedeutet das: Es geht in erster Linie darum, genau zu verstehen, was der Klient erlebt, und nicht darum, sein Erleben zu deuten.“ (Prouty et al., 1998, 28) Farbers Naturalismus fügt hinzu, dass das „Phänomen genauso beschrieben werden muss, wie es im Bewusstsein erscheint, ohne die naturalistischen und realistischen Einzelheiten wegzulassen“ (ebd., 29). Die

Tatsache, dass das Phänomen entsymbolisiert sei (Scheler), bedeutet, dass es sich auf einer vorsprachlichen Ebene befindet, so dass wir in der Arbeit mit diesen Klienten auch andere Ausdrucksebenen, wie Mimik und Körpersprache, beachten müssen.

### Die existenziellen Strukturen des Bewusstseins

Prouty hat versucht, sich in schizophrener Erleben hineinzuversetzen und meint, dass der existenzielle Kontakt mit der reinen Beobachtung und dem zielgerichteten Bewusstsein beginnt. Merleau-Ponty beschreibt im phänomenalen Bewusstseinsfeld drei Ebenen: Welt, Selbst und Andere. „Bringt man diese philosophischen Begriffe mit Farbers Naturalismus in Verbindung, kann das gewöhnliche, alltägliche, natürliche Bewusstsein als kommend von, gerichtet auf und verbunden mit Welt, Selbst und Anderen verstanden werden“ (Prouty et al., 1998, 30): das Bewusstsein der Dinge und Bedingungen um mich herum, das Bewusstsein meiner Selbst und das Bewusstsein des absichtsvollen Ausgerichtet-Seins auf Andere. „Das sind die existenziellen Strukturen unseres Bewusstseins“ (ebd.), die gleichzeitig die Funktion von Kontaktstrukturen haben: sie stellen bei Menschen, die sich in einem Zustand *existenziellen Autismus* befinden, die Verbindung zwischen Bewusstsein und Erleben, dass heißt *existenziellen Kontakt* her.

### Die psychologischen Grundlagen

Kehren wir nun zurück zum Ausgangspunkt, nämlich dem (Wieder-)Herstellen von Kontakt, so kommen wir zur psychologischen Grundlage der Prä-Therapie. Prouty bezieht sich hierin nicht nur auf Rogers, sondern auch auf Fritz Perls (1969), der Kontakt als eine „Ich-Funktion“ beschreibt (Prouty, 1994, 37). Prä-Therapie dient zur Wiederherstellung dieser Kontaktfunktion und differenziert dabei drei Ebenen: die *Kontaktreflexionen* (des Therapeuten), die *Kontaktfunktionen* (des Klienten) und das *Kontaktverhalten*, das messbar ist.

### Die Kontaktfunktionen

Prouty erweitert Perls' Konzept des Kontakts zu den „Kontaktfunktionen“, wobei er drei Ebenen des funktionellen Bewusstwerdens unterscheidet:

1. *Realitätskontakt* mit der Wirklichkeit der Menschen, Orte, Dinge und Ereignisse in der Welt um uns herum, wie wir sie wahrnehmen;
2. *Affektiven Kontakt* mit den eigenen Stimmungen, Gefühlen und Emotionen, also mit sich selbst;
3. *Kommunikativen Kontakt*, der die beiden vorher genannten Ebenen gegenüber anderen verbal symbolisiert.

### Die Kontaktreflexionen

Zur Wiederherstellung der Kontaktfunktionen greift die Prä-Therapie auf fünf Arten von Kontaktreflexionen zurück:

1. Die *Situationsreflexion* (SR) – Ansprechen der Situation- fördert den Kontakt mit der *Realität* (Welt).  
*Beispiele:* „Sie schauen auf den Boden“; „Draußen ist Lärm zu hören“; „Es ist Nachmittag“.
2. Die *Gesichtsausdrucksreflexion* (GR) – Ansprechen des Gesichtsausdrucks fördert den *affektiven Kontakt* (Selbst).  
*Beispiele:* „Du schaust traurig drein“; noch konkreter: „Tränen rinnen über deine Wangen“.
3. Die *Körperhaltungsreflexion* (KR) – Wiedergeben der Körperhaltung fördert ebenfalls den *affektiven Kontakt* (Selbst). Diese Reflexion kann verbal gegeben werden, aber auch über Duplikation, wobei der Therapeut dieselbe Körperhaltung einnimmt oder dieselben Bewegungen macht wie der Klient.  
*Beispiele:* „Sie haben die Arme verschränkt“; „Du wiegst dich hin und her“.
4. Die *Wort-für-Wort-Reflexion* (WWR) – Das vom Klienten Gesagte wird Wort für Wort wiederholt – dies fördert den *kommunikativen Kontakt* (Andere). Dabei werden exakt alle erkennbaren Worte wiedergegeben, unabhängig von deren Bedeutung.  
*Beispiel:* In einem Artikel beschreibt Prouty (1990), wie eine Mitarbeiterin auf einer psychiatrischen Station mit einer älteren Patientin arbeitet. Sie gibt lediglich das wieder, was sie versteht, und die Patientin beginnt sich immer klarer auszudrücken und ihr konkretes Erleben zu benennen.  
  
*„Kl: Komm mit.  
Th: Komm mit  
(...)  
Kl. (legt die Hand an die Wand): Kalt  
Th (legt die Hand an die Wand): Kalt  
(...) D. begann Wortfragmente zu murmeln. Ich achtete sorgfältig darauf, nur die Worte zu wiederholen, die ich verstehen konnte. Was sie sagte, begann Sinn zu machen.  
Kl.: Ich weiß nicht mehr, was das hier ist. (...) Die Wände und Stühle haben keine Bedeutung mehr für mich. (...)  
Th: (...) Sie wissen nicht mehr, was das hier ist. Die Wände und Stühle haben keine Bedeutung mehr für Sie.  
Kl.: (...) Es gefällt mir hier nicht. Ich bin so müde ... so müde.  
Th.: (...) Sie sind so müde, so müde.“ ( 652)*
5. Die *Wiederaufgreifende Reflexion* (WR) – Dabei handelt es sich nicht um eine weitere Art von Reflexion, sondern um ein Prinzip: Man greift etwas auf, das bereits in der näheren oder ferneren Vergangenheit einmal angesprochen wurde und stellt so Bezug her. Das kann unmittelbar, nachdem eine der vier anderen Reflexionen erfolgreich war, gemacht werden oder später, so dass Bezug zu einer weiter zurückliegenden Vergangenheit hergestellt wird.

**Beispiel:**

„Kl.: Aufmachen.

Th.: Du schaust. Du schaust Mindy an. (GR)

Th.: Du willst die Formen herausnehmen. (SR)

Th.: Du schaust. (GR)

Th.: Letztes Mal saßen wir auf den Stühlen. (langfristige WR)

Th.: Letztes Mal hat es geregnet. (langfristige WR)

Th.: Heute scheint die Sonne. (SR)

Th.: Vorhin hat Hans gesagt: ‚Aufmachen‘. (kurzfristige WR)

(Prouty et al., 1998, 51)

**Das Kontaktverhalten**

Darunter versteht Prouty die sich manifestierenden Veränderungen im Realitätskontakt sowie im affektiven und kommunikativen Kontakt. Dieses Verhalten wird in verschiedenen Ausdrucksdimensionen sichtbar, zum Beispiel über Blick- und Körperkontakt, über das Sich-Mitteilen des Klienten, das mit Video aufgenommen, transkribiert und ausgewertet werden kann. Das ist der Aspekt des psychologischen Kontakts, der messbar und daher für Forschung zugänglich ist. In den bisherigen Studien wurden sowohl signifikanter Erfolg im Sinne der theoretischen Vorgaben (Hinterkopf, Prouty, Brunswick, 1979; Prouty, 1990), sowie auch Reliabilität (De Vre, 1992) und Validität (Prouty, 1994) und wieder signifikanter Erfolg im Sinne der theoretischen Vorgaben (Dinacci, 1994a, 1994b) nachgewiesen.

**Das Prä-expressive Selbst**

Ein wichtiges Konzept innerhalb der Prä-Therapie ist das des prä-expressiven Selbst, das als Grundlage für das Verstehen des prä-therapeutischen Prozesses gilt. Es bezeichnet eine Neigung, „Erleben zum Ausdruck zu bringen, das erst noch integriert werden muss“ (Prouty et al, 1998).

Die Sprache schizophrener, aber auch kognitiv beeinträchtigter Klienten, scheint keinen Bedeutungszusammenhang oder Realitätsbezug zu beinhalten: Diese Klienten befinden sich in einem prä-expressiven Zustand. Mittels der prä-therapeutischen Reflexionen wird versucht, ihnen zu helfen, da herauszukommen, damit ihr Selbst in einen expressiven Zustand gelangt.

Als Nachweis dafür, dass hinter dem Autismus, hinter der Psychose, der geistigen Behinderung, der Senilität, der Halluzination usw. ein solches prä-expressives Selbst vorhanden ist, führt Prouty die Geschichte mit seinem Bruder an. Auch Luc Roelens, ein belgischer Psychiater, gibt dafür Beispiele: Ein Patient mit einer Schizophrenie, der nicht sprach, wurde von einer Krankenschwester gefüttert. Als er sich verschluckte und alles ausspuckte, wobei er sie beschmutzte, sagte er sofort „Es tut mir leid, das wollte ich nicht“ und verfiel dann wieder zurück in seinen apathischen Zustand (Prouty, 2001).

Psychotische Metaphern sind als eine Form prä-expressiven Ausdrucks zu sehen:

„Sie haben keinen Kontext, aus dem man eine Bedeutung ableiten kann, und keinen Bezug, anhand dessen ihre symbolische Funktion vervollständigt werden könnte. Das bedeutet, dass diesen Ausdrucksweisen der Realitätsbezug fehlt, und sie scheinen sich auf keine reale Quelle zurückführen zu lassen. Wenn man nicht versteht, dass die latente Realität prä-expressiv „verpackt“ ist, kann man dem therapeutischen Potential der psychotischen Ausdrucksweise nicht gerecht werden.“ (Prouty, 2001)

Es sei noch angemerkt, dass Prouty (2001) unter Bezug auf die Psychoanalyse ausdrücklich darauf hinweist, dass das Konzept der Regression nicht mit dem prä-expressiven Selbst gleichgestellt werden kann: Die psychotische Regression beschreibt eine Fehlentwicklung und impliziert kein prä-expressives Potenzial und enthält kein therapeutisches Konzept.

**Prä-Therapie als Form von früher empathischer Reflexion**

Im Laufe meiner Arbeit mit Kleinkindern und Erwachsenen mit einer kognitiven Beeinträchtigung fiel mir immer mehr die Parallele zwischen den prä-therapeutischen Reflexionen und der Art, wie Erwachsene alles, was das Kleinkinder äußern oder machen, benennen. Sie helfen ihnen dadurch, ein Verständnis von sich selbst und den Gegenständen oder Personen um sie herum zu entwickeln, d.h. von einem prä-expressiven zu einem expressiven Selbst zu gelangen. Am Anfang findet das statt, indem der Erwachsene den Gesichtsausdruck und die Laute des Kindes nachahmt, in einer späteren Phase werden die von Empathie getragenen Interaktionen differenzierter. Binder (1998) nennt in diesem Zusammenhang Interesse wecken, Aufmerksamkeit teilen, imitieren, ablenken und aufmuntern, trösten und Hilfe anbieten. Sie schreibt dazu:

„Betrachten wir den Normalfall von frühkindlicher Entwicklung, so treffen wir kulturübergreifend auf typische Merkmale der Mutter-Kind-Interaktion, die dem, was Prouty „psychologischen Kontakt“ nennt, deutlich entsprechen. Dies ist ein auf emotionale Verbindung ausgerichteter Kontakt, der als solcher im Prinzip auf motivational prosozialem empathischen Verstehen beruht. Die Empathie der Bezugspersonen hat im Entwicklungsprozess einen zentralen Stellenwert für die Entwicklung von Selbst, Selbstbild, Bindungsfähigkeit, sozialem Verstehen, Umweltkontrolle und Selbstregulation.“<sup>2</sup>

Gerade in diesen Aspekten weisen Menschen mit schweren Störungen, aber auch jene mit geistiger Behinderung Schwächen auf. Was Binder für schizophrene Menschen beschreibt, trifft in vielerlei Hinsicht auch auf Klienten mit einer geistigen Behinderung zu (vgl. Zinschitz, 2001). Manche von ihnen sind nicht in der Lage, die eigenen Gefühle zu verstehen, zu kontrollieren oder zu verarbeiten, was

2 Zitat aus einem noch nicht veröffentlichten Manuskript, das mir von der Autorin zur Verfügung gestellt wurde.

zu einer nicht zu bewältigenden inneren Spannung führt, die sich in emotionalen Ausbrüchen, intensiven Angstzuständen und Unsicherheit oder Kontaktmangel entladen kann; in machen Fällen kommt es sogar zu selbstverletzenden Handlungen. Es ist hilfreich, dieses Verhalten als Ausdruck der Selbstaktualisierung zu verstehen, die sich nicht konstruktiv entfalten kann, da kein selbst-empathisches Repertoire vorhanden ist.

Daher ist Empathie nicht nur eine therapeutische Begleitscheinung, sondern die Vorgangsweise, um den Patienten zu helfen, sich in diesem Aspekt zu entwickeln. Prä-Therapie ist aufgrund ihrer konkreten, dem prä-expressiven Selbst entsprechenden Vorgehensweise, eine grundlegende Form von Empathie. Die Reflexionen holen den Menschen dort ab, wo er in seinem Erleben und in seiner Kontaktfähigkeit steht. Die Parallele zum Umgang mit Kleinkindern impliziert jedoch nicht, dass wir Erwachsenen dabei nicht als Erwachsenen begegnen sollen. In unseren Interaktionen mit ihnen müssen wir respektvoll, konkret und transparent sein.

Empathie „ist oft wortlos. Sie wirkt mit Elementen wie Geruch, Anblick, Klang.“ (Shlien, 1997, 77) In der Arbeit mit Menschen, die sich auf prä-expressive Weise ausdrücken, ist es wesentlich, all meine Sinne verstärkt zu aktivieren, um zu empathischem Verstehen zu gelangen. Ich muss jede Faser meines Organismus öffnen, um die Signale meines Gegenübers aufnehmen zu können. Intuition spielt dabei sicher auch eine wesentliche Rolle: Ich muss immer wieder aufs Neue einschätzen, auf welcher Kontaktebene sich der Klient in jedem Moment befindet.

## Prä-Therapie in der Praxis

### Die Grauzone

Auch wenn wir von scheinbar klar definierten expressiven Zuständen und therapeutischen Vorgehensweisen sprechen, so sind diese in der Praxis nicht so klar umrissen. Ein Klient kann von einer Aussage zur anderen mehr oder weniger in Kontakt mit seiner Umwelt oder mit sich selbst sein. Van Werde (1998) spricht von einem „Funktionieren in der Grauzone“, wenn sich der expressive und der prä-expressive Zustand überlappen. Manchmal ist es schwer zu entscheiden, auf welcher Funktionsebene der Klient sich gerade befindet, und er plädiert im Zweifelsfall für Kontaktreflexionen: „Wenn in der Grauzone prä-therapeutische Reflexionen verwendet werden, bleibt es der Klientin überlassen, auf welcher Schiene sie weiterfährt“ (ebd., 121).

In meiner Arbeit habe ich einen Weg gefunden, beide Möglichkeiten offen zu halten, nämlich indem man in Wort-für-Wort-Reflexionen entweder das vom Klienten benützte Personalpronomen „ich“ übernimmt bzw. den Eigennamen des Klienten benützt oder ihn mit „du/Sie“ bezeichnet. Letztere Anrede setzt ein gewisses Ausmaß an Beziehung oder Kontakt voraus, die Reaktion des Klienten

kann daher als Maßstab für seine Funktionsebene herangezogen werden. Auch hier besteht eine Parallele mit der Art und Weise, wie Kleinkinder sich selbst bezeichnen, bevor sie das Wort „ich“ benutzen: „Kinder missverstehen relationale Ausdrücke anfänglich als Material qualifizierende Ausdrücke (...) In diesem Stadium gebrauchen Kinder für sich selber ihre Eigennamen und sind versucht, ‚ich‘ (oder ‚du‘ – Anm. d. Autorin) als (deskriptive) Eigennamen zu verstehen. In einem zweiten Stadium erfassen die Kinder die Relationalität von relationalen Ausdrücken“ (Holenstein, 1985, 67f). Das ist die Phase, in dem das Kind sich aus seiner egozentrischen Wahrnehmung der Welt zu lösen und sich in Beziehung wahrzunehmen beginnt.<sup>3</sup>

Ein weiteres Hilfsmittel für diese Einschätzung ist es, wie oben erwähnt, die eigenen Sinne für empathisches Verstehen non-verbaler Signale zu öffnen. Stern stellt die Frage, wann ein Kleinkind von der Interaktion zur Beziehung hinüber wechselt und weist darauf hin, dass es in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres bereits Verhaltensweisen zeigt, „die stark darauf hindeuten, dass man allmählich von Beziehungen reden darf“ (1997, 117), wenn das Kind nämlich auf Vertrautheit und Fremdheit von Personen zu reagieren beginnt. Auch bei den hier besprochenen Klienten ist es hilfreich, in diesem Zusammenhang auf ihre Körpersignale zu achten, um die Art und den Grad ihres In-Kontakt-Seins einschätzen zu können.

So muss der Therapeut oder die Betreuungsperson stets zwischen kongruenter klientenzentrierter Kommunikation und prä-therapeutischen Reflexionen hin und her pendeln, um sich auf empathische Weise innerhalb des Bezugsrahmens des Klienten zu bewegen.

### Verankerung des Kontakts

Van Werde (1998) unterscheidet als Bezugspunkt dafür, welche Form von Kontakt den Menschen angeboten werden soll, vier verschiedene Verankerungsschichten:

1. Existenzieller Kontakt. Dabei geht es um das grundlegende Recht zu existieren und als Mitglied einer Gesellschaft anerkannt zu sein. Im alten Rom gab es ein Ritual, bei dem der Vater einer Patrizierfamilie das Neugeborene in die Arme gelegt bekam. Wenn er es annahm, bedeutete das, dass das Kind ein Existenzrecht (als Mitglied der Familie) hatte (Affirmation). In anderen Kulturen ist die Namensgebung (im religiösen Bereich die Taufe) ein dementsprechendes Ritual.

---

3 Prouty weist darauf hin, wie nach Pietrzak die Anwendung von Eigennamen statt des persönlichen Fürwortes „ich“ insbesondere bei autistischen Klienten dazu beitragen kann, „in einer sicheren psychologischen Distanz Grundlagen für die Identitätsbildung aufzubauen“ (Prouty, 1994). Bei Halluzinationen bietet das Fürwort „es“ „eine semantische Distanz und größere psychologische Sicherheit bei der Annäherung an die betreffenden Inhalte“ (Prouty et al., 1998, 55).

2. Psychologischer Kontakt. Das ist der von Prouty beschriebene Kontakt in Form von konkreter Wahrnehmung der Realität und der eigenen Affekte sowie der Fähigkeit, darüber mit anderen auf kongruente Weise kommunizieren zu können (siehe oben).
3. Festigung und Stärkung der wiederhergestellten Kontaktfunktionen. Das kann in einem kontaktfördernden Milieu erfolgen (für nähere Erläuterung siehe weiter unten).
4. Kultureller Kontakt. Dabei geht es um das Zugehörigkeitsgefühl zu einer bestimmten Gruppe. Van Werde beschreibt, wie auf seiner Station die Innendekoration bewusst daraufhin ausgerichtet wurde, indem als zur belgischen Kultur zugehörig erkennbare Bilder und Gegenstände (Strandmuscheln, Briefmarken, Comicbücher) zur Einrichtung verwendet wurden (ebd., 130).

Es zeigt sich, dass diese Verankerungen auf subtile, von uns nicht bewusst wahrgenommene Weise nahezu fortwährend wirksam sind. Wird dies berücksichtigt, so kann der Alltag auf der Station auf allen Ebenen auf Kontaktförderung hin ausgerichtet werden.

### Prä-Therapie in Institutionen

Van Werde (1998) beschreibt darüber hinaus, wie auf seiner psychiatrischen Station ein Kontaktmilieu hergestellt wird, so dass sich alle Betreuungspersonen, bis hin zum Reinigungspersonal, im Umgang mit den Patienten vom Gedanken der Prä-Therapie, nämlich der Wiederherstellung und Festigung von Kontakt, leiten lassen. Das bedeutet, dass Kontakt nicht nur in Einzelsitzungen hergestellt, sondern auch in der Beschäftigungstherapie, der Bewegungstherapie und im Stationsalltag gefestigt werden kann. Darüber hinaus werden die Gruppenaktivitäten ebenfalls gezielt auf Kontaktfestigung ausgerichtet. Insgesamt kann gesagt werden, dass die Prä-Therapie sich hier von allen Mitarbeitern rund um die Uhr in der Gruppe und in einzelnen Begegnungen spontan immer und überall anwenden lässt.

Ich selbst habe Betreuer einer geschützten Werkstätte in ihren prä-therapeutischen Bemühungen mit Menschen mit einer geistigen Behinderung begleitet, nachdem ich ihnen dafür Anleitungen gegeben hatte. Peters (2001) bezeichnet dies als mittelbare Therapie: Das ist „jene Form von Therapie (...), „bei der jemand nach einer Ausbildung durch einen Sachkundigen das problematische Verhalten eines anderen zu beeinflussen versucht.“ (ebd., 72). Der Fortschritt zeigte sich in einer besseren Kontaktfähigkeit der Klienten, was zur Lebensqualität beitrug; außerdem erweiterten die Betreuer auf diese Weise ihr Umgangsrepertoire. Sie lernten, den Bezugsrahmen der Klienten ernst zu nehmen und als Kommunikationszugang zu nutzen, statt zu versuchen, nach der Wahrheit zu suchen oder die Klienten in die Realität zu „zerren“. Abgesehen von einer Verbesserung der Lebensqualität kann eine weitere Wirkung darin liegen, dass der Klient soweit kontaktfähig wird, dass eine Einzeltherapie sinnvoll und effektiv sein kann.

### Prä-Therapie in Einzelsitzungen

Im individuellen therapeutischen Setting finden wir andere Bedingungen vor. Die Sitzung ist zeitlich vereinbart, also weniger spontan, sie findet in einem speziell dafür vorgesehenem Raum statt und meist befinden sich die Klienten, wenn auch nicht ausschließlich, mehr in einem prä-expressiven Zustand als in einer Grauzone. Das bedeutet, dass es in erster Linie um Kontaktherstellung geht, wobei wir stärker beim Prozess des einzelnen Klienten bleiben und sein psychotisches oder durch die geistige Beeinträchtigung bestimmtes Erleben als Zugang nutzen.

Je nachdem wie die Kontaktfähigkeit des Klienten sich steigert, können wir allmählich auf die kongruente Kommunikationsform einer Klientenzentrierten Therapie übergehen. Die drei von Rogers formulierten Kernbedingungen – Empathie, bedingungslose positive Zuwendung und Kongruenz – sind zwar auch für die prä-therapeutischen Reflexionen als Grundhaltung anzusehen, aber auf einer höheren Funktionsebene nimmt das Symbolverständnis und die Abstrahierungsfähigkeit zu, so dass das empathische Verstehen des Therapeuten sich auf das expressive Selbst des Klienten beziehen kann.

### Die Geschichte der Carina<sup>4</sup>

Da meine Arbeit sich spezifisch auf Menschen mit kognitiven Behinderungen bezieht, kann ich aus diesem Bereich eine Fallgeschichte bringen. Beispiele aus der Psychiatrie finden sich zahlreich in der angeführten Literatur.

Carina war von ihrer physischen und sexuellen Entwicklung her Mitte zwanzig, aber ihr Spielverhalten und ihre Umgangsweise mit anderen waren die eines kleinen Mädchens im Vorschulalter. Sie wohnte in einer betreuten Wohngemeinschaft und lebte in einer Phantasiewelt, in der alle Personen um sie herum Rollen zugewiesen bekamen. Sie schien wenig Realitätskontakt zu haben, murmelte häufig in sich selbst hinein, nahm keinen Blickkontakt auf und ließ immer ihren Kopf hängen (existentieller Autismus). Ihre Betreuer erhielten schwer Zugang zu ihr und konnten oft nicht einschätzen, ob ihre Aussagen sich auf die Realität (zu Hause bei ihren Eltern, wo sie die Wochenenden verbracht) bezog oder in den Bereich ihrer Phantasie gehörten. Alpträume plagten sie und ein Verhaltensaspekt, der ihr gesamtes Umfeld massiv störte, war ihr häufiges Masturbieren.

Ihre Bezugsbetreuerin begann unter meiner Supervision mit den prä-therapeutischen Reflexionen mit ihr zu arbeiten. Es war das erste Mal, dass jemand Carina in ihre Phantasiewelt hinein begleitete. Sie registrierte ziemlich sofort die Wort-für-Wort-Wiederholungen und zeigte Gefallen daran. In der vierten Einzelsitzung sah

<sup>4</sup> Aus Gründen des Anonymitätsschutzes, wurden Namen und Einzelheiten geändert

sie nach einer offenbar nicht korrekten Wort-für-Wort-Reflexion der Betreuerin auf und wiederholte die eigenen Worte unter festem Blickkontakt (kommunikativer Kontakt). Als die Betreuerin diese dann korrekt nachsagte, war sie zufrieden. Sie verfiel zwar wieder zurück in ihre autistische Körperhaltung und ihr stereotypes Schaukeln, aber mit der Zeit gab es immer öfter Blickkontakt und sie begann den Raum für sich in Anspruch zu nehmen (Realitätskontakt). Sie teilte der Betreuerin Rollen zu und gab ihr Regieanweisungen: „Sag du, dass ...!“ Ihre Aussagen im Rollenspiel wiesen zunehmend den Charakter emotionaler Bewertungen auf: „Das gefällt mir nicht!“, „Das lässt sie sich nicht gefallen!“ (affektiver Kontakt). Sie begann Fragen zu stellen, weshalb sie etwas tun oder irgendwohin gehen sollte (Realitätskontakt und kommunikativer Kontakt).

Insgesamt zeigte sie mehr prosoziales Verhalten und nahm zunehmend an die Aktivitäten innerhalb der Wohngemeinschaft teil. In einer späteren Phase kam sie zu mir für eine Klientenzentrierte Psychotherapie (eher eine Spieltherapie), in der das Thema Sexualität mit erwachsenen Männern sehr im Vordergrund stand. Eine kurze Sequenz aus diesen Sitzungen:<sup>5</sup>

*C: Mann hat weh getan. (kein Blickkontakt)*  
*Th (WWR): Mann hat weh getan*  
*Th (KR): Du lässt den Kopf hängen und schaut auf den Boden*  
*C: Bauchweh*  
*Th (WWR): Carina sagt: Bauchweh. Du sagst: Bauchweh.*  
*(Carina legt sich auf den Boden und wälzt sich hin und her, eine Hand reibt zwischen den Beinen, die andere reibt den Bauch)*  
*Th: (SR): Du liegst am Boden. Du hältst den Bauch, du hast die Hand zwischen den Beinen..*  
*C: Der Mann hat mir weh getan.*  
*Th (WWR): Der Mann hat mir weh getan. Du sagst, dass der Mann dir weh getan hat.*  
*C: Angst!*  
*Th (WWR): Angst. Du schreist: Angst!*  
*C: Sag, dass er das nicht tun darf!*  
*Th (WWR): Sag, dass er das nicht tun darf! Du möchtest, dass ich ihm verbiete, dir weh zu tun!*  
*Th: Du darfst Carina nicht weh tun! (Da die Klientin offenbar mit mir in Kontakt war, befolgte ich ihren Wunsch)*  
*C: Das darfer nicht, gell! Nein, das darfst du nicht! Da werde ich böse!*

(Nach einigen Wiederholungen und Drohungen setzte sie sich zufrieden zu mir auf das Sofa und verlangte nach Zeichenmaterial).

Auch wenn ihre diesbezüglichen Erfahrungen nie wirklich aufgeklärt werden konnten, stellte sich die Beschäftigung damit als hilfreich heraus. Aus einem Vorschulkind wurde ein kicherndes Mädchen im prä-adoleszenten Alter, das weniger oft masturbierte, aber heftig mit den männlichen Mitbewohnern flirtete. Ein Aufklärungsbuch für Kinder half ihr in der Folge einen adäquateren Zugang zu ihrer eigenen Sexualität zu finden.

## Wirkungen der Prä-Therapie

Aus dem Vorgehenden ist nun wohl deutlich geworden, dass die prä-therapeutischen Reflexionen in erster Linie auf die (Wieder-)Herstellung und Festigung psychologischen Kontakts mit Welt, Selbst und Anderen abzielen. Ihre Auswirkungen können jedoch weiter reichen. In manchen Fällen wird sogar, wie oben angeführt, eine psychotherapeutische Behandlung möglich. Auch wenn das nicht der Fall ist, so nimmt doch die Häufigkeit der autodestruktiven Handlungen ab, es kommt weniger oft zu Schreianfällen und manche Patienten kommen aus ihrer ängstlichen Zurückgezogenheit heraus. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Lebensqualität sich verbessert, was ich eindeutig auf die empathische und affirmative Qualität der prä-therapeutischen Reflexionen zurückführe.

Jerold Bozarth beschreibt es sehr gut mit den folgenden Worten: „Wenn der Mensch als der, der er in dem Moment ist, bestätigt werden kann, dann ist das gut genug.“<sup>6</sup> (1998, 49)

## Literatur:

- Binder, Ute (1998), Empathy and empathy development with psychotic clients, in: Thorne, Brian / Lambers, Elke (Hg.), Person-centred therapy. A European perspective, London (Sage) 1998, 216–230
- Bozarth, Jerold (1998), Person-centred therapy: A revolutionary paradigm, Ross-on-Wye (PCCS Books) 1998
- Cohen, David (1997), Carl Rogers. A critical biography, London (Constable) 1997
- De Vre, Rita (1992), Prouty's pre-therapie, Gent (Lizenziatsarbeit, Psychologische Fakultät der Universität Gent) 1992
- Dinacci, Aldo (1994a), Colloquio Pre-Terapeutico: Criterio obiettivo di valutazione, in: LEGGE e PSYCHE, Rivista di Psicologia Giuridica, Anno III, Nr. 1, (1994)
- Dinacci, Aldo (1994b), Experimental research on the psychological treatment of schizophrenic clients with Garry Prouty's pre-therapy and innovative developments, Gmunden (Vortrag gehalten am 3. ICCCEP Kongreß), 1994
- Gendlin, Eugene (1970), Research in psychotherapy with schizophrenic patients and the nature of that „illness“, in: Hart, Joseph. T. / Tomlinson, T. M. (Eds.): New Directions in Client-Centered Psychotherapy, Boston (Houghton, Mifflin & Co.) 1970
- Hinterkopf, Elfi / Prouty, Garry F./ Brunswick, Les (1979), A pilot study of pre-therapy method applied to chronic schizophrenic patients, in: Psychosocial Rehabilitation Journal, 3 (1979) 11–19.
- Holenstein, Elmar (1985), Menschliches Selbstverständnis. Ichbewußtsein – Intersubjektive Verantwortung – Interkulturelle Verständigung, Frankfurt am Main (Suhrkamp) 1985
- Perls, Fritz (1969), The ego as a function of the organism. Ego, Hunger and Aggression, New York (Vintage Books) 1969

5 Aus Gründen des Anonymitätsschutzes wurden Einzelheiten geändert.

6 Übersetzung stammt von der Autorin.

- Peters, Hans (2001): Psychotherapeutische Zugänge bei Menschen mit geistiger Behinderung, Stuttgart (Klett-Cotta) 2001
- Prouty, Garry F. (1990), Pre-Therapy: A theoretical evolution in the person-centered/experiential psychotherapy of schizophrenia and retardation, in: Lietaer, Germain/Rombauts Jan/van Balen, Richard, Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties, Leuven (Leuven University Press) 1990, 645–658
- Prouty, Garry F. (1994), Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy. Applications to schizophrenic and retarded psychoses, Westport (Praeger Publishers) 1994
- Prouty, Garry F. (1998), Die Grundlagen der Prä-Therapie, in: Prouty, Garry F./Pörtner, Marlis/van Werde, Dion, Prä-Therapie, Stuttgart (Klett-Cotta) 1998
- Prouty, Garry F. (2001), Prä-Therapie: eine Einführung zur Philosophie und Theorie. In: Keil, Wolfgang W./Stumm, Gerhard, Die vielen Gesichter der Klientenzentrierten/Personzentrierten Psychotherapie, Wien (Springer) 2001 (in Druck)
- Rogers, Carl R. (1959a), A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (ed.), Psychology. A study of science, Vol III, New York (McGraw Hill) 1959, 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) 1987
- Rogers, Carl R./Gendlin, Eugene T./Kiesler, Donald J./Truax, Charles B. (1967), The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics, Madison, Wis. (University of Wisconsin Press) 1967
- Shlien, John (1997), Empathy in psychotherapy: A vital mechanism? Yes. Therapist's conceit? All too often. By itself enough? No, in: Bohart, Arthur/Greenberg, Leslie (eds.), Empathy Reconsidered. New Directions in Psychotherapy, Washington (American Psychological Society) 1997, 63–80
- Stern, Daniel (1977), The first relationship: infant and mother, Cambridge, MA (Harvard University Press) 1977; dt.: Mutter und Kind: die erste Beziehung, Stuttgart (Klett-Cotta) 1997, 3. Aufl.
- Van Werde, Dion (1998), Prä-Therapie im Alltag einer psychiatrischen Station, in: Prouty, Garry F./Pörtner, Marlis/van Werde, Dion, Prä-Therapie, Stuttgart (Klett-Cotta) 1998
- Zinschitz, Elisabeth. (1997), Der Personzentrierte Ansatz in der Behindertenarbeit, Person 2 (1997) 120–127
- Zinschitz, Elisabeth (2001), Das scheinbar Unverständliche verstehen. Empathie in der psychotherapeutischen Arbeit bei Menschen mit einer geistigen Behinderung, in: Iseli, Catherine/Keil, Wolfgang W./Korbei, Lore/Nemeskeri, Nora/Schmid, Peter F./Wacker, Paulus (Hg.), Identität – Begegnung – Kooperation. Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende. Köln (GwG) 2001 (in Druck)

**Autorin:**

*Mag. Elisabeth Zinschitz, geb. 1959, seit 1997 Klientenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis; Psychotherapie für Menschen mit (geistiger) Behinderung; Elternberatung für Eltern behinderter Kinder; Supervision für Behindertenbetreuer; vorherige Berufserfahrung: Frühförderung und Familienbegleitung für Familien mit behinderten Kleinkindern; Übersetzungen von klientenzentrierten/prä-therapeutischen Artikeln und Büchern; einschlägige Artikel in mehreren Sprachen zum Thema Arbeit/Psychotherapie mit Klienten mit Behinderungen; Vortragstätigkeit zum Thema Prä-Therapie im In- und Ausland (Workshops in Österreich gemeinsam mit Garry Prouty).*

**Korrespondenzadresse:**

*Elisabeth Zinschitz  
Stiftgasse 15–17/4  
1070 Wien  
E-Mail: e.zinschitz@chello.at*