

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

1|2022

26. Jahrgang

Herausgegeben von Elisabeth Maaß und Gerald Käfer-Schmid

FACHBEITRÄGE

- Gerald Käfer-Schmid, Neena Kurl, Sylvia Keil, Christian Korunka, Helena M. Topaloglou:*
**Forschung in der Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie 2008–2019:
Ein narrativer Review – Teil 2** 5
- Norbert File, Vanessa Kulcar, Emily Kuntschner, Anna Zeppenfeld, Barbara Juen:*
**Personzentrierte Psychotherapie während der Covid-19-Pandemie aus der Perspektive
von Therapeut*innen: Eine Mixed Methods Studie** 21
- Markus Pilz:* „Humor ist, wenn man trotzdem lacht!“ – Zur Bedeutung und Wirkungs-
weise von therapeutischem Humor 33
- Manfred Niederl:* Das Metrum und seine Kraft im psychotherapeutischen Prozess –
Autoethnografische Betrachtungen zur metrischen Begleitung im Personzentrierten
Ansatz 43

REZENSIONEN

53

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Richtlinien

Veröffentlicht werden wissenschaftliche Beiträge, Praxisberichte, Projektberichte, Tagungsberichte, aktuelle Stellungnahmen, Diskussionsforen und Rezensionen aus dem Gebiet der Person-/Klientenzentrierten bzw. Experienziellen Psychotherapie, aus anderen Bereichen des Personzentrierten Ansatzes und in besonders begründeten Fällen aus angrenzenden Gebieten. In der Regel werden Originalbeiträge publiziert, des Weiteren Beiträge, die die wesentlichen Aussagen einer umfangreicheren Publikation zusammenfassend darstellen, oder Beiträge, die in der vorgelegten Form ansonsten schwer zugänglich wären, beispielsweise Übersetzungen aus anderen Sprachen.

Über die Veröffentlichung entscheidet die Redaktion, die dazu Gutachten einholt. Ein Fachbeirat unterstützt die Redaktion in konzeptioneller und fachlicher Hinsicht.

Es wird auf sprachliche Gleichbehandlung Wert gelegt. Wenn es nicht ausdrücklich erwähnt ist, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

Hinweise zur Manuskriptabgabe

Die Beiträge sind gemäß Merkblatt „Hinweise für Autor*innen“ (erhältlich bei der Redaktionsadresse) gestaltet als E-Mail-Attachment einzureichen.

PERSON – Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Deutschland:

c/o Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin Jana Lammers
D-20249 Hamburg, Loehrsweg 1
Tel.: +49 151 7086 7310; E-Mail: jana.lammers@me.com

Österreich:

c/o Univ. Prof. Dr. Christian Korunka, Fakultät für Psychologie der
Universität Wien, A-1010 Wien, Universitätsstraße 7
Tel.: +43 1 4277 478 81; Fax: +43 1 4277 478 89
E-Mail: christian.korunka@univie.ac.at

Schweiz:

c/o Prof. Dr. Mark Galliker
CH-5430 Wettingen, Grenzstrasse 11
Tel.: +49 621 275 03; E-Mail: mgalliker@web.de

PERSON wird die Beiträge nach Ablauf eines Jahres als Volltext in die Datenbank pce-literature.org einspeisen. Autor*innen, die damit nicht einverstanden sind, werden gebeten, dies bei der Einreichung des Beitrages bekannt zu geben, da andernfalls von einer Zustimmung ausgegangen wird.

Zusendungen sollen enthalten

- Autor*in, Titel, allenfalls Untertitel
- Zusammenfassung (deutsch und englisch; max. je 1000 Zeichen)
- Schlüsselwörter/Keywords: ca. 3–5
- Text (40 000 Zeichen pro Artikel), allenfalls inkl. Fußnoten, Tabellen, Grafik etc.
- Literaturverzeichnis: gemäß Merkblatt „Hinweise für Autor*innen“
- Biografie: Angaben zum/zur Autor*in (3–5 Zeilen: Geburtsjahr, Beruf, psychotherapeutische/beratende usw. Tätigkeit und allenfalls Ausbildungstätigkeit, wichtige Publikationen, Arbeitsschwerpunkte)
- Kontaktadresse und E-Mail-Adresse

Zitationsweise

Die Zitationsweise erfolgt nach den Regeln der American Psychological Association (APA) bzw. analog nach den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs). Die Titel von Carl Rogers sind nach der Rogers-Bibliografie von Peter F. Schmid (www.pfs-online.at/rogers.htm) und Doppelheft 3 & 4 des Jahrgangs 4 (2005) von Person-Centered and Experiential Psychotherapies zitiert. Die Jahreszahl mit dem Kleinbuchstaben bezeichnet das Ersterscheinungsjahr, die Seitenzahlen in deutschsprachigen Texten beziehen sich auf die angegebene deutschsprachige Ausgabe.

Rezensionen

PERSON veröffentlicht nach Möglichkeit Rezensionen von allen wichtigen Neuerscheinungen in deutscher und englischer Sprache aus dem Bereich der personzentrierten und experienziellen Ansätze, darüber hinaus von den wichtigsten schulenübergreifenden Werken aus dem Bereich der Psychotherapie und Beratung.

Es werden drei Varianten von Rezensionen unterschieden:

- 1.) Normalfall: max. 8000 Zeichen inklusive Leerzeichen
- 2.) Kurzrezensionen: max. 4000 Zeichen inklusive Leerzeichen
- 3.) Längere Rezensionsartikel: Diese werden wie Fachartikel begutachtet.

Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem/einer verantwortlichen Redakteur*in besprochen werden, dzt.:

- Mag. Monika Tuczai, Wien, E-Mail: monika.tuczai@gmx.at
- Dipl.-Psych. Jana Lammers, Hamburg, E-Mail: jana.lammers@me.com

Rezensionen sind per E-Mail bei einer der beiden Redakteurinnen einzureichen.

Leitlinie für die Auswahl von Rezensionen ist, dass sie von Personen verfasst sind, die in keinem Abhängigkeitsverhältnis oder Naheverhältnis zu den Autor*innen der besprochenen Werke stehen. Gefälligkeitsrezensionen werden nicht abgedruckt.

Urheberrecht

Autor*innen, die einen Beitrag zur Veröffentlichung einreichen, garantieren damit, dass es sich (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) um einen Originalbeitrag handelt und kein Copyright oder andere Rechte verletzt werden, dass sie somit das alleinige Verfügungsrecht besitzen, und weder diesen Beitrag noch einen, der diesem in seinem Inhalt im Wesentlichen entspricht, andernorts zur Publikation einreichen. Sie garantieren der Zeitschrift PERSON (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) das nicht-exklusive, unwiderrufliche und kostenlose Recht zur gesamten oder teilweisen Veröffentlichung ihres Beitrages auf Deutsch sowie in der eingereichten Sprache, falls diese eine andere als deutsch ist. Es steht den Autor*innen frei, den Beitrag nach Ablauf eines Jahres ab dem Zeitpunkt des Erscheinens unter Angabe der Zeitschrift PERSON als Ort der Erstveröffentlichung andernorts zu publizieren.

PERSON

26. Jg. 2022, Heft 1

Herausgegeben von
Elisabeth Maaß und Gerald Käfer-Schmid

Inhalt

Editorial 3

FACHBEITRÄGE

Gerald Käfer-Schmid, Neena Kurl, Sylvia Keil, Christian Korunka, Helena M. Topaloglou
Forschung in der Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie 2008–2019: Ein narrativer
Review – Teil 2 5

Norbert File, Vanessa Kulcar, Emily Kuntschner, Anna Zeppenfeld, Barbara Juen
Personzentrierte Psychotherapie während der Covid-19-Pandemie aus der Perspektive von
Therapeut*innen: Eine Mixed Methods Studie 21

Markus Pilz
„Humor ist, wenn man trotzdem lacht!“ – Zur Bedeutung und Wirkungsweise von therapeutischem
Humor 33

Manfred Niederl
Das Metrum und seine Kraft im psychotherapeutischen Prozess – Autoethnografische Betrachtungen
zur metrischen Begleitung im Personzentrierten Ansatz 43

REZENSIONEN

Hubert Teml
Brigitte Koch-Kersten: Personzentrierte Traumatherapie: Heilung durch Selbstbejahung 53

Mark Galliker
Donata Schoeller: Close Talking. Erleben zur Sprache bringen 55

Veranstaltungskalender 1/2022 57

Editorial

Nach zwei Jahren Pandemie, die die sozialen Beziehungen auf eine Art verändert haben, die noch gar nicht abschätzbar ist, hofften wir auf eine Beruhigung und ein „Zurück zur Normalität“. Nun tobt in der Ukraine ein Angriffskrieg und täglich erreichen uns verstörende Bilder vom Leid der betroffenen Menschen. Eine hilfreiche Form von Verhandlung und Sprache scheint derzeit kaum erreichbar zu sein. – Und dennoch müssen wir weiter hoffen und es versuchen. Rogers war in seinen späten Jahren in der ehemaligen Sowjetunion zu Zeiten des kalten Krieges sehr aktiv, er gab Workshops und bemühte sich mit friedlichen Mitteln und Begegnung die Eskalation zum Atomkrieg zu verhindern.

In dieser Situation ist es schwierig, zur Tagesordnung überzugehen. Die Redaktion hat daher beschlossen, ein Sonderheft dem Thema *Krise aus personenzentrierter Sicht* zu widmen.

In diesem aktuellen Heft freuen wir uns Ihnen die Arbeit der letzten Monate und Jahre einiger Kolleg*innen zu präsentieren. Dieses Mal ist es ein „freies Heft“ mit bewusst recht unterschiedlichen Artikeln.

Im ersten Artikel geben Gerald Käfer-Schmid, Neena Kurl, Sylvia Keil, Christian Korunka und Helena M. Topaloglou einen *Überblick zur Forschung in der Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie in den Jahren 2008–2019*. Bei diesem narrativen Review handelt sich um die Fortsetzung des in Person 1/2021 erschienenen Teil 1 des Artikels. Dieses Mal liegt der Fokus der präsentierten empirischen Studien auf Kindzentrierte Spieltherapie, Personzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen, Ausbildungsforschung und Störungsbilder.

Der zweite Artikel von Norbert File, Vanessa Kulcar, Emily Kuntschner, Anna Zeppenfeld und Barbara Juen widmet sich im Zuge einer Mixed-Methods-Studie der *Personzentrierten Psychotherapie während der Covid-19 Pandemie in Österreich*. Dabei wurde die teilweise erforderliche Umstellung von Psychotherapie auf Distanzmethoden untersucht sowie Schwierigkeiten und Möglichkeiten dieser Settings aus Sicht der Psychotherapeut*innen eruiert.

Markus Pilz setzt sich anschließend mit der *Wirkung von Humor in der Psychotherapie* aus Sicht verschiedener Ansätze und seiner fördernden Wirkung für Bindung in therapeutischen Beziehungen und Reduzierung von Spannung – auch

im physiologischen Sinne – auseinander. In enger Verbindung mit den personenzentrierten therapeutischen Grundbedingungen kann Humor die therapeutische Allianz fördern.

Im vierten und das Heft abrundenden Beitrag betrachtet Manfred Niederl das *Metrum und seine Kraft im psychotherapeutischen Prozess* aus einer persönlichen Perspektive und geht dabei auf die Wirkung von Ordnungsstrukturen als Grundlage für die psychische Sicherheit ein. Zum Einsatz ist dabei die Methode der Autoethnografie gekommen, bei der persönliche Erfahrungen beschrieben, reflektiert und schließlich analysiert werden.

Des Weiteren möchten wir auf zwei Rezensionen aufmerksam machen. Hubert Teml bringt den Leser*innen das Werk von Brigitte Koch-Kersten *Personzentrierte Traumatherapie: Heilung durch Selbstbejahung* näher. Mark Galliker hat sich mit der Publikation von Donata Schoeller, entstanden aus ihrer Habilitationsschrift, *Close Talking. Erleben zur Sprache bringen*, auseinandergesetzt und stellt diese zusammenfassend vor.

Unser besonderer Dank gilt den Autor*innen der einzelnen Artikel sowie allen Gutachter*innen für die ausführlichen Rückmeldungen zu den Artikeln und wir wünschen allen Leser*innen eine spannende Lektüre!

Heft 2 von 2022 wird von Ulrike Diethardt und Jana Lammer herausgegeben und widmet sich thematisch der *Zukunft der Forschung vor dem Hintergrund des humanistischen Menschenbilds des Personzentrierten Ansatzes*.

Die Person-Redaktion hat sich nach wie vor virtuell zu den Redaktionssitzungen getroffen, ist aber zuversichtlich, dass im Herbst 2022 die Redaktionssitzung endlich wieder im Präsenzmodus stattfinden kann. Es gibt auch Veränderungen hinsichtlich der Zusammensetzung der Redaktion. Christine Wakolbinger und Christian Metz beenden ruhestandsbedingt ihre Mitarbeit. Wir bedanken uns herzlich für die langjährige, tatkräftige und kreative Mitarbeit und die spannenden Hefte, die von beiden herausgegeben wurden! Als neues Mitglied freuen wir uns Katrin Draxl willkommen zu heißen.

Im Juli 2022

Elisabeth Maaß und Gerald Käfer-Schmid

Forschung in der Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie 2008–2019

Ein narrativer Review – Teil 2

Gerald Käfer-Schmid, Neena Kurl, Sylvia Keil, Christian Korunka, Helena M. Topaloglou¹

File, Hutterer, Keil, Korunka und Macke-Bruck beschäftigten sich in einem 2008 veröffentlichten Artikel vorrangig mit publizierten Wirksamkeitsstudien über Klienten-/Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapien aus den Jahren 1991 bis 2008. Aktuell wurde systematisch der Frage nachgegangen, welche Entwicklungen es in den elf Folgejahren gegeben hat. 343 in facheinschlägigen Zeitschriften publizierte Forschungsarbeiten wurden ausgewertet. Der erste narrative Review setzte sich mit der Forschung von am personzentrierten Ansatz orientierten Psychotherapien breiter auseinander. Dieser zweite Teil befasst sich mit der Ausbildungsforschung, den Störungsbildern in der personzentrierten Forschung und mit dem Bereich der Kinder-, Spiel- und Jugendlichenpsychotherapie.

Schlüsselwörter: Störungsbilder, Ausbildungsforschung, Kindzentrierte Spieltherapie, Personzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen, Metaanalysen, Fallstudien, Psychotherapieforschung, Wirksamkeitsforschung

Research in Person-Centered/Experiential and Emotion-Focused Psychotherapy 2008–2019. A narrative review — part 2: In an article published in 2008, File, Hutterer, Keil, Korunka and Macke-Bruck presented efficacy studies on client/person-centered and experiential psychotherapy from 1991 to 2008. The current paper focusses on the developments in person-centered psychotherapy research in the following 11 years. The paper includes 343 research articles published in relevant journals. The first narrative review included all psychotherapy research based on the person-centered approach. The second part deals with research in psychotherapy training, the psychotherapy research of disorders and in child-centred play therapy and adolescent therapy.

Keywords: Disorders, research in psychotherapy training, child-centered play therapy, person-centered therapy with adolescents, Meta-analyses, case studies, psychotherapy research, effectiveness research

In der Person 1/2021 wurde der erste Teil eines narrativen Reviews von Keil et al. veröffentlicht, der sich mit der Forschung in der Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie im Zeitraum 2008–2019 auseinandersetzte und folgenden Fragen nachging:

- Welche Forschungsaktivitäten sind vorhanden, und worauf richten sie ihr Forschungsinteresse?
- Welche Herausforderungen lassen sich nach Durchsicht der vorhandenen Studien für die Forschungssituation im personzentrierten Ansatz erkennen?

Der vorliegende zweite Teil schließt nun daran an. Für beide Teile wurden empirische Studien, die im Beobachtungszeitraum in wissenschaftlichen Journals publiziert wurden, einbezogen. Zunächst wurden alle facheinschlägig publizierten Studien seit dem von File et al. (2008) veröffentlichten Literaturreview

gesammelt. Dafür wurden deutsch- und englischsprachige Fachzeitschriften aus dem personzentrierten Feld (u. a. Person, Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung, Person-Centered & Experiential Psychotherapies, International Journal of Play Therapy), internationale Fachzeitschriften aus dem Bereich der Psychotherapieforschung (u. a. Psychotherapy Research), die Online-Bibliografie PCE Literature sowie wissenschaftliche Datenbanken (PsycInfo und PsycArticles) herangezogen. Anschließend wurden jene Studien aufgenommen, die sich empirisch quantitativ oder/und qualitativ mit personzentrierten und/oder experienziellen Ansätzen auseinandersetzten. Zusätzlich wurden Vorschläge von Expert*innen aus dem deutschsprachigen Raum eingeholt. Auf diese Weise konnten insgesamt 343 Veröffentlichungen gesammelt werden.² Im

¹ Die Autor*innen sind die Wissenschaftsbeauftragten der Ausbildungsvereine APG-IPS, Forum, ÖGWG und VRP.
Kontakt: christian.korunka@univie.ac.at

² An dieser Stelle ist noch auf das Motivational Interviewing (MI) von Miller und Rollnick (2015) zu verweisen, zu dem es zahlreiche Publikationen u. a. mit der Anwendung im Suchtbereich gibt. Entwickelt hat sich MI aus dem personzentrierten Ansatz von Carl Rogers, wobei das Ziel verfolgt wird Verhaltensänderungen hervorzuführen, indem

zweiten Schritt wurden diese Veröffentlichungen durchgesehen, doppelte oder mehrfache Publikationen in verschiedenen Fachjournalen aussortiert und eine inhaltliche Ordnung vorgenommen. Anhand der verbleibenden 260 Studien wurden im Autor*innenteam in mehreren Etappen gemeinsam Schwerpunkte ermittelt (siehe unten), die zum Ausdruck bringen, welche thematischen Bereiche aktuell im personenzentrierten Ansatz beforscht werden und somit für den vorliegenden Artikel aufgegriffen wurden. Im dritten Schritt wurden diese Studien in Form eines qualitativen Reviews inhaltlich zusammengefasst. Aufgrund der Anzahl der gefundenen empirischen Studien und der Fülle an Informationen wurde die Entscheidung getroffen, den Artikel in zwei Teile aufzuteilen.

Der Fokus des ersten Teils lag auf Reviewstudien, Metaanalysen, Fallstudien und empirisch beforschte Aspekte des Psychotherapieprozesses. In dem nun vorliegenden zweiten Teil wurde ebenfalls das Ziel verfolgt, für den genannten Zeitraum einen Überblick über die Forschungsaktivitäten im personenzentrierten Ansatz mit Schwerpunkt Ausbildungsforschung, Störungsbilder, Kindzentrierte Spieltherapie und Personenzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen abzubilden.

Ausbildungsforschung

Die Ausbildungsforschung beschäftigt sich, so Riess (2018), oftmals entlang kombinierter Designs mit der Kompetenzentwicklung angehender Psychotherapeut*innen, mit Effekten und Prozessen von Ausbildungselementen im Sinne der Qualitätssicherung, mit Berufswahlmotiven und Persönlichkeitsfaktoren von Auszubildenden sowie mit berufssoziologischen Aspekten der Berufsgruppe (S. 33). Wie sich diese Elemente im Zuge der Ausbildung in Klienten-/Personenzentrierten und Experienziellen Psychotherapieausbildungen zeigen bzw. welche Studien sich hierzu finden lassen, wird im Folgenden näher ausgeführt.

Pascual-Leone, Wolfe und O'Connor (2012) beschäftigten sich mit dem Einfluss experienziell-psychotherapeutischer Ausbildungskurse auf das Leben der Teilnehmer*innen, insbesondere auf die persönliche und berufliche Ebene dieser Personen. Mittels Grounded Theory wurden die von den 24 Teilnehmer*innen verfassten Selbstreflexionen analysiert. Die Antworten auf vier Leitfragen, wie z. B. „Wie hat dieser Kurs mich persönlich beeinflusst?“ oder „Was kann ich nun tun, das ich vor dem Kurs nicht in der Lage war zu tun?“, hatten einen Umfang

von 758 bis 1532 Wörter. Alle Teilnehmer*innen beschrieben eine professionelle Entwicklung im beruflichen Bereich, die sowohl detaillierte Kenntnisse über den therapeutischen Prozess als auch ihre Persönlichkeitsentwicklung umfasste. Zudem ließen sich Geschlechtsunterschiede feststellen. Das Experienzing-Training hatte bei Frauen vorrangig eine positive Auswirkung hinsichtlich der Reduktion von Ängstlichkeit und generell auf die Interaktionen im alltäglichen Leben. Die männlichen Teilnehmer fokussierten sich stärker darauf, welche positiven Lebensauswirkungen das Training auf ihr eigenes Gefühlsleben (z. B. Romantik) hatte.

In einer Einzelfallstudie von Folkes-Skinner, Elliott und Wheeler (2010) wurden die Eindrücke und Erlebnisse einer Ausbildungskandidatin, zu drei Messzeitpunkten über einen Zeitraum von zwölf Wochen, erhoben. Zum Einsatz kamen semistrukturierte, qualitative Interviews, wobei vorrangig persönliche Veränderungen, und das was die Ausbildungskandidatin als hilfreich empfunden hatte, betrachtet wurden. Als Hauptkriterium für Veränderung wurde die Anwesenheit echter Klient*innen identifiziert. Es zeigte sich zudem, dass die Phase mit emotionalen Anforderungen, die an die Auszubildende vor allem zu Beginn des Trainings gestellt wurden, besonders herausfordernd war. Möglichkeiten für Erfahrungslernen, ausreichender Austausch mit Peers und unterstützende Supervision wurden als wichtige Lernelemente im Ausbildungskontext gesehen.

Der Frage, ob Empathie trainiert werden kann, sind Berghofer, Gonja und Oberlechner (2008) in ihrem Review nachgegangen. Insgesamt wurden 63 Studien einbezogen, die mit Student*innen, Schüler*innen, Paaren, Eltern, älteren Personen und Personen im forensischem Setting breitgefächert durchgeführt wurden. In 59 der 63 Studien zeigte sich ein positiver Trainingseffekt. Da diese zugrundeliegenden Studien größtenteils außerhalb des für diesen Artikel definierten Zeitrahmens von 2008–2019 fallen, werden hierzu keine weiteren Details ausgeführt.

Das Lesen von Transkripten, das Anhören von Tonbändern und das Anschauen von Demonstrationsvideos Carls R. Rogers' können als wesentliche Lernelemente in der Ausbildung von Psychotherapeut*innen gesehen werden und haben darüber hinaus nach wie vor Potential für die Forschung, wie Lietaer und Gundrum (2018) ausführten. In ihrer quantitativen Analyse nach einer adaptierten Form des „Hill Counselor Verbal Response Modes Category Systems“ gingen sie auf Rogers' „verbal response modes“ in seinen festgehaltenen Therapiestunden und -demonstrationen ein. Es zeigte sich u. a., dass die Reflexion ausgedrückter Gefühle besonders häufig zum Einsatz kam, gefolgt von der Reflexion darunterliegender Gefühle und dass insgesamt gesehen dem Überprüfen des Verstehens eine besondere Bedeutung zukam. In den Studienergebnissen

Klient*innen dabei unterstützt werden, Ambivalenzen zu erforschen und aufzulösen (u. a. Miller & Moyers, 2017; Miller & Rose, 2009). Aufgrund zahlreicher Publikationen zu MI sollte diesem Thema ein eigenes Schwerpunktthema der Person gewidmet werden.

wurden die Entwicklungen einzelner Antwortstile über Rogers' Karriere hinweg (Ohio, Chicago, Wisconsin, La Jolle, Workshops) im Detail aufbereitet wie auch ein Vergleich mit Perls und Ellis dargestellt.

Wie Supervision von Emotionsfokussierter Therapie (EFT) aussehen kann und welche Vorgehensweisen dabei vorrangig zum Einsatz kommen, ging Krupka (2017) auf den Grund und fasste zugleich Methoden zusammen, die häufig angewendet wurden. Zu diesen zählten:

- Die Geschichte des*der Klient*in erzählen lassen und zuhören,
- Arbeit mit dem leeren Stuhl,
- Arbeit mit zwei Stühlen, vor allem dann, wenn der*die Supervisand*in in einen Konflikt kommt oder eine Störung im Zusammenhang mit dem Experiencing hat,
- die Offenlegung „verwirrender“ Therapiemomente, um für ein größeres Verständnis dieser rätselhaften Momente sowie unexplorierter Bereiche des Selbst des*der Therapeut*in zu sorgen
- und schließlich der sinnvolle Protest, mit dem Ziel, dem*der Supervisand*in zu helfen, ein*e bessere*r Therapeut*in zu werden.

Mithilfe einer Fokusgruppe mit sechs Personen wurde den Fragen nachgegangen, wie sich der Effekt der Supervision auf die eigene Praxis auswirkte, ob die Methode auch selbst eingesetzt wurde bzw. wie die Erfahrungen dabei waren, wie die beschriebene Methode im Vergleich zu anderen Supervisionen empfunden wurde und wie sich der Unterschied zur (Lehr-)Therapie anspürte. Die Transkripte wurden mittels interpretativer, phänomenologischer Analyse ausgewertet. Bei der Auswertung kristallisierten sich vier als hilfreich erachtete bzw. als besonders wichtig angegebene Hauptthemengebiete heraus: den Prozess des „Entstehens von Innen heraus“, die Anwesenheit von Kolleg*innen bzw. Unterstützer*innen anstatt von Expert*innen in der Supervision, die Einbeziehung und Bedeutung des Experiencing des*der Therapeut*in und die Absichtlichkeit und das Commitment zu den „core conditions“ der Personzentrierten Psychotherapie. Abschließend hält Krupka (2017) fest, dass es mittels der vorgestellten der EFT Supervision gelingen kann, die „conditions“ der therapeutischen Praxis erfolgreich zu übertragen.

Mit dem Erleben der EFT im Ausbildungskontext beschäftigten sich Sandberg und Knestel (2011), indem sie dieses im Zuge eines Online-Fragebogens erfragten sowie den eigenen Zugang zur EFT, die Allianz, die Interventionen, den erhaltenen Impact für Klient*innen und auch für sich selbst erhoben ($n=122$). Es zeigte sich, dass z. B. der Quellberuf der Personen, die eine EFT-Ausbildung absolvierten, Einfluss auf die Einschätzung der Attraktivität und empfundene Wirksamkeit einzelner Aspekte der EFT-Theorie hatte. Klinische Psycholog*innen berichteten

von beispielsweise signifikant weniger Wissen über Systemtheorie und weniger Impact des Gelernten auf Bereiche außerhalb der Therapie. Sozialarbeiter*innen nahmen signifikant weniger Selbstberichte über positive Veränderungen nach der EFT seitens der Klient*innen wahr. „Counseling Psychologists“ berichteten von einem höheren Nutzen im Lernen des humanistischen Teils der EFT, v. a. wenn es um das Verstehen von Beziehungen ging. Für jeden genannten Bereich wurde ein offener qualitativer Fragebogen erstellt. Die Antworten wurden qualitativ ausgewertet. Die Teilnehmer*innen äußerten sich durchgehend positiv über den Einfluss des EFT-Trainings auf ihre eigene Tätigkeit im klinischen Bereich und das Privatleben. Gleichzeitig wurde über die Schwierigkeiten beim Einbau in das eigene berufliche Tun gesprochen sowie die benötigte Zeit thematisiert, bis die EFT kompetent und zielführend eingesetzt werden konnte. Abschließend wurde festgestellt, dass das Erleben von EFT ein lohnendes und zugleich wertvolles Unterfangen sein kann.

Resümee

Die Ausbildungsforschung stellte sich bei den Recherchen als ein Bereich heraus, für den zwar Studien vorhanden sind, deren Anzahl aber im Vergleich zu anderen Bereichen, wie etwa den Störungsbildern und der Spieltherapie in diesem Artikel oder u. a. den Einzelfallanalysen und Metaanalysen im Teil 1 dieses Artikels (siehe Person 1/2021), eher gering ausgeprägt ist. Es gäbe hier auf jeden Fall großes Potential und konkrete Anknüpfungspunkte (noch) mehr Ausbildungsforschung zu betreiben.

Störungsbilder

Dieser Abschnitt fasst einen Überblick jener Forschungsarbeiten zusammen, die sich mit Störungsbildern im Kontext von personenzentrierter und experienzieller Psychotherapie auseinandersetzen. Die recherchierten 40 empirischen Studien umfassten folgende vier Kategorien: Angststörungen, depressive Störungen, emotional instabile Persönlichkeitsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen.

Angststörungen

Timulak et al. (2017) führten einen Prä-Post-Vergleich und ein Follow-up nach sechs Monaten bei Anwendung von EFT bei Klient*innen ($n=14$) mit einer generalisierten Angststörung (GAD) durch, der durch eine qualitative Abfrage von hilfreichen und nicht hilfreichen Aspekten der Therapie und selbst beobachtete Veränderungen der Klient*innen ergänzt wurde. Die quantitativen Analysen verwiesen auf große Effektstärken. In

der qualitativen Auswertung zeigten sich positive Veränderungen der emotionalen Funktionsfähigkeit, der Angstsymptome, der Selbstakzeptanz, des Selbstvertrauens und des Selbstverständnisses. Die Klient*innen gaben an, dass sowohl relationale Aspekte, als auch erfahrungsbezogene Übungen in der Therapie hilfreich waren, obwohl einige den erfahrungsbezogenen Aspekte als schwierig und herausfordernd empfanden.

Eine deskriptiv-interpretative Studie von O'Brien et al. (2019) verwendete einen theoretischen Rahmen der EFT als Grundlage für die Darstellung der Schwierigkeiten von GAD-Klient*innen. Mittels eines qualitativen Designs wurden insgesamt 93 Video- und Audioaufzeichnungen von 14 Klient*innen herangezogen und die Sitzungen unter Verwendung eines EFT-Fallkonzeptualisierungsrahmens analysiert. In allen Fällen zeigten sich folgende gemeinsame Themen: Triggern von emotionalem Schmerz (z. B. Trauma, Ablehnung), problematische Selbstbehandlung (beispielsweise Selbstkritik), globale Belastung (wie etwa Angst, somatische Symptome, ...), Sorgen und Angst, emotionale Vermeidung (z. B. durch Selbstablenkung), Verhaltensvermeidung (beispielsweise Vermeidung von Konflikten), schmerzhaftes Kerngefühl (wie z. B. Einsamkeit oder Scham) und schließlich unerfüllte Bedürfnisse (anerkannt, beschützt, geliebt, ... zu werden).

Die Veränderungsmechanismen in der EFT von 9 Klient*innen mit Sozialphobie (SA) wurden gezielt in einer Studie von Haberman et al. (2018) untersucht, die zwischen 24 und 28 Stunden Therapie erhielten. Dabei kamen beispielsweise Interventionen (bei durchschnittlich 12 dieser Stunden) wie der Zwei-Stühle-Dialog bei selbstkritisierenden Klient*innen zum Einsatz oder wenn es schmerzliche, ungelöste Gefühle gegenüber einer Person gab, die Leere-Stuhl-Technik mit einem imaginären Dialog. Im Detail ist dieses spezifische EFT Programm u. a. bei Shahar (2014) nachzulesen. Im Zentrum stand der Emotionsverlauf während der Therapie, wobei eine signifikante Schamreduktion und eine leichte signifikante Zunahme der durchsetzungsfähigen Wut im Therapieverlauf festgestellt wurde. Eine adaptive Traurigkeit in einer Sitzung prognostizierte weniger Angst vor einer negativen Bewertung im Laufe der folgenden Woche. Die emotionale Aufarbeitung von Scham war in einer Sitzung geeignet, um ein höheres Maß an „unzureichendem Selbst“ im Laufe der folgenden Woche vorherzusagen. Zudem wurde festgestellt, dass die Bearbeitung von Schamgefühlen und in einem geringeren Maße auch eine durchsetzungsfähige Wut in einer Sitzung eine Selbstberuhigung der Klient*innen im Laufe der folgenden Woche voraussagte. Sowohl durchsetzungsfähige Wut als auch adaptive Traurigkeit in einer Sitzung sind geeignet, die Selbstkritik im Verlauf der folgenden Woche vorherzusagen.

Elliott (2013) fasste personenzentrierte, focusingorientierte und emotionfokussierte Theorien zum Thema Angst zusammen

und präsentierte einen Überblick zu einer Metaanalyse von 19 Outcome-Studien, die mit Klient*innen mit Angststörung durchgeführt wurden. Es zeigte sich dabei eine große, positive Prä-Post-Veränderung, wobei Klient*innen mit Sozialphobie die größte Veränderung aufwiesen. Elliott (2013) resümierte, dass PCE Therapien viel dazu beitragen können Klient*innen mit Angststörungen zu helfen und betonte zugleich, wie wichtig weitere Forschungen wären, um die Passung und Wirksamkeit des therapeutischen Angebots in diesem Bereich voranzutreiben.

Das „hermeneutic single-case efficacy design (HSCED)“ stellt Elliott (2009) anhand eines 61-jährigen Klienten mit Brückenphobie und Panikattacken vor, dessen auf 11 Monate verteilte erfolgreiche EFT einen Umfang von 23 Einheiten hatte. Die Beurteiler*innen des Therapieprozesses waren sich einig, dass der ausschlaggebendste Faktor für die gelungene Therapie eine positive therapeutische Beziehung war. Zudem wurden die Empathie, die Wärme und Geborgenheit, der Humor, die Präsenz des*der Therapeut*in, die Echtheit, die Bindung, die Zielvereinbarung, das Fördern von Erleben und die Unterstützung eines besseren Zugangs zu den eigenen Emotionen (u. a. durch Sesselarbeit, Focusing) als wichtige Elemente identifiziert.

Elliott und Shahar (2017) arbeiteten eine EFT-Theorie der Sozialen Phobie (SA) aus. Sie beschrieben entwicklungsbedingte Ursprünge, die vorrangig in Erfahrungen sozialer Degradierung zu finden sind. Diese führten im Verlauf zu emotionalen Prozessen, die von nicht bewältigten Schamaffekten bestimmt waren. Es zeigte sich die Angst davor, dass andere Personen die Fehlerhaftigkeit der eigenen Person wahrnehmen, wodurch der eigene Kritiker*in/Wächter*in-Aspekt des Selbst aktiviert wurde. Dieser versucht die Person vor der Situation des Ausgesetzt-Seins dieser Situation zu schützen, wodurch letztendlich „versehentlich“ die emotionale Dysregulationscharakteristik erzeugt wird, die für SA typisch ist. Elliott und Shahar (2017) präsentierten ein Modell, wie aus Sicht der EFT die Arbeit mit SA erfolgen sollte, in der vor allem emotionale Vertiefungsprozesse bedeutsam sind und veranschaulichten diese Vorgehensweise anhand eines Fallbeispiels. Dafür wurde ein Zugang zur sekundären reaktiven Angst in bestimmten Situationen hergestellt und somit einen Zugang zur maladaptiven Scham ermöglicht, sodass dieses Emotionsschema im Inneren umstrukturiert werden konnte. Für diese Vorgehensweise wurde die Bedeutsamkeit einer sicheren, akzeptierenden Therapiebeziehung hervorgehoben.

Chidanand (2014) berichtete, dass Klient*innen aus dem südasiatischen Raum zögerten, mit familienfremden Personen offen zu sprechen. Hohes Potential hatten daher jene ergänzenden Ansätze der klassischen Gesprächstherapie, die sich beispielsweise auf Aspekte von Gendlins Focusing-orientierter Therapie bezogen, wenn sie mit Ausdrucksformen wie Kunst,

Bewegung oder Poesie verbunden waren. Das war bei der Bedeutungsfindung hilfreich, da die nonverbale Ausdrucksweise die Arbeit am Thema erleichterte und zugleich u. a. das Bedürfnis nach Privatsphäre eher respektierte. Eine konkrete Möglichkeit bot hierbei die webbasierte Variante der Focusing-Oriented Arts Therapy (FOAT-IP) für südasiatischen Frauen mit Gewalterfahrungen. Eine 4-wöchige Pilotstudie mit 16 Teilnehmer*innen zeigte lediglich beim Depressionsmaß eine signifikante Verbesserung, da in den Auswertungen rund 47 % der Verbesserungen der Teilnehmer*innen auf die FOAT-IP-Intervention zurückgeführt werden konnten. Bei der Ängstlichkeit wurde diese Veränderung nicht festgestellt.

Die EFT-Behandlung von Angstzuständen erwies sich auch für Robinson, McCague und Whissell (2014) als vielversprechend. Allerdings war der Großteil ihrer empirischen Studien auf das Einzelsetting bezogen. Mit einem Mixed-Methods-Design wurde daher erprobt, ob eine neun-wöchige EFT-Gruppe bestehend aus acht Klient*innen, die mit Angstzuständen und Depressionen überwiesen wurden, ein sinnvolles Behandlungskonzept darstellte. Es fanden Prä-, Post- und 12-Monats-Follow-up-Messungen statt, die von insgesamt sechs Klient*innen vorlagen. Zusätzlich wurde ein halbstrukturiertes Interview bei einem einjährigen Follow-up geführt. Diese Analyse deutete durchgehend auf Verbesserungen in verschiedenen Funktionsbereichen hin. Die betrachteten Kategorien waren hier die Benefits der Interaktion mit anderen Teilnehmer*innen, die eigene Sesselarbeit und deren Reflexion, andere wirkungsvolle EFT-spezifische Erfahrungen in der Therapiegruppe, Effekte nach der Therapie mit Bezug zum eigenen Wachstum bzw. zur Heilung und Bevorzugung einer EFT-Gruppe im Vergleich zu anderen Therapiegruppenangeboten. Die quantitativen Daten zeigten eine signifikante Abnahme der Schwierigkeiten mit der Emotionsregulation. Die Ergebnisse sprachen dafür, EFT auch im Gruppensetting einzusetzen, wobei es als wichtig erachtet wurde, sich mit weiteren Studien auseinanderzusetzen.

Depressive Störungen

Eine Metaanalyse mit insgesamt 31 Studien und einer Gesamtstichprobe von 2508 Patient*innen von Cuijpers et al. (2012) beschäftigte sich mit der „Nondirective Supportive Therapy“ (NDST) und verglich diese mit Kontrollgruppen, anderen Psychotherapien und Psychopharmakotherapie. Die NDST stellte sich als effektive Methode bei der Behandlung von Depression bei Erwachsenen heraus. Es wurde zudem geschätzt, dass außertherapeutische Faktoren für 33 %, nicht-spezifische Faktoren für 50 % und spezifische Faktoren für 17 % der Verbesserungen verantwortlich waren.

Boritz, Barnhart und Angus (2017) verglichen in einer Studie mit 12 Klient*innen drei unterschiedliche Phasen (frühe,

mittlere, späte) von Personzentrierter Psychotherapie (PCT), EFT und Kognitiver Therapie (CT) hinsichtlich der Art und der Flexibilität im Erzählen. Zum Einsatz kam dabei das Narrative-Emotion Process Coding System (NEPCS). Eine längere Verweildauer in einem einzelnen NEPCS-Marker drückte weniger Flexibilität im Erzählen aus. Die Ergebnisse zeigten, dass die Wahrscheinlichkeit einer Verschiebung zwischen den einzelnen Erzählarten bei Klient*innen, die keine Veränderung berichteten, im Verlauf der Sitzung abnahm. Erfolgreiche Klientinnen verharrten länger in einem Erzählstil als erfolgreiche. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die narrative Flexibilität in allen drei Behandlungsformen mit einem positiven Outcome korrespondiert. Der potenzielle Nutzen oder Schaden von Vertiefung und Distanzierung in der EFT bei der Behandlung von Depressionen wurden von Barbosa et al. (2017) bei je drei Fällen mit gutem und mit schlechtem Ergebnis empirisch untersucht, bei denen zu Therapiebeginn eine leichte bis mittelschwere Depression diagnostiziert wurde. Signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Sitzungen zeigten sich nur in den Fällen mit gutem Ergebnis, die eine signifikante Abnahme der Vertiefung und eine Zunahme der Distanz im Therapieverlauf aufwiesen. Ein Zusammenhang mit der Verringerung der Symptome wurde festgestellt. Darüber hinaus war die Distanzierung zu Beginn der Therapie jener Klient*innen mit schlechtem Outcome höher als bei den Fällen mit gutem Outcome.

Jeweils 16 bis 20 Therapiestunden von sechs Klient*innen (drei mit gutem und drei mit schlechtem Therapieergebnis) wurden von Ribeiro et al. (2014) hinsichtlich der Ambivalenz von aufkommenden narrativen Neuheiten, also einem innovativen Moment (IM) und der eventuellen Rückkehr zu einer problem-dominierten Selbsterzählung untersucht. Es kann sein, dass der IM mit seinem Veränderungspotential gleich nach seiner Entstehung abgewertet wird. Diese Return-to-the-Problem-Marker (RPMs) nahmen in den Fällen mit gutem Ergebnis über die Therapie hinweg ab, während sie bei Klient*innen mit schlechtem Ergebnis unverändert und hoch blieben. Cunha et al. (2012) wiesen darauf hin, dass eine Veränderung von Selbsterzählungen ein wichtiger Bestandteil erfolgreicher Psychotherapie ist. IMs lassen sich in folgende Gruppen einteilen: Aktion, Reflexion, Protest, Rekonzeptualisierung und Durchführung von Veränderungen. Verglichen wurden zwei anfängliche, zwei mittlere und zwei abschließende Sitzungen aus drei Therapien mit gutem (Good Outcome, GO) und drei Therapien mit schlechtem Outcome (Poor Outcome, PO) von EFT bei Depressionen. IMs traten häufiger bei GO- als bei PO-Fällen auf. Darüber hinaus gingen Explorations- und Erkenntnisfähigkeiten bei GO-Fällen in der Anfangs- und Mittelphase von EFT häufiger Aktions-, Reflexions- und Protest-IMs voraus, in der Endphase jedoch häufiger Rekonzeptualisierung

und Durchführung von Veränderungs-IMs. Handlungsfähigkeit wurden in allen Phasen, insbesondere in der Schlussphase von GO EFT, häufiger mit Aktions, Reflexions- und Protest-IMs in Verbindung gebracht.

Pos et al. (2017) gingen der Frage nach, wie sich die von Klient*innen ausgedrückte emotionale Erregung zum Outcome in der Experienziellen Therapie (ET) bei Depression verhält ($n = 32$). Dabei zeigte sich, dass das Wachrufen und das Erleben von Emotion für gute Behandlungsergebnisse notwendig sind. Durch die ET gelang es, die emotionalen Reaktionen über den Therapieverlauf hinweg zu erhöhen.

Die emotionale Verarbeitung und die therapeutische Allianz über drei Therapiephasen (Einstieg, Arbeitsphase und Abschluss) beleuchteten Pos, Greenberg und Warwar (2009) in einer Studie mit 74 Klient*innen, die jeweils eine kurze ET zur Depressionsbehandlung erhielten. Sowohl die emotionale Verarbeitung als auch die Allianz nahmen über die Therapiedauer hinweg signifikant zu. Diese beiden Variablen beeinflussten die emotionale Verarbeitung in der Arbeitsphase und sind dafür geeignet, eine Verringerung von depressiven und allgemeinen Symptomen sowie die Erhöhung des Selbstwertgefühls vorherzusagen. Während der Arbeits- und Abschlussphasen trug die therapeutische Allianz maßgeblich zur emotionalen Verarbeitung und somit indirekt zum Ergebnis bei. Es zeigte sich, dass die Allianz bereits zu Beginn der Therapie (gemessen nach der ersten Sitzung) alle Ergebnisse direkt vorhersagt.

Psychische Veränderung vollzieht sich phasenweise. Daher sind auch Rückschläge typisch für Psychotherapien. Eine Studie von Mendes et al. (2016) analysierte solche Depressionsrückschläge anhand eines Falls mit gutem und eines Falls mit schlechtem Outcome bei Einsatz von EFT. Das Datenmaterial wurde aus fünf transkribierten Sitzungen generiert. Es zeigte sich, dass Rückschläge bei EFT normalerweise eine produktive Arbeit an relativ weniger fortgeschrittenen Strängen der Hauptprobleme des*der Klient*in darstellten. Die Abstimmung des*der Therapeut*in auf die therapeutische Zone der Entwicklung (ZPD) des*der Klient*in ist daher zentral und Rückschläge sind ein integraler Bestandteil des Prozesses der gemeinsamen Exploration. Es stellte sich schließlich die Frage, wie Therapeut*innen nahe an der Erfahrung der Klient*innen bleiben und trotzdem gleichzeitig die ZPD der Klient*innen erweitern könnten.

In einer Studie von Zuroff et al. (2016) wurden 157 depressive ambulante Klient*innen, die von 27 Therapeut*innen mit unterschiedlichen Therapiemethoden behandelt wurden, hinsichtlich der Therapiebedingungen nach Rogers untersucht. Die Ergebnisse hoben die zentrale Bedeutung von Klient*innenmerkmalen, die Bedeutung der Grundbedingungen nach Rogers und deren Interaktionen im Hinblick auf das Ergebnis einer ambulanten Kurzzeittherapie bei Depressionen hervor.

Eine RCT-Studie von Freire et al. (2015) mit 36 Klient*innen widmete sich der Anwendung von personenzentrierter Beratung und niedrig intensiver kognitiver Verhaltenstherapie bei unerschwelligen depressiven Symptomen und leichten Depressionen in Ärzt*innen-Praxen im Rahmen eines Kurzzeitsettings mit durchschnittlich 5,5 Sitzungen. Die „retention rate“ für die 6-Monats-Follow-up-Bewertungen betrug 72,2 %. Von den nach sechs Monaten untersuchten Teilnehmer*innen hatten sich 71,4 % mit der Diagnose einer leichten Depression zu Studienbeginn erholt, es zeigte sich eine präventive Wirkung. Weder bei der Erholung noch bei der Prävention von Depressionen nach sechs Monaten gab es signifikanten Unterschiede zwischen beiden Behandlungsgruppen. Die Evidenz dieser Studie legt nahe, dass kurzfristige personenzentrierte Beratung und niedrig intensive kognitive Verhaltenstherapie im ärztlichen Kontext potenziell wirksam sind.

In der Metanalyse von Elliott et al. (2013), in die Daten aus 195 Einzelstudien mit insgesamt 14206 Klient*innen eingeflossen, ließ sich für die Behandlung von Depressionen eine hohe Wirksamkeit der Personenzentrierten und Experienziellen Psychotherapie und kein signifikanter Unterschied zur CBT finden.

Ellison et al. (2009) präsentierten Follow-up-Daten über einen Zeitraum von 18 Monaten von 43 Erwachsenen, die eine kurzfristige klientenzentrierte Therapie (CC) und EFT zur Depressionsbehandlung erhielten. Die EFT zeigte überlegene Effekte z. B. in Bezug auf weniger depressive Rückfälle oder bei der Wahrscheinlichkeit die Behandlungsgewinne aufrechtzuerhalten. Zudem wurde über größere Effekte für EFT-Klient*innen bei der Reduzierung von depressiven Symptomen und der Verbesserung des Selbstwertgefühls und der Reduzierung zwischenmenschlichen Probleme berichtet.

Chidanand (2014) zeigte, dass Focusing-Oriented Arts Therapy als ein potenziell wirksames webbasiertes Zusatzinstrument zur Behandlung von Depressionen zu sehen ist. Weitere Details zu dieser Studie wurden bei Unterkapitel a) bereits ausgeführt.

Wie sich EFT bei der Behandlung von Depression einsetzen lässt fasste Greenberg (2017) zusammen und bezog dabei zahlreiche Verweise auf eigene Studien ein. Maladaptive Emotionen wurden im Therapieprozess in adaptive Reaktionen transformiert. Die Wichtigkeit des Führens und Begleitens des experienziellen Prozesses des*der Klient*in, die therapeutische Beziehung aber auch die Interventionsfertigkeiten des*der Therapeut*in wurden dabei hervorgehoben.

Die Bedeutung des Zusammenhangs zwischen der Zeitdauer, in der stark erregte Emotionen ausgedrückt wurden, und dem therapeutischen Ergebnis untersuchten Carryer und Greenberg (2010) anhand von 38 Klient*innen im Zuge einer ET bei Depression. Festgestellt wurde, dass eine optimale Häufigkeit (25 %) des hocharregten emotionalen Ausdrucks mit dem

Therapieergebnis in Zusammenhang steht, wobei eine Abweichung von dieser optimalen Häufigkeit ein schlechteres Ergebnis vorhersagte.

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Einen Überblick zu Sichtweisen der Borderline-Persönlichkeitsstörung aus unterschiedlichen (Mainstream-)Ansätzen präsentierte Quinn (2011) und ging dabei auf die Transference-Focused Therapie, die Mentalization-Based Therapy, die Schema-Focused Therapy und die Dialectical Behavior Therapy ein. Der Autor arbeitete die Spezifika der Personzentrierten Psychotherapie (PCT) bei der Behandlung der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung heraus. Dabei wurde zuerst ein Überblick von drei Studien (Turner, 2000; Cottraux et al., 2009; Teusch et al. 2001) präsentiert, die sich mit der Wirksamkeit der PCT beschäftigten, wobei auf den Rückgang der PCT-Studien in den USA hingewiesen wurde und der aktuelle Schwerpunkt in Europa und Asien verortet wurde. Zusammenfassend wurde festgehalten, dass sich hinsichtlich des Einsatzes der PCT bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen starke Effektstärken zeigten (Quinn, 2011). Die Bedeutung von (Verstehens-)Hypothesen, von Non-Direktivität, der Selbstaktualisierung, den Mechanismen der Veränderung und schließlich dem Veränderungsprozess der PCT wurde explizit hervorgehoben. Die PCT wurde als ein evidenzbasierter Ansatz beschrieben, der die Therapiebeziehung und die Ressourcen des*der Klient*in betont, eine einzigartige therapeutische Art des Seins ermöglicht und durch eine konsequente, vertraute Beziehung eine Bewegung in Richtung Gesundheit, Glück und Stabilität ermöglichte.

Reaktionen auf schwere Belastungen

Für Zwiercan und Josef (2018) kristallisierte sich heraus, dass Klient*innen ($n = 87$), die höhere Werte in Bezug auf die Haltung zu Focusing hatten, signifikant niedrigere Werte bei posttraumatischem Stress ($r = -.39, p < .001$) und höhere Werte beim posttraumatischen Wachstum (am niedrigsten $r = .32, p < .001$) aufwiesen. Ihre Resultate stützen die Annahme, dass die Verwendung von Focusing und/oder die Verwendung von Sprache, die durch Focusing-Anteile geprägt ist, bei schweren und chronischen traumabedingten Symptomatiken wirksam war (Zwiercan & Joseph, 2018).

Murphy, Elliott und Carrick (2018) konnten folgende vier traumafokussierte Therapeut*innenprinzipien bei erfolgreichen Therapien identifizieren: 1.) Frühzeitiger Beziehungsaufbau bzw. Ausbildung einer therapeutischen Allianz, 2.) Identifikation mit den Klient*innen und frühes Erkennen vergangener Ereignisse als Traumaerfahrungen, 3.) Arbeit an den Ursachen

der aktuellen interpersonalen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Trauma und schließlich 4.) ein Einfühlungsvermögen, das auf Selbstbestimmung ausgerichtet ist.

Carpenter et al. (2016) stellten das Narrative Emotions-Prozess-Kodier-System (NEPCS) als ein Verhaltens-Kodier-System vor, welches acht Klient*innen-Marker erfasste und sich in typische Geschichten zuordnen ließ. Dabei wurden jeweils 16 bis 20 Therapiestunden bei vier Klient*innen (zwei gesunden und zwei unveränderten) mit komplexem Trauma analysiert, bei denen die Emotionsfokussierte Therapie bei Trauma (EFTT) zum Einsatz kam. Dafür wurden zwei frühe, zwei mittlere und zwei späte Stunden des Prozesses jeweils mit Video aufgezeichnet und von zwei Codierenden mittels NEPCS eingestuft. Die statistischen Analysen zeigten, dass Klient*innen, bei denen es noch keine Veränderung gegeben hatte, signifikant mehr geschichtslose Emotionen zeigten als bereits gesundene Klient*innen. Zusätzlich wurde ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen den Typen des Erzählens und dem Outcome für folgende Marker festgestellt: die konkurrierende-Erzählstränge-Geschichte, die unerwartetes-Resultat-Geschichte und die Entdeckungsgeschichte.

Vanaerschot (2013) beschreibt anhand von fünf Fallvignetten die therapeutische Behandlung von Klient*innen mit starken Angstgefühlen im Zusammenhang mit Beziehungstraumata. Im Zentrum dabei stand die zuhörende Haltung des*der Therapeut*in und mehrere empathische Interventionen. Diese wirkten erlebnisfördernd, indem sie die Intensität von Empfindungen und Emotionen regulierten, was ermöglichte, dass die Klient*innen einen bedeutungsvollen Felt Sense entwickelten. So wurde das Explorieren von Gefühlen erleichtert, was zu einem besseren Selbstverständnis und einem veränderten Erleben führte. Die Angst konnte eingedämmt werden und adaptive Emotionen entstanden. Der*Die Klient*in nahm ein Trösten, Beruhigen, Sichern, Bestätigen und Akzeptieren wahr, verinnerlichte dieses und nutzte es, um eine sichere Bindung zu entwickeln. Dadurch wurde die therapeutische Beziehung zu einer korrigierenden emotionalen Erfahrung wodurch die Fähigkeit zunahm, gesündere Beziehungen aufzubauen, in denen auch wieder Intimität möglich war.

Ein Vergleich der EFTT mit der imaginalen Konfrontation (IC) von Täter*innen ($n = 20$) und der EFTT mit der empathischen Exploration (EE) von Trauma-Material ($n = 25$) wurde von Paivio et al. (2010) durchgeführt. Die Stichprobe setzte sich aus Klient*innen mit unterschiedlichen Formen von Misshandlungen (emotionaler, körperlicher und sexueller Missbrauch) in der Kindheit zusammen. Diese wurden beiden Behandlungsformen randomisiert zugeordnet. Ein Prä-Posttest und eine Follow-up-Messung nach durchschnittlich 45 bis 48 Wochen zeigten statistisch und klinisch signifikante Verbesserungen bei acht Messungen (u. a. PTBS-Symptome, interpersonale

Probleme, Depressivität, Resolution, ...), die sich auch bei der Nachuntersuchung bestätigten. Zwischen den beiden Versuchsbedingungen gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede. Zudem wurde über höhere Raten klinisch signifikanter Veränderungen bei der IC und eine niedrigere Fluktuationsrate bei EE (7 % vs. 20 %) berichtet.

Santen (2014) stellte in einer Einzelfallstudie detailliert die Therapie einer traumatisierten, dissoziierten jugendlichen Klientin vor, die insgesamt 90 Stunden umfasste und zwei Jahre und neun Monate dauerte. Dabei wurde angenommen, dass ein Trauma unmittelbar den Körper trifft und es daher auf dem gleichen körperlichen Weg behandelt werden sollte. Die „Person im Kampf da drin“ (Gendlin, 1996) ist in einer Art Spaltung gefangen, die therapeutische Unterstützung braucht. In der ersten Phase der Therapie, wurde das Wiedereinsetzen des Erlebens u. a. mit dem Malen eines Körperbildes angestoßen. Dieses Bild und weitere in der Therapie entstandene Bilder sind im Artikel zu finden. Die Klientin hatte den Mut, sich wieder mit den Erinnerungen zu verbinden und ermöglichte somit die Verarbeitung ihres Traumas. In Bezug auf die Therapeut*in-Präsenz wurde etwa das Zeigen von Respekt und das Zulassen, dass neben der Therapie auch einfach „nur“ zu spielen, reden und zeichnen möglich ist, hervorgehoben.

Eine Studie stellte Ellis (2015) vor, in der erstens die Entwicklung und die Durchführung eines Focusing orientierten Traumarbeits-Behandlungsprotokolls (FOD) für Klient*innen mit sich wiederholenden Albträumen im Zusammenhang mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) dargestellt wurde und zweitens eine interpretative, phänomenologische Analyse der Erfahrungen von Flüchtlingen vorgestellt wurde. Zu den Teilnehmer*innen gehörten fünf Klient*innen der Vancouver Association for the Survivors of Torture. Durch die FOD-Behandlung kam es, wie die qualitativen Auswertungen zeigten, bei einem Großteil der Klient*innen zu einer klinisch signifikanten Reduktion der PTBS-Symptome. Die Träume der Betroffenen begannen sich, z. B. durch die Veränderung der Natur des Aggressors oder durch Traum-Ich-Aktionen, spezifisch zu verändern, führten zu einer Einstellungsänderung und vor allem zu einer reduzierten Angstreaktionen innerhalb und nach den Albträumen.

Resümee

Der Großteil der Studien wurde im Zusammenhang mit depressiven Störungen durchgeführt. Im Vergleich zu dem Review von File et al. (2008) zeigt sich in diesem Bereich ein Anstieg von Studien, die im Zusammenhang mit der EFT stehen. Relevant für den Personzentrierten und Experienziellen Ansatz ist auch die Zunahme von Studien im Bereich von Angststörungen, deren Fehlen 2018 im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats

Psychotherapie (WBP) in Deutschland bemängelt wurde. Die Art der Studien ist als heterogen einzustufen, denn es ist von Fallstudien, über Prä-Post-Vergleiche und Vergleiche mit anderen Psychotherapierichtungen (u. a. Verhaltenstherapie) bis hin zu vereinzelt RCT-Studien alles zu finden. Neben EFT und ET wurden vor allem einzelne „Therapieprogramme“ mit ihren Spezifika vorgestellt und deren Einsatz evaluiert. Vermehrt lassen sich im Bereich der Traumabehandlung Studien finden, die aufzeigen, dass hier nach und nach spezielle Klienten-/Personzentrierte und Experienzielle psychotherapeutische Behandlungen (weiter)entwickelt wurden.

Kindzentrierte Spieltherapie, Personzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen

Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie kann heute nicht mehr in Frage gestellt werden. Im letzten Jahrzehnt entwickelte sich die Forschung der Personzentrierten Psychotherapie auch im Bereich von Kindern und Jugendlichen deutlich weiter. Ein genereller Anstieg der Forschungsstudien ist beobachtbar.

Im vorliegenden Überblick wurden im Rahmen der narrativen Recherche 77 Studien vorrangig zur personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie näher betrachtet, wobei die Autor*innen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Bezogen auf die gesamte Forschung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird insgesamt ein Überhang von Einzelfallstudien sowie störungsspezifischen Thematiken festgehalten.

Neben der kindzentrierten Spieltherapie und der personzentrierten Jugendlichenpsychotherapie fand auch die Filialtherapie verstärkt ihren Weg in die Forschung. Die Filialtherapie ist eine Intervention, bei der Eltern trainiert werden, mit ihren eigenen Kindern zu Hause Spielstunden nach den Prinzipien der Personzentrierte Spieltherapie durchzuführen, die anschließend supervidiert werden (Guerney, 1964). Damit wurde ein essentieller Anstoß zu einer umfassenderen Einbeziehung von Eltern in den Therapieprozess gegeben.

Metastudien und Reviewanalysen

Die aktuell vorliegende Vielfalt von Therapieberichten und Therapiestudien macht die Systematisierung und Zusammenfassung der Befunde notwendig. In den letzten Jahren wurden wissenschaftliche Standards entwickelt und formuliert anhand derer beurteilt werden kann, ob ein Therapieverfahren wirksam ist. Behr stellte in seinem Artikel (2019) „The facts are always friendly“ einen Überblick über die Wirksamkeit der Personzentrierten Psychotherapie dar, in dem er insbesondere auf die personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

und die betreffenden jüngsten Metaanalysen einging. Hier seien kursorisch folgende drei Metaanalysen erwähnt:

- Lin und Bratton (2015) fassten in ihrer Metaanalyse 52 Studien aus dem Zeitraum von 1995–2010 zusammen und konnten eine mittlere Effektstärke von $g = .47$ nachweisen.
- Jensen, Biesen und Graham (2017) nahmen 100 Studien unter die Lupe und konnten ebenfalls eine mittlere Effektstärke von $d = .44$ nachweisen.
- Nuding (2018) erstellte eine Metaanalyse mit 78 Studien aus dem Zeitraum 1949–2016 die mittlere Effektstärke ergab $g = .51$.
- Ray, Armstrong, Balkin und Jayne (2015) fassten 23 Studien zur Wirksamkeit der Spieltherapie in der Volksschule zusammen und konnten signifikante Effekte ($d = .34$) nachweisen.

Fallstudien

Fallstudien werden u. a. dafür genutzt, Therapietheorien in ihrer empirischen Anwendung in der Arbeit mit Klient*innen abzubilden. Unterschiedliche Forschungsdesigns ermöglichen die Nutzung der klinischen Einzelfallstudie als Beitrag zum Erkenntnisgewinn über komplexe Vorgänge in einem psychotherapeutischen Behandlungsprozess (Neidhart & Löffler-Stastka, 2020). Einzelfallstudien der letzten zehn Jahre haben sich hierbei mit spieltherapeutischen Therapieprozessen bei Klient*innen mit der Autismus-Spektrum-Störung und dem Trauma (ausgelöst durch Naturkatastrophen), dem oppositionellen Verhalten mit Aufmerksamkeitsstörung, dem Kindesmissbrauch sowie mit intellektuellen Beeinträchtigungen auseinandergesetzt. Ausgewertete Videosequenzen spieltherapeutischer Einheiten ermöglichten die Abbildung der Veränderungsprozesse.

In einer umfassenden Einzelfallstudie wertete Murphy (2009) 160 Therapieeinheiten eines Jungen aus, der wiederholten Kindesmissbrauch in einer Institution erlebt hatte. Die phänomenologische Analyse der Therapieprotokolle zeigte die Komplexität der Folgeerscheinungen durch die Traumatisierung auf, wobei sich vier Bereiche herauskristallisierten: posttraumatische Belastungsreaktion, Akzeptanz und Verständnis, Symbolisierung und Wachstum sowie Beziehung. Die Auswertung zeigte, dass die genaue Symbolisierung der bisher unvollständigen und/oder verzerrten Symbolisierung der traumatischen Erfahrungen im therapeutischen Prozess, die posttraumatische Belastung reduzierte. Darüber hinaus wurde es dem Klienten wieder möglich, neue Beziehungen einzugehen, die auch seine Lebensqualität deutlich verbesserten. Murphy geht daher davon aus, dass die personenzentrierte Psychotherapie die Folgen von traumatischem Kindesmissbrauch mildern kann.

Störungsbilder in der Kinder- und Jugendlichentherapie

Die Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichentherapie wird nicht mehr nur als „Breitbandkonzept“ (Höger, 1989) angesehen, sondern es existieren zumindest Konzeptionen eines störungsspezifischen Handelns. Folgende Studien dienen der exemplarischen Verdeutlichung:

Autismus

Der Bereich der Autismus-Spektrum-Störung wurde mehrfach untersucht. An der Züricher Universität entwickelten Therapeut*innen (Jenny & Schär, 2010) ein eigenes, auf personenzentrierter Grundlage basierendes Behandlungskonzept in Form eines Kompetenztrainings für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen (KOMPASS). Diese gruppentherapeutische Umsetzung wurde bei 28 Jugendlichen (12–18 Jahre) mit Asperger-Syndrom oder Atypischem Autismus evaluiert und mit einer Kontrollgruppe verglichen. Die Effektstärken zeigten eine empirisch bestätigte Wirksamkeit auf.

Hillman (2018) schreibt der kindzentrierten Spieltherapie bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen für die Zukunft Chancen als evidenzbasierte Intervention zu, wobei es derzeit noch an den Forschungsdesigns zu feilen gelte bzw. die Stichprobengröße der Studien wachsen müsse.

Sexueller Missbrauch

Dorothea Hüsson (2009) bietet einen sehr anschaulichen Einblick in konkrete Interventionen in der Arbeit mit sexuell missbrauchten Kindern. Dies kann als Weiterentwicklung einer Konzeption des störungsspezifischen Handelns betrachtet werden.

Angststörungen

In einer Studie von Fröhlich-Gildhoff und Rönnau-Böse (2012) gelang es, die Wirksamkeit Personenzentrierter Kinder- und Jugendlichentherapie bei Angststörungen in einem naturalistischen Design mit einer Effektstärke ($ES = 1.22$) nachzuweisen. Insgesamt nahmen 17 Kinder im Alter zwischen sieben und vierzehn Jahren an der Studie teil. Es zeigte sich, dass die Kinder von der Psychotherapie mit einer durchschnittlichen Dauer von 14,5 Monaten nicht nur auf der Symptomebene, sondern darüber hinaus in Bezug auf den Selbstwert und der (Weiter-)Entwicklung persönlicher Ressourcen profitierten.

Fetales Alkoholsyndrom

Die Vielschichtigkeit der Anwendbarkeit der Personenzentrierten Spieltherapie wurde u. a. durch die Studie von Liles und Packman (2009) unterstrichen, in der sie diese für Kinder, die ein Fetales Alkoholsyndrom aufzeigten, thematisierten. Die Vorteile der Personenzentrierten Spieltherapie wurden herausgearbeitet

und analysiert, gleichzeitig wurde jedoch auf die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen hingewiesen, um die therapeutische Wirksamkeit zu beweisen.

Chronische Erkrankungen

Palmer et al. (2017) analysierten in ihren Review Studien spieltherapeutische Interventionen bei chronischen Erkrankungen mit dem Schwerpunkt Fettleibigkeit im Kindesalter. Die Ergebnisse der ausgewählten Studien nach der spieltherapeutischen Behandlung wurden in drei Schwerpunkten zusammengefasst:

- Verbesserung im Familiensystem: Es kam zur Reduktion des elterlichen Stresslevels sowie zu mehr Akzeptanz gegenüber dem erkrankten Kind.
- Psychische Veränderungen beim Kind: Ängstliche sowie depressive Symptome oder Schlafschwierigkeiten verringerten sich, die Selbstwirksamkeit der Kinder erhöhte sich.
- Veränderung im Gesundheitsverhalten des Kindes sowie der Eltern: Die Motivation, eine Behandlung konsequent zu verfolgen, wurde verstärkt. Adaptionsleistungen aufgrund der Erkrankung wurden sichtbar. Neben diesen Schwerpunkten formulierten die Autorinnen Empfehlungen für die Prävention und die Behandlung von fettleibigen Kindern.

Brücken zu anderen Therapierichtungen

Schottelkorb et al. (2012) verglichen die Wirksamkeit der kindzentrierten Spieltherapie mit der Verhaltenstherapie (traumafocused cognitive-behavioral therapy – TF-CBT) bei traumatisierten Flüchtlingskindern im Alter von sechs bis dreizehn Jahren in den USA. Hierzu wurden 31 Kinder randomisiert entweder der Behandlungsgruppe mit CCPT oder TF-CBT zugeordnet. Die ausgewerteten Ergebnisse belegten eine Wirksamkeit beider Behandlungsgruppen, die sich vor allem durch die Verringerung der Symptome aufgrund ihrer traumatischen Erfahrungen zeigte.

Empirisch beforschte Aspekte der therapeutischen Beziehung

Verschiedene Bereiche des Psychotherapieprozesses und der therapeutischen Beziehung mit Kindern und Jugendlichen wurden in unterschiedlichen Studien untersucht. Crenshaw (2014) beleuchtete die Wichtigkeit der *therapeutischen Präsenz* aus spieltherapeutischer Sicht. Dion und Gray (2014) untersuchten die Wichtigkeit der *Selbstoffenbarung der Therapeut*innen* bzw. den authentischen Ausdruck der Therapeut*innen im Umgang mit Kindern. Diese Studie zeigte eine statistisch signifikante Steigerung des förderlichen Verhaltens als Ausdruck

der kongruenten Selbstoffenbarung durch den/die Therapeut*in. Darüber hinaus konnten die Emotionen besser integriert werden.

Einer relevanten Frage die Spielsituation betreffend, der vor allem Anfänger*innen in der Kinder- und Jugendlichentherapie gegenüberstehen, ging Kronengold (2012) mit Hilfe der Durchführung einer Fallstudie nach: Inwieweit „folgt“ der/die Therapeut*in der Führung des Kindes? Wie sehr bringt sich der/die Therapeut*in *aktiv* ins Spiel ein? In dieser Studie wurde der Therapieprozess eines 10-jährigen Jungen mit Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen beleuchtet. Der besondere Fokus des Autors galt vor allem den Herausforderungen des einzelgängerischen und repetitiven Spielverhalten des Klienten sowie der Bedeutung seiner *Selbsteinbringungen* als Therapeut.

Bowers (2009) betrachtete die Anfangsphase der Therapie und schaute sich den early relationship development process (ERDP) genauer an. Im Rahmen der CCPT nahmen in erster Linie die *Selbstaktualisierung, die Symbolisierung und das Selbstwirksamkeitserleben* zu.

Ryan und Courtney (2009) beforsteten die Wichtigkeit der *Kongruenz* für den Aufbau einer vertrauensvollen und sicheren therapeutischen Beziehung in der non-direktiven Spieltherapie sowie in der Filialtherapie.

Schottelkorb et al. (2014) untersuchten die *Beziehungsbedingungen* in der kindzentrierten Spieltherapie. Hierfür wurden zwei Fallstudien durchgeführt, in denen die Therapeut*innen die hinreichenden und notwendigen Bedingungen der personzentrierten Psychotherapie im Verlauf der kindzentrierten Spieltherapie einschätzten. Die Ergebnisse zeigten, dass sich die Verhaltensauffälligkeiten beider Kinder reduzierten. Darüber hinaus nahmen die Therapeut*innen eine Steigerung der Kongruenz, Empathie sowie der Achtung wahr.

Eine bedeutsame Rolle spielt in der personzentrierten Spieltherapie neben dem klassischen, *fazilitativen* Vorgehen nach Axline die *Interaktionsresonanz* (Behr, 2012). Hier werden Spielhandlungen des Kindes nicht nur empathisch kommentiert, sondern Therapeut*innen spielen mit und bleiben dabei nicht-direktiv, indem sie ihr Spiel genau auf das Spiel des Kindes abstimmen. Hüsson und Behr (2017) entwickelten eine 7-stufige Ratingskala, die dieses Interaktionsgeschehen abbildet und als ein Instrument zur Einschätzung der Interaktionsresonanz in spieltherapeutischen Spielszenen herangezogen werden kann. Diese Ratingskala könnte vor allem in der Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen eingesetzt werden oder für Forschungszwecke genutzt werden.

Ausbildungsforschung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Die allgemein zunehmende Forschung im Bereich der kindzentrierten Spieltherapie sowie Personzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen spiegelt sich auch in der Ausbildungsforschung wider.

In einer qualitativen Studie untersuchten Smith-Adcock, Sang und Peireira (2015), welche Auswirkungen kritische Ereignisse in der Spieltherapie auf Ausbildungsteilnehmer*innen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie haben. Hierfür wurden die Teilnehmer*innen ($n = 10$) gebeten, ein kritisches Ereignis aus einer Spieltherapie zu verschriftlichen und unter folgenden Punkten zu reflektieren:

- Warum war dieses Ereignis gewichtig?
- Was hat es kognitiv/emotional ausgelöst?
- Wie könnte dieses Ereignis ihre zukünftige Tätigkeit als Spieltherapeut*in beeinflussen?
- Was hätten Sie aus heutiger Perspektive anders gemacht?

Im Anschluss an das „reflecting journaling“ wurden diese nach unterschiedlichen Kategorien kodiert bzw. ausgewertet. Durch diesen selbstreflexiven Prozess konnten sowohl das Selbst-Verständnis der angehenden Spieltherapeut*innen vertieft werden als auch Implikationen für die Supervision während der Ausbildung herausgearbeitet werden.

In einer in Israel durchgeführten Studie (Kagan & Landreth, 2009) wurden Effekte eines spieltherapeutischen Kurzzeittrainings mit Beratungslehrer*innen und Pädagog*innen hinsichtlich ihrer therapeutischen Haltung, ihres Wissens zur personzentrierten Theorie sowie ihres Zutrauens in das eigene spieltherapeutische Handeln im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (kein Training) untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass sich zwar das Wissen der Pädagog*innen verbesserte, jedoch nicht ihre Haltung oder ihr Zutrauen. Die Autorinnen sprachen auch die gesellschaftspolitische Wichtigkeit dieser Studie an, da Kinder in Israel aufgrund terroristischer Unruhen oftmals in Angst und Schrecken leben müssen. Hier wäre ein niederschwelliger Zugang (z. B. in Schulen) zur therapeutischen Unterstützung empfehlenswert, wobei Beratungslehrer*innen eine ausreichende, solide Ausbildung bräuchten, um Kinder entsprechend fördern zu können.

Ein differenziertes Modell zur Verwendung der Sandtherapie in der spieltherapeutischen Supervision wurde von Peryman, Moss und Anderson (2016) vorgestellt. Demnach soll die Sandtherapie das supervisorische Arbeitsbündnis vertiefen und zusätzlich die Selbstwahrnehmung der Supervisor*innen intensivieren.

In einer Studie von Muro, Holliman, Blanco und Stickley (2015) wurde der *Play Therapy Attitude Knowledge Skills Survey* verwendet, um den Einfluss praktischer Erfahrungen

(in Ausbildung unter Supervision) zu messen. Die Ergebnisse verdeutlichten, dass die praktische Arbeit signifikante Verbesserung (Prä-/Postvergleich) in der therapeutischen Haltung, dem Wissen und den klinischen Fähigkeiten belegte. Somit stellen Theorie und Wissen nicht die einzigen essentiellen Bausteine einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildung dar, die praktische Auseinandersetzung ist mindestens genauso wichtig.

Nachweis der Wirksamkeit

In ihrem Überblickswerk zur kindzentrierten Spieltherapie kamen Bratton et al. (2009) nach einem Rückblick über zahlreiche Studien bis zum Jahre 2009 zu der Conclusio, dass der Großteil der Studien:

- mit einem Versuchsdesign einer Interventions- und einer Kontrollgruppe arbeitete,
- der Median der Spieleinheiten bei 12 lag,
- der Schwerpunkt der Spieltherapien auf Non-Direktivität beruhte,
- der frühere Fokus der Studienergebnisse auf Veränderungen im Intelligenzbereich sowie auf schulische Leistungen abzielte, während spätere Forschung ab den 70/80er Jahren soziale Anpassung sowie das Selbstkonzept mehr in den Vordergrund rückten.
- oftmals zu kleine Stichprobengrößen aufwiesen.
- hohe Effektstärken ($ES = .81$) auswiesen.

In einer Studie von Bratton et al. (2013) konnte die Wirksamkeit der kindzentrierten Spieltherapie bei einer Stichprobe von 54 sozial benachteiligten Kindern belegt werden. Die Kinder der Gruppe, die spieltherapeutische Einheiten erhielten, zeigten im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikante Reduktion ($p < .05$) der aggressiven Symptome und der Aufmerksamkeitsstörung.

In einem Review von Hölldampf und Behr (2009) zur Wirksamkeit personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurden zunächst 940 zu letztlich 94 Studien mit folgenden Versuchsdesigns zusammengefasst:

- randomisierte, kontrollierte,
- quasi-experimentelle sowie
- Einzelfallstudien mit Untersuchungen zu einem Prä-/Post-Vergleich.

Bei Kindern und Jugendlichen im Alter von drei bis achtzehn Jahren konnte eine große Wirksamkeit nachgewiesen werden. Die größte Veränderung zeigte sich bei Kindern mit Angstsymptomen aufgrund gravierender Lebensveränderungen, traumatischer Ereignisse oder einer zugrundeliegenden Angststörung. Darüber hinaus konnte eine hohe Wirksamkeit bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Erkrankungen nachgewiesen werden.

Eine Methode zur Integration der personzentrierten Spielförderung in den Alltag von Kindertageseinrichtungen (kurz IPSA) wurde von Behr entwickelt. Mit IPSA können Pädagog*innen eigenständig Spielförderungen durchführen sowie die personzentrierte Grundhaltung in ihr pädagogisches Handeln einfließen lassen. Rommel, Behr und Aich (2012) untersuchten in einer Studie deren Wirksamkeit. Dazu wurden die Kinder in unterschiedlichen Settings (Einzel-, Zweier-, Dreier- und Gesamtgruppe) in einem Spielzimmer des Kindergartens so gefördert, dass sich die Inkongruenzkonstellationen im Kind prozessual verändern konnten. Infolge konnten die Kinder ihre Erfahrungen besser organisieren, die Entwicklung des Sozialverhaltens wurde unterstützt und ermöglichte so eine schrittweise Integration in die Gruppe. Die erhobenen Erfahrungen der Eltern und Regelfachkräfte der Einrichtung sowie die systematischen Protokollierungen der durchführenden Spieltherapeut*innen wiesen zwar positive Tendenzen im Bindungsverhalten auf, wurden darüber hinaus jedoch nicht statistisch ausgewertet.

Schulberatung

Kinder und Jugendliche verbringen einen Großteil ihrer Zeit in der Schule. Daher ist es sinnvoll auch dort therapeutische Unterstützung anzubieten. Im letzten Jahrzehnt bildete das school-based humanistic counselling (SBHC) einen umfangreichen Forschungsschwerpunkt. Cooper (2009; 2010; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019) untersuchte die Wirksamkeit des unmittelbaren, niederschweligen Angebots von personzentrierten Beratungen in Schulen in Großbritannien und beleuchtete es von unterschiedlichen Blickwinkeln. In einer Studie (2010) wurden 32 emotional belastete Schüler*innen im Alter von dreizehn bis fünfzehn Jahren randomisiert einer Interventions- sowie einer Kontrollgruppe (Warteliste) zugeteilt. Zwar konnte im Vergleich zur Kontrollgruppe keine signifikante Reduktion der emotionalen Belastung bestätigt werden, es zeigte sich jedoch eine Steigerung im prosozialen Verhalten sowie eine signifikante Verbesserung depressiver Symptome. In späteren Studien (2018; 2019) befasste sich Cooper mit einem avatarbasierten therapeutischen tool namens „ProReal“, einer Software, die psychisch belasteten Schüler*innen die Möglichkeit bietet, sich selbst und andere sowie deren Probleme und Emotionen darzustellen. Diese zukunftssträchtigen Neuentwicklungen entfachen immer wieder Diskussionen in Fachkreisen, da sie einerseits ökonomisch kostensparend und niederschwellig eingesetzt werden können, andererseits jedoch umstritten ist, inwiefern eine reale Therapeutenperson ersetzt werden kann.

In einer weiteren Studie von Pearce et al. (2017) wurde ebenfalls die Effektivität der schulbasierten Beratung untersucht. Die Altersspanne der Teilnehmer*innen unterschiedlicher Herkunft reichte von elf bis achtzehn Jahren. Mittels einer

Interventions- und Vergleichsgruppe wurden die Effekte zu mehreren Messzeitpunkten (6 Monate und 9 Monate nach Abschluss der Beratung) erhoben. Die Beratung in der Schule basierte auf der personzentrierten Theorie, fand einmal wöchentlich statt und dauerte insgesamt zwölf Wochen. Die Ergebnisse zeigten, dass die kurzfristige schulbasierte, humanistische Beratung Effekte hinsichtlich der Verbesserung und Reduzierung psychischer Belastungen aufwies, diese jedoch nicht langfristig anhielten. Insgesamt kann zusammengefasst werden, dass unmittelbare, niederschwellige Beratung, die für alle Schüler*innen leicht zugänglich ist, zwar rasche Effekte im psychischen Befinden aufzeigte, hinsichtlich einer längerfristigen Effektivität müsste dieses Angebot jedoch überdacht werden.

Für jüngere Schüler*innen kommt ebenso die kindzentrierte Spieltherapie in Frage, wofür Jayne und Ray (2016) Leitlinien für die Forschung und Praxis entwickelten. Diese können auch als Ausdruck der Professionalisierung der Forschung betrachtet werden.

In einer Studie von Blanco und Ray (2012) erhielten 43 Volksschüler*innen in den USA, die unterdurchschnittliche schulische Leistungen aufwiesen bzw. bei denen die Gefahr bestand, dass sie in ihrer schulischen Laufbahn zurückfallen könnten, acht Wochen lang, zweimal pro Woche (je 30 Min.) spieltherapeutische Einheiten. Im Gegensatz dazu erhielten Proband*innen der Vergleichsgruppe keine Behandlung. Die Ergebnisse zeigten eine signifikante Besserung der schulischen Leistung bei jenen Schüler*innen, die spieltherapeutische Einheiten erhielten. Diese Ergebnisse lassen sich auf eine starke Korrelation zwischen schulischer Leistung und emotionaler Entwicklung zurückführen und könnten somit generell die Diskussion zu einer niederschweligen therapeutischen Unterstützung in den Schulen anregen.

Elternberatung

Einen elementaren Bereich in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie stellt die Elternarbeit dar, die jedoch erst spärlich erforscht wurde. Das Einbeziehen der Eltern bzw. Bezugspersonen spielt oftmals eine große Rolle für den Therapieerfolg. Schottelkorb et al. entwickelten (2015) ein strukturiertes, manualisiertes Modell zur Elternberatung in der Spieltherapie. Die fünf Komponenten dieses Modells lauten:

- 1) Etablierung bzw. Erhaltung der Eltern-Therapeut*in-Beziehung unter Einbeziehung der hinreichenden und notwendigen Bedingungen,
- 2) Bereitstellen der therapeutischen Präsenz in der Beziehung zu den Eltern bzw. Bezugspersonen,
- 3) Annahme der Eltern als Experten für ihr Kind,
- 4) Psychoedukation und
- 5) Vermittlung von therapeutischen Kenntnissen.

Die Elternberatung spielt nicht nur in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eine wichtige Rolle, sondern auch im Alltag der Elementarpädagogik. Dass bereits eine Schwerpunktsetzung mittels Curriculum zur Gesprächsführung und Beratung während der Ausbildung von frühpädagogischen Fachkräften statistisch signifikant wirksam sein kann, bewiesen Grund, Behr, Engel und Aich (2019) in ihrer Studie an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd mit sehr hohen Effektstärken.

Auch in der Schule spielen die Elterngespräche eine wichtige Rolle, somit sind gute Kommunikationstechniken der Lehrer*innen gefragt. Aich, Behr und Kubouth (2017) entwickelten und evaluierten ein viertägiges Kommunikationstraining für pädagogische Fachkräfte, welche die grundlegenden klientenzentrierten Beratungstechniken wie empathische Reaktion, kongruente Kommunikation sowie bedingungsfreie Wertschätzung verbessern. Die Prä-Post-Messung beim Training zeigte hohe Effektstärken.

Resümee

Zusammenfassend ergibt die Bestandsaufnahme der ausgewählten Studien der Jahre 2009–2019 ein quantitatives Wachstum sowie eine qualitative Verbesserung der personenzentrierten Forschung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im deutsch- sowie englischsprachigem Raum. Dies spiegelt sich in einer Zunahme der Vielschichtigkeit wider, die sich einerseits bei den Störungsbildern, der Erweiterung des Behandlungsspektrums, andererseits bei den untersuchten Aspekten der (spiel)therapeutischen Beziehung zeigte. Metaanalysen der letzten Jahre belegten mittlere Effektstärken im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Einen deutlichen Schwerpunkt zeigten niederschwellige, personenzentrierte Angebote in Kindergarten und Schule. Diese können kurzfristig Veränderungen im Verhalten der Kinder/Jugendlichen zwar fördern, die Frage der Nachhaltigkeit dieser nur einen kurzen Zeitraum umfassenden Angebote jedoch bleibt offen. Einen weiteren Kritikpunkt stellen die Einhaltung der empirischen Gütekriterien sowie die Stichprobengröße bei einigen Studien dar.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es förderlicher ist, ein Kind psychotherapeutisch zu behandeln als es nicht zu behandeln. Insgesamt betrachtet weisen die Autor*innen auf den dringenden Bedarf einer besseren Vernetzung von Forschung und Praxis hin. Gemeinsam gewährleisten alle Maßnahmen letztendlich eine verbesserte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen.

Für einen Ausblick in die zukünftige Forschungslandschaft der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie werden die Auswirkungen von COVID-19 aus heutiger Sicht in mehrfacher

Hinsicht eine bedeutende Rolle spielen. Denn, einerseits ist ein steiler Anstieg (auch) bei psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen beobachtbar und andererseits werden die Behandlungsmöglichkeiten aufgrund der telemedizinischen Behandlung aufgrund COVID-19 gerade bei der Spieltherapie neue Anforderungen sowie Grenzziehungen mit sich bringen.

Conclusio zum Gesamtartikel

Die Wirksamkeit der Klienten-/Personenzentrierten und Experimentellen Psychoterapien (PEP) wurde auch im letzten Jahrzehnt in zahlreichen Studien sehr umfassend bestätigt. Die Befunde und einhergehenden Forschungsaktivitäten verweisen erneut darauf, dass PEP nicht nur der zentrale Ansatz innerhalb der humanistischen Psychotherapien ist, sondern dass das ablehnende Gutachten der WBP (2018) zumindest für unseren Ansatz als eine rein therapiopolitische Bewertung mit fragwürdiger wissenschaftlicher Relevanz verstanden werden muss. Eben wegen dieser politischen Konflikte wird es in der Zukunft dringend erforderlich sein, die Forschung innerhalb unseres Ansatzes weiterzuentwickeln.

Die stärksten Forschungsaktivitäten gehen, nicht unerwartet, vorrangig von universitären Forschungsinstitutionen aus; hier sollte die Anbindung unseres Ansatzes weiter verstärkt und gefördert werden. Einen definitiv großen Handlungsbedarf im Bereich der Forschungsthemen gibt es in der Ausbildungs- und der Versorgungsforschung.

Generell lässt sich ein länderübergreifender Zusammenhalt und die sich wechselseitig inspirierende Kooperation der Psychotherapieforscher*innen im Bereich der PEP feststellen. Das Hauptziel dabei ist die Weiterentwicklung therapeutischer Konzepte.

Die verschiedenen Zugänge zur Forschung in der PEP verweisen nach wie vor auf das Spannungsfeld zwischen der für unseren Ansatz relevanten Psychotherapieforschung mit einer breiten wissenschaftstheoretischen Verankerung und dem Trend, einseitig „evidenzbasierte“ Interventionsformen und Techniken anzuerkennen. Nach den inzwischen weithin anerkannten Erkenntnissen des kontextuellen Metamodells (Wampold, Imel & Flückiger, 2018) besitzt das „medizinische“ Modell der Evidenzbasierung für die Psychotherapie insgesamt, aber auch gerade für unseren Ansatz, der ja nicht auf Techniken, sondern auf der therapeutischen Beziehung und Therapeut*innenfaktoren basiert, nur geringe Relevanz.

Der aktuelle Trend zur Methodenintegration und Zuordnung zu „Psychotherapieclustern“ könnte zudem die Differenzierung und Weiterentwicklung einzelner therapeutischer Ansätze erschweren. Im personenzentrierten und experimentellen

Ansatz sollte daher auch eine Stärkung des eigenen Profils, ggfs. innerhalb einer humanistischen Psychotherapie, in den Fokus gerückt werden.

Literatur

- Aich, G., Behr, M., & Kuboth, C. (2017). The Gmuend Modell for Teacher-Parent Conferences – Development and Evaluation of a Teacher Communication Training. *Journal of Educational Research online* 9(3), 26–46.
- Barbosa, E., Silva, S., Pinto-Gouveia, J., & Salgado, J. (2019). How and when immersion and distancing are useful in emotion focused therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 29(6), 737–751.
- Bratton, S. C., Ray, D. C., Edwards, N. A., & Landreth, G. (2009). Child-centered play therapy (CCPT): Theory, research and practice. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 8(4), 266–281.
- Bratton, S. C., Ceballos, P. L., Sheely-Moore, A. I., Meany-Walen, K., Pronchenco, Y., & Jones, L. D. (2013). Head Start Early Mental Health Intervention: Effects of Child-Centered Play Therapy on Disruptive Behaviours. *International Journal of Play Therapy*, 22(1), 28–42.
- Behr, M. (2012). *Interaktionale Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M. (2019). „The facts are always friendly“ – Wirksamkeit Personenzentriert-Experienzieller Psychotherapie und Beratung. *Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung*, 3, 18–27.
- Berghofer, G., Gonja, T., & Oberlechner, T. (2008). Kann Empathie trainiert werden. Ein Review empirischer Studien zur Wirksamkeit von Empathietraining. *Person* 12(2), 33–48.
- Blanco, P. J., Ray, D. C., & Holliman, R. (2012). Long-Term Child Centered Play Therapy and Academic Achievement of children: a follow-up study. *International Journal of play therapy*, 21(1), 1–13.
- Boritz, T., Barnhart, R., Angus, L., & Constantino, M. J. (2017). Narrative flexibility in brief psychotherapy for depression. *Psychotherapy Research*, 27(6), 666–676.
- Bowers, N. R. (2009). A naturalistic study of the early relationship development process of nondirective play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 18(3), 176–189.
- Carpenter, N., Angus, L., Paivio, S., & Bryntwick, E. (2016). Narrative and emotion integration processes in emotion-focused therapy for complex trauma: An exploratory process-outcome analysis. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 15(2), 67–94.
- Carrier, J. R., & Greenberg, L. S. (2010). Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 190–199.
- Chidanand, R. (2014). *A quantitative study exploring the effects of Focusing-Oriented Arts Therapy-Internet Protocol (FOAT-IP) on stress, anxiety, depression, and positive states of mind in South Asian women* (Dissertation). Institute of Transpersonal Psychology, Sofia University.
- Cooper, M. (2009). Counselling in UK secondary schools: a comprehensive review of audit and evaluation studies. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9, 137–150.
- Cooper, M., Rowland, N., McArthur, K., Pattison, S., Cromarty, K., & Richards, K. (2010). Randomised controlled trial of school-based humanistic counselling for emotional distress in young people: feasibility study and preliminary indications of efficacy. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4, 12.
- Cooper, M. (2013). School-based counselling in UK secondary schools: a review and critical evaluation. British Association for Counselling and Psychotherapy Counselling MindEd.
- Cooper, M., Jackson, C., Pybis, J., Hill, A., Cromarty, K., & Rogers, J. (2014). Users of secondary school-based counselling services and specialist CAMHS in Wales: A comparison study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(4), 315–325.
- Cooper, M., McGinnis, S., & Carrick, L. (2014). School-based humanistic counselling for psychological distress in young people: A practice research network to address the attrition problem. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(3), 201–211.
- Cooper, M., Fugard, A. J. B., Pybis, J., McArthur, K., & Pearce, P. (2015). Estimating effectiveness of school-based counselling: Using data from controlled trials to predict improvement over non-intervention change. *Counselling and Psychotherapy Research*, 15(4), 262–273.
- Cooper, M., Evans, Y., & Pybis, J. (2016). Interagency collaboration in children and young people's mental health: a systematic review of outcomes, facilitating factors and inhibiting factors. *Child care health and development*, 42(3), 325–342.
- Cooper, M., Van Rijn, B., & Chryssafidou, E. (2018). Avatar-based Counselling for Psychological Distress in Secondary School Pupils: Pilot Evaluation. *British Journal of Guidance and Counselling*, 1(14), 446–459.
- Cooper, M., Duncan, B., Golden, S., & Toth, K. (2019). Systematic client feedback in therapy for children with psychological difficulties: Pilot cluster randomized controlled trial. *Counselling Psychology Quarterly*, 16, 21–36.
- Cotraux, J., Note, I. D., Boutitie, F., Milliere, M., Genouihlac, V., Yao, S. N., Note, B., Mollard, E., Bonasse, F., Gaillard, S., Djamoussian, D., Gaillard, C., Culem, A., & Gueyffier, F. (2009). Cognitive therapy versus Rogerian supportive therapy in borderline personality disorder: Two-year follow-up of a controlled pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 307–316.
- Crenshaw, D. A., & Kenney-Noziska, S. (2014). Therapeutic presence in play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 23(1), 31–43.
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J., & Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 32(4), 280–291.
- Cunha, C., Gonçalves, M. M., Hill, C. E., Mendes, I., Ribeiro, A. P., Sousa, I., Angus, L., & Greenberg, L. S. (2012). Therapist interventions and client innovative moments in emotion-focused therapy for depression. *Psychotherapy*, 49(4), 536.
- Dion, L., & Gray, K. (2014). Impact of therapist authentic expression on emotional tolerance in synergetic play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 23(1), 55–67.
- Elliott, R. (2013). Person-centered/experiential psychotherapy for anxiety difficulties: Theory, research and practice. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 12(1), 16–32.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on Humanistic-Experiential Psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed.; pp. 495–538). New York: Wiley.
- Elliott, R., Partyka, R., Alperin, R., Dobrenski, R., Wagner, J., Messer, S., Watson, J. C., & Castonguay, L. (2009). An adjudicated hermeneutic single-case efficacy design study of experiential therapy for panic/phobia. *Psychotherapy Research*, 19(4–5), 543–557.
- Elliott, R., & Shahar, B. (2017). Emotion-focused therapy for social anxiety (EFT-SA). *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(2), 140–158.
- Ellis, L. A. (2015). *Stopping the nightmare: An analysis of focusing oriented dream imagery therapy for trauma survivors with repetitive nightmares* (Doctoral dissertation, The Chicago School of Professional Psychology).
- Ellison, J. A., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Angus, L. (2009). Maintenance of gains following experiential therapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 103–120.

- File, N., Hutterer, R., Keil, W. W., Korunka, C., & Macke-Bruck, B. (2008). Forschung in der Klienten- bzw. Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie 1991–2008. Ein narrativer Review. *Person*, (12)2, 5–32.
- Folkes-Skinner, J., Elliott, R., & Wheeler, S. (2010). 'A baptism of fire': A qualitative investigation of a trainee counsellor's experience at the start of training. *Counselling and Psychotherapy Research*, 10(2), 83–92.
- Freire, E., Williams, C., Messow, C. M., Cooper, M., Elliott, R., McConnachie, A., Walker, A., Heard, D., & Morrison, J. (2015). Counseling versus low-intensity cognitive behavioural therapy for persistent sub-threshold and mild depression (CLICD): a pilot/feasibility randomised controlled trial. *BMC psychiatry*, 15(1), 1–11.
- Fröhlich-Gildhoff K., & Rönnau-Böse, M. (2012). Die Wirksamkeit personzentrierter Kinderpsychotherapie bei Kindern mit einer Angststörung. *Person* 16(1), 71–83.
- Gendlin, E. T. (1996). Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method. New York, NY: Human Sciences Press.
- Grund, J., Behr, M., Engel, E., & Aich, G. (2019). Gesprächsführung und Elternberatung in der Ausbildung von frühpädagogischen Fachkräften. *Frühe Bildung*, 8(2), 108–116.
- Guernsey, B. (1964). Filial therapy: Description and rationale. *Journal of Consulting Psychology*, 28(4), 304–310.
- Haberman, A., Shahar, B., Bar-Kalifa, E., Zilcha-Mano, S., & Diamond, G. M. (2019). Exploring the process of change in emotion-focused therapy for social anxiety. *Psychotherapy Research*, 29(7), 908–918.
- Höger, D. (1989). Klientenzentrierte Psychotherapie – ein Breitbandkonzept mit Zukunft. In R. Sachse & J. Howe (Hrsg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie* (S.197–222). Heidelberg: Asanger.
- Hölldampf, D., & Behr, M. (2009). Wirksamkeit beziehungsorientierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Hüsson, D. (2009). Sexuell missbrauchte Kinder und Jugendliche – Differenzielles Vorgehen in der Personzentrierten Psychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. (S. 243–264). Göttingen: Hogrefe.
- Hüsson, D., & Behr, M. (2017). Interaktionsresonanz in der Personzentrierten Spielpsychotherapie – Eine Ratingskala. *Person* 21(1), 42–49.
- Hillmann, H. (2018). Child-centered play therapy as an intervention for children with autism: A literature review. *International Journal of Play Therapy* 27(4), 198–204.
- Jayne, K. & Ray, D. C. (2016). Child-centred play therapy as a comprehensive school counseling approach: directions for research and practice. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 15(1), 5–18.
- Jensen, S. A., Biesen, J. N., & Graham, E. R. (2017). A Meta-Analytic Review of Play Therapy with Emphasis on Outcome Measures. *Professional Psychology: Research and Practice* 48(5), 390–400.
- Jenny, B., & Schär, C. (2010). Personzentrierte Gruppenpsychotherapie für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen-das KOMPASS-Training. *Person* 14(1), 5–20.
- Kagan, S., & Landreth, G. (2009). Short-term child-centered play therapy training with Israeli school counselors and teachers. *International Journal of Play Therapy*, 18(4), 207–216.
- Keil, S., Korunka, C., Topaloglou, H. M., Kurl, N., & Käfer-Schmid, G. (2021). Forschung in der Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie 2008–2019: Ein narrativer Review – 1. Teil. *Person* 25(1), 76–90.
- Kronengold, H. (2012). The adventures of Captain Pineapple. *International Journal of Play Therapy*, 21(3), 167–185.
- Krupka. (2017). Supervision of emotion-focused therapy: a study of congruent practice. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(4), 335–350.
- Liles, E. E., & Packman, J. (2009) Play therapy for children with fetal alcohol syndrome. *International Journal of Play Therapy* 18(4), 192–206.
- Lin, Y.-W., & Bratton, S. C. (2015). A Meta-Analytic review of child-centered approaches. *Journal of Counseling and Development*, 93(1), 45–48.
- Lietaer, G., & Gundrum, M. (2018). His master's voice: Carl Rogers' verbal response modes in therapy and demonstration sessions throughout his career. A quantitative analysis and some qualitative-clinical comments. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 17(4), 275–333.
- Mendes, I., Rosa, C., Stiles, W.B., Caro Gabalda, I., Gomes, P., Basto, I., & Salgado, J. (2016). Setbacks in the process of assimilation of problematic experiences in two cases of emotion-focused therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 26(6), 638–652.
- Miller, W., & Moyers, T. (2017). Motivational Interviewing and the Clinical Science of Carl Rogers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(8), 757–766.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2015). *Motivational interviewing* (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Miller, W., & Rose, G. (2009). Toward a Theory of Motivational Interviewing. *The American Psychologist*, 64(6), 527–537.
- Murphy, D. (2009). Client-centred therapy for severe childhood abuse: A case study. *Counselling and Psychotherapy research* 9(2), 3–10.
- Murphy, D., Elliott, R., & Carrick, L. (2019). Identifying and developing therapeutic principles for trauma-focused work in person-centred and emotion-focused therapies. *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(4), 497–507.
- Muro, J. H., Holliman, R. P., Blanco, P. J., & Stickley, V. K. (2015). Exploring play therapy training: An investigation on the impact of practice on attitudes, knowledge, and skills with master's level students. *International Journal of Play Therapy*, 24(4), 234–247.
- Neidhart, E. & Löffler-Statska, H. (2020). Fallstudien in der psychotherapeutischen Ausbildung. *Psychotherapie Forum* 24, 3–8.
- Nuding, D. (2018). *Effects of Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling with Children and Young People: Review and Meta-Analysis*. Köln: GwG-Verlag.
- O'Brien, K., O'Keeffe, N., Cullen, H., Durcan, A., Timulak, L., & McElvaney, J. (2019). Emotion-focused perspective on generalized anxiety disorder: A qualitative analysis of clients' in-session presentations. *Psychotherapy Research*, 29(4), 524–540.
- Paivio, S. C., Jarry, J. L., Chaggiorgis, H., Hall, I., & Ralston, M. (2010). Efficacy of two versions of emotion-focused therapy for resolving child abuse trauma. *Psychotherapy research*, 20(3), 353–366.
- Palmer, E. N., Pratt, K. J., & Goodway, J. (2017). A review of play therapy interventions for chronic illness: Applications to childhood obesity prevention and treatment. *International Journal of Play Therapy*, 26(3), 125–137.
- Pascual-Leone, Wolfe, B. J., & O'Connor, D. (2012). The reported impact of psychotherapy training: Undergraduate disclosures after a course in experiential psychotherapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 11(2), 152–168.
- Pearce, P., Sewell, R., Cooper, M., Osman, S., Fugard, A. J. B. & Pybis, J. (2017). Effectiveness of school-based humanistic counselling for psychological distress in young people: pilot randomized controlled trial with follow-up in an ethnically diverse sample. *Psychology and psychotherapy*, 90(2), 138–55.
- Perryman, K. L., Moss, R. C., & Anderson, L. (2016). Sandtray supervision: An integrated model for play therapy supervision. *International Journal of Play Therapy*, 25(4), 186–196.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., & Warwar, S. H. (2009). Testing a model of change in the experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1055–1066.
- Pos, A. E., Paolone, D. A., Smith, C. E., & Warwar, S. H. (2017). How does client expressed emotional arousal relate to outcome in experiential

- therapy for depression? *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(2), 173–190.
- Quinn, A. (2011). A person-centered approach to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Humanistic Psychology*, 51(4), 465–491.
- Ray, D. C., Armstrong, S. A., Balkin, R. S., & Jayne, K. M. (2015). Child-centered play therapy in the schools: Review and meta-analysis. *Psychology in the Schools*, 52(2), 107–123.
- Ribeiro, E., Fernandes, C., Santos, B., Ribeiro, A., Coutinho, J., Angus, L., & Greenberg, L. (2014). The development of therapeutic collaboration in a good outcome case of person-centered therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13(2), 150–168.
- Riess, G. (2018). *Praxisorientierte Psychotherapieforschung. Leitfaden zur Förderung von Wissenschaft und Forschung in der psychotherapeutischen Ausbildung*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH (GÖG).
- Robinson, A. L., McCague, E. A., & Whissell, C. (2014). „That chair work thing was great“: A pilot study of group-based emotion-focused therapy for anxiety and depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13(4), 263–277.
- Rommel, E., Behr, M. & Aich, G. (2012). Spieltherapie in Kindertageseinrichtungen-Konzept, Praxis, Wirksamkeit. *Person* 16(2), 138–150.
- Ryan, V., & Courtney, A. (2009). Therapists' use of congruence in non-directive play therapy and filial therapy. *International Journal of Play Therapy*, 18(2), 114–128.
- Shahar, B. (2014). Emotion-focused therapy for the treatment of social anxiety: An overview of the model and a case description. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(6), 536–547.
- Sandberg, J. G., & Knestel, A. (2011). The Experience of Learning Emotionally Focused Couples Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(4), 393–410.
- Santen, B. (2014). Into the fear-factory: Connecting with the traumatic core. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13(2), 75–93.
- Schottelkorb, A. A., Dumas, D. M., & Garcia, R. (2012). Treatment for childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. *International Journal of Play Therapy*, 21(2), 57–73.
- Schottelkorb, A. A., Swan, K. L., Garcia, R., Gale, B., & Bradley, B. M. (2014). Therapist perceptions of relationship conditions in child-centered play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 23(1), 1–17.
- Schottelkorb, A. A., Swan, K. L., & Ogawa, Y. (2015). Parent consultation in child-centered play therapy: A model for research and practice. *International Journal of Play Therapy*, 24(4), 221–233.
- Smith-Adock, S., Sang, M., & Peireira, J. (2015). Critical Incidents in Learning Child-Centered Play Therapy: Implications for Teaching and Supervision. *International Journal of Play Therapy*, 24(2), 78–91.
- Teusch, L., Bohme, H., Finke, J., & Gastpar, M. (2001). Effects of client-centered psychotherapy for personality disorders alone and in combination with psycho-pharmacological treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 328–336.
- Timulak, McElvaney, J., Keogh, D., Martin, E., Clare, P., Chepukova, E., & Greenberg, L. S. (2017). Emotion-Focused Therapy for Generalized Anxiety Disorder: An Exploratory Study. *Psychotherapy*, 54(4), 361–366.
- Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 413–419.
- Vanaerschot, G. (2013). Working with interpersonal and intrapsychic anxiety through the empathically attuned therapeutic relationship. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 12(1), 3–15.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-debatte*. Göttingen: Hogrefe.
- WBP (2018). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie. www.wbpsychotherapie.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/WBP/Gutachten_Humanistische_Psychotherapie.pdf
- Zuroff, D. C., Shahar, G., Blatt, S. J., Kelly, A. C., & Leybman, M. J. (2016). Predictors and moderators of between-therapists and within-therapist differences in depressed outpatients' experiences of the Rogerian conditions. *Journal of Counseling Psychology*, 63(2), 162.
- Zwiercan, A., & Joseph, S. (2018). Focusing manner and posttraumatic growth. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 17(3), 191–200.

Personzentrierte Psychotherapie während der Covid-19-Pandemie aus der Perspektive von Therapeut*innen: Eine Mixed Methods Studie

Norbert File, Vanessa Kulcar, Emily Kuntschner, Anna Zeppenfeld, Barbara Juen
Universität Innsbruck, Institut für Psychologie

Die COVID-19-Pandemie erforderte die Umstellung von Psychotherapie auf Distanzmethoden. Basierend auf quantitativen Längsschnittdaten ($N=101$) sowie Expert*inneninterviews mit elf Lehrtherapeut*innen wurden die Perspektiven von personzentrierten Therapeut*innen auf Distanztherapie untersucht. Dabei zeigten sich unterschiedliche Schwierigkeiten bezüglich der Distanztherapie, insbesondere im Hinblick auf Resonanz und Therapiebeziehung. Obwohl die Präsenztherapie aus diesen Gründen bevorzugt wurde, sahen die Befragten auch Vorteile und befürworteten die Beibehaltung der Möglichkeit von Distanztherapien als Ergänzung. Die Distanztherapie kann dabei durch ihre Niederschwelligkeit die psychosoziale Versorgung der Bevölkerung verbessern. Für eine erfolgreiche Umsetzung sind Anpassungen gegenüber der Präsenztherapie nötig. Hierfür können Lehren aus der Pandemiesituation gezogen werden, welche als Empfehlungen zusammengefasst werden.

Schlüsselworte: COVID-19, Distanztherapie, Personzentrierte Therapie, Therapeuten, Therapeutinnen

Therapists' Perspectives on Person-Centered Psychotherapy during the Covid-19 Pandemic: A Mixed Methods Study. The COVID-19 pandemic required the conversion of psychotherapy to distance methods. Based on quantitative longitudinal data ($N = 101$) and expert interviews with eleven teaching therapists, the perspectives of person-centred therapists on distance therapy were investigated. Different difficulties regarding distance therapy emerged, especially concerning resonance and the therapeutic relationship. Although face-to-face therapy was preferred for these reasons, the interviewees also saw advantages and were in favour of maintaining the possibility of distance therapy as a complementary method. Due to its low threshold, distance therapy can thereby improve the psychosocial care for the population. For a successful implementation, adaptations compared to face-to-face therapy are necessary. We summarize lessons that can be learned for the pandemic situation as recommendations.

Keywords: COVID-19, distance therapy, person-centred therapy, therapists

Einleitung

Die Corona-Pandemie führte im Frühjahr 2020 zu Eindämmungsmaßnahmen, was im März und April in einem ersten Lockdown in ganz Österreich resultierte. Davon waren auch bestimmte Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens betroffen. Vor allem psychosoziale und psychiatrische Dienste wurden massiv reduziert und weitmöglichst auf Online-Unterstützung umgestellt. Nach einer weitgehenden Entspannung der pandemischen Lage im Frühjahr und Sommer 2020 stiegen die Fallzahlen im Herbst erneut an. Im Unterschied zur ersten Welle wurden in der zweiten Welle nicht mehr grundsätzlich

alle nicht pandemierelevanten Gesundheitsleistungen heruntergefahren. Dies ist auf die Verfügbarkeit von Schutzmaterial und die größere Routine im medizinischen Umgang mit dem Ansteckungsrisiko und der Erkrankung zurückzuführen. In der dritten Welle setzte sich dieser Trend fort und durch die Impfungen wurde es möglich, immer mehr Face-to-Face Leistungen trotz steigender Infektionszahlen aufrecht zu erhalten.

Distanztherapie vor und während der COVID-19-Pandemie

Während Maheu und Gordon (2000) in ihrem Artikel Distanztherapie noch als fremd, unseriös und unvorstellbar beschreiben, ist sie durch die COVID-19-Pandemie zwei Jahrzehnte

später aktueller denn je. Die Verbreitung der Distanztherapie wurde unter anderem möglich, da Krankenkassen in Österreich erstmals Kosten für Therapie via Telefon und Internet übernahmen (Eichenberg, 2021). Therapie via Telefon oder Internet sind nur zwei der vielen Möglichkeiten, die es mittlerweile neben der klassischen Präsenztherapie gibt. So gibt es die Option von Beratung via Chat oder E-Mail, sprich asynchrone Beratungsangebote (Peelo, 2018; Schuster et al., 2018; Stein et al., 2011), sowie die Möglichkeit online Selbsthilfegruppen beizutreten (Eichenberg et al., 2013) oder speziell entwickelte Interventionsprogramme, Apps sowie Computerspiele zu nutzen (Eichenberg et al., 2013; Eichenberg & Küsel, 2016; Schuster et al., 2018; Stein et al., 2011). Darüber hinaus gibt es Virtual Reality Anwendungen (Eichenberg & Küsel, 2016). Die vielen Alternativen zur Präsenztherapie sind unter verschiedenen Namen zu finden. So ist in der Literatur von Onlinepsychotherapie, Internettherapie, Telepsychotherapie, Telefon- oder Videokonferenztherapie und Distanztherapie die Rede. Weitere Bezeichnungen sind Cyberberatung, wie auch videobasierte oder mediengestützte Psychotherapie und computerbasierte sowie internetbasierte psychologische Interventionen (Apolinário-Hagen & Tasseit, 2015; Backhaus et al., 2012; Eichenberg, 2021; Eichenberg & Küsel, 2016; Höfner et al., 2021; Markowitz et al., 2021; Murphy et al., 2009; Schuster et al., 2018; Stein et al., 2011; Wenzel et al., 2020). Üblicherweise versteht sich der personenzentrierte Ansatz als stark präsenzbasierter Therapieansatz. Es ist wichtig, Klient*innen mit ihren individuellen Bezugsrahmen in ihrer Ganzheit zu erfassen und mit ihnen als konkrete Personen in Kontakt zu sein. Diesem aktiven Beziehungsaufbau wird in der personenzentrierten Therapie auch in der Theorie große Bedeutung beigemessen. Die während der COVID-19-Pandemie notwendigen Therapieformate ohne persönlichen Kontakt stehen im Gegensatz zu dieser grundlegenden Ausrichtung. Um diese Gegensätzlichkeit auszudrücken wurde der Begriff „Distanztherapie“ im Kontrast zur sonst gewohnten „Präsenztherapie“ gewählt. Distanztherapie umfasst dabei unterschiedliche Formate der Therapie, die vom sonst üblichen Präsenzformat abweichen.

Eine erste Studie zur Versorgung bei österreichischen Psychotherapeut*innen wurde während des ersten Lockdowns von Probst und Kolleg*innen (2020) umgesetzt. Sie führten eine Online-Umfrage mit 1.547 Psychotherapeut*innen durch und kamen zu dem Ergebnis, dass während der ersten Wochen des COVID-19-bedingten Lockdowns die Therapie via Telefon eine Steigerung von 979 % und die Therapie via Internet eine Steigerung von 1561 % aufwies. Ein Vergleich der Zeitpunkte ergab Folgendes: 1) Während des ersten Lockdowns wurden um 28 % weniger Klient*innen psychotherapeutisch behandelt; 2) Es wurden weniger Klient*innen im Face-to-Face Kontakt behandelt und Therapie hauptsächlich über synchrone Telemedien

(Telefon und Internet) durchgeführt. Dieser rapide Umstieg auf und Anstieg von Distanztherapie fand in Österreich und Deutschland zunächst ohne Vorbereitung und Unterstützung statt. Nur knapp ein Viertel der 174 deutschen Therapeut*innen einer Studie von Beck-Hiestermann und Kolleg*innen (2021) hatten Vorerfahrung mit Distanztherapie. Trotzdem fühlten sich Psychotherapeut*innen diesem Therapiesetting überwiegend gewachsen. Die von Höfner und Kolleg*innen (2021) befragten österreichischen Therapeut*innen gaben mehrheitlich an, mit Sprachtelefonie „sehr erfahren“ zu sein. Die Erfahrung mit Videotelefonie war geringer ausgeprägt, stieg jedoch mit der Zeit ebenfalls an. Aus Sicht der Therapeut*innen konnte gut gearbeitet werden. Die Zufriedenheitswerte waren im Vergleich zur Präsenztherapie zwar niedriger, aber trotzdem recht hoch (Beck-Hiestermann et al., 2021). Die skeptische Einstellung gegenüber der Distanztherapie verbesserte sich während der COVID-19-Krise. Während vor der Pandemie nur ein Drittel der Psychotherapeut*innen eine positive Einstellung gegenüber der Distanztherapie hatte, lag der Anteil bei einer Befragung von über 700 österreichischen Therapeut*innen im Juli 2020 bei zwei Drittel (Poltrum et al., 2021). Die Mehrheit empfand Distanztherapie zudem als nützliches Angebot während vorübergehender Krisensituationen. Bereits im Juli 2021 boten mehr als 20 %¹ der in Österreich tätigen Therapeut*innen therapeutische Behandlung auf Distanz an (Telefon, Video, E-Mail), während in einer Erhebung vor der Pandemie von Tanius und Kolleg*innen (2020) nur 4,4 % angaben therapeutische Behandlungen auf Distanz durchzuführen.

Die Therapeut*innen fanden es hilfreich für die Therapie, wenn beide Seiten mit der Technik bzw. dem verwendeten Medium ausreichend vertraut waren und sich wohl fühlten (Abbass & Elliott, 2020). Die Vertrautheit mit dem Medium zeigte darüber hinaus auch positive Zusammenhänge mit der Zufriedenheit der Klient*innen (Murphy et al., 2009) und die Wahrscheinlichkeit, Online-Beratung in Anspruch zu nehmen, war umso größer, je mehr Zeit online verbracht und relevante Geräte genutzt werden (Eichenberg et al., 2013; Murphy et al., 2009). Von 2.411 Befragten einer repräsentativen Umfrage in Deutschland gab 2010 mehr als ein Viertel an, sich vorstellen zu können, bei seelischem Leid online nach Hilfe zu suchen (Eichenberg et al., 2013). Persönliche Erfahrungen hatten 2,2 %. Diese waren überwiegend zufrieden. Zahlreiche Studien zu Distanzberatung und -therapie konnten zudem positive Wirksamkeitsnachweise erbringen (Apolinário-Hagen & Tasseit, 2015; Backhaus et al., 2012; Bee et al., 2008; Eichenberg et al., 2013; Eichenberg & Küsel, 2016; Markowitz et al., 2021; Murphy et al., 2009; Schuster et al., 2018; Simpson & Reid, 2014). Zu den

1 Auswertung der psychotherapeutischen Settingangebote auf www.psyonline.at am 14. Juli 2021

Vorteilen der Distanztherapie gehören die Niederschwelligkeit (Gahleitner & Preschl, 2016) und die erleichterte Erreichbarkeit (Markowitz et al., 2021), vor allem für Menschen mit physischen oder psychischen Einschränkungen (Simpson & Reid, 2014). Zudem kann Zeit- und Geldersparnis einen Vorteil darstellen (Backhaus et al., 2012; Bee et al., 2008; Simpson & Reid, 2014). Distanztherapie überwindet einige Barrieren, die ansonsten für Klient*innen zum Problem werden können (Apolináro-Hagen & Tasseit, 2015), wie beispielsweise die Angst vor Stigmatisierung (Bee et al., 2008; Simpson & Reid, 2014). In vielen Fällen entscheiden sich Hilfesuchende nicht zwischen Distanz- oder Präsenztherapie, sondern vielmehr zwischen Distanztherapie oder gar keiner professionellen Hilfe. Forscher*innen kommen daher zu dem Schluss: Nach ausreichender Aufklärung sollte den Bürger*innen diese Wahl überlassen und die Möglichkeit der Distanztherapie geboten werden (Hintenberger, 2012; Taniós et al., 2020).

Trotz dieser positiven Aspekte kann die Distanztherapie auch Probleme hervorrufen und bringt Nachteile mit sich. So erleben Therapeut*innen vor allem zu Beginn der Distanztherapie eine erhöhte Distanzierung und mehr Oberflächlichkeit der therapeutischen Beziehung (Höfner et al., 2021). Auch Markowitz und Kolleg*innen (2021) berichten von einer emotionalen Distanzierung und einer weniger gefühlsbetonten Therapie. Dadurch, dass das nonverbale Verhalten kaum zugänglich ist, sind die Zeichen der Klient*innen schwieriger zu verstehen (Markowitz et al., 2021) und zusätzliche Signale können schlechter genutzt werden. Die Kommunikation ist rein auf das Verbale reduziert. Es kann vermehrt zu Vieldeutigkeiten kommen, wodurch das Risiko von Missverständnissen erhöht wird (Stein et al., 2011). Dadurch, dass von Klient*innen nur ein kleiner Ausschnitt zu sehen und wenig Körpersprache, Mimik und Gestik erkennbar ist, wird die dynamische und introspektive therapeutische Arbeit erschwert (Chen et al., 2020). Hinzu kommt, dass bei der videobasierten Therapie technische Störungen, wie Unterbrechungen des Videos und schlechte Tonqualität die Therapie negativ beeinflussen und unterbrechen können (Backhaus et al., 2012; Chen et al., 2020). Zudem können die vielen Stimuli am Bildschirm auf beiden Seiten zu Ablenkungen führen (Backhaus et al., 2012). In den meisten Fällen fällt es Therapeut*innen bei Distanztherapie schwer, konzentriert zu bleiben. Zusätzlich ist das lange Sitzen vor dem Computer ermüdend, vergleichbar mit einem Langstreckenflug. Dadurch wird Distanztherapie im Vergleich zur Präsenztherapie als deutlich anstrengender erlebt (Markowitz et al., 2021). Eine weitere Schwierigkeit, die sich aus der Distanztherapie ergibt, ist die Raumfindung. Für viele Klient*innen gestaltet es sich schwierig, einen ruhigen Ort zu finden, in dem sie während der Therapie ungestört sein können. Des Weiteren können Klient*innen Probleme damit haben, Therapeut*innen

in ihren privaten Raum zu lassen (Markowitz et al., 2021). Die Therapie in den Wohnraum der Klient*innen zu verlegen kann zu hinderlichen Nebenwirkungen führen (Apolináro-Hagen & Tasseit, 2015). Hinzu kommt, dass schwierige Themen im Rahmen einer Distanztherapie oft schneller angesprochen werden. Das hat Vorteile, jedoch ergeben sich durch die beschleunigte Selbstöffnung auch Risiken (Eichenberg & Stetina, 2015), da sie zur Destabilisierung von Klient*innen führen kann.

Trotz der vielversprechenden Studien zur Distanztherapie wird daher die Präsenztherapie weiterhin als Goldstandard betrachtet (Simpson & Reid, 2014). Neben den angeführten Nachteilen der Distanztherapie begründet sich dies vor allem in der therapeutischen Beziehung, dem wichtigsten Wirkfaktor in einer Therapie und ein zentrales Element der personzentrierten Psychotherapie (Peelo, 2018). Studien belegen zwar, dass eine vergleichbare therapeutische Beziehung im Distanz-Setting möglich ist (Apolináro-Hagen & Tasseit, 2015; Backhaus et al., 2012; Eichenberg, 2021; Markowitz et al., 2021), dennoch ist die Bedeutung der persönlichen Begegnung und des Zwischenmenschlichen, das sich im Rahmen einer Präsenztherapie abspielt, vor allem in der personzentrierten Psychotherapie nicht zu unterschätzen.

Distanztherapie in der personzentrierten Therapie

Seit den späten 90er Jahren gibt es eine Fülle von Arbeiten zu Distanztherapie (Anthony & Goss, 2009; Barak et al., 2008; Cohen & Kerr, 1999; Fingfeld, 1999; Hanley et al., 2019; Hanley & Reynolds, 2009; Rochlen et al., 2004; Sampson et al., 1997), allerdings wenig spezifisch personzentrierte Forschung. Trotzdem beschäftigen sich einige allgemeine Arbeiten mit Aspekten der Beziehungsgestaltung, die auch auf den personzentrierten Ansatz umgesetzt werden können (für eine Übersicht siehe Hanley, 2021). So gilt die therapeutische Beziehung unabhängig von der Therapierichtung als bedeutsamster allgemeiner Wirkfaktor, der wesentlich zum Gelingen der Therapie beiträgt (Auckenthaler & Baudisch, 2012; Lambert, 2013; Tschuschke, 2016). Die „Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz“ (PAP-S) unterstreicht dabei die Notwendigkeit zur Flexibilität von Therapeut*innen, um beständig an der Qualität der Beziehung zu arbeiten (Tschuschke, 2016). Im personzentrierten Bereich ist es vor allem der in der Therapeutischen Allianz als „bond“ (emotionale Bindung) bezeichnete Aspekt, der als entscheidend erachtet wird. Dieses „In-Beziehung-treten“, im Kontakt sein mit dem*der Anderen, ein vertrauensvolles Bündnis mit Klient*innen aufbauen, entspricht wohl am ehesten dem, was der personzentrierte Ansatz mit der Wichtigkeit der Beziehung meint. Keil und Stumm (2018) bezeichnen die Beziehung als „wesentlichsten Faktor“ (S. 54), und Rogers (1962/2012) als

das „tragende Element in der Therapie“ (S. 211). Dabei liefert „die Wahrnehmung der Resonanz in der Beziehung, [...] wertvolle Hinweise auf das Erleben und die organismisch erlebten Probleme der Person als ganzer“ (Keil, 2014, S. 34; vergleiche dazu auch das Konzept der hermeneutischen Empathie von Keil, 1997). Die Beziehung stellt somit den zentralen Aspekt der Therapie in personenzentrierten Ansätzen dar.

Verschiedene Studien zeigten, dass die therapeutische Allianz in verschiedenen Online-Settings mit denen in Face-to-Face Settings vergleichbar ist (Cook & Doyle, 2002; Gómez Penedo et al., 2020; Heckemann et al., 2016). Historisch gesehen besteht gegenüber der Distanztherapie von Seiten der Therapeut*innen dennoch viel Unbehagen und Widerstand, besonders aufgrund fehlender Ausbildung (Glueckauf et al., 2018), Vorbehalten hinsichtlich der Technik (Baker & Ray, 2011), dem Vorwurf einer oberflächlichen Beziehungsgestaltung (Williams et al., 2009) und ethischer Bedenken (Hoffman, 2021). Die Pandemie hat aber auch im personenzentrierten Bereich zu eingehenderen Reflexionen geführt, wie Therapie in der neuen Normalität umgesetzt werden kann.

So berichtet Banack (2021), wie es ihr mit einigen Anpassungen in der Emotionsfokussierten Therapie (EFT) auch online möglich war, tiefen Kontakt herzustellen und frisches Erleben zu fördern. Susman (2021) geht der Frage nach, inwiefern Phänomene der Online-Therapie, wie das Verschwimmen der Grenzen zwischen privat und öffentlich, Machtdynamiken sowie Selbst- und Fremdwahrnehmung uns darin beeinflussen, mit uns selbst und anderen authentisch in Kontakt treten zu können. Auch sie plädiert dafür, unseren therapeutischen Wirkungsbereich in die digitale Welt zu erweitern und dies auch rechtlich zu verankern. Rodgers und Kolleg*innen (2021) kommen in einer theoretischen Auseinandersetzung mit ihren eigenen Erfahrungen zum Fazit, dass die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen der personenzentrierten Therapie von Rogers (Rogers, 1959/2016, Stumm & Keil, 2018a, S. 17) auch online umgesetzt werden können. Voraussetzung dafür sei, dass Therapeut*innen sich auf die Möglichkeiten, mit technischen Hilfsmitteln Kontakt herzustellen, einlassen und eine Sprache finden, die Klient*innen erreicht. Vor allem ist es wichtig, dass Therapeut*innen sich der Inkongruenz stellen, die durch technische Pannen, Störungen und Ablenkungen entstehen und sich dabei den entstehenden Gefühlen bezüglich der veränderten Rahmenbedingungen gewahr werden, um in der Beziehung kongruent bleiben zu können (Rodgers et al., 2021). Kontakt auf Distanz stellt große Herausforderungen, bietet aber auch neue Möglichkeiten.

Spezifische empirische Betrachtungen von Distanztherapie im Kontext der personenzentrierten Therapie sind bisher jedoch selten. Die gegenwärtige Studie befasst sich mit der pandemiebedingten Umsetzung von Therapiesitzungen im

Distanz-Setting in Österreich. Betrachtet werden dabei personenzentrierte Therapeut*innen. Zum einen wird dabei erhoben, wie sich personenzentrierte Psychotherapeut*innen auf Distanztherapie in den Lockdowns umgestellt haben und welche Formate sie nutzten. Des Weiteren wird die Forschungsfrage betrachtet, wie es Therapeut*innen in der Distanztherapie gelingt, die Beziehung unter veränderten Rahmenbedingungen ähnlich hilfreich zu gestalten und ihre eigenen Resonanzen für den therapeutischen Prozess nutzbar zu machen.

Methode

Die vorliegende Studie ist Teil des Projektes NO-FEAR², bei welchem qualitativ und quantitativ die Situation und die Befindlichkeit verschiedener Bevölkerungsgruppen während der COVID-19-Krise erfasst wurden (Kreh et al., 2021). Hierfür wurden Interviews und Fokusgruppen durchgeführt sowie in unterschiedlichen Pandemiephasen standardisierte Online-Befragungen ausgesendet. Die Befragungen wurden so gestaltet, dass ein Vergleich zwischen den Bevölkerungsgruppen möglich ist, und die wiederholten Erhebungen erlauben die Analyse von Veränderungen zwischen unterschiedlichen Phasen der COVID-19-Krise. Ein besonderes Augenmerk lag dabei auf dem Gesundheitspersonal, da dieses eine der am meisten belasteten Berufsgruppen in der Pandemie darstellte. Neben dem Krankenhauspersonal und dem Rettungsdienst war eine weitere der erfassten Gruppen die der Psychotherapeut*innen der personenzentrierten Therapie. Eine erste quantitative Online-Befragung fand nach der ersten Welle von SARS-CoV-2-Infektionen in Österreich und dem ersten Lockdown im Frühjahr 2020 statt. Die Infektions-Inzidenzen waren zum Erhebungszeitpunkt niedrig und die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie wurden zunehmend gelockert. Bei der Befragung wurden neben der Lebenssituation, dem Befinden und unterschiedlichen persönlichen Schutz- und Risikofaktoren der Befragten, welche nicht Teil dieses Artikels sind, Informationen zur Therapiesituation erfasst. Die Fragen zur Therapiesituation bezogen sich auf die Phase des Lockdowns wenige Wochen zuvor. Der Fragebogen wurde in einer aktualisierten Version erneut während der zweiten Pandemiewelle im Winter 2020 ausgesendet, um die Wahrnehmungen der Therapeut*innen während der unterschiedlichen Phasen der COVID-19-Krise vergleichen zu können. Zusätzlich zeigte sich anhand der Ergebnisse des ersten Fragebogens, dass die quantitativen Befragungen für eine umfängliche Erfassung der Situation während der

2 EU Horizon Project 786670, NO-FEAR, Network Of practitioners For Emergency medical systems and critical care, <https://no-fearproject.eu/>

COVID-19-Krise nicht ausreichen. Es wurden daher zusätzlich Expert*inneninterviews mit Lehrtherapeut*innen durchgeführt, um detailliertere Ergebnisse zu ihren Erfahrungen in der personenzentrierten Arbeit mit der Distanztherapie zu generieren. Im Fokus standen dabei Schwierigkeiten aber auch Vorteile der Therapie, wobei der Schwerpunkt auf die in der personenzentrierten Therapie zentrale Beziehung gelegt wurde. Mit Hilfe der Interviews können die Erfahrungen der Therapeut*innen mit der Distanztherapie detailliert und tiefgehend dargestellt werden. Die quantitativen Daten dienen der Kontextualisierung der Ergebnisse und unterstützen damit deren Interpretation.

Die Studie fand im Einklang mit den Prinzipien der Deklaration von Helsinki statt. Der Beirat für ethische Fragen in der wissenschaftlichen Forschung der Universität Innsbruck bewilligte die Durchführung der Untersuchung. Alle Befragten stimmten der Studienteilnahme nach Aufklärung über ihre Rechte explizit zu und konnten diese jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen.

Quantitative Erhebung mittels standardisierter Online-Fragebögen

Die quantitativen Befragungen fanden von 19. Mai 2020 bis 28. Juni 2020 (T1) sowie von 29. Dezember 2020 bis 8. Februar 2021 (T2) statt. Die freiwillige Angabe eines anonymisierten Codes durch die Teilnehmenden ermöglichte dabei den direkten Vergleich der Ergebnisse beider Erhebungen.

Zur Charakterisierung der Stichprobe machten die Befragten Angaben zu ihren soziodemographischen Daten (Alter, Geschlecht). Zusätzlich wurden Hintergrundinformationen zu ihrer therapeutischen Tätigkeit erhoben. Hierzu gehörten die Tätigkeitsdauer sowie die Haupttätigkeit (niedergelassene*r Psychotherapeut*in, Klinik, Beratungsstelle, Ausbildung/Supervision, Sonstiges; Teilnehmende konnten mehrere Optionen auswählen). Bezüglich der Therapiesituation während der COVID-19-Krise gaben die Teilnehmenden bei jeder Befragung an, wie viele Stunden Therapie sie durchschnittlich während des jeweiligen Lockdowns sowie davor abgehalten hatten. Zudem gaben sie in Prozent an, in welcher Form die Therapie abgehalten wurde (Präsenz, Telefon, Video, E-Mail). Die Fragebögen enthielten weitere Items und Skalen, die unter anderem der Erfassung des Befindens, sowie von Schutz- und Risikofaktoren dienten. Diese werden hier nicht näher beschrieben, da sie für die Fragestellung dieses Artikels nicht relevant sind.

Für die Befragungen wurden Therapeut*innen, Lehrtherapeut*innen sowie Ausbildungskandidat*innen der personenzentrierten Therapie der ÖGWG rekrutiert. Eine Mailaussendung erreichte dabei 269 Ausbildungskandidat*innen unter Supervision, 358 Therapeut*innen und 55 Lehrtherapeut*innen. Es

wurden jeweils Personen berücksichtigt, die angaben, während des Lockdowns Therapiestunden abgehalten zu haben. Die Stichprobe umfasste bei der ersten Erhebung (T1) 200 Personen, sowie 101 Personen, die ebenfalls bei der zweiten Erhebung (T2) teilgenommen hatten. Diese Teilstichprobe von 101 Therapeut*innen wurde zur inferenzstatistischen Analyse von Veränderungen zwischen den Erhebungszeitpunkten herangezogen. Die Kennwerte dieser gematchten Stichprobe sind in Tabelle 1 dargestellt. Die Therapeut*innen, die bei beiden Erhebungen teilnahmen, unterschieden sich im Hinblick auf ihre demographischen Daten nicht signifikant von Therapeut*innen, die bei der ersten, jedoch nicht bei der zweiten Befragung teilnahmen.

Tabelle 1. Stichprobenbeschreibung

	Gematchte Stichprobe	
	N	%
Geschlecht		
Weiblich	71	70,3
Männlich	28	27,7
Divers	2	2,0
Therapeut*innenstatus		
Ausbildungskandidat*in	34	33,7
Therapeut*in	43	42,6
Lehrtherapeut*in	24	23,8
Haupttätigkeit		
Niedergelassen	68	67,3
Klinik	4	4,0
Beratungsstelle	24	23,8
Lehre/Supervision	5	5,0
	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alter	51,41	11,09
Tätigkeitsdauer	12,84	12,71

Anmerkung. N = 101.

Die Auswertung der quantitativen Daten erfolgte mittels SPSS, Version 20. Der Fokus lag dabei auf deskriptiven Auswertungsmethoden, um Informationen über die Rahmenbedingungen der Therapie während der COVID-19-Krise zu generieren. Für die inferenzstatistische Berechnung der Unterschiede zwischen der ersten und zweiten Quarantäne wurden T-Tests für abhängige Stichproben verwendet.

Erhebung mittels Expert*inneninterviews

Die Expert*inneninterviews wurden zwischen 10. April 2021 und 3. Mai 2021 durchgeführt. Hierfür wurden Lehrtherapeut*innen der personenzentrierten Psychotherapie, die als Ausbilder*innen an der ÖGWG tätig waren, rekrutiert. Die Interviews wurden auf Lehrtherapeut*innen beschränkt, da diese aufgrund

ihrer langjährigen Erfahrungen detaillierte Informationen zur veränderten Therapiesituation geben können. Gleichzeitig haben sie eine theoretisch fundierte Verankerung im personenzentrierten Ansatz, die Aussagen über die Erfahrungen bei der praktischen Umsetzung der theoretischen Aspekte erlaubt. Die Rekrutierung erfolgte über persönliche Kontakte, wobei ein Fokus darauf gelegt wurde, Therapeut*innen aus allen Regionen Österreichs sowie verschiedener Geschlechter zu integrieren. Insgesamt wurden elf Lehrtherapeut*innen interviewt (dies entspricht 20 % des Lehrpersonals der ÖGWG), von denen drei männlich waren. Das Alter lag zwischen 44 und 64 Jahren.

Die Interviews befassten sich mit den Erfahrungen der Therapeut*innen mit den Therapiesettings während der COVID-19-Krise. Sie wurden semistrukturiert mit einem Leitfaden durchgeführt, der den Interviewten bei der Rekrutierung zugesendet wurde. Der Leitfaden basierte auf den Ergebnissen der quantitativen Fragebogen-Erhebung. Die Interviews dauerten zwischen 15 und 42 Minuten. Die Durchführung erfolgte aufgrund der Kontaktbeschränkungen mittels Videokonferenz. Es wurden Tonaufnahmen erstellt, die anschließend transkribiert wurden. Die Transkripte wurden den Interviewten zugesendet und von ihnen überprüft.

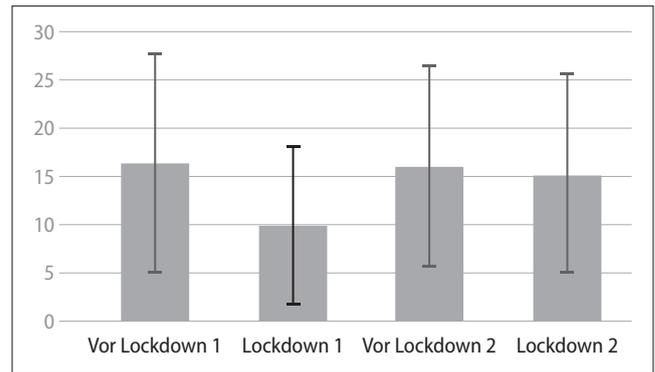
Für die Auswertung der Interviewdaten wurde die Methode der Grounded Theory nach Strauss und Corbin (2010) genutzt. Dieser Ansatz ist besonders dafür geeignet, Zusammenhänge aus Narrativen herauszuarbeiten. Dabei wurden die Interviewinhalte zunächst offen kodiert. Unterstützend wurde hierfür das Programm MaxQDA, Version PLUS 2020 (VERBI Software, 2019) verwendet. Im axialen Kodieren wurden die Schlüsselkategorien kausale Bedingungen, positive und negative Kontextfaktoren verschiedener Therapiesettings, das subjektive Erleben der Therapeut*innen als Phänomen, Strategien, Konsequenzen und Wünsche für die Zukunft gebildet und zueinander in Beziehung gesetzt (siehe Anhang, Abb. 3).

Ergebnisse

Ergebnisse der quantitativen Umfrage: Vergleich zwischen dem ersten und dem zweiten Lockdown

Die Therapiesituation während der Kontaktbeschränkungen sowie Veränderungen zwischen dem ersten und dem zweiten Lockdown werden im Folgenden anhand verschiedener Kennwerte dargestellt. Abbildung 1 zeigt, wie viele Therapiestunden die Therapeut*innen vor und während der beiden Lockdowns absolvierten. Während des ersten Lockdowns ($M = 9.83$, $SD = 8.16$) berichteten die Befragten von einem signifikanten Rückgang ihrer Therapiestunden gegenüber der Zeit vor dem Lockdown ($M = 16.52$, $SD = 11.20$, $t(100) = 8.20$, $p < 0.001$;

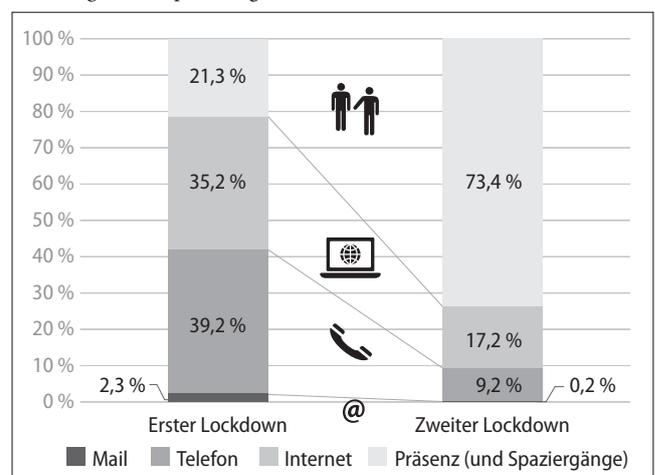
Abbildung 1. Therapiestunden pro Woche vor und während der Lockdowns.



Cohen's $d = 0.65$). Zwischen den Lockdowns stieg das Arbeitspensum wieder an ($M = 16.03$, $SD = 10.14$) und unterschied sich nicht signifikant von der Zeit vor der COVID-19-Krise ($t(100) = 0.63$, $p = 0.529$). Während des zweiten Lockdowns war erneut ein leichter Rückgang der Therapiestunden zu verzeichnen ($M = 15.23$, $SD = 10.14$), welcher nicht das nach Bonferroni korrigierte Signifikanzniveau von $p < 0.0125$ erreichte ($t(100) = 2.14$, $p = 0.035$). Das Arbeitsausmaß war während des zweiten Lockdowns höher als während des ersten Lockdowns ($t(100) = 7.66$, $p < 0.001$; Cohen's $d = 0.57$). Zusammengefasst zeigt sich somit, dass während des ersten Lockdowns die Anzahl der durchgeführten Therapiestunden, im Vergleich zu den Stunden vor dem ersten Lockdown, stark zurück ging. Dadurch erlebte die therapeutische Versorgung der Klient*innen einen massiven Einbruch. Beim zweiten Lockdown gab es nur mehr einen geringen Rückgang. Therapeut*innen und Klient*innen hatten sich bereits besser auf die bestehende Situation eingestellt.

Neben der Anzahl der durchgeführten Stunden interessierte in welcher Form (Telefon, Internet, Mail, Präsenz) die Therapien durchgeführt wurden und inwiefern sich die Nutzung

Abbildung 2. Therapiesettings während der Lockdowns.



Anmerkung: Während des ersten Lockdowns wurden 2 % der Therapien in „sonstigen“ Settings abgehalten, welche nicht in der Abbildung inkludiert sind.

der Telemedien (Telefon, Internet, Mail) während der Lockdowns veränderte. Die Anteile der Therapiesettings an den angebotenen Stunden sind in Abbildung 2 dargestellt. Hierbei wird deutlich, dass Präsenztherapie mit 21,3 % während des ersten Lockdowns nur einen geringen Anteil ausmachte. Der Großteil der Stunden wurde mittels Distanztherapie durchgeführt (76,7 %). Synchrone Kommunikationsmedien (Telefon mit 39,2 % und Videotelefonie mit 35,2 %) waren dabei beliebter als die asynchrone Kommunikation via E-Mail (2,3 %). Während des zweiten Lockdowns wurden die Termine vermehrt in Präsenz abgehalten (73,4 %). Innerhalb der digitalen Medien war die Videotelefonie (17,2 %) am stärksten vertreten, gefolgt von der Telefonie (9,2 %). Therapie über E-Mail wurde weiterhin nur in Einzelfällen genutzt (0,2 %).

*Ergebnisse der Expert*inneninterviews: Erfahrungen mit der Distanztherapie*

Während die quantitativen Ergebnisse zeigen, welche Arten des Therapiesettings im ersten und zweiten Lockdown angewendet wurden, können die qualitativen Daten Auskunft darüber geben, welche Erfahrungen die Therapeut*innen mit der Distanztherapie machten. In den Expert*inneninterviews wurden die Schlüsselkategorien des Erlebens der Therapeut*innen, positive und negative Aspekte der Distanztherapie, Herausforderungen, Strategien und Wünsche identifiziert.

*Erleben der Therapeut*innen: Anfängliches Unwohlsein, Unzufriedenheit und Unsicherheit, größere Anstrengung und Erschöpfung*

Die Zunahme der Distanztherapie durch die COVID-19-Pandemie ist unumstritten, die Situation für Psychotherapeut*innen eine ungewohnte. Entsprechend kam es vor allem im ersten Lockdown zu Unbehagen und Unwohlsein der Therapeut*innen. Während sie im weiteren Verlauf der Krise auch gute Erfahrungen mit der Distanztherapie machten und viele angaben, positiv überrascht zu sein, blieben andere Unsicherheiten weiter bestehen. Die Distanztherapie war zudem anstrengender für die Therapeut*innen, sie fühlten sich erschöpfter.

Positive Aspekte: Distanztherapie als Überbrückungsmethode, aber keine Vertiefung

Distanztherapie wurde von den Psychotherapeut*innen in den Interviews oftmals als hilfreiche Methode zur Überbrückung gesehen, wodurch die Unterbrechung von Prozessen verhindert werden konnte. Sie sahen jedoch wenig Potenzial für die Vertiefung von Prozessen. Eine Therapeutin kommunizierte dies sehr deutlich:

„Also erstens finde ich, ist das ganz wichtig, meines Erachtens, klar zu haben, dass es nur eine Überbrückungsmöglichkeit ist und als solche

sehr gut einsetzbar. Aber es kann nur überbrücken. Nicht mehr.“ (Interview 9, S. 4)

Auch die Flexibilität des Ortes wurde von den Therapeut*innen als positiv erlebt, wenngleich diese auch mit Herausforderungen verbunden war (siehe Strategien).

Herausforderungen: Erschwertes Vertiefen der Prozesse, fehlender Gesamteindruck, erschwerte Resonanz in Abhängigkeit vom therapeutischen Beziehungsstatus

Das Vertiefen der Prozesse wurde als schwierig bis unmöglich beschrieben, da sich die Psychotherapeut*innen als vorsichtiger im Umgang mit Interventionen und Konfrontationen erlebten. Durch die Distanz hatten sie das Gefühl, die möglichen Reaktionen der Klient*innen nicht abfangen und keinen sicheren Raum dafür bieten zu können. Daraus wiederum entstanden Unzufriedenheit und Verunsicherung, sowie der Eindruck nicht gut genug zu arbeiten. Als zentraler Nachteil der Distanztherapie wurde der fehlende Gesamteindruck der Klient*innen erlebt. Ein Therapeut beschrieb, worum es für ihn in der Präsenztherapie geht:

„Ich mag wirklich eine direkte Begegnung mit einem Menschen haben. Ich mag diesen Menschen spüren, ich mag den riechen, ich mag den sehen, wie der reinkommt zur Tür, was der als Erstes erzählt.“ (Interview 11, S. 14)

Im Vergleich dazu gibt es bei der telefonbasierten Therapie nahezu keine nonverbale Eindrücke und auch in der webbasierten Therapie sind diese stark eingeschränkt. Viele Informationen, die beispielsweise durch Mimik, Gestik, Körperhaltung oder nonverbale Signale transportiert werden, gehen verloren. Somit ergeben sich für die Therapeut*innen Schwierigkeiten, zu adäquaten Resonanzen zu kommen. Die Resonanzen der Therapeut*innen sind im direkten Kontakt mit den Klient*innen eine wichtige Grundlage für das Erfassen des konkreten individuellen Gegenübers und für die Entwicklung von Verstehenshypothesen, aus denen konkrete Interventionen abgeleitet werden können (vergleiche Keil, 2014). Die Therapeut*innen erlebten diese als sehr eingeschränkt und über die Distanz nur schwer spürbar. Eine Therapeutin formulierte es so:

„Also meine Resonanz war: Ich kriege ganz schwer Resonanzen. Ich höre das, ich verfolge das. Nur ich spüre in mir recht wenig. Von mir auch irgendwie und auch zu ihr hin und von ihr auch wenig so dieses, eben wir sind nicht im direkten Kontakt.“ (Interview 6, S. 1)

Laut der Erfahrung der Expert*innen kann allerdings eine bestehende therapeutische Beziehung helfen, auch im Rahmen einer Distanztherapie zu spürbaren Resonanzen zu kommen. Der Vorteil einer Beziehung ergibt sich daraus, dass man das Gegenüber besser einschätzen und Signale, wie beispielsweise eine veränderte Stimmlage, besser wahrnehmen und die Veränderungen im Prozess abschätzen kann. Bei Erstkontakten erweist sich dies dagegen als besonders schwierig.

*Strategien der Therapeut*innen: Höhere Vorsicht, mehr Konzentration, Rahmenbedingungen thematisieren*

Grundsätzlich muss aufgrund der fehlenden nonverbalen Informationen die Konzentration erhöht und der ganze Fokus auf das Medium und das Gesagte gerichtet werden. So berichteten die Therapeut*innen in den Interviews von einer großen Anstrengung und Erschöpfung, die in der Distanztherapie im Vergleich zur Präsenztherapie erlebt wurde. Darüber hinaus können technische Störungen und daraus resultierende Unterbrechungen dazu führen, Distanztherapie als mühsamer zu erleben.

Die Flexibilität des Ortes stellt einerseits einen der großen Vorteile der Distanztherapie dar, birgt andererseits jedoch Probleme. So fiel es Klient*innen oft schwer, einen ruhigen Ort zu finden, an dem die Therapiestunde ungestört gehalten werden konnte. Dies betrifft vor allem Klient*innen, die in beengten Wohnverhältnissen leben (große Familien, alleinerziehende Mütter, Klient*innen mit Problemen in der Partnerschaft). Zudem kann es von beiden Seiten als unpassend erlebt werden, Einblicke in den privaten Raum zu gewähren oder zu erhalten. Diese veränderten Rahmenbedingungen gilt es zu thematisieren, transparent zu machen und zu einem angemessenen Umgang damit zu kommen. Für die Therapeut*innen selbst bietet es sich an, auch Distanztherapie in der Praxis zu halten. Darüber hinaus ergaben sich aus den Interviews die Empfehlungen, die Rahmenbedingungen zu beachten, Termine und Zeiten einzuhalten und mehr Pausen einzuplanen.

*Wünsche der Therapeut*innen: Beibehaltung der Distanztherapie als Möglichkeit, Klärung der rechtlichen Rahmenbedingungen, Austausch und Training*

Trotz der Schwierigkeiten mit der Distanztherapie, äußerten die Psychotherapeut*innen Interesse daran, dass Distanztherapie als Alternative bestehen bleibt. Eine Therapeutin sagte dazu:

„Aber prinzipiell die Möglichkeit zu haben, dass es, dass das möglich ist, auch abgesehen von Corona, finde ich gut. Also ich merke so, ich fände es auch gut. Momentan zahlt ja die Krankenkasse auch Telefon- oder Zoom-Therapien. Das fände ich sehr wichtig, dass das bestehend bleibt als Möglichkeit.“ (Interview 8, S. 6)

Es wurde der Wunsch geäußert, dass Distanztherapie anerkannt wird und sich die rechtlichen Rahmenbedingungen diesbezüglich ändern. Dennoch war es den Befragten wichtig, nicht ein „zu viel“ an Distanztherapie zu erreichen, um eine Distanzierung von Therapeut*in und Klient*in zu vermeiden. Auch ein Austausch über und eine Auseinandersetzung mit dem Thema Distanztherapie wurde von den Therapeut*innen angestrebt, um in Zukunft besser darauf vorbereitet zu sein und sich sicherer in der Umsetzung zu fühlen.

Diskussion

In dieser Befragung von Therapeut*innen der personenzentrierten Psychotherapie zeigte sich, wie sich die Therapeut*innen an die Situation während der COVID-19-Krise anpassten. Während des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 war Therapie in direktem Kontakt nur sehr begrenzt umsetzbar. Die Therapeut*innen hielten daher einerseits weniger Therapiestunden ab und wichen andererseits auf digitale Medien wie (Video-) Telefonie aus. Diese Befragungsergebnisse stehen im Einklang mit anderen Befragungen von Psychotherapeut*innen in Österreich, in welchen ebenfalls ein Rückgang der Therapiestunden sowie eine Umstellung auf digitale Medien berichtet wurde (Probst et al., 2020). In anderen Erhebungen zeigte sich eine überwiegend positive Einstellung gegenüber der Distanztherapie während der COVID-19-Pandemie (Beck-Hiestermann et al., 2021; Poltrum et al., 2021), sowie das Gefühl der Therapeut*innen, mit der Umstellung gut zurecht zu kommen (Höfner et al., 2021). Die Interviewbefragungen liefern ein differenzierteres Bild. Hier berichteten die befragten Lehrtherapeut*innen trotz ihres großen Erfahrungsschatzes von Herausforderungen bezüglich der Umstellung auf Distanztherapie. Insbesondere die Resonanz wurde durch die verringerten nonverbalen Eindrücke als erschwert erlebt und die Therapeut*innen berichteten von Problemen bezüglich des Aufbaus neuer Therapiebeziehungen. Auch in anderen Befragungen während der COVID-19-Pandemie wurde von Schwierigkeiten berichtet, eine therapeutische Beziehung aufzubauen (Höfner et al., 2021) und emotionalen Zugang zu finden (Markowitz et al., 2021). Der Versuch, die therapeutische Beziehung zu erhalten, zeigt sich auch in den genutzten Medien. Asynchrone Medien wie E-Mail wurden von den personenzentrierten Therapeut*innen kaum genutzt. Sie bevorzugten stattdessen Medien, die eine direkte Kommunikation mit ihren Klient*innen ermöglichten. Während des zweiten Lockdowns zeigte sich außerdem eine Präferenz von Videotelefonie gegenüber konventionellem Telefonkontakt, was darauf hinweist, dass die Therapeut*innen, aber auch deren Klient*innen, die zusätzlichen visuellen Informationen ihres Gegenübers wertschätzten. Neben dem erschwerten Beziehungsaufbau wurde auch die erhöhte Belastung und Anstrengung im Rahmen von Distanztherapien von den befragten personenzentrierten Lehrtherapeut*innen ebenso wie von Psychotherapeut*innen in anderen Studien berichtet (Backhaus et al., 2012; Chen et al., 2020; Markowitz et al., 2021). Trotz dieser Schwierigkeiten sowie anfänglicher Überforderung und Unsicherheit, entdeckten die Therapeut*innen im Laufe der erzwungenen Umstellung auf die Distanztherapie auch deren Vorteile. Diese bezogen sich insbesondere auf die erhöhte Flexibilität, die eine Fortsetzung der Therapie auch unter Pandemie- oder anderen besonderen Bedingungen ermöglichte. Diese

Niederschwelligkeit wurde bereits in verschiedenen Studien positiv hervorgehoben (Gahleitner & Preschl, 2016; Markowitz et al., 2021). Die Befragten forderten daher die Möglichkeit, auch weiterhin Distanztherapie anbieten zu können und die Schaffung der rechtlichen Rahmenbedingungen hierfür. Dennoch könne die Distanztherapie die Therapie in Präsenz nicht ersetzen, sondern stelle lediglich eine Ergänzung dar. Die Therapeut*innen wollten nicht auf den persönlichen Kontakt mit ihren Klient*innen verzichten, was sich auch darin zeigt, dass der Anteil an Stunden in Distanztherapie während des zweiten Lockdowns geringer war als während des ersten Lockdowns.

Empfehlungen und Ausblick

Die befragten Therapeut*innen sahen die Präsenztherapie nach den Erfahrungen mit der Distanztherapie weiterhin als unverzichtbaren Standard an. Dennoch erkannten sie, dass bestimmte Situationen eine Aufrechterhaltung der Therapie in Präsenz erschweren oder unmöglich machen können. Hier seien neben der aktuellen Pandemiesituation auch Naturkatastrophen, individuelle Krankheiten oder Auslandsaufenthalte genannt. In all diesen Fällen kann eine Distanztherapie die einzige Möglichkeit sein, psychotherapeutische Unterstützung zu erhalten, weshalb die Möglichkeit sowie Vor- und Nachteile von Distanztherapien offen mit Klient*innen diskutiert werden sollten (Backhaus et al., 2012). Während der Aufbau einer therapeutischen Beziehung ohne direkten Kontakt als schwierig angesehen wurde, sahen die Therapeut*innen Potenzial für die Aufrechterhaltung von bestehenden Beziehungen aber auch für die Basisstabilisierung von Klient*innen. Für Erstkontakte sind daher Präsenzkontakte zu empfehlen (Peelo, 2018; Schuster et al., 2018). Im Rahmen dieser kann auch die Möglichkeit einer Fortsetzung im Distanz-Setting besprochen werden (Peelo, 2018). Es gibt bestimmte Rahmenbedingungen der Distanztherapie, welche sich von denen der Präsenztherapie unterscheiden, und die jedenfalls mit den Klient*innen geklärt werden müssen. Eine frühzeitige Definition von Regeln der Therapie ist daher entscheidend für einen erfolgreichen Verlauf (Eichenberg & Stetina, 2015). So müssen Übereinkünfte gefunden werden, in welchen Räumen und mit welchen Kommunikationsmitteln die Therapiesitzungen abgehalten werden. Details, wie ein ausreichender Abstand zur Kamera und eine zentrale Anzeige des Bildes des Gegenübers, können entscheidend für eine angenehme Kommunikation über Videotelefonie sein (Abbass & Elliott, 2020; Markowitz et al., 2021). Auch das Verbergen des eigenen Videos und das Ausschalten von Benachrichtigungen sowie das Sicherstellen einer guten Internetverbindung sollten bedacht werden (Markowitz et al., 2021). Ob und welche Personen während der Therapiesitzungen

anwesend sind, sollte offen angesprochen werden, da die Therapeut*innen wenig Einblicke in das Umfeld, in dem sich die Klient*innen während der Therapie aufhalten, haben und daher nicht einschätzen können, wie dieses die Klient*innen beeinflusst. Es müssen daher Vereinbarungen getroffen werden, die von beiden Seiten ehrlich eingehalten werden. Zudem gilt es die Kontaktaufnahme der Klient*innen mit den Therapeut*innen zu klären. Dadurch, dass es zu einer Normalisierung des Kontaktes via Telefon oder Videotelefonie kommt, kann die Hemmschwelle sinken, Therapeut*innen auch außerhalb der vereinbarten Sitzung zu kontaktieren. Neben diesen Rahmenbedingungen sind auch Besonderheiten bezüglich des therapeutischen Vorgehens der Distanztherapie zu beachten. Aus Perspektive der Therapeut*innen ist bei Interventionen ein vorsichtigeres Vorgehen als in Präsenz nötig, da Informationen aus nonverbaler Kommunikation fehlen. Dadurch wird die Resonanz erschwert und es ist für Therapeut*innen schwieriger, den Prozess gut mitzutragen. Dies macht die Distanztherapie anstrengender. Therapeut*innen, die Distanztherapie anbieten möchten, sollten daher achtsam gegenüber ihrer eigenen Leistungsfähigkeit sein und das erhöhte Maß an Anstrengung bei der Therapieplanung berücksichtigen. Zusätzlich sind entsprechende Schulungen und Weiterbildungen für die Therapeut*innen empfehlenswert (Eichenberg, 2021) und von diesen gewünscht. Im Rahmen derer können die Auswirkungen der Kommunikation über Medien reflektiert werden (Eichenberg & Stetina, 2015). All diese Überlegungen der Therapieumsetzung sollten in gesetzliche Rahmenbedingungen eingebettet werden, die konkrete Bedingungen für die Distanztherapie definieren und diese auch als Kassaleistung ermöglichen.

Stärken und Limitationen der Untersuchung

Ein zentrales Merkmal der vorliegenden Studie ist der Mixed-Method Ansatz mit Längsschnittelement. Durch die quantitativen Erhebungen konnte eine breite Zielgruppe erfasst und wiederholt befragt werden. So ließen sich statistische Aussagen über die Situation während der verschiedenen Lockdowns machen. Die zusätzlichen Expert*inneninterviews ermöglichten ein tieferes Verständnis für die veränderte Therapiesituation, die sich mit Fragebögen nur begrenzt erfassen lässt. Lehrtherapeut*innen zeichnen sich dabei durch ihre Erfahrung und Verankerung in der Theorie des personenzentrierten Ansatzes aus, durch welche von ihnen besonders fundierte Aussagen erwartet wurden. Dass die Interviews auf Lehrtherapeut*innen beschränkt wurden, stellt zugleich eine Schwäche der Untersuchung dar. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Eindrücke der Lehrtherapeut*innen sich von denen unerfahrener Therapeut*innen oder auch Ausbildungskandidat*innen

unterscheiden. So ist es sowohl denkbar, dass unerfahrenere Therapeut*innen mehr Schwierigkeiten mit der Umstellung hatten als die erfahrenen Lehrtherapeut*innen, da sie auf einen weniger reichen Erfahrungsschatz zurückgreifen konnten. Auch der gegenteilige Effekt ist denkbar, indem die meist jüngeren Einsteiger*innen in die Therapie geübter im Umgang mit digitalen Medien sind. Die quantitativen Erhebungen, in denen die unterschiedlichen Gruppen befragt wurden, weisen zwar nicht auf einen solchen Effekt hin, jedoch sind die Teilstichproben nicht ausreichend groß, um kleine Effekte nachzuweisen. Aufgrund einer zu geringen Datenmenge wurden zudem nur die Schritte der offenen und der axialen Codierung der Grounded Theory durchgeführt. Darauf aufbauend ist eine weitere Datensammlung und die anschließende selektive Codierung möglich. Eine weitere Lücke der vorliegenden Studie ist die fehlende Erfassung der Klient*innenperspektive. Auch hier sind, wie bei den Therapeut*innen, Unterschiede abhängig von Alter und individuellen Präferenzen denkbar. Weitere Forschung zur erfolgreichen Umsetzung von Distanztherapie sowie unterschiedlichen Einflussfaktoren ist daher von großer Bedeutung.

Conclusio

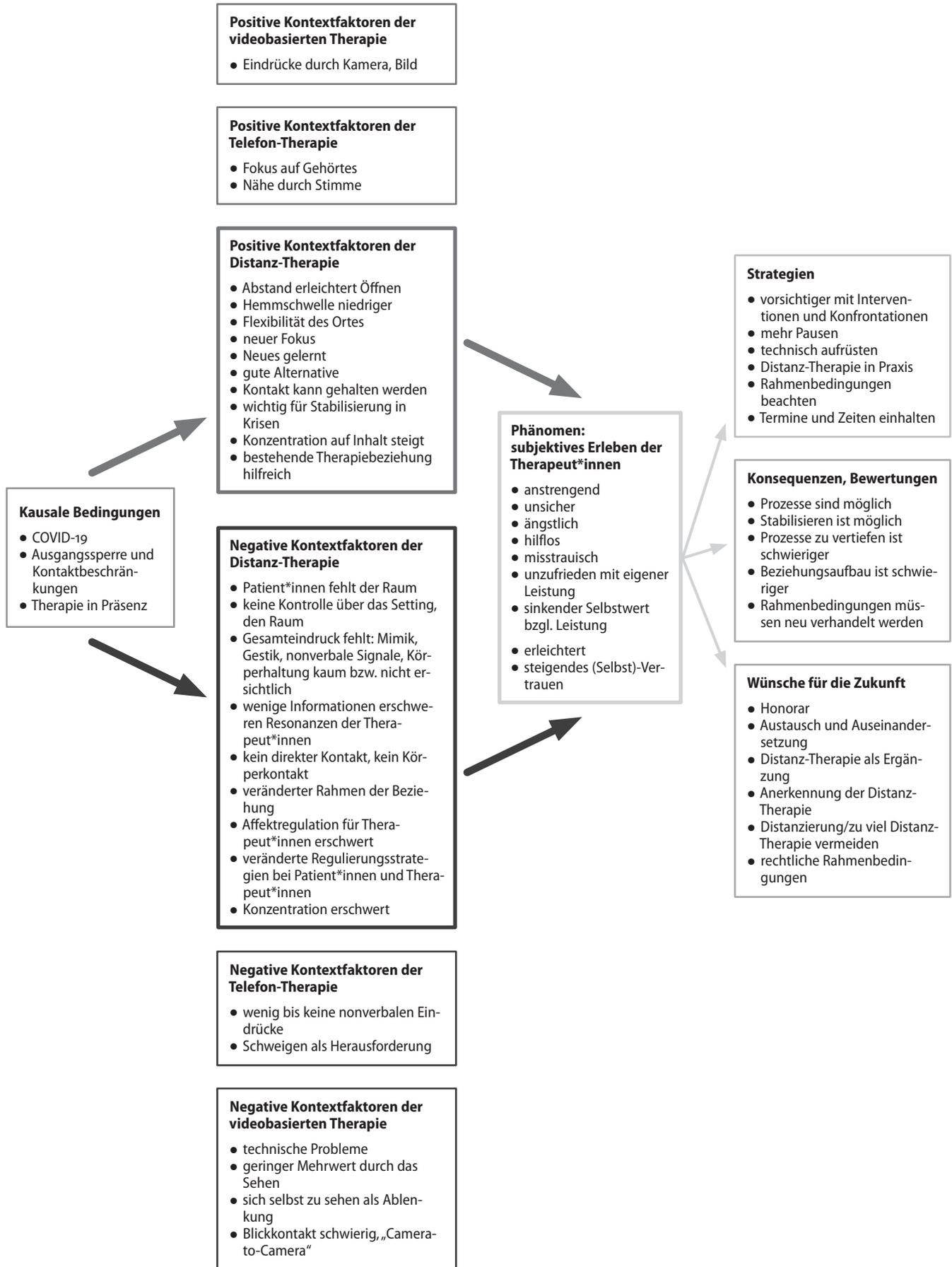
Die COVID-19-Pandemie zwang Psychotherapeut*innen – oft entgegen deren Wünschen und Überzeugungen – Distanztherapien umzusetzen. Auch wenn die befragten personenzentrierten Lehrtherapeut*innen die Präsenztherapie für nicht ersetzbar hielten und die Therapie über digitale Medien als anstrengender empfanden, zogen sie nach der erzwungenen Umstellung überwiegend das Fazit, dass Distanztherapie eine hilfreiche Ergänzung darstellen kann. Distanztherapie eignet sich demnach vor allem für Klient*innen, zu denen bereits eine therapeutische Beziehung besteht. Aber auch Personen, die keine Präsenztherapie in Anspruch nehmen können, profitieren von derartigen Angeboten. So kann die psychosoziale Versorgung der Klient*innen erweitert und verbessert werden. Es ist daher zentral, aus der Umstellung während der COVID-19-Pandemie zu lernen und langfristig die Möglichkeit von Distanztherapie zu schaffen.

Literatur

- Abbass, A. & Elliott, J. (2020). Emotion-focused and video-technology considerations in the COVID-19 crisis. *Counselling Psychology Quarterly*, 2(1), 1–13.
- Anthony, K.E. & Goss, S.P. (2009). *Guidelines for online counselling and psychotherapy, including guidelines for online supervision* (3rd ed.). Lutterworth: BACP.
- Apolinário-Hagen, J. & Tasseit, S. (2015). Chancen und Risiken der Internettherapie für die Regelversorgung in Deutschland. Ein Beitrag zur Psychotherapie im Zeitalter von Web 2.0. *e-beratungsjournal*, 11(1), 69–86.
- Auckenthaler, A. & Baudisch, F. (2012). *Kurzlehrbuch Klinische Psychologie und Psychotherapie: Grundlagen, Praxis, Kontext. Kurzlehrbuch*. Stuttgart: Thieme.
- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M.L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N.M., Lohr, J. & Thorp, S.R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological services*, 9(2), 111–131.
- Baker, K.D. & Ray, M. (2011). Online counseling: The good, the bad, and the possibilities. *Counselling Psychology Quarterly*, 24(4), 341–346.
- Banack, K.D. (2021). Adapting emotion-focused therapy for teletherapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 20(4), 303–311.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. & Shapira, N. (2008). A Comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2–4), 109–160.
- Beck-Hiestermann, F.M.L., Kästner, D. & Gumz, A. (2021). Onlinepsychotherapie in Zeiten der Corona-Pandemie: Querschnittsbefragung deutscher Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 66(5), 372–381.
- Bee, P.E., Bower, P., Lovell, K., Gilbody, S., Richards, D., Gask, L. & Roach, P. (2008). Psychotherapy mediated by remote communication technologies: A meta-analytic review. *BMC psychiatry*, 8(1), 1–13.
- Chen, C.K., Nehrig, N., Wash, L., Schneider, J.A., Ashkenazi, S., Cairo, E., Guyton, A.F. & Palfrey, A. (2020). When distance brings us closer: Leveraging tele-psychotherapy to build deeper connection. *Counseling Psychology Quarterly*, 12(1), 1–14.
- Cohen, G.E., Kerr, B.A. (1999). Computer-Mediated Counseling. *Computers in Human Services*, 15(4), 13–26.
- Cook, J.E. & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: preliminary results. *Cyberpsychology & behavior: the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 5(2), 95–105.
- Eichenberg, C. (2021). Onlinepsychotherapie in Zeiten der Coronapandemie [Online psychotherapy in times of the corona pandemic]. *Psychotherapeut*, 66(3), 195–202.
- Eichenberg, C. & Küsel, C. (2016). Zur Wirksamkeit von Online-Beratung und Online-Psychotherapie. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 4(2), 93–107.
- Eichenberg, C. & Stetina, B. (2015). Risiken und Nebenwirkungen in der Online-Therapie. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 16(04), 56–60.
- Eichenberg, C., Wolters, C. & Brähler, E. (2013). The internet as a mental health advisor in Germany. – Results of a national survey. *PLoS one*, 8(11), e79206.
- File, N. (2017). *Wirksamkeitsforschung in der personenzentrierten Psychotherapie. „Bin ich nach der Therapie wieder normal?“*. Abschlussarbeit als Ausbilder bei der ÖGWG. Salzburg. Online verfügbar: <https://www.oegwg.at/assets/Uploads/wissenschaftlicheArbeiten/AbschlussarbeitGWGFileNorbertC.pdf>
- Fingfeld, D. (1999). Psychotherapy in cyberspace. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 5(4), S.105–110.
- Gahleitner, S.B. & Preschl, B. (2016). Professionelle Beziehungsgestaltung über das Internet: Geht denn das überhaupt? Überlegungen zu einem methodenübergreifenden Wirkfaktor. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 4(2), 108–129.
- Glueckauf, R.L., Maheu, M.M., Drude, K.P., Wells, B.A., Wang, Y., Gustafson, D.J. & Nelson, E.-L. (2018). Survey of psychologists' telebehavioral health practices: Technology use, ethical issues, and training needs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(3), 205–219.

- Gómez Penedo, J.M., Berger, T., Grosse Holtforth, M., Krieger, T., Schröder, J., Hohagen, F., Meyer, B., Moritz, S. & Klein, J.P. (2020). The Working Alliance Inventory for guided Internet interventions (WAI-I). *Journal of clinical psychology*, 76(6), 973–986.
- Hanley, T. (2012). Understanding the online therapeutic alliance through the eyes of adolescent service users. *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(1), 35–43.
- Hanley, T. (2021). Researching online counselling and psychotherapy: The past, the present and the future. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(3), 493–497.
- Hanley, T., Prescott, J. & Gomez, K. U. (2019). A systematic review exploring how young people use online forums for support around mental health issues. *Journal of mental health*, 28(5), 566–576.
- Hanley, T. & Reynolds, D. (2009). A review of the quantitative research into text-based therapy. *Counselling Psychology Review*, 24(2), 4–13.
- Heckemann, B., Wolf, A., Ali, L., Sonntag, S. M. & Ekman, I. (2016). Discovering untapped relationship potential with patients in telehealth: a qualitative interview study. *BMJ open*, 6(3), e009750.
- Hintenberger, G. (2012). Die Internetrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Österreich – Eine kritische Würdigung. *e-beratungsjournal*, 8(1), Artikel 3, 1–11.
- Hoffman, L. (2021). Existential-Humanistic Therapy and Disaster Response: Lessons From the COVID-19 Pandemic. *Journal of Humanistic Psychology*, 61(1), 33–54.
- Höfner, C., Hochgerner, M., Mantl, G., Stefan, R. & Stammer, J. (2021). Telepsychotherapie als Chance und Herausforderung: Eine longitudinale Mixed-Methods Studie. *Psychotherapie Forum*, 25(1–2), 37–43.
- Keil, S. (2014). Die prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik. *Person*, 18(1), 31–43.
- Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 1(1), 5–13.
- Keil, W. W. & Stumm, G. (2018). Arbeit mit der Beziehung. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (2. Aufl., S. 53–70). Berlin: Springer.
- Kuntschner, E. (2022). *Wie erleben Therapeut*innen Distanz-Therapie*. (Masterarbeit, Universität Innsbruck).
- Kreh, A., Brancaleoni, R., Magalini, S. C., Chieffo, D. P. R., Flad, B., Ellebrecht, N. & Juen, B. (2021). Ethical and psychosocial considerations for hospital personnel in the Covid-19 crisis: Moral injury and resilience. *PLoS one*, 16(4), e0249609.
- Lambert, M. J. (2013). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. Aufl., S. 169–218). Hoboken: John Wiley.
- Lambert, M. J. (Hrsg.). (2013a). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed). Hoboken: John Wiley.
- Maheu, M. M. & Gordon, B. L. (2000). Counseling and therapy on the Internet. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(5), 484–489.
- Markowitz, J. C., Milrod, B., Heckman, T. G., Bergman, M., Amsalem, D., Zalman, H., Ballas, T. & Neria, Y. (2021). Psychotherapy at a Distance. *The American journal of psychiatry*, 178(3), 240–246.
- Murphy, L., Parnass, P., Mitchell, D. L., Hallett, R., Cayley, P. & Seagram, S. (2009). Client Satisfaction and Outcome Comparisons of Online and Face-to-Face Counselling Methods. *British Journal of Social Work*, 39(4), 627–640.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 303–315.
- Peelo, D. (2018). Online therapy: A business opportunity for the private practitioner; a Person-Centred perspective. *Irish Journal of Counselling and Psychotherapy*, 18(4), 10–14.
- Poltrum, M., Uhl, A. & Poltrum, H. (2021). *Neue Studie zum Potential von E-Psychotherapie in Österreich*. Sigmund Freud Privatuniversität. Online verfügbar: https://www.sfu.ac.at/wp-content/uploads/SFU_Presseinfos_2020_o8_28_E-Psychotherapie.pdf
- Probst, T., Stippl, P. & Pieh, C. (2020). Changes in Provision of Psychotherapy in the Early Weeks of the COVID-19 Lockdown in Austria. *International journal of environmental research and public health*, 17(11).
- Rochlen, A. B., Zack, J. S. & Speyer, C. (2004). Online therapy: review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of clinical psychology*, 60(3), 269–283.
- Rodgers, B., Tudor, K. & Ashcroft, A. (2021). Online video conferencing therapy and the person-centered approach in the context of a global pandemic. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 20(4), 286–302.
- Rogers, C. R. (Orig. ersch.: 1961 On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin)/1961/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (18. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta. (Erstveröffentlichung (Orig. ersch.: 1961 On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin)
- Rogers, C. R. (1962/2012). *Therapeut und Klient* (21. Auflage). Frankfurt/M.: Fischer.
- Rogers, C. R. (1959/2016). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. München: Reinhardt.
- Sampson, J. P., Kolodinsky, R. W., Greeno, B. P. (1997). Counseling on the Information Highway: Future Possibilities and Potential Problems. *Journal of Counseling & Development* 75(3), S. 203–212.
- Schuster, R., Berger, T. & Laireiter, A.-R. (2018). Computer und Psychotherapie – geht das zusammen? *Psychotherapeut*, 63(4), 271–282.
- Simpson, S. G. & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *The Australian journal of rural health*, 22(6), 280–299.
- Stein, B., Schauenburg, H. & Eichenberg, C. (2011). Psychotherapie und Internet – eine Herausforderung für uns alle. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 12(02), 171–173.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (2010). *Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (Unveränd. Nachdr. der letzten Aufl.). Beltz.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (Hrsg.). (2018). *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (2. Aufl. 2018). Berlin: Springer.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2018a). Therapietheorie. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (2. Aufl., S. 15–30). Berlin: Springer.
- Susman, K. (2021). Between the tiles: the psychology of the virtual room. Appropriating and subverting the digital sphere for authentic and meaningful encounter. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 20(4), 327–344.
- Tanios, A., Valady, S. & Grabenhofer-Eggerth, A. (Hrsg.). (2020). *Analyse der Versorgungswirksamkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in freier Praxis*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Tschuschke, V. (2016). Therapeutische Beziehung. In A. v. Wyl, V. Tschuschke, A. Cramer, M. Koemeda & P. Schulthess (Hrsg.), *Forschung psychosozial. Was wirkt in der Psychotherapie? Ergebnisse der Praxisstudie ambulante Psychotherapie zu 10 unterschiedlichen Verfahren* (S. 111–120). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Tudor, K. & Murphy, D. (2021). Online therapies and the person-centered approach. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 20(4), 283–285.
- Verbi Software. (2019). *MaxQDA* (Version 2020) [Computer software].
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte: Was Psychotherapie wirksam macht* (M. Ackert, J. Held, C. Wolfer & J. Westenfelder, Übers.) (1. Auflage). Bern: Hogrefe.
- Wenzel, J., Jaschke, S. & Engelhardt, E. (2020). Krisenberatung am Telefon und per Video in Zeiten von Corona. *e-beratungsjournal*, 16(1), Artikel 4, 46–66.
- Williams, R., Bambling, M., King, R. & Abbott, Q. (2009). In-session processes in online counselling with young people: An exploratory approach. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9(2), 93–100.

Abbildung 3. Schlüsselkategorien der qualitativen Interviews (Kuntschner, 2022, S. 90)



„Humor ist, wenn man trotzdem lacht!“¹

Zur Bedeutung und Wirkungsweise von therapeutischem Humor

Markus Pilz

Wien

Ausgehend von der Bedeutung von Humor in unterschiedlichen Psychotherapie-Richtungen wird *therapeutischer Humor* zusammenfassend definiert, sowie dessen mögliche Funktionen beschrieben. In differenzierender und Schulen übergreifender integrativer Weise wird die Wirkung des Humors in der Psychotherapie konkretisiert und mit einer fokussiert humanistischen personenzentrierten Perspektive verknüpft. Dabei wird die Rolle therapeutischen Humors in der Interaktion zwischen Klient*in und Psychotherapeut*in untersucht, insbesondere in der personenzentrierten therapeutischen Beziehung erörtert und schließlich der Zusammenhang mit den drei personenzentrierten Kernbedingungen betrachtet.

Schlüsselwörter: therapeutischer Humor, Personenzentrierte Psychotherapie

“Humor is when you laugh anyway!”² — On the significance and effectiveness of therapeutic humor. Based on the significance of humor for various psychotherapeutic schools of thought, therapeutic humor is briefly defined and its potential functions are described. A differentiated and integrative approach across schools is applied to concretise the effectiveness of humor in psychotherapy, which is linked to a person-centered and explicitly humanistic perspective. In the process, the role of therapeutic humor within the person-centered therapeutic relationship is discussed. Finally, this is viewed in relation to the three core conditions of person-centered therapy.

Keywords: therapeutic humor, personcentered therapy

Im Personenzentrierten, Experienziellen Ansatz scheint die Bedeutung und Wirkungsweise des Humors teils unterschätzt, beziehungsweise ist explizit wenig erforscht. Dies zeigt sich mitunter darin, dass vergleichsweise wenig konkrete Literatur zu Humor innerhalb der Personenzentrierten Psychotherapie verfasst wurde, im Unterscheid zu entsprechenden Publikationen aus anderen psychotherapeutischen Schulen. Beschäftigungen und Bücher aus unterschiedlichen Therapierichtungen, wie etwa die von Salameh (2007), Titze (1998), Bernhard (1985), Hain (2012), Shearer (2016), Rugenstein (2018), propagieren Humor in der Psychotherapie als große Ressource für konstruktive therapeutische Prozesse.

Freud widmete Humor eine eigene Abhandlung und betrachtete diesen als einen reifen Abwehrmechanismus (Freud, 1927). Laut Freud besteht das Wesen des Humors darin, dass man sich die Affekte erspart, zu denen die Situation Anlass gäbe und sich mit einem Scherz über die Möglichkeit solcher

Gefühlsäußerungen hinwegsetzt. Dabei müsse der „innere Vorgang“ beim Humoristen mit dem „inneren Vorgang“ beim Zuhörer übereinstimmen, richtiger gesagt, der Vorgang beim Zuhörer müsse den beim Humoristen kopiert haben (Freud, 1927). Dieser Aspekt legt implizit nahe, dass Humor auch eine Rolle im Kontakt bzw. in der Beziehung zwischen Therapeut*in und Klient*in spielt.

Freud (1927) sieht im Humor bereits eine „Fähigkeit“, eine „köstliche und seltene Begabung“, welche Lustgewinn mit sich bringt. Er erachtet Humor als etwas „Großartiges und Erhebendes“, durch Humor werde das Ich unverletzlich, eine Kränkung werde durch Humor verhindert. Nach Salameh (1987/2007, S. 32) attestierte Freud dem Humor sogar ein ähnliches Funktionsprinzip, wie dem Traum.

Viele Vertreter der Psychoanalyse standen hinsichtlich der psychoanalytischen Praxis dem Humor anfangs mit großer Skepsis und begründeter Abneigung gegenüber. Nun finden sich jedoch vermehrt Hinweise auf die positive Bedeutung des

Markus Pilz, Dipl.-Päd., BEd, geb. 1979, Personenzentrierter Psychotherapeut, Supervisor, Lehrtherapeut im FORUM Wien, Pädagoge.
Kontaktadresse: Markus Pilz, Kutschergasse 39/4-5, 1180 Wien,
E-Mail: psychotherapie@praxis-pilz.at

1 Sprichwort von Otto Bierbaum; wird oft fälschlich W. Busch zugeschrieben

2 Saying attributed to Otto Bierbaum; often wrongly referred to W. Busch

Humors in der psychoanalytischen Literatur, in denen Humor als Abwehrschwächung gesehen wird, und sich der Humor zum Zweck der Analyse der Gegenübertragung eignet (Titze, 1998). Rugenstein (2018) stellt den Humor in der Psychodynamischen Therapie, als Form der psychoanalytischen Therapie, zudem als wichtiges Element im Prozess der gelingenden und Veränderung ermöglichenden Vorführung des Unbewussten dar.

In der Individualpsychologie ist die Bedeutung der humorvollen, heiteren Gemütsverfassung immer wieder herausgestellt worden, und auch Adlers therapeutische Gespräche hatten meist einen leicht freudigen, humorvollen Einschlag und bedienten sich manch ironischer Bedeutung. Er sah im heiteren Menschen den „guten“ Menschen (Bernhard, 1985, zit. nach Titze, 1998, S. 67).

Frankl sieht innerhalb der Logotherapie im Humor mitunter das effektivste Mittel, mit dem Patient*innen sich von sich selbst bzw. ihren Ängsten distanzieren können. Humor ist dabei ein wesentlicher Bestandteil seiner *Paradoxen Intention*, mit deren humorvollem Gehalt er diesbezüglich als Pionier anzusehen ist. Der Patient wünscht sich, angeregt durch die Therapeutenperson, wovor er sich fürchtet und wird dabei frei von seiner belastenden Erwartungsangst, welche die Symptome mitbegründet. Frankl untermauert und begründet dies in einem schlüssigen und anschaulichen Theoriekonzept, in welchem eine gezielte, humorvolle Verstärkung der Angst, diese wiederum erfolgreich lindern oder beseitigen kann (Probst & Längle, 1997). Frank Farrelly entwickelte die Provokative Therapie aus der personenzentrierten Perspektive heraus, als er in den sechziger Jahren in einem psychiatrischen Krankenhaus an Rogers Forschungsprojekt mit chronisch Schizophrenen mitarbeitete (Farrelly & Brandsma, 1974/1986; Höfner und Schachtner, 1995). Immer getragen von einer humorvollen Haltung sind bei ihm folgende Hypothesen zentral:

1. *Wenn der Klient vom Therapeuten provoziert wird, – humorvoll ersichtlich und innerhalb seines Bezugssystems – wird er dazu neigen, sich anders zu verhalten, als er das üblicherweise tut.*
2. *Wenn der Klient vom Therapeuten in provozierender Weise – humorvoll und ersichtlich – gedrängt wird, mit seinem selbstzerstörerischen Verhalten fortzufahren, wird er dazu neigen, sich auf Verhaltensweisen einzulassen, die für ihn selbst und für andere Personen förderlich sind (Farrelly & Brandsma, 1974/1986).*

Ähnlich der Provokativen Therapie, nutzt die Rational Emotive Therapie Ironie, Absurdität und Übertreibungen von Therapeut*innenseite, damit Klient*innen erlernte kognitive Bewertungsmuster hinterfragen, welche diese in für sie schädlichem Verhalten prägen (Titze, 1998).

Außerdem geht auch die Verhaltenstherapie davon aus, dass von Therapeut*innen eingebrachter Humor Klient*innen helfen

kann, eine mit Angst oder Ärger assoziierte Situation auf neue und konstruktive Art zu betrachten bzw. emotional zu erleben. Dabei wird das Lachen als physiologische Reduzierung von Angst und Ärger gesehen (Ventis, 1987).

In der Systemischen Therapie ist im Zusammenhang mit Humor die *Paradoxe Intervention* zentral. Zu dieser gehört das *Umdeuten* von Situationen. Nach Watzlawick (1984, S. 118) besteht eine Umdeutung darin, „den begrifflichen und gefühlsmäßigen Rahmen, in dem eine Sachlage erlebt und beurteilt wird, durch einen anderen zu ersetzen, der den „Tatsachen, der Situation ebenso oder sogar besser gerecht wird, und dadurch ihre Gesamtbedeutung ändert.“ Die Reaktionen von Klient*innen sind dabei auch klar von Humor geprägt (Titze, 1998, S. 112).

Studien aus der modernen Positiven Psychologie bringen Humor schließlich in Verbindung mit der Fähigkeit, mit widrigen Lebensumständen besser zurechtzukommen, sowie mit einem hohen Grad an positiven Affekten und mit der Anbahnung und Erhaltung naher persönlicher Beziehungen (Malik, 2021). So hat die Positive Psychologie Humor in die Liste der Charakterstärken aufgenommen (Martin & Ford, 2018).

Bei der Beschäftigung mit der Rolle von Humor in den beschriebenen unterschiedlichen psychotherapeutischen Richtungen wird deutlich bzw. immer wieder explizit darauf hingewiesen, dass bei der Arbeit mit Humor Patient*innen und Klient*innen als Personen angesehen werden, welchen Respekt und Wertschätzung entgegengebracht werden soll; ein Hinweis darauf, dass das Vorkommen von Humor in der Psychotherapie stark mit bestimmten inneren Haltungen in Verbindung zu bringen ist, beziehungsweise die Wirkung von Humor von diesen abhängt.

Definition von therapeutischem Humor

In Abgrenzung zu einem sehr vielfältigen Verständnis von Humor im Allgemeinen, abhängig vom jeweiligen Bezugssystem (Ruch, 2012), kann *therapeutischer* Humor im psychotherapeutischen Kontext als *Grundhaltung* und *Fähigkeit* gesehen werden, Zugang zu Ressourcen und neuen Perspektiven zu entdecken (Hain, 2012). Dabei sieht Hain, als Schweizer Gesprächspsychotherapeut und Experte auf dem Gebiet des therapeutischen Humors, ebendieses keinesfalls als „nette Eigenschaft“ oder „lustig listige Intervention“. Vielmehr erinnert seine Definition an die von Kast, welche im therapeutischen Humor mitunter „die Fähigkeit sieht, das Komische überhaupt wahrzunehmen“ (Kast, 2012, S. 99), sowie eine „potenziell kreative Einstellung zum Leben, eine die das Leben liebt, trotz allem, was schwierig ist.“ (Kast, 2012, S. 100). Dies erinnert an die Qualität der Aktualisierungstendenz von Rogers, welche konstruktive

Entwicklung & Wachstum auch unter widrigen Umständen impliziert (Rogers, 1977/2010, S. 137).

„Auch, wenn wir lachen, kann es trotzdem um Ernstes gehen. Der Humor kann bei aller Heiterkeit seinen eigenen Ernst haben und ist dann meistens verbunden mit einer wichtigen Einsicht. Einen Sinn für Humor zu haben, wäre dann die Fähigkeit, etwas *auch* als komisch wahrnehmen zu können. Es geht dabei um das Wahrnehmen und das Tolerieren von Widersprüchlichkeiten“ (Kast 2012, S. 100). Gendlin (1999, S. 177) verweist ebenfalls auf die zwei Seiten, die im Humor stecken: „Wenn das Ernste nicht da ist, gibt es auch keinen Humor. Man schaut das Ernste von einer anderen Seite an, man sieht es auf einmal zweideutig und dann lacht man“.

Im Kontext der Ästhetik wird Humor als Gabe des Menschen verstanden, den Schwierigkeiten und Missgeschicken des Alltags mit heiterer Gelassenheit zu begegnen (Ruch, 2001, S. 14). Dieses Humorverständnis kann auf den psychotherapeutischen, personenzentrierten Kontext übertragen werden, zumal darin auch eine Haltung und eine Fähigkeit liegt, die Rogers *Fully Functioning Person* inhärent ist, beziehungsweise Bestandteil jener persönlichen Flexibilität ist, die Rogers beschreibt, wenn er von einem *flexibleren Selbst* spricht, das sich in einer erfolgreichen Psychotherapie entfaltet, weg von der Abwehrhaltung, hin zu Offenheit für Erfahrung und zur Freiheit, seine Gefühle, wie sie im Individuum existieren, zu leben und sich ihrer bewusst zu sein (Rogers, 1961/2009, S. 187).

Ruch (2001) sieht im Humor ebenfalls die Kombination von Ernst und Heiterkeit, zudem stünde dieser in Verbindung mit Wohlwollen und Gutherzigkeit – Begriffe, die durchaus teils synonym mit dem *warmherzigen Akzeptieren* verstanden werden können, mit dem Rogers (1957/1997, S. 179) die unbedingt positive Beachtung als Kernbedingung für therapeutische Persönlichkeitsveränderung beschreibt. Humor hat laut Ruch (2001) mit einem persönlichkeitsbedingten kognitiv-emotionalen Stil der Verarbeitung von Situationen bzw. des Lebens zu tun, der charakterisiert ist durch die Fähigkeit, auch negativen Situationen positive Seiten abzugewinnen, ja sogar darüber lächeln zu können, das heißt ansatzweise mit Erheiterung zu reagieren. Bezogen auf einen psychotherapeutischen Prozess formuliert Salameh (2007, S. 47) dies erweitert so: „Therapeutischer Humor ist eine Entspannung des persönlichen Erlebens, die einsetzt als lustvolle Verwirrung, gepaart mit einer Auflösung von Sinnzusammenhängen, letztere gefolgt von einer erhellenden Neuordnung der Zusammenhänge, welche in einer neuen, positiv stimmenden Aufladung der kognitiv-emotionalen Batterien gipfelt.“

Dabei rettet Humor nicht vor negativen Ereignissen, aber er hilft bei der Bewältigung (Wild, 2012).

Höfner (2012, S. 165) sieht im therapeutischen Humor sogar das einzig wirklich brauchbare Hilfsmittel gegen eine tiefe

Depression, in die jeder Mensch im Angesicht all der Absurditäten des menschlichen Daseins eigentlich zwingend fallen müsste und stellt fest:

„Lachen über sich selbst ist das schwierigste, aber auch das heilsamste Lachen. Sobald der Klient absurd und lustig findet, wie er sich selbst im Wege steht, ist er befreit“ (Höfner, 2012, S. 168).

Es gibt demnach keine einheitliche wissenschaftliche Definition von therapeutischem Humor, es lässt sich aber eingrenzen, dass dieser sich kennzeichnet als prinzipiell facettenreiche, konstruktive Haltung und Einstellung zum Leben, zu konkreten Themen und bestimmtem problematischem, auch belastendem Erleben, und dass eine Linderung von Leid durch therapeutischen Humor möglich ist.

So wird therapeutischer Humor auch zur „psychischen Leistung“, zur Kompetenz bzw. zur Ressource (Rugenstein, 2018, S. 33), wobei selbststärkender und affiliativer Humor laut Untersuchungen prinzipiell positiv mit der Lebenszufriedenheit (Dyck & Holtzman, 2013) und mit Resilienz (Cann & Collette, 2014) korreliert, was ihn unter anderem relevant für die Psychotherapie macht.

Bedeutung für die Personzentrierte Psychotherapie

Wird therapeutischer Humor als Fähigkeit und Ressource für den Umgang mit Leid verstanden, stellt sich die Frage, inwiefern und inwieweit er auf die besondere Beziehung zwischen Klient*innen und Psychotherapeut*innen in der Personzentrierten Psychotherapie wirkt. Vordergründig stehen aufgrund der Indikation für Psychotherapie zumeist Leidenszustände im Hauptblickpunkt, deren Erleben mit unangenehmen negativen Gefühlen verbunden ist. Da mag es eventuell seltsam anmuten, dem Humor Platz zu machen, weil er gemeinhin eher als unvereinbarer Widerspruch zu negativen Gefühlen gesehen wird. Umso wesentlicher und wichtiger scheint es jedoch gerade darum, potenziell vorhandenem positiv-humorvollem, kongruentem Erleben von Klient*innen innerhalb problematischer Themenfelder Platz zu geben und dieses unbedingt positiv zu beachten.

So weist auch Rogers im Buch „Therapeut und Klient“ darauf hin, dass es für viele Psychotherapeut*innen einfacher sei, die negativen Gefühle ihrer Klient*innen zu akzeptieren, als die positiven, weil sie diesen gegenüber oft misstrauisch seien und stattdessen Abwehrmechanismen vermuten würden (Rogers, 1977/2010, S. 28). An anderer Stelle schreibt er: „Der Berater akzeptiert und anerkennt die positiven Gefühle, die ausgedrückt werden, auf die gleiche Art, in der er die negativen Gefühle akzeptiert und anerkannt hat (Rogers, 1942/2010, S. 46).

Wenn therapeutischer Humor naheliegender mit positiven Gefühlen assoziiert wird, wäre demnach wohl auch für Rogers

wichtig, im psychotherapeutischen Prozess in besonderer Weise drauf zu achten, diesen zu würdigen und vielleicht sogar zu kultivieren.

In Rogers *notwendigen und hinreichenden Bedingungen therapeutischer Persönlichkeitsveränderung* stellt der *psychologische Kontakt* eine Voraussetzung für die Psychotherapie dar und meint, dass „jede Person einen Unterschied im Erfahrungsfeld des anderen darstellt“ (Rogers, 1957/1997, S. 178). Das Vorhandensein des anderen muss demnach wahrgenommen werden, als Anbahnung der tieferen Beziehung, die sich anschließend entwickelt, – Humor kann bei dieser Anbahnung aufgrund seiner verbindenden Wirkung einen positiven, unterstützenden Beitrag leisten, insbesondere, was die Qualität des Kontakts betrifft.

Nach Titze (2012, S. 254) werden dabei beziehungsbezogene Interaktionsweisen gefördert, die von *Offenheit* und *Gleichwertigkeit* geprägt sind, wenn etwa Psychotherapeut*innen und Patient*innen miteinander lachen. Ich halte dies insbesondere für eine hilfreiche Möglichkeit, wenn es um die Durchbrechung des gegebenen Machtgefälles geht, welches insbesondere zu Beginn von Psychotherapieprozessen oft zwischen Klient*innen und Psychotherapeut*innen besteht. Humorvoll verstandene Äußerungen bieten dabei die Chance, einen Machtausgleich zu schaffen und sich dabei menschlich auf derselben Ebene zu begegnen.

Das notwendige Vertrauen in der therapeutischen Beziehung kann gestärkt werden, welches laut Fabian (2015, S. 12) ebenfalls und per se durch Humor gefördert werden kann. Gemeinsames Lachen von Psychotherapeut*in und Klient*in stärkt das therapeutische Bündnis (Bernhardt 1985, S. 135), die therapeutische Allianz kann durch Humor positiv beeinflusst werden (Malik, 2021, S. 505). Und auch Lichtenberger hält fest: „In der Psychotherapie kann Humor eine große Rolle spielen, indem er die therapeutische Beziehung belebt“ (Lichtenberger, 2015, S. 149).

Humorformen in der psychotherapeutischen Beziehung

Geht es um den Einsatz von Humor in der Psychotherapie, stellt sich die Frage, ob und wie Psychotherapeut*innen und Klient*innen ihren Humor in Interaktionen und Interventionen explizit oder implizit benutzen. Dabei kann einerseits beobachtet werden, welchen Grad an Humorfähigkeit Klient*innen bereits mitbringen, inwiefern und welcherart sie diesen als Ressource bereits besitzen, andererseits ist die prinzipielle Humorfähigkeit und der Gebrauch von Humor auf Psychotherapeut*innenseite zu untersuchen.

Nicht alle Formen von Humor sind jedoch mit positiven Gefühlen in Verbindung zu bringen, beziehungsweise wirken sich

primär positiv auf die therapeutische Beziehung aus. Für eine adäquate und differenzielle therapeutische Auseinandersetzung mit dem Thema Humor in der Psychotherapie ist grundsätzlich zwischen einerseits „gutartigem“, „adaptivem“, also positivem und andererseits „böartigem“, „maladaptivem“, also negativem Humor zu unterscheiden (Fabian, 2015, S. 14). Martin und Ford (2018) differenzieren dabei noch zwischen verbindendem, selbststärkendem Humor und aggressivem, selbstentwertendem, selbstdestruktivem Humor.

Verbindender, adaptiver Humor beschreibt die Tendenz, Witziges zu sagen, um andere zu amüsieren, Beziehungen zu erleichtern und zwischenmenschliche Spannungen zu reduzieren. Selbststärkender Humor meint die Fähigkeit, selbst bei Stress eine humorvolle Perspektive zu behalten. Die beschriebenen adaptiven Humorformen werden besonders in engen Beziehungen häufiger verwendet und sind verbunden mit einer positiveren Selbstwahrnehmung und positiverer Wahrnehmung durch andere (Kuiper, N. et al., zit. n. Wild, 2012). Demnach können und sollen diese prinzipiell auch bewusst und kongruent von Psychotherapeut*innen in die Psychotherapie eingebracht werden.

Aggressiver, maladaptiver Humor wird benutzt, um andere zu kritisieren oder zu manipulieren. Er findet etwa Ausdruck in Sarkasmus, der in seiner Wirkung abneigenden Ärger, Zerstörungswut, missachtende Verletzung und Rachsucht beinhaltet (Salameh, 1987/2007, S. 73). Äußern Klient*innen sich häufig in dieser Weise, kann dies, personenzentriert betrachtet, etwa bedeuten, dass ein organismisches Erleben von Verletzung und Kränkung durch sarkastische Äußerungen abgewehrt werden muss bzw. das Erleben verzerrt erscheint und etwa im spöttisch-höhnischen Sinne anderen gegenüber ausgedrückt wird.

Selbstentwertender Humor bezeichnet nach Martin und Ford (2018) das Verhalten, sich mit witzigen Bemerkungen über eigene Schwächen beliebt machen zu wollen, auch durch ein Verstecken negativer Gefühle. Dem Prinzip des aggressiven Humors ähnlich, könnten Klient*innen etwa Gefühle von Scham verzerrt mit selbstentwertendem Humor verbalisieren, damit das Erleben von Peinlichkeit in der Beziehung nicht transparent wird.

Funktionen und Wirkung von therapeutischem Humor

Martin und Ford (2018, S.3) bezeichnen Humor als „fundamental soziales Phänomen“. Buxman (2001) verweist erweitere ganz grundsätzlich auf drei wichtige Funktionen von Humor, und es scheint auch mir sinnvoll, Humor immer unter dem Blickwinkel seiner *kommunikativen, sozialen* und *psychologischen* Wirkung betrachten zu können, wobei sich in der

psychotherapeutischen Praxis wohl alle drei Funktionen vermengen bzw. überschneiden.

Konstruktiver, adaptiver Humor kann in der Kommunikation helfen, Barrieren zu verringern und Menschen einander näher bringen, er kann soziale Distanz reduzieren, Hierarchien relativieren und soziale, interpersonale Beziehungen stärken. Hinsichtlich der psychologischen Wirkung von Humor betont Buxman insbesondere die angst-, spannungs- und stressreduzierende Wirkung von Humor. Durch Humor könne zudem Aggression oft in einer sozial akzeptablen Weise ausgedrückt werden. Außerdem könne Humor eine Coping-Strategie darstellen, um Gefühle zu vermeiden, die zu schmerzhaft sind, um diese in bestimmten Momenten auszuhalten (Buxman, 2001, S. 18 ff).

Auch aus der vorangegangenen Beschreibung der Rolle des Humors in unterschiedlichen Therapierichtungen geht zusammenfassend bereits zentral hervor, dass Humor in der Psychotherapie schwierige Aspekte des Lebens erträglicher machen kann, damit diese relativiert werden können. Dabei birgt er die Möglichkeit der Distanzierung vom Problem bzw. Leidensdruck, welche etwa durch paradoxe Intentionen und andere Interventionen gezielt verfolgt und beobachtet werden können. Bestandteil, Träger und Folge dieser Interventionen ist Humor in unterschiedlicher Ausprägung.

Therapeutischer Humor in Kontakt und Beziehung

Die Funktion des Humors *für*, und seine Wirkung *auf* den Kontakt zwischen Personen, bzw. die Bedeutung der Beziehung von Personen zueinander, scheint insbesondere im personenzentrierten Kontext betrachtenswert, weil in der Personenzentrierten Psychotherapie mit Beziehung *per se* gearbeitet wird.

So sieht Fabian (2015, S. 106) im gemeinsamen Lachen einen sozialen Akt, der Kontakt auf einer besonderen Ebene schafft, und ein Gefühl der Verbundenheit und Gemeinschaft durch eine besondere Freude erzeugt. Gemeinsames Lachen kann demnach als sozialer Akt gesehen werden, der uns näher zusammenbringt. Dabei stellt Bernhardt (1985, S. 118 ff) fest, dass bestimmte Arten und Inhalte des Humors zu einer *Gruppenkultur* gehören bzw. diese prägen. Insofern sieht er im Humor in der Gruppe ein „Dazugehörigkeitsbarometer“.

Er weist darauf hin, dass es im gruppentherapeutischen Kontext ein Indiz dafür sein kann, dass Teilnehmer*innen sich weniger gruppenzugehörig fühlen, wenn sie beim gemeinsamen Lachen nicht dabei sind. Es macht Sinn, wenn Psychotherapeut*innen dies bemerken. Außerdem zeigt Bernhardt (ebd.) eine *entspannende* Wirkung von Humor in der Gruppentherapie auf, wenn die Interaktion situativ sehr unstrukturiert ist oder die Situation verschiedene Definitionen durch die Teilnehmer*innen erfährt. Wenn also Konfusionen, Unklarheiten

und damit verbundene Spannungen herrschen, das Thema oder die Stimmungen sich rasch ändern, kann Humor eine fördernde Wirkung auf den Gruppenprozess bzw. das Gruppenklima haben.

Aber nicht nur in der Gruppentherapie, sondern auch in der *Einzeltherapie* hat Humor eine kontakt- und beziehungs-fördernde Wirkung. Salameh (2007, S. 42) sieht darin sogar den „schnellsten Weg zu gelungener zwischenmenschlicher Kommunikation“.

Humor hat für den Kontakt und im Kontakt zusammenfassend demnach eine zirkulär positive Wirkung hinsichtlich Gleichwertigkeit, Offenheit und Vertrauen.

Therapeutischer Humor und Lachen

Hain (2000) weist auf die physiologische Wirkung des *Lachens* hin, welches Bestandteil des Humors ist bzw. als Folgeerscheinung bzw. physiologische Antwort auf Humor gesehen werden kann. Er bezieht sich dabei auf die Ergebnisse der Gelotologie (Lachforschung), welche zeigt, dass Lachen das Immunsystem positiv beeinflusst, Schmerz reduziert, Stress abbaut, Durchblutung und Verdauung fördert oder helfen kann, den Blutdruck zu senken.

Mit anderen Worten: Lachen ist gesund, in physiologisch-biologischer Hinsicht. Robinson (1991/2002, S. 23) sieht das Lachen dabei sogar als „existenznotwendig“ an. In Verbindung mit dem Lachen sei hier auch der Witz erwähnt, den Fabian (2015, S. 17) treffend als eine „verbale Form des Humors“ bezeichnet und welcher das Lachen in vielen Fällen hervorbringt. In diesem Zusammenhang passiert „Lachen durch die Wahrnehmung von ‚komischen Kontrasten‘ unter der Voraussetzung, dass der normale Lauf der Dinge plötzlich abbricht, sodass sich eine neuartige Perspektive eröffnet“ (Titze, 2012). Lachen hat dabei eine prinzipielle Entlastungsfunktion, wirkt spannungslösend und ist damit auch Bestandteil des therapeutischen Interesses unter konstruktiven Bedingungen (ebd.).

So stellt auch Lichtenberger (2015) das Lachen als tragende Rolle in der zwischenmenschlichen Interaktion dar, und sieht es als nonverbales Signal, welches die Beziehungsgestaltung innerhalb der Personenzentrierten Psychotherapie beeinflussen kann. Sie zeigt dabei mitunter die soziale, kommunikative und beziehungs-gestaltende Komponente des Lachens auf, sowie die enge Verbindung des Lachens zu unseren Gefühlen.

In einer Studie über Effekte des Lachens in der Psychotherapie wurde etwa empirisch festgestellt, dass ansteckendes, gemeinsames Lachen von Klient*innen und Psychotherapeut*innen im psychotherapeutischen Setting eine große Validität der eigenen Emotionen von Klient*innen, also die Intensität des Erlebens überhaupt, begünstigt; dies wurde anhand der physiologischen Wirkung des Lachens belegt (Marci et al., 2004).

Gefahren des Humors in der Psychotherapie

Aus der inhaltlichen Umkehrung der bereits erwähnten, positiven Wirkfaktoren des Humors in der Psychotherapie ergeben sich folglich auch negative Wirkungsweisen, wenn Humor – oder die Möglichkeit der Einbringung in die Psychotherapie – falsch verstanden wird, oder Psychotherapeut*innen sich diesbezüglich emotional missbräuchlich verhalten, etwa wenn außerhalb des Bezugsrahmens von Klient*innen agiert und interveniert wird bzw. maladaptiver Humor eingesetzt wird. So stellt auch Malik (2021) fest, dass Forscher*innen mitunter davor warnen, Humor in unangebrachter Weise einzubringen, weil dies schädlich für den therapeutischen Prozess sein könne.

Als grundsätzlich wichtige Leitlinie für den positiven Gebrauch von Humor gilt: „Das Lachen des Humorvollen ist nie ein Auslachen“ (Bernhardt, 1985, S. 42). – Das *Auslachen* – ob offensichtlich oder subtil – hat eindeutig destruktive Folgen und ist nicht mit therapeutischem Humor vereinbar.

„Vom Therapeuten ausgehender falscher Humor unterbindet eine positive Entwicklung von Klienten. Der Therapeut muss sich dessen bewusst sein, daß der Klient einem solchen Humor machtlos ausgeliefert ist“ (Bernhardt 1985, S. 138). Demzufolge kann es dabei auch zu einer schädlichen Wirkung von Humor kommen, Klient*innen können verletzt werden, wenn Psychotherapeut*innen etwa zu früh ‚vor-lachen‘ und sich nicht am persönlichen Entwicklungstempo bzw. am Humorzugang und innerhalb des Bezugsrahmens der Klient*innen bewegen (Titze, 1998, S. 83).

So fasst auch Wild (2012, S. 61) zusammen, dass der Gebrauch von Komik und Humor stark von individuellen und situativen Faktoren abhängig ist und negative Nebenwirkungen haben kann. In der Psychotherapie gäbe es psychische Erkrankungen, die ein gesundes Humorverständnis beeinträchtigen könnten. Hier ist etwa an schwere Persönlichkeitsstörungen oder bestimmte Formen von Autismus zu denken. Salameh (2007, S. 245–248) weist darauf hin, dass schädliche Humorformen die zwischenmenschliche Kommunikation stören und sich als Belastung äußern. Zudem werden Misstrauen gestärkt, Freiheitsraum eingeschränkt und sogar alte seelische Wunden vertieft oder neue geschlagen.

Insbesondere, wenn Klient*innen sich nicht ernst genommen, oder falsch verstanden fühlen, ist dies ein Indiz für eine maladaptive Wirkung von Humor. Auch Bernhard (1985, S. 138) warnt vor der Möglichkeit von *unechtem Humor* im Rahmen einer Psychotherapie, weil dieser negative Konsequenzen hat und ortet bei Psychotherapeut*innen diesfalls etwa Aggressionen gegenüber Klient*innen, Ängste vor unangenehmen Themen, exhibitionistische Tendenzen innerhalb derer sich Psychotherapeut*innen für ihren ‚Humor‘ feiern lassen, oder Abwehr gegen die Gefühle von Klient*innen, die sich

im Versuch ausdrückt, Klient*innen aufmuntern oder aufheitern zu wollen.

Schließlich besteht außerdem die Gefahr, dass Humor und Witz in der Psychotherapie zum inkongruenten „Programm“ von Psychotherapeut*innen verkommen, welches mit Nachdruck verfolgt und verwirklicht werden will. – Die Fähigkeit zu Humor lässt sich entwickeln und fördern, nicht aber fördern. Dies gilt es zu beachten, damit destruktive Prozesse verhindert werden.

Lichtenberger (2015, S. 148) formuliert dazu etwa: „Das Lachen, das mich interessiert, ist ein spontaner Ausdruck der Klientin und/oder Therapeutin, und wird nicht herbeigeführt, um etwas in der Klientin zu verändern oder zu bewirken.“

Therapeutischer Humor in der Personzentrierten Psychotherapie

Gerade weil therapeutischer Humor eine Ressource für konstruktive Persönlichkeitsentwicklung im Sinne der Aktualisierungstendenz bietet, ist eine konkrete Untersuchung von Humor innerhalb der personzentrierten Therapietheorie sinnvoll. Es stellt sich die Frage, welche Wirkung therapeutischer Humor innerhalb des personzentrierten Settings konkret haben kann. Dabei liegt eine Verortung innerhalb der von Rogers (1957/1997) formulierten *notwendigen und hinreichenden Bedingungen* nahe.

Wie sich therapeutischer Humor auf den Kontakt zwischen Psychotherapeut*in und Klient*in förderlich auswirken kann, wurde bereits weiter oben beschrieben.

Reduzierung von Inkongruenzen

Ein wesentliches Instrument in der Personzentrierten Psychotherapie stellt die Person des*der Psychotherapeut*in selbst dar. Dabei erwähnt bereits Rogers Humor als wünschenswertes Charakteristikum für Personen, die sich zu Psychotherapeut*innen ausbilden lassen (Rogers, 1951/2009, S. 378).

Die Fähigkeit von Psychotherapeut*innen zu Humor wird von Klient*innen im Idealfall wahrgenommen, und diese können im Laufe der Psychotherapie folglich ihre eigene Humorfähigkeit mit der Relativierung von Ernst und Leid erschließen (Fabian, 2015, S. 61). So schreibt auch Bernhard (1985, S. 135), dass die humorvolle Haltung von Psychotherapeut*innen, und die unbedingt positive Beachtung derselben, von Klient*innen bewusst oder unbewusst übernommen werden. Eine humorvolle, unterstützende Haltung kann von Klient*innen folglich selbst entwickelt bzw. unbedingt positiv beachtet werden. Konkret meint Bernhard (1985, S. 135) hierzu erweiternd: „Mitteilungen des Therapeuten können durch Humor indirekt

erfolgen; der Klient behält die Freiheit, die indirekte Mitteilung zu verstehen oder nicht. Die Meinung des Therapeuten wird ihm nicht aufzuzwingen.“

Dabei kann therapeutischer Humor eine abwehrende Wirkung haben, wenn er dosiert und feinfühlig Platz bekommt und dabei Angst reduziert. Sich abgewehrtem oder verzerrtem Erleben zuzuwenden bedeutet immer auch ein Stück Mut. „Der Humor kann dabei helfen, die ‚verteufelte‘ Angst wieder als menschliches Gefühl zuzulassen“ (Fabian, 2015, S. 111). Unter diesen Bedingungen scheint es sinnvoll, sich als Psychotherapeut*in vorsichtig und therapeutisch humorvoll über das persönliche Erleben von Klient*innen zu äußern, welches sich bereits *am Rande des Gewahrseins* befindet. Prinzipiell sollen humorvolle Interventionen jedoch nur innerhalb des Bezugsrahmens der Klient*innen Platz finden.

Dabei herrscht gleichzeitig das Prinzip der personenzentrierten gelassenen Akzeptierung *aller* Aspekte der Erfahrungen von Klient*innen durch Psychotherapeut*innen, welche den Klient*innen schließlich ermöglicht, die akzeptierende Einstellung teils oder gänzlich sich selbst gegenüber zu übernehmen; auch jene, die anfangs von Klient*innen als bedrohlich, schlecht und desorganisierend empfunden wurden (Rogers, 1951/2009, S. 184).

Allgemein kann aus personenzentrierter Sicht von einer Veränderung des Blickwinkels durch Humor im therapeutischen Prozess gesprochen werden, hin zu einem wohlwollenden Blick auf sich selbst und andere. Probleme können dadurch von Klient*innen relativiert werden, durch Humor kann sich laut Bernhardt (1985, S. 92) der Bezugsrahmen bzw. das Selbstkonzept von Klient*innen dabei erweitern, sodass sich der Mensch in eine gänzlich andere Stellung zur Welt setzt und ihm bewusst wird, dass Bewertungsbedingungen nicht starr sind.

Außerdem kann sich der Zugang zu schwierigen persönlichen Themen von Klient*innen mit der Ressource Humor konstruktiv verändern, sie können Humor mehr und mehr als Ressource für sich entdecken und die Fähigkeit zu Humor weiterentwickeln.

In Verbindung mit Rogers Therapietheorie bedeutet der Einfluss von therapeutischem Humor wohl auch eine Erweiterung jenes Teils der Selbststruktur, in der das Selbst-Konzept mit den Körper- und Sinneserfahrungen übereinstimmt (Rogers, 1951/2009, S. 451 ff).

Humor kann demnach einen wertvollen Beitrag zu exakten Symbolisierungsprozessen leisten und kann helfen, Inkongruenzen zu verringern. Schließlich meint auch Salameh (2007, S. 42): „Humor kann unsere emotionale Einstellung zur Welt verändern und er hilft, sich den eigenen Gefühlen gegenüber zu öffnen.“

Therapeutische Haltungen und Humor

Rogers (1977/2010, S. 211) erachtet die „Beschaffenheit der zwischenmenschlichen Beziehung zum Klienten als wichtigstes Element“ hinsichtlich des Therapieerfolges. Hain (2012, S. 190) sieht die von Rogers postulierten Therapeut*innenvariablen Empathie, Echtheit und unbedingte Wertschätzung für die therapeutische Arbeit mit Humor als geradezu unabdingbar. Er macht deutlich, dass Sinn für Humor eine wichtige Grundlage für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung ist (Hain 2013, S. 152).

Im Unterschied zu anderen Therapieansätzen, welche Humor teils im Sinne einer Intervention „einbringen“, kann Humor in der Personzentrierten Psychotherapie als Ausdruck der therapeutischen Haltungen verstanden werden und das Beziehungsgeschehen im therapeutischen Prozess bedeutsam prägen. Ein gewisses Maß an Humor kann für eine lebendige personenzentrierte Haltung sogar als unabdingbar betrachtet werden.

Unbedingt positive Beachtung und Humor

„Nur eine wohlwollende gewährende und auf Kooperation basierende Grundhaltung [...] erlaubt es, im gemeinsamen Prozess humorvolle Bilder und Fantasien zu entwickeln“ (Hain, 2012, S. 191). Humor und unbedingt positive Beachtung sind also offenbar miteinander verwoben, das eine scheint im Idealfall nicht ohne das andere auszukommen, denn wenn Rogers (1977/2010, S. 154) die unbedingt positive Beachtung als eine *entgegenkommende, positive, warme und nicht besitzergreifende* Haltung beschreibt, entsprechen diese Adjektive auch gleichzeitig einer passenden Qualität von therapeutisch förderlichem Humor, welcher Verbindung auf eine leichte, nicht vereinnahmende, konstruktive und herzerwärmende Weise schaffen kann. Therapeutischer Humor wird von Rogers unbedingt positiver Beachtung getragen, und umgekehrt ist die unbedingt positive Beachtung unabdingbar für die Möglichkeit des Einbringens therapeutischen Humors.

Dabei ist die konsequente und bewusste Reflexion der unbedingt positiven Beachtung förderlich, um die oben beschriebene schädliche Wirkung von Humor zu verhindern. Überprüfen Personzentrierte Psychotherapeut*innen also immer wieder, ob sie den Klient*innen gegenüber unbedingt positive Beachtung erleben, kann (ihr) Humor unter diesen Vorzeichen vorwiegend konstruktiv wirken. Ähnlich verhält es sich mit der sukzessiven Steigerung der unbedingt positiven Selbstbeachtung der Klient*innen: Wenn Psychotherapeut*innen Humor sensibel und professionell in die Personzentrierte Psychotherapie einbringen, und die Klient*innen dies im therapeutischen Prozess als unbedingt positive Beachtung wahrnehmen und erfahren, kann es in der Folge zur Aktivierung, Weiterentwicklung bzw. Symbolisierung des persönlichen, organismischen

Humorpotenzials von Klient*innen kommen. So verweisen etwa auch Martin und Ford (2018, S. 312) darauf, dass Therapeut*innen als „Rollenmodell“ für einen angebrachten Humor in der Psychotherapie dienen können.

Wird unter unbedingt positiver Beachtung ein grundsätzliches „Angewiesensein auf Anerkennung des menschlichen Wesens“ in einem gegebenen Moment verstanden, welche fördernd für die (Weiter)Entwicklung des Selbst ist, kann therapeutischer Humor als konstruktiver Teil innerhalb dieses „Angewiesenseins“ wirken. Die entwicklungspsychologische Erkenntnis des „Need for positive regard“ enthält also therapeutischen Humor als positiven Wirkfaktor; umgekehrt unterstützt therapeutischer Humor ein solches Verständnis von unbedingt positiver Beachtung.

Empathie und Humor

Neben der harmonischen Vereinbarkeit der unbedingt positiven Beachtung mit therapeutischem Humor, sind auch Empathie und Humor gut miteinander verbunden, vertragen sich vortrefflich.

So macht auch Hain (2013, S. 152) deutlich, dass Humor empathisches Verstehen fördert.

Allem voran impliziert Empathie, dass Psychotherapeut*innen in das Lachen ihrer Klient*innen einstimmen können, wenn dieses eine förderliche Wirkung im Sinne der Entfaltung hat. Darüber hinaus bemerkt Bernhardt (1985, S. 96), dass empathischer Humor von Therapeut*innen viel Einfühlungsvermögen verlangt bzw. viel Gespür dafür, wie und ob Klient*innen *Humor* generell und situativ aufnehmen und äußern (können). Um den Bezugsrahmen von Klient*innen besser zu verstehen, kann das empathische Verstehen des Zugangs zum Humorpotenzial von Klient*innen dabei sehr aufschlussreich sein. Entsprechend zeigen auch Martin und Ford (2018, S. 312) auf, dass der individuelle Humorzugang von Klient*innen vieles über deren generelle Wahrnehmung, deren Einstellungen, Anschauungen und Gefühle erzählen.

Wenngleich das Ziel sein kann, dass sich der Blickwinkel und das Erleben von Klient*innen durch Humor förderlich verändern, ist es wichtig, sich (auch) in das „Humor-Bezugssystem“ der Klient*innen einzufühlen und deren Zugang zu humorvollen Aspekten zu beachten und beim Einbringen des Humors von Psychotherapeut*innenseite entsprechend zu berücksichtigen.

Dies impliziert, dass der*die Personzentrierte Psychotherapeut*in bemerkt, wenn Klient*innen über Erfahrungen lachen, deren Hintergrund für diese aber ein ernsthafter ist. Ihr Lachen als Verzerrung einer ernsthaften Erfahrung ist dabei Teil einer Inkongruenz, und der*die Psychotherapeut*in wird danach trachten, seine*ihre diesbezügliche Wahrnehmung dem*der Klient*in zum richtigen Zeitpunkt entsprechend mitzuteilen.

Geht es um den Zusammenhang von Humor und Empathie, ist zudem auf eine Studie von Hamps (2001) hinzuweisen, welche die grundsätzliche Korrelation von Humor und Empathie untersucht. Aus dem Ergebnis geht eindeutig hervor, dass es eine positive Korrelation zwischen Humor und Empathie gibt. Die Fähigkeit, Humor zu nutzen, um „Stress abzubauen“ verbessert dabei gleichzeitig die Fähigkeit, das Gegenüber empathisch zu erfassen. Dabei ist auffällig, dass Menschen, die maladaptiven, aggressiven Humor benutzen, weniger Einfühlungsvermögen besitzen, als Menschen, die adaptiven Humor indirekt auch dazu nutzen, ihre zwischenmenschlichen Beziehungen zu verbessern, indem sie ihr Gegenüber empathisch verstehen (Hamps, 2001).

Kongruenz und Humor

Förderlich für empathisches Verstehen ist ein kongruentes Erleben des ganz persönlichen, individuellen Humors des*der Psychotherapeut*in. So ist ein*e humorvolle*r, kongruente*r Psychotherapeut*in, der seinen*die ihren Humor auch entsprechend und professionell äußern und vermitteln kann, eine wichtige Voraussetzung für den positiven Einfluss von Humor in der Beziehungsgestaltung; etwa durch die Beschäftigung mit ganz persönlichem Humorverständnis, mit therapeutischem Humor im Konkreten und dem theoretischen Wissen um dessen Wirkung. Ein konkretes Verständnis der Rolle persönlichen Humors in der Psychotherapie wird sich tendenziell positiv auf die Kongruenz von Psychotherapeut*innen auswirken.

„Echt sein bedeutet, in einer Beziehung ich selbst zu sein, die Person, die ich bin, ohne Fassade, und der anderen Person meine gefühlsmäßigen Wahrnehmungen mitzuteilen, aus meinem eigenen Erlebensprozess heraus zu reagieren, um meinem Klienten die Suche nach gefühlten Bedeutungen zu erleichtern“ (Rogers, 1977/2010, S. 154).

Diese Beschreibung schießt grundsätzlich und selbstverständlich auch die Möglichkeit ein, dass Psychotherapeut*innen den Klient*innen humorvolle Aspekte ihres Erlebens bzw. ihre humorvolle Resonanz zur Verfügung stellen. Rugenstein (2018, S. 42) bemerkt dazu, dass eine Öffnung für Humor auch bei Psychotherapeut*innen den Mut voraussetzt, seinen Klient*innen etwas zuzumuten.

Auch Malik (2021) macht deutlich, wie wichtig es sein kann, dass Psychotherapeut*innen sich mit ihrer humorvollen Seite einbringen, als „authentisches Selbst“, gerade weil dies Klient*innen ermöglicht, die therapeutisch humorvollen Aspekte in ihrem Selbst zu entdecken und zu nutzen. Dabei zeigt Malik praktisch auf, wie gemeinsames Lachen als Ausdruck des Humors in der Psychotherapie als erleichterndes Moment für die Schwere der Ernsthaftigkeit in einer Therapiesitzung wirken kann. Wenn also im Kontakt humorvolle Reaktionen

auftauchen, wird ein*e Psychotherapeut*in grundsätzlich danach trachten, diese einzubringen. Ein dabei besonders zu beachtendes Moment ist der spontane Charakter, welcher dem situativen Humor meist innewohnt; die raschen und unberechenbaren, emotionalen Richtungswechsel, mit denen sich Humor manchmal seinen Weg bahnt. Bernhardt (1985, S. 98) meint dazu: „Der Therapeut sollte sich nicht nur der Spontaneität seines Humors sicher sein, sondern auch dessen, daß sein Humor die eigenen Gedanken, Gefühle und Werte widerspiegelt.“ Wichtig ist dabei das grundsätzliche Vertrauen darauf, dass humorvolle paradoxe Impulse auch nur situationsadäquat in dem*der Psychotherapeut*in auftauchen.

Dabei ist dennoch zu berücksichtigen, dass nicht ausnahmslos jede humorvolle Regung, die Psychotherapeut*innen spüren ungefiltert dem*der Klient*in gegenüber ausgedrückt werden soll, vielmehr gilt es, diese Regungen als Psychotherapeut*in zu beachten und in personenzentrierten Bezug zum*zur Klient*innen zu setzen. Und: „Wenn meine Reaktionen keine Veränderungen und keinen Anstoß bewirken – wenn sie für den Kampf meines Klienten keine Bedeutung haben –, beziehe ich mich sofort wieder zurück auf seinen Erlebensfluß“ (Rogers, 1977/2010, S. 152).

Insofern kann situativer und spontaner Humor zu einem Teil einer fluktuierenden Verbindung zwischen Psychotherapeut*in und Klient*in werden, und dabei in beschriebener, konstruktiver Weise auch in längeren Entwicklungsprozessen wirken. Sollten Klient*innen beispielsweise längerfristig wenig Offenheit für humorvolle Äußerungen von Psychotherapeut*innen zeigen oder sich durch konkrete Äußerungen sogar gekränkt fühlen, wäre ein personenzentrierter Umgang damit, dies aufzugreifen, und in der Beziehung zu klären.

Abschließend ist noch die von Rogers formulierte sechste notwendige Bedingung für konstruktive Persönlichkeitsentwicklung im psychotherapeutischen Prozess zu erwähnen und der konkrete Zusammenhang mit therapeutischem Humor herzustellen: „Die Vermittlung des einführenden Verstehens und der unbedingt positiven Beachtung des Therapeuten an den Klienten gelingt in einem minimalen Ausmaß“ (Rogers 1957/1997, S. 178). Obige Ausführungen zu den personenzentrierten Haltungen betonen und beschreiben implizit und explizit, dass innerhalb des psychotherapeutischen Prozesses auf die adäquate Vermittlung und auf das Humorbezugssystem von Klient*innen zu achten ist. Dies beinhaltet für einen gelingenden psychotherapeutischen Prozess auch die Reflexion bzw. regelmäßige Überprüfung durch Psychotherapeut*innen, ob ihr kongruenter, ressourcenorientierter, therapeutischer Humor auch so bei ihren Klient*innen ankommt bzw. so wahrgenommen werden kann.

Zusammenfassung und Resümee

Aus den vorangehenden Ausführungen wird deutlich, dass Humor ein gemeinsamer Bestandteil verschiedener Therapierichtungen ist und dabei als allgemein menschliche Qualität und Haltung angesehen werden muss, die im psychotherapeutischen Kontext sowohl von Therapeut*innen, als auch von Klient*innen als Fähigkeit entwickelt bzw. weiterentwickelt wird.

In seiner adaptiven, therapeutischen Form kann er in der psychotherapeutischen Praxis auf unterschiedliche Weise als Ressource Platz bekommen und dabei psychischen Leidensdruck verringern bzw. zu einer konstruktiven Persönlichkeitsentwicklung beitragen.

Konkret lassen sich folgende positive Wirkfaktoren von therapeutischem Humor hervorheben:

Zum einen ermöglicht er eine Veränderung des Blickwinkels bezüglich persönlicher problematischer Themen hin zu einem wohlwollenden, integrierenden Blick auf sich selbst und andere. Dabei unterstützt therapeutischer Humor Symbolisierungsprozesse, und Inkongruenzen können verringert werden.

Weiters erweist sich therapeutischer Humor als wertvoller Bestandteil zur Förderung der Qualität der therapeutischen Beziehung und ist dabei ein potenter Faktor für gelingende Kommunikation und guten interpersonellen Kontakt.

Therapeutischer Humor ist Teil einer Haltung innerhalb psychotherapeutischer Prozesse und gleichzeitig Ausdruck der personenzentrierten therapeutischen Grundhaltungen, lässt sich hervorragend mit diesen vereinbaren. Als wesentliche Voraussetzung für die Arbeit mit therapeutischem Humor gilt dabei die unbedingt positive Beachtung. Therapeutischer Humor wird in der Personenzentrierten Psychotherapie zum Wirkfaktor, der in jeder Beziehung neu entwickelt werden muss. Dabei ist er auch hilfreich für Personenzentrierte Psychotherapeut*innen, ihre Klient*innen zunehmend besser zu verstehen.

Auch aufgrund der beschriebenen Gefahren, die im psychotherapeutischen Kontext beim Einsatz von Humor bestehen, ist es wesentlich, die Rolle des Humors im therapeutischen Prozess zu reflektieren; auch hinsichtlich des persönlichen Humorverständnisses und der Humorfähigkeit von Psychotherapeut*innen.

Die Qualifikation, Humor therapeutisch zu nutzen, ist eine Fertigkeit, welche Psychotherapeut*innen in Aus- und Fortbildung bewusst entwickeln können und sollen (Martin & Ford, 2018, S. 317).

Persönlich halte ich es für äußerst sinnvoll und wichtig, dass Psychotherapeut*innen ihren individuellen Humor in aufrichtiger, kongruenter und professioneller Weise zur Verfügung stellen und diesen auch als Ressource für sich selbst nutzen können, weil dadurch ihr eigenes und das Leben von Klient*innen im

therapeutischen Prozess erhellt, bereichert, zufriedener, leichter und lustvoller werden kann.

Martin und Ford (2018, S. 316) weisen auf Studien hin, die einen nennenswerten Nachweis darüber erbringen, dass Humor grundsätzlich zu psychologischem Wohlbefinden, zu Heiterkeit und Freude beiträgt, und dieser gleichzeitig zur Reduktion von negativem Erleben wie Angst, Depression und Ärger führen kann. Bis auf einige Prozessstudien gibt es gegenwärtig allerdings wenig empirische Studien, die die Wirkung von Humor in der Interaktion in der Psychotherapie untersuchen (Martin & Ford, 2018). Offen sind demnach jedenfalls auch repräsentative, evidenzbasierte personenzentrierte Untersuchungen und Studien zum Thema.

Literatur

- Bernhardt, J. A. (1985). *Humor in der Psychotherapie. Eine Einführung für Therapeuten und Klienten*. Weinheim: Beltz.
- Buxman, K. (2001). Humor in Treating the Mentally Ill. In W. A. Salameh & W. F. Fry, Jr. (Eds.), *Humor and Wellness in Clinical Intervention* (pp. 15–33). Westport: Praeger.
- Cann, A. & Collette, C. (2014). Sense of Humor, Stable Affect, and Psychological Well-Being. *Europe's Journal of Psychology*, 10(3), 464–479.
- Dyck, K. T. H. & Holtzman S. (2013). Understanding Humor Styles and Well-Being: The Importance of Social Relationships and Gender. *Personality and Individual Differences*, 55(1), 53–58.
- Fabian, E. (2015). *Humor und seine Bedeutung für die Psychotherapie*. Gießen: Psychosozialverlag.
- Farrelly, F. & Brandsma J. M. (1986). *Provokative Therapie*. Berlin: Springer.
- Freud, S. (1927): Humor. Gesammelte Werke, 1920–1939. Verfügbar unter: <http://www.textlog.de/freud-psychoanalyse-humor.html>
- Gendlin, E. T. & Wiltschko, J. (1999). *Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hain, P. (2000). Humor. In: G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (S. 280). Berlin: Springer.
- Hain, P. (2012). Entlassung auf Bewährung, Hypnosystemisches Arbeiten mit humorvollen inneren Bildern. In B. Wild (Hrsg.), *Humor in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 185–196). Stuttgart: Schattauer.
- Hain, P. (2013). *Das Geheimnis therapeutischer Wirkung. Gespräche mit Frank Farrelly, Eugene Gendlin, Cloé Madanes, Helm Stierlin, Paul Watzlawick u. a.* Heidelberg: Carl Auer.
- Hamps, W. P. (2001). Relation between humor and empathic concern. In *Europe's Journal of Psychology*, 6(3), 34–45.
- Höfner, E. & Schachtner, H. U. (1995). *Das wäre doch gelacht, Humor und Provokation in der Therapie*. Hamburg: Rowohlt.
- Höfner, E. (2012). Der Provokative Stil oder „Es ist nicht immer Humor, wenn man trotzdem lacht“. In B. Wild (Hrsg.), *Humor in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 8–27). Stuttgart: Schattauer.
- Kast, V. (2012). Humor in der tiefenpsychologischen Psychotherapie. In B. Wild (Hrsg.), *Humor in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 99–109). Stuttgart: Schattauer.
- Lichtenberger, P. (2015). „Das ist ein ernstes Thema für mich, wie Sie daran erkennen können, dass ich Spaß mache...“ Überlegungen zum Lachen in der Personenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 19(2), 147–159.
- Malik, A. (2021). Working with Humour in Psychotherapy. In E. Vanderheiden & C. H. Mayer (Eds.), *The Palgrave Handbook of Humour Research* (pp. 497–509). Basel: Springer Nature Switzerland.
- Marci, C. D., Moran, E. K. & Orr, S. P. (2004). Physiologic evidence for the interpersonal role of laughter during psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(10), 689–695.
- Martin, R. A. & Ford, T. E. (2018). *The Psychology of humor. An integrative approach*. Cambridge: Academic Press. Elsevier.
- Probst, C. & Längle, A. (1997). Humor als therapeutisches Element in der Psychotherapie. In Hofmann, P. (et al.) (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie* (S. 66–74). Berlin: Springer.
- Robinson, V. M. (2002). *Praxishandbuch Therapeutischer Humor*. Bern: Hans Huber.
- Rogers, C. R. (2010). *Die nicht-direktive Beratung* (13. Aufl.). Frankfurt/M.: Fischer. (Orig. erschienen 1942: Counseling and psychotherapy. Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (2009). *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. (Geist & Psyche; 18. Aufl.). Frankfurt/M.: Fischer. (Orig. erschienen 1951: Client centered therapy. Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1997). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen therapeutischer Persönlichkeitsveränderung. In: *Psychotherapie Forum* 5(3), (S. 177–185). (Orig. erschienen 1957: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21(2), 95–103).
- Rogers, C. R. (2009). *Entwicklung der Persönlichkeit*. (17. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta. (Orig. erschienen 1961: On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy. Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (2010). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. (20. Aufl.). Frankfurt/M.: Fischer (Erstauf. erschienen 1977).
- Ruch, W. (2012). Humor und Charakter. In B. Wild (Hrsg.), *Humor in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 8–27). Stuttgart: Schattauer.
- Rugenstein, K. (2018). *Humor in der Psychodynamischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Salameh, W. A. (2007). *Humor in der Integrativen Kurzzeittherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Shearer, A. (2016). *Why Don't Psychotherapists Laugh? Enjoyment and the Consulting Room*. London: Taylor & Francis Group.
- Titze, M. (1998). *Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendungen*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Titze, M. (2012). Wie therapeutisch sind Lachgruppen? In B. Wild (Hrsg.), *Humor in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 253–272). Stuttgart: Schattauer.
- Ventis, W. L. (1987). Humor and laughter in behavior therapy. In W. F. Fry & W. A. Salameh (Eds.), *Handbook of Humor and Psychotherapy* (pp. 149–169). Sarasota: Professional Resource Exchange.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1984). *Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels*. Bern: Hans Huber.
- Wild, B. (2012). Humor im Gehirn oder: Wo ist denn das Humorzentrum? In B. Wild (Hrsg.), *Humor in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 28–46). Stuttgart: Schattauer.

Das Metrum und seine Kraft im psychotherapeutischen Prozess

Autoethnografische Betrachtungen zur metrischen Begleitung im Personzentrierten Ansatz

Manfred Niederl

St. Kanzian am Klopeiner See

Der vorliegende Artikel beschäftigt sich mit dem Metrum, dem Gleichmaß. Der Begriff Rhythmus ist durchwegs bekannt und wird im alltäglichen Bewusstsein in der Musik und als Ausdruck für die je eigene Bewegung im Herzschlag – dem Herzrhythmus, im Atmen – dem Atemrhythmus usw. verwendet. Weniger bekannt ist der Begriff Metrum – das Gleichmaß. Im Metronom, dem gleichmäßigen Schlagen einer definierten Zeiteinheit, wird das Metrum etwas fassbarer. Der immer wiederkehrende Moment, der kontinuierlich, verlässlich im selben zeitlichen Maß folgt, transportiert eine stabilisierende Kraft, die ich in meinem Leben in unterschiedlichen Kontexten erfahren habe. Diese Erfahrungen, weiterführende Gedanken und meine Verknüpfungen mit der psychotherapeutischen Arbeit sollen in diesem Beitrag reflektiert werden.

Schlüsselwörter: Metrum, Rhythmus, metrische Begleitung, Focusing, Trauma

Das Metrum und seine Kraft im psychotherapeutischen Prozess — Autoethnografische Betrachtungen zur metrischen Begleitung im Personzentrierten Ansatz. This article addresses the metre, the regularity. The term rhythm is well known and commonly used in music and as an expression for the individual movement in one's own heartbeat — the heart rhythm — and breathing — the breathing rhythm etc. The term metre the regularity – is less well known. Using a metronome, the steady beating of a defined unit of time, the metre becomes more tangible. The recurring beat that comes continuously, reliably in the same temporal measure, conveys a stabilising force that I have experienced in my life in different contexts. This article will reflect on these experiences, further thoughts and possible uses in psychotherapeutic work.

Keywords: metre, rhythm, metric guidance, focusing, trauma

Meine Ausbildung am Schlagzeug am Konservatorium in der steirischen Landeshauptstadt Graz hat mich in meiner Persönlichkeit geprägt. Herausragend ist für mich ein Thema, das ich vorstellen möchte: das Metrum und seine stabilisierende Kraft.

Ich habe mich der Thematik in einer phänomenologischen Weise genähert. Angelehnt an das Konzept der Autoethnografie, orientiere ich mich an persönlichen Erfahrungen und meinem subjektiven Erleben, die ich als zentrale Ressourcen für Erkenntnisprozesse nutze. Laut Adams gehört dieser Forschungsansatz zu jenen reflexiven Zugängen, die Forschung nicht losgelöst von der Person des Forschenden sehen, sondern subjektives Erleben als konstitutiven Teil des Erkenntnisprozesses verstehen (Adams et al., 2020).

Manfred Niederl, Mag. theol., geb. 1967, Personzentrierter Psychotherapeut, Lehrtherapeut und Ausbilder der ÖGWG, Lehrbeauftragter für Personzentrierte Psychotherapie an der Donau-Universität Krems und an der Paris Lodron Universität Salzburg, in freier Praxis – Klagenfurt, www.manfred-niederl.at

Die Frage, wie relevant persönliche Erfahrungen für wissenschaftliches Denken sind, möchte ich zudem mit dem Zugang von Carl Rogers beantworten, der davon überzeugt ist, dass die persönliche Erfahrung der Boden für Erkenntnis ist. „Alle Wissenschaft und jede einzelne wissenschaftliche Forschung hat in der Tat ihren Ursprung im Nährboden der unmittelbaren, persönlichen, subjektiven Erfahrung“ (Rogers, 1961/2000, S. 215). Dieser Grundgedanke hat mich ermutigt, einen Blick in meine Erfahrungswelt zu werfen und prägende Erfahrungsmomente systematisch zu reflektieren und in ihrer Bedeutung zu untersuchen. Dass ein solches Vorgehen neues Wissen sichern kann, hat gerade Carl Rogers eindrucksvoll gezeigt (Rogers, 1959; Rogers 1961; Rogers, 1964).

Im Folgenden möchte ich zuerst auf die Begriffe Rhythmus und Metrum eingehen, da die differenzierte Betrachtung dieser Begriffe für das Verstehen meines Anliegens grundlegend ist.

Rhythmus

Der Begriff Rhythmus wird wahrscheinlich zuallererst mit Musik in Verbindung gebracht. Jedes Musikstück hat auf dem Boden eines definierten Zeitmaßes (Metrum, Takt) seinen je eigenen Rhythmus, der in den Betonungen, Pausen und unterschiedlichen Notenwerten zum Ausdruck gebracht wird. Der Begriff Rhythmus ist aber nicht nur in der Musik beheimatet, sondern bringt auch eine Dynamik der Bewegung zum Ausdruck. „Rhythmus bezeichnet die Ordnung der Bewegung oder der Zeiten, die dem menschlichen Sinn unmittelbar und deutlich faßlich ist und deren Wahrnehmung sich mit dem Gefühl des Wohlgefallens verbindet“ (Seidel, 1998, S. 258).

Gerade die Aspekte der Bewegung und des Wohlgefallens markieren wichtige Unterschiede zum Begriff Metrum. Der Rhythmus ist von einem bewussten Erleben bestimmt. Rhythmus wird als diejenige Kraft definiert, die eine Bewegungsempfindung auslöst (Blume, 1989). Der Rhythmus ist also Ausdruck einer stimmigen Bewegung. Der Mensch sucht und orientiert sich an dieser Stimmigkeit oder findet in eine Dynamik der Stimmigkeit hinein, wenn der je eigene Rhythmus gefunden wird. Der Mensch kommt in seinen Rhythmus, in seine ihm innewohnende Bewegungskraft. Er erlebt sich mit sich und seinem inneren Timing verbunden: im Atemrhythmus, Laufrhythmus, Sprechrhythmus, im musikalisch-rhythmischen Ausdruck usw. Das bewusste Erleben rhythmischer Momente und das Gefühl des Wohlgefallens scheinen wesentliche Charakteristika von Rhythmus zu sein.

Metrum

Das Metrum meint in seiner etymologischen Bedeutung den Maßstab, die Maßeinheit, das Maß, das Gleichmaß. Im Metrum gliedert sich die fließende Zeit in einer Regelmäßigkeit, in einem Gleichmaß. Das Metrum könnte als Ordnungsprinzip von Zeit verstanden werden. Nach Aristoxenos von Tarent stellt das Metrum die Maßeinheit des Rhythmus dar, das kein Element konkreter Materie sein soll (Seidl, 1998). Die einzelnen Metren stehen für gleichmäßige Zeiteinheiten, die die fließende Zeit in gleich große sich wiederholende Abschnitte teilen. Im Riemann-Musiklexikon wird Metrum als „eine auf qualitativer Abstufung gleich großer Zeiteile beruhende, musikalisch wirksame Ordnung oder Maßeinheit“ (Zaminer, 1967, S. 568) definiert. Am Beispiel eines Metronoms wird die Struktur des Metrums gut veranschaulicht. Ein Metronom ist ein mechanisches oder elektronisches Gerät, das gleichmäßige Zeiteinheiten vorgibt. Wenn das Metronom auf 60 „Beats per minute“ (bpm) eingestellt ist, dauert das Zeitintervall von einem bis zum nächsten Schlag genau eine Sekunde (60 Schläge in

der Minute). So gesehen, erfüllt das Metrum diese ordnende Funktion der gleichmäßigen Zeitunterteilung.

Etwas vereinfacht ausgedrückt geht es beim Rhythmus um die Bewegung und beim Metrum um eine im Gleichmaß stehende, nicht an eine Bewegung gebundene Ordnung. Die Abbildung 1 soll diese Differenzierung veranschaulichen.

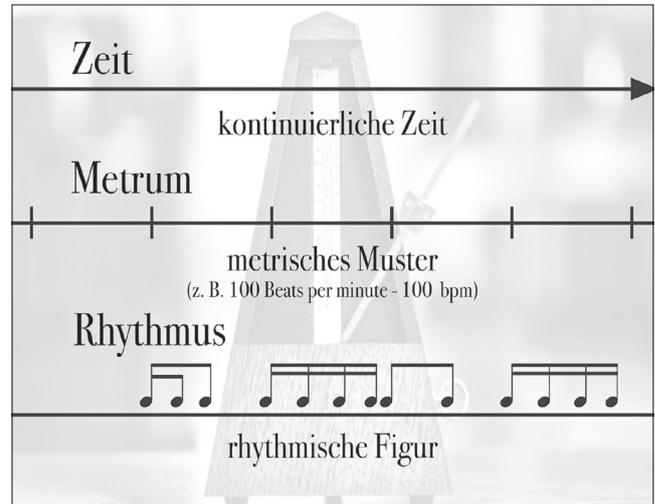


Abbildung 1: Zeit, Metrum, Rhythmus

Auf der Basis dieser Definition könnte das Metrum kaum in den Erfahrungsraum des Menschen eindringen. Aber gerade das habe ich erlebt. Was ist, wenn die Metrik keine abstrakte Maßeinheit bleibt, sondern in den ganz konkreten Erfahrungsbereich eines Menschen einfließt? Wie kann sich die Kraft der metrischen Wiederholung im körperlichen Erleben eines Menschen manifestieren?

Diese Fragen möchte ich mit den Ausführungen meiner Übungserfahrungen am Schlagzeug erläutern.

Das Üben im metrischen Rahmen

Mit Staunen schaue ich auf Ereignisse in meinem Leben, die meine Entwicklung entscheidend angestoßen haben. Ich denke immer wieder an eine Szene in der Schulzeit, als ich ganz nebenbei gehört habe, dass ein Schulkollege vom Konservatorium spricht. In einigen Sätzen erwähnt er die Möglichkeit, sich dort musikalisch ausbilden lassen zu können. Trotz oder vielleicht auch wegen meiner krisenhaft erlebten Lebensumstände hat sich in mir ein Tatendrang geformt, der mich letztlich dazu geführt hat, als 13-jähriger Bub – ohne dass irgendjemand davon wusste – dieses fremde Gebäude aufzusuchen und eine Aufnahmeprüfung zu machen. Aus heutiger Sicht eine völlig verwunderliche Aktion, die ich mir nie zugetraut hätte. Manchmal denke ich, dass sich so Aktualisierungstendenzen zeigen könnten – erahnend, dass sich hinter den Mauern des Konservatoriums eine Kraft verbirgt, die für meine Entwicklung

wesentlich sein wird. Diese entfaltende Kraft und Gerichtetheit hebt Carl Rogers eindrucksvoll hervor.

„Der Ursprung der Kreativität ist anscheinend die gleiche Tendenz, die uns in der Tiefe als die heilende Kraft der Psychotherapie begegnet – das Bestreben des Menschen, sich selbst zu aktualisieren, seine Möglichkeiten zu werden. Damit meine ich eine Gerichtetheit, die sich in allem organischen und menschlichen Leben zeigt“ (Rogers 1961/2000, S. 340).

Aber was ist nun diese Kraft, die ich so notwendig gebraucht habe? Letztlich habe ich hinter den Mauern der Schule etwas gefunden, das mich in meiner Entwicklung enorm gefördert hat. Ich habe die ordnende und stabilisierende Kraft des Metrums entdeckt, wobei ich den Begriff Entdeckung etwas relativieren muss. Es war gerade am Beginn des Prozesses ein enorm mühsames Annähern an eine Kraft des Gleichbleibenden und des sich ständig Wiederholenden. Die Vorgabe des gleichmäßigen akustischen Signals des Metronoms, das sich unbeirrt und konsequent in mein körperliches Erlebensfeld eingeflochten hat, wurde mir nach und nach zu einer verlässlichen Orientierung. Das Metronom wurde über Jahre beständiger Begleiter in meinen Übungseinheiten. Das immer wiederkehrende Gleichmaß und das beständig wiederkehrende, gleichmäßige Zählen wurde für mich zu einer erdenden und stabilisierenden Kraft.

Das Übungsgeschehen kann man sich in der Praxis so vorstellen, dass man sich das Metronom auf z. B. 100 „Beats per minute“ einstellt und mit diesem Metronom halblaut mitzählt: 1 2 3 4 / 1 2 3 4 / 1 2 3 4 usw. Zu diesen Viertelnoten werden aufbauend einfache, später komplexe rhythmische Notenwerte gespielt. Wenn ich den täglichen Übungsaufwand in Zählzeiten (bei 100 „Beats per minute“) auf 8 Jahre berechne, so komme ich auf ca. 24 Millionen Zählzeiten. Damit soll die Wucht des Einwirkens des Metrums gezeigt werden.

So kann ich zusammenfassend sagen, dass mein Entwicklungsprozess mit dem Üben verflochten ist. Im fortwährenden Wiederholen von Zählzeiten und gespielten Notenmustern hat sich eine Art Zutrauen in das Metrum geformt. Kaum bewältigbare Übungen konnte ich im Rahmen metrischer Vorgaben nach und nach sicher spielen. Die Verlässlichkeit des folgenden Schlages des Metronoms und die konstante Wiederholung des Zählens und Spielens der Übungen haben in mir einen Prozess der Stabilisierung und des inneren Wachstums ermöglicht. Das Metrum wird aus meiner Sicht in seiner grundsätzlichen ordnenden Dimension von Leben und Lebensprozessen in seiner Bedeutung unterschätzt. Vielleicht meint das auch Carl Rogers, wenn er von den Ordnungsstrukturen der Erfahrung spricht: „Ich genieße es, Ordnung in der Erfahrung zu entdecken. Ich kann gar nicht umhin, die Bedeutung, die Regelmäßigkeit oder die Gesetzmäßigkeit in jedem großen Erfahrungskomplex zu suchen“ (Rogers 1961/2000, S. 39–40).

Die Metrik im psychotherapeutischen Prozess – metrisches Begleiten

Wo bekommt das Metrum im psychotherapeutischen Prozess für mich seine Bedeutung? Anhand einer für mich prägenden Erfahrung, die ich im Rahmen einer psychotherapeutischen Sequenz, die ich vor Jahren als Klient bei einer Kollegin erlebt habe, möchte ich das Wesen und die Wirkung metrischer Begleitung erörtern.

Diese Erfahrung habe ich im Rahmen einer Focusingsequenz bei Agnes Wild-Missong, die Gründungsmitglied der deutschen GwG und der schweizerischen SGGT ist und von Eugene Gendlin ihre Focusing-Ausbildung erhielt, gemacht (Wild-Missong, 1996). Es geht mir bei dieser Erfahrung um die Begleitung der Therapeutin, die ich als metrische Begleitung bezeichnen möchte. Ich habe von dieser Therapiesequenz keine digitale Aufnahme. Die Formulierungen, die ich verwende, kommen aus meiner Erinnerung. Ob die Wörter genau in dieser Folge gesprochen wurden, kann ich nicht mit Sicherheit behaupten, aber da sich die Atmosphäre der Sequenz so deutlich in mir abgeleuchtet hat, ist das Wesen von diesem Prozess gewahrt. Inhalt der Einheit war die immer wieder körperlich erlebte Einengung und Angst – eine Folge eines langen Krankenhausaufenthaltes nach einem Unfall als Kleinkind.

An einer bestimmten Stelle des Gesprächs lädt mich die Therapeutin ein, dem Erleben körperlich etwas mehr Raum zu geben. Die Einladung, meinen Felt Sense zu dem Thema entstehen zu lassen, bringt mich nach und nach in ein Erleben von Anspannung und Starre. Durch die gefühlte Einengung atme ich schwer. Mir wird schwindlig und ich bin nur mehr mit meiner Schwere beschäftigt. Das ist der Moment, ab dem ich die Therapeutin in ihrer Art der Begleitung spüre.

Kl: ... verhaltenes Atmen ... starre Haltung ... dann leichtes Atmen ...

Th: ... atmen ...

Kl: ... leichtes Atmen ...

Th: ... das ist wichtig ...

Kl: ... etwas deutlicheres Atmen

Th: ... tief atmen ...

Kl: ... etwas deutlicheres Atmen ...

Th: ... lass es einfach ...

Kl: ... leichte Bewegungen mit dem Oberkörper ...

Th: ... und bewegen ...

Kl: ... atmen und leichtes Bewegen ... behutsames Aufrichten des Oberkörpers ...

Th: ... dich aufrichten ...

Kl: ... leichtes Aufrichten des Oberkörpers ...

Th: ... atmen und bewegen

Kl: ... deutlicheres Atmen ...

Th: ... wie gut das ist ...

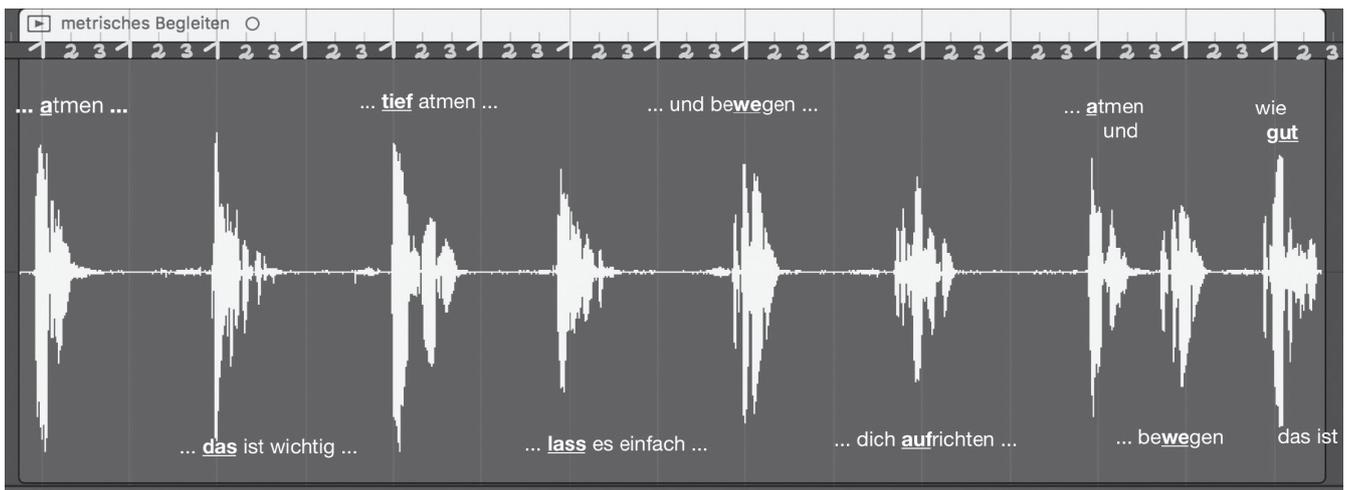


Abbildung 2: Metrisches Begleiten

In meiner Erinnerung sind ihr langsames, gleichmäßiges Atmen und die darin geformten Worte die wichtigen Elemente in dieser Sequenz. Der stimmliche Ausdruck und die gleichmäßig gesprochenen Wörter tragen mich. Im Klang und dem Gleichmaß ihrer Worte fügen sich die Fragmente meiner Erlebnismomente nach und nach zu einer Einheit. Dadurch konnte ich in meinem Erleben langsam, Schritt für Schritt vorankommen. Die im Gleichmaß gesprochenen Worte und das Nachzeichnen meiner körperlichen Bewegungen haben es mir ermöglicht, wieder in den Kontakt mit mir und der Therapeutin zu kommen. Das Gleichmaß der Begleitung sehe ich als Wesen metrischer Begleitung.

Zur Veranschaulichung dieser Begleitung habe ich die Sequenz als Audiodatei (siehe Abbildung 2) aufgenommen. Diese Audioaufnahme bringt die gesprochenen Wörter in ein Bild. Die Spitzen der WAV-Datei (WAV ist die Abkürzung für WAVE = Welle) stehen für die Lautstärke bzw. für die Betonung der Wörter. Sie werden als Transienten bezeichnet. Es handelt sich dabei um kurze und perkussiv erscheinende Anteile des Klangs und sind somit für das Erkennen metrischer Muster wichtig.

In der Abbildung ist die Zeitdauer der Sequenz in Takten (3 Viertel pro Takt, siehe oberer Rand der Abbildung 2) unterteilt. Diese Unterteilung kommt zustande, weil sie der Sprachbewegung dieser Einheit entspricht. Ich habe die Wörter bzw. Silben, so wie sie betont waren, unterstrichen. Wie aus der Darstellung ersichtlich wird, ergeben diese Betonungen eine metrische Ordnung. Die Transienten (die Spitzen der Ausschläge) fügen sich in ein gleichmäßiges Muster (1-2-3-1-2-3 usw.).

Die beschriebene Sequenz ist wesentlich von körperlichen Impulsen und Bewegungen geprägt, die die Therapeutin in dieser metrischen Art aufgreift und begleitet. Ich möchte das Konzept von Astrid Schillings aufgreifen, da in ihrem Ansatz dem Körper eine zentrale Rolle zukommt.

Focusing mit dem ganzen Körper – Astrid Schillings

Schillings (2018) nimmt die erlebensorientierte und experimentelle Phänomenologie von Eugene Gendlin als Boden dafür, dem Körper in seinem Dasein Platz zu geben. „Wenn ein anderer Mensch da ist, dann ist alles verändert.“ (Gendlin, 2004, S. 40) Nach Gendlin befindet sich der Körper in einem interaktionellen Prozess mit sich und mit seiner Umwelt. Der Körper wird als dynamische Ganzheit verstanden und trägt den nächsten Schritt des Vorwärtstragens (carring forward) – „so zu sein, wie es inhärent werden muss“ (Gendlin, 1996, S. 65 f) – in sich.

Dieser Ansatz, die eigene Existenz über körperliche Empfindungen wahrzunehmen, geht weiter in den Prozess der organismischen Selbstregulation, in dem der je eigene Biorhythmus Beachtung findet. Als nächsten Schritt entfaltet sich der Felt Sense zu einem Thema. Im körperlichen Spüren, dem Wechselspiel des Daseins und des Erlebens vom Felt Sense wird nach dem Konzept von Astrid Schillings ein Raum geschaffen und gehalten, in dem sich frisches Leben ereignen kann. Dieser Moment braucht als weiteren Schritt immer wieder Zeit, in der inhaltlich nichts passiert, sondern die für die Verwurzelung dieser neuen Lebensbewegung da ist. Astrid Schillings zeigt mit der Unmittelbarkeit der körperlichen Resonanz, die in einen reflexiven Prozess eingebettet ist, wie intuitiv sich eine therapeutische Beziehung zeigen kann, wenn körperliches Erleben fließt.

Die Unmittelbarkeit des Körpers therapeutisch zu beachten, erinnert mich an meine Sequenz, in der ich die Therapeutin und ich mich selbst – die gesamte Situation – als einen Organismus wahrgenommen habe, der in seinen Wechselwirkungen neues Leben hervorgebracht hat (Gendlin, 2015). „Der Körper lebt von sich aus und in Beziehung. In der Therapie leben wir ein Stück Weg zusammen von Mensch zu Mensch, Körperleben zu Körperleben. Diese Wechselwirkung ist präreflexiv“ (Schillings, 2018, S. 19).

Der Aspekt, dass vor der Reflexion ein autonomer Prozess passiert, der für weitere Schritte im Erleben essentiell ist, verweist auf die Polyvagal-Theorie.

Die Polyvagal-Theorie

Die Polyvagal-Theorie wurde in den 90er Jahren von Dr. Stephan P. Porges auf der Basis von Laboruntersuchungen zum autonomen Nervensystem entwickelt (Porges, 2010). Nach und nach hat er seine Erkenntnisse, wie das autonome Nervensystem mentale, behaviorale und physiologische Prozesse beeinflusst, auf Menschen mit psychiatrischen Diagnosen angewandt. In ihrer Arbeit mit traumatisierten Klient*innen verwendete Deb Dana die Polyvagal-Theorie als praktisches Verstehens- und Arbeitsmodell und machte sie damit der psychotherapeutischen Praxis zugänglich (Dana, 2021). Ich möchte kurz die Kernthesen dieser Theorie benennen und einige Aspekte, die für mein Anliegen wichtig sind, hervorheben. Im Zentrum der Polyvagal-Theorie steht das autonome Nervensystem, das unser Überleben sichern möchte.

„Das Autonome Nervensystem ist eine Art gemeinsamer Nenner der Menschheitsfamilie. Wir alle haben das gleiche biobehaviorale Fundament. Aufgabe des ANS ist sicherzustellen, dass wir Gefahrensituationen überleben und in sicheren Situationen gedeihen“ (Dana, 2021, S. 31).

Nach der Polyvagal-Theorie reagiert das autonome Nervensystem, das aus den zwei Hauptzweigen, dem sympathischen und dem parasympathischen Zweig besteht, nach dem Prinzip des Überlebens. Entwicklungsgeschichtlich funktioniert das autonome Nervensystem in drei Schritten, ähnlich einer Leiter. Auf der obersten Stufe, dem ventralen Vaguspfad des parasympathischen ANS-Zweiges und dem entwicklungsgeschichtlich neuesten Teil, sind wir in einem körperlich gesicherten und entspannten Zustand, können Kontakt herstellen und sind an der Welt interessiert. Die darunterliegende Stufe, der sympathischen Zweig, ist von Unbehagen und Unsicherheit geprägt. Unser Herz schlägt schneller und emotional spüren wir Angst oder Wut. Die älteste Reaktionsmöglichkeit, der dorsale Vaguspfad des parasympathischen ANS-Zweiges und die unterste Stufe der Leiter, steht körperlich für das Erleben von Ohnmacht und Leere und kann als eine Art „timeout“ von den Anforderungen dieser Welt verstanden werden.

Ich möchte zwei Aspekte dieser Theorie herausgreifen, die für mein Anliegen wichtig sind. In der beschriebenen Therapiesequenz, bin ich nach der Polyvagal-Theorie im dorsal-vagalen Zustand der Ohnmacht. In diesem Erleben ist die Präsenz der Therapeutin in ihrem Atmen und dem metrischen Benennen ihrer Wahrnehmungen der Boden, der mich stabilisiert. Wie ein therapeutischer Prozess in weiterer Folge wirken

könnte, beschreibt Deb Dana: „Befinden sich Klienten in dem vom ventralen Vagus geprägten Zustand der Regulation, erfüllt eine Atmosphäre von Verbundenheit den Raum. Die Sitzung hat dann einen Rhythmus“ (Dana, 2021, S. 40).

Diese Beschreibung markiert die mir wichtige Differenzierung zwischen Metrum und Rhythmus. Den eigenen Rhythmus wahrzunehmen, kann als Entwicklungsschritt gewertet werden – in den je eigenen Rhythmus kommen. Der Boden für diese Entwicklung sind die wiederholenden und gleichmäßigen Kontaktangebote, wie ich sie in der angeführten Focusingsequenz beschrieben habe, damit Neurozeption – das autonome Reagieren auf diese Reize – möglich wird.

Ein weiterer Aspekt, der mich angesprochen hat, liegt in der akustischen Wahrnehmung, die der Mensch adaptiv verwendet. Stephen W. Porges beschreibt in seiner Polyvagal-Theorie, wie durch einen komplexen evolutionären Prozess akustische Frequenzen herausgefiltert werden können, wenn es um Kommunikation und soziale Sicherheit geht. Gerade der Frequenzbereich, in dem viele wohlklingende Melodien komponiert werden oder Mütter ihren Kindern Lieder vorsingen, wird durch adaptive Dämpfung tiefer Frequenzen deutlicher hörbar. Diese Beobachtung ist für mein Anliegen interessant, weil ich die verbale Begleitung der Therapeutin als enorm sicherheitsgebend erlebt habe.

Möglicherweise liegt in dem Zusammenspiel der metrischen Begleitung, dem Gleichmaß der Worte und der selektiven Gewichtung akustischer Frequenzen eine schlüssige Erklärung, dass ich die Begleitung der Therapeutin so stabilisierend erlebt habe. Diese metrische Begleitung möchte ich hervorheben, die im interaktionellen Beziehungsgeschehen den nächsten Schritt des Vorantragens erfährt. Ich sehe die metrische Begleitung als keinen technischen Zusatz, sondern als Hinweis auf eine natürliche, vielleicht auch autonome Bewegung, die sich in der Resonanz der Therapeutin zeigt. Das Leben scheint nach metrischen, sich wiederholenden Bewegungen zu streben. Diese Entfaltungskraft des Metrums möchte ich etwas deutlicher zeichnen und mit dem Herzschlag als Lebensgrundlage beginnen.

Der Herzschlag und seine metrische Kraft

Schon im Mutterleib sind wir eingewoben in eine vielfältige Klangwelt. Die blubbernden Geräusche des strömenden Blutes, Darm- und Atemgeräusche und die Körperbewegungen der Mutter fügen sich zu einem intensiven Klanggebilde. Zudem ist die Stimme der Mutter, nicht nur von außen über das Gewebe, sondern zusätzlich auch über die Knochen der Wirbelsäule und des Beckens, wahrnehmbar. Die Beckenschale intensiviert die Stimmfrequenz zusätzlich. Wie von einem Lautsprecher verstärkt, ist die Stimme der Mutter in der uterinen Welt

über dieses Schwingungsverhalten auch gut fühlbar (Hüther & Weser, 2015). Dennoch ist in dieser Klangkulisse eine treibende und beständige Kraft hervorzuheben. Es ist der Herzschlag der Mutter, dieses ständige und beständige Pulsieren, das das uterine Leben durchdringt. Welche prägende Wirkung dieser Herzschlag auf das noch nicht geborene Kind hat, kann nachgeburtlich in Experimenten nachgewiesen werden. Neugeborene schreien weniger, verlieren weniger Gewicht und sind insgesamt entspannter, wenn ihnen Tonaufnahmen des mütterlichen Herzschlags vorgespielt werden (Hüther & Weser, 2015).

Pulsation

Der Herzschlag ist eine Lebensgrundlage – natürlich rein faktisch, da ohne Herzschlag der Mensch nicht leben könnte, aber auch in einem erweiterten Sinn.

So wird die akustische Welt und vor allem der Herzschlag der Mutter in seiner metrischen Kraft zu einer entwicklungspsychologischen Basis für das Kind. Flatischler (2012) spricht in diesem Zusammenhang von der Pulsation. Er meint damit den Moment oder die Dynamik, wenn ein Impuls auftaucht und wieder endet, danach wieder auftaucht und wieder endet usw. Der Herzschlag vollzieht sich und endet – er vollzieht sich und endet – wieder und wieder, bis irgendwann das Leben endet und das Herz nicht mehr schlägt. Dieses Auftauchen und Enden wiederholt sich unentwegt auf verschiedenen Ebenen unseres Universums, makrokosmisch und mikrokosmisch und treibt das Leben voran. Wieder zum einzelnen Menschen hin gedacht, beschreibt Flatischler diese Dynamik der Pulsation als Motor menschlicher Bewusstseinsentwicklung, da in dieser unentwegten Bewegung die Polarität des Lebens verbunden wird (Flatischler, 2012).

Repetitive Bewegungen

Im Blick auf die Motorik und deren Entwicklung kann man feststellen, dass viele natürliche Bewegungen, wie saugen, strampeln, krabbeln usw. periodisch organisiert sind (Stadler, 2015). So sind periodisch organisierte Strampelbewegungen beobachtbar, die als Vorbereitung für späteres Laufen gesehen werden. Ähnlich verhält es sich mit dem Silbenplappern. Das repetitive Bewegen des Kiefergelenks, das zyklische Öffnen und Schließen des Kiefers, das spezifisch für den Menschen ist, bildet den motorischen Rahmen für die Produktion von Silben, eine Voraussetzung für das Sprechen. Aus diesen Beispielen wird sichtbar, dass aus repetitiven Bewegungen komplex koordinierte und willentlich gesteuerte Bewegungen entstehen. Die metrische oder rhythmische Organisation repetitiver Bewegungen scheint Grundlage essentieller Entwicklungsprozesse zu sein. Daniel N.

Stern hebt in seinen Experimenten die Bedeutung und entwicklungspsychologisch formende Kraft von gleichmäßigen Wiederholungen in der Stimme, in den Körperbewegungen und im Gesichtsausdruck der Mutter hervor (Stern, 2020).

Wenn Eltern ihren Babys etwas vorsingen, passen sie sich intuitiv an und singen immer wieder das Gleiche, in höherer Tonfrequenz und mit mehr Betonungen. Zudem fand man heraus, dass Säuglinge deutlich länger zur Musikquelle schauen, wenn sie konstant ist (Spitzer, 2014). Der Neurowissenschaftler Stefan Kölsch verweist in seinen Ausführungen zur heilenden Kraft der Musik auf die neuronalen Grundlagen des Menschen. „Die universellen Eigenschaften des musikalischen Rhythmus sind in den kognitiven und biologischen Eigenschaften des menschlichen Gehirns und des menschlichen Körpers verankert“ (Kölsch, 2019, S. 34). Er führt eine Studie von Marcel Zentner und Tuomas Eerola an, die zeigt, wie sich Babys im Alter von fünf bis zehn Monaten im Takt der Musik bewegen und häufiger lächeln, wenn die Musik mit den Bewegungen der Babys synchron ist. In einem weiteren Experiment von Andrea Ravignani, in dem unregelmäßige Schläge von verschiedenen Personen nacheinander wiederholt werden sollten, konnte klar gezeigt werden, dass unregelmäßige Schläge, ohne es bewusst zu wollen, in eine geordnete Struktur gebracht wurden (Kölsch, 2019).

Auf dem Hintergrund meiner Erfahrungen und einer reflexiven Auseinandersetzung formt sich die These, dass metrische Muster den Menschen zu durchdringen scheinen, die in ihrer Kraft nach Wiederholung Lebensprozesse voranbringen. Dies wird zusammenfassend in dem Zitat von Stadler fassbar.

„Aufmerksamkeit und Erfahrung lassen verinnerlichte Vorstellungen, Erinnerungen und Handlungsschemata entstehen. Die Bildung von Wahrnehmungskategorien, Prototypen und Gewohnheiten trägt dazu bei, dass die Erfahrungswelt nicht aus immer neuen Details besteht. Handlungsabläufe werden automatisiert. Gewohnheiten, Wiederholungen und Rituale verleihen das Gefühl von Stabilität. Sie machen die Zukunft ein klein wenig vorhersagbarer, reduzieren dadurch Ängste, schützen vor Überforderung und erlauben die Fokussierung auf Neues und Kompliziertes“ (Stadler, 2015, S. 159).

Mit einem Blick in den größeren Kontext von Leben möchte ich auf die Einbindung der Metrik in den Bewusstseinsprozess verweisen.

Entwicklungsdimensionen: Formative Tendenz und Entelechie

Grundsätzlich scheint es eine Tendenz zu geben, dass sich das Leben zu einer größeren Differenzierung und zu einer höheren Ordnung entwickelt. Darüber hinaus gibt es die Sichtweise, dass dieser Prozess für die gesamte Erde, für das Universum

gilt. Die beiden Begriffe, die dies fassen wollen, sind „Formative Tendenz“ und „Entelechie“.

Rund 20 Jahre nachdem Carl Rogers die Aktualisierungstendenzen grundgelegt hat, erweitert er seinen Zugang mit dem Begriff der Formativen Tendenz und meint, „dass im Universum eine formative, richtungsweisende Tendenz vorhanden ist, die sowohl im interstellaren Raum als auch in Kristallen und Mikroorganismen sowie im komplexeren organischen Leben und beim Menschen nachgewiesen und beobachtet werden kann“. In dieser formativen Tendenz sieht Rogers auch das Wirken der Evolution, im Sinne einer Entwicklung in Richtung „größerer Ordnung, größerer Komplexität und stärkerer Wechselbeziehung“ (Rogers, 1980/2017, S. 83).

Von Brück (2011) bezieht sich auf Aristoteles und dessen Verständnis der Entelechie, wenn er von der Entfaltungskraft des Lebens spricht. „Das geistige Prinzip ist die Entelechie, die Zweckbestimmung, die Entfaltungsdynamik, die in den materiellen Prozessen steckt, dass diese Entfaltung sich nicht chaotisch vollzieht, sondern eben geformt, geformt in rhythmischen Harmonien. (...) Es entsteht ein Kosmos – Kosmos heißt ja Schmuck – dass der Mensch eine Schönheit ist, in Proportionen, in Harmonien, im Physischen wie im Geistigen – das ist die Folge dieses Prinzips, dieser Entelechie“ (von Brück, 2011). In der Gestalt formt sich der Geist und der Geist braucht eine Gestalt. Diese Dimensionen brauchen einander und führen zu einer Ordnung. Aristoteles überwindet die Trennung von Materie und Geist, die sein Lehrer Platon mit seiner Ideenlehre vertreten hat. Nach Aristoteles formt die Bewusstheit eine Struktur und die Struktur eine Bewusstheit, die auf etwas Größeres verweist. Die so geformte Struktur steht in einer Ordnung – in einem Momentum von Vollendung. Das ist der Schöpfungsmoment, im Kleinen und im Großen. So wird der Kosmos Ausdruck und realisierte Ordnung. Der ganze Kosmos steht in dieser Ordnung (von Brück, 2011).

Der Mensch scheint intuitiv diese Verbindung von Geist und Materie, von Wort und Körper zu suchen. Es gibt unzählige Beispiele aus den religiösen Traditionen, in denen das Ineinander sich wiederholender Gebete und gleichförmig wiederkehrender Bewegungen prägende Rituale sind, die den Menschen in den Gleichklang einer grundgelegten Ordnung zu bringen scheinen (König, 1985).

Wenn ich den ganzheitlichen Exkurs in die Entwicklungsdimension der Gesamtheit wieder auf einen Moment herunterbreche, dann sehe ich in der Betrachtung einer Tradition im Zen-Buddhismus eine schöne Anbindung, die erklärt, wie dieser Schöpfungsmoment oder entwicklungspsychologisch ausgedrückt, der Prozess einer Strukturbildung umgesetzt werden kann. Von Brück bezieht sich auf das Zählen des Atems:

„Das Bewusstsein stabilisiert sich in der Identifizierung. Das ist die Beobachtung des Atemflusses, des physischen Vorganges,

bis hin zur Strukturierung des Atemflusses, in dem man den Atem zählt. Zählen schafft eine Struktur, schafft einen Rhythmus und eine Form, die in sich schon therapeutische Wirkungen hat“ (von Brück, 2011).

Das bewusste Erfassen von sich wiederholenden Körperbewegungen, wie im angeführten Beispiel im Zählen zum Ausdruck gebracht wird, scheint für den Prozess einer Strukturbildung wichtig zu sein.

Der beständige Herzschlag, die Pulsation und die repetitiven Bewegungen sind einzelne Ebenen, die in ihrer Regelmäßigkeit als metrische Ebenen bezeichnet werden könnten. Wie die Verflechtung metrischer Ebenen im Erleben wirksam werden kann, möchte ich im Folgenden zeigen. Diese Verflechtung bezeichne ich als das metrische Feld.

Das metrische Feld

Das metrische Feld soll eine Erfahrung zum Ausdruck bringen, die man aus musikalischer Sicht mit dem Begriff „Groove“ beschreiben könnte. Ausgangspunkt ist ein Rock Beat (siehe Abbildung 3), den ich am Schlagzeug spiele. Jede einzelne Ebene ist für sich metrisch organisiert (Bass Drum / Snare Drum / HiHat).

Im Zusammenspiel der einzelnen Ebenen, der rechten und linken Hand, des rechten und linken Fußes, entsteht ein Groove – ein körperlich gefühltes Feld an Einheit und Verflochtenheit. Im Zählen der einzelnen Notenwerte entsteht ein Erleben, das alle Ebenen vereint. Es ist so, wie wenn eine Ordnung im Innenraum des Körpers grundgelegt werden würde, die als innere Verankerung wirkt. Diese Verankerung bezeichne ich als metrisches Feld, weil sich darin die einzelnen metrischen

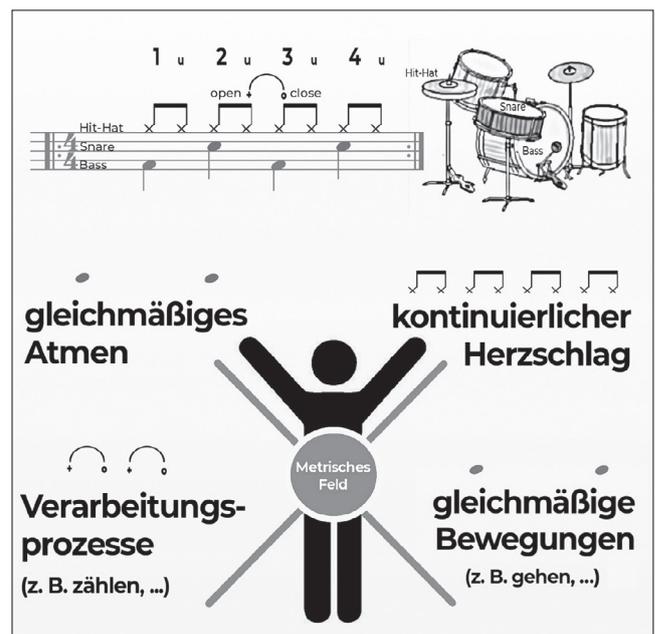


Abbildung 3: Metrisches Feld

Ebenen bündeln. Man könnte dieses Feld auch als Ich-Erleben oder Bewusstheit verstehen.

Wenn ich diese Erfahrung des metrischen Feldes auf eine Person anwende, die nicht Schlagzeug spielt, dann wären die einzelnen Ebenen zum Beispiel das Atmen, gleichmäßige Bewegungen, Gedanken usw. (siehe Abbildung 3). So wäre z. B. im Spazieren das gleichmäßige Gehen eine Ebene. Eine weitere Ebene könnte das Wahrnehmen des Atmens sein. Weiters könnten Gedanken, die nach und nach auftauchen, in meine Selbstbeobachtung kommen. Dazu können gleichmäßige Bewegungen meiner Arme wahrgenommen werden. So ergibt sich ein bewusstes Zusammenspiel von einzelnen metrischen Ebenen, das als Identitätserleben beschrieben werden könnte.

Etwas weiter gefasst, würde auch der Begriff „Gegenwartsmoment“ von Daniel Stern diese Erfahrung sehr treffend beschreiben. Der Gegenwartsmoment beschreibt das unmittelbare Erleben einer Erfahrung, die unterschiedliche Ebenen – Kognitionen, Affekte, Empfindungen, Bewegungen – verflechtet. „Während des Gegenwartsmoments vollzieht sich eine kohärente Erfahrung“ (Stern, 2018, S. 49).

Das Metrum im Therapieprozess

Wenn die Metrik in die Entwicklung des Menschen strukturierend wirkt und ihr Potential entfaltet – wie kann diese Kraft im psychotherapeutischen Raum zur Geltung gebracht werden?

Am Beginn meines Artikels habe ich schon auf meine therapeutische Arbeit Bezug genommen und die Schlüsselsequenz, die mich zur metrischen Begleitung geführt hat, beschrieben. Diese Sequenz hat mich motiviert, im eigenen therapeutischen Tun meine Aufmerksamkeit immer wieder auf therapeutische Momente zu richten, in denen metrische Aspekte erfassbar werden.

In meiner psychotherapeutischen Arbeit habe ich immer wieder erlebt, wie ich gerade in Phasen von Ohnmacht und Angst von Klient*innen meine Begleitung in einer deutlichen und gleichmäßigen Ausdrucksweise angeboten habe. Aufgrund der reflexiven Auseinandersetzung mit meinen eigenen Erfahrungen, würde ich diese Art der Begleitung als metrische Begleitung sehen. Diese Begleitung ist Ausdruck kongruenten Erlebens, das sich im empathischen Verstehen als Resonanz auf das Erleben von Einengung und Angst von Klient*innen zeigt.

Um meine Selbstbeobachtung zu überprüfen, habe ich versucht, aus einer Aufnahme einer Therapiesitzung einen Blick auf die WAV-Datei zu werfen, um möglicherweise metrische



Abbildung 4: Gesamte Therapieeinheit

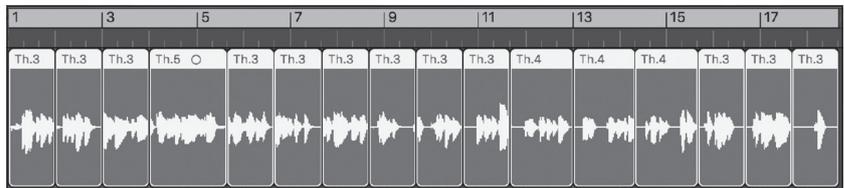


Abbildung 5: Ausschnitt Therapiesequenz, metrische Begleitung des Therapeuten

Muster herauslesen zu können. Damit ich zwei Audiospuren bekomme und die Lautstärke beider Spuren (Therapeut und Klientin) gleich bleibt, habe ich zwei Headsets verwendet, um die Mikrofone in konstanten Abstand zum Mund zu bringen. Die Abbildung 4 zeigt die Aufnahme einer gesamten Therapieeinheit.

Man kann an der Anzahl der Transienten (= Spitzen der Welle, sie stehen für die Lautstärke bzw. für die Betonung der Wörter) erkennen, dass die Klientin in der ersten Phase der Therapieeinheit viele Wörter in einer hohen Intensität verwendet. Nach und nach kommt es tendenziell zu einer Angleichung zwischen Klientin und Therapeut.

Die Abbildung 5 zeigt eine Sequenz aus der Therapieeinheit, in der ich in meiner Begleitung diese spezifische metrische Dynamik erlebt habe. Ich habe nur meine eigene WAV-Spur herausgenommen, um meine Begleitung zu beleuchten.

Diese Sequenz habe ich auf ein metrisches Muster hin analysiert. Ich habe die Unterteilung nach einzelnen Betonungen, die in der WAV-Datei als Ausschläge (Transienten) sichtbar werden, vorgenommen. Da im Gespräch keine metrischen Vorgaben gegeben sind, habe ich in der Analyse versucht, ein metrisches Zählmuster zu finden, in das sich meine gesprochenen Wörter einordnen lassen. In der Analyse hat sich gezeigt, dass gehäuft 3-er-Einheiten auftreten. Man könnte sich das so vorstellen, wie wenn ein 3-Viertel-Takt im Hintergrund wirken würde und meine Begleitung in diese Bewegung gesprochen wird. Diese 3-er-Gruppen könnte man auch als eine Art Sprechrhythmus bezeichnen. Dem Thema der Metrik entsprechend sehe ich diese 3-er-Gruppen als metrisches Muster. Natürlich ergibt sich in der Realität kein durchgängiges Muster. Nach 3 Teilen von 3-er-Einheiten folgt eine 5-er-Einheit, danach kommen 6 Teile einer 3-er-Einheit, 3 4er-Einheiten (die man theoretisch auf 4 3-er-Einheiten strukturieren könnte) und zum Abschluss dieser Sequenz wieder 3 3-er-Einheiten. Die 3-er-Einheiten stehen für ein relatives Gleichmaß der Worte. Ohne auf gesprochene Inhalte einzugehen, drückt sich im metrischen Muster eine Atmosphäre von Gleichmäßigkeit aus.



Abbildung 6: Dialogische Therapiesequenz, Therapeut – Klientin

Wie diese Art der Begleitung auf die Klientin gewirkt hat, ist schwer zu sagen. Vielleicht kann über die Visualisierung der gesamten Therapieeinheit sichtbar werden, dass sich im Laufe der Therapie eine Beruhigung und Stabilisierung der Klientin ergeben hat. Die Klientin kommt aus einer Dynamik von Aufregung und Intensität mehr und mehr zur Ruhe. Es entsteht im therapeutischen Prozess – aus meiner Sicht auch durch metrisches Begleiten – ein stabiler Boden für eigenes Erleben und dessen Symbolisierung. Das angefügte Beispiel (Abbildung 6), das ich dem Gespräch entnommen habe, soll zeigen, wie sich ein Symbolisierungsprozess veranschaulichen lässt. Ich habe diese Sequenz gewählt, da neben metrischen Momenten der dialogische Charakter der Klientin und mir sichtbar wird.

Neben diesem Versuch, die Metrik sichtbar zu machen, möchte ich in wenigen kurzen Beschreibungen aus meiner Arbeit, auf weitere Möglichkeiten, die Metrik im psychotherapeutischen Prozess zu beachten, eingehen.

Metrische Momente im psychotherapeutischen Prozess

Eine Klientin, die in einer Sequenz das aufgeregte Schlagen ihres Herzens erwähnt, lade ich dazu ein, diesen Herzschlag mit einer Hand in der Herzgegend für sie stimmig mitzuklopfen. Im eigenen Hinhorchen und Fokussieren auf dieses metrische Muster fühlt sie sich in eine Atmosphäre des eigenen Herzschlags ein und kommt nach und nach in ihre eigene authentische Gleichmäßigkeit. In dieser Angleichung an ihren physiologischen Grundschlag – an ihr momentan erlebbar metrisches Muster – entfaltet sich in ihrem Körpererleben das Gefühl und das Bild, selbstständig ihren Weg gehen zu können. Aus dem Erleben, im Konflikt mit ihrem Vorgesetzten unterlegen und verunsichert zu sein, entsteht im bewussten Einklang mit ihrem Herzschlag ein Bild des bewussten Vorschreitens.

Eine Klientin, die sich in einer düsteren Wüstenlandschaft verschollen fühlt und sich in ängstlicher Einengung erlebt, stellt sich in den Therapieraum, um mehr Bewegungsraum zu

bekommen und dieses Gefühl besser aushalten zu können. Das gemeinsame Atmen und meine Begleitung in meiner Resonanz und dem, was ich an körperlichen Bewegungen wahrnehme, ist der Boden dafür, dass ich im behutsamen Berühren der Schulter der Klientin den wiederkehrenden Atem noch deutlicher heraushebe. Durch ein gleichmäßiges Benennen der Körperbewegungen,

dem behutsamen Mitzählen des Atems und der unterstützenden körperlichen Berührung erlebt sich die Klientin wieder deutlicher im unmittelbaren Moment und im Kontakt zu mir.

In der Arbeit mit Kindern/Jugendlichen sind es immer wieder kurze Wiederholungen von Spielmomenten. Wenn wir uns z. B. gegenseitig einen Ball zuschießen, wiederholen sich diese Ballkontakte, die ich laut mitzähle. Die Anzahl der Ballkontakte, ohne dass der Ball irgendwo liegen bleibt, lassen eine lustvolle Dynamik entstehen, die mich an den „Gegenwartsmoment“ von Daniel Stern erinnert. Es verbinden sich intensive Momente des erlebten Kontaktes mit eigenen körperlichen, sich wiederholenden Bewegungen. Diese Sequenzen in der Kraft der Metrik zu verstehen, sie kommentierend und beschreibend in der Realität zu verankern, empfinde ich als schöne Erweiterung meines therapeutischen Tuns.

Metrisches Klang-Focusing

Zudem beschäftigt mich die Frage, wie ich während einer gesprochenen Focusinganleitung mit metrisch-rhythmischen Wiederholungen diverser Klanginstrumente (Handpan, Gong, Trommel) eine sichere und vertiefende Atmosphäre schaffen kann, um einen hilfreichen Focusingprozess zu ermöglichen. Der unten angeführte Link führt zu einem Klangbeispiel, das gerne genutzt werden kann.

<http://www.manfred-niederl.at/metrisches-klang-focusing/>

Zusammenfassende Gedanken

Ich habe in diesem Artikel versucht, die Kraft des Metrums, die ich in unterschiedlichen Kontexten meines Lebens erfahren habe, herauszuarbeiten. Wie sich metrische Muster in der Entwicklung des Menschen entfalten und im größeren Kontext des Lebens zeigen können, waren weitere Aspekte meines Beitrags.

Im psychotherapeutischen Prozess kann diese Kraft in einer metrischen Begleitung genutzt werden. Im wertschätzenden, empathischen Verstehen des Gegenübers ist – gerade

im Erleben von Einengung und Angst von Klient*innen – der Impuls zur metrischen Begleitung kongruenter Ausdruck eigener Resonanz. Gerade diese Resonanz ist für mich ein Verweis auf die stabilisierende Kraft des Metrums.

Literaturverzeichnis

- Adams, T.E., Ellis, C., Bochner, A.P., Ploder, A. & Stadlbauer, J. (2020). Autoethnografie. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 1–21). München: Springer Fachmedien.
- Blume, F. (Hrsg.). (1989). *Die Musik in Geschichte und Gegenwart. Allgemeine Enzyklopädie der Musik*. München: Dt. Taschenbuch-Verlag.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dana, D. (2021). *Die Polyvagal-Theorie in der Therapie. Den Rhythmus der Regulation nutzen*. Lichtenau: G. P. Probst Verlag.
- Flatischler, R. (2012). *TaKeTiNa. Die heilsame Kraft rhythmischer Urbewegungen*. München: Irisiana.
- Gendelin, E. (2015). *Ein Prozess-Modell*. München: Verlag Karl Aber Freiburg.
- Gendlin, E. (1996). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. München: Pfeiffer Verlag.
- Gendlin, E. & Wiltschko, J. (2004). *Focusing in der Praxis. Eine schulübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Hüther, G. & Weser, I. (2015). *Das Geheimnis der ersten neun Monate: Reise ins Leben*. Weinheim: Beltz.
- Kölsch, S. (2019). *Good Vibrations. Die heilende Kraft der Musik*. Berlin: Ullstein Buchverlag GmbH.
- König, F. (1985). *Der Glaube der Menschen: Christus und die Religionen der Erde*. Wien: Herder & Co.
- Porges, W.S. (2010). *Die Polyvagal-Theorie. Neurophysiologische Grundlagen der Therapie*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Rogers, C.R. & Schmid, P.F. (1998). *Person-zentriert: Grundlagen von Theorie und Praxis*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Rogers, C.R. (1959/2020). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung*. Personzentrierte Beratung & Psychotherapie. München: Reinhardt.
- Rogers, C.R. (1961/2000). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C.R. (1964/2004). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Rogers, C.R. (1980/2017). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schillings, A. (2018). Focusing mit dem Ganzen Körper. – Embodiment der Person. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 1/18, 15–19.
- Seidel, W. (1998). Rhythmus, Metrum, Takt. In: L. Fischer (Hrsg.), *Die Musik in Geschichte und Gegenwart* (S. 258–317). Kassel: Bärenreiter.
- Spitzer, M. (2014). *Musik im Kopf: Hören, Musizieren, Verstehen und Erleben im neuronalen Netzwerk*. Stuttgart: Schattauer.
- Stadler, E. (2015). *Kind und Musik*. Heidelberg: Springer.
- Stern, D. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. (2004). *Der Gegenwartsmoment*. Frankfurt/M.: Brandes & Apfel.
- Von Brück, M. (2011). *Körper – Seele – Geist in Buddhismus und Christentum* [Vortrag]. Deutsch-Chinesische Akademie für Psychotherapie. Heidelberg.
- Wild-Missong, A. (1996). Mit Focusing im Leben. Focusing und Selbstentfaltung, Feminismus, Spiritualität, Schamanismus etc. [Themenheft]. *Focusing Bibliothek. Studentexte*, 3, Deutsches Ausbildungsinstitut für Focusing und Focusingtherapie – DAF.
- Zaminer, F. (Hrsg.). (1967). Metrum. In: *Riemann Musiklexikon*. Mainz: Hans Heinrich Eggebrecht.

Rezensionen*

Hubert Teml

Brigitte Koch-Kersten: Personzentrierte Traumatherapie: Heilung durch Selbstbejahung

Kröning: Asanger, 2021, 288 Seiten, ISBN 978-3893346424. EUR (D) 29,80 / EUR (A) 30,70 / CHF 41,90.

Der Begriff „Selbstbejahung“ wird in der personzentrierten Literatur eher selten verwendet. „Selbstakzeptierung“ klingt vertrauter, auch wissenschaftlicher und damit unpersönlicher. Selbstbejahung verweist hingegen auf einen tiefen Bezug zum eigenen Sein und erinnert an eine Aussage von Rogers über die Wirkung von Therapie: „Es ist nicht lediglich so, dass der Klient sich akzeptiert (...) er beginnt tatsächlich, sich selbst zu mögen (...); es ist eher ein stilles Vergnügen daran, er selbst zu sein“ (Rogers, 1991, S. 96). Um die Förderung dieses zärtlichen wie kraftvollen „Ja“ zu sich selbst geht es der Autorin, wenn sie sich den hilfreichen Bedingungen sowie den Hindernissen auf dem Weg zu Selbstbejahung annähert.

Den Hintergrund des von ihr entwickelten Traumatherapiekonzepts bildet die „Psychologie der Selbstbejahung“ nach Jürg Hartmann (Hartmann et al., 2011), der das „Bejahen“ als gemeinsamen Nenner aller therapeutischen Verfahren herausstellt. Als Personzentrierte Therapeutin beschreibt sie das Bejahen mit den bekannten Grundhaltungen, die nach Rogers zu den „notwendigen und hinreichenden Bedingungen“ von Therapie gehören. Ihr Ansatz geht aber darüber hinaus, wenn sie Jürg Hartmann zitiert: „*Bejahen* (...) bedeutet akzeptieren oder annehmen des Soseins der Klienten, um auf diesem Fundament *lösungssuchende Fördermaßnahmen* anzubieten.“ (S. 94)

Diese Formulierung stellt auf den ersten Blick den personzentrierten Zugang in Frage. Besonders Peter F. Schmid hat die Vereinnahmungen personzentrierter „Basisvariablen“ kritisiert, wenn sie lediglich als Voraussetzungen für das Gelingen der Therapie, nicht aber als die Therapie selbst verstanden werden (vgl. Frenzel, 2020). Daher weisen Personzentrierte Therapeut*innen auch nachdrücklich darauf hin, dass notwendige Interventionen in der Traumatherapie daran zu prüfen seien, ob sie aus einer personzentrierten Haltung heraus gestaltet werden (vgl. Tuczai, 2007, S. 43). Diese konsequente personzentrierte Grundhaltung der Autorin ist nicht nur in der Beschreibung

ihrer theoretischen „Wurzeln“ (S. 221ff.), sondern auch in ihren Beispielen konkreter Fälle und Interventionen deutlich spürbar.

Einleitend gibt die Autorin einen Überblick über Ursachen, Folgen und Arten von Traumata, befasst sich aber vor allem mit Entwicklungs- und Bindungstraumata, bei denen es im Falle traumatisierender Erfahrungen zu Erschütterungen des Selbstgefühls kommt, nicht nur durch Missbrauch und Misshandlung, sondern häufig in Form von Missachtung oder Entwertung der Person. Das wird in ihrer eigenen Begrifflichkeit „Fremdverneinung“ genannt, die letztlich zu „Selbstverneinung“ als Identifikation mit der Fremdverneinung führt, wodurch Inkongruenzen entstehen. Der Prozess der Selbstverneinung wird aber gleichzeitig als Ausdruck von Kraft und Stärke der Aktualisierungstendenz hervorgehoben. Es werden nämlich *Überlebensmuster entwickelt*, die zwar eine freie Entfaltung hemmen, aber gleichzeitig auch eine Schutzfunktion enthalten, auf die nachdrücklich hingewiesen wird: „Diese Anpassung unseres Selbstkonzepts an Traumabedingungen ist eine leidvoll erzwungene letzte Rettungsmöglichkeit, um die *befürchtete Vernichtungsgefahr* abzuwehren. Dadurch bewahren wir uns einen wichtigen Funken unserer Selbstverwirklichungstendenz. Wir bewahren uns das Bewusstsein, wenn auch tief verborgen, dass wir uns aus *eigener Kraft* den Bedingungen angepasst haben“ (S. 14)

Der Kern ihres Konzepts der Traumaheilung besteht kurz dargestellt

1. in der *Bejahung aller – auch scheinbar unaushaltbarer – Gefühle*, wodurch die Klient*innen in einem Ja zu sich selbst entdecken, dass sie in ihrem Innersten liebenswert, liebevoll, kraftvoll, klar und lebendig sind und es schon immer waren. Sie erfahren, dass sie leben und *da* sind, wo sie glaubten, vernichtet und ausgelöscht zu sein.
2. im *Bejahen der Abwehr und des Widerstands*, die sich in Form von Dissoziationen, Flashbacks, Reinszenierungen

* Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden; Detailinformationen zu Rezensionen siehe hintere innere Umschlagseite (U3).

Dr. Hubert Teml, Professor an Pädagogischen Akademien für Unterrichtswissenschaft, Praxisberatung, Kommunikation und Selbsterfahrung. Seit 2004 Psychotherapeut und Supervisor in eigener Praxis.

und anderer Überlebensmuster zeigen und als – oft verzweifelter – Ausdruck verstanden werden, den „Kern“ des eigenen Seins zu schützen. Daher werden Abwehr und Widerstand gleichsam „begrüßt“ und damit bejahend gewürdigt, was erst ein Loslassen erstarrter Schutzmuster ermöglicht. Als *methodische Wege* werden bestimmte Leitfragen als Angebote zur Förderung des Traumaheilungsprozesses vorgestellt, beispielsweise: 1) *Wovor* schütze ich mich gerade? 2) *Wie* schütze ich mich gerade? 3) *Welche Kraft und Stärke* erlebe ich als mich Schützende*r? 4) *Was* schütze ich? 5) *Wer bin ich* hinter meinem Schutz? (S. 71ff.)

Darüber hinaus bietet die Autorin strukturierte Übungsanleitungen an, etwa die Arbeit mit dem „Inneren Kind“, einen „Inneren Dialog“ oder eine „Bewusstseinsübung“ zur empathischen, nicht-wertenden Wahrnehmung innerer Prozesse. Diese Angebote mögen für personenzentrierte Leser*innen „methoden- oder therapeutenzentriert“ erscheinen, die spezifischen Interventionen erwachsen aber nach meinem Eindruck aus der konkreten Beziehung und unterstützen bei Klient*innen heilsame Seinserfahrungen, die besonders förderlich sein dürften, um Inkongruenzen aufzulösen.

Mit dem Hinweis auf „Seinserfahrungen“ verweist die Autorin auf die transzendente Dimension, die in die vertikale Richtung unseres „Seinsgrundes“ zeigt (S. 237ff.). Auf die Bedeutung dieser Dimension ist Rogers nicht erst in seinen „Alterswerken“ eingegangen, sondern beispielsweise schon 1965 im Gespräch mit Paul Tillich. Dort sagt er über diese vertikale Richtung nach unten, er habe in einer bedeutungsvollen Ich-Du-Beziehung das Gefühl, als ob er in Übereinstimmung mit den Kräften im Universum stünde und diese durch ihn hinsichtlich seiner helfenden Beziehung wirkten (vgl. S. 239).

An solche Aussagen von Rogers anknüpfend hat kürzlich Harald Tichy (2018) in einer fundierten Analyse ein neues Verständnis des Begriffs „Präsenz“ vorgestellt, wonach die Erfahrungen von Rogers auf einen meditativen und heilsamen Bewusstseinszustand hinweisen, der sich einstellen kann, wenn *Therapeut*innen* mit einer gewissen Beständigkeit präsent sind. Der Begriff „Selbstbejahung“ richtet sich hingegen auf *Klient*innen* und deren Erfahrungen einer heilsamen Bewusstseins-ebene durch ein Tiefsinken in der vertikalen Dimension. Dieser Blickrichtung weiter forschend nachzugehen, erachte ich als Chance für ein tieferes Verständnis dafür, „was es heißt sich selbst zu finden“ (Rogers, 1991, S. 114). Die von der Autorin angebotenen Fragen und Übungen ermöglichen neue und hilfreiche Wege für Erfahrungen auf höheren Stufen des Prozesskontinuums von Rogers, indem Seinserfahrungen gefördert werden, die Klienten*innen als innere Ruhe, tiefen Frieden und Unversehrtheit erleben, was in der Folge ein weiteres Loslassen von einengenden, leidvollen Überlebensmustern unterstützt.

In diesem Verständnis von Heilung bezieht sich die Autorin auf den Ansatz „Befreites Fühlen“ des Psychologen und spirituellen Lehrers Christian Meyer (2016), das sie prägnant gefasst folgendermaßen beschreibt: „Eine kraftvolle Intervention, die das Innehalten und Anhalten des Überlebenskampfmodus bewirken kann, ist die Frage nach dem, was wir fühlen. Wenn wir unser Gefühl beachten, nicht von ihm weglaufen oder dagegen ankämpfen (Überlebensmodus), sondern uns in die Tiefe dieses Gefühls hineinfallen lassen und auf diese Weise in Berührung mit der ‚unter‘ dem Gefühl liegenden Ebene der Seinserfahrungen kommen, finden wir zu uns zurück. Die unruhigen Wellen an der Oberfläche eines Ozeans kommen in seiner Tiefe zur Ruhe. So können wir aus der Verrücktheit unserer von Angst angetriebenen Überlebensmuster aussteigen und Ruhe, Frieden und Stille finden“ (S. 174).

Falls Sie sich als Leser*in von diesen „ungewohnten Gedanken“ (S. XII) angesprochen und zu weiterer Auseinandersetzung inspiriert fühlen, können Sie über das Buch hinaus auch in Videos und CDs einen Einblick in die praktische Arbeit der Autorin gewinnen.¹

Literatur

- Frenzel, P. (2020). Nachruf auf Peter F. Schmid. *Person*, 24(2), 165–166.
- Hartmann, J., Sichert-Hartmann, R. & Danner, D. (Hrsg.) (2011). *Selbstbejahung als Weg aus dem Trauma*. Asanger.
- Meyer, C. (2016). *Ein Kurs in wahren Loslassen. Durch das Tor des Fühlens zur inneren Freiheit*. Arkana.
- Rogers, C. R. (1991). *Entwicklung der Persönlichkeit*. (8. Aufl.). Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. & Tillich, P. (1965). Paul Tillich und Carl Rogers im Gespräch. In C. R. Rogers & P. F. Schmid (1991). *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (S. 257–273). Matthias-Grünwald.
- Tichy, H. (2018). *Die Kunst präsent zu sein. Carl Rogers und das frühbuddhistische Verständnis von Meditation*. Münster: Waxmann.
- Tuczai, M. (2007). Dem Entsetzen begegnen. Ein personenzentriertes Konzept von Krisenintervention zur psychotherapeutischen Begleitung vergewaltigter Frauen in der akuten Belastungsreaktion. *Person* 11(1), 39–48.

¹ Videos sind auf YouTube unter der Abfrage „Brigitte Koch Kersten“ abrufbar, ebenso „Bewusstseinsübungen“ im Webshop der Autorin: <https://koch-kersten.gap-kassel.net/>

Mark Galliker

Donata Schoeller: *Close Talking. Erleben zur Sprache bringen*

Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH, 2019/2021, 324 Seiten, ISBN 978-3-11-076325-6. Hardcover: EUR (D) 114,00 / EUR (A) 125,50 / CHF 136,00 Taschenbuch-Ausgabe: EUR (D) 19,95 EUR (A) 21,95 / CHF 23,80

In der gesprächspsychotherapeutischen Ausbildung und in der Supervision begegnen wir Personen mit unterschiedlichem Gesprächsverhalten. Da gibt es Personen, die lieben den Smalltalk und erzählen, was sie in der vergangenen Woche alles erlebt haben. Manchmal verwandelt sich der Dialog in einen Monolog, so dass die Sitzung erst mit erheblicher Verspätung beginnen kann. Während der Sitzung gibt es Redner und Rednerinnen, die gut formulieren können, beispielsweise was ihr heutiges Anliegen ist und weshalb sie in einer bestimmten Therapie nicht vorwärtskommen. Bei anderen Personen ist dies weniger der Fall. Sie versuchen auszudrücken, was für sie persönlich wichtig ist, setzen zu umständlichen Formulierungen an und erfordern von den Anwesenden oft viel Aufmerksamkeit und Verständnis. Die zuhörenden Personen werden manchmal etwas ungeduldig, bedenken aber zuweilen auch, dass jene, die nicht auf Antrieb geschliffen formulieren, oft Zugang zu etwas finden, was ihnen selbst möglicherweise verwehrt bleibt.

Donata Schoeller hat das eigenartige Phänomen des stockenden Sprechens, das im Kreis humanistischer Therapeuten und Therapeutinnen nicht selten vorkommt, aber bisher m.W. nicht näher betrachtet wurde, aufgegriffen und im Rahmen ihrer Habilitation an der Universität Koblenz eingehend untersucht. Die Focusing-Trainerin und Mutter von drei Töchtern studierte an den Universitäten Wien, Oxford und Zürich Philosophie und Religionswissenschaft. Zusammen mit Christiane Geiser übersetzte sie Gendlins Hauptwerk *A Process Model* ins Deutsche und schrieb 2015 zur deutschen Ausgabe die Einleitung. 2019 publizierte sie auf der Grundlage ihrer Habilitationsschrift *Close Talking*. 2021 erfolgte die Publikation als Taschenbuch.

Die praktisch sowie theoretisch relevante Studie besteht aus drei Hauptteilen mit den folgenden Überschriften: I. Im Netz erlebter Verbindlichkeit; II. *Close Talking*; III. Der situative Stoff tentativer Sprechakte. Jedes Hauptkapitel besteht aus mehreren Kapiteln und Unterkapiteln. Im Kapitel I werden Themen behandelt wie „Bedeutung für jemanden“, „Plastizität der Begriffe“ und „Lebensform und Lebenszusammenhang“; im Kapitel II u. a. „Tastender Sprachgebrauch“, „Mikrophänomenologie“ und „Tentative Sprechakte“, und im Kapitel III u. a. „Embodied Context“, „Individuierte und kultivierte Sprachkörper“ sowie „Bedeutungswachstum“.

Nach Schoeller machte bereits der junge Gendlin nach dem Abhören vieler auf Band aufgenommener therapeutischer Gespräche darauf aufmerksam, dass bei hilfeschuchenden Personen,

bei denen es zu Veränderungen im Verlaufe der Therapie kommt, schon zu Beginn derselben ein eigenartiges Phänomen in ihrem Sprechverhalten feststellbar ist: „Charakteristisch für [sie] ist, dass sie weniger reibungslos sprechen als andere. Sie stocken häufiger und machen Pausen, aber nicht aus Verlegenheit oder aus Unkonzentriertheit, im Gegenteil. Das Stocken geschieht vielmehr konzentriert“ (ebd., S. 185).

Es gibt Personen, die bereits sprechen, auch wenn sie noch nicht wissen, was sie eigentlich ausdrücken möchten. Dabei verändert sich das Reden nicht unbedingt thematisch, sondern meistens mehr hinsichtlich der persönlichen Intensität. Personen, die ihre Aufmerksamkeit so auch auf sich selbst richten können, unterscheiden sich von anderen Personen, die in der Therapie ungefähr so routiniert sprechen wie sonst auch in ihrem Alltag. „durch die Art und Weise, wie sie sprechen und durch die unvorhersehbare Entwicklung im Gespräch, die dadurch ausgelöst wird“ (ebd., S. 185; Hervorhebung von Schoeller).

Close Talking oder wie es schon im Titel heißt: *Erleben zur Sprache bringen*, benötigt i. d. R. einen therapeutischen Freiraum, ist doch genügend Zeit und Aufmerksamkeit erforderlich, mit der sich die Person auf „etwas“ einlässt. Ein tastender Sprachgebrauch ermöglicht es, eine Ahnung, ein erstes Erleben, vorläufig in Worte zu fassen. „Im Gegensatz zur Begriffsbeherrschung geht das Entwickeln von Bedeutung mit der Bereitschaft einher, die Kontrolle über die Sprache zu lockern, um Begriffe im situativen Sprachgebrauch unvorhersehbar neu bedeuten zu lassen“ (ebd., S. 11).

Schoeller versucht erfahrungsgemäß sowie theoretisch einer Sprechweise näherzukommen, die es ermöglicht, den Hintergründen einer erlebten Situation so zu begegnen, dass nicht einfach wie im Smalltalk über das darin wirksame netzwerkartige Gewebe vorgegebener Bedeutungen hinweggeredet wird. „Je mehr man sich darauf einlässt, desto weniger genügt, was gewöhnlich gesagt werden kann. Anders ausgedrückt: Was in gewöhnlicher Weise nicht gesagt wird, wird dann zum Thema“ (ebd., S. 87).

Die Autorin bezieht sich in ihrer Schrift auf Autoren wie Theodor Adorno, John Dewey, Wilhelm Dilthey, Eugene Gendlin, William James, Carl Rogers, John Searle und Ludwig Wittgenstein und bringt sie hinsichtlich ihres Anliegens miteinander in Verbindung. Dabei gelangt sie manchmal zu neuen Zusammenhängen, die uns Leser und Leserinnen verblüffen. Ein Beispiel ist ihr Hinweis auf die Verwandtschaft im Denken von Adorno und Gendlin.

Beim Close Talking versenkt sich eine Person ins Heterogene, in die i. S. Adornos Nichtidentität, in den Felt sense, in ein „etwas“, ohne es im Sinne einer Identität zu denken und es auf vorgefertigte Kategorien zu bringen. Das geht sicherlich nicht leicht vonstatten, da vorgängige kulturelle, gesellschaftliche, religiöse, professionelle Prägungen der Situationen, die Personen bislang erlebt haben, sie daran hindern, sich darüber klar zu werden, was sie selbst fühlen, meinen und wollen. Das Ziel ist es, neue Bilder oder auch Begriffe zu finden, die ihre Bedeutung nicht aufkotroyieren, „sondern *in* und *aus* den erlebten Zusammenhängen gewinnen“ (vgl. ebd., S. 21; Hervorhebungen von Schoeller).

In der Supervision entsteht oft der Eindruck, dass die skizzierte Sprechweise im Verlaufe erfolgsversprechender Psychotherapien bei den hilfeschenden Personen zunimmt. Es stellt sich indes die Frage, ob dies nur bei Personen der Fall ist, bei

denen sich schon zu Beginn der Therapie erste Ansätze zu dieser Art zu sprechen zeigen. Auch i. S. von Rogers' Prozesskontinuum kann man sich fragen, ob sich das von Pausen durchsetzte, differenzierende Sprechen im Verlaufe einer Therapie vermehrt, doch wäre mit einer empirischen Untersuchung abzuklären, ob dies auch möglich ist, wenn sich Klienten oder Klientinnen anfänglich auf den untersten Stufen des Prozesskontinuums befinden.

Fazit: Die Autorin greift in ihrem Buch *Close talking* ein zentrales Phänomen der Gesprächspsychotherapie auf und behandelt es im Rahmen weiterer theoretischer Zusammenhänge. Die Lektüre fällt nicht an allen Stellen leicht, doch lohnt sich eine Vertiefung, ermöglicht sie doch über sattem bekannte Wiederholungen hinauszugehen zu einem personenzentrierten Ansatz, der in Theorie und Praxis Innovation verspricht.

Veranstaltungskalender 1/2022

9. Internationale Fachtagung für personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

„Beziehung 4.o. Begegnung und Dasein in bewegten Zeiten – bleibt alles anders?“

Zeit: 23.–24. April 2022

Ort: Kardinal König Haus: Kardinal-König-Platz 3, 1130 Wien, Österreich

Info: www.kindertherapietagungwien.at

DFG (Deutsche Focusing Gesellschaft)

Focusing Kontakte-Tage

Ort: Heidelberg, Deutschland

Zeit: 14.–15. Mai 2022

Info: kontakt@dfg-focusing.de und www.dfg-focusing.de

Jahreskongress der GwG

„Carl R. Rogers zum 120. Geburtstag“

Keynotes von Hans-Jürgen Luderer und Dorothea Hüsson

Zeit: 10.–11. Juni 2022

Ort: Mainz, Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

15th World PCE Conference

„How Can I be of Help? Formulating and Facilitating Change Together“

Zeit: 4.–8. Juli 2022

Ort: Kopenhagen, Dänemark

Info: www.pce2022.com

DFI (Deutsches Focusing Institut)

41. Internationale Focusing Sommerschule

Ort: Schloss Buchenau, Deutschland

Zeit: 22.–31. Juli 2022

Leitung: Klaus Renn

Info: kontakt@dfi-focusing.de und www.deutsches-focusing-institut.de/

Castrop-Rauxeler Gesprächspsychotherapie-Symposium: „Das fragile Selbst – Personzentriertes Vorgehen bei schweren psychischen Störungen“

Zeit: 23. September 2022, 9.00 bis 16.30 Uhr

Ort: Ev. Krankenhaus, Seminarzentrum, 44577 Castrop-Rauxel, Deutschland

Info und Anmeldung: g.ott@evk-castrop-rauxel.de und T: +49 2305 102 2858

Symposium anlässlich 25 Jahre FORUM

Psychotherapie.begegnet.Zukunft.begegnet.Psychotherapie

Zeit: Freitag, 23. September 2022, 14.00–18.30 Uhr

Samstag, 24. September 2022, 9.30–18.45 Uhr und ab 19.00 Uhr FORUM-Fest

Ort: Kardinal König Haus: Kardinal-König-Platz 3, 1130 Wien, Österreich

Info und Anmeldung: www.forum-personzentriert.at > Quicklinks > Symposium 2022 und buero@forum-personzentriert.at

ÖGWG-Woche 2022: „Back to the Roots?“ – Die therapeutische Beziehung als Raum für Wachstum und Entwicklung

Zeit: 23.–26. Oktober 2022

Ort: Schloss Puchberg bei Wels, Österreich

Info und Anmeldung: www.oegwg.at; office@oegwg.at und T: +43 732 78 46 30-0

DAS AUSTRIA PROGRAMM,

36. Internationaler Personzentrierter Workshop

Einwöchige Encounter-Gruppe in der Tradition des

La Jolla Programms

Zeit: 7.–14. Juni 2023

Ort: Schloss Zeillern, Österreich

Info: www.apg-ips.at

19. Castrop-Rauxeler Gesprächspsychotherapie-Symposium am 23.9.2022

Das fragile Selbst – Personzentriertes Vorgehen bei schweren psychischen Störungen

Veranstalter: Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel, Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie ÄGG

Anmeldung, Programme u. weitere Information: Sekretariat Frau Lührmann, Tel. 02305-102-2858, Fax. 02305-102-2860, Email g.ott@evk-castrop-rauxel.de

Programm: Freitag, 23.09.2022

9.00 bis 13.00 Uhr – Vorträge

David Oberreiter: Selbstgrenzen-Störung unter besonderer Beachtung struktureller Empathie

Annette Jessinghaus: Vom brüchigen Selbst bei Borderline-Störungen

Dion Van Werde: Beziehungsaufnahme und -gestaltung mit der Prätherapie nach Prouty

Norbert Scherbaum: Selbststeuerung und Kontrollverlust bei substanzbezogenen Erkrankungen

14.00 bis 16.00 Uhr – Workshops

1. Dion Van Werde: Praxis der Prätherapie

2. David Oberreiter: Psychotherapeutische Strategien bei schizophrenen Klienten mit Wahnsymptomatik

16.00 bis 17.30 Uhr – ÄGG-Mitgliederversammlung



INSTITUT FÜR PERSONENZENTRIERTE STUDIEN
AKADEMIE FÜR BERATUNG & PSYCHOTHERAPIE
INSTITUTE FOR PERSON-CENTRED STUDIES
ASSOCIATION FOR PSYCHOTHERAPY & COUNSELLING

FORT- UND WEITERBILDUNGSANGEBOTE DES APG • IPS

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPIE

Die fachspezifische Psychotherapieausbildung befähigt zur Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Die Praxis hat aber gezeigt, dass es sinnvoll ist, diese grundlegenden Kenntnisse spezifisch zu vertiefen. So wird etwa der Arbeit mit Eltern und Bezugspersonen, der Diagnostik, verschiedenen Störungsbildern sowie der eigenen (Weiter)Entwicklung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in in dieser Weiterbildung Rechnung getragen.

In kleinen Gruppen – gemeinsam mit anderen Personen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten – werden die Themenbereiche erarbeitet und bearbeitet.

Die Dauer der Weiterbildung ist auf mindestens 2 Jahre angelegt und kann auch dem individuellen Lernweg angepasst werden.

Nähere Information: manfred.siebert@apg-ips.at

PERSONENZENTRIERTE GRUPPENARBEIT

Die Aus- und Weiterbildung für personenzentrierte Gruppenarbeit steht allen Personen mit einer Tätigkeit im psychosozialen Feld (innerhalb und außerhalb des APG • IPS) offen. Ziel dieser Aus- und Weiterbildung ist die Befähigung zur personenzentrierten Leitung, Begleitung und Förderung sowie kreativen Gestaltung von Klein- und Großgruppen in verschiedensten Bereichen.

Die Dauer der Weiterbildung beträgt mindestens ein Jahr in kontinuierlicher Teilnahme.

Die Absolvierung von Personenzentrierter Gruppenarbeit ist Voraussetzung für die Aus- und Weiterbildung Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie.

Nähere Information: susanna.markowitsch@apg-ips.at

PERSONENZENTRIERTE GRUPPENPSYCHOTHERAPIE

Diese Aus- und Weiterbildung steht allen Personen mit einer Ausbildung in Psychotherapie (innerhalb und außerhalb des APG • IPS) offen. Sie hat das Ziel, die Teilnehmenden im Sinne des Personenzentrierten Ansatzes zur Förderung von Persönlichkeitsentwicklung in und mit psychotherapeutischen Gruppen zu befähigen.

Je nach spezifischem Interesse und den Fähigkeiten der Teilnehmenden können individuelle Qualifikationen im Sinne einer Schwerpunktsetzung erworben werden.

Die Dauer der Weiterbildung beträgt mindestens zwei Jahre (inklusive der Grundstufe „Personenzentrierte Gruppenarbeit“) in kontinuierlicher Teilnahme.

Nähere Information: susanna.markowitsch@apg-ips.at

Vorankündigung!

neoriginal: Caroline Link dreht Serie "SAFE" für ZDFneo und die ZDFmediathek

In Berlin und Umgebung fanden im Sommer und Herbst 2021 Dreharbeiten zu der Serie mit dem Arbeitstitel "SAFE" für ZDFneo und die ZDFmediathek statt. "SAFE" ist das erste TV-Projekt der preisgekrönten Regisseurin Caroline Link ("Nirgendwo in Afrika", "Jenseits der Stille", "Der Junge muss an die frische Luft"), die auch das Drehbuch schrieb. In der Serie geht es um Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, gezeigt werden in insgesamt 8 Folgen Ausschnitte aus zwei Spieltherapien und aus zwei Therapien mit Jugendlichen.

Diese Serie wird von den Kinder- und Jugendpsychotherapeuten Sabine Schlippe-Weinberger und Curd Michael Hockel als Fachberater begleitet. Das Buch „Kindern spielend helfen – Einführung in die Personzentrierte Spiel-psycho-therapie“ diente dabei als theoretische Grundlage für diese Serienproduktion.

Start: Oktober 2022 auf ZDFneo

Nähere Informationen unter <https://www.presseportal.de/pm/7840/4986859>

Forum^o

PERSONENZENTRIERTE PSYCHOTHERAPIE, AUSBILDUNG UND PRAXIS

2022 SYMPOSIUM

**anlässlich 25 Jahre FORUM
Psychotherapie.begegnet.
Zukunft.begegnet.Psychotherapie**

Zeit:

Fr, 23.9.2022, 14.00 – 18.30 Uhr
Sa, 24.9.2022, 09.30 – 18.45 Uhr
und ab 19.00 Uhr FORUM-Fest

Ort: Kardinal König Haus
1130 Wien, Kardinal-König-Platz 3

Anmeldung im Büro des FORUM:
buero@forum-personenzentriert.at

Informationen zum Programm und über Vortragende:

www.forum-personenzentriert.at
> Quicklinks
> Symposium 2022

Zukunft hat und braucht Vergangenheit. Das Symposium nimmt – mit pandemiebedingter Verschiebung – den 25. Geburtstag des FORUM zum Anlass, um die Wurzeln und die Wirksamkeit des Personenzentrierten Ansatzes zu vergegenwärtigen. Es will ermutigen zu einem offenen und wachen Blick in die Zukunft, in die wir gehen und die wir gestalten:

- **Was begegnet uns in unserer Praxis als Personenzentrierte Psychotherapeut*innen?**
- **Worauf haben wir uns künftighin (noch mehr) einzustellen und vorzubereiten?**
- **Welche zentralen Aufgaben und Herausforderungen verlangen im Zuge einer fortschreitenden Globalisierung vermehrt unsere Aufmerksamkeit?**
- **Welche Visionen bestärken uns in unserem Beruf?**

Als Carl R. Rogers vor 40 Jahren seine Beiträge-Sammlung „A Way of Being“ veröffentlichte [deutsche Übersetzung in: „Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit“ (1980) sowie „Der neue Mensch“ (1981)], waren die „Grenzen des Wachstums“ (Club of Rome 1975) bereits deutlich skizziert worden. Im Spannungsfeld von ernüchternden Prognosen und optimistischen Zukunftsbildern wird möglicherweise durch die „Corona-Krise“ (seit 2020), durch den aktuellen Krieg gegen die Ukraine (2022) und durch Zeiten gesellschaftlicher Umbrüche deutlicher denn je klar, worauf es entscheidend ankommt für ein gutes Leben, für die Entwicklung einer gerechte(re)n Gesellschaft, für deren sozialen Zusammenhalt und deren Ausdrucks- und Dialogfähigkeit.

Das Symposium will (neue) Möglichkeiten sichtbar machen. Es will bedeutsame Fragen und Anliegen kritisch aufnehmen und unser Tun ausrichten auf eine Zukunft, die wir als eine erfüllte erleben mögen.

Herzlich willkommen zu einem anregenden Dialog und zu kollegialer Begegnung!

2022/2023 FORTBILDUNG VORTRÄGE

- **Personenzentriertes Arbeiten mit der Polyvagaltheorie**
MMag.^a Katharina Oppolzer,
Do, 20.10.2022, 19.00 – 21.00 Uhr; Anm.: mail@katharina-oppolzer.at
- **Online-Beratung und Online-Psychotherapie**
Mag.^a Dr.ⁱⁿ Angela Kundegraber-Leherb
Mi, 30.11.2022, 18.30 – 20.30 Uhr; Anm.: praxis@zorman.at

Genauere Informationen über Inhalt, Kosten und Anrechenbarkeiten entnehmen Sie bitte unserem Programm unter www.forum-personenzentriert.at. Wenn nicht anders benannt, finden die Veranstaltungen im FORUM statt: 1150 Wien, Schanzstraße 14/Top 3.3, Eingang über Koberweingasse 1.

Forum^o

GwG - Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V.

23. GwG-Jahreskongress am 16./17. Juni 2023 in Mainz

Belastende Lebensereignisse integrieren: Personenzentrierte Antworten auf Trauma und Krisen

Mit Vorträgen von
Dr. Ernst Kern, Saarbrücken
Dipl.-Psych. Petra Claas, Marburg
Mag. Neela Kurl, Wien/Österreich

Außerdem im Programm:
Workshops und Kurzvorträge zum Kongressthema

Anmeldung und weitere Informationen

GwG e. V., Melatengürtel 127, 50825 Köln
Tel.: + 49 (0) 221 925908-11, E-Mail: barg@gwg-ev.org
oder online unter www.gwg-ev.org

Foto:marcociannarel fotolia.com

1030 Wien, Schützengasse 25/5
Tel. 0664/1654303
www.vrp.at

1150 Wien, Schanzstraße 14/3.3
Tel +01/966 79 44
www.forum-personenzentriert.at

WEITERBILDUNG PERSONENZENTRIERTE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPIE

Beginn der Weiterbildung im Herbst 2022

Diese zweijährige Weiterbildung richtet sich an Personen, die eine Psychotherapieausbildung abgeschlossen haben bzw. in person- oder klientenzentrierter Ausbildung ab dem Status „in Ausbildung unter Supervision“ stehen und eine Spezialisierung in personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie anstreben.

Nähere Informationen bei:

Mag. Christine Wakolbinger (VRP)
chr.wakolbinger@chello.at

Mag. Marieluise Brückl (Forum)
marie.brueckl@chello.at

Institut für personzentrierte und experientielle Angebote – IPEA



Geschäftsführung: Dipl. Psych. Christine le Coutre
Wissenschaftliche Begleitung: Prof. Dr. Dipl.-Soz.päd. Dorothea Hüsson

Mit-Herausgeber der Zeitschrift **PERSON**



Organizational Member in der
World Association for Person-Centered and
Experiential Psychotherapy and Counseling

www.ipea.team

Das IPEA – Institut für personzentrierte und experientielle Angebote in Stuttgart bietet regelmäßige Fort- und Weiterbildungen an. Es befasst sich zugleich mit Forschung und theoretischen Entwicklungen zum personzentrierten Konzept. Das IPEA ist sowohl Mitglied im Weltverband „World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling“ als auch Mitherausgeber der PERSON.

Zweitägige Kurse (offen für alle personzentrierten Fachkräfte)

- 13.05.2022 – 15.00 bis 21.00 Uhr **„Beziehungsklären und Selbstöffnen“ Personzentrierte Theorie und praktische Übungen – Dr. Jobst Finke, Essen**
14.05.2022 – 9.30 bis 18.00 Uhr
Tagungsort: Stuttgart
- 20.05.2022 – 15.00 bis 21.00 Uhr **Handpuppen in der personzentrierten pädagogischen und therapeutischen Arbeit mit Kindern – Maren Krause, Wandlitz**
21.05.2022 – 9.30 bis 18.00 Uhr
Tagungsort: Stuttgart

Teilnahmegebühr: Jeweils 180 €

Anmeldeprocedere und Rücktrittsregelungen erfragen Sie unter info@ipea.team

Beginn Personzentrierter Weiterbildungen (jeweils GwG anerkannt):

Personzentrierte Psychotherapie/Beratung mit Kindern- und Jugendlichen (GwG)

Modul 1: 21. Oktober 2022 – alle weiteren Module nach Vereinbarung, fortlaufend

Kontakt: dorothea.huesson@ipea.team

Personzentrierte Beratung (GwG/DGfB)

Modul 1: 21. Oktober 2022 - alle weiteren Module nach Vereinbarung, fortlaufend

Kontakt: christine.lecoutre@ipea.team

Focusing-orientierte Prozessbegleitung, Teil 1: Focusing zur Selbsterfahrung

November 2022, alle weiteren Teile fortlaufend nach Vereinbarung.

Kontakt: christine.lecoutre@ipea.team

Personzentrierte Psychotherapie

Modul 1: 21. Oktober 2022 – alle weiteren Module fortlaufend nach Vereinbarung

Kontakt: hj.luderer@gmx.de

Bücher von Lehrenden des IPEA:

Behr, M., Hüsson, D., Luderer H.J. & Vahrenkamp, S. (2020). *Gespräche hilfreich führen – Band 2: Psychosoziale Problemlagen und psychische Störungen in personzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie*. Weinheim: Beltz-Juventa. (490 S., € 26,95)

Behr, M., Hüsson, D., Luderer H.J. & Vahrenkamp, S. (2020). *Gespräche hilfreich führen – Band 1: Praxis der Beratung und Gesprächspsychotherapie - personzentriert - erlebnisaktivierend - dialogisch*. (2. Auflage). Weinheim: Beltz-Juventa. (226 S., € 16,95)

Aich, G. & Behr, M. (2019). *Gesprächsführung mit Eltern*. (2. Auflage), Weinheim: Beltz. (272 S., € 29,95)

Nuding, D. (2018). *Effects of Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling with Children and Young People*. Köln: GwG-Verlag. (308 S., € 24,90)

Hüsson, D. (2019). *Kitabasierte Spiel- und Entwicklungsförderung zur Reduzierung psychischer Auffälligkeiten am Beispiel von ängstlichen Kindern*. Köln: GwG-Verlag. (245 S., € 24,90)

le Coutre, C. (2016). *Focusing zum Ausprobieren. Mit Demo-Videos, Audioanleitungen und Arbeitsblättern als Online-Zusatzmaterial*. München: Reinhardt-Verlag. 156 S., € 24,90

Schon länger beliebt:
Behr, M. (2012). *Interaktionelle Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe. (242 S., € 26,95)

20. ÖGWG-Woche

„Back to the Roots?“ – Die therapeutische Beziehung als Raum für Wachstum und Entwicklung

von 23.10.bis 26.10.2022

im Bildungshaus Schloss Puchberg bei Wels

Anmeldungen sind ab Sommer unter www.oegwg.at möglich – genauer Zeitpunkt wird noch bekannt gegeben.





pcaInstitut

KURSPROGRAMM 2022

Master of Advanced Studies in Personenzentrierter Psychotherapie.

The relationship matters. Psychotherapie wirkt, weil Beziehung wirkt.

Die Fakultät für Psychologie der Universität Basel bietet in Zusammenarbeit mit der pcaSuisse Schweizerischen Gesellschaft für den Personenzentrierten Ansatz den Psychotherapiestudiengang Master of Advanced Studies in Personenzentrierter Psychotherapie an. Der praxisorientierte Psychotherapiestudiengang gliedert sich in 4 Module und dauert mindestens 4 Jahre. www.mas-pca.unibas.ch

Weiterbildung in Personenzentrierter Beratung nach Carl Rogers, pcaSuisse

Drei- bis vierjährige Weiterbildung für Personen, die beraterisch tätig sind z.B. aus sozialen, pädagogischen, medizinischen, seelsorgerischen, kaufmännischen und anderen Berufen. SGfB-anerkannt, Zugang zur HFP «Berater*in im psychosozialen Bereich» mit eidgenössischem Diplom.

www.pcainstitut.ch

Fortbildungsveranstaltungen

für Psychotherapeut*innen, Berater*innen, Fachpersonen aus Gesundheit, Prävention, Erziehung, Bildung, Wirtschaft und Organisationen und für am Personenzentrierten Ansatz Interessierte.

Aus unserem Kursprogramm März bis Oktober:

"Die Person zu werden, die du schon immer in dir gespürt hast": Einführung in die Focusing-Technik
X "Unsere Pappenheimer" - eine störungsorientiert und integrierende Beziehungsgestaltung **X Mitmenschen begleiten und ihnen zur Seite stehen hilft nicht nur den Betroffenen.** Auch in mir als Begleiterin oder Begleiter löst das etwas aus. **X Ich kann nicht anders** – Wenn Sucht zur Gewohnheit wird **X Sehnsucht** - ein Focusing-Tag **X Rumpelstilzchens Geheimnisse** - ein Focusing-Tag **X Focusing in mein Leben einflechten** - ein Focusing-Tag **X Märchenhaft** - Ein Focusing-Tag **X Was dich stark macht** - 10 Impulse für deine psychische Gesundheit **X Personenzentrierter Umgang mit Kindern und Jugendlichen** bei ADHS, ASS, Angst- und Bindungsstörungen **X Traumhaft- Focusing und Träume** - ein Online-Focusing-Tag **X** und weitere Kurse:

Detaillierte Kursausschreibungen

und Anmelde-möglichkeit:

www.pcainstitut.ch



Schweizerisches Qualitätszertifikat für Weiterbildungsinstitutionen
Certificat suisse de qualité pour les institutions de formation continue
Certificato svizzero di qualità per istituzioni di formazione continua

Besuchen Sie pcaInstitut auf Facebook, Instagram und LinkedIn

pcaInstitut · Josefstrasse 79 · CH-8005 Zürich · +41 44 271 71 70 · info@pcainstitut.ch · pcainstitut.ch
Institut für Weiterbildung und Fortbildung in Personenzentrierter Psychotherapie und Beratung · Institut der pcaSuisse

Pressemitteilung

Antrag an den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie auf Anerkennung der Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen als Psychotherapieverfahren

Der Verband Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (VPKJ) und die Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (GwG) haben im Februar 2022 beim Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) einen Antrag auf Anerkennung der Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen als wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapie-Verfahren gestellt.

Die Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurde in den 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts von Carl Rogers und seiner Schülerin Virginia Axline zunächst als „nondirektive Spieltherapie“ begründet. Seit Mitte der 70er Jahre wurde und wird der Ansatz auch in Deutschland aufgegriffen, weiterentwickelt, empirisch untersucht und als Psychotherapieverfahren nach Richtlinien der GwG in Ausbildungen gelehrt.

In der personenzentrierten psychotherapeutischen Arbeit mit dem Kind/Jugendlichen geht es darum, einen neuen Entwicklungsraum anzubieten: Das Kind / die Jugendliche soll neue Erfahrungen machen können und so die Möglichkeit erhalten, verzerrte oder verleugnete Erfahrungen zu korrigieren. Dies geschieht in erster Linie durch (spielerisches) Handeln im Rahmen einer emotional wertschätzenden, verstehenden und haltgebenden Beziehungserfahrung. Die Patient*innen sollen im Rahmen der therapeutischen Beziehung Sicherheit erleben und sich mit inneren Konflikten (Inkongruenzen) durch Spielen oder im Gespräch auseinandersetzen. Dabei steht das je einzelne Kind / die je einzelne Jugendliche mit ihren Entwicklungsbedürfnissen im Mittelpunkt und es werden passgenaue therapeutische Unterstützungsmöglichkeiten angeboten.

Für die ursprünglich als „Breitbandverfahren“ angesehene Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen existieren mittlerweile Konzeptionen eines störungsspezifischen Handelns. Es wurden „Störungsspezifische Handlungsleitlinien in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ auf personenzentriertem Hintergrund für die häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Angststörungen, Depressive Störungen, Traumafolgestörungen, Störungen des Sozialverhaltens sowie Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS)) entwickelt und konsensual abgestimmt.

Der Antrag an den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) wurde von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe aus VPKJ und GwG formuliert. Er orientiert sich am „Methodenpapier Version 2.9“ (<https://www.wbpsychotherapie.de/methodenpapier/>) des WBP. Dazu wurden internationale Studien zur Wirksamkeit der Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen recherchiert. Auf diese Weise kam eine Sammlung von ca. 250 Publikationen zusammen, die dann von den Antragssteller*innen mittels der Kriterien des „Methodenpapiers“ geprüft wurden. Nach diesem Prüfprozess

blieben 38 Studien übrig, die von den Antragsteller*innen als geeignete, den Kriterien des WBP genügende, Wirksamkeitsstudien angesehen wurden. Diese Studien können im Wesentlichen den im „Methodenpapier“ benannten „Anwendungsbereichen“ „Affektive Störungen“, „Angststörungen und Zwangsstörungen“, „Anpassungs- und Belastungsstörungen“, „Psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung/ tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ sowie „Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens“ zugeordnet werden.

Der Wissenschaftliche Beirat hat den Antragsteller*innen den Eingang des Antrags und die zukünftige Bearbeitung und Prüfung bestätigt.

Die Koordination der Antragsstellung hat die Sprecherin des VPKJ, Dipl. Psych. Ulrike Hollick, Weimar/Lahn übernommen, die für die weitere Koordination und Anfragen zur Verfügung steht:

VPKJ - Verband Personenzentrierte
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
Dipl. Psych. Ulrike Hollick
An der neuen Schule 6a
35096 Weimar/Lahn
Tel.: 06426/9670444
Mail: praxis-hollick@web.de

Hintergrund: Die *GwG Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung* ist national und auf europäischer Ebene der größte Fachverband für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung. Ihre Mitglieder sind in allen Bereichen der psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung sowie in der Beratung tätig. Die GwG vertritt und verbreitet den „Personenzentrierten Ansatz“ (PZA) in Forschung und Lehre. Sie unterstützt damit die seelische Gesundheit der Bevölkerung in unterschiedlichen Lebens- und Arbeitsbereichen. Der PZA wurde von dem amerikanischen Psychologen Carl R. Rogers (1902–1987) entwickelt. Wesentliche Erkenntnis seiner Arbeit ist die absolute Wertschätzung und die Fähigkeit zur positiven Entwicklung der Persönlichkeit. Im Rahmen von Psychotherapie und Beratung lernen die Klienten, ihre verborgenen Fähigkeiten zu entwickeln und eigenständig Lösungen für ihre Probleme zu finden. Weitere Informationen auch unter www.gwg-ev.org.

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Die Herausgeber*innen sind dem von Carl Rogers und seinen Mitarbeiter*innen begründeten Personzentrierten Ansatz verpflichtet. Dieser Ansatz wurde im deutschen Sprachraum im Rahmen der Psychotherapie unter den Bezeichnungen „Gesprächspsychotherapie“, „Klientenzentrierte Psychotherapie“ und „Personzentrierte Psychotherapie“ bekannt. Seit Beginn hat der Ansatz unterschiedliche Differenzierungen und Weiterentwicklungen erfahren.

Die Begriffe „personzentriert“ und „experienziell“ und die mit ihnen verbundenen Konzepte und Prozesse beruhen auf einer umfassenden und reichhaltigen Geschichte und sind ständig in Entwicklung begriffen. Die Bezeichnung „personzentriert und experienziell“ wurde gewählt, um fortgesetzten Dialog und beständige Entwicklung zu fördern; es ist nicht beabsichtigt, ein bestimmtes Verständnis dieser Ansätze und ihrer Beziehung zueinander zu bevorzugen.

Die Zeitschrift dient als Forum der Diskussion dieser Entwicklungen und ihrer Umsetzung innerhalb und außerhalb der Psychotherapie in den Bereichen der Human- und Sozialwissenschaften, der Ausbildung, Kultur und Wirtschaft. Dies gilt sowohl für die wissenschaftliche Forschung und Theoriebildung als auch für Lehre und Praxis. Die Zeitschrift bietet außerdem einen Rahmen für Auseinandersetzung und Zusammenarbeit mit anderen kulturellen, wissenschaftlichen, philosophischen und künstlerischen Strömungen.

Herausgeber*innen

ÄGG – Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie

c/o Dr. Annette Jessinghaus, D-44577 Castrop-Rauxel, Ev. Krankenhaus, Grutholzallee 45; Tel.: +49 2305 102 2547; Fax: +49 2305 102 2219
E-Mail: a.jessinghaus@evk-castrop-rauxel.de

APG • IPS - Akademie für Beratung und Psychotherapie

A-1150 Wien, Diefenbachgasse 5/2
Tel.: +43 677 62 55 80 00; E-Mail: office@apg-ips.at

DPPG – Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e.V.

c/o Dr. Dorothee Wienand-Kranz, D-20148 Hamburg, Rothenbaumchaussee 101; Tel.: +49 40 45 91 59; E-Mail: wienand-kranz@gmx.de

Forum – Forum Personzentrierte Psychotherapie, Ausbildung und Praxis

A-1150 Wien, Schanzstraße 14/ Top 33
Tel./Fax: +43 1 966 79 44; E-Mail: buero@forum-personzentriert.at

GwG – Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V.

D-50825 Köln, Melatengürtel 125a
Tel.: +49 221 92 59 08-0; Fax: +49 221 25 12 76; E-Mail: gwg@gwg-ev.org

IPEA – Institut für personzentrierte und experientielle Angebote

D-24857 Fährdorf, Ortland 1
E-Mail: info@ipea.team

ÖGwG – Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung

A-4020 Linz, Altstadt 13
Tel./Fax: +43 732 78 46 30; E-Mail: office@oegwg.at

pcaSuisse – Schweizerische Gesellschaft für den Personzentrierten Ansatz. Trägerin des pcaInstitut

CH-8005 Zürich, Josefstrasse 79
Tel.: +41 44 271 71 70; E-Mail: info@pcasuisse.ch

VRP – Vereinigung Rogerianische Psychotherapie

A-1030 Wien, Schützengasse 25/5
Tel.: +43 664 165 43 03; E-Mail: office@vrp.at

Herausgeber*innen dieses Hefts

Elisabeth Maaß und Gerald Käfer-Schmid

Erscheinungshinweise und Bezugspreise

Heftpreis: € 15,- / SFr 16,60- zzgl. Versandkosten
Abonnement: € 26,- / SFr 28,80,- zzgl. Versandkosten
Es erscheinen jeweils 2 Nummern pro Jahr.

Bestellungen sind über jede Fachbuchhandlung oder direkt beim Verlag möglich. Ein Abonnement verlängert sich automatisch, wenn es nicht sechs Wochen vor Jahresende schriftlich gekündigt wurde. Mitglieder der herausgebenden Vereinigungen haben jeweils spezifische Bezugsbedingungen. Für den Bezug im Rahmen von Verbandsmitgliedschaften gelten weiterhin die verbandsspezifischen Regelungen.

Verleger und Druck

Facultas – Verlags- und Buchhandels AG, A-1050 Wien, Stolberggasse 26
Tel.: +43 1 310 53 56; Fax: +43 1 319 70 50; E-Mail: office@facultas.at

Satz und Layout

Gerhard Krill, 1060 Wien; E-Mail: grafik@krill.at

Lektorat

Franziska Thiel

Redaktion

Christiane Bahr, Michael Behr, Ulrike Diethardt, Katrin Draxl, Silke Birgitta Gahleitner, Mark Galliker, Gerald Käfer-Schmid, Christian Korunka, Magdalena Kriesche, Jana Lammers, Hans-Jürgen Luderer, Christine le Coutre, Gerhard Lukits, Elisabeth Maaß, Aglaja Przyborski, Monika Tuczai, Yvette Völschow, Christine Wakolbinger

Redaktionssekretariat

Georg Gartner, 1040 Wien, Blechturmstraße 8/15
E-Mail: office@georg-gartner.at

Fachbeirat von PERSON

Beatrice Amstutz, Anna Auckenthaler, Matthias Barth, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Johannes Binder, Jeannette Bischof, Sybille Ebert-Wittich, Jochen Eckert, Reinhold Fartacek, Andrea Felnetmeti, Jobst Finke, Katharina Fischer, Peter Frenzel, Sylvia Gaul, Ernst Hemmert, Ruth Hobi, Beate Hofmeister, Gabriele Isele, Elisabeth Jandl-Jäger, Annette Jessinghaus, Dietlinde Kanolzer, Sylvia Keil, Wolfgang W. Keil, Sonja Kinigadner, Lore Korbei, Dorothea Kunze-Pletat, Margarethe Letzel, Brigitte Macke-Bruck, Doris Monden-Engelhardt, Christiane Müller, Sybille Neidhart, David Oberreiter, Brigitte Pelinka, Ulrike Rams, Klaus Renn, Eckart Ruschmann, Joachim Sauer, Thomas Slunecko, Tobias Steiger, Gerhard Stumm, Ludwig Teusch, Helena Maria Topaloglou, Johannes Wiltshko, Andreas Wittrahm (Stand: Oktober 2021)

Richtlinien und Hinweise zur Manuskriptabgabe finden Sie auf der hinteren Umschlagseite.



Heiner Keupp

Einmischen, es geht nicht anders!

Kritisch-gemeindepsychologische Perspektiven

2021
296 Seiten
EUR 29,80 (D)/EUR 30,70 (A)
ISBN 978-3-87159-161-7

Dieses Buch vereint Texte, die den Autor als gemeindepsychologischen Zeitgenossen zeigen, der sich fachlich und persönlich in aktuelle gesellschaftliche Fragen einmischt:

Vom Nachdenken über eine fachliche Identität, die eine Alternative zur Mainstreamentwicklung der Psychologie bietet, über Gesundheitsförderung und Prävention bis hin zu sozialpsychologischen Analysen von Rechtsextremismus und sexualisierter Gewalt in pädagogischen Institutionen entfaltet die Sammlung ein breites Panorama persönlicher kritisch-gemeindepsychologischer Perspektiven.



Peter Caspari

Sexualisierte Gewalt

Aufarbeitung und Bewältigung aus einer
reflexiv-sozialpsychologischen Perspektive

2021
304 Seiten
EUR 34,80 (D)/EUR 35,80 (A)
ISBN 978-3-87159-248-5

Auch als E-Book erhältlich:
EUR 31,99 (D)/EUR 32,90 (A)
ISBN 978-3-87159-448-9

Sexualisierte Gewalt erfordert von allen Betroffenen Anstrengungen zu ihrer individuellen Bewältigung. Zugleich verweist sie auf gesellschaftliche Ungleichheits- und institutionelle Machtverhältnisse.

Am Institut für Praxisforschung und Projektberatung (IPP) in München wurde in den vergangenen Jahren eine Reihe von Aufarbeitungsstudien durchgeführt, die sich mit systemischen Bedingungen der Entstehung und Aufrechterhaltung von Gewaltstrukturen in Institutionen befasst haben.

Um sexualisierte Gewalt zu bewältigen, bedarf es nicht nur der individuellen Aufarbeitung des betroffenen Subjekts, sondern auch der Wahrnehmung gesellschaftlicher Verantwortung. Diese Verschränkung nicht einfach nur zu behaupten, sondern empirisch und praxisbezogen zu fundieren, hat sich dieses Buch zur Aufgabe gemacht.

